



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN PERSONAL DE BASE Y  
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ADSCRITOS A LA ESCUELA NACIONAL  
DE ENFERMERÍA DEL ISSSTE 2019.

### **T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

MIRNA SOFÍA MUÑOZ MARTÍNEZ

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre por el gran amor y la devoción con que siempre me ha cuidado, por su apoyo ilimitado, infinito e incondicional, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado como una mujer de bien y por ser la mujer que me dio la vida y me enseñó a vivirla.

Eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolvarte tanto que me has ofrecido.,..... no hay palabras suficientes en este mundo para agradecerte. Mamá.

Esta tesina es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé dónde me encontraría de no ser por tu ayuda, compañía y tú amor.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por haberme permitido formar parte de ellas, brindándome los conocimientos para lograr esta etapa de mi vida.

Gracias a mi tutor el Esp. Jesús Manuel Díaz de León Azuara, quien se ha tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, especialmente del campo y de los temas correspondientes a mi profesión. Durante la realización de mi proyecto usted ha sido mi mano derecha y quien me ha guiado en el complicado proceso. No ha sido nada fácil, pero gracias a su ayuda y paciencia esto me ha resultado menos complicado.

El resultado de mi tesina ha sido espectacular, mejor de lo que esperaba y una gran parte del desarrollo de este trabajo se lo debo a usted. Muchas gracias.

A todos aquéllos que contribuyeron en mi formación académica y profesional, a mis profesores, que compartieron conmigo sus conocimientos a lo largo de mi educación universitaria.



PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN PERSONAL DE BASE Y ESTUDIANTES DE  
ENFERMERÍA ADSCRITOS A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL ISSSTE 2019



A mi hijo Sebastián, posiblemente en este momento no entiendas mis palabras, pero para cuando seas capaz, quiero que te des cuenta de lo que significas para mí.

Gracias por llegar a mi vida. No hay regalo más purificador y gratificante que tu simple presencia. Me enseñaste las verdades ocultas del amor y los misterios de la vida. Me ayudaste a redefinir la felicidad y a ponerle cara a la paz y la armonía.

Eres la alegría por la que mi mundo gira, la sonrisa en mi rostro y esa sustancia hecha persona que acelera mi corazón. Fuiste el motor por el que aprendí a luchar; levantarme de cada caída para ayudarte con el ejemplo. Fue así como pude aprender, sobre el camino, a dar mis primeros pasos para ser mamá.

Eres la razón de que me levante cada día, esforzándome por el presente y el mañana, eres mi principal motivación.

Gracias a mis abuelos Sofía y Enrique Quiero agradecerles que me dieran la mejor infancia posible. Que me demostraron que hay amores incondicionales. Que me reconfortaran cada vez que estaba triste y me dijeran su famosa frase: “el tiempo lo pone todo y a todos en su sitio”. Quería contarte que ha sido así. Que tenían razón. El tiempo ha hecho su función.”

Gracias a cada uno de mis tíos Félix, Romeo, Virgilio, Adán, Jesús y Gregorio Muñoz; por la herencia más valiosa que pudiera recibir, fruto del inmenso apoyo y confianza que en mí se depositó para que los esfuerzos y sacrificios hechos por mí no fueran en vano. Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante, deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos y constituye el legado más grande que pudiera recibir.

Porque sólo la superación de mis ideales, me han permitido comprender cada día más la difícil posición de ser padres, mis conceptos, mis valores morales y mi



superación se las debo a ustedes; esto será la mejor de las herencias; lo reconozco y lo agradeceré eternamente.

Gracias a mi prima Celeste, por siempre tener una palabra de ánimo para no rendirme. Por siempre estar dispuesta a ser mi paciente, sin queja alguna. Con tus locuras crecí... de tu mano avancé... gracias prima amada, por estar siempre a mi lado. Por el gran apoyo brindado durante los años más difíciles y más felices de mi vida, en los cuales he logrado terminar mi carrera profesional

Gracias tía Roció por tu apoyo, aliento y estímulo que hicieron posible conquistar esta meta. Gracias a tus consejos. Los cuales me alentaron día con día a culminar esta etapa. Por haber significado la inspiración que necesitaba para terminar mi carrera profesional, prometiendo superación y éxitos sin fin, para devolver el apoyo brindado y la mejor de las ayudas que pueda haber.

A mis amigos Aurea, Ángela, Javier, Lupita, Yolo y Yoyis porque cada uno de ellos ha aportado grandes cosas a mi vida, me han ayudado a seguir en este camino alentándome siempre, a lo largo de estos años compartieron momentos muy especiales conmigo.

Por su infinito apoyo. El desarrollo de esta tesis no lo puedo catalogar como algo fácil, pero lo que sí puedo hacer, es afirmar que durante todo este tiempo pude disfrutar de cada momento, que cada investigación, proceso, y proyectos que se realizaron dentro de esta, lo disfruté mucho, y no fue porque simplemente me dispuse a que así fuera, fue porque mis amigos siempre estuvieron ahí, fue porque la vida misma me demostró que de las cosas y actos que yo realice, serán los mismos que harán conmigo.

Por todo aquello maravilloso, que mis amigos me brindan, agradezco a Dios por permitirme encontrar una amistad tan pura, verdadera y productiva para mi vida.



A Gloria eres de esa clase de personas que todo lo comprenden y dan lo mejor de sí mismos sin esperar nada a cambio... porque sabes escuchar y brindar ayuda cuando es necesario... porque te has ganado el cariño, admiración y respeto de todo el que te conoce.

Porque sin tu ayuda no habría sido posible la realización de este proyecto. Por qué en todo momento durante la carrera siempre estuviste ahí brindándome tu apoyo incondicional y dándome ánimos para no rendirme.

Gracias Alexander, la persona que me ha cambiado la vida, la persona que me hace ser una mejor mujer, con quien comparto los intereses y metas. Quien me apoya y da fuerzas día a día, desde hace algún tiempo. Juntos hemos logrado muchas cosas importantes y aún hay muchas metas más que lograr.

Tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitían.

Gracias a las autoridades del ISSSTE por permitirme el libre acceso a la información utilizada, a los alumnos y estudiantes de la escuela nacional de enfermería del ISSSTE por su colaboración en el proyecto.

Esta tesina es el resultado de un gran esfuerzo durante muchos años, por lo que me siento muy agradecida y satisfecha con dios y con la vida por conseguir este gran logro, espero que sea solo el inicio de una gran serie de ellos.



## ÍNDICE

### Contenido

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introducción.....</b>                     | <b>6</b>  |
| <b>2. Antecedentes .....</b>                    | <b>7</b>  |
| <b>3. Planteamiento del problema.....</b>       | <b>15</b> |
| <b>4. Justificación .....</b>                   | <b>18</b> |
| <b>5. Objetivos .....</b>                       | <b>19</b> |
| <b>5.1 Objetivo general .....</b>               | <b>19</b> |
| <b>5.2 Objetivos específicos .....</b>          | <b>19</b> |
| <b>6. Material y Método .....</b>               | <b>19</b> |
| <b>6.1 Tipo de estudio.....</b>                 | <b>26</b> |
| <b>6.2 Población de estudio y muestra .....</b> | <b>26</b> |
| <b>6.3 Criterios de inclusión .....</b>         | <b>27</b> |
| <b>6.4 criterios de exclusión .....</b>         | <b>27</b> |
| <b>6.5 criterios de eliminación .....</b>       | <b>27</b> |
| <b>6.6 Variables de estudio .....</b>           | <b>27</b> |
| <b>7. Resultados .....</b>                      | <b>29</b> |
| <b>8. Discusión .....</b>                       | <b>46</b> |
| <b>9. Conclusiones .....</b>                    | <b>48</b> |
| <b>10. Referencias bibliográficas .....</b>     | <b>50</b> |
| <b>Anexos .....</b>                             | <b>50</b> |



## • Introducción

Los diagnósticos situacionales son estados que permiten una visión más clara y actual de las diversas problemáticas existentes en el proceso salud-enfermedad, por lo cual es indispensable realizarlo siempre que se requiera hacer una evaluación de algún modelo de servicio médico odontológico.

Las afecciones bucales y sobre todo la caries dental, las periodontopatías odontológicas y las maloclusiones han sido tradicionalmente menospreciadas como problemas médicos de salud pública, que no ocasionan mortalidad directa, cuando en realidad su elevada prevalencia afecta a más de 90% de la población.

Sin embargo las enfermedades bucodentales, aunque han existido a lo largo de toda la historia, son especialmente frecuentes en la actualidad. Son enfermedades infecciosas que tienen una prevalencia muy alta en la mayoría de la población, que si no se previene ó corrigen no solo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, si no también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades sistémicas.

Por lo tanto, el propósito de este estudio es conocer el estado de salud bucodental de enfermería en docentes y estudiantes, así como hábitos de higiene que tengan y relacionarlo con la salud oral que presentan.





## 2. Antecedentes

En la actualidad se sabe que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medicina preventiva y a través de un diagnóstico temprano. Por esto, es necesario hacer énfasis en la prevención dental para así mejorar la calidad de atención bucal que se brinda a la población. Para esto los Centros de Educación Superior deben comprometerse a formar profesionales con un enfoque preventivo de los problemas de salud y de su tratamiento. <sup>1</sup>

Como se ha visto, la caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta. Si no es tratada, tras la destrucción del esmalte, ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación y posterior necrosis pulpar.<sup>2</sup>

Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. También la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental.

En otro punto, los índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la Investigación Estomatológica. En los levantamientos de salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de Caries Dentales y Enfermedades Periodontales, entre otras enfermedades bucales, en diferentes poblaciones. Permite conocer el estadio clínico de la enfermedad en cada individuo lo que facilita la comparación entre las poblaciones.<sup>3</sup>

Actualmente, la sociedad contemporánea otorga un alto valor a la estética física, pero debemos señalar que no sólo esto es importante, ya que si no se cuenta con



la salud desde la perspectiva funcional no existirá la armonía entre las estructuras que conforman el aparato estomatognático.

Generalmente se cree que el objetivo principal de la medicina es el de: “curar dolencias”, pero el objetivo general es: PRESERVAR EL ESTADO DE SALUD GENERAL. De igual manera la odontología se proyecta no solo hacia el tratamiento de las afecciones dentales, sino sobre todo A LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN. <sup>4</sup>

En México, la enfermedad periodontal es una de las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia ya que un alto porcentaje de la población se encuentra afectada en alguna de sus fases , debiendo considerarse como uno de los problemas sanitarios que más debe preocupar a la población por los padecimientos y secuelas que provoca y la relación que puede mostrar con la aparición y curso de enfermedades generales sobre todo en pacientes que sufren padecimientos sistémicos, metabólicos, cardiovasculares e inmunopatológicos. Debido a la falta de cultura y al bajo grado de escolaridad del mexicano, la cultura dental se percibe como aislada de la salud general restando importancia a los riesgos que con lleva, demostrando también, que la salud de los individuos situados en la parte más baja de la escala socioeconómica es notablemente peor que la de aquellos pertenecientes a los niveles más elevados. En la República Mexicana un alto porcentaje de la población carece de los servicios básicos de salud, por ese motivo, la salud oral no es percibida como una necesidad básica para la gran mayoría de los mexicanos. <sup>5</sup>

Según la OMS, las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las peridontopatías. El 60%-90% de los escolares de todo el mundo padecen caries dental. Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan del 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica.



Ya que los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. <sup>6</sup>

Debido a que la placa dentobacteriana es el factor etiológico principal de las dos enfermedades bucodentales de mayor prevalencia, la caries, y la enfermedad periodontal. Por lo que el control de la placa bacteriana mediante métodos mecánicos y químicos es la principal medida preventiva de la que disponemos para el control de ambas enfermedades. <sup>7</sup>

Por lo tanto la magnitud del problema se puede apreciar aún más cuando se tiene en cuenta que además de la caries, la patología bucal comprende periodontopatías, maloclusiones, anomalías congénitas, procesos inflamatorios e infecciosos de los tejidos blandos y duros, cáncer bucal, etc. <sup>8</sup>

CPOD es un Índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. <sup>9</sup>

Como se ha visto la epidemiología utiliza la estadística como una herramienta esencial. La necesidad de procesar estadísticamente los datos que se obtenían en las consultas condujo al desarrollo de unos índices que traducían estos datos a valores numéricos susceptibles de ser tratados matemáticamente. En Odontología empezaron a ser utilizados de forma sistemática en los años 40, pero es en los 50 cuando comienzan a aplicarse a la Periodoncia. La filosofía de un índice es traducir una situación clínica, como es la presencia de placa, cálculo, sangrado o bolsa periodontal, a un valor numérico cuantitativo o a un gradiente cualitativo, que proporcione información de dicha situación clínica y que sea utilizable estadísticamente de forma sencilla.



Además, han de ser rápidos de realizar, objetivos, reproducibles y fáciles de recoger por un personal mínimamente entrenado.

Es decir que el empleo de los Índices epidemiológicos poblacionales: tienen como finalidad principal realizar estudios sobre las causas y la evolución de la enfermedad periodontal. No se necesita saber exactamente el estado de todos los pacientes, sino sólo los resultados de ciertos dientes o caras de estos dientes, o el tanto por ciento de aparición relativo de un dato en la boca. Y estos datos se recogen en gran cantidad de pacientes, se calculan estadísticamente y se sacan conclusiones que se utilizarán para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento comunitario de la enfermedad periodontal, o servirán para la planificación de las directrices sanitarias para combatir esta enfermedad.

Al resumir la filosofía de un índice es, traducir una situación clínica, como es la presencia de placa, cálculo, sangrado o bolsa periodontal, a un valor numérico cuantitativo o a un gradiente cualitativo, que proporcione información de dicha situación clínica y que sea utilizable estadísticamente de forma sencilla. Además, han de ser rápidos de realizar, objetivos, reproducibles y fáciles de recoger. <sup>10</sup>

Los estudios epidemiológicos de salud buco dental para conocer prevalencia y severidad de maloclusiones, constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación, tan importantes para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y de las funciones: masticación, deglución, fonación, respiración; además, su presencia hace al individuo susceptible a traumas dentarios, caries, enfermedades gingivales, periodontales, disfunciones musculares y articulares.

La salud bucal de una población en relación con la caries dental puede ser evaluada a través de un grupo de indicadores de reconocimiento internacional. Las medidas e índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la Investigación Estomatológica. Se emplean para cuantificar y comparar la



prevalencia de Caries Dental. Identificarlos y conocer la forma de interpretarlos contribuye al análisis objetivo de la situación existente y su comparación con otras regiones o países.

Clínicamente la placa dentobacteriana no es visible a menos que sea muy abundante, o se empleen sustancias reveladoras, en tabletas o solución, usada como colorante tiñendo la PDB en dientes, encías, lengua y otras estructuras bucodentales. Son excelentes elementos auxiliares de la higiene bucal, porque proporcionan al paciente una herramienta de educación y auto-motivación para mejorar la eliminación mecánica diaria de la PDB a través del cepillado dental, es sencilla de usar en los niños para adquirir un buen hábito bucal, constituye un medio primario de prevención de la enfermedad bucal y está indicada para todos los seres humanos, a lo largo de su vida. <sup>11</sup>

El objetivo principal del control de placa dentobacteriana consiste en detectar la presencia de la PDB mediante un examen clínico, se puede observar por medio de exploración visual, con exploradores dentales o con sustancia reveladoras; datos que pueden ser registrados a través de los índices de placa dentobacteriana para hacer evaluaciones y analizar sus resultados estadísticamente por medio de escalas graduadas basadas en patrones establecidos.<sup>12</sup>

Teniendo en cuenta que los indicadores que permiten evaluar la salud bucal de una población en relación con la caries dental son diversos, el más utilizado internacionalmente para la comparación de los países es el índice CPO-D (sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados en la dentición permanente, entre el total de personas examinadas).-<sup>13 y 14.</sup>

Indicador epidemiológico para la caries dental • Índice CPO-D: Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios



odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.<sup>15</sup>

Se considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que es su registro se incluyen datos sobre: • las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas) • las piezas dentarias extraídas - perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas) • las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas).<sup>16</sup>

Los Índices de Higiene Oral y Cálculo, que recogen datos de placa bacteriana y cálculo, y de su distribución en la boca. Entendemos como placa bacteriana una masa coherente densa de bacterias en una matriz antimicrobiana (glucoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares) organizada, que se adhiere a la superficie de los dientes o a las restauraciones y que continúa adherida a pesar de la acción muscular, aclarado con agua o irrigación.<sup>17 y 18.</sup>

Ya que el consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. A pesar de las medidas de control de tabaquismo establecidas así como las reducciones en la prevalencia de fumadores diarios, encontradas en los últimos años, en nuestro país continúa siendo un problema de salud pública.<sup>19</sup>

En consecuencia el cáncer oral representa el 2 % de todos los cánceres, casi el 30 % de los tumores de cabeza y cuello y el 90 % son carcinomas de células escamosas o epidermoides; el 10 % restante lo forman tumores de glándulas salivales, melanomas, sarcomas, carcinomas basales, linfomas, tumores odontógenos y lesiones metastásicas.

A pesar de que el cáncer oral se localiza en regiones asequibles a la exploración física, la mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados cuando las posibilidades de curación son remotas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes. A esto contribuyen los pocos síntomas en sus etapas iniciales y al carácter inespecífico de las lesiones. Un conocimiento



más profundo sobre los factores de riesgo de cáncer oral en médicos y estomatólogos de la atención primaria, podría repercutir favorablemente sobre estos indicadores de salud.<sup>20</sup>

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedades como la enfermedad periodontal y el cáncer oral. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean.<sup>21</sup>

Por tanto el efecto dañino del tabaco sobre la mucosa oral se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Otras sustancias cancerígenas como el níquel y cadmio, elementos radioactivos como carbono-14 y polonio-210, incluso residuos de pesticidas se han detectado en el humo del tabaco. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa oral. Los fumadores exponen su aparato aerodigestivo superior a la acción de los carcinógenos del humo de tabaco, lo que provoca cambios en esa mucosa que persiste años, aun si el paciente deja de fumar. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya sea que se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa o mascado o aspirado o por fumar invertido.

## CONSUMO DE ALCOHOL

Asimismo el consumo de alcohol sumado al hábito del tabaco mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico y, además, sus efectos perjudiciales se potencian cuando se consumen Simultáneamente.



La conversión enzimática del etanol producido por esta microflora puede contribuir a la acumulación de mayores cantidades del intermediario cancerígeno acetaldehído. Por tanto, la mala higiene bucal favorece la fermentación bacteriana de los glúcidos y mayores concentraciones de etanol en la saliva, lo que incrementa el riesgo de cáncer bucal de las personas que consumen bebidas alcohólicas con regularidad.<sup>22</sup>

El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también de la calidad y la técnica de consumo.

El papel del odontólogo es fundamental en la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer bucal. La mayoría de los cánceres bucales se previenen con la eliminación de estilos de vida como el hábito de fumar y el consumo de alcohol.<sup>58</sup> El abandono del tabaco contribuye a una reducción del 35 % de 1 a 4 años y del 80 % a los 20 años, en que se alcanza el nivel de los no fumadores.<sup>23</sup>

Por lo que se refiere a la oclusión de los dientes, esta involucra su alineación e intercuspidad e influye en diversas funciones, la estética facial y la salud del sistema estomatognático. Las maloclusiones definidas como desviaciones de organizaciones dentales ocurren durante el desarrollo craneofacial; y su clasificación inicial fue descrita por Edward Angle, quien se basó en la relación antero posterior del primer molar, cuya mala oclusión influye en las relaciones esqueléticas. Las alteraciones pueden ocurrir en el plano vertical, sagital o transversal. La oclusión ideal es un estándar hipotético basado en las relaciones morfológicas de los dientes, se caracteriza por una perfección en la anatomía y posición dental, contactos mesiodistales, alineamiento en el arco e interdigitación dental. Lo ideal es difícil de encontrar y es considerada una norma teórica más que una condición normal. La etiología de la maloclusión es multifactorial donde factores genéticos y medio ambientales pueden influir.





La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión.

Determinar la prevalencia de las maloclusiones es importante para establecer lineamientos en las políticas preventivas y de tratamiento en una comunidad. <sup>24</sup>

### 3. Planteamiento del problema

Las enfermedades bucales son consideradas problemas de salud pública por su alta prevalencia y severidad, que contribuyen en gran medida al agravamiento de las condiciones generales de salud, al ausentismo escolar y laboral, generando una gran demanda de atención en los servicios de salud del país, con elevados gastos económicos al sistema de salud y al bolsillo de la población.

La salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida. El dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida de piezas y la existencia de dientes decolorados o dañados tienen efectos importantes en la vida y el bienestar cotidiano de las personas.

Enfermedades como la caries dental, y la enfermedad periodontal, al no ser diagnosticadas de manera preventiva, ni atendidas en sus primeras etapas, evolucionan de manera negativa ocasionando distintos problemas y dificultades graves en la vida diaria de un individuo, tales como: dolor, dificultades al masticar, hablar hasta sonreír, lo cual limita o incapacita actos comunes como su alimentación, hablar, socializar e incluso llegar a la pérdida del diente.



El deterioro dental puede causar limitaciones dietéticas esto debido a la dificultad de masticar, dando lugar a alteración de estado nutricional.

La progresión de la gingivitis a periodontitis se caracteriza por el desarrollo de bolsas periodontales, lo que favorece aún más la acumulación de placa bacteriana. La periodontitis es una infección crónica que implica la destrucción de los tejidos de soporte del diente, incluyendo el ligamento periodontal y el hueso alveolar de los dientes. La enfermedad periodontal si no se trata, puede conducir a la pérdida de dientes; lo que se considera un indicador importante de la salud bucal de la población y tiene un fuerte impacto en la calidad de vida. Sus efectos incluyen una disminución de la capacidad funcional de la masticación y el habla, así como una disminución en el estado nutricional, cambios estéticos y efectos psicológicos, con un resultado negativo, asociado en términos de autoestima e integración social. La pérdida de piezas dentales generan otros problemas, ejemplo de ello son: las mal oclusiones debido, a la perdida de piezas dentales, obturaciones mal ajustadas, apiñamiento dental: los individuo afectados llegan a desarrollar maloclusiones que con el paso del tiempo causan alteración en la Articulación Temporomandibular.

Es bien sabido que el cáncer bucal está aumentando en todo el mundo, existen factores de riesgo importantes en el desarrollo de la enfermedad como son: el tabaco, el alcohol, la edad, el género y la exposición a la luz solar, también se ha documentado el papel de la cándida y el virus del papiloma humano. A nivel mundial, el cáncer oral tiene una de las tasas de supervivencia más baja y permanece inalterable a pesar de los avances recientes.

La oclusión de los dientes involucra su alineación e intercuspidadación e influye en diversas funciones, la estética facial y la salud del sistema estomatognático. Las maloclusiones definidas como desviaciones de organizaciones dentales ocurren durante el desarrollo craneofacial; y su clasificación inicial fue descrita por Edward Angle, quien se basó en la relación antero posterior del primer molar, cuya mala oclusión influye en las relaciones esqueléticas. Las alteraciones pueden ocurrir en



el plano vertical, sagital o transversal. La oclusión ideal es un estándar hipotético basado en las relaciones morfológicas de los dientes, se caracteriza por una perfección en la anatomía y posición dental, contactos mesiodistales, alineamiento en el arco e interdigitación dental. Lo ideal es difícil de encontrar y es considerada una norma teórica más que una condición normal. La etiología de la maloclusión es multifactorial donde factores genéticos y medio ambientales pueden influir.

La maloclusión, según Angle, es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere. La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión, la dentadura.

Cabe destacar que las enfermedades dentales y bucales no sólo afectan la salud, sino que además tienen un impacto negativo en la autoestima y causa problemas relacionados con la interacción social y funciones vitales, como el habla y el sueño.

Por lo tanto surge el siguiente cuestionamiento: ¿Qué perfil de salud bucodental tiene el personal de base y estudiantes de enfermería adscritos a la Escuela Nacional de Enfermería del ISSSTE?.



#### 4. Justificación

La Salud oral es esencial para una calidad de vida y bienestar a lo largo de del curso de vida, por lo tanto hay que darle la importancia que tiene, identificar la frecuencia y distribución de los padecimientos dentales en los diferentes grupos de población puede contribuir a entender, prevenir y atender estos problemas.

Los profesionales de salud bucodental pueden tener un papel clave en la detección temprana de alguna lesión al examinar a sus pacientes por señales de cáncer bucal en las revisiones.

La mayoría de las guías de detección de Cáncer Bucal indican que las lesiones sospechosas (eritroplasia, leucoplasia, liquen plano, úlcera o masa en mucosa oral y presencia de movilidad de un órgano dentario sin causa dental aparente), deben ser referidas en las tres primeras semanas de haberse diagnosticado.

La finalidad es crear conciencia y sensibilizar al personal de base y estudiantes de enfermería en el autocuidado para prevenir futuras enfermedades.

El diagnóstico precoz y la referencia son la piedra angular para mejorar la supervivencia y reducir el retraso en el diagnóstico de las enfermedades bucodentales, caries, gingivitis, periodontitis, cáncer bucal.

Por ello, es vital adoptar hábitos como la adecuada higiene bucal y acudir periódicamente al odontólogo.

La salud bucal no sólo es importante para la apariencia y el bienestar, sino también para la salud en general del individuo.



## 5. Objetivos

### 5.1 Objetivo general

Determinar el perfil bucodental y necesidades de tratamiento del personal docente y estudiantes de enfermería adscritos a la Escuela Nacional de Enfermería del ISSSTE

### 5.2 Objetivos específicos

- Determinar los hábitos de Higiene de los pacientes en el estudio.
- Identificar el consume de alcohol y tabaco.
- Determinar la prevalencia de caries dental por medio del índice CPO.
- Identificar el tipo de oclusión.
- Identificar las necesidades del tratamiento periodontal por medio del índice IPC.

## 6. Material y Método

Para el presente estudio se estableció comunicación con el personal académico de la Escuela Nacional de Enfermería del ISSSTE, (ubicada en: Félix Cuevas 540, Colonia Del Valle Sur, 03100, Ciudad De México); para invitarlos a colaborar en este estudio y solicitar su autorización y consentimiento para conocer el perfil bucodental de sus estudiantes y académicos por lo que, Se solicitó autorización ante la dirección de la unidad académica, para uso de las instalaciones de su escuela, sugiriendo horarios para el examen de exploración bucal.

Se invitó por escrito a los estudiantes que quisieran colaborar en el estudio. Se expuso públicamente convocatoria en diferentes puntos visibles de la Escuela Nacional de Enfermería del ISSSTE para informar a la comunidad estudiantil del objetivo de la investigación y de su participación en la misma.

1.- Se le brindará la información a las participantes respecto a los procedimientos que se llevarán a cabo en este estudio de investigación. Indicándoles que es



totalmente confidencial y que esa información no se utilizará sino para fines de estudio.

2.- Se le proporcionará colectivamente el cuestionario para evitar comunicación entre ellos, indicándoles el procedimiento del respectivo llenado, haciéndoles hincapié en que sean sincero(a)s contestando la respuesta que se acerque según su estilo de vida.

3.-La encuesta está dividida en los datos personales y de la pregunta número 1 a la 18 datos sociodemográficos, antecedentes patológicos y actuales.

4.-Posterior a esto se le realizará la valoración bucodental y se plasmarán los resultados en el respectivo formato.(ver anexo B).

Para la exploración clínica, se realizó dentro de una de las aulas de la Escuela Nacional De Enfermería Del ISSSTE, se empleó una silla y dos escritorios, la inspección se realizó con espejos desechable y sonda tipo OMS, pastillas reveladoras de placa, luz artificial de la lámpara. El operador efectuó lavado de manos y usó juego de guantes nuevo con cada paciente. Informó al estudiante y académicos del objetivo del estudio y le solicitó firma de carta de consentimiento. En seguida procedió a la inspección y registro de los hallazgos dentarios en la hoja de recolección de datos.

Se comenzó con el levantamiento del Índice CPO- D donde se utilizaron o siguientes criterios:

0 -corona sana. Una corona se registra como sana si no muestra signos de caries clínica trata o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries que preceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de las caríes, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable. Así, una corona que presenta los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, debe codificarse como sana:

- Manchas blanca o yesosas,
- Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con una sonda IPC metálica.



- Hoyos o fisuras teñidos en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración de esmalte, ni ablandamiento del selo o las paredes detectable con una sonda IPC
  - Zonas oscura, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada intensa
  - Lesiones que, basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual/ táctil, parecen deberse a la abrasión.
- 1 corona cariada. Se registras la presencia de caries cuando una lesión presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que obturado pero también cariado (clave 6).
  - 2 Corona obturada, con caries. Se considera que una corona esta obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria (esto es, se aplica la misma clave con independencia de que las lesiones de caries estén físicamente asociadas a restauraciones).
  - 3 Corona obturada sin caries. Se considera que una corona esta obturada sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en eta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior. (se aplica la clave 7 a un diente que presenta una corona, por cualquier motivó distinto de la caries por ejemplo soporte de un puente).
  - 4 Diente perdido como resultado de caries. Se utiliza esta clave para los dientes que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo en el registró de la corona.
  - 5 Diente permanente perdido por cualquier otro motivo. Esta clave se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausente de modo



- congénito o que se han extraído por motivos ortodónticos o por peridontopatías, traumatismos, etc.
- 6 Obturación de fisura. Se utiliza esta clave para los dientes en los que se han colocado una oclusión de fisura en la superficie oclusal o para los dientes en los que la fisura oclusal se han ensanchado con una fresa redondeada, colocando un material compuesto. Si el diente obturado tiene caries, debe codificarse como 1.
  - 7 Soporte de puente, corona especial o funda. Se incluye esta clave en el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, esto es un soporte de puente. Esta clave puede también emplearse para coronas colocadas por motivos distintos a caries y para fundas o laminas que cubren la superficie labial de un diente en el que no hay signos de caries o de restauración.
  - 8 Corona sin brotar. Esta clasificación esta limitada a los dientes permanentes y se utiliza solo para un espacio dental en el que hay un diente permanente sin brotar, pero en ausencia de diente primario. Los dientes clasificados como no erupcionados quedan excluidos de todos los cálculos relativos a la carie dental. Esta categoría no incluye los dientes perdidos congénitamente, por traumatismos.
  - 9 No registrado. Esta clave se utiliza para cualquier diente permanente brotado que por algún motivo no se puede examinar (por ejempló presencia de bandas ortodónticas, hipoplasia intensa, etc.)





PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN PERSONAL DE BASE Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ADSCRITOS A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL ISSSTE 2019



Imagen 1, 2,3 Y 4. Exploración bucal de algunos de los participantes de la muestra.



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4

FUENTE DIRECTA



Para la obtención del IPC (Índice Periodontal Comunitario); el examen periodontal se llevo a cabo con el auxilio de una sonda periodontal diseñada por la OMS.

Examen y registro: deben explorarse el diente indicador o todos los dientes que queden en un sextante cuando no haya diente indicador, registrando la puntuación máxima en la casilla apropiada. Las claves son:

- 0- Sano
- 1- Hemorragia observada, directamente ó utilizando el espejo bucal, después de la exploración.
- 2- Cálculo observado durante la exploración con la sonda, pero es visible toda la banda negra de la sonda.
- 3- Bolsa de 4-5mm (margen gingival dentro de la banda negra de la sonda).
- 4- Bolsa de 6mm o más (banda negra de la sonda invisible).
- X – Sextante excluido (existen menos de dos dientes).
- 9 – No registrado.

El objetivo de sondear consiste en determinar la profundidad de la bolsa y si hay presencia de sangrado y de cálculo. Al introducir la sonda, la punta esférica debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dental. Para ello se introdujo la punta de la sonda suavemente en el surco o la bolsa gingival y se exploró la totalidad de ese surco o bolsa (vestibular, palatina, mesial, distal o lingual). Si el paciente siente dolor al efectuar la exploración, significa que el sondeo se está realizando con demasiada presión.

Selección de los dientes y secuencia, Adultos (20 años o más).

La boca se divide en sextantes definidos por los números de dientes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 y 44-48.

Un sextante debe tener al menos dos dientes funcionales y no estar indicados para extracción. El sistema excluye a los terceros molares, excepto cuando funcionan en lugar de los segundos molares. Se consideran diez dientes 17 y 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 y 47. Revise el primero y segundo molar por todas las superficies, se asigna y da el valor más alto encontrado a todo el sextante. Si no



hay primero y segundo molar en un sextante, se examinó todos los dientes que quedan. En tal caso, no incluya en la calificación las superficies distales de los terceros molares. Revisar los dientes 11 y 31 para los sextantes anteriores. Cada valor encontrado se registrará en el sextante correspondiente, en el cuestionario que se ha dispuesto una cuadrícula con seis casillas para ello.

Finalmente calculamos el CPP (control personal de placa), con ayuda de pastillas reveladoras de placa. La instrucción era pedirle al participante que disolviera la pastilla chupándola y la pasara por toda su boca hasta que se deshiciera por completo; después de esto con ayuda del espejo observamos y registramos en los cuestionarios, el número de caras teñidas que presentaba cada uno. Para determinar el puntaje final (promedio), se suma el número total de caras con placa, se divide este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y se multiplica por 100; este puntaje puede ser comparado, cada vez que se realiza la evaluación, método en donde el paciente reconoce su evolución. Esto nos permitió calcular su rango de higiene.

En cuanto a la valoración del tipo de oclusión dental, se le pidió al estudiante y/o académico, que abriera la boca, posteriormente se llevó a cabo la exploración iniciando el examen por el lado derecho y concluyendo en el lado izquierdo. Para evaluar el tipo de maloclusión dental fueron considerados los criterios establecidos por Angle.

Se clasificó como maloclusión clase I, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluía en el surco mesiovestibular del inferior permanente, pero el estudiante presentaba algún tipo de alteración en la relación que guardaban los dientes superiores con los inferiores en el sextante anterior. Se clasificó como maloclusión clase II, cuando el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente ya no recibía a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente sino que hacía contacto con la cúspide distovestibular del mismo, o bien se encontraba aún más distal y se clasificó como maloclusión clase III cuando el primer molar inferior permanente ocluía en sentido mesial en



relación con el primer molar permanente superior, esto es, cuando la cúspide mesial del superior ocluía sobre los premolares inferiores.

Finalmente se le informo al estudiante y académico de su resultado y le hizo entrega de una tarjeta con el registro de los mismos y recomendaciones de atención en su caso (ver anexo C). Al final de cada jornada, se hizo acopio del material desechable usado para depositarlo dentro de los contenedores sanitarios de la Unidad Académica.

La calibración del encuestador para la toma del CPOD, se dio obteniendo una prueba KAPPA de COHEN del 98%, y con respecto al IPC se obtuvo una prueba KAPPA del 95% interobservador.

### 6.1 Tipo de estudio

Transversal

### 6.2 Población de estudio

Personal adscrito a la escuela nacional de enfermería del issste 2019 estudiantes y académicos.

### 6.3 muestra

16 Docentes y 50 estudiantes de Enfermería que pertenecientes a la Escuela Nacional de Enfermería e Investigación. El muestreo será no probabilístico por conveniencia. Se estudiarán a 66 enfermeras docentes de base y estudiantes de enfermería inscritos en el ciclo 2018 – 2019.

### Métodos para el manejo de la información

Con los resultados, se elaboraron tablas de frecuencia de las variables medidas. Se empleó el programa SPSS, donde se capturó la base de datos y se realizó el análisis de resultados, y se diseñaron gráficas de columnas y de pastel con Excel, y Word.



### 6.3 Criterios de inclusión

- Genero indistinto.
- Edad de 22 años en adelante.
- Profesoras y estudiantes del área de enfermería.
- Todos aquellos individuos que hayan firmado el consentimiento informado.
- Que quieran participar en el estudio.

### 6.4 criterios de exclusión

- Personas que no cumplan con la edad mínima que se requiere.
- Profesores y/o estudiantes que no pertenezcan al área de enfermería.
- Individuos que no firmaron el consentimiento informado.

### 6.5 criterios de eliminación

- Se eliminarán los cuestionarios contestados con letra ilegible.
- Cuestionarios con preguntas que no hayan sido contestadas.

### 6.6 Variables de estudio

| <b>Variables</b> | <b>Definición conceptual</b>  | <b>TIPO</b>  | <b>ESCALA DE MEDICION</b> |
|------------------|---|--------------|---------------------------|
| <b>Edad</b>      | Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo           | cuantitativa | Razón                     |
| <b>Sexo</b>      | Conjunto de características biológicas y anatómicas que definen a los seres humanos | Cualitativo  | Nominal                   |



PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN PERSONAL DE BASE Y ESTUDIANTES DE  
ENFERMERÍA ADSCRITOS A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL ISSSTE 2019



|                                 |  |              |         |
|---------------------------------|--|--------------|---------|
|                                 | como hombre y mujer  |              |         |
| <b>Categoría</b>                | Posición laboral dentro de una clasificación jerarquizada  | Cualitativa  | Nominal |
| <b>Antecedentes patológicos</b> | Son las enfermedades que ha padecido el paciente desde la infancia hasta la actualidad   | Cualitativa  | Nominal |
| <b>Higiene bucal</b>            | Cepillarse los dientes es una parte importante de la higiene bucal habitual; con un cepillo de cerdas suaves. El tamaño y la forma del cepillo deben adaptarse a su boca y permitirle llegar a todas las zonas con facilidad | Cuantitativa | Nominal |
| <b>Lesión cancerizable</b>      | Hay ciertas alteraciones tisulares que pueden presentarse en la mucosa bucal y que en un desarrollo posterior pueden dar lugar a cáncer oral de células escamosas.   | Cualitativa  | Nominal |
| <b>Adicciones</b>               | Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un  | Cualitativa  | Nominal |



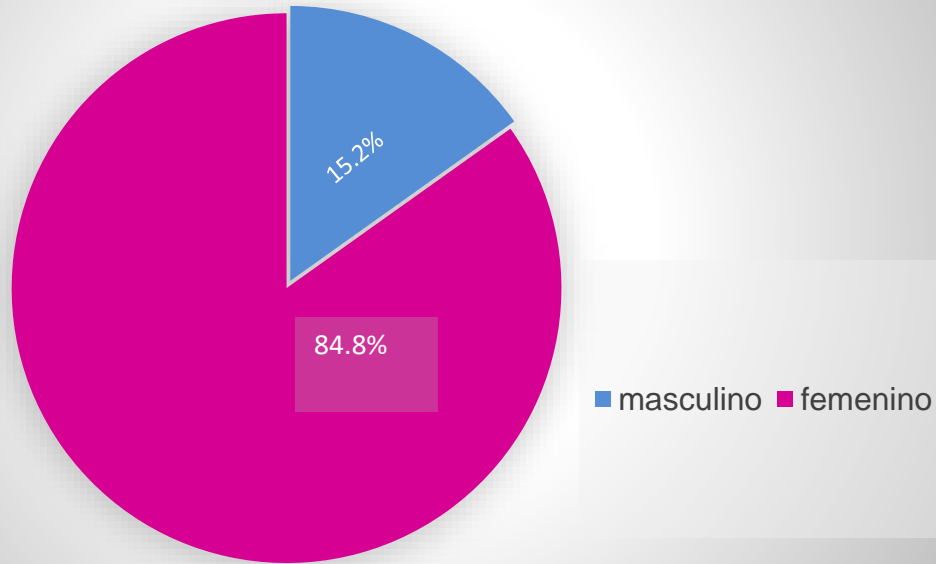
|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. |  |  |
|--|---|--|--|

## 7. Resultados

Del personal adscrito y estudiantes de la Escuela Nacional de Enfermería del ISSSTE 2019, de la muestra que participo 66 personas; 16 son profesoras las cuales representan el 24.2% de la muestra y los 50 estudiantes representan el 75.8% de la población (ver grafica 1), obteniendo los siguientes resultados: en el estudio 15.2% del total corresponde a los Hombres, (ver grafica 2); y 84.8% corresponde a la población femenina lo que nos muestra que en la profesión de enfermería la mayoría es del sexo femenino.



### GRÁFICA 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GÉNERO



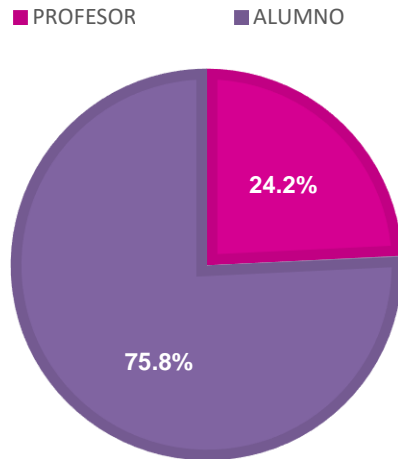
FUENTE DIRECTA

Profesores-Estudiante: el 24.2% Son profesores y el 75.8% son estudiantes, de enfermería en general, licenciatura en Enfermería y de especialidad en diferentes áreas, como por ejemplo: Geronto- Geriatría, Salud Publica, Pediatría





**GRÁFICA 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PROFESORAS Y ESTUDIANTES**



**FUENTE DIRECTA**

**CUADRO: 1 DISTRIBUCIÓN PROMEDIÓ DE LA EDAD**

| Muestra | Mínimo | Máximo | Media | Desviación. |
|---------|--------|--------|-------|-------------|
| 66      | 26     | 60     | 40.00 | 9.889       |

**FUENTE DIRECTA**

Cabe mencionar que todos los estudiantes son personal basificado del ISSSTE.

El cuadro 2, nos muestra que el 30.3% padece alguna enfermedad como: diabetes, hipertensión, dislipidemias e hipertiroidismo. Y el 69.7% no padecen ninguna enfermedad.

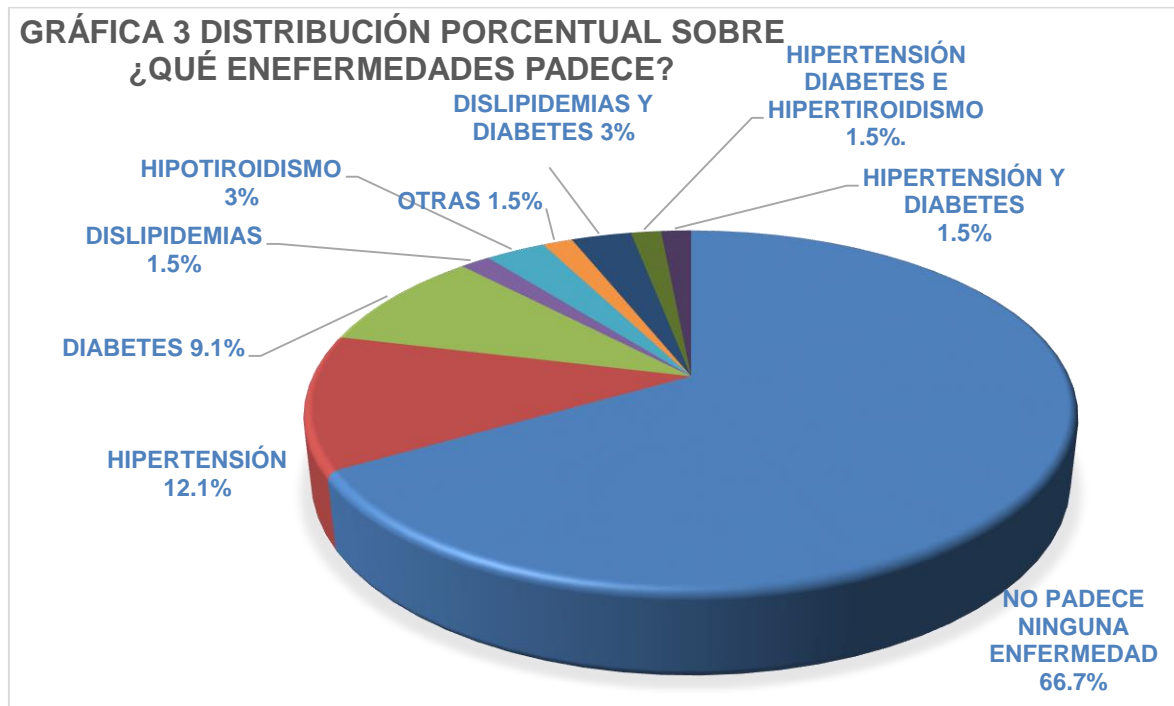
**CUADRO: 2 ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?**

| Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|
| 20         | 30.3       |
| 46         | 69.7       |
| Total 66   | 100.0      |



### FUENTE DIRECTA

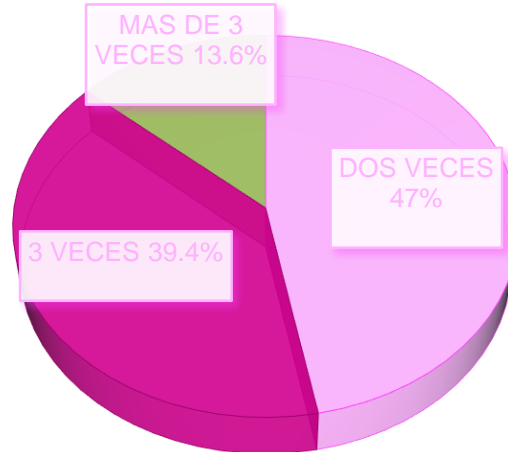
En la gráfica se observa que el 66.7% corresponde a la población que no padece ninguna enfermedad; y el restante de mayor a menor porcentaje por enfermedad, tenemos que el 12.1% padece hipertensión Arterial, 9.1% diabetes, 3% hipotiroidismo, 3% diabetes Y dislipidemias, 1.5% hipertensión diabetes E hipertiroidismo, 1.5% hipertensión Y diabetes, 1.5% restante otras enfermedades



### FUENTE DIRECTA

EL 47% manifiesta realizar 2 comidas al día, el 39.4% realiza 3 comidas al día, el 13.6% realizan más de 3 comidas al día.

### GRÁFICA 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ¿CUÁNTAS VECES COME AL DÍA?



FUENTE DIRECTA

El 57.6% se cepilla dos veces al día y se relaciona con la población que realiza 2 comidas al día; el 13.6% realizan 1 vez al día, y cabe resaltar que el 1.5% n se cepilla los dientes, que corresponde a 1 persona. (Ver gráfica 5).

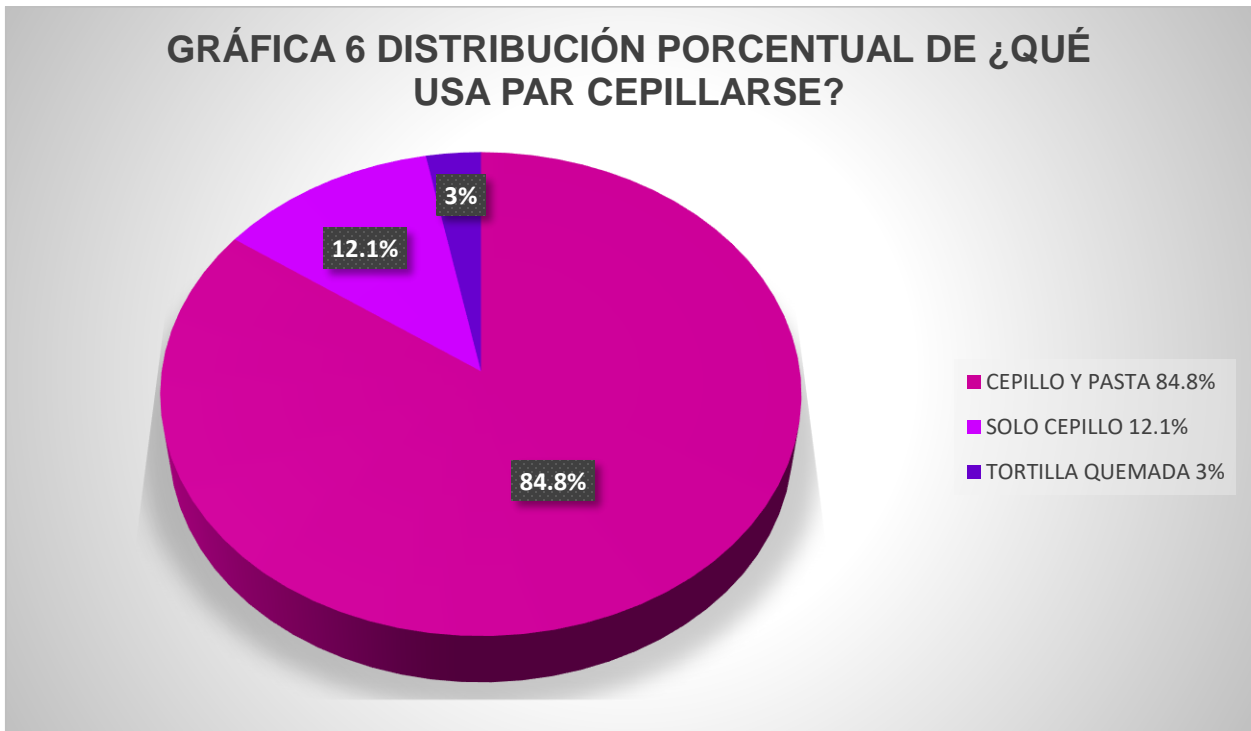
### GRÁFICA 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ¿CUÁNTAS VECES SE CEPILLA LOS DIENTES AL DÍA?



FUENTE DIRECTA



El 84.8% emplea solo cepillo y pasta para su higiene bucal, el 12.1% emplea solo cepillo y el 3% usa tortilla quemada. (Ver gráfica 6)



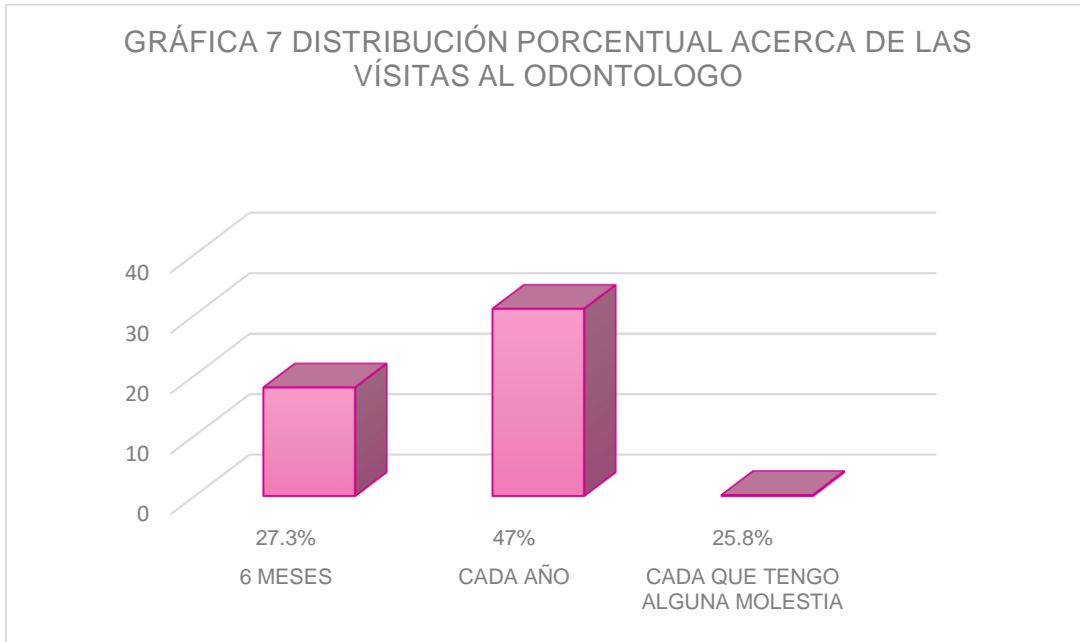
FUENTE DIRECTA

### ¿QUE AUXILIARES UTILIZA PARA SU HIGIENE BUCAL?

El 33.3% utiliza como auxiliar enjuague bucal, el 1.5% hilo dental y el 27.3% ningún auxiliar de higiene.

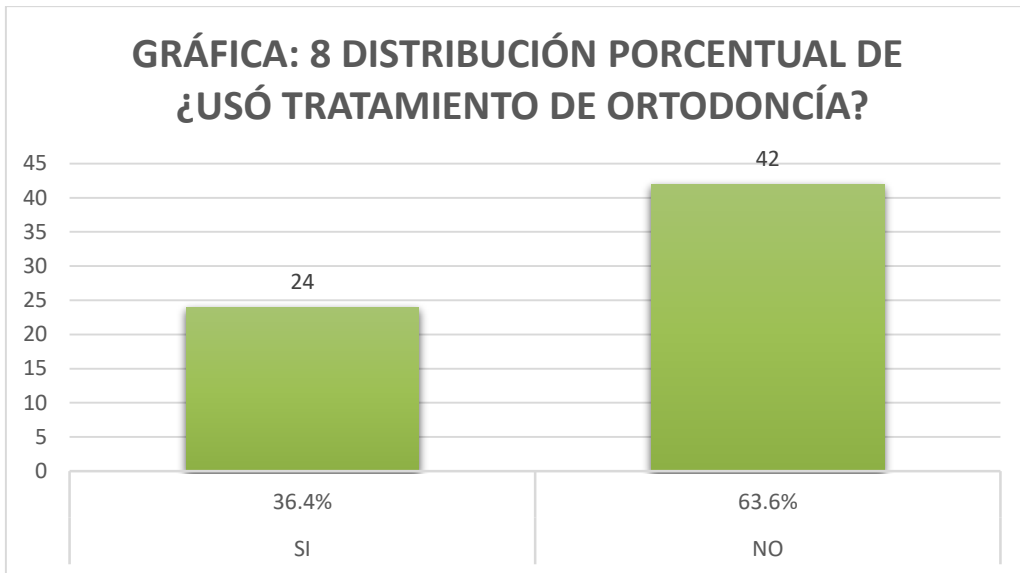


El 47% lo visita cada año; el 27.3% cada 6 meses, el 25.8% cada que tiene alguna molestia.



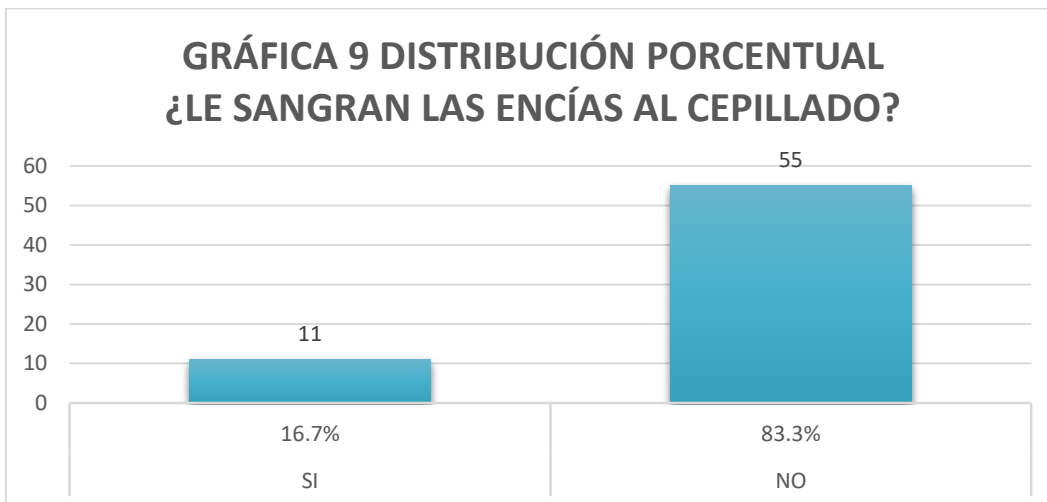
FUENTE DIRECTA

Respecto a la pregunta si habían tenido tratamiento de ortodoncia el 63.6%refirieron que NO, contra un 36.4% que dijo que SI.



FUENTE DIRECTA

El 83.3% menciona que no le sangran las encías al cepillarse, mientras que el 16.7% indicó que sí le sangran las encías al cepillarse.



FUENTE DIRECTA



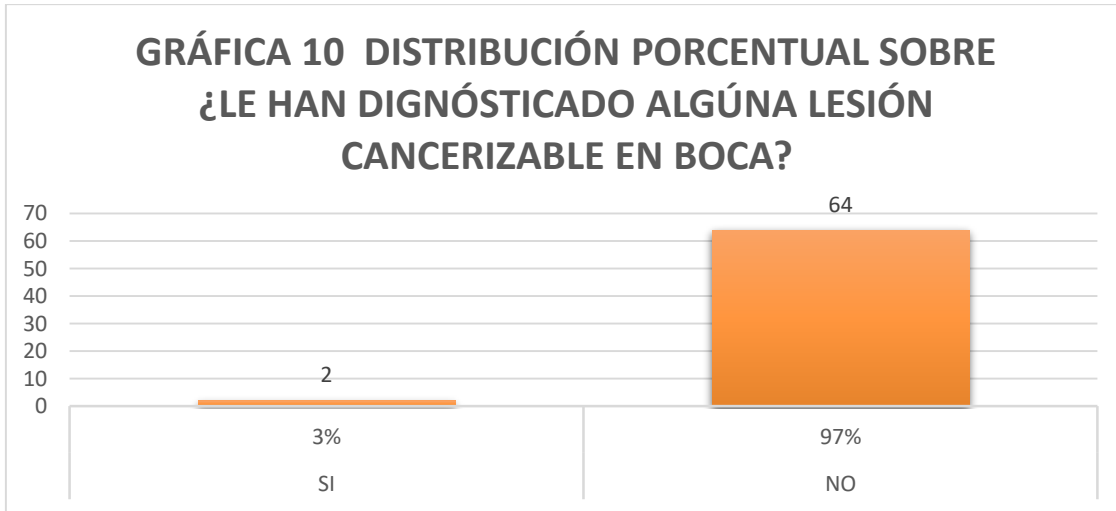
CUADRO: 3 ¿HACÉ CUÁNTO TIEMPO LE SANGRAN LAS ENCÍAS?

Acerca del tiempo que llevan sangrando sus encías, el 4.5% indico que hace 3 años, otro 4.5% indico que desde hace 6 a 12 meses, 4.5% mas no contesto la pregunta, 1.5% dijo que desde hace 3- 5 meses, 1.5% indico que desde hace 2 meses. Y e 83,3% restante no le sangran las encías.

| Tiempo                | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| 0-2 MESES             | 1          | 1.5        |
| 3-5 MESES             | 1          | 1.5        |
| 6-12 MESES            | 3          | 4.5        |
| 3 AÑOS                | 3          | 4.5        |
| NO CONTESTO           | 3          | 4.5        |
| NO SANGRAN MIS ENCÍAS | 55         | 83.3       |
| Total                 | 66         | 100.0      |

FUENTE DIRECTA

97% de la muestra manifestó no haber tenido alguna lesión y el 3% manifestó haberle sido diagnosticada alguna lesión cancerizable en boca; es importante mencionar que este 3% está relacionado con la población que fuma.



FUENTE DIRECTA

**CUADRO: 4 ¿CUÁL FUÉ LA UBICACIÓN Y DIAGNOSTICO?**

El 97% no manifestaron lesión, el 3% que sí, indico haber sido diagnosticado con alguna lesión cancerizable, no supieron expresar la ubicación de la lesión, por lo que se abstuvieron a contestar la pregunta.

| Respuesta     | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| No hay lesión | 64         | 97.0       |
| No Contesto   | 2          | 3.0        |
| Total         | 66         | 100.0      |

FUENTE DIRECTA





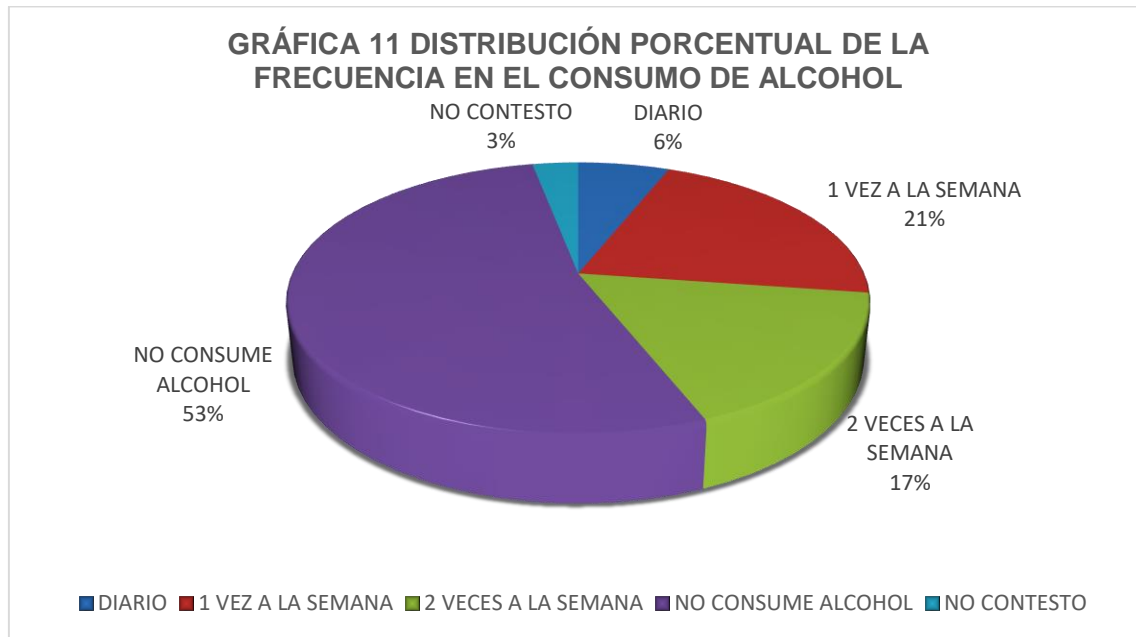
**CUADRO: 5 ¿CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?**

El 53% no consumen bebidas alcohólicas, el 47% si lo hacen.

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| si        | 31         | 47.0       |
| no        | 35         | 53.0       |
| Total     | 66         | 100.0      |

FUENTE DIRECTA

El 53% manifestó no consumir alcohol, el 21% lo consume 1 vez por semana, 17% consume 2 veces por semana, 6% consume diariamente, el 3% no quiso contestar respecto a la frecuencia con la que consume bebidas alcohólicas.



FUENTE DIRECTA



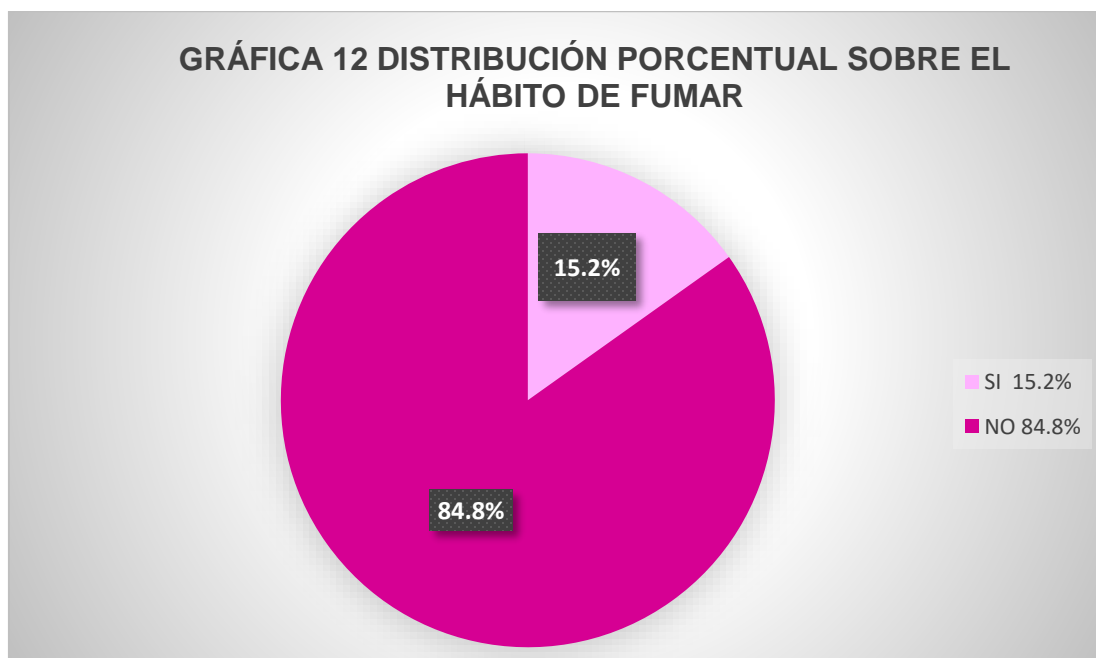
### CUADRO:6 ¿QUÉ CANTIDAD DE COPAS CONSUME?

Respecto al cuadro 7, el número de copas que consume cada persona es: el 10.6% dijo consumir 1 copa, el 16.7% consume 2 copas, el 15.2% consume 3 copas, el 4.5% más de 4 copas, y el 53% no consume alcohol.

| CANTIDAD DE CONSUMO | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| UNA COPA            | 7          | 10.6       |
| DOS COPAS           | 11         | 16.7       |
| TRES COPAS          | 10         | 15.2       |
| MÁS DE 4 COPAS      | 3          | 4.5        |
| NO CONSUME ALCOHOL  | 35         | 53.0       |
| Total               | 66         | 100.0      |

FUENTE DIRECTA

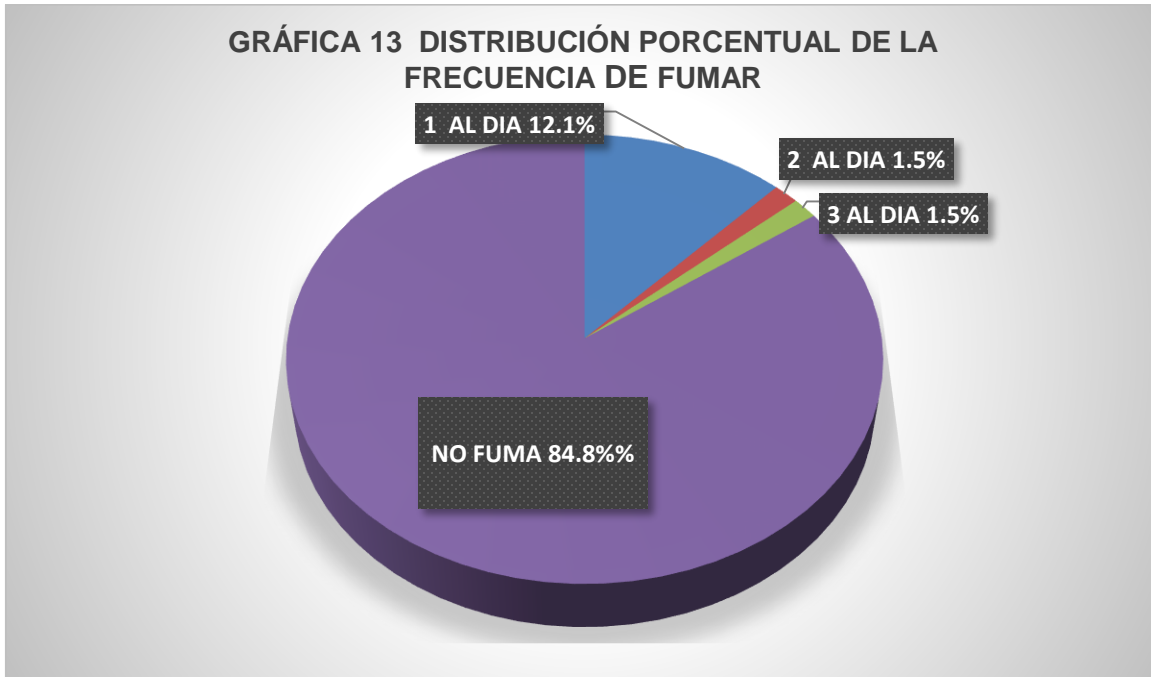
El 84.8% de la población manifestó que no tiene el hábito de fumar, y un 15.2% si fuma



FUENTE DIRECTA

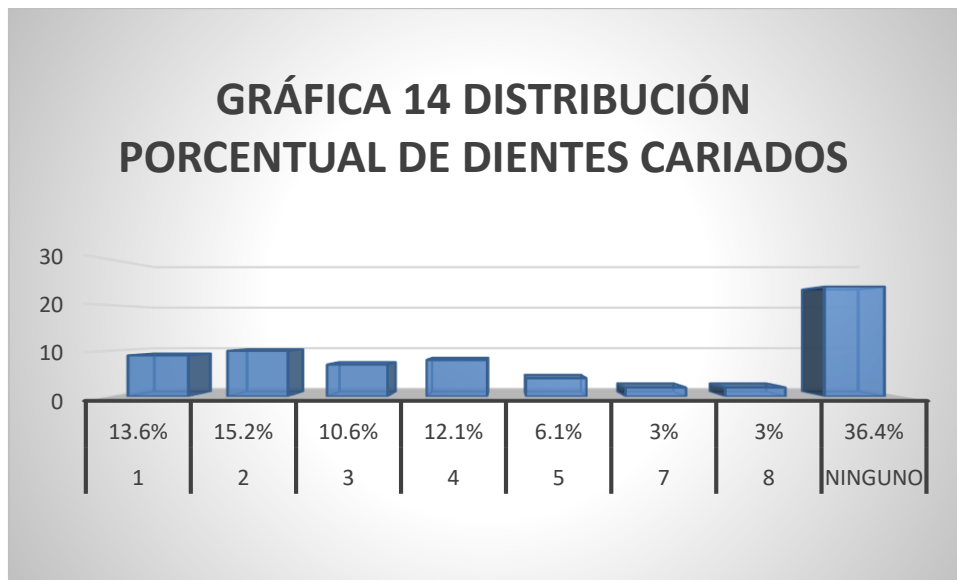


La frecuencia en el hábito de fumar nos indicó que un 84.8% de la muestra estudiada no fuma, 12.1% que si fuma indico que consume 1 cigarrillo al día, 1.5% consume 2 cigarrillos al día, 1.5% restante consume 3 cigarrillo respectivamente.



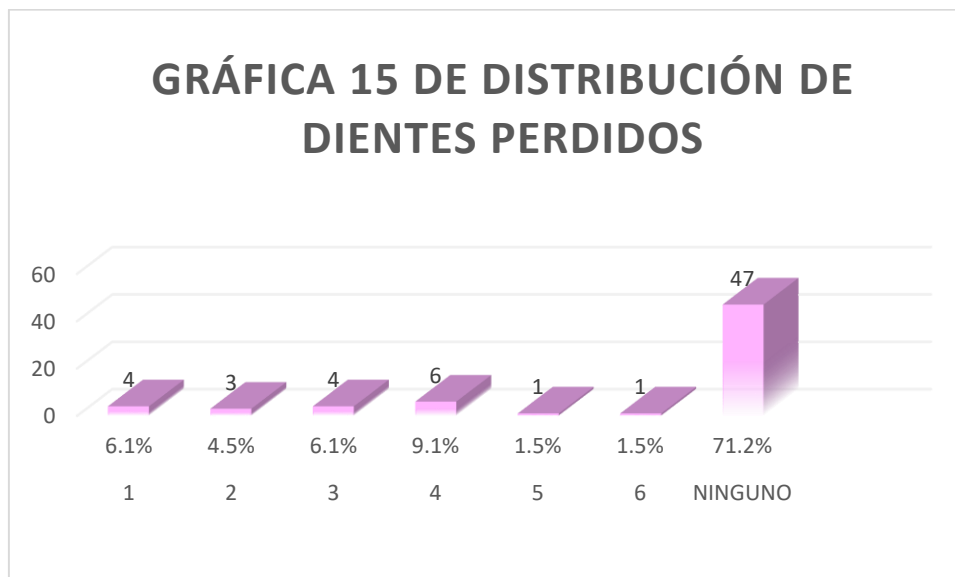
#### FUENTE DIRECTA

El 36.4% de los sujetos objeto de estudio no presento caries dental, mientras que, el 13.6% solo presento 1 diente con caries, el 15.2% presento 2 dientes con caries, el 10.6% presento 3 dientes con caries, el 12.1% 4 dientes con caries, el 6.1% 5 dientes con caries el 3% 7 dientes con caries, el 3% restante 8 dientes con caries.



FUENTE DIRECTA

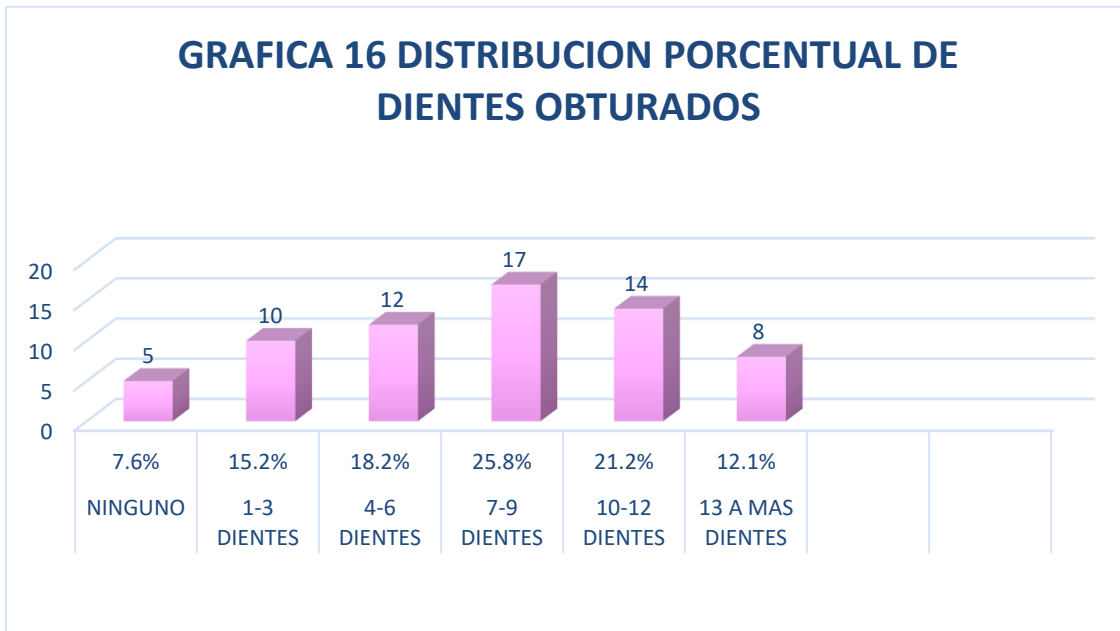
Es importante mencionar que el 71.2% no ha perdido ningún diente a causa de caries, 6.1% tenían 1 diente perdido, 4.5% 2 dientes perdidos, 6.1% 3dientes perdidos,9.1% 4 dientes perdidos. 1.5% 5 dientes perdidos, 1.5% 6 dientes perdidos.



FUENTE DIRECTA



El número de dientes obturados al momento de la exploración clínica de la población fue; 7.6% no tenían ningún diente obturado, 15.2% presentaban de 1-3 dientes obturados, 18.2% presentan de 4-6 dientes obturados, 25.8% presentan de 7-9 dientes obturados, 2.2% presentan de 10-12 dientes obturados, 12.1% presentan 13 a más dientes obturados.



FUENTE DIRECTA

La prevalencia de caries dental para todo el grupo fue de: 95.4%



### CUADRO: 7 CONTROL PERSONAL DE PLACA DENTOBACTERIANA

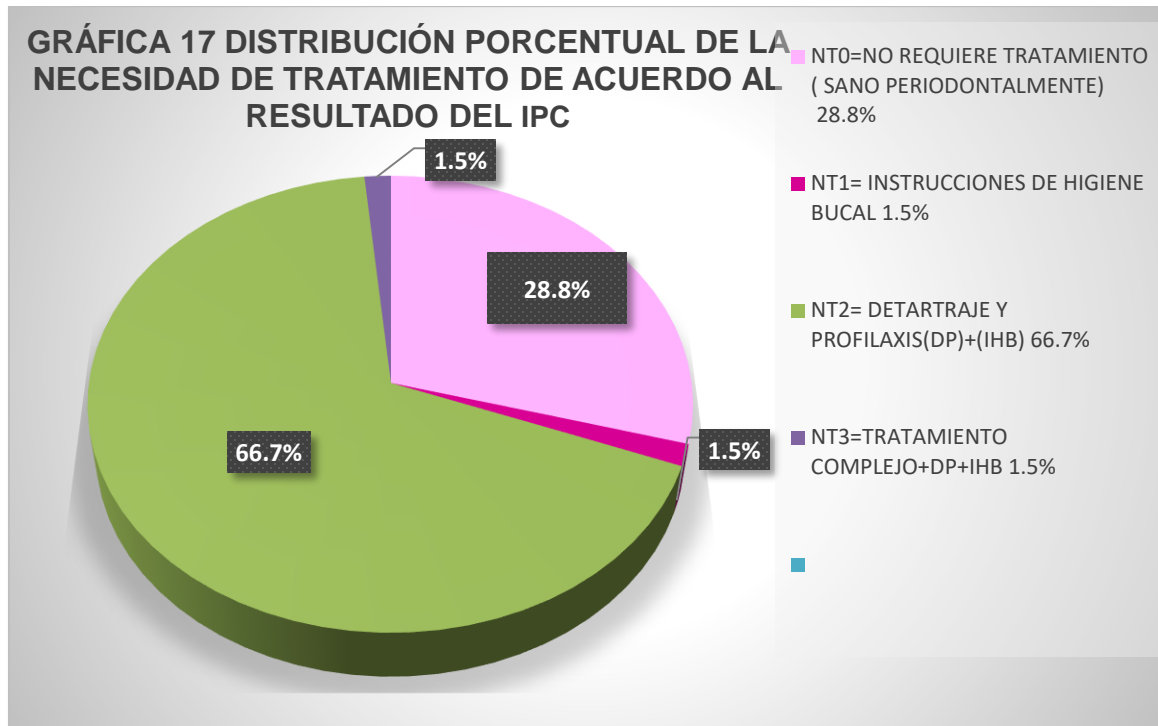
El control personal de placa dentobacteriana reporta que el 81.8% tiene una higiene bucal buena, ya que el porcentaje de superficie teñidas estuvo entre 0-15%, el 18.2% presento una higiene regular, ya que el porcentaje de superficies teñidas estaba entre 16-49%.

| Evaluación       | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| BUENA (0-15%)    | 54         | 81.8       |
| REGULAR (16-49%) | 12         | 18.2       |
| Total            | 66         | 100.0      |

FUENTE DIRECTA

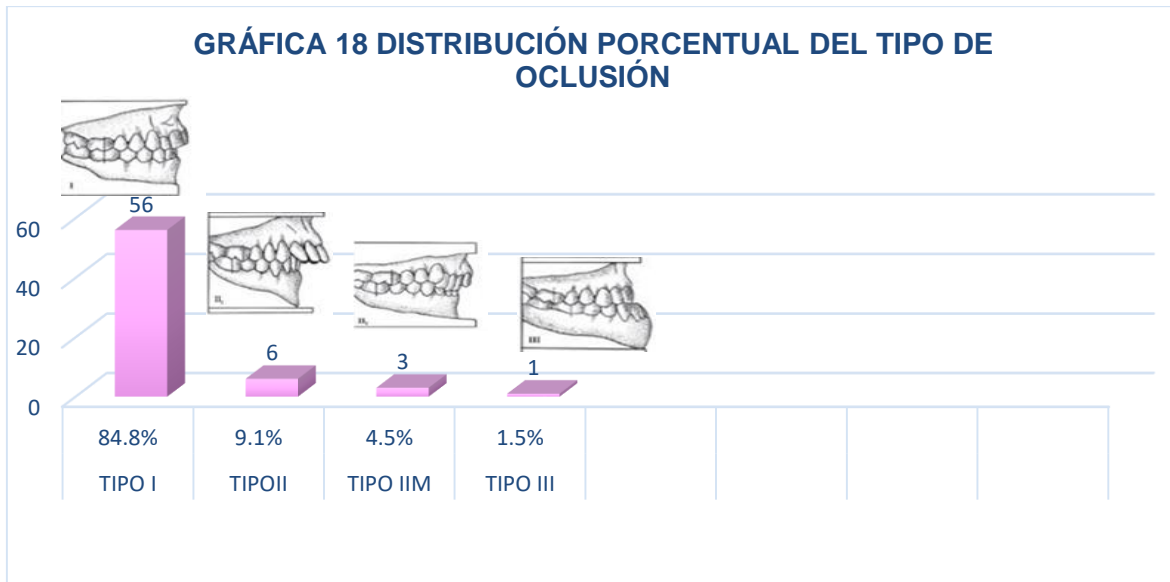
Después al calcular el IPC, se evaluó la necesidad de tratamiento para cada grupo de acuerdo código presentado. El 28.8% corresponde a las personas que no requieren de tratamiento que se encuentran sanos periodontalmente, pues presentaron un código 0.

- 1.5% de los pacientes requiere instrucciones de higiene bucal, ya que presentaron un código 1.
- 66.7% requiere eliminación de cálculo y pulido dental, más instrucciones de higiene bucal; pues presentaron un código 2.
- 1.5% requiere tratamiento complejo, eliminación de cálculo, pulido dental e instrucciones de higiene bucal ya que presentaron un código 3.



FUENTE DIRECTA

La frecuencia de casos de acuerdo con el tipo de maloclusión dental, con base en la clasificación de Angle, quedó distribuida de la siguiente forma: la prevalencia más alta fue de casos de maloclusión de Tipo I con el 84.8%, Tipo II 9.1%, Tipo IIM 4.5%, Tipo III con el 5%.



FUENTE DIRECTA

## 8. Discusión

Los datos obtenidos y analizados en el presente estudio indican que la situación de la salud bucal de los estudiantes y profesores adscritos a la escuela nacional de enfermería del ISSSTE 2019 presentaron problemas de salud, haciéndose relevante los altos índices de caries dental, aspecto que constituye un problema de salud pública, ya que a pesar de las metas establecidas en los programas de salud en nuestro país, aún los índices de caries y enfermedad periodontal son altos

El resultado del índice CPOD FUE DE 10.16, mayor del obtenido en un estudio similar realizado por la Universidad Autónoma de Nayarit, en estudiantes de la licenciatura de cirujano dentista el resultado del índice CPOD fue de 8.45, lo que sitúa este aspecto en una escala crítica con relación a los índices de salud bucal aceptables.





Y en comparación con el estudio realizado en la Universidad Autónoma de Veracruz campus Minatitlán, fue menor , ya que ahí se observó un CPOD, de 13.1; en contraste, un estudio similar en la licenciatura de cirujanos dentistas FES Iztacala , se obtuvo que el CPO fue de 2.28 muy por debajo de nuestros resultados, debiendo destacar que el estudio fue realizado en alumnos, quienes ya cursaban la licenciatura en odontología y poseían algún grado de educación preventiva dado a su perfil de formación.

Respecto al índice IPC, los resultados son muy parecidos a los obtenidos en el estudio hecho por la Universidad Autónoma de Baja California. Ellos muestran un 14% de su población para código 0, y nuestro estudio muestra un 28%, para código 1 su población fue de 20%, la nuestra 1.5%, código 2, tienen una población de 62% muy parejo con nuestro porcentaje para este código que fue de 66.7%, código 3, tienen un 2%, comparada con 1.5% nuestro.

De la misma manera con el control personal de placa, coincidimos con la Universidad Autónoma de Veracruz donde el 81.5% de su población estudiada presenta una higiene bucal buena, al igual que nuestra población que fue de 81.8% también con buena higiene.

Con referencia a, si a los individuos analizados les sangraban las encías al cepillado, estamos en concordancia con los resultados obtenidos por la Universidad Autónoma de Veracruz, donde el 89% no presentó sangrado de encías y 11% si presentó. Nosotros tuvimos un 83.3% que no presentó sangrado y un 16.7% afirmaron que sí.

28.8% de los dientes extraídos han sido por caries, cifra menor a la obtenida en un estudio similar hecho por la Universidad Nacional Autónoma de Veracruz quienes tienen un 47% de dientes extraídos por caries.

De acuerdo con los hallazgos observados en el presente estudio, en cuanto a la frecuencia de casos de maloclusión, con base en la clasificación de Angle, se encontró que la maloclusión clase I fue la que se presentó con mayor frecuencia,



en comparación con la normoclusión y las maloclusiones clases II y III, comportamiento que concuerda de manera similar con lo reportado por un estudio similar en la licenciatura de cirujanos dentistas FES Iztacala .Su relevancia radica en el hecho de que se debe tener en cuenta que las maloclusiones clase I abarcan las anomalías en el sextante anterior, en donde la relación anteroposterior de los arcos dentales, superior e inferior, se encuentra en los límites normales; sin embargo, pueden existir relaciones verticales o transversales alteradas entre las arcadas, en donde el apiñamiento y las mal posiciones son las evidencias más claras de una maloclusión clase I.

## 9. Conclusiones

En la actualidad se sabe que es posible mantener una buena salud bucodental de los individuos hasta edades avanzadas y que los dientes no se pierden a causa del envejecimiento, las alteraciones bucodentales no sólo se quedan a ese nivel también impactan en la capacidad para desempeñar actividades habituales como son el comer, el hablar, el socializar, es decir, en su calidad de vida.

Con relación a la pérdida dental, queda reservada la posibilidad de que los dientes perdidos son, en la mayoría de los casos, extracciones indicadas por ortodoncia, lo cual puede reflejar el interés que tienen los estudiantes en cuanto al mantenimiento de la funcionalidad y estética del aparato estomatognático.

De acuerdo con los hallazgos observados en el presente estudio, en cuanto a la frecuencia de casos de maloclusión, con base en la clasificación de Angle, se encontró que la maloclusión clase I fue la que se presentó con mayor frecuencia, en comparación con las maloclusiones clases II y III.

Finalmente, lo que se puede concluir es que la prevalencia de maloclusiones dentales en la población de estudio fue alta, la que no estuvo asociada al nivel



socioeconómico, lo cual habla probablemente de que esté relacionado este evento con cuestiones de orden cultural y educativo, ya que no importa que se tenga o no el poder adquisitivo para demandar la atención preventiva o anticipatoria en el desarrollo de algún tipo de maloclusión, pues aun teniendo esta capacidad, si no se le da un valor relevante a la salud bucal, aun cuando se tengan los medios económicos, este concepto no será abordado por los sujetos en los cuales la salud bucal no se encuentra en su lista de prioridades de bienestar personal.

Es necesario establecer estrategias de prevención y rehabilitación de la salud bucal de los estudiantes y profesores, dado que en este contexto algunas cifras no son alentadoras, pues la OMS espera que la incidencia de caries dental aumente en muchos países en vías de desarrollo particularmente como resultado de un consumo cada vez mayor de azúcares y la exposición inadecuada a los fluoruros.

Debido a esto es importante brindar instrucciones acerca de las medidas higiénicas en la población estudiada, así como los hábitos alimenticios, que se logran a partir de la educación continua, que idealmente debería iniciar desde la infancia.

En virtud de lo anterior y con el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, es necesario adoptar un enfoque diferente sobre la salud bucal. En la actualidad es indispensable un manejo multidisciplinario con la evaluación del médico, odontólogo y/o especialista.



## 10. Referencias bibliográficas

- 1 Aguilar N, Navarrete K, Robles D, Aguilar S, Rojas A. Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit, Revista Odontología Latinoamericana. (2009) Vol. 1 | Núm. 2 | pág. 27-32.
- 2 Aguilar M, Cárdenas V, Sanchis P, Ibáñez F, Gil L. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental, Periodoncia para el higienista dental, PERIODONCIA Volumen 13 Número 3 Julio-Septiembre 2003.
- 3 Esquivel R, Jiménez. Perfil epidemiológico de salud bucal en estudiantes de la FES Iztacala, Revista odontológica mexicana, vol. 11, número 1, marzo 2007, pág.46-52.
- 4 Hernández, A, et al. "Promoción de salud para la prevención de caries en niños de 5 a 12 años." Revista Archivo Médico de Camagüey 2009; 13 (6): pág. 36-48.
- 5 Vélez J, Sánchez J. Domínguez A. Mena R, Manuel R, Rubio A, Barreras S. Análisis comparativo del índice periodontal comunitario en estudiantes de diversas licenciaturas universitarias, artículo de investigación revista adm /julio-agosto 2010/vol.LXVII. Número 4. pág. 171-76
- 6 Oropeza L. Et al. Prevalencia de las maloclusiones asociada a hábitos bucales nocivos, en una muestra de mexicanos, revista mexicana de ortodoncia. 2014; 22(4):pág. 220, 227.
- 7 Trinchitella A, importancia de la salud oral y su conexión con la salud general. Biomed 2006; 2(3) pág. 246-51
- 8 OMS. "Avances recientes en Salud Bucodental. Informe de Comité de Expertos de la OMS", Informe técnico N° 826. Ginebra, 1992:7,8.
- 9 Frías A. Salud pública y educación para la salud, Barcelona: Masson; 2000. pág. 349-359.
- 10 Nithila, A. Bourgeois, D. y Cols. "Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud" Rev. Bucodental Panam. Pública / Public Health 1988: num.4: pág. 411-15.
- 11 Hernán SM. "Determinación del nivel de salud". Salud y enfermedad, 4ta. Ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1982: pág. 105-113.
- 12 Bullón F, Ríos S, Segura E, Poyato F. Periodoncia Para El Higienista Dental, La Placa Bacteriana Conceptos Básicos Para El Higienista Bucodental, pág 233-244 Vol. 11, Numero 2 Abril-Junio 2001



- 13 Gómez N, Morales M. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México, Rev. Chile Salud Pública 2012; Vol. 16 (1): pág. 26-31
- 14 World Health Organization. Oral Health Surveys, Basic methods. Fourth ed. World Health Organization, Geneva, 1997:40-47
- 15 Rubio C. Jesús M, Robledo T, et. Al. Revista Española de Salud Pública. Criterios Mínimos de los estudios epidemiológicos de Salud Dental en Escolares. 1999. [www.msc.es/revistas/resp/199703/saluddental.htm](http://www.msc.es/revistas/resp/199703/saluddental.htm)
16. Schuller AA, Holst D. Oral status indicators DMFT and FS-T: reflections on index selection. Eur J Oral Sci. 2001 Jun;109(3):155-9.
- 17 Encuestas de salud bucodental: métodos básicos, 4a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/41997> .
- 18 Rivas G, Salas L, Treviño R, Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en la población de la ciudad de Zacatecas, México, Artículo original Vol. LVII, No. 6 Noviembre-Diciembre 2000 pág. 218-221.
- 19 . Franco F, Lazcano E. Tendencias del tabaquismo en Adultos en México entre 1988 y 2008. Salud Pública Méx, 2010, vol. 52 supl. 2.
20. Cruz M, Pedro A; Pena N, Aluett E; Batista K, y Soca M, Pedro E. Factores De Riesgo De Cáncer Bucal. *Rev. Cubana Estomatol* [Online]. 2016, Vol.53, N.3
- 20 Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
- 21 Miranda JD, Fernández L, García GL, Rodríguez I, Trujillo E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. *Rev Cubana Estomatol* [revista en Internet]. 2010 [citado 28 agosto 2015]; 47(4):[aprox. 10 p].  
Disponibile en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400001&script=sci_arttext)
22. Mateo A, Somacarrera M. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. [revista en la Internet]. 2015 [citado 2016 Mar 31];31(4):247-259. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852015000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002&lng=es)
- 23 Rodríguez E, Santana K, Fong Y, Rey F, Jacas M, Quevedo K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. *AMC* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Ago 30];18(6):642-655. Disponible



PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN PERSONAL DE BASE Y ESTUDIANTES DE  
ENFERMERÍA ADSCRITOS A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL ISSSTE 2019





en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552014000600007&lng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007&lng=e)

24. Brusola J. Ortodoncia Clínica y terapéutica. 2da Edición. España: Masson; 2000.



## Anexos

### ANEXO A

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**SEMINARIO DE TITULACIÓN: SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA**

Las enfermedades bucodentales, aunque han existido a lo largo de toda la historia, son especialmente frecuentes en la actualidad. Son enfermedades infecciosas que tienen una prevalencia muy alta en la mayoría de la población, que si no se previene o corrigen no solo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, si no también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades sistémicas.

En este sentido la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la facultad de odontología, realizara un estudio de investigación con la finalidad de conocer el estado de salud bucodental de enfermería en docentes y estudiantes, así como hábitos de higiene que tengan y relacionarlo con la salud oral que presentan.

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en este estudio, el cual consistirá en la evaluación clínica para el diagnóstico del estado de su salud oral, con espejo y sonda periodontal tipo OMS esterilizados, así como un cuestionario que responderá antes de la exploración bucal.

Estas hojas de consentimiento informado pueden contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador principal o cualquier persona del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

**Beneficio del estudio**

Dentro de los beneficios que tendrá al ser evaluado será el diagnóstico de su salud bucal y orientación en cuanto a sus medidas de higiene oral. Este estudio no ofrece ningún beneficio económico por su participación, ya que es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento.

**Privacidad y confidencialidad**

La información personal que usted dará a nuestros investigadores durante el estudio permanecerá en anonimato y quedara bajo resguardo del investigador principal.

A las encuestas se les asignara un código, de tal forma que además de los investigadores nadie conocerá su identidad.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad del participante no será divulgada.

Usted tiene la libertad de aceptar o no este consentimiento o retirarlo para dejar de participar en el estudio en el momento que usted lo desee.

**Atentamente**

Muñoz Martínez Mirna Sofía (pasante de odontología)

Díaz de León Azúara Jesús Manuel (investigador responsable)

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ por medio de la presente y en plena capacidad de mis facultades he leído y entendido en su totalidad el consentimiento: así como los beneficios de participar en el estudio por lo cual ACEPTO y AUTORIZO que se me realice el diagnóstico de salud oral.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma



PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN PERSONAL DE BASE Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ADSCRITOS A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL ISSSTE 2019



**ANEXO B**

Cuestionario de salud buco dental Folio

El siguiente instrumento de valoración, es anónimo y confidencial, con fines de investigación, por ello, le solicitamos a usted, de la manera más atenta, trate de ser lo más sincero (a) posible. Por favor, lea las preguntas detenidamente y conteste los espacios donde se requiere.

1. Profesor 2. Estudiante

3. Edad

4. Sexo 1. Masculino 2. Femenino

5. Padece alguna enfermedad 1. si 2. no

Cuales \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántas comidas realiza al día? 1. 1 2. 2 3. 3 4. Más de 3

7. Cuántas veces se cepilla los dientes al día

1. 1 vez 2. 2 veces 3. 3 veces 4. no se cepilla

8. Que usa para cepillarse

1. cepillo y pasta 2. Solo cepillo 3. Tortilla quemada 4. Otra \_\_\_\_\_

9. Que auxiliares utiliza para su higiene bucal; puede contestar una o más respuestas

1. hilo dental 2. Enjuague bucal 3. hilo y enjuague 4. Cepillo interdentario

10. Cada cuando visita al odontólogo

1. Cada 6 meses 2. Cada año 3. Cada que tiene alguna molestia dental

11. Ha tenido tratamiento de ortodoncia 1. si 2. No

12. Le sangran las encías al cepillado dental 1. si → desde cuando \_\_\_\_\_ 2. no

13. Alguna vez le han diagnosticado una lesión cancerizable en boca 1. si 2. no

Si la respuesta es afirmativa, conteste lo siguiente: 3. Donde \_\_\_\_\_ 4. Cuál fue el diagnostico \_\_\_\_\_

14. Consume bebidas alcohólicas 1. Si 2. No

15. Con que frecuencia 1. Diario 2. 1 vez 3. 2 veces 3. 3 veces

16. Que cantidad de copas consume 1. 1 2. 2 3. 3 4. Más de 4

17. Fuma 1. Si 2. No

18. Con que frecuencia 1. Diario 2. 2 al día 3. 3 al día 3. Más de 4







### ANEXO C

|   |
|---|
| RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN   |
| NT0=NO REQUIERE TRATAMIENTO<br>( SANO PERIODONTALMENTE)             |
| NT1= INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL<br>(IHB)                        |
| NT2= ELIMINACION DE CALCULO Y PUIDO DENTAL+(IHB)                    |
| NT3=TRATAMIENTO COMPLEJO+ELIMINACION DE CALCULO Y PULIDO DENTAL+IHB |
| DIENTES QUE SE SUGIERE TRATAR POR CARIES PRESENTES:                 |
| TIPO DE MALOCLUSION:  |