

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN- León

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Monografía para optar al título de Cirujano Dentista titulada:
Nivel de conocimiento teórico - práctico sobre higiene oral en estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología UNAN – León durante el segundo semestre del año 2012.

AUTORES:

Br. Brenda Lastenia Vásquez Escobar.

Br. Cristhell Valeska Zambrana Quezada.

TUTOR

Dr. Humberto Altamirano.

Noviembre 2013

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

Dedicatoria

A Dios por darnos sabiduría, fuerza y paciencia elementos indispensables para llevar a cabo la culminación de este nuevo reto.

A nuestros padres: por el apoyo que nos brindaron en todo momento, por sus consejos, sus valores, la motivación constante, por los ejemplos de perseverancia y constancia que nos dieron día con día, y sobre todo por su amor.

Agradecimiento

Agradecemos en primer lugar, al ser Supremo, único dueño de todo saber y verdad, por iluminarnos durante este trabajo y por permitirnos finalizarlo con éxito.

A nuestros padres y familia por ser uno de los pilares más importantes en nuestra vida y por ser los encargados de formar las bases de lo que hoy somos: seres responsables, con espíritu de superación y compañerismo, por el apoyo brindado tanto emocionalmente como económicamente.

A nuestros maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional, en especial al Dr. Humberto Altamirano, por haber guiado el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

A cada una de las personas que ayudaron directa o indirectamente a realizar este documento.

TEMA:

Nivel de conocimiento teórico - práctico sobre higiene oral en estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología UNAN – León durante el segundo semestre del año 2012.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Qué nivel de conocimiento teórico - práctico, sobre higiene oral poseen los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología UNAN – León durante el segundo semestre del año 2012?

INDICE

I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	3
III. Marco teórico.....	4
IV. Diseño metodológico.....	17
V. Resultados.....	21
VI. Discusión de resultados.....	26
VII. Conclusiones.....	27
VIII. Recomendaciones.....	28
IX. Bibliografía.....	30
X. Anexos.....	31

INTRODUCCION

Las prácticas de higiene oral mecánica son la piedra angular de la prevención y el control de las enfermedades orales más prevalentes: la caries, las enfermedades periodontales y halitosis.

Existen muchos avances en el tratamiento de enfermedad periodontal así como desarrollo de la investigación y conocimiento científico de su etiología y respuestas a las modalidades de tratamiento. Un objetivo importante en el cuidado periodontal es prevenir el inicio y recurrencia de la enfermedad; los pacientes que buscan el cuidado dental deben aprender cómo mantener su salud bucal para no padecer enfermedad periodontal.

La prevención del inicio y recurrencia de la enfermedad periodontal enfoca los factores etiológicos que constituye su desarrollo; esas medidas se encuentran en dos categorías principales: 1) Mantener un ambiente bucal limpio para que las bacterias patógenas no proliferen y contribuyan al trastorno de los tejidos de soporte. 2) Mantener la capacidad de defensa del huésped completa a través de una buena salud física y mental. El paciente en la actualidad tiene mayor conocimiento que el clínico en los cambios de estilo de vida que se relacionan con la salud aunque un programa educacional bien planeado influiría en la actitud y conducta del paciente y lo ayudaría a mantenerse sano.

La actividad más sencilla que se realiza para remover la placa es la higiene oral, la cual consiste en el frotamiento de algunos elementos (cepillo principalmente) sobre la superficie dental y gingival con la ayuda de ciertas sustancias como (dentífricos y enjuagues orales) la cavidad oral se constituye en un ecosistema que, por su dinámica, favorece la formación permanente de placa bacteriana. Esto implica que por la patogenicidad de la placa esta deba ser removida frecuentemente con la ayuda de los elementos y las medidas de higiene oral. ⁽¹⁾

Es destacable mencionar que como estudiantes de odontología se debe poner el mayor empeño posible hacia el aprendizaje tanto teórico como práctico en lo que respecta la higiene oral, prevención y tratamiento de las enfermedades más comunes que afectan la cavidad oral que etiológicamente están asociadas a prácticas deficientes de higiene oral; asimismo conocer las opciones que en el mercado actual se ofrece a los pacientes para que estos practiquen en su casa.

En el tercer año de la carrera de Odontología de la UNAN-León se comienza a impartir la clínica de Periodoncia en donde los estudiantes desarrollan sus habilidades y destrezas en pacientes que son atendidos en dicha clínica.

Con el presente trabajo se pretende determinar el nivel de conocimiento teórico - práctico sobre higiene oral que tienen los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología, se llevará a cabo mediante la observación y realización de una pequeña encuesta. Sabemos que el paciente recurre al consultorio dental queriendo encontrar respuestas y soluciones a sus problemas orales; el odontólogo debe estar capacitado para resolver de una manera rápida y efectiva dichos problemas, por esta razón es que debemos conocer el perfil del nuevo profesional que se proyectará hacia la comunidad.

No obstante la importancia del Tema, existe un vacío de información al respecto, ya que no se encontraron estudios similares realizados al presente, Por ende se considera necesario realizar un estudio en los estudiantes del tercero, cuarto y quinto año de la carrera de Odontología donde se vean reflejadas las habilidades teóricas y prácticas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el nivel de conocimiento teórico - práctico sobre higiene oral en estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología UNAN - León durante el segundo semestre del año 2012.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento teórico sobre higiene oral que tienen los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología.
- Identificar el nivel de conocimiento práctico sobre técnicas de cepillado de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología.
- Identificar el nivel de conocimiento práctico sobre el uso del hilo dental de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología.
- Identificar el nivel de conocimiento práctico sobre otros aditamentos de higiene oral de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología.
- Relacionar el nivel de conocimiento teórico-práctico sobre higiene oral de estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología.

Marco teórico

Las enfermedades bucales no sólo afectan a la zona de la boca, sino que impactan en diversas partes del organismo del ser humano; por eso es importante tener una correcta higiene que garantice la eliminación de bacterias. ⁽²⁾

Para las personas, es muy importante contar con una sonrisa blanca y saludable, pero al no cuidarla adecuadamente pueden aparecer las incómodas infecciones. ⁽²⁾

Existe una evidente relación de causa-efecto entre la formación de placa bacteriana y la respuesta inflamatoria gingival. ⁽³⁾ La placa dental es una película transparente e incolora, adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, leucocitos y macrófagos dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos. Aproximadamente las tres cuartas partes de la placa están constituidas por bacterias vivas y en proliferación las cuales corresponden a más de 200 especies bacterianas. En un principio la placa que se encuentra se forma en los sectores irregulares o rugosos de la superficie dentaria, pero con el tiempo se extiende a otros sectores, incluido el margen gingival de todos los dientes. Su formación no es impedida por la masticación de comidas duras o detergentes, pero sí por la higiene bucal bien realizada. La placa se encuentra adherida al diente (esmalte, cemento o ambos) y hace contacto con el epitelio de unión y el medio bucal. No está constituida por restos de comida; estos son destruidos por medio de enzimas bacterianas en pocos minutos y eliminados de la boca. Los restos de comida solo pueden afectar la placa al brindar elementos para el metabolismo bacteriano. ⁽³⁾

La formación de la placa bacteriana se inicia con la deposición de una cutícula o película acelular de un espesor de alrededor de un micrón. La cutícula es subsecuente colonizada por bacterias de la siguiente forma: en los primeros dos días proliferan los microorganismos aerobios Gram positivos de la flora normal, que tienen capacidad de adherirse a la película, tales como *Actinomyces viscosus* y *Streptococcus sanguis* luego comienza una transición hacia especies facultativas Gram positivas, finalmente al crearse un medio privado de oxígeno aparecen microorganismos anaerobios gramnegativos, son colonizadores secundarios los microorganismos que no pueden adherirse a la superficie dentaria o la película pero sí a otras especies bacterianas que forman las primeras capas, en un proceso llamado de congregación. Tales son entre otros *Prevotella Intermedia*, *Capnocytophaga*, *Fusobacterium nucleatum*. La placa bacteriana contiene además una matriz interbacteriana constituida por material orgánico de origen salival y restos de bacterias autolisadas, células descamadas etc. La mayor parte del material extracelular de la placa es dextrano, que es un polisacárido formado por las bacterias a partir de la sacarosa. En un principio se creía que la placa se tornaba

patogénica por un aumento en su cantidad y mayor número de microorganismos en ella. Este concepto cuantitativo que fue llamado por Walter Loesche, la hipótesis inespecífica de la placa fue desechada al encontrarse pacientes en quienes una considerable acumulación de placa produce gingivitis pero nunca periodontitis y otros en que escasa cantidad de placa causa una considerable destrucción. Sin embargo aunque conceptualmente no se acepta la hipótesis específica el tratamiento y la prevención de la periodontitis siguen siendo la eliminación de toda acumulación de placa y cálculos en las superficies radiculares, lo que es un postulado de esta hipótesis. ⁽³⁾ En el presente se acepta la hipótesis específica que indica que la agresividad de la placa se debe a variaciones cualitativas de sus componentes y que solo algunas especies bacterianas son patogénicas. ⁽³⁾

Los factores que permiten que una bacteria cause una enfermedad se llaman factores de virulencia, la adherencia bacteriana es un importante factor de virulencia demostrado en bacterias como *Porphyromonas gingivalis*. La penetración de los tejidos ha sido descrita para *Actinobacillus actinomycetemcomitans* y *Porphyromonas gingivalis*. ⁽³⁾

Hay muchos factores que posibilitan el contacto íntimo y prolongado de la placa bacteriana con los tejidos gingivales, lo que favorece su acción patogénica. Ellos son los cálculos, los empaquetamientos de comida, los factores iatrogénicos y la respiración bucal. ⁽³⁾

A lo largo de la historia de la periodoncia se han empleado distintas clasificaciones de la patología periodontal. Para establecerlas se utilizaron primero, criterios basados en las características clínicas de las enfermedades y posteriormente los criterios de la patología clásica. ⁽⁹⁾ La prevalencia tanto de la gingivitis como casi todas las formas de la periodontitis está muy relacionada con el control de placa, hábitos de higiene bucal y atención dental recibida. ⁽⁹⁾

Gingivitis:

Es una lesión de carácter inflamatorio que compromete al periodonto de protección y que tiene como factor etiológico a la Placa Bacteriana. El experimento clásico de Loe en 1964 demostró que al eliminar la higiene bucal los pacientes desarrollaron gingivitis la cual aumento en severidad con el paso de los días y el cambio de flora bacteriana por una más agresiva anaeróbica G- y que al restituir la higiene recuperaron la salud gingival. Esto también demostró la reversibilidad de la gingivitis. ⁽¹⁰⁾

Características:

- Se produce cuando hay déficit de higiene oral.
- Los signos clínicos se desarrollan dentro de una a tres semanas.

- Hay acumulación de placa bacteriana en el margen gingival con un incremento progresivo de flora Gram (-).
- Hemorragia por ulceración o adelgazamiento del epitelio del surco está formada por bacilos Gram +, cocos Gram + y cocos Gram -.
- A medida que progresa la inflamación aparecen bacilos Gram - y formas filamentosas, más tarde espiroquetas y otras formas móviles.
- Diversos estudios han demostrado que existe una relación directa entre la disminución de la higiene oral y el incremento en la severidad de la gingivitis.
- La gingivitis sin tratamiento puede progresar a una periodontitis.
- Su etiología es bacteriana. ⁽¹⁰⁾

Periodontitis:

Se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos que soportan el diente, incluyendo ligamento, cemento y hueso alveolar. Al principio no presenta síntomas y sus signos clínicos son la hemorragia gingival (de las encías), movilidad dental y en algunos casos secreción purulenta.

La causa primaria es una serie de infecciones, causadas por algunas de las 300 especies bacterianas reconocidas en cavidad oral, dentro de las que se destacan los anaerobios Gram negativos.

Signos:

Como generalmente esta enfermedad se presenta sin dolor, el paciente suele desconocer que la padece. Por eso es importante conocer cuáles son los signos que se presentan:

- Sangrado de la encía cuando se cepilla los dientes.
- Encía rojiza, hinchada, blanda o dolorosa.
- Mal aliento.
- Pus entre sus dientes y las encías.
- Pérdida de dientes.
- Encía que se separó de sus dientes.
- Retracción de la encía, dando la apariencia de dientes más largos.
- Cambios en su mordida.
- Cambios en la adaptación de las dentaduras parciales.

Caries:

La caries puede definirse como la destrucción progresiva de la estructura dental. (6).

Vicente Laserna Santos: Los restos de alimentos quedan retenidos entre los dientes, son atacados por los microorganismos que habitan en la cavidad oral produciendo su fermentación. Los azúcares son fermentados y transformados en

ácidos corrosivos y desmineralizadores de los dientes producen caries dental, enfermedad periodontal y halitosis dental. ⁽⁷⁾

Los síntomas evidentes de aparición de una caries son sensaciones dolorosas al consumir alimentos muy dulces, muy fríos o muy calientes. ⁽⁶⁾

Las principales zonas de retención de restos de alimentos son los espacios interdetales, el surco gingival y las fisuras de las caras oclusales de los molares. Producen el taponamiento y obstrucción de los espacios interdetales y fisuras de las caras oclusales. Impiden el paso de los antisépticos dentales y favorecen la aparición de las enfermedades dentales. ⁽⁷⁾ La correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de estas enfermedades y mantenimiento de la salud dental. ⁽⁷⁾

Halitosis:

Es un conjunto de olores desagradables u ofensivos que emanan de la cavidad oral. Prácticamente todos los individuos han sufrido un episodio transitorio de mal aliento. ⁽⁵⁾

Es un síntoma subjetivo frecuente, pero a menudo es mucho más evidente para quien lo sufre que para los demás. ⁽¹⁰⁾ De hecho la mayoría de los adultos tienen peor aliento cuando se despiertan por la mañana. Este problema es transitorio y recibe el nombre de mal aliento matinal. Su aparición se atribuye a causas fisiológicas, tales como la reducción del flujo salival durante el sueño. Normalmente el mal aliento matinal es fácilmente controlable; sin embargo la presencia persistente del mal aliento puede ser indicativa de la presencia de otras patologías orales y su control puede llegar a ser más complicado. Aunque se han descrito una serie de causas extraorales en aproximadamente el 90% de los casos la halitosis tiene su origen en causas intraorales. ⁽⁵⁾

Entre las causas orales que se han asociado con halitosis oral se encuentran: cubrimiento lingual o biofilm lingual, enfermedades periodontales, prótesis removibles mal higienizadas, ulceraciones mucosas, restauraciones dentales mal ajustadas. Existe amplio consenso en que la lengua es la localización más importante de producción de mal olor oral, mientras que las enfermedades periodontales y otros factores contribuyen de manera más limitada al problema en su conjunto. ⁽⁵⁾ Suele mejorar de forma significativa con la higiene oral y cepillado lingual. ⁽¹⁰⁾

La halitosis oral aparece como resultado del metabolismo bacteriano, principalmente de anaerobios Gram negativos. ⁽⁵⁾

Prevención:

Se entiende como todos aquellos procedimientos realizados para evitar el establecimiento de la enfermedad, detener su desarrollo y recuperar a la persona de sus secuelas. La prevención es efectuada por etapas que son denominadas niveles de prevención, primario, secundario, terciario. Cada nivel está pensado para contrarrestar un periodo de la enfermedad. Así mismo existen clases o tipos de prevención que se enfocan directamente en cada fase de la enfermedad: promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, limitación del daño y rehabilitación. ⁽⁴⁾

Existen dos tipos de prevención que asimilan el concepto de prevención; ellos son la promoción de la salud y la protección o prevención específica. Hoy se entiende la promoción de la salud como aquellas condiciones que favorecen mantener una vida saludable e incluyen el entorno, la biología, los estilos de vida y la atención en salud, por otra parte, ahora se habla de prevención de la enfermedad, como aquellas medidas realizadas para evitar que se produzca una enfermedad en particular. La promoción trabaja con determinantes de la salud y la prevención controla los factores de riesgo. ⁽⁴⁾

Promoción de la salud:

Es el proceso en el que se facilita a las personas ganar control y mejorar su salud. Para alcanzar un completo estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y entender sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o manejar el ambiente. ⁽⁴⁾

El principio básico de la promoción de la salud es, como su nombre lo indica, la SALUD como fuente de bienestar y como forma de vida. Esto es lo que suele denominarse “concepción holística” de la salud. Esta concepción supera la relación tradicional profesional – paciente e integra y hace responsables a sectores como los gobiernos, las profesiones y los servicios de salud; además de las autoridades sanitarias, la población, la empresa privada y otros agentes sociales. ⁽⁴⁾

Los profesionales del área de la salud tienen otro papel clave en la concepción de la salud y la promoción. Aportan la experiencia, el conocimiento y la investigación científica de cada disciplina. Esos saberes pueden ser utilizados bien, en la atención de pacientes individuales en el consultorio odontológico o bien, en campañas de salud pública y comunitaria. ⁽⁸⁾

Otro agente esencial en la promoción de la salud son las personas, tanto individuos como comunidades. Las comunidades deben desarrollar capacidades de negociación y diálogo, trabajar en alianzas con los diferentes sectores y liderar iniciativas para trabajar por la salud y mejorar las condiciones de vida de sus miembros. ⁽⁸⁾

El control de la placa es la eliminación de la placa en forma regular y la prevención de su acumulación sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes. ⁽⁴⁾

La profesión odontológica se apoya en el control mecánico de la placa (limpieza diaria con cepillo dental y otros auxiliares de la higiene bucal) como la manera más segura de alcanzar los beneficios de higiene bucal para todos los pacientes dentales, incluidos los periodontales. El control de placa mediante el cepillado solo no es suficiente para controlar las anomalías gingivales y periodontales porque las lesiones periodontales son en su mayor parte interdental. ⁽⁴⁾

El control de placa es uno de los elementos claves de la odontología. Hace posible que cada paciente asuma la responsabilidad de su propia salud bucal diaria. Sin ello no se logra ni se mantiene una salud bucal óptima mediante el tratamiento periodontal. Es preciso que cada sujeto de todo consultorio dental reciba educación sobre el control de placa y estímulo para llevar a cabo un programa personalizado diario. El buen control de la placa facilita el retorno a la salud para individuos con enfermedades gingivales y periodontales, previene la caries y conserva la salud bucal toda la vida. ⁽⁸⁾

Higiene:

Higiene es el conjunto de normas y prácticas tendientes a la satisfacción más conveniente de las necesidades humanas. ⁽⁸⁾

Higiene oral:

Es el conjunto de medidas y prácticas que se realizan para la eliminación de bacterias y residuos causantes de las principales enfermedades orales. ⁽⁸⁾

La correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de la caries dental, la enfermedad periodontal y halitosis dental. Para realizar la correcta higiene dental diaria es necesario limpiar los restos de alimentos retenidos entre los dientes (placa dentobacteriana) y diluir o neutralizar los ácidos corrosivos y la desmineralización de los dientes. La higiene es la ciencia que trata de la salud y de su conservación; la higiene es sinónimo de aseo, limpieza y pulcritud; siendo lo contrario a la infección y suciedad. ⁽¹⁰⁾

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

1. Cepillado de dientes, encías y lengua,
2. Uso de medios auxiliares hilo dental, cepillo interdental, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal

3. Pasta dental o dentífrico.

4. Clorhexidina. ⁽¹⁰⁾

Cepillado:

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos: eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana, estimular los tejidos gingivales y aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

La cabeza el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos se une al mango por medio del latón, las cerdas son de nailon y miden de 10 a 12 mm de largo, sus partes libres pueden tener diferentes grados de redondez conforme al uso estas se expanden. Los cepillos se dividen de acuerdo al tamaño en grandes, medianos y chicos, en su perfil se dividen en planos, cóncavos y convexos, según la dureza de las cerdas se dividen en suaves, medios y duros. La dureza de las cerdas está en función del diámetro. Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar lesiones gingivales y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente. Se cree que los penachos que están separados son más eficientes que aquellos que están juntos. ⁽²⁾

El cepillo para que sea eficaz debe estar seco antes de utilizarse, es necesario reemplazarlo cada 1 o 3 meses en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.

Las personas que utilizan dentadura parcial removible y aparatos de ortodoncia removibles deben utilizar dos cepillos, un para los dientes naturales y otro para las bandas y otras partes de metal (brackets). ⁽¹⁰⁾

Técnicas de cepillado:

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además pueden combinarse; pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca entre ellas la lengua y paladar. ⁽¹⁰⁾

Técnica circular o rotacional:

Es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies. ⁽²⁾

En las superficies linguales de los dientes anteriores el cepillo debe tomarse de manera vertical las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. ⁽²⁾

Técnica de Bass:

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos.

El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área. Si al cabo de esos, movimiento el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales de los dientes se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerda; indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados el mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los molares y premolares pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores en las caras oclusales se cepillan, haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores. ⁽¹⁰⁾

Técnica de Charters:

El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios Interproximales. Al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se colocó de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también alrededor de aparatos ortodonticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas. ⁽¹⁰⁾

Técnica de Stillman:

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidas hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios. ⁽²⁾

Frecuencia de cepillado:

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y minuciosidad del aseo. Los adultos que no son susceptibles a la caries y sin afección gingival pueden cepillarse y utilizar el hilo dental una vez al día después de la cena.

Los adultos con afección gingival sin susceptibilidad a la caries pueden utilizar el cepillo y el hilo dental dos veces al día. ⁽²⁾

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores de cada comida y antes de dormir. Si las personas no se cepillan minuciosamente, de hacerlo después de cada comida, antes de dormir el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival. Para estar seguro de que el cepillado fue un éxito el odontólogo utiliza un método (índice de O'Leary) que permite observar las áreas dentales en donde no se ha removido completamente la placa bacteriana y permite calcular el índice de placa bacteriana de cada paciente. ⁽⁹⁾

Medios auxiliares:

El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios proximales, por lo cual es necesario utilizar el hilo dental después del mismo. ⁽¹⁰⁾

Enhebradores:

Un enhebrador de hilo dental es un dispositivo flexible, especialmente diseñada para ayudar a las personas con tirantes, puentes u otros dispositivos dentales que restringen el acceso a los dientes. Tiene un extremo delgado, firme y de un bucle en el que se puede enhebrar el hilo dental. Este extremo rígido o firme de la enhebrador dental permite deslizar el hilo a través de los espacios reducidos o delgados entre los dientes y el puente, que tiene que ser jalado lentamente tan pronto como la seda se interpone entre los dientes y el puente. ⁽²⁾

Técnica:

- Introduce suavemente el extremo rígido del enhebrador de hilo dental debajo de la encía. Se aferra a la larga pieza de seda y tira de la punta del hilo a través de la enhebrador.
- Mantiene el hilo con ambas manos y mueve el hilo de ida y vuelta por debajo del puente. Inicia el uso de hilo dental, como lo hace generalmente con un pedazo de hilo dental normal. ⁽²⁾

Hilo dental:

Es un hilo especial de ceda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas. ⁽¹⁰⁾

Técnica:

- Utilizar un trozo de hilo dental de 45 o 50 cm de largo.
- Envolver el dedo medio de cada mano con varias vueltas flojas de cada extremo del trozo de hilo dental.
- Con el índice y el pulgar guía con cuidado el hilo dental entre los dientes con movimientos ascendentes y descendentes.
- Asegurarse de limpiar debajo de la encía.
- En los dientes superiores el hilo lo guía con los dos pulgares o con un pulgar y en los dientes inferiores con los índices. ⁽¹⁰⁾

Estimulador interdental:

Es una punta flexible de hule o plástico que está adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdental cuando este se encuentra muy abierto se ha reducido. ⁽²⁾

Cepillo interdental:

Es un cepillo de forma cónica con fibras dispuestas en espiral. Se usa únicamente para asear espacios interproximales amplios. ⁽²⁾

Técnica:

- Elija el tamaño adecuado de cepillo interdental para el espacio interproximal.
- Deslice el cepillo en ángulo recto, con mucho cuidado entre sus dientes.
- Mueva el cepillo en toda su longitud hacia delante y hacia atrás.
- Curve el alambre en la región posterior de forma que pueda moverse en ángulo recto. ⁽²⁾

Irrigador bucal:

Los irrigadores bucales son aparatos que se conectan directamente a la llave del agua o tienen un motor para generar un chorro de agua pulsátil, el cual se dirige de manera perpendicular hacia el eje mayor del diente. Así es posible lavar y dar masaje al margen de la encía, y también eliminar residuos de alimentos.

Algunos autores afirman que el irrigador no elimina la matriz pegajosa de la placa dentobacteriana pero reduce el potencial patógeno.

Otros, en cambio no lo consideran de utilidad. Actualmente, el irrigador "water pik" ya no está en la lista de recomendaciones de la Asociación Dental Americana (ADA, Consejo de Materiales y Dispositivos Dentales. 1974).⁽¹⁰⁾

Limpiadores de lengua:

Un limpiador de lengua es un instrumento dental que ayuda a remover el exceso de bacterias, de alimentos y el goteo detrás de la nariz del fondo de la boca. El frente de la lengua se mueve lo suficiente como para limpiarse por sí misma, pero la parte de atrás de la lengua necesita de un limpiador para remover de manera efectiva las bacterias. Dos tipos comunes de limpiadores de lengua son los cepillos de lengua y los raspadores de lengua. Ambos remueven la mucosa de la superficie de manera que el dentífrico pueda matar las bacterias. Su uso constante da como resultado menos placa y un mejor aliento. Es importante elegir un implemento que quepa en tu boca y que sea fácil de mantener. Existen dos tipos de limpiadores de lengua, metálico y plástico.⁽¹⁰⁾

Instrucciones del uso del limpiador lingual:

- Limpie primero la parte central de la lengua, utilizando la cara del limpiador que presenta un saliente. Para ello, sujete el limpiador lingual por el mango de modo que el saliente quede en la parte inferior.
- Saque la lengua e introduzca el limpiador lingual en la boca intentando alcanzar la parte más lejana de la lengua.
- Arrastre el limpiador por el centro de la lengua hacia la parte delantera de la boca. Aclare el limpiador con agua.
- Limpie los laterales de la lengua utilizando la cara lisa del limpiador. Aclare el limpiador después de cada pasada.
- Enjuáguese con abundante agua al finalizar.⁽¹⁰⁾

Dentífrico o pasta dental:

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias saporíferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental. Algunos dentífricos contienen sustancias desensibilizantes, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema. Otro componente es el fluoruro, el cual puede ser sodio o estaño o monofluorofosfato de sodio; pero independientemente del tipo adicionado, todos contienen la misma cantidad del ion, es decir, 0.1% o 1 000 partes por millón (ppm). Se recomienda usar poca cantidad de dentífrico para evitar la ingestión excesiva de fluoruro en caso de consumo accidental.⁽¹⁰⁾

Hay dentífricos que contienen triclosan un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras. ⁽¹⁰⁾

Enjuagues bucales:

La eliminación mecánica de la placa es todavía la técnica básica empleada para evitar las enfermedades dentarias y conservar la salud bucal. Sin embargo, una mejor comprensión de la naturaleza infectante de los padecimientos dentales revitaliza de modo notable el interés por los métodos químicos de control de placa.

Considerando la naturaleza microbiana de la placa, los agentes químicos se caracterizan por ser efectivos en el control de la placa bacteriana, debido a su capacidad de reducir o retardar su formación.

Lindhe (2000) refiere que las sustancias químicas influyen sobre la placa cuantitativa y cualitativamente por medio de varias vías. Estos mecanismos podrían ser los siguientes:

- Evitar la adherencia bacteriana, con agentes antiadhesivos.
- Detener o retrasar la proliferación bacteriana con antimicrobianos.
- Extraer la placa establecida con lo que a veces es llamado "cepillo dental químico".
- Alterar la patogenicidad de la placa.

Se encuentran disponibles en el mercado diferentes clases de enjuagues orales que no han mostrado evidencia suficiente de efectividad en el control microbiológico de los periodontopatógenos.

El council on scientific affairs de la ADA instrumentó un programa de adaptación de sustancias de control de placa. Hasta la fecha la ADA ha aceptado una sustancia para tratar la gingivitis: soluciones en enjuague bucal de digluconato de Clorhexidina. ⁽¹⁰⁾

Clorhexidina:

Este es uno de los agentes químicos más eficaz para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, el esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano.

Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse en la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas, esta propiedad se denomina sustantividad. El digluconato de Clorhexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza cada 12 horas. En colutorio o enjuague durante 30 a 60 segundos inmediatamente después de la limpieza bucal. ⁽¹⁰⁾

El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos o alimentos durante 30 minutos siguientes para lograr máxima eficacia. Los efectos colaterales de la solución mencionada son: irritación de mucosa, descamación, cambios en el sentido del gusto, tinción de dientes y lengua sobre todo en personas fumadoras o que ingieren te, café, o vino tinto o todos. Por tanto, solo debe indicarse a pacientes con enfermedad periodontal, irradiados en cara o cuello, con tratamiento ortodóntico con antecedentes recientes de tratamiento quirúrgico bucal o incapacitados para seguir una higiene bucal adecuada.

Todos estos medios auxiliares deben ser conocidos por el profesional tanto teórico como práctico, debido a que es el encargado de la promoción en salud oral, asimismo de la prevención de las enfermedades bucales que a diario afectan a la población. ⁽²⁾

Diseño Metodológico:

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

Clínicas multidisciplinarias de la facultad de Odontología de la UNAN-LEON año 2012.

Universo:

223 estudiantes.

Muestra:

Se obtuvo a través del método aleatorio simple. Del universo se tomó una muestra del treinta por ciento (67estudiantes), correspondiente a veintidós alumnos de tercer año, veinte de cuarto y veinticinco de quinto año.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes activos de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de Odontología de la UNAN-LEON del año 2012.
- Estudiantes que estén de acuerdo en participar en esta investigación.

Criterios de exclusión:

- Los estudiantes que están realizando dicho estudio no deben ser incluidos en la muestra.

Instrumento:

- Encuesta para la parte evaluación teórica.
- Ficha de recolección para la evaluación práctica.

Método de recolección de Información:

Lo primero fue solicitar la autorización para la realizar la investigación, a través de una carta al director de las clínicas multidisciplinarias, Dr. Alejandro Alonso; posteriormente se realizó la capacitación para los estudiantes examinadores que realizan el estudio, para unificar los criterios con respecto al tema tanto teórico como práctico por un docente del componente de periodoncia, concluyendo con la prueba piloto en seis estudiantes: dos del tercer año, dos del cuarto año y dos del quinto año (dos de cada año), de la siguiente forma:

- La encuesta para evaluar la parte teórica tiene dos secciones una en la que el estudiante seleccionado encierra las respuestas que pensó correcta sobre el concepto de higiene oral, dando un puntaje de diez puntos si acertaba en lo correcto, y la otra sección con trece preguntas de falso y verdadero con

puntaje de diez puntos cinco los primeros cinco incisivos y los otros ocho incisivos con un valor de cinco puntos, todos esos incisivos se referían a los aspectos sobre técnicas de cepillado, aditamentos como lo son: el enhebrador de hilo dental, estimulador interdental, irrigador bucal, sustantividad de la clorhexidina, limpiador de lengua y dentífrico; haciendo un total de cien puntos.

- En la Observación realizada por los examinadores a los estudiantes a través de ficha de recolección de datos “nivel del conocimiento práctico” en la que se evalúa a los estudiantes seleccionados, la forma en que enseñan a sus pacientes la práctica de las técnicas de higiene oral, se realizó facilitando los diferentes aditamentos de higiene oral: cepillo dental (técnica de BASS específicamente), dentífrico, hilo dental, cepillos interdentes de diferentes diámetros, cono de goma, limpiador de lengua, enhebrador de hilo dental y tipodonto, los que se obtuvieron mediante el patrocinio de la empresa Colgate-Palmolive, SA y por el docente del componente periodoncia quien nos estaba capacitando. En la ficha se marcó con “X” en la casilla que correspondía a “sí” si lo demostraba de forma correcta, “Regular” si no completaba cada paso de la técnica, de lo contrario se marcaba en “no”.

La ficha estaba estructurada por secciones:

- Técnica de cepillado según Bass la cual constaba de cinco incisivos.
- Técnica del uso del hilo dental según carrete con seis incisivos.
- Uso de enhebrador el cual poseía dos incisivos.
- Cepillos interdentes de cuatro incisivos.
- Cono de goma con dos incisivos.
- Limpiador de lengua dos incisivos.

Valorando las primeras 4 con 17 puntos y las 2 últimas con 16 puntos, para un valor de 100 puntos.

Luego que el docente autorizó que se contaba con las competencias necesarias para la fase de levantamiento de la información, el equipo de estudiantes examinadores, procedió a asistir a los turnos de periodoncia y clínica integrada. A los estudiantes que no tenían pacientes se les pidió su apoyo para la recolección de dicha información, llenando así la encuesta y ficha de recolección de datos.

Para lograr los objetivos planteados de este estudio, se analizó la información de las encuestas y las fichas de observación en el programa estadístico Excel 2013 para su análisis e interpretación.

Materiales:

- Encuesta
- Fichas de recolección de datos.
- Papel.
- Hilo dental.
- Estimulador interdental.
- Limpiador de lengua.
- Enhebradores.
- Cepillos interdentes.

Operacionalización de las variables:

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Nivel de conocimiento	Conjunto de múltiples datos almacenados mediante la experiencia o el aprendizaje.	Repuestas dadas por los estudiantes la encuesta “nivel del conocimiento teórico”	40 - 59 regular. 60 - 79 bueno. 80 - 100 muy bueno.
		Observación realizada por los examinadores a los estudiantes a través de ficha de recolección de datos “nivel del conocimiento práctico”	Sí. Regular. No.
Técnicas de cepillado	Es el control mecánico de la placa dentó bacteriana y tiene como objetivos : eliminar y evitar la formación de placa dentó bacteriana, estimular los tejidos gingivales y aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental	Repuestas dadas por los estudiantes mediante la encuesta “nivel del conocimiento teórico”	40 - 59 regular. 60 - 79 bueno. 80 - 100 muy bueno.
		Observación realizada por los examinadores a los estudiantes a través de ficha de recolección de datos “nivel del conocimiento práctico”	Sí. Regular. No.
Hilo dental	Es un hilo especial de ceda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.	Observación realizada por los examinadores a los estudiantes a través de ficha de recolección de datos “nivel del conocimiento práctico”	Sí. Regular. No.

Aditamentos (otros)	Son medios auxiliares que permiten la eliminación completa de la placa bacteriana	Repuestas dadas por los estudiantes mediante la encuesta "nivel del conocimiento teórico"	40 - 59 regular. 60 - 79 bueno. 80 - 100 muy bueno.
		Observación realizada por los examinadores a los estudiantes a través de ficha de recolección de datos "nivel del conocimiento práctico"	Sí. Regular. No.

Resultados:

Tabla #1: Nivel de conocimiento teórico sobre higiene oral que tienen los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología UNAN – León.

Nivel de Conocimiento Teórico sobre Higiene Oral	3er año		4to año		5to año		Total de la muestra	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	4	18.18%	3	15%	2	8%	9	13.45%
Bueno	8	36.36%	8	40%	12	48%	28	41.79%
Regular	10	45.45%	9	45%	11	44%	30	44.77%
Total	22	32.8%	20	29.8%	25	37.3%	67	100%

Fuente primaria:

En la tabla 1 se muestra que en la escala de muy bueno en relación al total de la muestra se obtuvo un 13.45%, obteniendo el mayor porcentaje tercer año con un 18.18%, en la escala de bueno encontramos en el total de la muestra un 41.79%, obteniendo el mayor porcentaje los alumnos de quinto año con un 48% y en la escala de regular a nivel de todas las muestras se alcanzó un 44.77%, obteniendo el mayor porcentaje los alumnos de tercer año con un 45.45%, siendo estas superior al total de la muestras. Un análisis más detallado se traduce en que los alumnos de tercer año mayormente califican como regular en un 45.45% del total de alumnos de tercer año encuestados para este tema, asimismo coincide al nivel de conocimiento que tienen los alumnos de cuarto y quinto año, obteniendo una calificación de 45 y 44% con un nivel de conocimiento regular respectivamente.

Tabla #2: Nivel de conocimiento práctico sobre técnicas de cepillado de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología UNAN – León.

Nivel de Conocimiento Práctico sobre Técnicas de Cepillado	3er año		4to año		5to año		Total de la muestra	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	0	0%	1	5%	0	0%	1	1.49%
Bueno	5	22.73%	6	30%	12	48%	23	34.32%
Regular	17	77.28%	13	65%	13	52%	43	64.17%
Total	22	32.8%	20	29.8%	25	37.3%	67	100%

Fuente primaria:

En la tabla 2 encontramos en la escala de muy bueno en relación al total de la muestra de 1.49%, obteniendo el mayor porcentaje cuarto año con un 5%, en la escala de bueno encontramos en el total de la muestra un 34.32%, obteniendo el mayor porcentaje quinto año con un 48% y en la escala de regular a nivel de todas las muestras se alcanzó un 64.17%, obteniendo el mayor porcentaje los alumnos de tercer año con un 77.27%, siendo estas superior al total de la muestras. Es decir que al medir y analizar el nivel de conocimiento sobre técnicas de cepillado en el aspecto práctico están en una escala de regular sobre este tema, alcanzando así con un porcentaje del 77.27% el tercer año y de manera descendente el cuarto año con un porcentaje de 65% y el quinto año con un porcentaje del 52%

Tabla #3: Nivel de conocimiento práctico sobre el uso del hilo dental de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de Odontología Unan León II semestre del año 2012.

Nivel de Conocimiento Práctico sobre el Uso del Hilo Dental	3er año		4to año		5to año		Total de la muestra	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	0	0%	1	5%	0	0%	1	1.49%
Bueno	5	22.73%	6	30%	12	48%	23	34.32%
Regular	17	77.28%	13	65%	13	52%	43	64.17%
Total	22	32.8%	20	29.8%	25	37.3%	67	100%

Fuente primaria:

En la tabla 3 se muestra que en la escala de muy bueno en relación al total de la muestra de 1.49%, obteniendo el mayor porcentaje cuarto año con un 5%, en la escala de bueno encontramos en el total de la muestra un 34.32%, obteniendo el mayor porcentaje quinto año con un 48% y en la escala de regular a nivel de todas las muestras se alcanzó un 64.17%, obteniendo el mayor porcentaje tercer año con un 77.28%, siendo estas superior al total de la muestras. En cuanto el nivel de conocimiento práctico sobre el uso del hilo dental se puede analizar que la escala que predomina con los porcentajes más altos tanto en el total de la muestra como resultados obtenidos en la ficha recolectora de datos es la de regular tanto para tercero, cuarto y quinto año de odontología.

Tabla #4: Nivel de conocimiento práctico sobre aditamentos de higiene oral de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología Unan león II semestre 2012.

Nivel de Conocimiento Práctico sobre Aditamentos de Higiene Oral	3er año		4to año		5to año		Total de la muestra	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	0	0%	1	5%	0	0%	1	1.49%
Bueno	5	22.73%	6	30%	12	48%	23	34.32%
Regular	17	77.28%	13	65%	13	52%	43	64.17%
Total	22	32.8%	20	29.8%	25	37.3%	67	100%

Fuente primaria:

En la tabla 4, encontramos en la escala de muy bueno en relación al total de la muestra de 1.49%, obteniendo el mayor porcentaje cuarto año con un 5%, en la escala de bueno encontramos en el total de la muestra un 34.32%, obteniendo el mayor porcentaje quinto año con un 48% y en la escala de regular a nivel de todas las muestras se alcanzó un 64.17%, obteniendo el mayor porcentaje tercer año con un 77.28%, siendo estas superior al total de la muestras. Al analizar detalladamente esta tabla, se concluye que los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología poseen un nivel de conocimiento práctico en lo que refiere al uso de diferentes aditamentos de higiene oral en una escala regular de acuerdo a los resultados obtenidos y valores que se tomaron como referencia en este estudio.

Tabla #5: Relación entre el nivel de conocimiento teórico- práctico sobre higiene oral de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología UNAN – León.

Nivel de conocimiento Teórico – Práctico sobre Higiene Oral	Muy bueno		Bueno		Regular		Total de la muestra	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3er año	4	9.09%	8	29.55%	10	61.36%	22	32.83%
4to año:	3	10.00%	8	35.00%	9	55.00%	20	29.85%
5to año	2	4.00%	12	48.00%	11	48.00%	25	37.31%
Total	9	13.43%	28	41.79%	30	44.78	67	100%

Fuente primaria:

Al relacionar el conocimiento teórico – práctico se encontró a los estudiantes de tercer año, cuarto y quinto año de la facultad de odontología con los porcentajes más altos en la escala de regular, encabezando el tercer año. No obstante cabe mencionar que de acuerdo a estos resultados se obtuvo que un porcentaje mínimo alcanzo la escala de bueno y muy bueno.

Discusión de resultados:

El presente estudio en el cual se incluyeron 67 estudiantes de los cuales 22 estudiantes eran de tercer año, 20 de cuarto y 25 de quinto año, se basa en determinar el nivel de conocimiento teórico - práctico sobre higiene oral en estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología UNAN – León durante el segundo semestre del año 2012.

Los resultados nos muestran que el mayor nivel de conocimiento teórico sobre higiene oral en estudiantes de la facultad de odontología UNAN – León del segundo semestre del año 2012 lo alcanzó el quinto año, seguido del cuarto año y tercer año respectivamente.

En lo que respecta al conocimiento práctico sobre higiene oral en cuanto a la técnica de cepillado el que obtuvo el mayor nivel de conocimiento práctico fue quinto año de la facultad, siguiendo con cuarto y tercer año respectivamente. Cabe destacar, a pesar de ello que solo el cuarto año alcanzó la escala de muy bueno con un porcentaje de 5% del total de la muestra para este estudio

El nivel de conocimiento práctico sobre higiene oral en relación a los diferentes aditamentos que se utilizaron en este estudio se muestra que en el uso del hilo dental el mayor nivel de conocimiento práctico fue logrado por los estudiantes de quinto año sobre la muestra en estudio, de forma descendiente están los estudiantes de cuarto y tercer año.

En lo que refiere el mayor nivel de conocimiento práctico sobre el uso de otros aditamentos de higiene oral (cepillo interdental, limpiador de lengua, enhebrador y cono de goma) fue obtenido por el quinto año de la facultad de odontología, le sigue cuarto año y así el tercer año.

Al relacionar el nivel de conocimiento teórico – práctico sobre higiene oral, obtuvimos que ambos conocimientos se encuentran en la escala de regular tanto en tercero, cuarto y quinto año, sin embargo se demuestra que el quinto año tiene un nivel de conocimiento superior al de los estudiantes de tercer y cuarto año de la facultad de odontología en el segundo semestre del año 2012.

Conclusiones

- Los estudiantes de quinto año tienen mayor conocimiento teórico sobre higiene oral.
- En cuanto al nivel de conocimiento práctico el año que predominó con un mayor porcentaje favorable en técnicas de cepillado, hilo dental y otros aditamentos de higiene oral fue quinto año.
- Al relacionar el nivel de conocimiento teórico – práctico sobre higiene oral, encontramos que el mayor nivel de conocimiento teórico – práctico se encuentra en la escala de regular para todos los años que participaron en este estudio pero los estudiantes de quinto año, alcanzaron un porcentaje favorable en relación a los demás años.

Recomendaciones:

- Los estudiantes de la facultad de odontología UNAN – León deben poner mayor empeño hacia la enseñanza y el aprendizaje de las medidas preventivas específicamente sobre higiene oral, en lo teórico y en lo práctico; el estudiante debe tener ante todo una actitud preventiva en el cuidado y atención de la salud bucal de la población, de ellos depende la prevención y el progreso de las enfermedades causadas por placa bacteriana que afectan la cavidad oral.
- Se sugiere a estudiantes y docentes de la facultad que realicen estudios similares al presente en las diferentes áreas del pensum académico de la carrera de odontología, para así reforzar el conocimiento teórico – práctico de los estudiantes.
- Los resultados del presente estudio deben darse a conocer en cada año de la facultad de una manera expositiva, tratando de hacer conciencia a que los estudiantes dediquen más tiempo y atención a este tema, por su importancia hacia la prevención y tratamiento de las diferentes enfermedades que afectan la cavidad oral, asimismo se debe fomentar en el estudiante una actitud preventiva para el cuidado y atención de la salud bucal de la población.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Mes	Octubre				Noviembre				Diciembre	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Prueba piloto	X									
Recolección de información		X	X	X						
Análisis y discusión de resultados				X	X	X				
Elaboración de gráficas						X	X	X		
Presentación de trabajo final							X	X	X	

Bibliografía consultada:

- 1) Carranza. Periodontología Clínica. Cap.49 Pág. 689-690.
- 2) Compendio de periodoncia
Escrito por Fermín Alberto Carranza, Norma G. Sznajder
Factores etiológicos de gingivitis y periodontitis.
Concepto de placa bacteriana. Cap. 4 y 5.
- 3) Enfermedades del periodonto: Cirugía oral
Editado por Carlos Navarro Vila. Cap. 5.
- 4) Fundamentos de Odontología. Periodoncia Cap. 6. Pág. 120-123/ Promoción de salud.
- 5) Guía de bolsillo de enfermedades orales: Halitosis
Escrito por Crispian Scully, José Vicente Bagán, Sebastián, Marco Carrozzo, Catherine M Flaitz, Sergio Gandolfo.
- 6) Higiene Dental Personal Diaria. Cap. 3 "patología infecciosa dental".
Escrito por Vicente Laserna Santos.
- 7) Macroprogramación de la carrera de odontología.
- 8) Manual De Higiene Bucal
Escrito por Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Pág. 49.57. Cap. 6.
- 9) http://starmedia.saludalia.com/starmedia/vivir_sano/doc/higiene/doc/i_higiene.htm.
- 10) http://www.radiodent.cl/periodoncia/clasificacion_y_caracteristicas_de_gingivitis_y_%20periodontitis.pdf.
- 11) <http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca.shtml#ixzz2e482AN0o>

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEON
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

Año _____

Sexo _____

Encuesta realizada a estudiantes de tercero, cuarto y quinto año 2012, acerca del nivel del conocimiento teórico, sobre los diferentes aditamentos de higiene oral. Encierre en un círculo su respuesta.

Higiene oral es:

- a. Es el conjunto de medidas para prevenir las enfermedades orales.
- b. Es el conjunto de medidas y prácticas que se realizan para la eliminación de bacterias y residuos causantes de las principales enfermedades orales...
- c. Es el conjunto de técnicas q se realizan para la eliminación de bacterias y evitar las enfermedades orales.

Conteste falso (f) o verdadero (v) según convenga:

Técnicas de cepillado:

- a. La técnica rotacional es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies. _____
- b. En la técnica rotacional las superficies linguales de los dientes anteriores se cepillan de manera vertical, las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. _____
- c. La técnica de Bass es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. _____
- d. La técnica de Bass es de gran utilidad para pacientes con aparatos ortodonticos. _____
- e. En la técnica de Stillman: Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidas hacia el ápice del diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios. _____

Aditamentos:

- a. Un enhebrador de hilo dental es un dispositivo flexible, que remueve los residuos acumulados en las superficies proximales de los dientes. _____
- b. Un estimulador interdental. Es una punta flexible de hule o plástico que está adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza para estimular la encía interdental. _____
- c. Los irrigadores bucales son aparatos que se conectan directamente a la llave del agua y que permiten una excelente remoción de la materia alba. _____
- d. La sustentividad de la clorhexidina es de 12 horas. _____
- e. El cepillo dental tiene función importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico posee sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos que hacen de él, el medio más importante en la eliminación de microorganismos. _____
- f. Existen dos tipos de limpiadores linguales los metálicos y los plásticos. _____
- g. El limpiador de lengua es un instrumento dental que ayuda a remover el exceso de bacterias, de alimentos y el goteo detrás de la nariz del fondo de la boca. _____.
- h. En el uso de limpiador de lenguas la parte saliente se coloca frente a la superficie lingual. _____.

Ficha de Recolección de datos:

Técnicas de cepillado:

Bass:

Esta técnica es útil para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos.

Si Regular No

- Sujeta el cepillo como lápiz:
- Coloca el cepillo en un ángulo de 45 grados y realiza movimientos vibratorios
- Cambia de posición el cepillo de horizontal a vertical al cepillar las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores.
- Hace movimiento de vaivén en superficie oclusales.
- Sigue la secuencia.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Técnica del hilo dental:

Método de carrete

- Utiliza un trozo de hilo dental de 45 o 50 cm de largo.
- Envuelve el dedo medio de cada mano con varias vueltas flojas de cada extremo del trozo de hilo dental.
- Con el índice y el pulgar guía con cuidado el hilo dental entre los dientes con movimientos ascendentes y descendentes.
- Limpia superficie mesial y distal.
- Se asegura de limpiar debajo de la encía.
- En los dientes superiores el hilo lo guía con los dos pulgares o con un pulgar y en los dientes inferiores con los índices.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enhebradores:	Si	Regular	No
<ul style="list-style-type: none"> • Introduce suavemente el extremo rígido del enhebrador de hilo dental debajo del punto de contacto. Se aferra a la larga pieza de seda y tira de la punta del hilo a través de la enhebrador. 	_____	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene el hilo con ambas manos y mueve el hilo de ida y vuelta por debajo del puente. Inicia el uso de hilo dental, como lo hace generalmente con un pedazo de hilo dental normal. 	_____	_____	_____
Cepillo interdental:			
<ul style="list-style-type: none"> • Elige el tamaño adecuado de cepillo interdental para el espacio interproximal. 	_____	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Desliza el cepillo en ángulo recto, con mucho cuidado entre sus dientes. 	_____	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Mueve el cepillo en toda su longitud hacia delante y hacia atrás. 	_____	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Curva el alambre en la región posterior de forma que pueda moverse en ángulo recto. 	_____	_____	_____
Cono de goma:			
<ul style="list-style-type: none"> • Coloca la punta de goma por debajo de la encía. 	_____	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Después de introducirlo en cada espacio lava el cono de goma. 	_____	_____	_____
Limpiador de lenguas:			
<ul style="list-style-type: none"> • Limpia primero la parte central de la lengua, utilizando la cara del limpiador que presenta un saliente. 	_____	_____	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Limpia los lados de la lengua. 	_____	_____	_____

Gráfico1. Nivel de conocimiento teorico sobre higiene oral que tienen los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontologia UNAN - León

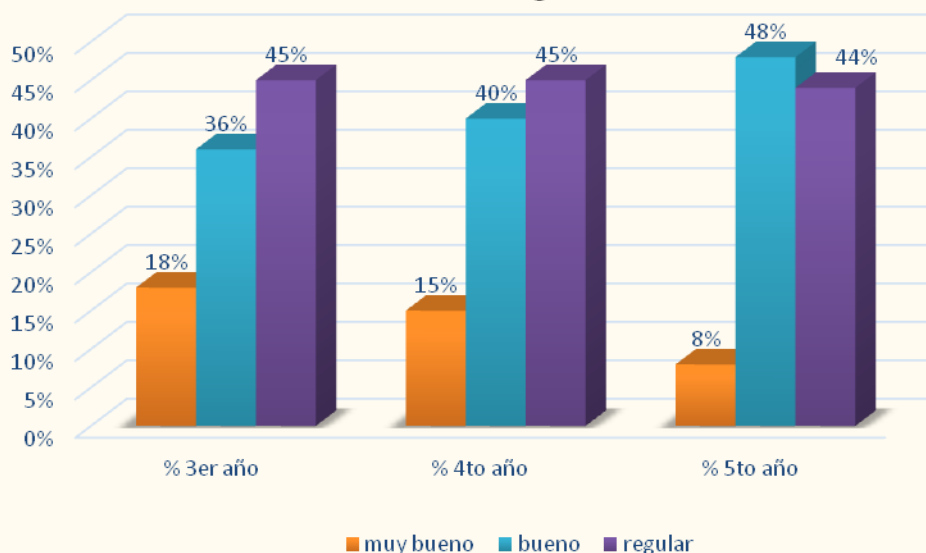


Gráfico 2. Nivel de conocimiento practico sobre tecnicas de cepillado de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontologia UNAN - León

