

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



Tesis para optar al título de

**Cirujano Dentista**

*“Grado de higiene oral y necesidades de tratamiento en Odontología Restaurativa en el personal Administrativo del Edificio Central de la UNAN-León, del 2002”*

**Autores:**

- ❖ **Karen Janitzia Zelaya Romero**
- ❖ **Milton de Jesús Rocha López**
- ❖ **Bianey del Carmen Marín Duarte**

**Tutor :**

**Dr. Jorge Antonio Cerrato**

W  
43  
Z49g  
2002

c. 1

León, Abril del 2002

## AGRADECIMIENTO

- A nuestro tutor Dr. Jorge Cerrato, por habernos transmitido de manera paciente sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo ésta monografía.
- A los Docentes, por habernos guiado por los senderos de la enseñanza.
- A las Asistentes Dentales: por su apoyo brindado durante las horas prácticas.
- A la Administración y personal administrativos del Edificio Central de la UNAN-León por su colaboración en la realización de nuestra tesis.

Los autores



## DEDICATORIA

- A Dios Todopoderoso: Quien ha sido mi amigo fiel en todo tiempo y ha bendecido grandemente mi vida, permitiéndome alcanzar mis metas y que la realización de este trabajo se llevará a cabo.
- A mi amada Madre: Isabel Romero, quien desde que yo era niña puso en mi el deseo de ser una persona útil a la sociedad y con su amor incondicional, apoyo constante, sus consejos y su espíritu emprendedor me ayudo emocional y económicamente, logrando que su deseo junto con el mío se hiciera realidad.
- A Humberto Zelaya: De quien tengo el mejor ejemplo de Padre y amigo y que me ha apoyado constantemente con sus oraciones, sus consejos y sus demostraciones de amor y cariño en todo momento.
- A mi amiga Merisela: A quien considero más que una hermana y que con su amistad, su entusiasmo y perseverancia fue un estímulo importante en los momentos difíciles.
- A mi novio Mike, que aunque apareció en mi vida en el último año de mi carrera, me ha demostrado su amor y a pesar de la distancia me ha ayudado mucho con sus oraciones y constante estímulo.
- A mis hermanos: Kenneth y Winstón a quienes quiero mucho.

*Karen J. Zelaya Romero*

## DEDICATORIA

- A Dios, por todas sus bendiciones, por hacer posible este sueño que se convirtió en el mayor reto de mi vida y que es la luz en mi camino y por brindarme sabiduría.
  
- A mis padres que con abnegación, sacrificio y orientación abrieron este tempestuoso camino de la vida y gracias a su cariño, amor y paciencia me ayudaron a cumplir esta meta, a ellos les ofrezco éste triunfo.
  
- A mi esposa Fátima y a mis hijos: Agustín, Yornely y Miguel por brindarme su amor, ternura y comprensión durante mis años de estudios.
  
- A mis hermanos que con su apoyo, amor y amistad incondicional hicieron posible la realización de este sueño.
  
- A mis abuelitos y tíos, en especial a Antenor, por escucharme, comprenderme y apoyarme.
  
- A mis amigos, profesores y no profesores, que con su amistad y comprensión en los tiempos difíciles me ayudaron a salir siempre adelante.

*Br. Milton de Jesús Rocha López*

## DEDICATORIA

- A Jehová: el Dios Supremos y Universal y al Señor Jesucristo: por concederme vida, fuerzas y proveerme la sabiduría y el entendimiento, esenciales para llevar a feliz término mis estudios.
- A mi querida madrecita: Berthilda Duarte viuda de Marín por el apoyo que me brindó al compartir junto a mí su experiencia, brindarme consejos prácticos, tan útiles para cumplir mis sueños.
- A mi esposo: José Alfredo Obando Espinoza, que de diversas maneras supo comprenderme y apoyarme con sus palabras y acciones en mi afán de superarme y llegar a coronar esta digna carrera y así llegar a ser útil a mi familia y a la sociedad.
- A mis hermanos y hermanas: por el estímulo y ánimo que me brindaron durante los momentos en que mi espíritu decaía, deseo hacer mención especial a mi hermana: María Magdalena Marín Duarte; por su ayuda incondicional tanto en sentido emocional como económicamente.
- A mis sobrinos y sobrinas: fuente de amor, inspiración y ternura.

*Bra. Bianney del C. Marín Duarte*

182. Off  
c.a.

W  
43  
249g  
2002

## INDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEÓRICO	4
DISEÑO METODOLÓGICO	18
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	37





# Introducción

## INTRODUCCIÓN

La higiene oral tiene un valor significativo para el mantenimiento de la salud bucal y general de nuestro organismo, por tanto, es de suma importancia mantener la cavidad oral en óptimas condiciones, sin enfermedades.

Cualquier alteración que se presente en la misma repercute directa e indirectamente en la salud general del individuo.

Siendo la placa bacteriana la principal causante de los dos problemas principales en la salud bucal del individuo, como son la caries dental y la enfermedad periodontal se hace necesario que la población conozca los métodos preventivos de éstos problemas, los que no requieren de grandes sumas de dinero y los resultados son óptimos, es decir que los costos-beneficios son adecuados.

Para evitar enfermedades bucales es necesario contar con la eficiencia y constancia del cepillado, con la cooperación, disponibilidad y habilidad de cada individuo, así como también la participación colectiva de profesionales de la Odontología, que implementan programas de educación oral, haciendo énfasis en el desarrollo de programas de control de placa bacteriana.

El objetivo primordial de la Odontología es la prevención de las enfermedades bucales y para el cumplimiento de esto, es de vital importancia la motivación de los pacientes, producto de la motivación que en ellos causa el odontólogo que los atiende.

Los niveles de conocimientos sobre higiene oral y el grado de higiene bucal, están muy relacionado con el nivel académico de las personas, así como por su nivel socioeconómico, razón por la cual el presente estudio trata de determinar ¿cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral, grado de higiene bucal y necesidades de atención en Odontología Restaurativa del personal administrativo del Edificio Central UNAN-León, Octubre 2001 a Febrero del 2002?



Se hace de vital importancia el desarrollo de este estudio, por cuanto el personal administrativo que labora en esta universidad, son de escasos recursos económicos, principalmente en los que laboran en las áreas de limpieza, bedeles, vigilantes, y secretarias, lo que no permite que ellos puedan ser atendidos por odontólogos privados, o inclusive ser atendidos por los estudiantes de odontología en el campus medico, debido a que pierden muchas horas laborables, razón por la que al conocer sus niveles de conocimiento sobre higiene oral, grado de higiene bucal y sus necesidades de atención en Odontología Restaurativa, se tendrá una visión panorámica de la magnitud del problema y de esa manera se puedan orientar acciones o programas académicamente elaborados a fin de dar respuesta a las necesidades de atención odontológica tanto en el aspecto preventivo como restaurativo, coadyuvando de esta manera a mejorar los niveles de salud de este sector de la comunidad universitaria.

# Objetivos

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral, grado de higiene bucal y necesidades de atención en Odontología Restaurativa del personal administrativo del Edificio Central UNAN-León, Octubre 2001 A Febrero del 2002.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1- Medir los niveles de conocimiento sobre salud bucal, según sexo.
- 2- Determinar el grado de higiene bucal antes, durante y después de un programa de intervención en salud oral, según sexo.
- 3- Obtener las necesidades de tratamientos de Odontología Restaurativa, según sexo.



# Marco Teórico

## MARCO TEORICO

### Higiene Oral:

Procedimiento físico - mecánico encaminado a eliminar residuos alimenticios de la superficie expuesta de los dientes y en menor grado de los tejidos blandos, para lograr dicho objetivo se hace uso de medios métodos auxiliares que tienen cómo finalidad instruir a los trabajadores de la importancia de mantener una buena higiene oral. (5)

El aprendizaje de los trabajadores sobre higiene oral adquiere un valor altamente significativo en la prevención de las afecciones orales.

Los mayores inconvenientes para la higiene dental eficaz, son que precisan de un mayor grado de cooperación del paciente y de la supervisión directa, por eso se hace necesario concientizar a los trabajadores de la importancia que tiene la higiene oral para mantener una boca saludable. (5)

### NIVELES DE PREVENCIÓN

Es evidente que cuanto antes se apliquen las barreras preventivas con referencia a la evolución de la enfermedad, más efectivo será el resultado final. (5)

Estos períodos de prevención se subdividen en niveles de la manera siguiente:

#### 1) Prevención Primaria:

- a) Promoción de la salud: éste nivel no especifica e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuos.
- b) Protección específica: consta de medidas para prevenir la aparición o la ocurrencia de enfermedades.

2) **Prevención Secundaria:**

- a) **Diagnóstico y tratamiento temprano:** comprende la prevención secundaria y su nombre define su objetivo.

3) **Prevención Tercera:**

- a) **Limitación del daño:** este nivel incluyen medidas que tienen por objeto limitar el grado de daño producido por la enfermedad.

b) **Rehabilitación Oral:** (tanto físico, psíquico y social), entre estas medidas están: colocación de prótesis, coronas, puentes, protodoncia parcial o completa y rehabilitación bucal. (5)

La **Odontología Preventiva** puede definirse como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y restitución de su salud bucal. El ideal de la odontología preventiva como parte de la prevención, es actuar tan precozmente como sea posible para eliminar la enfermedad.

La principal preocupación de la prevención es por lo tanto, un individuo como un ser integral y debe ser parte inseparable de la práctica odontológica diaria. Las necesidades de prevención de las enfermedades bucales son universales.

La **caries dental** y la **enfermedad periodontal** son los estados bucales mas prevalentes que afectan a más del 95% de los habitantes de los países civilizados.

Es importante recordar que el éxito no está asegurado por la adquisición del conocimiento teórico sobre su salud bucal, sino por la adquisición y práctica sostenida de hábitos que llevan al mejoramiento y mantenimiento de una buena salud bucal mediante un cambio de actitud. (5)

### Irritantes locales de los tejidos bucales:

- **Placa Dental:** masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se coleccionan sobre las superficies dentales, encías, prótesis, etc., cuando no se practican métodos de higiene oral adecuada. (5)
- **Película:** depósito superficial que cubre la superficie del esmalte por debajo de la placa. Es una capa delgada, amorfa, homogénea no bacteriana y orgánica que se adhiere al diente, aún en superficie que están sometidas a una importante fricción y atracción.(5)
- **Materia Alba:** esta compuesta por colonias bacterianas, residuos de alimentos, células epiteliales, descamadas y leucocitos. Esta materia alba se encuentra muy flojamente adherida a los dientes y se dice que clínicamente se puede eliminar con el uso de jeringas de agua. (5)
- **Tártaro Dental:** es la masa mineralizada adherente a la superficie de los dientes, se clasifica de acuerdo con la ubicación relativa al margen gingival. (5)

### Relación de la placa bacteriana y la enfermedad periodontal:

- 1- **Gingivitis:** es un cambio que se produce en el tejido gingival producto de irritantes locales como la placa dental. Es una lesión inflamatoria, reversible y no destructiva del tejido conectivo. La gingivitis se caracteriza por la inflamación de la encía con el correspondiente enrojecimiento, edema, fácil sangrado y alteración de la consistencia tisular. (5)
  - a) **Cambio de color:** del rosa (normal) al rojo más subido en diversas tonalidades de la circulación sanguínea en el área.
  - b) **Edema:** este signo considerado como el característico de la inflamación, se debe a la acumulación de fluidos en el tejido conectivo inflamado.

- c) **Sangrado:** la **gíngiva** puede sangrar fácilmente frente al cepillado dental o sondaje. En las cosas severas se puede presentar sangrado al ingerir alimentos, succionar o incluso al leve contacto de los dedos.
- d) **Exudado:** el exudado que está presente en la gingivitis varía desde el fluido claro para lento viscoso. Dicha enfermedad debe ser tratada en esta etapa para evitar el progreso hacia una periodontitis, es porque sino practicamos una limpieza dental eficiente y periódica; las características normales de la encía se verán modificadas, así también se pondrá en juego la integridad de los tejidos que componen al diente.

**Criterios clínicos para el diagnóstico gingival**

<b>Características</b>	<b>Normal</b>	<b>Inflamada</b>
Color	Rosado pálido	Rojo
Tamaño	Borde cortado a filo de cuchillo	Aumentado
Aspecto	Puntillado	Liso
Consistencia	Firme	Depresible
Hemorragia	Ausente	Presente el sondaje espontáneo.

- 2- **Periodontitis:** La segunda enfermedad de importancia en la placa es la llamada enfermedad periodontal, el efecto del etéreo de la enfermedad periodontal se debe a la acción de las bacterias que contienen a los subproductos metabólicos de estas bacterias.  
(5)

La enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de inflamación y la destrucción de las estructuras de soporte de los dientes, es decir, del periodonto. (5)

La gingivitis y la periodontitis están íntimamente relacionadas con la acumulación de la placa de las zonas del surco gingival. Debido a ciertas características del periodonto, los irritantes principales son productos de origen bacteriano, sin embargo, los efectos de



este irritantes bacteriano sobre los tejidos son modificados por muchos factores locales y sistémicos que pueden: (5)

- Disminuir su resistencia al ataque bacteriano
- Disminuir su capacidad de reparación.

El primer estadio de la mayoría de los tipos de enfermedad periodontal es la gingivitis.

El segundo estadio es la periodontitis, comprende la inflamación que ha afectado a todas las estructuras de soporte del diente.

Este proceso indica una interacción entre la flora bacteriana periodontal (Placa supra e infragingival) y la respuesta inmune del individuo.

Dicha interacción es regulada por determinadas condiciones como: acceso a los servicios, saber y practicar hábitos de higiene oral adecuada. (5)

Relación de la placa y la caries dental, es una enfermedad muy común que afecta al 95% de la población. (5)

Cuando se tabulan las causas de extracción dentarias, basándose en la masa de población, la caries dental aparece como responsable de aproximadamente un 40 a 50% del total, pudiendo atribuirse otro 40 a 50% a enfermedad periodontal y el resto a una variedad de razones que incluye consideraciones cosméticas, ortodóntica, protésicas y otras. (5)

La caries dental es una enfermedad que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado final la destrucción del diente, si el proceso avanza sin restricción, se acepta universalmente que esta destrucción que avanza hacia adentro desde la superficie dentaria externa es el resultado de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente inmediato al diente. (5)

Clinicamente, la caries dental se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. (5)

A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades (período de cavitación) resulta evidente que normalmente el primer tejido atacado por el proceso carioso será el esmalte. Sin embargo, el paciente que tiene cierta pérdida de hueso alveolar y retracción gingival, la dentina o el cemento pueden ser sitios iniciales del ataque carioso. (5)

Para los tres tejidos duros del diente, los principales productos inorgánicos son calcio y fosfato que están presente en una forma cristalina conocida como hidroxiapatita. (5)

#### Estrategias y recursos para el control mecánico de placa dentobacteriana.

La higiene oral es la clave para la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento de la gingivitis. Muchos fracasos en el control de estas dos enfermedades se deben a la higiene inadecuada.

Dentro de las estrategias y recursos para el control de la placa tenemos:

- ❖ **Cepillado Dental:** es la limpieza de los dientes, elementos para preservar la salud, ya que elimina partículas de alimentos, reduciendo la placa bacteriana constituye el método más común y eficaz para la limpieza de las estructuras orales y previene así muchas afecciones que se presentan en la cavidad bucal. (5)

Existen diferentes técnicas de cepillado:

- **Técnica de Bass:** es la más usada y se recomienda en los pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos, por su capacidad de remover tanto la placa supragingival como la subgingival más superficial.

- **Técnica Horizontal:** esta técnica se recomienda para niños pequeños o con dificultades motrices que no le permita realizar una técnica más compleja.
- **También existen las técnicas de Stillman:** Stillman modificaba técnica rotacional y la de Charters. Sin embargo, es más importante la minuciosidad del cepillado más que el método utilizado. (4)
- ❖ **Uso del hilo dental:** una vez que se ha adquirido una habilidad adecuada en el cepillado se hace uso del hilo, para eliminar la placa de las caras proximales de los dientes, sin dañar la encía. (5)

#### **Amalgama Dental:**

Después de 1850 fue declarado que podía usarse, por haberse comprobado que no era peligrosa en el campo odontológico; desde entonces con perfeccionamiento en su fórmula y a través del tiempo la amalgama dental ha sido uno de los materiales más usados en Odontología. (8)

#### **Ventajas principales:**

- a) Insoluble en los fluidos de la boca
- b) Resistencia a la compresión y abrasión
- c) No daña químicamente a la pulpa cuando no hay contacto directo.
- d) Se adapta a las características internas de la cavidad.
- e) Fácil de ser manipulada.
- f) Fácil de ser condensada y tallada.
- g) Fácil de ser pulida
- h) Adaptación de bordes
- i) No sufre cambios dimensionales considerables en su fase de cristalización.
- j) No reacciona químicamente con líquidos orales. (8)

**Desventajas:**

- a) Color antiestético
- b) Conducción térmica y eléctrica
- c) Falta de resistencia de bordes
- d) Tendencia al flujo (8)

**Indicaciones Principales:**

- a) Más en premolares y molares
- b) Dientes temporales y permanentes
- c) Dientes vitales y no vitales
- d) Para formar preparaciones clínicas que soportan una corona tal (8)

**Contra indicaciones:**

- a) Cuando hubiese contacto con otro metal de diferente potencial eléctrico como el oro.
- b) En cavidades donde hay demasiada destrucción de tejido subgingival proximal donde el ajuste sea muy difícil de lograr. (8)

**Composición de la Amalgama:**

Es la unión del mercurio con uno o más metales. (8)

De acuerdo a la especificación No. 1 de la Federación Dental Internacional (FDI) una aleación para amalgama se compone:

- Plata 65%
- Estaño 29%
- Cobre 6%
- Zinc 2%
- Mercurio 3%

### **Resina:**

Desde el punto de vista restaurativo, uno de los anhelos en la Odontología ha sido la búsqueda de un material que sea estético como la porcelana, fácil de manipular como el zingonol, que tenga ajuste como el oro y duro como el oro. (8)

### **Tipos de Resinas:**

- En cuanto a presentación hay 2 tipos de resina para su uso en la boca.
  - a) Resina polvo – líquido
  - b) Resina pasta – pasta
- En cuanto a los componentes pueden considerarse 2 tipos:
  - 1- Resina convencional o simple
  - 2- Resina compuesta (8)

### **Ventajas Principales:**

- 1) Estética comparada con otros materiales
- 2) Fácil de manipular
- 3) Adaptación clínica aceptable
- 4) Menos dañinas a la pulpa que los silicatos
- 5) Son poco solubles en los líquidos orales (8)

### **Desventajas:**

- 1) Se decoloran con el tiempo de uso.
- 2) Poca resistencia a la compresión.
- 3) Poca resistencia a la abrasión (8)

### **Indicaciones:**

Las resinas endobucuales convencionales o simple están más indicadas en las partes proximales de los dientes anteriores, pero sin abarcar el ángulo y en las caras laterales de éstos mismos donde no sufren fuerzas de masticación, como son la bucal y palatina. (8)

### **La prostodoncia:**

Es la ciencia y arte de proveer sustitutos apropiados en las porciones coronales de los dientes, o para uno o más dientes perdidos o faltantes y sus partes asociadas, para poder restablecer la función, el aspecto, la comodidad y la salud del paciente, que han sufrido deterioro. (7)

Se divide en tres ramas:

- 1- **Prótesis Parcial Fija:** Se refiere a la sustitución de los dientes naturales perdidos por artificiales, siendo ésta prótesis imposible de retirarla por el paciente. Esta se fija por medio de cemento a las piezas pilares. (7)
- 2- **Prótesis Parcial Removible:** Es el reemplazo de los dientes naturales perdidos por aparatos protésicos que pueden ser removidos por el paciente. Se fijan por medio de retenedores que pueden ser Extra coronales o Intra coronales. (7)
- 3- **Prótesis Total:** Se refiere al reemplazo total de dientes naturales perdidos por artificiales con sus estructuras adyacentes. (7)

El tratamiento con éxito de un paciente que tenga necesidad de una prótesis requiere la cuidadosa combinación de varias facetas:

- Educación odontológica del paciente
- Prevención de ulteriores enfermedades.
- Buen diagnóstico
- Terapia periodontal
- Oclusión
- Tratamiento endodóntico

**Prótesis Parcial fija:** Es una prótesis rigidamente cementada a uno o varios dientes pilares y que reemplaza uno o más dientes naturales perdidos. (7)

**Indicaciones:**

**a) Generales: — Psicológicas**

- Enfermedades sistémicas
- Consideraciones ortodónticas
- Razones periodontales
- Fonación
- Función
- Estabilidad

**b) Locales:**

- Dientes adecuados como pilares que requieren restauración.
- Falta de espacio para una restauración adecuada.
- Necesidad de cambio en la morfología de los dientes pilares.
- Angulación desfavorable de los dientes para una prótesis removible.

**Contraindicaciones:**

- A) Generales:**
- Incapacidad del paciente para cooperar
  - Edad del paciente
  - Contraindicaciones de la anestesia local
  - Gran actividad de caries
  - Consideraciones gingivales y periodontales
- B) Locales:**
- a) Pronóstico de los dientes pilares:
    - a.1) Factores que afectan a la corona:
      - \*Resistencia de la corona
      - \*Magnitud y ubicación de la caries y posibilidad de eliminarla.
      - \*Retención adecuada.
    - a.2) Factores que conciernen a la raíz
      - \*Estado apical
      - \*Area efectiva de la superficie radicular del diente
      - \*Estado Periodontal
  - b) Longitud de la brecha.
  - c) Forma del reborde y pérdida de tejido
  - d) Rotación desfavorable de los dientes
  - e) Mantenimiento y reparación. (7)



## **Elementos constitutivos de las Prótesis Parcial Fijas.**

Esta formada por tres componentes:

- 1- **Retenedores:** son los elementos que aseguran el puente a un diente pilar o de anclaje. Son usados para la fijación o estabilización de una prótesis. Pueden ser Extra coronales, Intra coronales e Intra radiculares.
- 2- **Pónticos:** son los dientes artificiales en una P.P.F que reemplaza el diente natural perdido, restablece sus funciones y generalmente ocupa el espacio ocupado antes por la corona natural.
- 3- **Conectores:** Es la parte de un puente que une el póntico al retenedor y representa un punto de contacto modificado entre los dientes, se clasifican en: rígidos, semirrígidos y voladizo o de bandera. (7)

## **Objetivos del diseño de una Prótesis Parcial Fija:**

- Obtener espacio para permitir la colocación del metal, de un espesor adecuado para contrarrestar las fuerzas funcionales en la restauración final.
- Dejar espacio para colocar el metal de un espesor conveniente que nos permita reproducir todos los rasgos anatómicos de las piezas.
- Obtener la máxima retención compatible con una dirección de entrada conveniente.

## **Principios del Tallado:**

Cuatro principios determinan el diseño y ejecución de los tallados para restauraciones:

- **Preservado de la estructura dentaria**
- **Retención y estabilidad**
- **Solidez estructural**
- **Márgenes perfectos**

### Clasificación de las Prótesis Parciales Fijas

- ⊙ Corona Total: son las restauraciones que cubren en su totalidad la corona clínica del diente.
- ⊙ Corona Veneer: es corona completa con una carrilla o faceta estética que concuerda con el tono de color de los dientes contiguos.
- ⊙ Corona <sup>34</sup>
- ⊙ Retenedor Intra radicular: es la restauración total de la corona de un diente cuya retención se basa en un perno o espiga insertada al conducto radicular previamente tratado. (7)

# Diseño Metodológico

## DISEÑO METODOLOGICO

- 1) **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.
- 2) **Area de estudio:** Este estudio fue realizado en el edificio central de la UNAN-León, ubicado en el centro de la ciudad de León.
- 3) **Universo de estudio:** Están constituido por 132 trabajadores del personal administrativos del edificio central de la UNAN-León, contratados a tiempo completo.

### MUESTRA:

El tamaño de la muestra fue de 50 trabajadores que corresponden a 37.8% de los grupos estudiados, desglosados de la siguiente forma:

Contadores	18
Secretarias	18
Personal de limpieza	6
Bedeles	7
Vigilantes	1

Esta muestra se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple.

### Método de recolección de datos.

El estudio sobre nivel de conocimiento sobre higiene bucal, grado de higiene oral y necesidades de tratamiento en Odontología Restaurativa del personal administrativo del edificio central, UNAN-León, inició en Octubre 2001 y finalizó en Febrero 2002.

Para la recolección de datos se estableció coordinación con el administrador general de la UNAN-León, Lic. René Alvarez, quedando de común acuerdo que nuestras visitas para la recolección de datos se efectuarán en momentos que no afectará el proceso laboral

de cada trabajador y en un tiempo de 15 minutos. Luego se visitó al personal administrativo y se les explicó los objetivos del estudio y los beneficios potenciales que podrían obtener del conocimiento sobre higiene oral.

Se elaboraron 3 fichas.

- I- Encuesta: para valorar el nivel de conocimiento sobre higiene oral.
- II- Ficha de control de placa dentobacteriana para medir el grado de higiene oral, antes, durante y después de un programa de educación en salud oral.
- III- Cariograma: para valorar las necesidades de tratamientos restaurativos.

### RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Previo a la recolección de datos se hizo una unificación de criterios entre los autores, para evitar errores.

Se elaboró un cuestionario, formulado por 10 preguntas, redactados con un lenguaje sencillo, de manera que fueran comprendidas fácilmente, en las cuales se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene oral del personal administrativo.

Se les explicó que se les garantizaría el anonimato para que contestaran con más objetividad el cuestionario.

Para no alterar el proceso laboral de cada trabajador y hacer el examen en el tiempo estipulado, se dividió el número de trabajadores entre los 3 autores y el resultado fue la cantidad de 17 trabajadores que teníamos que examinar cada uno.

La recolección de la información se llevó a cabo en las clínicas "Niños Mártires de

Ayapal" y se hizo e 3 etapas:

I etapa:

Se le cito al paciente en las clínicas "Ayapal", procediendo luego a darle un cuestionario, diciéndole que lo llenara lo más objetivamente posible, para lo cual se le garantizaba el anonimato y toda la discreción. Después de llenado el cuestionario, a cada trabajador se le preguntó las dudas que tuvieron al contestar las preguntas y se les aclararon de una manera sencilla sus inquietudes, posteriormente se le brindó a cada paciente una pequeña charla de Educación en Salud bucal, en la que se abordaron los siguientes temas:

- Placa Dentobacteriana.
- Importancia de un buen cepillado.

Posteriormente se les indico a cada paciente que se cepillaran los dientes con el procedimiento que regularmente ellos tenían al cepillarse, después en posición adecuada en un sillón dental se procedió a la aplicación de las sustancia reveladora con algodón y pinza en cada superficie dentaria excepto en la superficie oclusal, en el siguiente orden: desde la segunda molar superior derecha hasta la segunda molar superior izquierda y desde la segunda molar superior izquierda hasta la segunda molar inferior derecha. Después se le pidió al paciente que se enjuagara con agua y se procedió a valorar con un espejo todas las superficies coloreadas, y se anoto en una ficha. Con la ayuda de un espejo se le mostró al paciente la superficie manchada de sus dientes y se le explico a que se debía que sus dientes aparecieran manchados, luego se procedió a enseñar a cada paciente la técnica de cepillado con la ayuda de un tipodonto y un cepillo. Posteriormente se realizo nuevamente el control de placa de la misma forma descrita anteriormente anotándose el resultado en la ficha de recolección de datos.

Para obtener el grado de higiene oral, se utilizo el índice del love, en el cual se cuenta el número de superficies coloreadas y se divide entre el número de superficies examinadas y se multiplica por cien.

$$\text{Índice de Análisis de higiene oral de Love} = \frac{\text{Superficies coloreadas}}{\text{Superficies Totales}} \times 100$$

Se le explicó el grado de higiene oral que tenía, luego se le indicó que esa placa bacteriana se podía remover con el cepillo dental y se le solicitó que frente a un espejo se cepillara los dientes nuevamente, poniendo en práctica los movimientos del cepillo que se le había orientado, hasta que se quitara la placa, el cepillado lo realizó delante del operador.

También se le orientó al paciente, que practicara en su casa el control de placa bacteriana, como lo hizo en la clínica.

#### II etapa:

Se realizó una semana después de la primera etapa. En esta etapa se brindó educación en salud en la que se abordaron los siguientes temas:

- Caries Dental
- Importancia de una buena higiene oral.

Posteriormente se le procedió a realizar el control de placa de la misma forma que se realizó en la I etapa.

III etapa: se realizó 2 semanas después de la segunda etapa, nuevamente se brindó educación en salud, abordando como tema el Tártaro. Después se llevó a cabo el tercer control de placa dentobacteriana de la misma forma que se realizó en la I etapa.

A continuación, se procedió a la realización de una profilaxis a cada paciente y acto seguido se examinó la dentadura utilizando el índice CPOD, anotando el estado de cada diente en la hoja del cariograma para obtener así sus necesidades de atención odontológica restaurativa.

## INDICE DE LOVE

### Índice de Análisis de Higiene Oral de Love

El índice de Análisis de Higiene Oral de Love fue creado como un recurso epidemiológico y es considerado un método eficaz para la evaluación de la higiene oral de grupos de población.

Según Love, un índice promedio de 14% llena los requerimientos extremos de la capacidad para la higiene oral.

El índice de análisis de higiene oral de Love, es un sistema de medición que consiste en examinar las superficies dentarias y valorar todas las superficies sobre las cuales aparecen áreas coloreadas después del empleo de un agente revelador.

### CRITERIOS UTILIZADOS

- 1- La unidad de medición es 1, si la superficie está coloreada.
- 2- La unidad de medición es 0, si la superficie no está coloreada.
- 3- Solamente son valoradas las superficies: mesial, distal, lingual y bucal.
- 4- Las piezas ausentes son indicadas por una línea horizontal.
- 5- Los terceros molares no son incluidos en el examen.
- 6- Se valoran todas las superficies incluidas en el examen sobre las cuales aparecen áreas coloreadas.

La escala de valores individuales es:

- 0 = excelente
- 1 a 14 = bueno o aceptable
- 15 a 100 = deficiente

Este índice valoró el grado de higiene oral y midió la eficiencia del cepillado dental.



## INDICE CPOD

Este se obtuvo por la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

C = Cariados

P = Perdidos , Ei = Extracción indicada

O = Obturados

D = Sirve para caracterizar su aplicación a la unidad diente.

Cada diente se clasificó como:

### Cariado cuando:

- El diente presentó evidencia de esmalte socavado y presencia de una cavidad definida en la cual el explorador penetró.
- Hubo retención de la punta del explorador en fosas u fisuras por la existencia de tejido cariado blando y cuando se observó opacidad del esmalte.
- La punta del explorador penetró y quedó retenida en superficies proximales al hacer movimientos en dirección cérvico - oclusal.
- El explorador penetró entre el diente y la obturación o restauración.

### Obturados cuando:

El diente estaba perfectamente restaurado con material definitivo como: oro, amalgama, porcelana o resina.

### Extraído cuando:

El diente no estaba presente en la boca después del período en que normalmente debería haber hecho su erupción y el paciente indicada que fue extraído por caries dental.

**Extracción indicada cuando:**

El diente presentaba una lesión de caries que a criterio del examinador haya alcanzado la cámara pulpar o que se pueda llegar a ella al querer remover la caries.

**OBSERVACIONES DEL INDICE CPOD**

- a) Cada diente recibió una sola clasificación
- b) Si un diente estaba obturado y presentaba también una caries se tomó como cariado.
- c) No se consideraron como extraídos u obturados los dientes que fueron extraídos por otras causas que no sea la caries.
- d) En caso de dudas entre cariado y extracción indicada, el diente se consideró cariado.
- e) En caso de dudas sano y cariado, el diente se consideró sano.
- f) Cuando el diente se presentó con material de obturación temporal se consideró como cariado.

**Criterios y valores que se usaron para determinar la necesidad de prótesis:**

Se tomó como referencia si cumplía o no la "Ley de Ante".

**Valores protésicos:**

▪ Caninos superiores e inferiores	=	3
▪ Primeros molares superior e inferior	=	3
▪ Segundos molares superior e inferior	=	2
▪ Primeros pre molares superior	=	2
▪ Centrales superiores	=	2
▪ Restos de dientes	=	1

En criterios unificados de los tres autores se estipuló valores para determinar el nivel

de conocimiento sobre salud bucal, según sexo en el personal administrativo del edificio central UNAN-León, estipulando:

Un valor de 0 – 3 como **deficiente**, a aquellos pacientes que contestaron este número de pregunta dentro de las diez preguntas que se le hicieron en la encuesta.

De 4 – 6 en la escala **regular**, a aquellos pacientes que contestaron este número de preguntas.

De 7 – 10 en el rango **bueno**, a aquellos pacientes que contestaron este número de preguntas dentro de las diez preguntas que se le realizaron en la encuesta.



## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALORES
1. Grado de Higiene Oral.	Estado de limpieza adquirida en la cavidad oral, mediante un procedimiento físico-mecánico encarnado a eliminar residuos alimenticios de la superficie expuesta de los dientes y en menor grado los tejidos blandos.	Indice de Love	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - excelente</li> <li>1 - 14 bueno</li> <li>15-100 deficiente.</li> </ul>
2- Necesidades de tratamientos odontológicos.	Es la determinación de la extensión del problema o problemas en una comunidad y la búsqueda de la solución de los mismos.	Indice CPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cariados</li> <li>■ Perdidos</li> <li>■ Obturados</li> <li>■ Extraídos</li> </ul>
3- Sexo	Diferencias físicas y constituidas del hombre y de la mujer del macho y de la hembra.	Observación	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Masculino</li> <li>■ Femenino</li> </ul>
Nivel de conocimiento sobre higiene oral.		Según escala de respuesta de cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - 3 = deficiente</li> <li>4 - 6 = regular</li> <li>7 - 10 = bueno</li> </ul>

Una vez recolectada la información, se procedió a procesarla, realizando los cruces de variables correspondientes según los objetivos planteados, utilizando la frecuencia y porcentajes en su análisis y los resultados se presentan en cuadros estadísticos.

**Materiales e instrumentos:**

- Sillón dental, lámpara
- Espejo bucal
- Explorador No. 5
- Pinza para algodón
- Ficha de recolección de datos
- Lápiz
- Guantes
- Nasobuco
- Algodón
- Violeta de genciana
- Vasos
- Toalla de manos
- Pasta
- Cepillo dental



# Resultados

Tabla No. 1

Nivel de conocimiento sobre salud bucal, del personal administrativo del Edificio Central UNAN-León, Octubre 2001 a Febrero del 2002, según sexo

Sexo	Bueno		Regular		Deficiente	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Femenino	21	54.8%	16	41.02%	2	5.12%
Masculino	6	54.54%	4	36.36%	1	9.09%

Fuente primaria

TABLA No. 2

Grado de Higiene Oral, antes, durante y después de un programa de Educación en Salud Oral en el personal administrativo del Edificio Central UNAN-León, Octubre 2001 a Febrero del 2002, según sexo.

SEXO	I CONTROL				II CONTROL				III CONTROL									
	E	%	B	%	D	%	E	%	B	%	D	%	E	%	B	%	D	%
F	0	0	5	12.8	34	87.1	-	-	19	49	20	51.2	5	12.8	29	74.3	5	12.8
M	0	0	0	0	11	100	0	0	5	45.4	6	54.5	0	0	10	90.9	1	9.09

Fuente primaria



Tabla No. 3

Necesidades de tratamiento en Odontología Restaurativa, según sexo en el personal administrativo del Edificio Central UNAN-  
León, Octubre 2001 a Febrero del 2002

Sexo	Operatoria Dental			P.P.F.		P.P.R.		Ei / Endodencia		
	A	%	R	%		%		%		
Femenino	202	79.5	19	79.1	27	77.1	9	81.8	5	83.3
Masculino	52	20.5	5	20.9	8	22.9	2	18.2	1	16.7
Total	254	100	24	100	35	100	11	100	6	100

Fuente primaria

PPF = Prótesis parcial fija

PPR = Prótesis parcial removible

Ei = Extracción indicada / endodencia

A = Amalgama R = Resina

# Discusión de los Resultados

## DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el nivel de conocimiento sobre salud bucal según sexo, en los trabajadores del edificio central de la UNAN LEON, dentro de la categoría BUENA, estos datos indican que prácticamente no hay diferencias con relación al sexo. El sexo femenino, presentó mejores niveles en las categorías de REGULAR Y DEFICIENTE, pudiéndose observar en el rango regular un 41.02% de conocimiento en las mujeres, comparado con el masculino que es más bajo (36.36%) con una diferencia de 6 puntos. En el rango deficiente las mujeres obtuvieron un 5.12%, es decir, que están mejor al compararlas con los varones (9.09%).

Hay que tomar en consideración, que entre el personal que aquí labora y son parte de la muestra, están las aseadoras y los miembros del cuerpo de protección física (CPF), que no tienen un buen nivel cultural que les permita tener un mejor nivel de conocimiento sobre su salud bucal, además que ellos expresaron que nunca les habían brindado ninguna orientación sobre el tema de la salud bucal.

De manera general, el 54% se ubicó en la categoría de bueno, seguido del 40% de regular y el 6% en la categoría deficiente, es decir que la categoría de excelente fue cero.

Respecto al grado de higiene oral, antes, durante y después del programa de educación en salud bucal a los trabajadores administrativos del edificio central de la UNAN LEON, se puede observar que, tanto en el sexo masculino como en sexo femenino los niveles de higiene oral mejoraron notablemente. Las mujeres tuvieron un mayor porcentaje de grado de higiene oral bueno, en el 1er. control en comparación con los varones.

### Higiene oral en el sexo femenino:

- El grado de higiene oral deficiente, obtenido en el primer control, disminuye considerablemente en los controles realizados, de manera que en el 1er. control el

porcentaje de higiene oral deficiente, fue de 87.1%, en el 2do. control disminuyó el porcentaje a un 51.2% y en el 3er. control disminuyó aun más , hasta un 12.8%.

- El porcentaje de grado de higiene oral bueno, aumenta considerablemente por cada control, observándose que en el 1er. control el porcentaje de higiene oral bueno, es del 12.8% con el 2do. control el porcentaje de higiene oral bueno, aumentó en un 49% y en el 3er. control a un 74.3%.
- El porcentaje de higiene oral excelente en el 1 control fue de 0%, en el 2do. control se mantuvo en un 0%, pero en el 3er. control aumentó el porcentaje de higiene oral excelente a un 5%.

#### Higiene oral en el sexo masculino:

- El grado de higiene oral en la categoría deficiente, en el 1er. control fue de un 100%, en el 2do. control el grado de higiene oral , disminuyó a un 54.5% y en el 3er. control disminuyó más aún 9.09%.
- El grado de higiene oral bueno, aumentó de manera que en el 1er. control el grado de higiene oral bueno, fue de 0% aumentado en el 2do. control a un 45.4% y siendo a un mayor el grado de higiene oral bueno, en el 3er. control en un 90.9%.
- El grado de higiene oral excelente, fue de 0% en los 3er. controles.

De manera general, los resultados de este estudio demuestran que hubo captación e interés en el tema por parte de las personas examinadas, ya que se vio reflejado en un mejor control de placa bacteriana que mejoró sensiblemente el grado de higiene oral en cada sesión de control de placa realizado. Es de interés destacar que la motivación tanto de los pacientes , como la del odontólogo, es fundamental para obtener resultados positivos en programas de educación en salud bucal, a como lo indican estos resultados, por cuanto la motivación nuestra era bien grande y logramos transmitirle esa motivación a los pacientes, lo que se vio demostrado en la puntualidad y asistencia de ellos a las citas programadas y en la actitud de mejorar el cepillado de sus dientes, ya que de un 90% en la categoría

deficiente en el primer control, en el grado de higiene oral, pasó a un 52% en el segundo control y disminuyó hasta un 12% en el tercer control, lo cual es muy significativo.

En relación a las necesidades de tratamiento en Odontología Restaurativa, según sexo, se observa que entre el sexo femenino y el sexo masculino, el sexo femenino presenta mayores necesidades de tratamiento en Odontología Restaurativa, ya que del 100% de necesidades de amalgamas, las mujeres necesitan el 79.5%, de resinas, 79.1%, de prótesis parcial fija, 77.1%, de prótesis parcial removible, 81.1% y 83.3% de extracción indicada.

Estos datos coinciden con la literatura sobre epidemiología de caries dental, ya que las mujeres por erupcionar sus dientes mas precozmente que los hombres, sus dientes están mas tiempo expuestos al ataque de la caries dental, a lo cual hay que sumarle que por ser de escasos recursos económicos no visitan al dentista, razón por la cual tienen alta prevalencia de caries dental.

Las mayores necesidades de tratamiento en Odontología Restaurativa son de Operatoria Dental, tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino.

De forma global, en ambos sexos se vio reflejado que los siguientes factores pueden ser los que estén influyendo en las altas necesidades de tratamiento odontológico restaurativo, lo cual se deduce de las conversaciones realizadas con ellos durante las sesiones del programa de educación en salud

- El bajo nivel económico de los trabajadores.
- El bajo nivel académico de los trabajadores.
- Temor al Odontólogo.

# Conclusiones

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio del grado de higiene oral y necesidades de tratamiento odontológico restaurativo en los trabajadores del Edificio Central UNAN-León, Octubre 2001 a Febrero del 2002, reflejan que:

- 1- En el nivel de conocimiento en salud oral no hubo diferencia en cuanto a sexo en la categoría de bueno, pero en la categoría regular el sexo femenino alcanza un porcentaje mayor que el sexo masculino, así como también hay un mayor porcentaje en la categoría deficiente en el sexo masculino que en el femenino.
- 2- En cada cita de control de placa bacteriana realizada, el grado de higiene oral fue mejorando considerablemente, tanto en el sexo femenino como el masculino.
- 3- El sexo femenino presenta un mayor porcentaje de necesidades de tratamiento en Odontología Restaurativo que el sexo masculino.
- 4- La mayor necesidad de tratamiento fue operatoria dental y la menor necesidad fue extracción indicada, tanto en el sexo femenino como en el masculino



# Recomendaciones



## RECOMENDACIONES

- 1) Que la Facultad de Odontología UNAN LEON, en coordinación con los Directivos de Sindicato Administrativo, firmen un convenio de atención a los trabajadores, a fin de mejorar la salud bucal de éstos y que los estudiantes del V curso, tengan pacientes para realizar sus prácticas profesionales.
- 2) Que en el Eje Curricular (Prácticas Profesionales) del V curso, se desarrolle un programa de atención preventiva y restaurativa a los trabajadores de la UNAN-León, con costos al alcance de ellos y con modalidades favorables de pago.



# Bibliografía

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Piura López Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Pág. 42, 43
- 2- Pereira Emma.  
Zambrana Fátima. Índice de Higiene Oral, Prevalencia de caries y necesidades de prótesis en trabajadores de la producción. 1990. Tesis
- 3- González Patricia Linda.  
Viales José María. Índice de Higiene Oral en escolares de 6 – 12 años y 18 años del Colegio Miguel Larreynaga e Instituto Rubén Darío del Municipio de Telica, León 2000. Tesis
- 4- Fermin A. Carranza. Periodontología Clínica de Glickman. 7ma. Edición. Interamericana. Pág. 372,377,420,598.
- 5- Katz, S. McDonald y Stoo-Key 1993. Odontología Preventiva en Acción. 3ra. Edición. Editorial Médica Panamericana. Pág. 37,38,81,93,109,118,119,141.
- 6- Pineda Ortiz Annelie del R; Argeñal María Lourdes: Nivel de conocimiento en salud oral y grado de higiene bucal de maestros de escolar del área urbana de la ciudad de León, Enero-Junio de 1997. Tesis.
- 7- UNAN, Manual de Prótesis Parcial, León, 1984.
- 8- Dr. Guerra Cruz Ernesto. Operatoria Dental. Edición Universitaria, León, Nicaragua. 1986. Pág. 193,194,241,242.



# Anexos

## ANEXOS

### ENCUESTA

Favor contestar según sea su criterio de manera totalmente individual ya que nos interesa su opinión personal.

Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_

Sexo: masculino \_\_\_\_\_ femenino \_\_\_\_\_

1- ¿Qué es lo que causa la caries dental y las enfermedades de las encías

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

MARQUE CON "X" En la rayita de la derecha su respuesta.

2- ¿Qué utiliza para la limpieza de sus dientes?

Cepillo dental \_\_\_\_\_

Pasta dental \_\_\_\_\_

Hilo dental \_\_\_\_\_

Enjuague bucal \_\_\_\_\_

Palillo dental \_\_\_\_\_

3- Las veces que los dientes deben cepillarse:

1 vez al día \_\_\_\_\_

2 veces al día \_\_\_\_\_

3 veces al día \_\_\_\_\_

Después de cada comida \_\_\_\_\_

4- Para la limpieza de los dientes, lo fundamental es:

Solo el cepillo \_\_\_\_\_

Cepillo y pasta dental \_\_\_\_\_

Solo hilo dental \_\_\_\_\_

Enjuague bucal \_\_\_\_\_

5- El cepillo dental debe cambiarse:

Cada mes como mínimo \_\_\_\_\_

Cada 2 meses como mínimo \_\_\_\_\_

Cada 3 meses como mínimo \_\_\_\_\_

Cada 6 meses como mínimo \_\_\_\_\_

Cada año \_\_\_\_\_

6- El sarro se forma en los dientes debido a:

Que es algo normal \_\_\_\_\_

Es hereditario \_\_\_\_\_

Falta de buena limpieza bucal \_\_\_\_\_

Por no visitar al dentista \_\_\_\_\_

7- Las encías le pueden sangrar debido a:

Es normal al cepillarse los dientes \_\_\_\_\_

Debilidad en las encías \_\_\_\_\_

El sarro en los dientes \_\_\_\_\_

A la edad \_\_\_\_\_

8- El cepillado dental debe ser así:

Cerdas duras para limpiar bien \_\_\_\_\_

Cerdas suaves y cabeza pequeña \_\_\_\_\_

Cerdas suaves y cabeza grande \_\_\_\_\_

Todo cepillo es bueno \_\_\_\_\_

9- Cómo mínimo se debe visitar al dentista:

Una vez cada 3 meses .....

Una vez cada 6 meses .....

Una vez al año .....

Solo cuando hay problemas bucales .....

10- Comer dulces, meriendas u otras golosinas entre el desayuno y el almuerzo o entre almuerzo y cena, es recomendable para mantener los dientes sanos?

a) Si .....

b) No .....

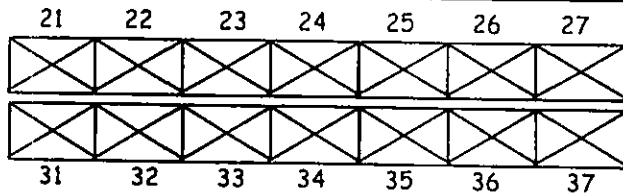
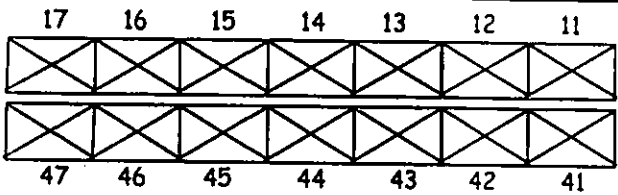
c) No se .....

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-LEON

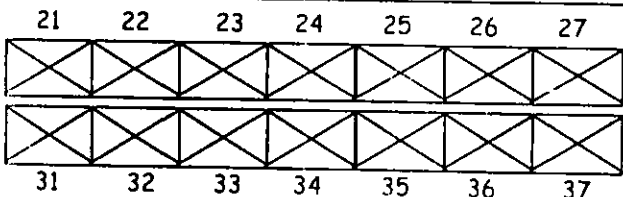
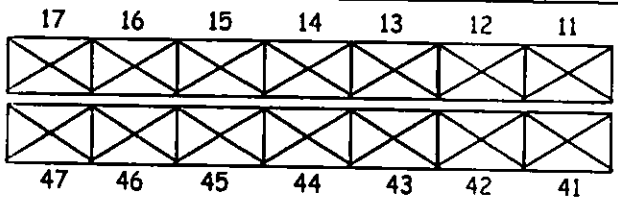
Facultad de Odontología  
Clínica de Periodoncia

FICHA CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA

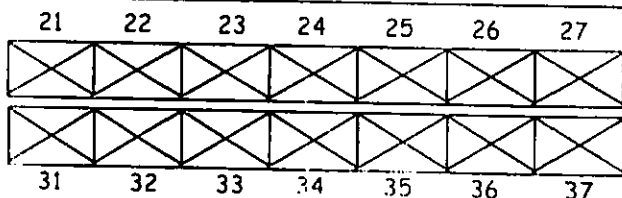
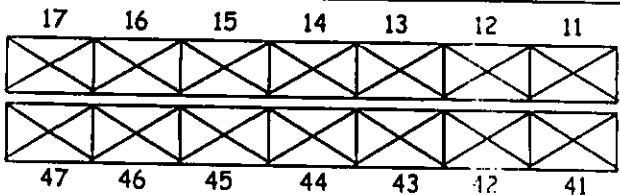
Nombre paciente \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_



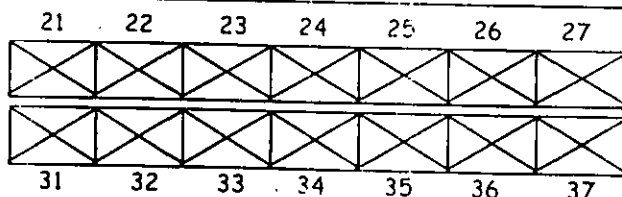
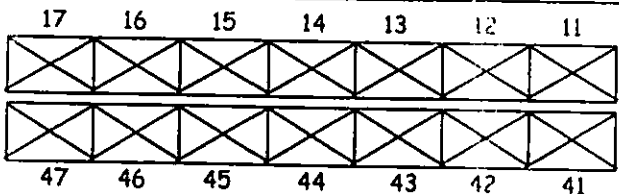
Total de superficies con placa \_\_\_\_\_  
Dientes presentes X 4: \_\_\_\_\_ x 100 \_\_\_\_\_ % Fecha: \_\_\_\_\_



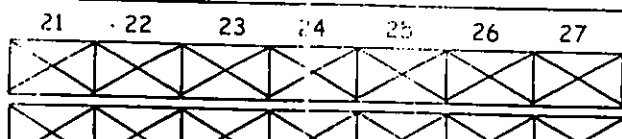
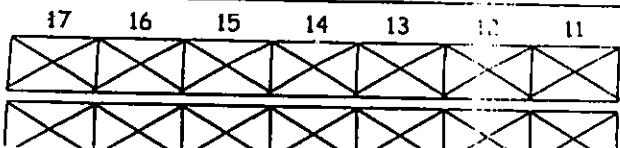
Total de superficies con placa \_\_\_\_\_  
Dientes presentes X 4: \_\_\_\_\_ x 100 \_\_\_\_\_ % Fecha: \_\_\_\_\_



Total de superficies con placa \_\_\_\_\_  
Dientes presentes X 4: \_\_\_\_\_ x 100 \_\_\_\_\_ % Fecha: \_\_\_\_\_



Total de superficies con placa \_\_\_\_\_  
Dientes presentes X 4: \_\_\_\_\_ x 100 \_\_\_\_\_ % Fecha: \_\_\_\_\_





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-LEÓN FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
**SECCIÓN RESTAURATIVA**

Hoja N° \_\_\_\_\_ Expediente N° \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fecha Iniciado: \_\_\_\_\_ Fecha Terminado: \_\_\_\_\_  
 Alumno: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_

Estado									B								
Trab. previos									A								
D	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Trab. previos																	
Estado									A								
									R								

Operatoria  
I

**TRATAMIENTO**


Valor																	
Tratamiento																	
D	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Tratamiento																	
Valor																	

I







**CLAVE**

- 1 - M
- 2 - D
- 3 - B
- 4 - P
- 5 - O
- 6 - DO

Satisfactorio = Sat.  
 Bordes deficientes = Bd.  
 Anatomía deficiente = Ad.  
 Fractura = Fr.

B  
 M  
 P

Amalgama = A  
 Inlay Metálica  
 Corona F.1 Porcelana = C.F.P.  
 Composita

-  Diente no erupcionado
-  Caries
-  Diente ausente
-  Cavidad preparada
-  Extracción indicada
-  Obturación terminada

Observaciones: \_\_\_\_\_

