

Hábitos de higiene buco-dental de los estudiantes de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez: Estudio descriptivo

Habits of oral-dental hygiene of the students of the Universidad Tecnológica Fidel Velázquez: Descriptive study

BECERRIL-VEGA, María Guadalupe*†, SALCEDA-FLORES, Samuel Arcangel, GONZALEZ-RODRIGUEZ, Mitzy Yadira, GALVAN-GUITIERREZ, Leslie Paola, COTARDO-VELAZQUEZ, Yussei Ailin y HERNÁNDEZ-CRUZ María Guadalupe

Universidad Tecnológica Fidel Velázquez, Av. Emiliano Zapata S/N Col.El tráfico, Nicolás Romero, Estado de México CP. 54460

ID 1^{er} Autor: *María Guadalupe, Becerril-Vega*

ID 1^{er} Coautor: *Samuel Arcangel, Salceda-Flores*

ID 2^{do} Coautor: *Mitzy Yadira, Gonzalez-Rodriguez*

ID 3^{er} Coautor: *Leslie Paola, Galvan-Gutierrez*

ID 4^{to} Coautor: *Yussei Ailin, Cotardo-Velazquez*

ID 5^{to} Coautor: *María Guadalupe, Hernández-Cruz*

Recibido 03 de Enero, 2018; Aceptado 12 de Marzo, 2018

Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer los hábitos de higiene bucodental de los alumnos de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez. Este pertenece a la línea de investigación en salud de la UTFV. La investigación se realizó en una muestra no probabilística de cuotas de 100 alumnos, el 63% afirma conocer las características de una adecuada higiene bucal, sin embargo el 49% tiene alguna enfermedad asociada a la cavidad oral (43% caries, 10% Gingivitis, 1% Cáncer de boca, 5% Halitosis, 10% Sarro, 2% Perionititis). Los universitarios se lavan los dientes en promedio 1.6 veces por día, menor a lo recomendado por la OMS. El 46% usa productos de estética bucal y asocian la salud bucodental a: 15% aceptación social, 25% conseguir pareja, 15% éxito académico, 31% éxito social, 55% aspecto atractivo, 13% moda y 92% salud. Concluyendo que los datos no son consistentes, pues cualitativamente podrían no conocer la información que los organismos de salud consideran óptimos para el cuidado bucodental. Lo anterior favorece para conocer los diferentes problemas de la salud bucodental y así desarrollar y conocer los problemas reales en los alumnos de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez.

Higiene bucodental, Enfermedades bucodentales, Salud, Problemas de salud

Abstract

The objective of this study was to know the oral hygiene habits of the students of the Fidel Velázquez Technological University. This belongs to the health research line of the UTFV. The research was conducted in a non-probabilistic sample of quotas of 100 students, 63% said they know the characteristics of an adequate oral hygiene, however 49% have some disease associated with the oral cavity (43% caries, 10% Gingivitis, 1% mouth cancer, 5% Halitosis, 10% Sarro, 2% Perionititis). The university students wash their teeth on average 1.6 times a day, less than recommended by the OMS. 46% use products of oral aesthetics and associate oral health to: 15% social acceptance, 25% get a partner, 15% academic success, 31% social success, 55% attractive appearance, 13% fashionable and 92% healthy. Concluding that the data are not consistent, because qualitatively they may not know the information that health agencies consider optimal for oral care. The above favors to know the different problems of oral health and thus develop and know the real problems in the students of the Universidad Tecnológica Fidel Velázquez.

Oral hygiene, Oral diseases, Health, Health problems

Citación: BECERRIL-VEGA, María Guadalupe, SALCEDA-FLORES, Samuel Arcangel, GONZALEZ-RODRIGUEZ, Mitzy Yadira, GALVAN-GUITIERREZ, Leslie Paola, COTARDO-VELAZQUEZ, Yussei Ailin y HERNÁNDEZ-CRUZ María Guadalupe. Hábitos de higiene buco-dental de los estudiantes de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez: Estudio descriptivo. Revista de Técnicas de Enfermería y Salud. 2018, 2-3: 1-14.

*Correspondencia al Autor (Correo Electrónico: becerrig@gmail.com)

† Investigador contribuyendo como primer autor.

Introducción

La higiene bucal se refiere a establecer la adopción de los cuatro hábitos que rige la OMS (cepillado de dientes, limpieza con hilo dental, enjuague bucal, visita periódica al odontólogo). Los hábitos bucodentales no solo incluyen la limpieza de la cavidad oral, si no también es importante el control de la ingesta de determinados alimentos especialmente aquellas que tienen un alto potencial cariogénico, sobre todo los azúcares como la sacarosa o la glucosa y los hábitos nocivos como el cigarro.

Justificación

La salud bucodental, es una parte importante para la salud, por eso este estudio explica porque las técnicas de limpieza bucodental y los alimentos que consumimos cotidianamente influyen en la salud bucodental, destacando que hay poco interés en la población sobre este tema ya que para mucho no es prioritaria la salud de la boca, ya que no encuentran como un factor grande de riesgo que provoque enfermedades letales.

Problema

A la mayoría de la población le resulta poco interesante la higiene bucodental hasta que se tiene un tratamiento odontológico o algún problema referente a una enfermedad.

Los hábitos de higiene bucal no son conocidos correctamente por la población ya que son muy deficientes, donde muchos no relacionan la higiene bucodental con el cuidado de la boca y para la mayoría de la comunidad representa un gasto excesivo mantener una buena higiene bucodental, por lo cual no la consideran como prioridad dentro de los gastos con los que cuenta la población.

Hipótesis

Hi: los hábitos de la higiene bucodental son deficientes para el conocimiento del cuidado de la boca.

Ho: la higiene bucodental deficiente no está asociada al conocimiento del cuidado de la boca.

Ha: La higiene bucodental está asociado a factores económicos Factor Económico.

Objetivos

Objetivo General

Conocer los hábitos de limpieza bucodentales de universitarios de la UTFV en el periodo 2018-2

Marco Teórico

Definición de higiene bucal

La buena higiene bucal o dental debe establecer la adopción de cuatro hábitos: El cepillado, la limpieza con hilo dental, el enjuague y la visita periódica al odontólogo, También es importante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cardiogénico, sobre todo los azúcares, como la sacarosa o la glucosa y evitar hábitos poco saludables como el cigarro. (OMS, 2011)

La escuela de Odontología preventiva y comunitaria ubicada en Barcelona sostiene en su libro que lleva por el mismo nombre que los problemas y enfermedades odontoma-estomatológicas más frecuentes son debidas a una incorrecta o insuficiente higiene bucal o dental son: Desarrollo excesivo de placa bacteriana, formación de sarro, halitosis, caries, gingivitis y periodontitis.

Otro problema que puede deberse a una deficiente higiene bucodental es la halitosis. El mal olor del aliento puede verse influido por la presencia de caries.

Un factor importante en la salud de la población es en base al cepillado de dientes, y es así como comienza Una buena higiene bucal por un correcto cepillado, que conviene realizar justo después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas y carbonatadas, de golosinas o aperitivos, o de cualquier alimento. El cepillado más importante, y el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Hay alimentos duros como la punta de la pisque al ser mordidos arrastran la placa bacteriana. Sin embargo, un cepillado excesivo puede incidir en un temprano desgaste del esmalte, en especial si se han ingerido cítricos después de las comidas, por lo que lo ideal está entre dos y tres cepillados diarios.

Es aconsejable cepillarse antes de la comida para reducir la placa bacteriana. Se recomienda cepillarse los dientes por un tiempo de tres a cinco minutos; es decir, diez cepilladas por cada dos dientes. De preferencia debe ser con un cepillo mediano, de cerdas y mango recto y con un pasta dental que contenga triclosan (potente agente antibacteriano y fungicida, En caso de ser ingerido, puede llegar a causar enfermedades graves e incluso la muerte, dependiendo la cantidad de la misma que entre a la boca). Es importante recalcar que el odontólogo es quien debe valorar cómo debe ser la higiene oral de cada paciente de acuerdo con sus necesidades. El uso de chicles puede ser aconsejable. La acción de masticar estimula la secreción de saliva, que evita que el pH de la boca se vuelva excesivamente ácido. El xilitol inhibe el crecimiento de la bacteria *Streptococcus mutans*, que causa la caries. Estos chicles no sustituyen las ventajas del cepillado.

Anatomía de la boca

Boca

Representa el segmento inicial del tubo digestivo, sitio del sentido del gusto, teniendo un papel importante en la fonación y articulación de los sonidos.

Cavidad situada en la cara, por debajo de las fosas nasales y por encima de la región supra hioidea y dividida por los arcos dentarios en dos porciones: un antero lateral o dentoexterno llamada vestíbulo de la boca y otra posterior o dentoinferior que es la boca propiamente dicha.

En la boca se distinguen las paredes que la limitan y son seis: la anterior constituida por los labios; la posterior formada por el velo del paladar y por el istmo de las fauces; la superior integrada por la bóveda palatina; la inferior que corresponde a la lengua y piso de la boca; finalmente las dos paredes laterales constituidas por las mejillas. (Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 63)

Labios

Son dos repliegues músculo membranosos, uno superior y otro inferior adaptados a la convexidad de los arcos alveolo dentarios. Son verticales y delgados en la raza blanca y gruesos e invertidos en la raza negra.

Presentan dos caras una anterior y una posterior, dos bordes uno adherente y otro libre, y dos extremidades.

Cara anterior: Posee un surco mediano que se extiende del subtabique nasal al borde libre del labio donde termina en el tubérculo, a los lados de este surco presenta una superficie triangular de base interna y que queda separada de la mejilla por el surco nasolabial. En el labio inferior, su cara anterior presenta en la línea media una fosita media, y a los lados, la superficie del labio es plana o ligeramente cóncava.

Cara posterior: Está cubierta por la mucosa y en relación con los arcos gingivodentarios.

Borde adherente: Se marca en la piel, para el labio superior, por los surcos nasolabial y labio geniano y para el labio inferior por el surco mentolabial. Por su cara posterior está constituido por el surco gingivolabial, donde se hallan los frenillos en la línea media.

Borde libre: Es más o menos redondeado de adelante a atrás, más grueso que el resto del labio, y presenta una coloración roja o rosada.

Los labios están constituidos de adelante a atrás por las siguientes partes:

Piel: adherida íntimamente a los músculos subyacentes y con abundantes

Folículos pilosos

Capa delgada de tejido celular

Capa Muscular: Constituida por el orbicular de los labios y los músculos que con él se entrecruzan que para el labio superior.

Capa Submucosa: Formada por tejido conjuntivo y fibra elásticas que contiene gran cantidad de glándulas labiales.

Capa Mucosa: Cubre la cara posterior del labio y se continua con la mucosa de las mejillas y la mucosa gingival. (Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 63-65)

Paladar duro y blando

Paladar duro

Formado por la bóveda palatina es cóncavo y limitado por los arcos dentarios del maxilar superior, presenta en la línea media un rafe, el cual termina por delante en el tubérculo palatino que corresponde al orificio inferior del conducto palatino anterior.

En sus 2/3 anteriores exhibe crestas más o menos transversales que parten del rafe medio, mientras en su parte posterior la superficie es más lisa y se continúa con la superficie inferior del velo del paladar.

La bóveda palatina está constituida por una capa ósea y otra mucosa.

La capa ósea, formada por la cara inferior de las apófisis palatinas del maxilar superior y la lámina horizontal de los palatinos, presenta en la línea media y en su parte anterior el agujero palatino anterior y en los ángulos posterolaterales los agujeros palatinos posteriores y los accesorios.

La mucosa, que cubre la superficie ósea en toda su extensión, es gruesa, resistente y se adhiere íntimamente al periostio. Contiene a cada lado de la línea media las glándulas palatinas, glándulas parecidas a las de las mejillas, más desarrolladas en la parte posterior que en la anterior. La bóveda palatina recibe arterias de la palatina superior, rama de la maxilar interna que pasa por el conducto palatino posterior, se divide en un ramo anterior y otro posterior, el primero se anastomosa con el ramo del esfeno palatino.

Las venas acompañan a los troncos arteriales y van al plexo pterigoideo.

Los linfáticos forman una rica red que se anastomosa con la red gingival superior y con la del velo del paladar, formando conductos colectores que descienden hasta desembocar en la cadena yugular interna.

Los nervios son solamente sensitivos, que derivan del palatino anterior que baja por el conducto palatino posterior y del esfenopalatino, palatino interno, que baja por el conducto palatino interno. . (Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 68-69)

Paladar blando

Está formado por el velo del paladar y junto con sus pilares circunscribe un orificio llamado istmo de las fauces.

El paladar blando o velo del paladar es continuación de la bóveda palatina y su dirección es primero horizontal y después oblicua hacia abajo y atrás. Posee dos caras y cuatro bordes.

La cara bucal, cóncava y lisa, presenta un rafe medio, continuación del rafe de la bóveda palatina.

La cara nasal es continuación del piso de las fosas nasales, convexa y presenta a veces una eminencia media y longitudinal producida por los músculos palatostafilinos.

El borde anterior se continúa y confunde con el borde posterior de la bóveda palatina. Los bordes laterales no están bien definidos y corresponden a la parte posterior de la encía superior, al ala interna de la apófisis pterigoides y a las paredes laterales de la faringe. El borde inferior presenta en la línea media una saliente más o menos cilíndrica, llamado úvula, cuyo extremo libre es redondeado. La longitud de esta es muy variable y de su base se desprenden cuatro pliegues mucosos, dos derechos y dos izquierdos que se dirigen hacia fuera primero y después hacia abajo, divergiendo el anterior a la base de la lengua y el posterior hacia atrás y abajo para terminar en las caras laterales de la faringe. Son los llamados pilares del velo del paladar, uno anterior y otro posterior de cada lado. Los pilares anteriores, la base de la lengua y la úvula limitan un orificio semioval llamado istmo de las fauces por donde comunican la boca y la faringe.

Los pilares anteriores contienen al músculo glosostafilino y los pilares posteriores al faringostafilino, entre ambos existen una profunda depresión o fosa amigdalina que aloja a la amígdala palatina.

Constitución anatómica del velo del paladar:

Aponeurosis de velo del paladar.

Músculos palatostafilino.

Mucosa del velo del paladar, que contiene glándulas en racimo y glándulas diseminadas.

BECERRIL-VEGA, María Guadalupe, SALCEDA-FLORES, Samuel Arcangel, GONZALEZ-RODRIGUEZ, Mitzy Yadira, GALVAN-GUITIERREZ, Leslie Paola, COTARDO-VELAZQUEZ, Yussei Ailin y HERNÁNDEZ-CRUZ María Guadalupe. Hábitos de higiene buco-dental de los estudiantes de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez: Estudio descriptivo. Revista de Técnicas de Enfermería y Salud. 2018

Arterias: las recibe derivadas de la palatina superior (rama de la maxilar interna), de la palatina inferior (rama de la facial) y de la faringe inferior (rama de la carótida externa).

Venas: emite venas superiores que van al plexo de la fosa zigomática y venas inferiores que se unen con la de la amígdala y base de la lengua, desembocando a las afluentes de la yugular internos.

Los linfáticos forman una red superior y otra inferior, de ellas parten troncos linfáticos que van a los ganglios yugulares situados al nivel del vientre posterior del digástrico.

Nervios: los sensitivos proceden de los 3 palatinos, ramas del esfenopalatino, los motores son suministrados por el palatino posterior aunque el peristafilino externo recibe su ramo motor del maxilar inferior. Todo el resto está inervado por la rama interna del espinal. . (Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 65-68)

Lengua

Es un órgano móvil, musculoso (17), situado en la cavidad bucal y aplanada de arriba abajo hasta su extremidad anterior. En el radica el sentido del gusto y se le consideran 2 caras, 2 bordes, una base y un vértice.

Cara superior: es convexa transversalmente y más o menos plano de adelante atrás. Presenta en su tercio posterior la "V" lingual; así llamada por la disposición que adoptan las papilas calciformes o circunvaladas.

Hacia atrás de estas papilas se observan pliegues oblicuos, hacia atrás y abajo formado por glándulas foliculares, y todavía más atrás se encuentran 3 repliegues, uno mediano y 2 laterales que van a terminar a la epiglotis y se denominan repliegues glosopiglóticos mediano y laterales. Por delante de la "V" lingual se observa un surco medio, y a los lados, las papilas dispuestas de tal manera, que forman líneas paralelas a las ramas de la V lingual.

Cara inferior: descansa sobre el piso de la boca. Posee en la línea medio un repliegue mucoso o frenillo de la lengua, y a los lados de este y en su parte más posterior, 2 tubérculos, donde desembocan los orificios del canal de Wharton.

Cerca del borde de la lengua, se aprecian a través de la mucosa las venas raninas. La mucosa que cubre la cara inferior, es lisa y ligeramente rosada.

Bordes: los bordes de la lengua son convexos y más gruesos por detrás que por delante; corresponden a la cara interna de los arcos dentarios y es en ellos donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que pueden degenerar en cáncer lingual.

Base : esta porción, la más gruesa de la lengua, corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglotis, a la cual está unida por los repliegues glosopiglóticos; en su parte anterior corresponde a los músculos geniohioides y al milohioides.

Vértice o punta: es aplanado en sentido vertical y presenta en la línea medio un suco donde convergen los surcos medianos superior e inferior.

Constitución anatómica:

Se distinguen las siguientes partes:

Esqueleto de la lengua: las partes blandas de la lengua se apoyan en el hueso hioides, en la membrana hioglosa y en el septum lingual, siendo estos 2 últimos láminas fibrosas.

Músculos de la lengua: son 8 pares y 1 impar. Tres se insertan en los huesos cercanos (geniogloso, hiogloso y estilogloso), 3 se originan en los órganos cercanos (palatogloso, faringogloso y amigdalogloso), 2 proceden de los huesos y órganos próximos (el lingual superior y el lingual inferior), solo uno es propiamente intrínseco.

Geniogloso: se inserta abajo y adelante en la apófisis genisuperiores. Acción: desciende y aplica la lengua contra el piso bucal, sus fibras anteriores elongan la lengua hacia abajo y atrás y las posteriores traccionan al hioides hacia arriba y adelante. Inervado por hipogloso mayor.

Estilogloso: se inserta en el borde anterior de las apófisis estiloides y sobre ligamento estilomaxilar. Acción: lleva la lengua hacia arriba y atrás y ensancha su parte posterior. Inervación: rama lingual del facial o el ansa de HALLER y por el hipogloso.

Hipogloso: se inserta del hueso hioides (borde superior, hasta menor y borde superior del asta mayor). Acción: desciende y retrae la lengua. Inervación: hipogloso.

Faringogloso: se inserta en el borde anterior de la faringe, siendo un fascículo del constrictor superior de la faringe, pasa a la cara externa del hiogloso para ir a confundir sus fibras con las del geniogloso y el estilogloso.

Palatogloso o glosostafilino: se inserta hacia arriba en la cara inferior de la aponeurosis del velo del paladar. Acción: tracciona la lengua hacia atrás y estrecha el istmo de las fauces. Inervación: ramo lingual del facial o el ansa de Haller.

Amigdalogloso: inserciones, nace de la túnica fibrosa faringea a nivel de la cara lateral de la cápsula amigdalina. Acción: elevador de la base de la lengua. Inervación: hipogloso.

Lingual superior: es el único impar y mediano de la lengua, inserciones: se fija hacia atrás mediante un fascículo mediano sobre la base de la epiglotis y 2 fascículos laterales sobre las astas menores del hueso hioides. Acción: depresor y retractor de la lengua. Inervación: hipogloso.

Transversal lingual: se inserta en las caras del septum lingual, de donde sus fibras se dirigen hacia fuera y se cruzan con las fibras longitudinales de los músculos que encuentra hasta alcanzar la capa profunda de la mucosa del borde lingual, donde se fija. Acción: reduce, al contraerse, el diámetro transversal de la lengua a la que transforma en un canal cóncavo hacia arriba. (Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 69-84) (Anatomía de Bouchet y Cuilleret, 1996. pp. 72-85).

Dorso de la lengua

La mucosa de este se fija firmemente a las fibras musculares subyacentes, de color rosado en las partes laterales debido a las papilas fungiformes y blanquecinas en la base y parte posterior de la línea media, debido a la descamación del epitelio y transformaciones de linfocitos en él. Posee un surco medio de la divide en 2 (derecha e izquierda) en los 2 tercios anteriores, ya que entre estos últimos y el tercio posterior se encuentra el surco terminal, que la divide en 2 porciones: anterior o palatina y posterior o faringea.

ISSN-2523-0352

ECORFAN® Todos los derechos reservados

En el extremo posterior del surco medio y por detrás de la V lingual encontramos el foramen caecum o agujero ciego. Por delante del surco terminal y el agujero ciego se localiza la V lingual cuyo vértice apunta hacia la base de la lengua y está formada por las glándulas circunvaladas o calciformes que son de 8 a 12. Por delante de la V y paralelos a esta se encuentran de 60 a 100 pliegues producidos por la disposición de las papilas en la lengua (pliegues capilares). Hacia los bordes laterales de la lengua y a los lados de la V lingual se localizan las papilas foliadas o foliáceas en los recién nacidos y en el adulto quedan como rudimentos (13 a 15 repliegues con numerosos corpúsculos gustativos). Las papilas filiformes o filamentosas (alrededor de 20,000) se encuentran distribuidas en los surcos paralelos a la V y por delante de ella.

Las papilas fungiformes se distribuyen entre las filiformes (entre 150 o 200 y con un diámetro de 200 micras a un mm), su nombre se debe a que tienen forma de hongo, poseen un gran número de botones gustativos. (Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 72-89)

Corpúsculos gustativos:

Constituyen la porción aferente o receptora de la inervación lingual y tienen la función de discriminar los diversos sabores que poseen las sustancias químicas que se ponen en contacto con ellos.

Estos corpúsculos están situados en las papilas circunvaladas y fungiformes por lo que se dice que el sentido del gusto radica en la V lingual, en los 2/3 anteriores de la lengua y sus bordes.

Los principales sabores son el dulce (relacionado con sustancias que poseen radicales aldehído), el salado (relacionado con el cloruro de sodio), el sabor ácido y el amargo. (Anatomía de Bouchet y Cuilleret, 1996. pp. 85-100).

Glándulas salivales

Se clasifican de acuerdo a su tamaño en:

- A) Mayores o principales
- B) Menores o Accesorias

Las glándulas salivales mayores son:

1. Parotidas
2. Submaxilar o Submandibulares
3. Sublinguales

Parótida

Situadas a los lados entre el proceso mastoideo y la rama ascendente de la mandíbula. Su conducto principal (Stenon) drena en la pared vestibular a nivel de los molares superiores (entre 1 y 2 molar). Las unidades secretorias son de tipo seroso y por su forma túbulo- alveolar la glándula es compuesta. Destaca de manera característica la gran cantidad de células adiposas contenidas en el estroma, lo da una imagen histológica peculiar y diferente a las otras glándulas.

Submaxilares o submandibulares

Se encuentran situadas en la superficie interna mandibular a cada lado, su conducto principal (Wharton) se abre en la mucosa del piso de la boca. Es una glándula túbulo alveolar compuesta y alguna de sus unidades secretoras son seromucosa (mixta) la mayoría son serosas.

Sublinguales

Situadas en el espesor del piso de la boca a diferencia de las parótidas y submandibulares no se encuentra encapsulada y confluyen en el plano medio. Sus conductos principales son varios (Rivinus o Bartolini y de Walter y drenan por detrás de las submandibulares. Constituyen in glándula alveolar o acinosa compuesta y es mixta con acinos serosos y mucosos.

Las glándulas salivales menores o accesorias son:

- a) Labiales
- b) Yúgales o del carrillo
- c) Palatinas
- d) Linguales

Su nombre indican su localización y pueden ser serosas (Von Ebner), mucosas (Blandin o Jun) o seromucosas como la mayoría. Todas las glándulas salivales son exócrinas.

Nervio trigémino

Es el mayor de los nervios craneales. Tiene una gran raíz sensitiva y otra motora. Inerva los maxilares y estructuras relacionadas, y la mayor parte de la piel de la cara. La rama motora inerva todos los músculos de la masticación, menos el buccinador, que se considera de expresión facial inervado por el facial. Tanto el núcleo sensitivo como el motor descansan cerca de la porción media de la protuberancia. Las fibras de la raíz motora pasa hacia delante en la fosa craneal posterior y corren debajo del ganglio de Gasser para alcanzar el agujero oval.

Desde su núcleo en la protuberancia, la rama sensitiva cruza hacia delante y lateral hacia la fosa craneal media. Aquí llega el ganglio de Gasser que se localiza en la porción petrosa del hueso temporal y descansa en la cavidad de Meckel. De este ganglio se originan las tres ramas del nervio trigémino:

La oftalmia de la porción anterior
La maxilar superior del centro
La maxilar inferior de la región posterior.
(Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 95-105)

Dientes

Comienzan a formarse en la 6ta. Semana de vida intrauterina, hallándose 3 períodos importantes en su formación: yema dental, período de caperuza y período de campana. Son consideradas formaciones de origen ectodermico (por su esmalte y restos en el ligamento periodontal) y mesodermico (por su dentina, cemento y pulpa dentaria).

Son órganos duros, de coloración blanca, implantados en los alveolos de los maxilares. En número de 20 para la dentición infantil o temporal que surge al 6to mes de la vida y la última pieza erupciona hasta los 4 años, para luego ir ese exfoliando entre los 7 y 12 años.

La 2da. Dentición o definitiva consta de 32 piezas y erupciona entre los 6 y los 30 años. Cada diente se encuentra formado:

Morfológicamente: por la corona (clínica o anatómica), la raíz (clínica o anatómica) y termina en el apex o vértice.

Entre la raíz y la corona se forma el cuello o estrechamiento.

Estructuralmente: la dentina (sustancia dura de coloración gris blanquecida o amarillenta), el esmalte (que recubre a la dentina en la corona y es una sustancia blanco transparente), el cemento (cubre a la dentina en toda la raíz y es una sustancia amarillenta) y la pulpa dentaria (que es un tejido blando y rojizo, ricamente vascularizado e innervado que llena la cavidad o cámara pulpar de la corona y se continúa por los conductos radiculares hasta el apex).

La dentadura infantil consta de 8 incisivos, 4 caninos y 8 molares.

La dentadura permanente consta de 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares o bicúspides y 12 molares.

Los dientes anteriores poseen 4 caras (mesial, distal, labial o vestibular, y lingual o palatina) y un borde (incisal).

Los dientes posteriores poseen 5 caras (mesial, distal, bucal o vestibular, lingual o palatina y oclusal).

Esmalte

Se desarrolla embriológicamente a partir del ectodermo, es el más resistente de los tejidos del diente y está constituido por prismas más o menos hexagonal, unidos unos a otros por sustancias calcárea interprismática, cuyo índice de resistencia es menor que el de los prismas.

Por su base libre están cubiertos por una laminita uniformemente constituida, brillante y muy resistente, que es la cutícula de Nasmyth, por su base interior se ponen en contacto con la dentina por medio de la unión amelodentinaria.

Al esmalte lo forman las células llamadas ameloblastos. Está constituido por peso en un 96% por sustancia inorgánica, 4% de agua y 1% de sustancia orgánica y en volumen por 87,11,2%, la fase inorgánica es esencialmente hidroxiapatita cristalina – modificada que contiene un 36% de calcio, 17% de fósforo, 25% de dióxido de carbono, 0.6% de sodio, 0.4% de magnesio, 0.3% de cloruro y cantidades insignificantes de más de una docena de elementos, de las cuales el fluoruro (0.01%) es el más significativo, aunque también encontramos zinc, plomo, hierro, plata, manganeso, silicón, estaño, carbonato, estroncio, cobre, aluminio y potasio.

Los prismas o bastoncillo del esmalte tienen un diámetro promedio de 4µm y a su vez están formados por cristalitas de 0.9 µm de longitud y 0.04 µm de ancho.

La fase orgánica del esmalte es principalmente proteína con una pequeña cantidad de muco polisacáridos y de lípidos. Es importante señalar que existen diferencias en las distintas zonas del

Esmalte que dan lugar a formaciones que rompen la continuidad de la estructura microscópica.

Alguna de estas es:

Estrías de Retzius: bandas de menor calcificación, observadas como zonas más oscuras y que resultan de la actividad rítmica intermitente de formación de esmalte.

Bandas de Hunter-schreger: efecto óptico debido a que los cristales de esmalte en áreas adyacentes, están dispuestos en diferentes angulación, reflejando la luz con intensidad variable.

Lamelas: son estructuras rectas y estrechas perpendiculares a la superficie del esmalte, constituidas por material orgánico poco mineralizado y que durante la erupción se les denominan laminillas primarias. Si son ocasionadas éstas fisuras por traumatismos que luego se rellenan de material orgánico de la saliva se les denomina laminillas secundarias.

Penachos: hojas de material orgánico mineralizado en forma incompleta, se originan en la unión amelodentinaria y se extienden perpendicularmente hacia la superficie del esmalte hasta 1/3 de su grosor.

Usos y agujas: son consideradas de origen dentinario ya que siguen en curso recto introduciéndose como matriz orgánica del esmalte que no se mineralizo pareciendo continuación de los tubos dentarios.

Áreas hipoplásicas: son zonas poco calcificadas de la superficie del esmalte.

El esmalte para ser un tejido tan denso es sorprendentemente permeable. (Anatomía de Bouchet y Cuilleret, 1996. pp. 100-113) (Quiróz, 2013. Tomo III. pp. 94-105).

Técnica de cepillado de dientes

De acuerdo a la OMS (2011) en el manual de técnicas de limpieza e higiene bucodental.

Coloque las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.

Cepille suavemente la superficie dental externa de dos o tres dientes con un movimiento de barrido de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de dos o tres dientes y repita la operación.

Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento de barrido y al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.

Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.

Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. No olvide cepillar también su lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias causantes del mal aliento.

2 minutos es la cantidad que se necesita para que poder pasarlo por la cara interna, la externa, los molares y la lengua.

Limpieza de hilo dental

Se recomienda también limpiar los espacios interdentes con seda (Fig.2), al menos una vez al día, usando una parte distinta de la seda para cada espacio. Es rara la imposibilidad de introducir la seda entre las piezas dentales. Si esto ocurriera, debe consultarse con el odontólogo o estomatólogo.

Enjuague bucal

Tras pasar el cepillo y la seda, puede ser conveniente un enjuague con un colutorio, especialmente en caso de gingivitis. Los colutorios con clorhexidina parecen poseer una importante actividad antibacteriana.

Tampoco se recomienda abusar del colutorio; es decir, está especialmente indicado para la eliminación de la placa bacteriana y un mantenimiento periódico, pero abusar de él puede ser totalmente contraproducente para la protección del esmalte dental.

Además los colutorios eliminan todas las bacterias de la boca, tanto las dañinas como las beneficiosas que defienden, por lo que deja vulnerable la boca durante cierto tiempo.

Siempre fijarse en que los colutorios no contengan alcohol, ya que se ha demostrado que el abuso de dichos productos incide en una mayor probabilidad de contraer cáncer bucal. Se debe usar de 2 a 3 veces por semana.

Uso de flúor

Actualmente, el uso racional de fluoruros es la medida preventiva más eficaz en el control de la enfermedad de caries dental.

El flúor es el noveno elemento de la tabla periódica y el más electronegativo de todos, por lo tanto, en la naturaleza siempre lo vamos a encontrar combinado con otros elementos. La acción del flúor en las piezas dentarias inhibe su desmineralización y potencian la remineralización, formando fluoruro de calcio.

El 96% del esmalte dentario está formado por la molécula de Hidroxiapatita con un pH crítico de 5,5. La interacción de flúor con esta molécula, promueve la formación de Flúorapatita, con un pH crítico de 4,5 lo que la hace más resistente al ataque ácido.

La sustitución de determinados elementos formadores de los tejidos dentarios por iones flúor, fortalecen las piezas y las defienden de los ácidos producidos por las bacterias presentes en la placa microbiana.

La acción del flúor sistémico se observa cuando los dientes se están formando, estimulando la formación de un esmalte más resistente.

También esta forma de administración tiene un fundamental efecto tópico, ya que la saliva excretada tendrá bajas pero constantes concentraciones de flúor.

Los alimentos ricos en flúor son los peces, el té, el agua, la leche y algunos vegetales, pero sin duda que el Programa de Floración de la Sal en Uruguay es la medida masiva más importante de prevención de caries.

Para distinguir esta sal en las góndolas de los Supermercados y Almacenes, se distribuyen en paquetes de 500grs. de color mayoritariamente verde, y aprovechando también esta llegada a la población, además de la adición de flúor, también tiene yodo (sal yodofluorada) para prevenir situaciones de deficiencia de este elemento que pueden afectar a la glándula tiroides pudiendo generar su aumento de tamaño o bocio.

No se aconseja la ingesta de flúor por más de una fuente ya que puede provocar fluorosis o

hipomineralización del esmalte, aumento de supurosidad y la aparición de manchas blancas y amarronadas, por lo que se investigó por parte de O.S.E. las concentraciones de este elemento en todas las fuentes de abastecimiento de agua del país para no distribuir sal fluorada en estas localidades.

Las mismas son Young, Sarandí Grande, Joaquín Suárez, Guichón, Toledo y Ombúes de la Valle cómo las de mayor población, especificando todas en el interior de las fundas que salen de fábrica.

Gracias a este Programa de Floración de la Sal, prácticamente está fuera de la terapéutica actual el uso de fluoretas o pastillas con altas concentraciones de flúor, salvo pacientes hipertensos que no puedan consumir sal.

Flúor tópico tenemos de autoaplicación y de aplicación profesional. Los primeros van desde cremas dentales con diferentes concentraciones según la edad del paciente para prevenir la intoxicación por ingestión, enjuagatorios dentales diarios con 0,05% y semanales con 0,2% de ión flúor; hilos y cintas dentales con flúor. Los de aplicación profesional son geles fluorados acidulados o no, según el tipo de paciente, barnices fluorados, diamino fluoruro de plata para el tratamiento de lesiones activas en esmalte.

Básicamente el flúor se utiliza para el refuerzo del huésped, endureciendo ese esmalte dentario que es la única parte del diente que se ve en la boca; y también se utiliza por parte del profesional para fomentar la maduración de esas piezas inmediatamente luego de erupcionar y ser visibles en boca, para limpiar impurezas del esmalte que lo hacen más propenso al ataque de los ácidos.

Recordar:

- No consumir más de una medida sistémica de flúor, por lo general sal yodofluorada según localidad.
- Las medidas tópicas se pueden combinar todas las necesarias, cremas dentales, enjuagues, hilos, etc.
- Las piezas recién erupcionadas deben pasar por una Maduración Post Eruptiva, en casos de pacientes poco controlados, fomentada por un profesional.

Enfermedades bucodentales

La información recaudada fue en base a la OMS (2012), en donde se hizo un estudio a Nivel mundial para recaudar las cifras de diferentes enfermedades, cabe mencionar que únicamente se utilizara la información que es de acuerdo a las enfermedades; véase también en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/.

Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries, las afecciones periodontales (de las encías), el cáncer de boca, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas.

Caries dental

En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia.

Enfermedades periodontales

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años).

Dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes enfermedades:

Gingivitis

La placa bacteriana se genera constantemente sobre los dientes en forma de película. Si no se elimina correctamente a diario queda placa, sobre todo entre los dientes y dentro del surco gingival (entre diente y encía). Tras dos o más días de acumulación de placa en estas zonas se produce una inflamación de las encías, llamada gingivitis. Ésta se caracteriza por una encía de color rojo y textura hinchada. Las encías sangran al cepillar los dientes o al usar cepillos interdentes.

La periodontitis

Si no se elimina la placa bacteriana, se acumula y crece entre encía y dientes, en el llamado surco gingival. En la superficie del diente, la placa se endurece y se convierte en cálculo, aumentando la rugosidad, por lo que las bacterias se adhieren con aún más facilidad.

Esto conlleva una inflamación más profunda que afecta a los tejidos de soporte del diente. La gingivitis ha evolucionado a periodontitis. Es un proceso lento, que muchas veces pasa desapercibido y sin dolor alguno. En el peor de los casos, el diente empieza a tener movilidad, y puede llegar a caerse.

La caries y las enfermedades periodontales

Son las principales causantes de la pérdida de dientes. La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores.

ISSN-2523-0352
ECORFAN® Todos los derechos reservados

Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

Cáncer de boca

La incidencia del cáncer de boca oscila en la mayoría de los países entre 1 y 10 casos por cada 100 000 habitantes. Su prevalencia es relativamente mayor en los hombres, las personas mayores y las personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos. El tabaco y el alcohol son dos factores causales importantes.

Aliméntenos que ocasionan enfermedades bucodentales

Cariogénicos: es decir que favorecen la aparición de caries y otras enfermedades dentales. Entre ellos merecen una mención especial las golosinas y los dulces por su elevado contenido en azúcares, que se transforman en ácidos y desmineralizan el esmalte; que inducen la erosión de los dientes;; los hidratos de carbono complejos, como las patatas fritas, el pan o la pasta; o el café.

Producen la erosión de los dientes: en este epígrafe se incluyen los alimentos ácidos; las bebidas carbonatadas y azucaradas; las frutas ácidas como la naranja, el limón y el pomelo; el vino; o los alimentos que contienen almidón. También hay que sumar determinados medicamentos que contienen sustancias ácidas. Porque producen la tinción de los dientes: el café, los té rojo y negro, el vino, zumos de frutas de color oscuro, algunas salsas (soja, vinagre de Módena, curry, etc.), vegetales como la remolacha, etc.

Metodología de Investigación

Metología cuantitativa

Tipo de Investigación

Se realizó una investigación descriptiva, explorativa, transversal y cuasiexperimental.

Método

Sujetos

La muestra fue obtenida por el método no probabilístico de cuotas, para un total de 100 casos.

BECERRIL-VEGA, María Guadalupe, SALCEDA-FLORES, Samuel Arcangel, GONZALEZ-RODRIGUEZ, Mitzy Yadira, GALVAN-GUITIERREZ, Leslie Paola, COTARDO-VELAZQUEZ, Yussei Ailin y HERNÁNDEZ-CRUZ María Guadalupe. Hábitos de higiene buco-dental de los estudiantes de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez: Estudio descriptivo. Revista de Técnicas de Enfermería y Salud. 2018

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Sin importar edad
- No importa la carrera
- No importa el cuatrimestre

Criterios de exclusión:

- Que no sean univertarios
- No tener conocimiento del tema
- No tener interes

Aparatos y materiales

Materiales de papelería

Computadora

Software SPSS (Statistical Package for Social Science) para Windows V.24 en español

Instrumentos

Un cuestionario elaborado con 23 preguntas construido, diseñado expreso para la investigación

VARIABLES

Higiene Bucodental implica las siguientes dimensiones:

Habitos de higiene bucodental.- los hábitos de higiene bucodental se componen de 4 (cepillado dental, uso de hilodental, enjuague bucal y visitas periódicas al odontólogo).

Universitarios de la UTFV.- Se constituye de únicamente alumnos estudiantes de la universidad sin importar la academia ni el cuatrimestre.

Procedimiento

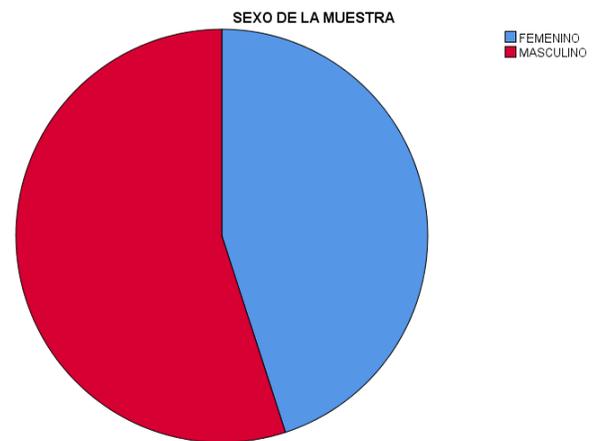
Se diseñó la encuesta, fotocopiando las necesarias para la cobertura de la muestra.

Se aplicó la encuesta en los salones de las divisiones académicas de la UTFV

Los datos recabados se analizaron a través de la construcción de una base de datos de SPSS para el análisis estadístico.

Resultados**Datos demográficos**

La muestra estuvo constituida por 100 alumnos de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez, el 55% fueron hombres y el 45% mujeres (Fig. 16), con una media de edad de $\bar{x}=17.23$ años con desviación estándar $\sigma=3.23$.



Gráficos 1 Sexo de los universitarios encuestados



Gráfico 2 Muestra el estado civil en el cual se encuentra la población, coincidiendo que la población indica que es más del 90% de la población que muestra un estatus de soltero mientras que menos del 10% de la población está casado

Hábitos de higiene bucodental

El 63% de la muestra conoce la técnica de cepillado de dientes mientras que el 37% no lo sabe. De una muestra de 100 alumnos el 36% se lava los dientes de una a dos veces al día, de dos a tres veces al día el 56%, y el 8% después de consumir alimentos, mientras que el 25% dedican de uno a dos minutos en su cepillado de dientes, de dos a tres minutos el 44%, y más de tres minutos el 31%.

La población demostró que un tanto 64% cambia su cepillo bucal cada tres meses, el 27% cada seis meses, y el 2% cada año mientras que el 7% cada que se ve gastado, el 40% de la población utiliza enjuague bucal mientras el otro 60% no usa enjuague bucal, el 35% de la muestra utiliza hilo dental mientras el 65% no utiliza hilo dental en su rutina de higiene bucodental, Un 6% de la población usa hilo dental dos veces a la semana, el 9% de tres a cuatro veces a la semana mientras que el 4% de cinco a siete veces y el 61% no utiliza hilo dental, El 9% considera que su higiene bucodental es muy buena, el 57% buena, el 34% regular y el 0% mala, un 70% conoce los problemas de una mala higiene mientras que el 29% no los conoce, la razón más predominante para tener una buena salud bucodental es la de salud con un 92% y la menos predominante es la de aceptación social y éxito académico con 15%.

Estética bucodental

El 46% usa productos para el blanqueamiento de sus dientes con más prevaecía que el producto casero con él 89%, La población usa en su mayoría con un 95% utiliza la pasta de dientes comercial (Colgate), mientras que el 3% utiliza oralB y el 2% utiliza otro tipo de pasta, El 10% considera que el blanco de sus dientes es muy bueno, el 36% bueno, el 48% regular, mientras que el 3% malo, La alineación de los dientes de la mayoría de la muestra piensa que es muy buena con un porcentaje del 7%, el 42% buena, EL 46% regular, el 3% mala, el 2% muy mala.

Atención odontológica

Se tomaron de base las preguntas de acuerdo a la atención odontológica que practican los alumnos de la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez.

La población muestra que un 24% visita al odontólogo cada tres meses, el 27% cada seis meses y el 49% cada año.

El 66% acude al dentista por problemas de caries el 34% no ha acudido por problemas de caries.

El 53% considera que el no tener dinero afecta el acudir al odontólogo mientras que el 47% no lo ve como un factor que lo determine.

El 69% acude al odontólogo partículas mientras que el 30% acude a un servicio público.

La población gasta un promedio entre \$297 y \$1000 cada que visita el odontólogo.

La muestra de la población dice que gasta entre \$1059 y \$5000 en su salud bucodental al año.

Enfermedades relacionadas con una mala higiene bucodental

La tabla 1 muestra las enfermedades bucodentales que presentan los estudiantes de la UTFV de la muestra encuestada.

Enfermedad	Cantidad de población en %
Caries dental	43%
Gingivitis	10%
Cáncer de boca	1%
Halitosis	5%
Sarro	10%
Perionoditis	2%

Tabla 1 Porcentaje de presentación de las enfermedades bucodentales en la muestra de alumnos de la UTFV.t

Los productos que consumen la muestra de la población que llegan a afectar su salud bucodental son los siguientes se muestra el porcentaje de frecuencia de consumo: Tabaco 38%, Café 60%, Dulces 75%, Alcohol 28%

Análisis de resultados

La buena higiene bucodental debe establecer la adopción de 4 hábitos: cepillado de dientes, uso de hilo dental, enjuague bucal y la visita periódica al odontólogo (OMS, 2011). Pero en porcentaje menor a la mitad de la población incluye en sus hábitos de higiene bucodental los 4 hábitos.

También es importante la ingesta de determinados alimentos especialmente aquellos que tienen un alto potencial cardiogénico sobretodo los azucares; sin embargo el 60% de la población consume café, el 75% consume dulces siendo uno de los principales alimentos que dañan la salud bucodental.

El correcto cepillado de dientes es un factor de suma importancia en la población pero la población lava sus dientes en promedio \bar{x} = 1.6 veces por día menor a lo recomendado.

Conclusiones

En base a los resultados de la investigación se encontró con el 63% de la muestra conoce la técnica de cepillado, el 56% cepilla sus dientes de dos a tres veces por día, pero aun así el 43% de la población sufre la principal enfermedad bucodental que es caries y visitar al odontólogo cada año es más común con un porcentaje del 49%, en donde se nota que la mayoría de la población está en riesgo de padecer más enfermedades por falta de atención odontológica y creen con 99% que la alineación bucodental es por salud.

Referencias

Bordoni, N., Squassi, A., & Bellagamba, H. *Evaluación de la práctica social en la atención de salud bucal* (pp. 12-24).

Bouchet, A., & Cuilleret, J. (1996). *Anatomía descriptiva, topográfica y funcional* (pp. 60-120). Buenos Aires: Panamericana.

Carlos Villafranca, F. (2011). *Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental* (pp. 22-35). Alcalá de Guadaíra, Sevilla: MAD.

Cenaprece.salud.programassaludbucalpdfmanualcontenidoseducativos.pdf

Cobo Plana, J., García Fernández, J., & Carlos Villafranca, F. (2006). *Fisiología y anatomía bucodental para auxiliares de odontología*. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: Editorial Mad.

Técnicas de cepillado dental
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/>.

Quiroz Gutiérrez, F. (2013). *Tratado de anatomía humana* (3rd ed., pp. 33-113). México, D.F.: Porrúa.

Sala, Emili (1999). *odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. barcelona: measson. 84-458-0818-4.

Sociedad Española de periodoncia y osteointegración S. Manuel de higiene bucal editorial medica panamericana.

Tyldesley, W. (1989). *Oral medicine* (pp. 12-33). Oxford: Oxford University Press.