

REVISTA CIENTÍFICA DE ODONTOLOGÍA **UNITEPC**

VOL. 1 N° 2
2022



INDICE

Bioética en Odontología.....	1
Tratamiento quirúrgico de incisivo central superior incluido, dilacerado horizontal.....	7-13
Nivel de ruido generado en el ejercicio de la practica odontológica.....	14-19
Onicofagia en la población adolescente: Riesgo de problemas bucales.....	20-26
Higiene bucodental base de prevención odontológica.....	27-31

INFORMACIÓN BÁSICA

La Revista Científica de Odontología UNITEPC, es la revista pionera en el área de odontología de la región, con disponibilidad de publicaciones periódicas que denota alta calidad, la cual está al alcance de pregrado, posgrado. Actualmente se publica con periodicidad semestral, medio Online.

Patrocinadores y financiamiento

La publicación de la revista es patrocinada y financiada exclusivamente por: la Universidad Técnica Privada Cosmos UNITEPC.

Indexación

Motores de búsqueda

GOOGLE ACADÉMICO

DOI

Cada artículo publicado en la revista posee el identificador internacional DOI, lo cual aporta a una mayor visualización.

DIRECTOR GENERAL DE LA EDITORIAL FAMILIA DE REVISTAS UNTEPC

Dr. Luis Fernando Rojas Terrazas - Director Editor

EDITOR EN JEFE– REVISTA CIENTÍFICA DE ODONTOLOGÍA UNITEPC

Dra. Violeta Véliz Vaca

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN-CARRERA DE ODONTOLOGÍA UNITEPC

Dra. Wara Isabel Véliz Vaca

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Maria Lorena Orellana Aguilar

Dra. Teresa Paola Canchari Pereira

Dra. Andrea Maria jose Rojas Claros

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Ramiro Angulo T.

Lic. Mario Cáceres Conde

Dra. Ruth Magne López

COMITÉ REVISOR

Dr. Frank Mario Vargas

Dr. Alejandro Ríos

Dr. Jorge Miranda

Dra. Pamela Escobar

Dr. Claudia Bernal Bohorquez

Instrucciones a los autores

Los trabajos científicos a ser publicados serán únicos y originales, excluyéndose su publicación en caso de comprobarse que ha sido publicado en otra revista.

Forma y requisitos para la publicación de artículos científicos

La Revista Científica de Odontología UNITEPC, con la finalidad de fortalecer la investigación Científica y Tecnológica, aceptará para su publicación artículos que respondan a los criterios de pertinencia social, relevancia, originalidad y novedad de la producción.

Tipos de manuscritos aceptados

Todos los artículos tienen un promedio de palabras desde la Introducción y abarca hasta el fin de la Discusión (se excluyen para el recuento: la página de Título, Resumen, Agradecimientos, Referencias, Tablas, Figuras, la Declaración de autoría y Declaración de conflicto de interés). Las unidades de medida en cualquier sección se expresarán en sistema internacional (SI).

Declaración de autoría

Manifestamos la originalidad del trabajo de investigación, cuya interpretación de datos, elaboración y presentación de conclusiones se refleja en dicho documento.

De igual forma, dejando claro ante todo que se estableció que aquellos aportes intelectuales de otros autores, se han referenciado debidamente con los formatos correspondientes en el texto de dicho trabajo.

Certificación de la contribución al contenido intelectual de este escrito, al origen y análisis de sus datos, por lo cual nos hacemos públicamente responsables del mismo.

Ética

Cuando se trate de estudios experimentales en seres humanos, indique si se siguieron las normas, formulario de consentimiento informado del paciente.

La Revista utiliza detectores de plagio para garantizar la originalidad del manuscrito.

Declaración de Conflicto de Interés

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional. En este sentido, es necesario haber leído y comprendido el código de declaración de conflicto de intereses. Esta declaración hace recuento de los vínculos y posibles intereses directos e indirectos durante los últimos dos años:

Estructura de un artículo científico original

Para artículos Originales. No debe exceder de 3500 palabras excluyendo los gráficos y las Referencias.

El texto se divide en: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión, y Referencias Bibliográficas. IMRYD. En los artículos de revisión y casos clínicos no necesariamente son estructurados.

- **Título:** El título deberá describir su contenido de forma clara y precisa, que le permita al lector identificar el tema fácilmente y al bibliotecario catalogar y clasificar el material con exactitud. El título del artículo, debe ser conciso pero informativo y redactado en español, inglés y portugués.
- **Resumen y Palabras Clave:** La segunda página incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras en el caso de resúmenes no estructurados ni de las 250 en los es-

tructurados). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados, y las principales conclusiones. Se hará hincapié en aquellos aspectos del estudio o de las observaciones que resulten más novedosos o de mayor importancia.

- **Introducción:** Se indicará el propósito del artículo y se realizará de manera resumida una justificación del estudio. En esta sección del artículo, únicamente, se incluirán las referencias bibliográficas estrictamente necesarias y no se incluirán datos o conclusiones del trabajo.
- **Métodos:** Describa con claridad la forma como fueron seleccionados los sujetos sometidos a observación o participantes en los experimentos (pacientes también los controles). Indique la edad, sexo y otras características destacadas de los sujetos, cuando se incluyan en un estudio debería justificarse su utilización. Lugar donde se ejecutó la Investigación, tiempo de duración, detalles del método utilizado.
- **Resultados:** Presente los resultados en el texto, tablas y gráficos siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de las tablas o ilustraciones; destaque o resuma tan solo las observaciones más importantes.
- **Discusión:** Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos y relevantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Explique en el apartado de discusión el significado de los resultados, las limitaciones del estudio, así como, sus implicaciones en futuras investigaciones. Se compararán las observaciones realizadas con las de otros estudios pertinentes.
- **Agradecimientos:** Incluya la relación de todas aquellas personas que han colaborado, pero que no cumplan los criterios de autoría, tales como, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito o apoyo general prestado por el jefe del departamento. También se incluirá en los agradecimientos el apoyo financiero y los materiales recibidos.
- **Referencias bibliográficas:** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. En las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo la secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura en concreto. Se utilizará el sistema Vancouver. Para ciencias de la salud. Exigimos un mínimo de 10 y regular 50 máximos referencias, de las cuales, se recomienda que la mayor parte sea de artículos de revista ("journals") nacional o internacionales que no deben tener una fecha de publicación mayor de diez años previos a la utilización por el autor. No deberán citarse artículos que no hayan sido revisados en su totalidad (como resúmenes o "abstracts"), ni tampoco información de dudosa procedencia o credibilidad.
- **Tablas:** Cada tabla debe encontrarse a doble espacio. No presente las tablas en forma de fotografías. Numere las tablas consecutivamente en el orden de su primera citación en el texto y asigne un breve título a cada una de ellas. En cada columna figurará un breve encabezamiento. Las explicaciones precisas se podrán en notas a pie de página, no en la cabecera de la tabla. Asegúrese de que cada tabla se halle citada en el texto.
- **Ilustraciones (Figuras):** Envíe el número de figuras solicitado por la revista. Las figuras estarán dibujadas y fotografiadas de modo profesional; no se aceptará la rotulación a mano o mecanografiada. En vez de dibujos, radiografías y otros materiales gráficos originales, envíe positivos fotográficos en blanco y negro, bien contrastados, en papel satinado. Las letras, números y símbolos serán claros y uniformes en todas las ilustraciones; tendrán, además, un tamaño suficiente para que sigan siendo legibles tras la reducción necesaria para su publicación. Los títulos y las explicaciones detalladas se incluirán en las

leyendas de las ilustraciones y no en las mismas ilustraciones.

- **Abreviaturas y símbolos:** Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, esta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

Artículo de revisión

Para artículos de revisión no debe exceder de 3500 palabras excluyendo los gráficos y las Referencias bibliográficas.

- Las revisiones bibliográficas tienen una estructura más sencilla que los trabajos empíricos o teóricos que analizan, sin embargo, es necesario tener en cuenta dicha estructura para que el trabajo sea comprensible. Un modelo de estructura es el siguiente:
- **Introducción:** La cual debe incluir: Presentación del tema, antecedentes de la temática, en términos de revisiones ya existentes, justificación de su relevancia.
- **Objetivo del trabajo:** Desarrollo del tema: Definición, etiología, patogenia, epidemiología, diagnóstico, tratamiento o técnica quirúrgica, complicaciones y pronóstico.
- **Discusión.**
- **Conclusiones.**
- **Referencias bibliográficas**

Artículo caso clínico

Para artículos casos clínicos de la Revista Científica de Odontología UNITEPC. No debe exceder de 1500 palabras excluyendo los gráficos y las Referencias bibliográficas.

El estudio del caso clínico se complementa con el uso de procedimientos de diagnóstico nuevos, más precisos o de mayor sensibilidad, que los referidos previamente en la literatura médica.

- **Introducción:** Superflua representación de la complejidad del caso clínico debido a su innovación clínica tanto en frecuencia, complejidad diagnóstica, terapéutica, etc.
- **Descripción:** Representación del caso clínico con imágenes que apoyen su estudio o tratamiento.
- **Discusión:** Oportuno al manejo del paciente, en cuanto a diagnóstico y alternativas de administración farmacológica, etc.

Dirección de envío de manuscritos

El Original deberá ser enviado al correo electrónico:

Irojas_investigacion@unitepc.edu.com

morellana_med@unitepc.edu.com

Oficina de la Dirección de Investigación Científica y Tecnológica, está ubicada en la Av. Blanco Galindo km. 7 ½ Florida Norte Tel. 4374740 Celular 72280461.

Formato envió de artículos

Los artículos serán enviados en Word tipo de letra Arial, 12 puntos, 1.15 espacios entre líneas.

Los márgenes tendrán un espacio de 2.54 en todos sus lados.

Cada página se numera en la esquina inferior derecha.

NOTA EDITORIAL**Bioética en Odontología**

La bioética forma parte de la formación integral de los investigadores; a través de sus cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, representa un eje estratégico para la elaboración de investigaciones serias con compromiso de cambio en el desarrollo científico de la sociedad. Sin duda, este aspecto contemplado desde la formación de pregrado constituye en una gran responsabilidad por parte de las instituciones de educación superior para desarrollar un espacio valioso e ideal para el perfeccionamiento de los valores, en el futuro ejercicio profesional e investigativo en el marco de la bioética.

Es imperativa la necesidad de normativas concretas, estrategias para conformar comités de bioética nacional y departamental específicas del área odontológica, totalmente funcionales, competentes, con carácter normativo o consultivo en normas y valores de atención estomatológica, que guíen y medien procesos de investigación relevantes, coherentes, velando por la integridad, seguridad e independencia de cada participante, considerándolo no solo como objeto de estudio sino como un ser íntegro con autonomía y autodeterminación.



Dra. Wara Isabel Veliz Vaca
Editora invitada

Tratamiento quirúrgico de incisivo central superior incluido, dilacerado horizontal 

Surgical treatment of upper central incisor included, dilacerated, horizontal

Tratamiento cirúrgico de incisivo central superior incluido, dilacerado, horizontal

  Jorge Israel Miranda Espinoza

Resumen

Introducción: La exodoncia de un diente incluido, se decide cuando su recolocación es imposible o el factor económico impide al paciente realizar un tratamiento ortodóntico, para una mejor respuesta posoperatoria se emplean los concentrados plaquetarios. El plasma rico en plaqueta, es un concentrado sanguíneo de uso odontológico en regeneración de tejidos, el presente trabajo describe el tratamiento quirúrgico de un incisivo central superior retenido, dilacerado, horizontal. **Caso clínico:** Paciente adulto femenino acude a consulta, sin ningún tipo de sintomatología, a la exploración intraoral se denota la ausencia de una pieza dental. La radiografía panorámica y tomografía confirma la inclusión y localización en sector anterior del maxilar, se hizo el centrifugado de la sangre y se procedió con la cirugía respetando el protocolo establecido y los tiempos operatorios, una vez extraída, se insertó el plasma rico en plaquetas y se hizo la sutura. Se dieron las recomendaciones posoperatorias, se programaron los controles, se observó que existe un mejor resultado posoperatorio en tejido óseo y gingival. **Discusión:** Los factores causales son: posición irregular o presión adyacente, presencia de quistes o supernumerarios, densidad del hueso o fibromucosa gruesa, extracción prematura, falta de espacio en la arcada dentaria, anomalías de tamaño y forma. Los efectos obtenidos son similares a los indicados por varios estudios donde mencionan: encía delgada, sin inflamación, de color rosado y sin sangramiento, aceleración del proceso de reparación ósea.

Palabras Clave: Incisivo, Cirugía Bucal, Plasma Rico en Plaquetas, Encía.

Abstract

Introduction: The extraction of an included tooth is decided when its repositioning is impossible or the economic factor prevents the patient from undergoing orthodontic treatment. Platelet concentrates are used for a better postoperative response. Platelet-rich plasma is a blood concentrate for dental use in tissue regeneration. This paper describes the surgical treatment of a retained, dilacerated, horizontal upper central incisor. **Clinical case:** An adult female patient comes to the consultation, without

Correspondencia a:

Centro de investigación de Odontología – UNITEPC. Cochabamba – Bolivia.

Email de contacto:

mirandaespinozajorgeisrael@gmail.com

Procedencia y arbitraje:

No comisionado, sometido a arbitraje externo

Recibido para publicación: 25 de agosto del 2022

Aceptado para publicación: 30 de octubre del 2022

Citar como:

Miranda Espinoza JI. Tratamiento quirúrgico de incisivo central superior incluido, dilacerado horizontal. Recio UNITEPC. 2022;1(2):7-13.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

any type of symptomatology, the intraoral examination shows the absence of a dental piece. The panoramic x-ray and tomography confirm the inclusion and location in the anterior sector of the maxilla, the blood was centrifuged, and the surgery proceeded respecting the established protocol and the operating times, once extracted, the platelet-rich plasma was inserted and the suture was made. Postoperative recommendations were given, controls were scheduled, it was observed that there is a better postoperative result in bone and gingival tissue. **Discussion:** The causal factors are: irregular position or adjacent pressure, presence of cysts or supernumeraries, bone density or thick fibromucosa, premature extraction, lack of space in the dental arch, size and shape anomalies. The effects obtained are similar to those indicated by several studies where they mention: thin gums, without inflammation, pink and without bleeding, acceleration of the bone repair process.

Keywords: Incisor, Surgery Oral, Platelet-Rich Plasma, Gingiva.

Resumo

Introdução: A extração de um dente incluso é decidida quando seu reposicionamento é impossível ou o fator econômico impede o paciente de se submeter ao tratamento ortodôntico, utilizados concentrados de plaquetas para uma melhor resposta pós-operatória. O plasma rico em plaquetas é um concentrado de sangue para uso odontológico na regeneração tecidual. Este artigo descreve o tratamento cirúrgico de um incisivo central superior retido, dilacerado e horizontal. **Caso clínico:** Apresenta-se à consulta uma paciente adulta do sexo feminino, sem qualquer tipo de sintomatologia, o exame intraoral revela ausência de peça dentária. A radiografia panorâmica e a tomografia confirmam a inclusão e localização no setor anterior da maxila, o sangue foi centrifugado e a cirurgia procedeu respeitando o protocolo estabelecido e os tempos operatórios, uma vez extraído, o plasma rico em plaquetas foi inserido e a sutura foi feita. Foram dadas recomendações pós-operatórias, controles agendados, observou-se que há um melhor resultado pós-operatório no tecido ósseo e gengival. **Discussão:** Os fatores causais são: posição irregular ou pressão adjacente, presença de cistos ou supranumerários, densidade óssea ou fibromucosa espessa, extração prematura, falta de espaço na arcada dentária, anomalias de tamanho e forma. Os efeitos obtidos são semelhantes aos indicados por vários estudos onde se mencionam: gengivas finas, sem inflamação, de cor rosa e sem sangramento, aceleração do processo de reparação óssea.

Palavras-chave: Incisivo, Cirurgia Buca, Plasma Rico em Plaquetas, Gengiva.

Introducción

Inclusión engloba los términos de impactación y retención, es una anomalía de posición que impide la erupción normal de un diente, el cual permanece rodeado por el saco pericoronario y lecho óseo intacto, puede ser: 1. Ectópica; cuando este se halla incluido en una situación anormal pero cerca de su lugar habitual. 2. Heterotópica; en una ubicación alejada de su localización frecuente (1,2).

Su existencia puede pasar inadvertida durante muchos años y ser un hallazgo casual en una exploración radiológica de característica asintomática, lo que se denomina una inclusión muda. La incidencia en la población es, aproximadamente, del 0,1 – 0,5 %. Es más frecuente en piezas anteriores del maxilar superior y afecta sobre todo a los incisivos centrales (3).

La extracción dentaria de la pieza incluida, se decide cuando su recolocación es imposible o el factor económico impida al paciente realizar un tratamiento ortodóntico, para una mejor respuesta posoperatoria se emplean los concentrados plaquetarios, se utilizan desde finales de la década del 40. El plasma rico en plaquetas (PRP), conocido por las siglas PRP, fue el primer concentrado sanguíneo en popularizarse para uso odontológico en regeneración de tejidos, propuesto por Marx en el año 1998 (4).

El coágulo de PRF contiene un 97 % de plaquetas (así como linfocitos), dando lugar a una matriz fuerte de fibrina con una distribución tridimensional específica capaz de liberar factores de crecimiento y proteínas implicadas en la curación de heridas durante más de 7 días *in vitro*, promoviendo la proliferación y diferenciación celular (5).

El PRF empleado como material de relleno en el alveolo dentario, posterior a una extracción, es una técnica simple y económica, no necesita manipulación bioquímica de la sangre, su rendimiento es óptimo, tiene acción hemostática, reduce la inflamación y el dolor posoperatorio, presenta mejores resultados que aceleran la cicatrización y la regeneración ósea, demostrando la formación de hueso tras 6 semanas sin signos de reabsorción (5). El presente caso clínico describe el tratamiento quirúrgico de un incisivo central superior incluido, dilacerado, horizontal, con el uso de plasma rico en plaquetas.

Caso clínico

Paciente adulto femenino acude a consulta, sin ningún tipo de sintomatología, a la exploración intraoral se denota la ausencia del incisivo central superior, pieza número 21, ocupando su posición la pieza número 22, como se observa en la fotografía 1.

Fotografía 1 vista frontal fotografía intraoral



Fuente: elaboración propia

Una radiografía panorámica permite descubrir en muchas ocasiones dientes incluidos e impactados, incluso en posiciones poco habituales, con la misma se confirmó la existencia de la inclusión y su localización, sirviéndonos además de guía sobre la actitud terapéutica a seguir. Se observa el incisivo central superior incluido. Ver fotografía 2.

Se solicita al paciente una tomografía del sector para obtener una mejor valoración

como se observa en la fotografía 3.

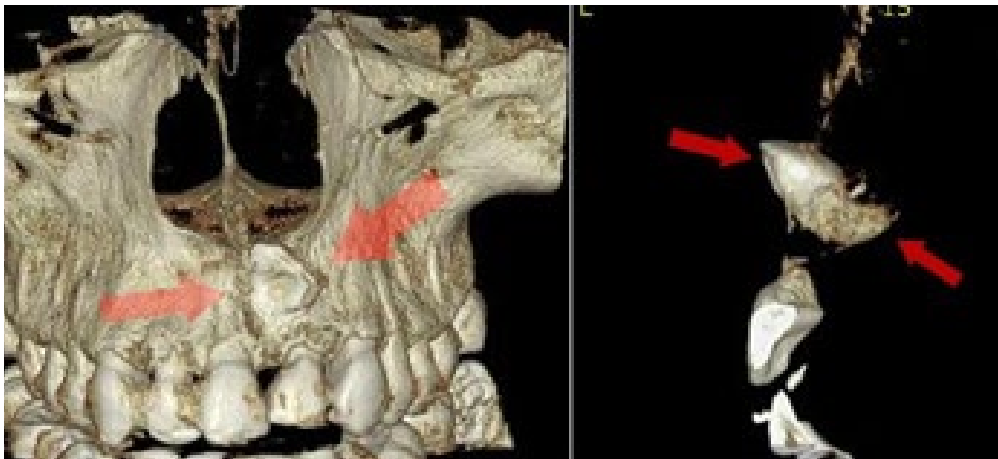
Para obtener el PRP se extrajo sangre venosa periférica del paciente, la cual se descargó en tubos para centrifugado estériles sin anticoagulantes, como se ve en la fotografía 4. Una vez cargado, se insertó en la centrifuga de manera estable para evitar que se desequilibre, evitando la afectación de la preparación y el correcto funcionamiento del dispositivo. La centrifugación se realizó a 2700 rpm durante 12 minutos (S-PRF). Obteniendo tres capas, de arriba a abajo: plasma a celular; fibrina-plaquetas-leucocitos; glóbulos rojos.

Fotografía 2: Radiografía panorámica del sector antero superior vista frontal



Fuente: Elaboración propia

Fotografía 3: Tomografía del sector antero superior vista frontal



Fuente: Elaboración propia

El protocolo quirúrgico para la exodoncia del incisivo central superior incluido fue realizado de la siguiente manera: Asepsia y antisepsia extraoral e intraoral; Anestesia de los nervios infraorbitarios, nasopalatino y palatino anterior del lado correspondiente; Incisión de Neumann total con bisturí N.º 15; levantamiento del colgajo con un periostótomo hasta conseguir visualizar la cortical externa y obtener la extensión necesaria; Osteotomía: con fresa redonda de tungsteno, desgastando el hueso que cubre la porción coronaria con irrigación constante de suero fisiológico para evitar la necrosis ósea; Extracción (odontosección). Se procedió la sección, a la altura del

cuello dentario, por medio de un fresón de fisura, una vez extraída la corona, se luxó la raíz hacia la cavidad libre creada; se hizo un legrado del saco peri coronario y una regularización de los bordes óseos, se aplicó el plasma rico en plaquetas, y se comprobó la hemostasia, se suturó con seda 000 y aguja atraumática mediante puntos simples. Ver fotografías 5,6 y 7. Se dieron las recomendaciones posoperatorias, se programaron los controles, se observó que existe un mejor resultado posoperatorio en tejido óseo y gingival.

Fotografía 4: Extracción de la sangre y posterior colocación en la centrifugadora



Fuente: Elaboración propia

Fotografía 5: extracción del diente incluido



Fuente: Elaboración propia

Fotografía 6: Aplicación del plasma rico en plaqueta



Fuente: Elaboración propia

Fotografía 7: Sutura Hilo Nylon 4-0.



Fuente: Elaboración propia

Discusión

Fernando Solé Besoain y Francisco Muñoz Thomson, refieren que los factores causales de la inclusión son: posición irregular o presión de un diente adyacente, presencia de quistes o supernumerarios, densidad del hueso o fibromucosa gruesa, extracción prematura una pieza caduca, falta de espacio en la arcada dentaria, anomalías de tamaño y forma dental (6).

En cuanto al tratamiento de un diente incluido, este va a obedecer a una variedad de factores, tales como la posición con respecto a los dientes vecinos, su angulación, la distancia que debe recorrer y la posible presencia de anquilosis. Carlos Navarro Vila nos indica las siguientes posibilidades de manejo de las inclusiones dentarias: Abstención, extracción y colocación en la arcada dentaria (7).

Malavé (2018) refiere en los resultados posoperatorios de su estudio: ausencia de inflamación, encía delgada, de color rosado y sin sangramiento, aceleración del proceso de regeneración ósea (8).

Según Guzmán (2017), el proceso de reparación se lleva a cabo gracias a los factores de crecimiento que se encuentran en la fibrina rica en plaquetas. Se demostró que la cicatrización de los tejidos blando y óseo mejora con el uso de PRF. Analizado por el grupo de edad, el de 20 a 23 años, registro superior recuperación en regeneración ósea comparado con el de 16 y 19 que presento el mejor resultado en curación del tejido epitelial (9).

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés

Referencia bibliográfica

1. Donado Rodríguez M, Martínez-González J. Cirugía Bucal Patología y Técnica. 4.a ed. España: Masson; 2014.
2. Aguado Santos A, Arteagoitia Calvo I, Baca Pérez-Bryan R. Atlas de cirugía oral. 1.a ed. España: Instituto Lacer de Salud Buco-Dental; 2001.
3. Chiapasco M. Tácticas y Técnicas en Cirugía Oral [Internet]. 3.a ed. Italia: Amolca; 2015 [citado 30 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/product/439699/tacticas-y-tecnicas-en-cirurgia-oral-%E2%80%93-tercera-edicion---chiapasco>

4. Marcos Pérez J. Manual básico de preparación. y aplicación de PRF a la Implantología Oral. [Internet]. 1.a ed. Colombia; 2006 [citado 30 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/222642045-Manual-basico-de-preparacion-y-aplicacion-de-prf-a-la-implantologia-oral-jorge-marcos-perez.html>
5. Salgado-Peralvo ÁO, Salgado-García Á, Arriba-Fuente L,. Nuevas tendencias en regeneración tisular: fibrina rica en plaquetas y leucocitos. Rev Esp Cir Oral Maxilofac [Internet]. junio de 2017 [citado 30 de septiembre de 2022];39(2):91-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-05582017000200091&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Solé Besoain F, Muñoz Thomson F. Cirugía Bucal para Pregrado y el Odontólogo General [Internet]. 1.a ed. Santiago de Chile: Amolca; 2012 [citado 30 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://amolca.com.bo/libro/cirugia-bucal-para-pregrado-y-el-odontologo-general>
7. Navarro Vila C, Salgado García A. Cirugía Oral. 1.a ed. Madrid España: Aram; 2012.
8. Malavé LEM, Vizcaíno MA de, Bernandoni C, Jimeno M, Armas Y. Aplicación po-sexodoncia de plasma rico en plaquetas en pacientes fumadores con periodontitis crónica. Rev Eugenio Espejo [Internet]. 31 de diciembre de 2018 [citado 30 de septiembre de 2022];12(2):33-41. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/80>
9. Guzmán Castillo GF, Paltas Miranda ME, Benenaula Bojorque JA, Núñez Barragán KI, Simbaña García DV, Guzmán Castillo GF, et al. Cicatrización de tejido óseo y gingival en cirugías de terceros molares inferiores. Estudio comparativo entre el uso de fibrina rica en plaquetas versus cicatrización fisiológica. Rev Odontológica Mex [Internet]. junio de 2017 [citado 30 de septiembre de 2022];21(2):114-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-199X2017000200114&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Nivel de ruido generado en el ejercicio de la practica odontológica

Noise level generated in the exercise of dental practice



Nível de ruído gerado no exercício da prática odontológica



Violeta Veliz Vaca ¹



Ariel Alejandro Villca Lacunza ²



Wilson Daniel Zelaya Sanabria ²

Resumen

Introducción: El presente trabajo tiene por objetivo, diagnosticar el nivel de ruido generado en la práctica estomatológica a través de la evaluación de los niveles de presión sonora, para plantear soluciones técnicas y organizativas. **Metodología:** Estudio de diseño descriptivo cuantitativo, de corte transversal, realizado al interior de la clínica odontológica y en exterior de sala de compresoras de aire, de la carrera de Odontología, en una Institución de Educación Superior, ubicada en el Municipio de Cercado — Cochabamba; las medidas se realizaron según la siguiente distribución; Interiores: Planta alta y baja, 11 puntos de medición y en Exteriores 5 PM. Se empleó un equipo técnico sonómetro Digitech QM 1592, con calibración por Pistofono Digitech y ponderación temporal Fast y frecuencia A. El proceso se realizó con base en la norma boliviana NB62006. La graduación del campo fue hecha antes y después de las mediciones. **Resultados:** los valores obtenidos exceden el límite diurno permitido por la ley 1333 y las recomendaciones dadas por las curvas Noise Criteria **Discusión:** Trabajos similares concuerdan y determinan resultados que sobrepasan la normativa durante la atención dental académica diaria, las acciones frente a este problema deben estar encaminadas hacia la prevención de la pérdida auditiva inducida por ruidos. **Conclusiones:** Se debe hacer estudios más específicos e implementar aislamiento acústico en el ambiente de compresores y un acondicionamiento en primer y segundo piso, además de promover y regular el uso de protectores auditivos en estudiantes, docentes y personal administrativo.

Palabras clave: Ruido, Trastornos de la Audición, Audición, Consultorios Odontológicos, Personal de Odontología.

Abstract

Introduction: The objective of this work is to diagnose the level of noise generated in dental practice through the evaluation of sound pressure levels, to propose technical and organizational solutions. **Methodology:** Descriptive, quantitative, cross-sectional design study, carried out inside the dental clinic and outside

Correspondencia a:

¹ Centro de investigación de salud publica UNITEPC “CISPU”. Cochabamba - Bolivia.

² Centro de investigación de Odontología – UNITEPC. Cochabamba – Bolivia.

Email de contacto:

vveliz_dodt@unitepc.edu.bo

avilles29@gmail.com

wdanielzelayasanabria@gmail.com

Procedencia y arbitraje:

No comisionado, sometido a arbitraje externo

Recibido para publicación:
16 de septiembre del 2022

Aceptado para publicación:
26 de octubre del 2022

Citar como:

AVéliz Vaca V, Villca Lacunza AA, Zelaya Sanabria WD. Nivel de ruido generado en el ejercicio de la practica odontológica. Recio UNITEPC. 2022;1(2):14-19.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

the air compressor room, of the Dentistry career, in a Higher Education Institution, located in the Municipality of Cercado — Cochabamba; the measurements were carried out according to the following distribution; Interiors: Upper and lower floors, 11 measurement points and Exteriors 5 PM. A Digitech QM 1592 sound level meter technical equipment was used, with calibration by Digitech Pistophone and Fast time weighting and A frequency. The process was carried out based on the Bolivian standard NB62006. Field grading was done before and after the measurements. **Results:** the values obtained exceed the daytime limit allowed by law 1333 and the recommendations given by the Noise Criteria curves **Discussion:** Similar works agree and determine results that exceed the regulations during daily academic dental care, actions against this problem should be aimed at preventing noise-induced hearing loss. **Conclusions:** More specific studies should be carried out, and acoustic insulation should be implemented in the compressor environment and conditioning on the first and second floors, in addition to promoting and regulating the use of hearing protectors by students, teachers and administrative personnel.

Keywords: Noise, Hearing Disorders, Hearing, Dental Offices, Dental Staff.

Resumo

Introdução: O objetivo deste trabalho é diagnosticar o nível de ruído gerado na prática odontológica por meio da avaliação dos níveis de pressão sonora, a fim de propor soluções técnicas e organizacionais. **Metodologia:** Estudo descritivo, quantitativo, de desenho transversal, realizado dentro da clínica odontológica e fora da sala do compressor de ar, da carreira de Odontologia, em uma Instituição de Ensino Superior, localizada no Município de Cercado — Cochabamba; as medições foram realizadas conforme a seguinte distribuição; interiores: pisos superiores e inferiores, 11 pontos de medição e Exteriores 5 PM. Foi utilizado um equipamento técnico de sonômetro Digitech QM 1592, com calibração por Digitech Pistophone e ponderação de tempo Fast e frequência A. O processo foi realizado com base na norma boliviana NB62006. A gradação de campo foi feita antes e depois das medições. **Resultados:** os valores obtidos superam o limite diurno permitida pela lei 1333 e as recomendações dadas pelas curvas dos Critérios de Ruído prevenir a perda auditiva induzida por ruído. **Conclusões:** Devem ser realizados estudos mais específicos e implementado isolamento acústico no ambiente do compressor e condicionamento no primeiro e segundo andares, além de promover e regulamentar o uso de protetores auriculares por alunos, professores e pessoal administrativo.

Palavras-chave: Ruído, Transtornos da Audição, Audição, Consultórios Odontológicos, Recursos Humanos em Odontologia.

Introducción

Un sonido es un fenómeno físico que consiste en la alteración mecánica de las partículas de un medio elástico, producida por un elemento en vibración, que es capaz de inducir una sensación auditiva (1).

El ruido se define como la mezcla de sonidos o tonos, cuyas frecuencias difieren entre sí por un valor menor al poder de distinción de frecuencia del oído, por lo tanto, es cualquier percepción sonora desagradable (2).

Un decibel (dB) es la unidad práctica de medición del nivel de presión sonora, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que 55 dB (decibeles) son tolerables por el oído humano sin alterar su salud. Los niveles mayores pueden producir serios

e irreparables daños en el aparato de la audición (3).

Dependiendo de los niveles de ruidos, puede existir daño reversible o permanente. El marco normativo de la ley del medioambiente del 27 de abril de 1992 indica que en Bolivia, la Ley 1333 de Medioambiente determina que el límite máximo permisible en fuentes fijas es de 68 dB (A) de las 6 a las 22 horas (h), y de 65 dB (A) de las 22 a las 6 h (4).

Asimismo, la NB 62006:2005 Calidad del aire-emisiones de fuentes fijas. "Establece los mecanismos de medición y evaluación del nivel de presión sonora y las características del equipo empleado", también la NTS-002/17-RUIDO (Norma de condiciones mínimas de niveles de exposición en los lugares de trabajo) insta entornos de higiene y seguridad ocupacional donde se genere ruidos. También IEC 61672 especifica la normativa para sonómetros convencionales e integradores, además se tiene la ISO 1996-1:2016 referente a Acústica, descripción, medida y estimación del ruido ambiental, magnitudes básicas y procedimientos (5).

Estudios realizados coinciden en que los odontólogos y el personal que trabaja en una clínica dental corren el riesgo de sufrir patologías auditivas. Siendo frecuente la hipoacusia por el ruido de los equipos rotatorios de alta velocidad, cuyos motores efectúan de 300,000 a 400,000 revoluciones por minuto, sumado a un ambiente cerrado y mayor número de piezas de mano funcionando a la vez. Los decibelios emitidos por instrumental rotatorio nuevo son menores, que los generados por los antiguos y los protectores auditivos no son de uso común en la práctica diaria debido a que se consideran interferencia para el desempeño profesional y comunicativo entre los demás profesionales y con el paciente mismo.

Asimismo, se tiene evidencia que en una clínica estomatológica se reportó que el 62,7% del total de trabajadores presentaron problemas de hipoacusia por estar expuestos constantemente a este agente físico, que es negativo para la salud, según datos de la OMS, el 10 % de la población mundial está expuesta a niveles de presión sonora que podrían causar hipoacusia. De esta forma, la hipoacusia inducida por exposición en la fuente laboral representa un problema de salud que aproximadamente 1300 millones de personas la padecen. Además, que reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que, en Latinoamérica, los trabajadores que trabajan 5 días a la semana durante 8 horas durante 10 -15 años desarrollan hipoacusia en un 17 % (6).

El personal de odontología, quienes desarrollan la práctica estomatológica, necesariamente utiliza el instrumental rotatorio como ser: Turbina, Micromotor, Contra ángulo y el Eyector de saliva; los cuales son generadores de mayor ruido, por su frecuencia de uso e intensidad.

El presente trabajo tiene, por objetivo, determinar el límite máximo de decibelios en fuentes fijas de la Clínica Odontológica.

Metodología

El presente estudio se desarrolló siguiendo las características del enfoque cuantitativo, presenta los diseños de investigación descriptiva, es de corte transversal, observacional y prospectiva, el cual fue realizado en el mes de junio de 2022 en la clínica odontológica de una Institución de Educación Superior, que se encuentra en el Municipio de Cercado-Cochabamba, la cual cuenta con 20 sillones dentales en la planta baja y 9 en el segundo nivel. Las medidas fueron registradas en el interior, en ambos

niveles, en 11 puntos de medición (PM) en el interior y en el exterior del ambiente de compresoras de aire, con 5 puntos de medición (PM) específicos, durante los horarios de las asignaturas de Operatoria Dental, Odontopediatría, Prótesis Fija y Removible. El equipo técnico utilizado fue un Sonómetro Digitech QM 1592, calibración: Pistofono Digitech, ponderación temporal; Fast, ponderación frecuencia A, la calibración del campo fue hecha antes y después de las mediciones. Posteriormente, se desarrolló el análisis estadístico inferencial. Se solicitó la autorización correspondiente a las autoridades competentes.

Resultados

Se presenta la siguiente tabla 1, donde los resultados del estudio en exterior de sala de compresoras determinan: medición en puntos (P): P1 y P2; no excede el nivel permitido en horario diurno, y P3, P4 y P5, exceden con 0.47, 1.62, y 10.87 [dBA] respectivamente, aumentado con la cercanía a la puerta.

El segundo grupo de medidas corresponde a los puntos establecidos en el interior de la Clínica, se establece una variación considerable con respecto al ruido de fondo, adecuando este a las recomendaciones dadas por las curvas Noise Criteria NC, que propone un máximo de 50 [dBA] para las salas de espera clínicas, los resultados obtenidos en planta alta; P1, P2, P3, P4 exceden: 13.22, 17.80, 22.98 y 14.35 [dBA] respectivamente, mientras que en el piso inferior; P1, P2, P3, P4, P5 presentan un exceso de 9.82, 14.54, 10.38, 13.13 y 14.78 [dBA] correspondientemente. Las mediciones obtenidas exceden el umbral recomendado por el NC.

Tabla 1. Resultados de la medición en puntos exteriores e interiores

Resultados en puntos exteriores				
N° de Puntos medidos	Zona/aérea	$L_{Aeq,T}$ [dBA]	Limite permisible [dBA]	Exceso [dBA]
1	Croquis Sala compresoras P1	67,83	68	No excede
2	Croquis Sala compresoras P2	66,04	68	No excede
3	Croquis Sala compresoras P3	68,47	68	0,47
4	Croquis Sala compresoras P4	69,62	68	1,62
7	Croquis Sala compresoras P3	78,87	68	10,87
Nota: el límite permisible en horario diurno de acuerdo a la ley 1333 es de 68 dBA.				
Resultados en puntos interiores				
Punto	Zona/ Área	$L_{Aeq,T}$ [dBA]	Parámetro Curva NC*	Exceso [dBA]
5	Dentro salas compresoras P1	85,91	50	35,91
6	Dentro salas compresoras P2	89,88	50	39,88
8	Croquis Odont. Planta Alta P1	63,22	50	13,22
9	Croquis Odont. Planta Alta P2	67,80	50	17,80
10	Croquis Odont. Planta Alta P3	72,98	50	22,98
11	Croquis Odont. Planta Alta P4	64,35	50	14,35
12	Croquis Odont. Planta Baja P1	59,82	50	9,82
13	Croquis Odont. Planta Baja P2	64,54	50	14,54
14	Croquis Odont. Planta Baja P3	60,38	50	10,38

15	Croquis Odont. Planta Baja P4	63,13	50	13,13
16	Croquis Odont. Planta Baja P5	64,78	50	14,78
*Nota: curva NC recomendada para sala de espera clínica				

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Con los análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación, mismos que están en función a la ley 1333 del Medioambiente, donde se establece que los límites permisibles de emisión de ruido en fuentes fijas son de 68 decibeles [dBA] desde las 6 a 22 h, y de 65 [dBA] de las 22 a las 6 h (7). Los resultados obtenidos señalan un valor máximo de 78.87 [dBA] y mínimo de 67,83 [dBA] a diferencia del trabajo de Castro (2016) quien refiere mediciones mayores máximas y mínimas de 100 [dBA] y 66,3 [dBA], quedando por encima del límite de 65 [dBA] establecido por la Norma NBR10152, sobre seguridad acústica de trabajadores que ejecutan procedimientos minuciosos (8).

En relación con la parte externa de la clínica (sala de compresoras) se registra 72,98 [dBA] y al interior se evidenció 59,82 [dBA]; estos valores superan los presentados por Ardila (2021) que fueron de 69, [dBA] en el pasillo y 68 [dBA] para el consultorio (9).

Otro estudio presentado por Botero (2018), indica 91,3 dB, superando lo instituido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 80 dB, finalmente, Grass (2017) menciona que los datos registrados en los diferentes departamentos: Prótesis (73,2 dB), Ortodoncia y Periodoncia (72,7 dB) y Conservadora (71,2 dB) mismos que resultaron fuera de los rangos normales permitidos, al igual que el ruido de fondo, al sobrepasar los niveles establecidos de 50 dB (10).

Estos resultados coinciden y determinan niveles que superan lo establecido. Las acciones frente a este problema, deben estar encaminadas hacia la prevención de la pérdida auditiva inducida por ruidos (PAIR) a través de aislantes en la sala de compresoras y protectores auditivos en personal, docentes y estudiantes durante la práctica clínica. Por lo tanto, se establece que los niveles de ruido durante la práctica estomatológica al interior de la clínica odontológica exceden los valores según recomendaciones de la curva Noise Criteria (NC). Asimismo, en el exterior, en la sala de compresoras, los datos obtenidos sobrepasan el nivel límite diurno permitido por la ley 1333. Se deben realizar estudios más específicos e implementar el aislamiento acústico en ambiente de compresoras, así como un acondicionamiento en la planta alta y baja de la infraestructura, además de promover y regular el uso de protectores auditivos en estudiantes, docentes y personal administrativo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Agradecimientos

Al ingeniero Sergio Martín Terán Gamarra y a la ingeniera María Carol Villarroel Flores, por la colaboración prestada.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez IA, Martínez JM, Pérez LD, Figueroa FA, Mestre J de A, Llop MLR. Contaminación ambiental por ruido. Rev Médica Electrónica [Internet]. 29 de mayo de 2017 [citado 1 de septiembre de 2022];39(3):640-9. Disponible en: <https://>

revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2305

2. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición al ruido en los lugares de trabajo - Año 2022 [Internet]. Portal INSST. 2022 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/guia-tecnica-para-la-evaluacion-y-prevencion-de-los-riesgos-relacionados-con-la-exposicion-al-ruido-en-los-lugares-de-trabajo-ano-2022>
3. Santos Pérez Y, Novoa López AM. Actualización acerca del riesgo de pérdida auditiva inducida por ruido en el personal odontológico. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2020 [citado 31 de agosto de 2022];108(2):80-7. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5rb4h>
4. Lagos Riveros G, Arévalo Prieto V, Monsálvez Bórquez K, Pereira Montecinos M, Lagos Riveros G, Arévalo Prieto V, et al. Pérdida auditiva inducida por ruido recreativo en adolescentes. Revisión de literatura. Horiz Sanit [Internet]. agosto de 2020 [citado 1 de octubre de 2022];19(2):185-94. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-74592020000200185&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Norma Calidad del aire - Emisiones de fuentes fijas - Determinación de niveles de presión sonora - Equipo de medición [Internet]. IBNORCA. 2022 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.ibnorca.org/tienda/catalogo/detalle-norma/nb-62006:2005-nid=1578-6>
6. Grass Martínez Y, Castañeda Deroncelé M, Pérez Sánchez G, Rosell Valdenebro L, Roca Serra L. El ruido en el ambiente laboral estomatológico. MEDISAN [Internet]. mayo de 2017 [citado 31 de agosto de 2022];21(5):527-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Honorable Congreso Nacional de Bolivia. Ley de Medio Ambiente (Ley N° 1333). Honor Congr Nac Boliv. 1992;1440-55.
8. Espinosa J, Julio S, Tamayo-Cabeza G, Gonzalez F. Niveles de ruido en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena. 3 de octubre de 2016 [citado 1 de agosto de 2022];6(17):69-76. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303921973_Niveles_de_ruido_en_clinicas_odontologicas_de_la_Universidad_de_Cartagena
9. López JVA, García LCG, Sánchez DPG, Mogollón CAP, Barrera AJA, Domínguez YZC. Ruido en escenarios de práctica extramural de una facultad de odontología en instituciones de salud del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia. Us-tasalud [Internet]. 2022 [citado 31 de agosto de 2022];21(1):42-7. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/592/5922856007/html/>
10. Botero Henao D, Alzate Sánchez A, Botero Henao D, Alzate Sánchez A. Niveles auditivos de una cohorte de estudiantes de odontología expuestos a ruido ambiental durante la formación práctica. Entramado [Internet]. junio de 2018 [citado 31 de agosto de 2022];14(1):284-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1900-38032018000100284&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Onicofagia en la población adolescente: Riesgo de problemas bucales



Onychophagia in the adolescent population: Risk of oral problems

Onicofagia na população adolescente: Risco de problemas orais

- Lineth Katherine Rojas Reque ¹
- Monica Muriel Jaldin ¹
- Patricia Leaña Duran ¹
- Jorge Alejandro Rios Vargas ²
- Frank Mario Vargas Vilte ²

Resumen

Introducción: La Onicofagia es la costumbre compulsiva de morderse las uñas, conducta muy frecuente, sobre todo en niños, niñas, adolescentes y jóvenes; la cual está asociada a factores como la ansiedad, suele ser algo temporal y su condición como conducta patológica depende de la frecuencia, la intensidad y la duración de la misma; además esta patología común está relacionada con problemas principalmente en la cavidad oral, por tanto, el objetivo fue establecer características referentes a onicofagia en adolescentes del municipio de Sipe Sipe. **Metodología:** El trabajo de investigación es cuantitativo, los diseños de investigación fueron descriptivo, de cohorte transversal y prospectivo; la muestra fueron 267 adolescentes, la técnica utilizada fue la encuesta. **Resultados:** La prevalencia de onicofagia es 58 %, siendo más prevalente en la adolescencia tardía y en el sexo femenino reportándose 54 % y los principales factores generadores reportados son 10,5 % debido a problemas familiares, el 18 % por sobrecarga de tareas y periodos de exámenes; el 11,2 % falta de actividades e inquietud. **Discusión:** Por tanto, respecto a estudios con otros países la prevalencia es alta, mientras que con el reportado con un departamento de Bolivia con similares características es inferior, además es importante considerar y desarrollar estudios que abarquen propiamente patologías odontológicas y onicofagia como ser maloclusiones y también problemas relacionados con parasitosis. Sin embargo, prevenir esta patología es necesario y así evitar otros problemas asociados que afectan a los adolescentes en su crecimiento y desarrollo.

Palabras clave: Hábito de Comerse las Uñas, Servicios Preventivos de Salud, prevención & control.

Abstract

Introduction: Onychophagia is the compulsive habit of biting nails, a very frequent behavior, especially in children, adoles-

Correspondencia a:

¹ Centro de investigación de Odontología – UNITEPC. Cochabamba – Bolivia.

² Centro de investigación de salud publica UNITEPC “CISPU”. Cochabamba - Bolivia.

Email de contacto:

- katherinerojas123.com.bo@gmail.com
- monicamurie108@gmail.com
- patricialeano4@gmail.com
- aleriv2589@gmail.com
- vargasfrank7@yahoo.com

Procedencia y arbitraje:

No comisionado, sometido a arbitraje externo

Recibido para publicación: 1 de septiembre del 2022

Aceptado para publicación: 2 de octubre del 2022

Citar como:

Rojas Reque LK, Muriel Jaldin M, Leaña Duran P, Rios Vargas JA, Vargas Vilte FM. Onicofagia en la población adolescente: Riesgo de problemas bucales. Recio UNITEPC. 2022 ;1(2):20-26.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

cents and young people; which is associated with factors such as anxiety, is usually temporary and its condition as pathological behavior depends on its frequency, intensity and duration; In addition, this common pathology is related to problems mainly in the oral cavity; therefore, the objective was to establish characteristics related to onychophagia in adolescents from the municipality of Sipe Sipe. **Methodology:** The research work is quantitative, the research designs were descriptive, cross-sectional and prospective cohort; the sample was 267 adolescents, the technique used was the survey. **Results:** The prevalence of onychophagia is 58%, being more prevalent in late adolescence and in the female sex, reporting 54% and the main generating factors reported are 10.5% due to family problems, 18% due to overload of tasks and periods. of exams; 11.2% lack of activities and restlessness. **Discussion:** Therefore, compared to studies with other countries, the prevalence is high, while with that reported with a department of Bolivia with similar characteristics it is lower, it is also important to consider and develop studies that properly cover dental pathologies and onychophagy such as malocclusions and also problems related to parasitoses. However, preventing this pathology is necessary and thus avoiding other associated problems that affect adolescents in their growth and development.

Keywords: Nail Biting, Preventive Health Services, prevention & control.

Resumo

Introdução: Onicofagia é o hábito compulsivo de roer unhas, comportamento muito frequente, principalmente em crianças, adolescentes e jovens; que está associado a fatores como ansiedade, geralmente é temporário e sua condição de comportamento patológico depende de sua frequência, intensidade e duração; além disso, essa patologia comum está relacionada a problemas principalmente na cavidade oral, portanto, o objetivo foi estabelecer características relacionadas à onicofagia em adolescentes do município de Sipe Sipe. **Metodologia:** O trabalho de pesquisa é quantitativo, os desenhos de pesquisa foram descritivos, de corte transversal e corte prospectiva; a amostra foi de 267 adolescentes, a técnica utilizada foi o survey. **Resultados:** A prevalência de onicofagia é de 58%, sendo mais prevalente no final da adolescência e no sexo feminino, relatando 54% e os principais fatores geradores relatados são 10,5% por problemas familiares, 18% por sobrecarga de tarefas e períodos. Exames; 11,2% falta de atividades e inquietação. **Discussão:** Portanto, em comparação com estudos com outros países, a prevalência é alta, enquanto com um departamento da Bolívia com características semelhantes é menor, também é importante considerar e desenvolver estudos que abranjam adequadamente patologias dentárias e onicofagia como más oclusões e também problemas relacionados a parasitoses. No entanto, é necessário prevenir esta patologia e assim evitar outros problemas associados que afetam os adolescentes no seu crescimento e desenvolvimento.

Palavras-chave: Hábito de Roer Unhas, Serviços Preventivos de Saúde, prevenção & controle.

Introducción

La onicofagia se deriva de dos palabras griegas: onyx (“uña”) y phagein (“comer”) (1). Las uñas son las superficies cutáneas del dorso de la punta de los dedos y son láminas queratinizadas densas, las cuales sirven como herramientas que facilitan la tarea de tomar cosas, abrir objetos y proteger de agresiones externas. Por lo tanto, en esta patología, son afectadas una o varias uñas de las manos, resultado que una persona

termina mordiendo y como consecuencia provoca la formación de los padrastrós o verrugas (1).

La Onicofagia es la costumbre compulsiva de morderse las uñas, conducta muy frecuente, sobre todo en niños, niñas y jóvenes; además Adolescentes, que según Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como el periodo de crecimiento que se produce desde la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 -19 años (2). Donde se desarrolla la maduración y el crecimiento celular (3).

Las consecuencias se dan a nivel odontológico, generando lesiones y deformaciones en encías, infecciones bacterianas tanto en encías y dientes, obstaculización del crecimiento de los dientes, anomalías de la oclusión dental, y destrucción de estructuras dentales (2).

En Bolivia existen aproximadamente 17 especies de parásitos como productores potenciales de infestación intestinal humana que podrían estar relacionadas con el acto de comerse las uñas, de los cuales 5 corresponde a protozoos y otros 12 a helmintos. Por lo tanto, la ingesta facilita el ingreso de parásitos provocando en los adolescentes que sean más propensos a adquirir Giardiasis, Amebiasis, Balantidiasis, Tricocefalosis, Criptosporidiasis, Oxiuriasis (4).

Este mal hábito no tiene preferencia por ningún dedo en concreto (5). Suele ser algo temporal en los niños y su condición como conducta patológica depende de la frecuencia, la intensidad y la duración de la misma. Este comportamiento crónico afecta al 20-30 % de la población general, sin embargo, parece ser un problema completamente ignorado en la práctica clínica diaria (6).

Según un artículo publicado se mostró resultados de trastorno temperó mandibular (TTM), asociado a la onicofagia en dentición mixta primera o segunda fase. De un total de 1940 individuos se detectó que 27.7 % padece onicofagia, resultado similar al obtenido en los estudios de Nilner, Kopp y Wanaman; por otro lado, Merighi, de un total de 79 individuos, reporta una prevalencia de 39.91 %. Egermark, Ericsson, hace referencia a una relación de un 48 % y Widmalm postula que esta es mayor al 55 %. Otros resultados evidencian en relación con la frecuencia de onicofagia según edad; donde se reporta que, entre los 5 y 11 años, en 341 individuos. Se observó que la onicofagia aumenta durante el periodo de dentición mixta entre los 6 y 11 años, y que luego decrece. La prevalencia aumenta de un 14.2 % hasta un 43.9 % a los 11 años (7).

En Londres, la prevalencia de onicofagia fue descrita en mayor grado en mujeres de 25 a 29 años (27,1 %) y en hombres de 40 a 49 años (25,4 %), con una tendencia decreciente en la medida que aumenta la edad (8).

Un estudio realizado en la Universidad Methist de São Paulo de Brasil, se analizaron 1.118 documentos del programa de posgrado en Ortodoncia de la UMESP, verificando las variables género, edad, raza y presencia o ausencia de onicofagia. Los resultados fueron sometidos a tratamiento estadístico, mostraron resultados, donde la muestra estuvo compuesta principalmente por individuos entre 11 y 20 años, 53,3 % mujeres y 46,7 % hombres, de estos, 7,8 % presentaron onicofagia (9).

Mientras que en Sucre-Bolivia se evidencian datos de niños menores de 12 años, donde asocian la onicofagia con la parasitosis, dentro del grupo de niños con parasitismo el 71,2 % presentaron onicofagia, existiendo la probabilidad de que este grupo sea más vulnerable con respecto a los niños que no presentan esta conducta (4).

Esta patología común en la población que evidencia problemas principalmente en la cavidad oral, el desgaste de los dientes provocando una rotación de los incisivos, también disfunción de la articulación temporomandibular, además de adquirir una paroniquia aguda por el constante mordisqueo, con riesgos de convertirse en un absceso o en raras ocasiones en osteomielitis (10,11). Ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud, pues más del 70 % de los niños y jóvenes mayores de seis años la padecen (12). Y como consecuencia, ante este mal hábito; deriva en sentimiento de impotencia al no poder controlar dicha conducta, quienes la padecen presentan inseguridad o miedo a interactuar, ansiedad y estrés (13). También se hace mención que las causas más frecuentes que llevan a la persona al hábito de morderse las uñas son los estados obsesivo-compulsivos, el estrés y la agresividad (14,15). Por lo tanto, se debe de beneficiar a la población adolescente generando estrategias de promoción y prevención ante esta patología que ayuden a prevenir y evitar este tipo de trastornos y así contribuir a mejorar en la calidad de vida.

En este sentido, el trabajo de investigación tiene por finalidad establecer características referentes a onicofagia en adolescentes del municipio de Sipe Sipe en la gestión 2022.

Metodología:

El trabajo de investigación es cuantitativo, la planificación fue en función de los diseños de investigación descriptiva, de cohorte transversal y prospectivo; la muestra fueron 267 adolescentes, el cual fue determinado con un 95 % de nivel de confianza y 6 % de precisión; la técnica utilizada fue la encuesta, la cual consto de preguntas cerradas; para posteriormente proceder con el análisis e interpretación de resultados por medio de la estadística inferencial; se solicitó la autorización del director de la unidad educativa y al mismo tiempo se brindó información a los adolescentes y quienes dieron su consentimiento formaron parte del estudio.

Resultados:

Del presente trabajo de investigación participaron 267 sujetos de información (100 %); de los cuales el 49 % es femenino y el 51 % es masculino. El grupo etario del total de la muestra corresponde a adolescencia temprana con un 42 %, mientras que la adolescencia tardía corresponde a un 58 %.

Se puede observar, la prevalencia de onicofagia, el cual se evidencia en el 58 % (n=156) de los estudiantes encuestados y el 42 % (=111) no presentó esta patología.

En relación la categorización por sexo, se puede observar que, los adolescentes con onicofagia, que un 54 % (n= 85) fueron mujeres y el 46 % (n=71) fueron varones.

También se puede observar que el 44 % (n=68) de los estudiantes con onicofagia pertenecen la adolescencia temprana, mientras que el 56 % (n=88) de estos pertenecen a la adolescencia tardía.

En la tabla 1, se puede observar que el 10,5 % (n=28) de los adolescentes que presentaron onicofagia fue debido a problemas familiares, el 18 % (n=48) por sobrecarga de tareas y periodos de exámenes; el 11,2 % falta de actividades e inquietud, y el restante se debe a problemas de salud, económicos, miedo, relaciones sentimentales, falta de organización y otros.

Tabla 1. Factores generadores de onicofagia según los adolescentes del municipio de Sipe Sipe.

Factores generadores de onicofagia	n=267	Porcentaje
No me muerdo las uñas	112	41,9 %
Problemas familiares	28	10,5 %
Sobrecarga de tareas y exámenes	48	18 %
Falta de organización	15	5,6 %
Falta de actividades e inquietud	30	11,2 %
Problemas de salud	11	4,1 %
Miedo	10	3,7 %
Relaciones sentimentales	4	1,5 %
Problemas económicos	1	0,4 %
Otros	8	3 %
Total	267	100 %

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Los datos registrados demuestran que un 58 % de los estudiantes presentaron onicofagia; con mayor frecuencia el sexo femenino y el grupo de adolescencia tardía; en comparación con otro estudio, la prevalencia es alta, porque el estudio evidenció en estudiantes de Medicina un 6,2 % (8).

Asimismo, se evidencia otros datos, respecto a la prevalencia, 27,1 % y 25,4 % masculino y femenino respectivamente; por lo tanto, discrepa del resultado del estudio en referencia al sexo femenino (8).

Sin embargo, un estudio en Sucre - Bolivia muestra datos de niños menores de 12 años, donde se evidencia la patología en un 71,2 % (4). Siendo este mayor que los resultados del estudio.

Por tanto, respecto a estudios con otros países, la prevalencia es alta, mientras que, con el reportado con un departamento de Bolivia, con similares características es inferior.

El estudio evidencia que los principales factores generadores de onicofagia son sobrecarga de tareas y exámenes, problemas familiares y falta de actividades e inquietud, en referencia en el estudio realizado en Sucre-Bolivia se presentó como circunstancia principal la ansiedad con un 84 % (4). Por tanto, es importante considerar y desarrollar estudios que abarquen propiamente patologías odontológicas como ser maloclusiones y también problemas relacionados con parasitosis. Sin embargo, prevenir esta patología es necesario y así evitar otros problemas asociados que afectan a los adolescentes en su crecimiento y desarrollo.

Referencias bibliográficas

1. Cortés Aguado E, Oropeza Tena R. Intervención conductual en un caso de onicofagia. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2011;16(1):103-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963009>
2. Onicofagia: cuando morderse las uñas se convierte en un problema [Internet]. Salud mental. 2021 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://esaludmental.es/onicofagia/>

3. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. Unicef. 2021 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
4. Rodríguez Paredes G. Prevalencia de parasitosis intestinal y factores de riesgo asociados en menores de 12 años de la unidad educativa Tujsupaya, Sucre 2013 [Internet] [masterThesis]. Sucre: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre; 2019 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/750>
5. Sánchez RM. Onicofagia o morderse las uñas: causas y tratamiento [Internet]. *Mente y Ciencia*. 2021 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.menteyciencia.com/onicofagia-o-morderse-las-unas-causas-y-tratamiento/>
6. Casado JIS, Sánchez EIB. Onicofagia y covid-19: estudio de caso de un joven adulto con TDHA. *Rev INFAD Psicol Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 3 de agosto de 2021 [citado 31 de agosto de 2022];1(1):321-30. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2070>
7. Ojeda Léonard C, Espinoza Rojo A, Biotti Picand J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral* [Internet]. abril de 2014 [citado 31 de agosto de 2022];7(1):37-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-01072014000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Pedraz-Petrozzi B, Pilco-Inga J, Vizcarra-Pasapera J, Osada-Liy J, Ruiz-Grosso P, Vizcarra-Escobar D. Ansiedad, síndrome de piernas inquietas y onicofagia en estudiantes de medicina. *Rev Neuro-Psiquiatr* [Internet]. octubre de 2015 [citado 31 de agosto de 2022];78(4):195-202. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972015000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Vasconcelos AC, Patrícia C, Alves H, César R, Lourenço CT, Murakami LK, et al. Prevalência de onicofagia na clínica ortodôntica Prevalence of nail biting in orthodontic clinic. En 2012 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Preval%C3%AAncia-de-onicofagia-na-cl%C3%ADnica-ortod%C3%B4ntica-of-Vasconcelos-Patr%C3%ADcia/d9433d4b8ec6416f2f988316000e9a7574415cbf>
10. Onicofagia: el enigma de morderse las uñas [Internet]. *blog COFM*. 2019 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://blog.cofm.es/onicofagia-el-enigma-de-morderse-las-unas/>
11. Benítez VJM, Gasca-Argueta G. Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Rev ADM*. 2013;70(3):151-153.
12. Arocha AA, Aranda GMS, Pérez PY, et al. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. *MediSan*. 2016;20(04):426-432.
13. ¿Cuáles son las consecuencias de la onicofagia en la salud bucodental? [Internet]. *Mejor con Salud*. 2021 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/consecuencias-onicofagia-salud-bucodental/>
14. Ocronos RM y de E. Relación de la onicofagia con el trastorno de la ansiedad.



Comentario bibliográfico [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/onico-fa-gia-trastorno-de-ansiedad/>

15. Ansiedad [Internet]. MedlinePlus. National Library of Medicine; 2021 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

Higiene bucodental base de prevención odontológica



Higiene bucal baseada na prevenção odontológica

Oral hygiene based on dental prevention

Wara Veliz Vaca ¹

Mario Milton Cáceres Conde ¹

Resumen

Introducción: Las prácticas de higiene bucodental constituyen el pilar de la prevención en el campo de la odontología, incluyen diferentes estrategias como el cepillado, el empleo de hilo dental y enjuague bucal, que son aplicadas para disminuir el riesgo de padecer caries o enfermedad periodontal, las cuales corresponden a las enfermedades más comunes en la cavidad oral. El presente trabajo tiene por objetivo identificar los hábitos saludables referente a la higiene bucal de los pobladores del Municipio de Tolata, de la ciudad de Cochabamba. **Metodología:** el estudio es descriptivo, transversal, los sujetos de información fueron 317 residentes del municipio, la técnica fue la encuesta. **Resultados:** Los resultados obtenidos más sobresalientes reportan que el 46,7 % refiere cepillarse los dientes dos veces al día; respecto al momento de cepillado dental, el 47,9 % lo hace al levantarse; en cuanto al conocimiento acerca de cuál es el momento de cepillado más importante del día, el 48,9 % menciona que es el de la mañana, el motivo de última visita al dentista, el 53,3 % refiere que fue por dolor y que al lugar de aprendizaje de la técnica de cepillado, el 46,1 % indica haber aprendido en la escuela. **Discusión:** Los resultados discrepan en relación con los hallazgos, de un país o región a otro; por lo tanto, se debe seguir coadyuvado a metas programadas por medio de la prevención y promoción odontológica y así mitigar el riesgo de padecer caries o enfermedad periodontal.

Palabras clave: Higiene Bucal, Cepillado Dental, Odontología Preventiva, Participación de la Comunidad.

Abstract

Introduction: Oral hygiene practices constitute the pillar of prevention in the field of dentistry, they include different strategies such as brushing, flossing and mouthwash, which are applied to reduce the risk of suffering from caries or periodontal disease, which correspond to the most common diseases in the oral cavity. The objective of this work is to identify the healthy habits regarding oral hygiene of the inhabitants of the Municipality of Tolata, of the city of Cochabamba. **Methodology:** the study is descriptive, cross-sectional, the subjects of information were 317 residents of the municipality, the technique was the survey.

Correspondencia a:

¹ Centro de investigación de salud publica UNITEPC "CISPU". Cochabamba - Bolivia.

Email de contacto:

wveliz_odo@unitepc.edu.bo

mmiltoncc2705@gmail.com

Procedencia y arbitraje:

No comisionado, sometido a arbitraje externo

Recibido para publicación: 16 de octubre del 2022

Aceptado para publicación: 26 de diciembre del 2022

Citar como:

Veliz Vaca W, Cáceres Conde MM. Higiene bucodental base de prevención odontológica. *Revista UNITEPC*. 2022;1(2):27-31.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Results: The most outstanding results obtained report that 46.7% refer to brushing their teeth twice a day; Regarding the moment of tooth brushing, 47.9% do it when getting up; Regarding knowledge about the most decisive moment of brushing of the day, 48.9% mention that it is in the morning, the reason for the last visit to the dentist, 53.3% state that it was because of pain and that to the place of learning the brushing technique, 461% indicated that they had learned it at school. **Discussion:** The results differ in relation to the findings, from one country or region to another; therefore, it must continue contributing to programmed goals through dental prevention and promotion and thus mitigate the risk of suffering from caries or periodontal disease.

Keywords: Oral Hygiene, Toothbrushing, Preventive Dentistry, Community Participation.

Resumo

Introdução: As práticas de higiene oral constituem o pilar da prevenção na área da medicina dentária, incluem diferentes estratégias como a escovagem, fio dental e colutórios, aplicadas para reduzir o risco de cárie ou doença periodontal, que correspondem às doenças mais comuns na cavidade oral. O objetivo deste trabalho é identificar os hábitos saudáveis de higiene bucal dos habitantes do município de Tolata, na cidade de Cochabamba. **Metodologia:** O estudo é descritivo, transversal, os sujeitos da informação foram 317 moradores do município, a técnica utilizada foi o survey. **Resultados:** Os resultados mais destacados obtidos referem que 46,7% referem escovar os dentes duas vezes ao dia; em relação ao momento da escovação, 47,9% fazem ao levantar; em relação ao conhecimento sobre o momento de escovação mais importante do dia, 48,9% mencionam ser pela manhã, o motivo da última visita ao dentista, 53,3% afirmam que foi devido à dor e que ao local de aprendizado a técnica de escovação, 461% indicaram ter aprendido na escola. **Discussão:** Os resultados diferem em relação aos achados, de um país ou região para outro; por isso, deve continuar a contribuir para os objetivos programados através da prevenção e promoção dentária e assim mitigar o risco de cárie ou doença periodontal.

Palavras-chave: Higiene Bucal, Escovação Dentária, Odontologia Preventiva, Participação da Comunidade.

Introducción

La Organización Mundial Salud (OMS), define la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico. La salud pública bucal es la ciencia y la práctica de la prevención de enfermedades bucales, promoción y mejoramiento de la calidad de vida mediante los esfuerzos organizados de la sociedad (1).

Las prácticas de higiene bucodental constituyen la base de la prevención en odontología, incluyen diferentes estrategias como el cepillado, el empleo de hilo dental y enjuague bucal, son aplicadas para disminuir el riesgo de padecer caries o enfermedad periodontal las cuales corresponden a las enfermedades más comunes en la cavidad oral. La aplicación de estas medidas de manera frecuente y continua, además de las visitas periódicas de control a consulta Odontológica, permitirán que el individuo goce de un estado de salud estomatológico saludable. La evidencia científica nos demuestra que la salud oral está relacionada con la salud general de cada individuo (2). Por ende, las estrategias que se plantean en la sociedad deben estar enmarcadas en una visión integral de la importancia del mantenimiento de prácticas saludables, se debe trabajar en acciones de enseñanza y difusión, para que la población pueda ser auto-

suficiente en la sustentación de las mismas para prevenir enfermedades frecuentes como la caries y enfermedad periodontal (3); pero que son prevenibles si se toma conciencia acerca de la relevancia de los buenos hábitos que se apliquen diariamente.

La Organización Mundial de la Salud estima que las enfermedades bucodentales afectan a aproximadamente 3500 millones de personas en todo el mundo. Se estima que 2 000 millones de personas tienen caries en los dientes permanentes y 514 millones de niños tienen caries en los dientes primarios (4).

Un diagnóstico de las necesidades de salud bucal en una población, así como sus prácticas y costumbres, es transcendental para instaurar medidas de prevención y promoción concretas según las insuficiencias identificadas.

El presente trabajo tiene por objetivo establecer la Higiene bucodental y su importancia para los pobladores del Municipio de Tolata de la ciudad de Cochabamba.

Metodología

Estudio es descriptivo, transversal, y prospectivo, se obtuvo un tamaño de muestra de 317 pobladores del Municipio de Tolata de la ciudad de Cochabamba comprendidas mayores a 16 años, el muestreo fue no probabilístico; la técnica implementada fue una encuesta con preguntas cerradas, para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Excel 2016, y se procedió a desarrollar el análisis de frecuencias. Previamente a la recolección de datos se brindó información a la población y quienes estuvieron de acuerdo, formaron parte del estudio.

Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio evidencian la participación de población femenina del 51 % y masculina de 49 %. De la muestra obtenida, el 46.7 % refiere cepillarse los dientes dos veces al día, 29.3 % tres veces, 19.6 % una sola vez y el 4.4 % se cepilla a veces. Respecto al momento de cepillado dental, el 47.9 % lo hace al levantarse, 29.7 % después de las comidas, 19.6 % al acostarse y el 2.8 % no lo realiza en ninguno de estos momentos. En cuanto al conocimiento acerca de cuál es el momento de cepillado más importante del día, el 48.9 % menciona que es el de la mañana, 42.6 % en la noche, 4.1 % en la tarde y 4.4 % dice que ninguno. En el motivo de última visita al dentista, el 53.3 % refiere que fue por dolor, 23.7 % revisión rutinaria y 23 % indica que fue a la consulta odontológica por otras causas. Referente al lugar de aprendizaje de la técnica de cepillado, el 46.1 % indica haber aprendido en la escuela, 39.4 % de los padres, 5.4 en consultorio dental y el 9,1 % en otros lugares.

Discusión:

Es posible efectuar intervenciones comunitarias de promoción en salud oral efectivas, utilizando el enfoque de cambio conductual y la educación como dos pilares fundamentales, ambos aplicados con facilidad y que no representan un alto costo, con tiempos de seguimiento prolongados a fin de corroborar los resultados obtenidos (5).

Nuestros resultados demuestran que la mayoría de la población consultada, 46.7 % se cepilla, generalmente dos veces al día y el 47.9 % indica hacerlo por la mañana, coincidiendo con que la mayoría de las personas, 48.9 %, considera que la mañana es el momento más importante de cepillado diario; sin embargo, desde el punto de vista Odontológico, el nocturno es el más importante. En un estudio realizado por Vitorio, reporta en las prácticas sobre higiene bucal, que el 73,6 % de padres o cuidadores

realizaban el cepillado dental de sus niños 3 veces al día (6).

En cuanto al aprendizaje del cepillado dental, el mayor porcentaje de los entrevistados, 46.1 %. Refiere haber aprendido en la escuela. Santa Cruz, identifica que, de los participantes, 57,83 % presentaban conocimientos básicos y 55,42 %. Prácticas regulares con respecto a la salud bucodental (7).

Carrasco hace mención que el 50 % desconocen cada cuánto tiempo hay que cambiar el cepillo de dientes, cómo prevenir la caries y la utilidad del flúor; sin embargo, identifican al cepillo y la pasta dental como implementos para la higiene bucal así mismo en un estudio se indica que el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los sujetos fue adecuado y regular respectivamente (8).

En cuanto al motivo de asistencia a consulta dental, nuestros resultados obtenidos indican la alta frecuencia de consulta por dolor, evidenciándose una alta inasistencia a controles preventivos de rutina, esto podría estar relacionado con el estudio de Benítez, donde identifica que el miedo y la ansiedad pueden ser factores emocionales que inciden en la inasistencia a la consulta odontológica (9).

Pero a diferencia de los resultados obtenidos por Carrasco; menciona que el motivo de consulta más frecuente, fue revisión rutinaria (23,3 %) seguido de caries (22,0 %), dolor (11,9 %) y erupción dentaria (10,7 %) (10).

Existe una necesidad de incrementar el conocimiento acerca de que el cepillado nocturno es el más importante del día, y que este debe ser realizado con mayor frecuencia, como mínimo tres veces diarias; además, es necesario reforzar la técnica de cepillado, ya que la mayoría de encuestados refiere que aprendió a cepillarse en la escuela y se debe promover la visita periódica preventiva de control al odontólogo y no acudir solamente en caso de dolor, como indica la mayoría.

Por lo tanto, se debe de seguir los lineamientos de la OMS, que adoptó la estrategia mundial sobre salud bucodental, cuya visión es la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de todas las personas y comunidades para 2030. Estas metas serán medidas por medio de indicadores cuantificables; en este sentido se debe coadyuvar en su logro.

Agradecimientos

Un agradecimiento especial a la Dra. Violeta Veliz Vaca y al Lic. José Luis Flores Barroso, por el apoyo durante el estudio.

Referencias bibliográficas

1. Espinoza-Usaqui EM, Pachas-Barrionuevo F de M. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatológica Hered [Internet]. 2013 [citado 1 de agosto de 2022];23(2):101-101. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/37>
2. Rueda Martínez G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. Rev Latinoam Bioét [Internet]. enero de 2017 [citado 1 de agosto de 2022];17(1):36-59. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-47022017000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la caries dental en la infancia: manual de aplicación de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 1 de agosto de 2022]. x, 64 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/hand->

[le/10665/340445](https://doi.org/10.36716/unitepc.v1i2.140)

4. Cuáles son las consecuencias de la onicofagia en la salud bucodental [Internet]. Mejor con Salud. 2021 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://mejor-consalud.as.com/consecuencias-onicofagia-salud-bucodental/>
5. Delgado-Angulo EK, Sánchez-Borjas PC, Ortiz EB. Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. Rev Estomatológica Hered [Internet]. 2006 [citado 1 de agosto de 2022];16(2):83-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539346002>
6. Victorio-Pérez J, Mormontoy-Laurel W, Díaz-Pizán ME. Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. Rev Estomatológica Hered [Internet]. enero de 2019 [citado 1 de agosto de 2022];29(1):70-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1019-43552019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Santa Cruz-González NO, Pérez-Aquino CF, Villagra-Rivera N, Achucarro-Galeano S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Mem Inst Invest Cienc Salud Impr [Internet]. 2019 [citado 1 de agosto de 2022];17(2):56-63. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n2/1812-9528-iics-17-02-56.pdf>
8. Torres KS, Príncipe MEL, Raya EC, Mendoza JPM. Relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los padres con la caries de infancia temprana de niños con anemia de la comunidad de Recuay. Rev Odontol PEDIÁTRICA [Internet]. 2020 [citado 1 de agosto de 2022];19(2):43-50. Disponible en: <http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/134>
9. Salazar MB, Cañon SM. Frecuencia de asistencia a la consulta odontológica en estudiantes de secundaria de Pereira y los factores emocionales asociados. Rev Nac Odontol [Internet]. 30 de diciembre de 2015 [citado 1 de agosto de 2022];11(21). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/938>
10. Carrasco M. Visita al dentista y hábitos higiénicos en escolares de 6-7 años. Rev KIRU [Internet]. 30 de junio de 2015 [citado 1 de agosto de 2022];12(1). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/458>