



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS ESTUDANTES DE 1ERO A 4TO

AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS

ANDES

www.bdigital.ula.ve

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autoras:

Oriana Santiago

Yestefany Carrero

Tutor: Od. Jonathan Hernández

Cotutor: Od. Adriana Andrade

Mérida – Venezuela, agosto 2025

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso por enseñarme el camino para poder alcanzar mi carrera profesional. Su guía, sabiduría y fuerza me han permitido superar los desafíos y llegar hasta aquí. Este logro es el reflejo de su amor y de oraciones que con humildad elevé y me escuchó.

A mi madre Rosa por ser mi inspiración constante, mi ejemplo de amor. Su gran esfuerzo ha hecho que sea posible lograr esta gran meta y su amor inmenso que me acompañó cada día, haciéndome sentir abrazada incluso en los momentos más duros. Este sueño también es tuyo. Te amo con todo mi corazón.

A mis hermanos Brailly y Billy por ser mi impulso, por su cariño inagotable y por estar apoyándome todo el tiempo. Los Amo muchísimo.

Oriana Santiago

www.bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía eterna, mi fortaleza inquebrantable y mi luz en todo momento. Sin su amor y su mano misericordiosa, este logro no habría sido posible, gracias por sostenerme, iluminar mi camino y nunca abandonar mis pasos.

A mí amada madre por sus oraciones constantes, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por ser el pilar de amor y esperanza que me impulsó a seguir adelante. Tu fe y tu apoyo incondicional han sido mi refugio y mi motor en todo momento. Gracias mamita.

A mis hermanas Natalia y Tisisay quienes han sido mis confidentes, amigas y cómplices de vida. Gracias porque la distancia que nunca apagó nuestro amor ni la cercanía de sus corazones, sus palabras, consejos y cariño han llegado siempre a mí, haciéndome sentir acompañada y fortalecida en este camino. Son mi refugio y mi fuerza, aunque la distancia física nos separe.

A mi hermanito Cristian y mis sobrinos Sebastián y Sofía, por llenarme de inspiración y motivación para luchar por un futuro lleno de promesas. Este logro es un reflejo del amor y la fe que he recibido de ustedes. Los amo inmensamente.

Yestefany Carrero

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todo Poderoso, por haberme dado la vida, la fortaleza, la sabiduría y la fe necesaria para recorrer este camino.

A mí misma, por mantenerme firme ante las dificultades y creer en cada paso dado. Me siento orgullosa del camino recorrido y de la pasión con la que viví esta etapa.

A mi mamá, mi ejemplo de vida, esfuerzo y amor. Gracias por estar siempre, por apoyarme sin medida y por demostrarme cada día que el sacrificio y la fe valen la pena. Este logro también es tuyo.

A mi familia, mi base más sólida. Agradezco a cada uno por su amor, sus palabras de aliento, por estar cerca aun en la distancia y por ser parte esencial de mi motivación diaria.

A mi compañera de tesis Yestefany, gracias por tu apoyo, tu compromiso y tu amistad sincera. Recorrer este camino contigo ha hecho todo más especial y llevadero.

A mi universidad, por brindarme las herramientas, el conocimiento y el entorno necesario para formarme como profesional.

A la familia González, por recibirme con tanto cariño y hacerme sentir como en casa. Su apoyo y calidez marcaron esta etapa de forma especial.

A mis pacientes, por confiar en mí y permitirme crecer como profesional. En especial, al Sr. Pedro Montoya, Amparo Somoza y Ana Paredes, por dejar una huella especial en mi formación.

A mi tutor y cotutora, por su guía, paciencia y compromiso. Gracias por confiar en nuestro trabajo y acompañarnos hasta lograr esta meta.

Oriana Santiago

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, doy gracias a Dios, por ser mi guía suprema y fortaleza constante, por iluminar mi camino con su sabiduría infinita y darme la perseverancia necesaria para superar cada obstáculo en este recorrido académico y personal.

A mí misma por la disciplina, el esfuerzo inquebrantable y la pasión con la que emprendí este desafío, manteniendo viva siempre la esperanza y el compromiso con mis sueños.

A mi madre, por su amor incondicional y sus oraciones constantes. Tú has sido mi refugio, mi inspiración y mi fuerza para seguir adelante.

A mis hermanas, quienes, aunque la distancia física nos separe y sus vidas se desarrollen lejos de mí, han permanecido cerca en espíritu; gracias por su apoyo el amor trasciende cualquier frontera.

A mis amigas de la universidad, compañeras de tantas experiencias y aprendizajes, gracias por su amistad y por hacer de este tiempo un momento memorable. En especial, a Oriana Santiago, mi compañera de tesis y amiga inseparable durante toda la carrera, tu compañía, motivación y apoyo han sido fundamentales para alcanzar este logro.

A mis profesores e la universidad, por la valiosa transmisión de conocimientos, por inspirarme y por fomentar en mí el compromiso con la excelencia y el crecimiento constante.

Al profesor Jonathan Hernández, agradezco profundamente su paciencia, sabiduría y guía experta que orientaron cada paso en la elaboración de este trabajo, gracias por acompañarnos con dedicación durante este proceso.

A la profesora Adriana Andrade, por su dedicación, apoyo atento y sus valiosas observaciones que enriquecieron esta investigación.

Yestefany Carrero

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Definición y contextualización del problema.....	3
1.2 Objetivos de la investigación.....	5
1.2.1 Objetivo general.....	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	5
1.3 Justificación.....	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.1.1 Estudios realizados en Venezuela.....	7
2.1.2 Estudios realizados en América Latina.....	8
2.1.3 Estudios realizados en Europa.....	12
2.1.4 Estudios realizados realizados en África.....	12
2.1.5 Estudios realizados en Asia.....	13
2.2 Bases conceptuales.....	15
2.2.1 Salud bucodental.....	15
2.2.2 Enfermedades bucodentales y evaluación de los tejidos bucales.....	18
2.2.3 Higiene bucal y su importancia en la salud oral.....	23
2.2.4 Halitosis: impacto y causas.....	24
2.2.5 Biopelícula dental: estructura y función.....	25
2.2.6 Cálculo dental: formación y características.....	26
2.2.7 Enfermedades gingivales: gingivitis y periodontitis.....	26
2.2.8 Movilidad dental: fisiológica y patológica.....	27
2.2.9 Caries dental: etiología y evolución.....	27
2.2.10 Obturaciones dentales: restauración y estética.....	28

2.2.11 Anomalías en el desarrollo dental: clasificación y características clínicas.....	30
2.2.12 Rehabilitación oral protésica.....	32
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Enfoque, alcance y diseño de investigación.....	34
3.2 Población y muestra.....	35
3.2.1 Población de estudio.....	35
3.2.1.1 Criterios de inclusión.....	36
3.2.1.2 Criterios de exclusión.....	36
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
3.4 Materiales, equipos e instrumentos.....	37
3.5 Método de procedimiento.....	38
3.6 Aspectos bioéticos o éticos.....	38
3. 7 Plan de análisis de resultados.....	39
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	41
4.1 Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	41
4.2 Resultados obtenidos a través de la ficha clínica aplicada a los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes.....	41
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	66
5.1 Discusión general de los resultados.....	66
5.2. Conclusiones.....	70
5.3 Recomendaciones.....	72
REFERENCIAS.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Distribución de la población y muestra por estrato académico en la carrera de Odontología, Universidad de Los Andes.*

Tabla 2. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: labios.*

Tabla 3. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: carrillos.*

Tabla 4. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: lengua.*

Tabla 5. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar duro.*

Tabla 6. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar blando.*

Tabla 7. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: región sublingual-piso de boca.*

Tabla 8. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: calidad.*

Tabla 9. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: halitosis, biopelícula dental, cálculo dental, secuestros radiculares.*

Tabla 10. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: susceptibilidad a la caries dental.*

Tabla 11. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición periodontal de los tejidos, indicador: sangrado al cepillarse, gingivitis inducida y no inducida por biopelícula dental, movilidad dental.*

Tabla 12. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: caries dental.*

Tabla 13. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: obturaciones presentes.*

Tabla 14. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: de volumen.*

Tabla 15. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de forma.*

Tabla 16. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de estructura.*

Tabla 17. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: alteraciones progresivas, indicador: atrición, abrasión, erosión, abfracción, fractura coronaria visible.*

Tabla 18. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: rehabilitación oral protésica, indicador: coronas, prótesis parcial fija, prótesis parcial removible, prótesis total.*

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: labios.*

Gráfico 2. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: carrillos.*

Gráfico 3. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: lengua.*

Gráfico 4. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar duro.*

Gráfico 5. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar blando.*

Gráfico 6. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: región sublingual-piso de boca.*

Gráfico 7. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: calidad.*

Gráfico 8. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: halitosis, biopelícula dental, cálculo dental, secuestros radiculares.*

Gráfico 9. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: susceptibilidad a la caries dental.*

Gráfico 10. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición periodontal de los tejidos, indicador: sangrado al cepillarse, gingivitis inducida y no inducida por biopelícula dental, movilidad dental.*

Gráfico 11. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: caries dental.*

Gráfico 12. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: obturaciones presentes.*

Gráfico 13. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de volumen.*

Gráfico 14. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de forma.*

Gráfico 15. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de estructura.*

Gráfico 16. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: alteraciones progresivas, indicador: atrición, abrasión, erosión, abfracción, fractura coronaria visible.*

Gráfico 17. *Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: rehabilitación oral protésica, indicador: coronas, prótesis parcial fija, prótesis parcial removible, prótesis total.*



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

**ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS ESTUDANTES DE 1ERO A 4TO
AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS
ANDES**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autoras:

Oriana Santiago,

Yestefany Carrero.

Tutor: Od. Jonathan Hernández

Cotutor: Od. Adriana Andrade

Mérida – Venezuela, agosto 2025

RESUMEN

Introducción: La salud bucodental se define tradicionalmente como un estado libre de enfermedades y forma parte de la calidad de vida de las personas, especialmente de aquellos que se forman como futuros profesionales de la odontología; sin embargo, los antecedentes consultados evidenciaron que no es real; tal situación nos impulsó a detenernos en dichos estudios destacando que, existe elevada presencia de caries y enfermedades periodontales en estudiantes del área. **Objetivo:** describir el estado de salud bucodental de los estudiantes de 1ero a 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes. **Metodología:** el enfoque utilizado fue el *cuantitativo*, el alcance *descriptivo* y el diseño *no experimental transeccional descriptivo*. La muestra estuvo conformada por los estudiantes matriculados de 1ero a 4to año, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de datos se realizó mediante observación directa y asistencia técnica, utilizando una ficha clínica como instrumento. Los resultados se analizaron y presentaron mediante tablas y gráficos elaborados en Microsoft Excel. **Resultados:** se evidencia que el 74% presenta caries dental, 55% biopelícula y 41% cálculo dental, además, el 64% mantiene una higiene bucal regular o deficiente. Se observaron condiciones como lengua saburral (76%) y mordisqueo crónico (44%). La gingivitis afectó al 47% y el sangrado gingival al 26%, sin detectarse signos de periodontitis. **Conclusión:** a pesar de su formación en odontología, los estudiantes presentan numerosos problemas bucodentales, lo que evidencia una brecha significativa entre el conocimiento teórico y la práctica efectiva del autocuidado oral.

Palabras Clave: Salud Bucodental, Estudiantes, Odontología.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental es una característica fundamental del bienestar general y de la calidad de vida de las personas, ya que permite realizar diversas funciones esenciales como la formación de palabras, la alimentación y el inicio del proceso digestivo. Los estudiantes de odontología, como futuros profesionales de la salud oral, tienen un interés particular en mantener una óptima salud bucodental, tanto para sí mismos como para sus futuros pacientes. No obstante, diversos estudios han examinado el estado de salud bucodental en esta población, evidenciando que muchos estudiantes presentan condiciones dentales que requieren atención, como la caries dental.

Por ello, resulta imprescindible abordar el estado de salud bucodental de los futuros profesionales en odontología, ya que su propio bienestar oral no solo impacta en su calidad de vida, sino que también influye en su capacidad para promover hábitos saludables y servir de ejemplo a sus futuros pacientes. Comprender la situación actual de este grupo permitirá identificar necesidades, establecer prioridades y contribuir a la formación integral de los estudiantes en contexto.

Desde esta perspectiva, el presente estudio tiene por objetivo describir el estado de salud bucodental de los estudiantes de 1ero a 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes estado Mérida-Venezuela.

Esta investigación se estructura en capítulos organizados de la siguiente manera: el capítulo I exponen el planteamiento del problema, los objetivos del estudio y las fundamentaciones que justifican la realización de la investigación; el capítulo II corresponde al marco teórico, donde se presentan los antecedentes que sustentan el estudio y las bases conceptuales; el capítulo III detalla el marco metodológico, a abarcar el enfoque, alcance y diseño de la investigación, la población y muestras

seleccionadas, los criterios de inclusión y exclusión, las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de datos, el procedimiento metodológico, los aspectos bioéticos y el plan para el análisis de resultados; el capítulo IV contiene la presentación de los resultados, y finalmente, el capítulo V aborda la discusión.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición y contextualización del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucal como el estado de la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permite a las personas realizar funciones esenciales como comer, respirar y hablar. A nivel global, las enfermedades bucodentales afectan a una gran proporción de la población mundial, lo que representa un desafío importante para la salud pública(1).

Entre las afecciones bucodentales más comunes se encuentran la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones(2). Estas condiciones resultan de una interacción compleja de factores, tales como aspectos genéticos, ambientales, socioculturales, económicos y los hábitos de higiene bucal. Por ello, es fundamental ofrecer atención odontológica oportuna para prevenir o corregir estas enfermedades en sus etapas iniciales(3).

La importancia de estas condiciones radica en su incidencia frecuente y su impacto en la calidad de vida de las personas afectadas(4). Adoptar hábitos adecuados de higiene bucal desde la infancia y mantenerlos a lo largo de la vida contribuye significativamente a mejorar el estado de salud bucodental, aunque no todas las personas cuentan con la educación o los recursos necesarios para ello(5).

La salud bucal puede estudiarse de manera general o en grupos más específicos, ejemplo en estudiantes universitarios de diversas disciplinas entre ellos los estudiantes de odontología, de los cuales se espera que tengan una conciencia sólida sobre la salud bucal, ya que su principal objetivo profesional es prevenir, promover y tratar deficiencias en la salud oral de sus pacientes. Si no mantienen una adecuada salud bucal, podrían enfrentar dificultades para cumplir con este objetivo,

afectando su práctica profesional. Al aplicar sus conocimientos a su propia salud oral, no solo se benefician personalmente, sino que también adquieren habilidades prácticas para sus futuros pacientes. Sin embargo, factores como el estrés académico y la falta de acceso a servicios odontológicos preventivos pueden llevar a la negligencia de su propia salud bucodental, comprometiendo su credibilidad y confianza como profesionales(6).

Es así que Santana et al(6), en su estudio realizado en la Universidad del Zulia, estableció que la mayoría de sus estudiantes del pregrado evaluados, presentan condiciones de salud bucal desfavorables y también su grupo familiar poseen bajo ingreso económico mensual, lo cual se podría inferir ha sido un determinante entre otros para la salud–enfermedad de los mismos. Los estudiantes del pregrado de dicha Universidad, requieren atención odontológica integral para restituir la salud bucal y por ende la salud general.

Respecto a los estudiantes de odontología de la Universidad de Los Andes, Montiel realizó un estudio que evidenció condiciones deficientes en la salud bucodental de los estudiantes de segundo año, destacando problemas como caries dental, enfermedad periodontal, traumatismos, apiñamiento y erosión dental(7); Por otra parte, Olávez et al., en su investigación del año 2009, compararon la presencia de caries dental entre estudiantes de las Facultades de Odontología y Arquitectura de la misma universidad. Los resultados no mostraron diferencias significativas en los índices de caries entre ambos grupos, aunque es notable que una proporción considerable del estudiantado presenta esta enfermedad, lo que indica un estado general limitado de salud bucodental en la población universitaria(8).

Se hallaron investigaciones en estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes sobre aspectos de la salud bucodental, los cuales mayormente abordan

hábitos de higiene bucal y estado periodontal(7), hábitos alimenticios, hábitos odontológicos y caries dental(8). Sin embargo, en la literatura no se encontró un estudio que abarque por completo el estado de salud bucodental de los universitarios del área.

Siendo la carrera de Odontología un ámbito académico donde los estudiantes reciben una formación sobre la importancia de la salud bucodental se presenta la siguiente interrogante ¿cuál es el estado de salud bucodental de los estudiantes de 1ero a 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes?.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Describir el estado de salud bucodental de los estudiantes de 1ero a 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes en el estado Mérida-Venezuela.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar el estado general de la salud bucal de los estudiantes, incluyendo el aspecto general de la boca, la higiene oral y la condición de los tejidos periodontales.
- Caracterizar las condiciones dentales y observar presencia de anomalías del desarrollo y alteraciones regresivas en los dientes.
- Identificar la presencia de rehabilitación protésica en los estudiantes como indicador del estado de salud bucodental.

1.3 Justificación

La presente investigación se justifica en virtud de las siguientes razones:

Desde una perspectiva social, este estudio beneficiará a los estudiantes de odontología al proporcionarles un análisis detallado del estado de salud bucodental

dentro de su propio entorno académico. Este conocimiento ampliará su visión profesional, permitiéndoles comprender de manera más integral la importancia de la prevención en la salud bucal. Como futuros odontólogos, podrán aplicar este criterio evaluativo para promover tratamientos preventivos en lugar de restaurativos, contribuyendo así a la reducción de las complicaciones y consecuencias adversas asociadas con las enfermedades bucales en la comunidad.

En términos teóricos y prácticos, la investigación fomentará un mayor interés y compromiso entre los estudiantes, al posibilitar que evalúen si están aplicando en su propia salud bucodental los conocimientos adquiridos durante su formación académica. Este proceso de autoevaluación promueve un aprendizaje significativo y profundo, fortalece las habilidades críticas y reflexivas, y sensibiliza a los estudiantes sobre la importancia del autocuidado, aspecto fundamental para su desarrollo profesional y personal.

Finalmente, esta investigación se enmarca dentro de la línea de investigación en Epidemiología y Salud Pública en Odontología de la Universidad de Los Andes, lo que la posiciona como un aporte valioso para futuros estudios. Los resultados obtenidos podrán servir como base para identificar factores de riesgo específicos en esta población, facilitando el diseño de estrategias preventivas y políticas de salud bucodental más efectivas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A continuación, se presentan estudios relacionados con el tema que nos compete, los cuales contribuyen al fundamento de esta investigación. Estos antecedentes están organizados de acuerdo con un orden temático para ofrecer una visión estructurada de las investigaciones previas en el campo. Además, los artículos incluidos en cada categoría se ordenan geográficamente, comenzando por Venezuela, seguido de Latinoamérica, Europa, África y, por último, Asia.

2.1.1 Estudios realizados en Venezuela

Olávez et al(8), en el año 2009, realizaron un estudio comparativo en estudiantes de las Facultades de Odontología y Arquitectura de la Universidad de Los Andes, con el objetivo de analizar los hábitos alimenticios, las prácticas de higiene bucal y el estado de salud bucodental. Para ello, se aplicó una encuesta estructurada y se realizó un examen clínico para evaluar el índice CPOD (caries, piezas perdidas y obturadas) en una muestra aleatoria de 57 estudiantes de Arquitectura y 56 de Odontología. Los resultados mostraron que, en ambos grupos, la presencia de obturaciones fue el factor con mayor influencia. A pesar de la homogeneidad demográfica entre ambos grupos, es necesario que los estudiantes de Odontología adopten hábitos de higiene bucodental más favorables, lo cual podría atribuirse al conocimiento y la motivación derivada de su formación académica.

Santana et al(6), en el año 2018, llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal para caracterizar el perfil epidemiológico bucal y las necesidades de tratamiento odontológico en una muestra de 3.550 estudiantes universitarios de la

Universidad del Zulia, de entre 16 y 45 años. La evaluación bucal, realizada siguiendo los criterios de las Encuestas de Salud Bucal de la OMS, reveló que una proporción significativa de los participantes presentaba experiencia de caries, así como presencia de placa bacteriana y cálculo dental. Estas condiciones reflejan un estado de salud bucodental desfavorable en la mayoría de los estudiantes evaluados, lo que subraya la importancia de profundizar en la evaluación y promoción del cuidado oral en poblaciones universitarias.

2.1.2 Estudios realizados en América Latina

Arrieta et al(9), en el año 2011 realizaron un estudio descriptivo transversal con una muestra estratificada probabilística de 234 estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, Colombia, con el propósito de caracterizar el estado de salud bucodental y su asociación con variables demográficas. Las evaluaciones clínicas se realizaron a cabo mediante los índices COP, ICDAS II, INTCP y el índice simplificado de higiene bucal de Green y Vermillion. El análisis incluyó estadística univariada para distribución de frecuencias y promedios, análisis bivariado y prueba de Chi cuadrado para determinar significancia. Los resultados evidenciaron una carga significativa de morbilidad bucal, principalmente en etapas iniciales de las lesiones, lo que posibilita un diagnóstico oportuno para prevenir su progresión. El estudio identificó que una proporción considerable de estudiantes presentó experiencia de caries dental, siendo mayor en estudiantes pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos. Además, los indicadores periodontales resaltaron una mayor ocurrencia de lesiones precavitacionales, sangrado al sondaje y presencia de cálculo dental. Estos hallazgos reflejan condiciones bucodentales que requieren atención preventiva y seguimiento, destacando la importancia de la detección temprana en esta población universitaria.

Marulanda et al(10), desarrollaron en el año 2014 una investigación para evaluar la relación entre las prácticas de higiene bucal (incluido fumar tabaco) y la acumulación de biopelícula y/o el sangrado periodontal al sondaje (BOP), con una muestra de 355 estudiantes de primer año en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, seleccionados aleatoriamente entre 3.251 que ingresaron a la universidad. Los universitarios recibieron un examen periodontal y fueron entrevistados sobre prácticas de higiene bucal. Los parámetros clínicos analizados fueron el Índice de placa de O'Leary, sangrado al sondaje, margen gingival y cálculo de la pérdida del nivel de vinculación clínica. Los análisis se realizaron utilizando el software JMP v. 8.0 (SAS Institute Inc., Cary, EE. UU.). En promedio los participantes tenían alrededor de 2,7 bolsas de al menos 4 mm, aunque con una gran variabilidad. Solo un pequeño porcentaje tenía muchas bolsas profundas (más de 5 o 10). Además, la pérdida de inserción clínica también fue moderada, con un promedio de 2,1 sitios afectados, y solo un 8% fue diagnosticado con periodontitis moderada, sin casos de periodontitis grave. A pesar de tener altos niveles de biopelícula y sangrado, los signos de enfermedad periodontal avanzada fueron mínimos.

Seminario(11) en el 2016, llevó a cabo una investigación con el propósito de describir el estado de salud bucodental y la necesidad de tratamiento en estudiantes del séptimo ciclo de la Universidad Alas Peruanas durante el año académico 2016 II. Para ello, se empleó una ficha basada en los códigos y criterios recomendados por la Organización Mundial de la Salud. Se analizó un total de 1,056 piezas dentales, de las cuales el 61% se encontró en buen estado, equivalente a 641 unidades dentales sanas en la muestra total. Los dientes afectados por caries constituyeron el 17% (182 piezas), mientras que aquellos obturados y sin presencia de caries representaron el 10%. Las piezas dentales ausentes correspondieron al 2%, y las no erupcionadas al

9%. En general, la mayoría de los estudiantes examinados mostraron condiciones favorables de salud bucal, reflejando una necesidad limitada de tratamiento odontológico.

Mejía(12) en el año 2019, desarrolló una investigación para estimar la prevalencia de caries dental en estudiantes de la Escuela profesional de Estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza Chachapoyas Perú. Con un enfoque cuantitativo; descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Para ello, se utilizó una ficha de recolección de datos basada en el odontograma y el índice CPOD. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los estudiantes presentaban caries dental o remanentes radiculares, además de una presencia considerable de pérdidas dentales. El índice CPOD promedio fue de 7.33, valor que indica un nivel alto de afectación bucodental en esta población. Estos hallazgos reflejan que, a pesar de su formación en el área de la salud bucal, los estudiantes enfrentan desafíos significativos en el mantenimiento de una adecuada salud bucodental.

Marrufo et al(13), en el año 2021 observaron la prevalencia de caries dentales en los estudiantes de 8vo y 9no ciclo de la clínica odontológica de la Universidad Peruana Los Andes; la muestra fue no probabilística, por conveniencia de 84 universitarios de 20 a 49 años de edad de ambos sexos. Fue un estudio descriptivo, prospectivo y trasversal. La recopilación de datos demostró el índice CPOD y los hábitos de higiene oral. Los resultados indicaron que la mayoría de los participantes (90,48%) presentaban entre 1 y 11 caries dentales. Asimismo, el índice de higiene bucal se clasificó como regular en el 67.9% de los estudiantes. Estos hallazgos reflejan un estado de salud bucodental que varía de regular a deficiente en esta

población, lo que destaca la importancia del autocuidado y la formación en hábitos de higiene bucal durante la etapa universitaria.

Solano et al(14), en el 2015 hicieron un trabajo para describir la prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). El estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, se trabajó con dos bases de datos (Base 1: 3454 registros y Base 2: 3417 registros) provenientes de estudiantes de la UPCH proporcionados por el área administrativa de la Clínica Dental Docente de la misma institución. Las variables de estudio fueron la prevalencia y experiencia de caries dental (Índices CPOD y CPOS) según facultades, las pruebas estadísticas utilizadas fueron Chi-cuadrado y Kruskal Wallis, contando con un nivel de confianza de 95% y $p < 0,05$, se usó el programa estadístico SPSS v. 20.0. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en la experiencia de caries dental entre las facultades, observándose valores más altos en la Facultad de Enfermería y menores en la Facultad de Estomatología. Existen variaciones en el estado de salud bucodental en estudiantes de distintas áreas académicas, subrayando la importancia de considerar estas diferencias en el diseño e implementación de intervenciones y estrategias preventivas específicas.

Romero et al(15), en el año 2016 realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de gingivitis e identificar factores de riesgo asociados en universitarios de primer ingreso a través de un estudio transversal, se encuestó a 1.387 estudiantes de licenciatura de la Universidad Autónoma de Guerrero. Los instrumentos usados: un cuestionario autoadministrado, formatos para inspección bucal y levantamiento de índice de higiene oral de Green y Vermillion simplificado, e índices de placa y gingivitis de Löe y Silness simplificados. La prevalencia de gingivitis en este estudio fue alta y los factores asociados fueron: detritos, mala higiene oral,

diastemas y desgastes en cervical, este último factor protector a gingivitis pero que acelera la recesión gingival.

2.1.3. Estudios realizados en Europa

Pavleova et al(16), en el año 2015, en la Universidad Comenius y Hospital St Elisabeth, Bratislava, Eslovaquia realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de caries dental en estudiantes de odontología. El grupo de estudio estuvo compuesto por 30 jóvenes entre 21 y 23 años. Se hizo la revisión clínica para evaluar y registrar la experiencia de caries utilizando DFT clin para el índice de dientes cariados y obturados, y DFS clin para dientes cariados y obturados; se implementaron métodos analíticos modernos en radiografía. Para la evaluación estadística de las diferencias de valores se utilizó el software SPSS 16.0. Los resultados muestran que hay más lesiones superficiales y en las mujeres la prevalencia de caries fue mayor que en los hombres. La experiencia de caries en una o pocas superficies dentales y la baja diferencia entre los índices DFT y DFS muestran la posibilidad de preservar las estructuras dentales y prevenir consecuencias adicionales.

2.1.4 Estudios realizados en África

Maatouk el al(17), en el año 2006 realizaron un seguimiento a un grupo de estudiantes de odontología que habían sido evaluados inicialmente en 1998-99. El objetivo era analizar cómo la formación en odontología influía en sus prácticas de cuidado bucal en su quinto año de carrera. La muestra estuvo compuesta por 155 jóvenes de entre 21 y 25 años. Para la evaluación, utilizaron un examen dental estándar con instrumentos de limpieza, un formulario simplificado de la OMS y calcularon el índice periodontal de densidad (CPITN) para determinar las necesidades de tratamiento. Los resultados revelaron que una gran proporción, aproximadamente

el 84,3%, presentaba trastornos periodontales, y el 43% tenía caries dental. Entre los problemas más comunes estaban la maloclusión, las afecciones periodontales, el cálculo (que fue el problema periodontal más frecuente), la caries y la fluorosis dental. Esto muestra que, a pesar de su formación, muchos jóvenes aún enfrentan desafíos en su salud bucal.

2.1.5 Estudios realizados en Asia

Mahmood(18), realizó en el 2017 una comparación del estado de salud bucal y el comportamiento entre primer y quinto año de estudiantes de odontología. La muestra total estuvo compuesta por 50 de primer año (25 hombres, 25 mujeres) y 60 de quinto año (30 hombres, 30 mujeres). Se registraron índices de biopelícula y gingival e índices de caries dental (DMFS y CPOD) para evaluar el estado de salud bucal de cada uno de ellos. Se entregaron más cuestionarios para evaluar diferentes hábitos de higiene bucal. Entre los resultados resaltan que los valores medios de placa e índices gingivales en el primer año fueron superiores a los del quinto año para hombres y mujeres con una diferencia altamente significativa; mientras que los valores medios del índice de placa fueron (1,17, 0,83 para hombres de primer y quinto año respectivamente y 1,02, 0,47 para mujeres de primer y quinto año respectivamente) y los valores medios del índice gingival fueron (0,89, 0,51 para hombres de primer y quinto año respectivamente y 0,78, 0,31 para mujeres de primer y quinto año respectivamente). Concluyen que las diferencias en el estado de salud bucal y las tasas de comportamiento entre los de primer y último año se pueden atribuir al bajo nivel de educación dental en los estudiantes de primer año que necesitaban mejoras en la educación sobre higiene bucal en el futuro, que incluyen la

importancia del cepillado adecuado de los dientes y uso de ayudas interdetales para prevenir las enfermedades periodontales y caries dental

Kausar et al(19), en el año 2019 realizó un estudio a universitarios de pregrado de odontología, de mayo 2017 a enero 2018 para evaluar las diferencias de género en la prevalencia de caries dental. Estudio observacional transversal. Muestra 156 estudiantes que representaban a ambos géneros, entre 18 y 25 años. Se utilizó el (índice CPOD) para cuantificar la caries dental. La relación entre el género y la prevalencia de caries dental se evaluó mediante la prueba de Chi-cuadrado. Concluyeron que el género femenino fue el más afectado por caries dental. Según la escala CPOD se presentó un nivel bajo de caries dental. La relación entre la puntuación CPOD y los grupos de edad fue altamente significativa desde el punto de vista estadístico. Sin embargo, el factor decaído de la puntuación CPOD promedio fue significativo, mientras que otros factores de la puntuación CPOD no fueron significativos.

Lalani et al(20), en el 2015 desarrollaron un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre el comportamiento de salud bucal, la higiene bucal y el estado gingival de 137 estudiantes de odontología de tercer y último año; el instrumento fue un cuestionario del Inventario de comportamiento dental (HU-DBI) de la Universidad de Hiroshima, constaba de veinte respuestas polares (de acuerdo/en desacuerdo) con respecto al comportamiento relacionado con la salud bucal. Se incluyeron 2 preguntas más sobre frecuencia del cepillado y uso de hilo dental, así mismo, el examen de salud bucal para evaluar placa y estado gingival. Los datos se analizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado, la prueba t de muestra independiente y la correlación de Pearson. Concluyeron que existe una relación significativa entre el comportamiento de salud bucal, higiene bucal y estado gingival entre ellos.

Fazli(21), en el 2011 realizaron un estudio para evaluar y comparar la prevalencia de periodontitis en ambos sexos de jóvenes de odontología. Se recogieron 118 radiografías, las cuales se escanearon y cargaron en un software informático específico para medir la cantidad de pérdida ósea en las radiografías. La distancia desde la unión amelocementaria hasta la cresta alveolar se midió en milímetros de cada sitio mesial y distal de los premolares superiores e inferiores, el primer molar y el sitio mesial del segundo molar. Se analizaron las mediciones de 1322 sitios mediante la prueba T de Student para comparar las diferencias de género. Todos mostraron una prevalencia del 100% de periodontitis debido a una pérdida ósea de más de 1 mm al menos en un sitio. Los hombres mostraron mayor prevalencia que las mujeres.

2.2 Bases conceptuales

2.2.1 Salud bucodental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades(22). Esta concepción se amplía hacia una visión más dinámica, entendiendo la salud como el logro del más alto nivel de bienestar y capacidad funcional que permiten los factores sociales en los que el individuo y la colectividad están inmersos(23).

El derecho a la salud es reconocido como uno de los derechos fundamentales del ser humano, lo que implica que los Estados deben asumir el compromiso de garantizar servicios sanitarios adecuados y suficientes, conforme a los lineamientos de la OMS(24,25). En Venezuela, esta garantía se encuentra respaldada en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), específicamente en los artículos 83, 84 y 8, que establecen la salud como un derecho social fundamental

y una obligación del Estado(26,27). Así, el derecho a la salud se consolida como un compromiso corresponsable entre el Estado y la sociedad, donde ambos actores participan activamente en la protección y mejora del bienestar colectivo(27).

Dentro de esta visión integral de la salud, la salud bucodental juega un papel fundamental. Tradicionalmente definida como el estado bucal libre de enfermedades que contribuye al funcionamiento normal de la boca(24), la salud bucodental abarca la ausencia de trastornos como dolor orofacial, cáncer de boca o garganta, infecciones, úlceras bucales, enfermedades periodontales, caries y pérdida de dientes, entre otros. Mantener una boca sana es esencial no solo para funciones básicas como morder, masticar, sonreír y hablar, sino también por su impacto en el bienestar psicosocial del individuo(28).

En 2016, la Federación Dental Internacional (FDI) redefinió la salud bucodental de manera integral, reconociéndola como una condición multifacética que involucra la capacidad de oler, tocar, saborear, masticar, tragar, sonreír, hablar y transmitir emociones mediante expresiones faciales con confianza y sin molestias, dolor o enfermedades en la región craneofacial(25). Esta definición resalta la estrecha relación entre la salud bucodental, la salud general y el bienestar, pues la capacidad para masticar y tragar adecuadamente es vital para la nutrición y, por ende, para mantener un buen estado de salud(29).

Además, una buena salud bucodental favorece la comunicación y la autoestima, aspectos clave para la integración social y la calidad de vida(30). Por el contrario, una mala salud bucal puede tener repercusiones profundas en la salud general y el bienestar de las personas(28). A pesar de ello, existe una brecha entre la importancia reconocida de la salud bucodental y la forma en que se aborda en las políticas y prácticas de salud pública. En múltiples ocasiones se ha señalado que “la

boca es el espejo de la salud o enfermedad” y funciona como un sistema de alarma para afecciones sistémicas, evidenciando que los problemas bucales no son únicamente dentarios(23,27).

No obstante, la OMS advierte que la salud bucodental rara vez se considera una prioridad en las políticas de salud general, y que la atención odontológica suele limitarse al ámbito privado(22,26,31,32). Esta situación se refleja en los perfiles epidemiológicos nacionales, como el “Estudio para la Planificación Integral en Odontología” (EPIO) y el “Proyecto Venezuela” de FUNDACREDESA, que evidencian la alta prevalencia de enfermedades bucodentales en el país(22).

En este contexto, la salud bucodental debe ser abordada desde un enfoque de salud pública que enfatice la promoción, prevención y acceso equitativo a los servicios odontológicos para toda la población. La salud pública en odontología se centra en la valoración de las necesidades bucodentales comunitarias y en la implementación de políticas y programas orientados a fomentar hábitos saludables, fortalecer la educación para la salud oral y desarrollar preventivas a gran escala, como la fluoración del agua y campañas comunitarias de educación oral. Este enfoque integral permite reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades bucales, mejorar la calidad de vida y disminuir las desigualdades sociales en el acceso a la atención dental, priorizando la prevención y la intervención oportuna, especialmente en poblaciones vulnerables. La integración de la salud bucodental en los sistemas generales de atención primaria resulta esencial para avanzar hacia un modelo de salud pública más equitativo y eficiente, respondiendo a los altos índices de morbilidad bucal reflejados en los estudios nacionales(24).

2.2.2 Enfermedades bucodentales y evaluación de los tejidos bucales

Las enfermedades bucodentales constituyen un grupo heterogéneo de afecciones y deformaciones que afectan la cavidad bucal y el macizo orofacial, comprometiendo tanto los tejidos duros (dientes y huesos) como los blandos (mucosas, soporte fibroso y muscular)(33). Estas patologías tienen una alta prevalencia mundial y forman parte del día a día de la población, aunque muchas veces son asintomáticas y solo detectables mediante una evaluación clínica especializada(2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucodentales más frecuentes a nivel global incluyen la caries dental, las afecciones periodontales, el cáncer de boca, enfermedades infecciosas, traumatismos y lesiones congénitas(30). La caries dental afecta entre el 60% y 90% de los escolares y prácticamente al 100% de los adultos en todo el mundo, posicionándose como una de las enfermedades más comunes(30). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que nueve de cada diez personas están en riesgo de padecer alguna enfermedad bucodental(34).

Los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de estas enfermedades son múltiples y abarcan desde hábitos nocivos hasta enfermedades sistémicas crónicas, cardiovasculares, de transmisión sexual, respiratorias y gástricas. Además, la mala higiene oral una alimentación inadecuada, y factores sociales, económicos y educativos influyen significativamente en la incidencia y severidad de estas patologías(35).

La inspección clínica de los tejidos bucales es fundamental para evaluar el estado de salud bucodental y detectar si existen alteraciones. La evaluación comienza con la observación externa de los labios, analizando coloración, hidratación, simetría

y posibles lesiones en piel y mucosas. Posteriormente, se inspecciona la cara interna, revisando la coloración, hidratación y la integridad de los frenillos labiales superior e inferior(36).

En condiciones normales, los labios presentan una coloración rosada y uniforme, aunque en personas de piel oscura pueden tener tonalidades marrones. Su superficie lisa y brillante indica hidratación adecuada. Las encías deben ser rosadas y cubrir la raíz dental, mientras que la mucosa de carrillos y paladar debe ser rosada y brillante. La lengua, con forma triangular, muestra una mucosa rosada y papilas en su cara superior, y venas azules visibles en su cara inferior. Las amígdalas palatinas y la mucosa de la orofaringe presentan coloración rosada y superficie lisa, sin ulceraciones ni secreciones(37–39).

Diversas alteraciones pueden manifestarse en los tejidos bucales, reflejando tanto condiciones locales como sistémicas. En los labios, se observan manifestaciones como palidez por anemia, cianosis por alteraciones circulatorias e hiperpigmentación en enfermedades como Addison o cirrosis hepática. Además, la queilitis, una inflamación labial, puede ser secundaria a infecciones, traumatismos o factores ambientales(36).

Entre las formaciones no patológicas de los labios destacan los *puntos de Fordyce*, pequeñas formaciones amarillentas de 1 a 2 mm en mucosa yugal y labial, correspondientes a glándulas sebáceas ectópicas benignas. También pueden aparecer *fositas o fístulas congénitas* en las comisuras o laterales del labio inferior, que pueden drenar saliva si son profundas, aunque generalmente sin importancia clínica salvo complicaciones. Otra variación común es el *apéndice del frenillo labial*, fragmento mucoso asintomático sin necesidad de tratamiento(40).

En lesiones pigmentadas, la *mácula melanótica* se caracteriza por ser una lesión parda lisa y asintomática, menor de 1 cm, ubicada preferentemente en el bermellón del labio inferior(41). El *mucocele* aparece como una tumefacción azulada, indolora y fluctuante causada por la ruptura u obstrucción de un conducto de glándula salival accesorio, frecuentemente en el labio inferior, especialmente en niños y asociado a traumatismos(42). Finalmente, el *herpes labial recurrente* se manifiesta con vesículas agrupadas rodeadas por halo eritematoso, que al romperse forman costras y ulceraciones cubiertas por pseudomembrana fibrinosa, con factores desencadenantes como estrés, cambios hormonales, exposición solar e inmunosupresión(43).

En la mucosa de los carrillos, pueden presentarse diversas lesiones. La *Morsicatio Buccarum o mordisqueo crónico de la mucosa*, se manifiesta como placas blanquecinas resultantes del traumatismo repetido de la mucosa yugal o labial. Este cambio de coloración se debe al aumento de queratina en el epitelio como respuesta protectora ante el daño tisular(44). Por otro lado, el *liquen plano* se caracteriza por la presencia bilateral de líneas blancas organizadas en un patrón reticulado, conocidas como estrías de Wickham. Finalmente, el *leucoedema* es una alteración de la mucosa de los carrillos que se observa como una coloración blanquecina o blanco-grisácea, bilateral y de bordes mal definidos. Esta coloración no se elimina con el raspado y disminuye o desaparece al distender la mucosa, lo que contribuye a su diagnóstico diferencial(45).

En la lengua se manifiestan diversas alteraciones asociadas a infecciones, deficiencias nutricionales y enfermedades sistémicas(46). En cuanto a las alteraciones de tamaño tenemos, la *macroglosia* se caracteriza por una lengua anormalmente grande que, en posición de reposo, sobresale más allá del borde

alveolar o de las unidades dentales. Esta condición puede presentarse como una lengua alargada o ancha y suele estar asociada con mordida abierta anterior o posterior, prognatismo y maloclusión, con o sin mordida cruzada(47). Otra condición frecuente es la *lengua saburral*, que se observa como una placa blanquecina o amarillenta en el dorso lingual, debida al acúmulo de detritus en la superficie. La *lengua dentada* se manifiesta mediante impresiones superficiales en los márgenes de la lengua causadas por la presión de los dientes contiguos. Por otro lado, la *lengua fisurada* presenta surcos de diversa profundidad en el dorso; en casos leves no suele causar molestias, pero si las fisuras son profundas y extensas, pueden acumular restos alimenticios, provocando inflamación, dolor y sobreinfección micótica(48). En la *lengua geográfica* se observan placas rojas, lisas y brillantes en el dorso, correspondientes a áreas de pérdida de las papilas filiformes. Estas áreas están delimitadas por una franja blanquecina amarillenta y elevada, con un patrón migratorio variable que cambia su disposición semanalmente(49). La *lengua vellosa* resulta de una hipertrofia de las papilas filiformes que se alargan sin perder la capa superficial de queratina, produciendo una apariencia de finos “vellos” en el dorso lingual(50). Por su parte, la *glositis romboidal media* se caracteriza por una placa rojiza en forma romboidal en la línea media del dorso, anterior a las papilas caliciformes, cuya superficie puede ser plana o con aspecto mamelonado, atribuida a la atrofia de las papilas filiformes(51). La *anquiloglosia o lengua "atada"* se debe a un frenillo lingual corto que fija la punta de la lengua y limita sus movimientos(52). También son comunes las *varices linguales*, donde las venas superficiales del piso de la boca y la cara ventral de la lengua se encuentran dilatadas y prominentes, con coloración violácea o azulada(53).

Entre las lesiones reactivas de la mucosa bucal destaca la *úlceras traumática*, frecuente y causada por traumatismos como mordeduras, trauma asociado a prótesis mal adaptada u ortodoncia, dientes mal posicionados, bordes filosos o uso inadecuado del cepillo dental. Asimismo, el *fibroma traumático* se presenta clínicamente como un crecimiento bien delimitado, firme, sésil o pediculado, con superficie lisa y mucosa de aspecto normal. Es generalmente asintomático, de evolución prolongada y tamaño variable, pudiendo alcanzar hasta 2 cm(54).

El paladar puede presentar diversas alteraciones tanto congénitas como adquiridas(55). Entre las congénitas destaca el *paladar hendido*, un defecto del desarrollo caracterizado por la ausencia de fusión completa de las crestas palatinas, lo que genera una comunicación anómala con la cavidad nasal, además de deformidades asociadas a sífilis congénita y lesiones ocasionadas por infecciones y neoplasias(56). El *torus palatino* es una protuberancia ósea benigna de crecimiento lento y formas variables que se localiza típicamente en la línea media del paladar duro; aunque por lo general asintomático, su tamaño puede interferir con la adaptación de prótesis dentales o la fonación(57). La *estomatitis subprotésica* consiste en la inflamación de la mucosa en la zona de apoyo de prótesis removibles, manifestándose clínicamente como un eritema difuso localizado, acompañado en ocasiones por petequias o agrandamientos, según el grado de severidad(58). Por último, el *paladar ojival o profundo* se caracteriza por ser estrecho y muy elevado, con una forma similar a una campana, y suele asociarse a hábitos como la respiración bucal, succión digital, empuje lingual, uso prolongado del chupón y macroglosia(59).

En el piso de la boca se pueden presentar alteraciones como la *ránula*, la cual corresponde a una extravasación pseudoquística de mucina causada por la ruptura u obstrucción del conducto de la glándula sublingual. Clínicamente, se caracteriza por

una inflamación unilateral de crecimiento lento, de consistencia blanda y coloración azulada. Por otro lado, el *torus mandibular* es una excrecencia ósea benigna localizada en la cara interna de la mandíbula, sobre la línea milohioidea. Esta lesión adopta diversas formas y, en más del 80% de los casos, su aparición es bilateral(60).

2.2.3 Higiene bucal y su importancia en la salud oral

La higiene bucal es tanto una ciencia como un arte que busca mantener los dientes y tejidos gingivales limpios y saludables, principalmente mediante el cepillado dental y el uso de dentífricos. Su objetivo fundamental es eliminar los restos de alimentos que se acumulan en la superficie dental para prevenir la formación de biopelícula dental, principal factor etiológico de las enfermedades bucodentales(61). Existen diversas técnicas y tipos de cepillos, dentífricos y productos auxiliares, cuyo uso debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente para asegurar una buena salud bucal(62).

La importancia de una adecuada higiene oral se refleja en la clasificación clínica del estado bucal, que puede categorizarse en bueno, regular o malo. En un estado bucal bueno, la ausencia o mínima presencia de biopelícula y lesiones cariosas indica un control efectivo de microorganismos lo que previene la inflamación gingival y mantiene la salud periodontal. En contraste, un estado regular se caracteriza por la presencia visible de biopelícula y signos iniciales de gingivitis, reflejando un control insuficiente de la higiene oral que puede evolucionar hacia enfermedades más severas. Finalmente, un estado malo se asocia con biopelícula madura, irritantes locales como el cálculo dental, múltiples lesiones cariosas, enfermedad periodontal y halitosis, evidenciando un desequilibrio microbiológico que compromete la salud bucal y la calidad de vida del paciente(63).

Por ello, la orientación profesional y la educación en técnicas adecuadas de higiene bucal son fundamentales para motivar a los pacientes a mantener un control óptimo, prevenir la progresión de enfermedades bucodentales y evitar complicaciones como la halitosis. Mantener dientes estructuralmente íntegros y en armonía con los tejidos circundantes no solo garantiza la función y estética oral, sino que también contribuye al bienestar general(61,62).

2.2.4 Halitosis: impacto y causas

La halitosis, o mal aliento, se produce por la liberación de compuestos volátiles malolientes provenientes de la cavidad oral. Aunque afecta a personas de todas las edades y perfiles, su impacto va más allá de lo físico, afectando la autoestima, autoconfianza y relaciones sociales(64). Su etiología es multifactorial, con causas no orales relacionadas a problemas sistémicos y medicamentos, y causas orales vinculadas principalmente a la acumulación de biopelícula bacteriana y enfermedades periodontales(65–67). La enfermedad periodontal, en particular, agrava la severidad del mal olor al aumentar la producción de compuestos sulfurados volátiles (CVS) en las bolsas periodontales(67). Además, el uso de aparatos de ortodoncia, especialmente brackets tradicionales, puede incrementar la halitosis debido a la mayor acumulación de biopelícula(66).

Por otro lado, los restos radiculares son fragmentos dentales que resultan de patologías dentales severas, como caries profundas o fracturas coronarias, que destruyen la corona dental y no permiten rehabilitación convencional. La permanencia de estos restos en la cavidad bucal puede provocar infecciones óseas crónicas, incluyendo osteomielitis, abscesos, quistes radiculares, granulomas y pulpitis hiperplásica, condiciones que no solo generan dolor y destrucción ósea, sino que también contribuyen a la proliferación bacteriana y la inflamación local(68). Estas

infecciones crónicas y procesos inflamatorios asociados a los restos radiculares favorecen la producción de compuestos malolientes, incrementando la halitosis y causando molestias en la masticación(69).

Por lo tanto, la presencia de restos radiculares no tratados representa un factor importante en la etiología de la halitosis, ya que constituye un foco infeccioso que potencia la acumulación bacteriana y la liberación de compuestos volátiles malolientes. Además, la presencia de secuestros radiculares indica un estado de salud bucodental deficiente, reflejando procesos infecciosos crónicos no controlados en la cavidad oral. La extracción oportuna de estos remanentes es fundamental para eliminar la fuente de infección, mejorar la salud bucal y reducir los síntomas de mal aliento, contribuyendo así al bienestar general del paciente(68).

2.2.5 Biopelícula dental: estructura y función

La biopelícula dental es una comunidad microbiana organizada que se forma sobre diversas superficies bucales, incluyendo dientes, surco gingival y lengua. Está compuesta por microorganismos fisiológicamente diversos inmersos en una matriz polimérica extracelular que les confiere protección y resistencia frente a las defensas del huésped y tratamientos antimicrobianos(70). Su desarrollo depende de factores ambientales como humedad, temperatura, nutrientes y flujo de líquidos(71).

Visualmente, la biopelícula puede pasar desapercibida debido a su color blanco-amarillento similar al esmalte, por lo que se emplean agentes reveladores para su identificación clínica(72). La acumulación y maduración de la biopelícula es el principal factor etiológico en el desarrollo de enfermedades gingivales y periodontales, al alterar el equilibrio entre huésped y microorganismos(70).

2.2.6 Cálculo dental: formación y características

El cálculo dental es el resultado de la mineralización de la biopelícula dental, constituida por microorganismos, saliva y restos alimenticios. Se deposita preferentemente en las caras linguales de los incisivos inferiores y vestibulares de los molares superiores, zonas cercanas a las glándulas salivales(73). El cálculo puede ser supragingival (amarillo) o subgingival (marrón), y es mecánicamente difícil de eliminar, requiriendo intervención profesional mediante raspado radicular(73).

2.2.7 Enfermedades gingivales y periodontales: gingivitis y periodontitis

Las enfermedades gingivales son un conjunto de patologías localizadas exclusivamente en la encía, siendo la gingivitis inducida por biopelícula la más común(74,75). La gingivitis es una inflamación reversible caracterizada por edema, enrojecimiento y sangrado gingival, generalmente indolora pero con signos clínicos sutiles(15,76,77). Su prevalencia aumenta con la edad y está influenciada por factores socioeconómicos y demográficos(76).

La progresión de la gingivitis depende del umbral individual de acumulación de biopelícula dental y está modulada por factores locales (anatomía dental, sequedad bucal) y sistémicos (tabaquismo, hiperglucemia, deficiencia de vitamina C, medicamentos, cambios hormonales y afecciones hematológicas)(77). La clasificación actual distingue entre gingivitis inducida por biopelícula y enfermedades gingivales no inducidas por biopelícula, estas últimas relacionadas con condiciones sistémicas o genéticas que requieren un abordaje diagnóstico diferenciado(77,78).

Por su parte la periodontitis es una enfermedad inflamatoria multifactorial crónica asociadas a la biopelícula dental disbiótica que se caracterizan por la destrucción progresiva del aparato de soporte dental. Sus características principales incluyen la pérdida de soporte del tejido periodontal, que se manifiesta a través de la pérdida de inserción clínica (PIC) y la pérdida ósea alveolar evaluada

radiográficamente, la presencia de sacos periodontales y sangrado gingival. Se han identificado tres formas diferentes de periodontitis: enfermedad periodontal necrosante, periodontitis como una manifestación de enfermedad sistémica y periodontitis; donde se agrupan las formas previamente reconocidas como periodontitis crónica y periodontitis agresiva (78).

2.2.8 Movilidad dental: fisiológica y patológica

La movilidad dental fisiológica es posible gracias al ligamento periodontal que conecta el diente con el hueso alveolar. Sin embargo, la movilidad patológica puede ser causada por enfermedad periodontal, trauma oclusal, ligamentitis o movimientos ortodónticos(79). Se clasifica en grados de 0 a 3 según la amplitud y dirección del movimiento(79).

2.2.9 Caries dental: etiología y evolución

La caries dental es una enfermedad crónica multifactorial que afecta los tejidos calcificados del diente mediante la desmineralización causada por ácidos producidos por bacterias en la placa(7,80). Su desarrollo depende del equilibrio entre procesos de desmineralización y remineralización, influenciado por el pH oral, la calidad de la saliva y la dieta(81,82).

La caries inicia con lesiones en el esmalte, manifestadas clínicamente como manchas blancas, y puede progresar hacia la dentina y cemento radicular, afectando la pulpa y pudiendo causar pulpitis, necrosis y abscesos si no se trata(83–87). La susceptibilidad individual a la caries está determinada por factores genéticos, calidad del esmalte, higiene oral y dieta(88).

2.2.10 Obturaciones dentales: restauración funcional y estética

Las obturaciones dentales son procedimientos fundamentales en odontología para recuperar la estructura, función y morfología de dientes afectados por caries u

otras lesiones, utilizando diversos materiales odontológicos que deben respetar las características anatómicas dentales(89,90). La correcta elaboración de una restauración garantiza no solo la estética sino también la funcionalidad y durabilidad del diente restaurado(90).

En odontología restauradora, la elección del material adecuado es fundamental para recuperar la función, estética y morfología de los dientes afectados. Tradicionalmente, la amalgama dental ha sido uno de los materiales más utilizados durante más de un siglo, debido a su facilidad de manipulación, durabilidad, bajo costo y longevidad clínica(91). No obstante, presenta limitaciones importantes, como su falta de estética por el marcado contraste con el color natural del diente, la necesidad de un diseño cavitario retentivo, y la ausencia de propiedades preventivas frente a lesiones cariosas recurrentes. Además, su contenido de mercurio ha generado controversias sobre su seguridad, aunque la evidencia científica respalda su uso clínico(91). A pesar de estas controversias, la amalgama sigue siendo eficaz para restauraciones de clase I y II en dientes primarios y permanentes, aunque su uso ha disminuido debido a la preferencia por materiales más estéticos y la creciente preocupación por el mercurio, sin que aún exista un sustituto que la reemplace completamente(92).

En este contexto, las resinas compuestas han desplazado a la amalgama como material restaurador preferido, gracias a su alta estética y versatilidad. Inicialmente, se emplearon resinas acrílicas, pero desde 1962 las resinas compuestas han evolucionado significativamente en composición y propiedades(93). Estas consisten en una matriz polimérica reforzada con partículas inorgánicas recubiertas con silano, lo que mejora la adhesión al diente y la estabilidad hidrolítica, permitiendo además mimetizar el color y la translucidez natural del tejido dental(94,95). Gracias a sus

propiedades mecánicas y adhesivas, las resinas compuestas son actualmente el material de elección para restauraciones, ofreciendo excelentes resultados tanto estéticos como funcionales(95).

Cuando la destrucción dental es extensa y las restauraciones convencionales no son viables, las incrustaciones protésicas constituyen una alternativa eficaz. Estas restauraciones indirectas, fabricadas fuera de la boca y cementadas posteriormente, se emplean principalmente en premolares y molares. Están confeccionadas con materiales estéticos de alta resistencia, como cerámicas (metal-porcelana, Empress, zirconia) y cerómeros (Bell-Glass), que permiten restaurar la apariencia y función de la dentición con resultados naturales(96,97).

Durante los tratamientos, es frecuente el uso de materiales provisionales para proteger y sellar temporalmente las estructuras dentales. Entre estos destacan el cemento ionómero de vidrio (CIV), conocido por su biocompatibilidad, adhesión y liberación de flúor; Biodentine, un material bioactivo de fraguado rápido; el eugenolato de zinc, que actúa como aislante y sellante pulpar; y Cavit, utilizado para sellados temporales en endodoncia(98–100). Estos materiales son esenciales para mantener la integridad y función dental mientras se completan los tratamientos definitivos(100).

Sin embargo, no todas las restauraciones cumplen con los estándares óptimos. Las obturaciones defectuosas, ya sean de resina compuesta o amalgama, pueden presentar problemas como mala adaptación marginal, alteraciones de color o forma anatómica incorrecta, lo que compromete su función y longevidad. Tradicionalmente, el reemplazo total de la restauración ha sido el tratamiento más común, aunque esta práctica puede debilitar la estructura dental remanente. Por ello, se han propuesto técnicas mínimamente invasivas, como el sellado de márgenes, la reparación y el

pulido, que buscan preservar la estructura dentaria y reducir las consecuencias adversas, aunque la efectividad de estos métodos aún está en evaluación(101).

2.2.11 Anomalías en el desarrollo dental: clasificación y características clínicas

Las anomalías en el desarrollo dental constituyen desviaciones significativas de la normalidad que se originan por alteraciones en el proceso embriológico del diente. Estas alteraciones pueden deberse a factores genéticos y hereditarios, así como a influencias ambientales(102). Durante la odontogénesis dental, etapa crítica en la que se definen las características morfológicas como el saco, la papila y el órgano dentario, se produce la histodiferenciación que da lugar a la formación de los tejidos duros: esmalte, dentina y cemento(103). Cuando existen alteraciones en la morfodiferenciación de la lámina y los gérmenes dentales, se generan anomalías que afectan el número, forma, tamaño o estructura de los dientes, impactando no solo la estética sino también la función del aparato estomatognático(104).

Entre las anomalías de volumen, la microdoncia se caracteriza por dientes de tamaño inferior al normal, afectando comúnmente a los incisivos laterales superiores y terceros molares, y puede presentarse de forma parcial o generalizada, esta última asociada a trastornos como el enanismo hipofisario(105–107). Por el contrario, la macrodoncia se refiere a dientes de tamaño mayor al estándar, también con formas parcial o generalizada, y vinculada a condiciones como el gigantismo hipofisario(105–107).

Las anomalías de forma incluyen diversas alteraciones morfológicas. El diente invaginado coronario o dens evaginatus se caracteriza por una invaginación anómala del esmalte hacia la papila dental, afectando principalmente incisivos y caninos(104,108). La geminación resulta de la división parcial de un germen dentario, produciendo una corona doble con un solo conducto radicular, común en incisivos

laterales superiores(104,109). En contraste, la fusión o sinodoncia implica la unión de dos gérmenes dentarios adyacentes, reduciendo el número total de dientes y diferenciándose así de la geminación; clínicamente puede manifestarse con coronas bífidas o dientes unidos por esmalte o dentina(104,110,111). Otra anomalía de forma es el talón cuspeado, una cúspide anómala que se proyecta desde la superficie lingual de incisivos permanentes, extendiéndose desde el cóngulo o la unión esmalte-cemento hasta el borde incisal(112).

Respecto a las anomalías de estructura, el esmalte, tejido más duro del diente, puede presentar defectos visibles como cambios de color, surcos o fisuras(104). La hipoplasia del esmalte es un defecto cuantitativo caracterizado por un grosor reducido o ausencia parcial de esmalte, ocasionado por factores sistémicos como la desnutrición, locales como traumatismos, o hereditarios que afectan la formación del esmalte(113,114). La hipocalcificación del esmalte, por su parte, es un defecto cualitativo donde el grosor es normal pero la mineralización está alterada, manifestándose como opacidades blancas a amarillentas, principalmente en cúspides de molares y bordes incisales(115). Finalmente, la fluorosis dental es un trastorno causado por la ingestión excesiva de flúor durante la formación dental, que produce hipomineralización y aumento de la porosidad del esmalte, con manifestaciones que van desde opacidades hasta afectación de la dentina en casos severos(115–117).

2.2.12 Rehabilitación oral protésica

La rehabilitación oral protésica desempeña un papel fundamental en la recuperación estética y funcional de las piezas dentarias perdidas(118,119), además de ser un marcador clínico importante de la trayectoria de la salud bucodental de una persona(120). La presencia de prótesis revela antecedentes y condiciones actuales de salud oral, proporcionando información valiosa sobre tratamientos previos y

posibles secuelas de enfermedades dentales. Por ello, evaluar la rehabilitación protésica en este grupo poblacional facilita un análisis integral de su estado bucodental y orienta intervenciones preventivas y terapéuticas adecuadas(120).

Entre las opciones protésicas destacan las coronas dentales utilizadas para cubrir la porción remanente del diente cuando se ha perdido una cantidad significativa de estructura dental, ofreciendo una cobertura total que protege y fortalece el diente(121). Estas coronas pueden fabricarse con diversos materiales, que van desde metales hasta cerámicas de alta resistencia, y su elección depende de factores como la cantidad de diente remanente, el tipo de diente afectado y las preferencias del paciente(118).

Cuando la pérdida dental afecta a uno o varios dientes, las prótesis parciales fijas constituyen una solución efectiva para su reposición. Estas prótesis consisten en dientes artificiales adheridos rígidamente a dientes naturales, raíces o implantes, sin posibilidad de remoción por parte del paciente(118). La estabilidad y funcionalidad de estas prótesis dependen de la transmisión adecuada de las fuerzas masticatorias a los dientes pilares. Aunque su elaboración requiere la preparación y reducción de la estructura dentaria para garantizar espacio suficiente para la cerámica y el cemento, las técnicas adhesivas modernas permiten minimizar el desgaste dentario, mejorando significativamente la retención y estabilidad de la prótesis(122).

Por otro lado, las prótesis parciales removibles (PPR) representan una opción accesible y rentable para la reposición parcial de dientes, contribuyendo a restaurar la función masticatoria, el habla, la oclusión y la estética(123). Estas prótesis están compuestas por una base protésica de resina acrílica (PMMA) y una estructura metálica rígida, generalmente fabricada con aleación de cobalto-cromo, que asegura los tres pilares biomecánicos fundamentales: retención, estabilidad y soporte(124). El

éxito de las PPR depende de múltiples factores, incluyendo la resistencia al desgaste, la estabilidad dimensional, la estética y el sellado marginal. Un sellado deficiente puede favorecer la acumulación de placa bacteriana y la microfiltración, lo que incrementa el riesgo de caries secundaria e inflamación gingival, comprometiendo la durabilidad de la rehabilitación(123).

Finalmente, las prótesis totales son dispositivos removibles diseñados para sustituir la dentición completa en maxilares superiores o inferiores, indicadas en casos de pérdida total de dientes debido a caries, traumatismos o reabsorción ósea(125). Más allá de restaurar la función masticatoria, estas prótesis contribuyen a la plenitud facial, mejorando la apariencia estética y otorgando un aspecto más juvenil al paciente(125). Para garantizar su éxito, el ajuste y la comodidad son aspectos clave, ya que las prótesis deben encajar adecuadamente en la mandíbula, permitir una fonación clara y facilitar la función masticatoria, además de ser fáciles de colocar y retirar para su limpieza(126).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque, alcance y diseño de investigación

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo, que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para responder preguntas de investigación. Este enfoque utiliza la medición numérica, el conteo y herramientas estadísticas para identificar patrones de comportamiento en una población determinada(127). La elección del enfoque cuantitativo se justifica por la naturaleza de nuestro objetivo de investigación que consiste en determinar de manera precisa y cuantitativa el estado de salud bucodental en una población específica de estudiantes universitarios. Para ello, se emplean técnicas cuantitativas como encuestas estructuradas y análisis estadísticos que permiten recolectar datos numéricos sobre variables como el aspecto general de la boca y la higiene oral.

El alcance de la investigación es descriptivo, ya que busca presentar la información tal como se encuentra, describiendo la situación actual sin intentar establecer relaciones causales. Según autores consultados, este tipo de investigación se centra en analizar, interpretar y evaluar la realidad en el momento de estudio(128). Por tanto, resulta adecuado para proporcionar una descripción detallada y precisa del estado de salud bucodental en estudiantes de 1º a 4º año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes.

El diseño de la investigación es no experimental, de tipo transeccional descriptivo(127). Este diseño se selecciona por las siguientes razones:

No se manipulan variables, ya que se observa y describe el estado natural de las mismas sin intervención del investigador.

La recolección de datos se realiza en un único momento, obteniendo así una "fotografía" de la situación actual.

Permite describir detalladamente las variables relacionadas con la salud bucodental, tales como la presencia de enfermedades, severidad y otras características relevantes.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población de estudio

La población de estudio está constituida por los estudiantes matriculados en la carrera de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el año académico correspondiente, con un total de 442 estudiantes distribuidos en los cinco años de la carrera. No obstante, se excluyeron los estudiantes de quinto año, dado que no se encontraban activos académicamente durante el periodo de ejecución del estudio.

Para garantizar la representatividad de la muestra en función del año académico, se aplicó un muestreo probabilístico estratificado, donde cada estrato corresponde a un año de estudio (del primero al cuarto). Dentro de cada estrato, se seleccionó la muestra mediante muestreo aleatorio simple. La muestra final quedó conformada por 206 estudiantes, distribuidos proporcionalmente según la siguiente tabla:

Tabla 1. Distribución de la población y muestra por estrato académico en la carrera de Odontología, Universidad de Los Andes.

Año	Estudiantes	Proporción	n_h (Muestra por estrato)
1	137	0.31	64

2	154	0.35	72
3	87	0.20	40
4	64	0.14	30
5	0	0.00	0
Total	442	1.00	206

3.2.1.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, correspondientes a los años 1ero a 4to.
- Estudiantes activos académicamente durante el periodo de estudio.

3.2.1.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes matriculados pero no activos académicamente en el periodo de estudio.
- Estudiantes que se encuentren en tratamiento ortodóntico, dado que pueden alterar la condición bucodental, modificando parámetros clínicos como la acumulación de biopelícula dental, la predisposición a caries y la inflamación gingival. Estas modificaciones pueden afectar la validez de la evaluación clínica, produciendo resultados que no reflejan con precisión el estado bucodental habitual de la población estudiantil sin tratamiento ortodóntico.
- Estudiantes que no hayan aceptado participar voluntariamente en el estudio.

3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de observación directa asistida, empleando como instrumento la ficha clínica modificada de la Cátedra de Patología Clínica y Terapéutica Estomatológica Dr. Carlos Sánchez, perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Esta ficha clínica fue adaptada específicamente para los fines de la investigación, excluyendo aquellos ítems que no podían ser evaluados de manera directa o que resultaban no pertinentes para los objetivos planteados (Apéndice A).

La aplicación del instrumento se realizó a los estudiantes seleccionados mediante muestreos estratificados durante el mes de junio de 2025. Esta estrategia permitió asegurar la representatividad de la población estudiada y fortalecer la validez de los datos obtenidos.

La distribución equitativa de los participantes por estratos académicos minimizó posibles sesgos y aseguró que los hallazgos fueran aplicables a toda la población objetivo. De esta manera, se cumplió con los estándares metodológicos requeridos para estudios de este tipo, respaldando la solidez y pertinencia de las conclusiones derivadas del análisis de los datos.

3.4 Materiales, equipos e instrumentos

En la realización del examen clínico se utilizaron los siguientes materiales, equipos e instrumentos:

- Unidad dental.
- Instrumentos básicos de exploración clínica: espejo intrabucal Iscot Inox, pinza algodонера Iscot Inox y explorador doble extremo Iscot Inox.
- Instrumentos y materiales para registro de datos: ficha clínica y lápiz de grafito.

- Equipos de protección personal y materiales de bioseguridad: cubrebocas, guantes de látex y campos de trabajo.

3.5 Método de procedimiento

Para describir el estado de salud bucodental de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes se llevó a cabo los siguientes pasos:

1. Se estableció comunicación telefónica con los delegados de cada año académico para solicitar su colaboración en la difusión de un comunicado informativo dirigido a los estudiantes, con el objetivo de invitarles a participar voluntariamente en la investigación.
2. Durante la cita programada, los participantes fueron atendidos por las investigadoras, quienes aplicaron las medidas de bioseguridad establecidas para garantizar la seguridad de todos. La atención se realizó de manera uniforme y ordenada, respetando el orden de llegada a la clínica.

Al llegar, se solicitó a los participantes que tomaran asiento en la unidad dental asignada. Se contó con el instrumento correspondiente, previamente seleccionado, para registrar los datos iniciales de la encuesta y asegurar la correcta identificación anónima durante la evaluación clínica.

3. Se llevó a cabo el examen clínico comenzando con la inspección general de la cavidad oral, abarcando aspectos como la higiene bucal, la condición periodontal de los tejidos, el estado de las superficies dentales, anomalías en el desarrollo dental, alteraciones regresivas y la presencia de rehabilitación oral protésica. Al concluir la revisión clínica, se agradeció la participación del estudiante.

3.6 Aspectos bioéticos o éticos

Se garantiza el respeto a la integridad física y moral de los participantes mediante la participación voluntaria, asegurando la confidencialidad y anonimato de

sus datos personales, evitando en todo momento la exposición de nombres o información que pueda identificar a los sujetos de estudio.

En cuanto a los aspectos bioéticos, la presente investigación se adhiere a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki(129), promovida por la Asociación Médica Mundial, la cual establece los lineamientos éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. De acuerdo con dicha Declaración, se priorizan la protección, salud y bienestar de los participantes sobre cualquier interés científico, garantizando el respeto por su dignidad, autonomía y derechos.

Para proteger la salud de los participantes y del equipo investigador, se implementaron medidas estrictas de bioseguridad durante la realización del examen clínico, asegurando un ambiente seguro conforme a los protocolos institucionales.

Con estas acciones, se salvaguarda la integridad de los sujetos de estudio y se asegura que el proceso investigativo se desarrolla bajo los más altos estándares éticos y científicos.

3.7 Plan de análisis de resultados

Para cumplir con el objetivo principal de esta investigación, que es describir el estado de salud bucodental de los estudiantes de 1ero a 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, se realizó un análisis basado exclusivamente en estadísticas descriptivas. Los datos recolectados fueron organizados y tabulados utilizando el programa Microsoft Excel, que permitió calcular frecuencias absolutas (N) y porcentajes (%) para cada variable relacionada con la salud bucodental. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos que facilitó la interpretación visual y la comprensión clara del estado de salud bucodental de la población estudiada.

Dado que el propósito fue únicamente describir la situación actual sin establecer asociaciones o diferencias entre variables, no se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales ni análisis comparativos. El uso de Excel fue adecuado y suficiente para este tipo de análisis descriptivo, ya que permitió organizar, calcular y representar los datos de forma eficiente y clara, cumpliendo con los requerimientos metodológicos del estudio.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación, análisis e interpretación de resultados

El presente capítulo expone los resultados obtenidos durante la investigación, presentados según la metodología utilizada. En primera instancia, se organiza la información recolectada, apoyándose en tablas y gráficos que facilitan la visualización clara y precisa de los datos más relevantes. Posteriormente, se realiza un análisis exhaustivo para identificar tendencias, patrones y posibles relaciones significativas entre las variables estudiadas. Finalmente, se interpreta críticamente cada hallazgo, vinculándolos con el marco teórico y conceptual establecido, lo que resalta su importancia respecto al problema investigado.

Para ello, se empleó la ficha clínica modificada de la Cátedra de Patología Clínica y Terapéutica Estomatológica “Dr. Carlos Sánchez” de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, adaptada para este estudio, excluyendo ítems no evaluables o inapropiados para el análisis. El procesamiento de datos se llevó a cabo mediante cuantitativo, predominando la estadística descriptiva nominal. Los resultados se presentan en distribuciones de frecuencia, absoluta y relativa, acompañados de gráficos relacionados con cada variable, dimensión e indicador, para optimizar la comprensión y facilitar la interpretación.

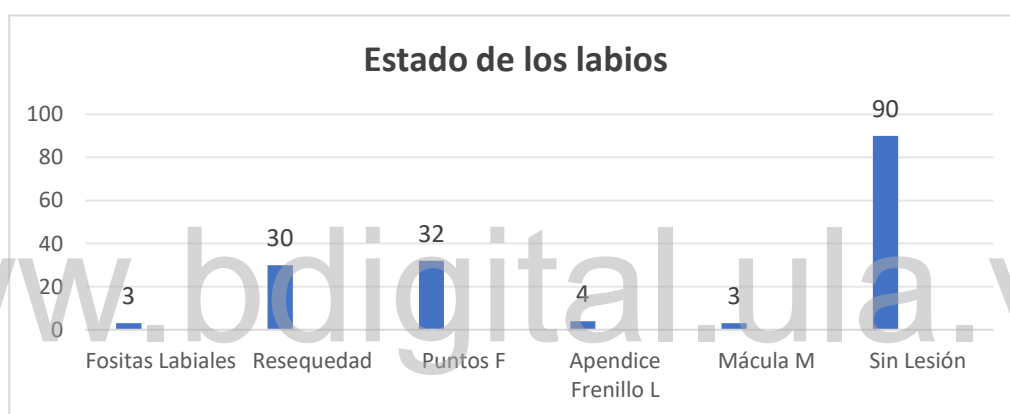
4.2 Resultados obtenidos a través de la ficha clínica aplicada a los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes

Tabla 2. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: labios.

Labios	Fa	F%
--------	----	----

Fositas labiales	7	3
Resequedad labial	61	30
Puntos de fordyce	65	32
Apéndice del frenillo labial	4	2
Mácula melánica	3	1
Sin lesión	90	44

Gráfico 1. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: labios.



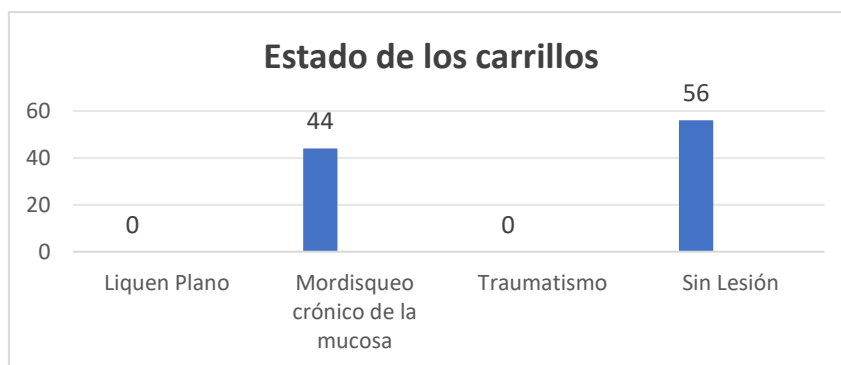
Iniciando con el análisis de los resultados obtenidos a través de la revisión realizada a los estudiantes objeto de estudio, se observa que la condición más frecuente observada en los labios fue la ausencia de lesión, registrada en el 44% de los estudiantes evaluados. Entre las alteraciones presentes, los puntos de Fordyce (32%) y la resequedad labial (30%) constituyeron las más prevalentes, aunque todas ellas se consideran generalmente benignas. Otras manifestaciones, como fositas labiales (3%), apéndice del frenillo labial (4%) y mácula melánica (3%), presentaron una baja incidencia dentro de la muestra. Estos hallazgos sugieren que, a pesar de la alta prevalencia de alteraciones benignas, la mayoría de los estudiantes no presentan lesiones relevantes en los labios; los mismos pueden presentar diversas

manifestaciones clínicas que reflejan condiciones sistémicas o locales. Por ejemplo, pueden palidecer en casos de anemia o mostrar cianosis en presencia de trastornos circulatorios. Asimismo, puede observarse hiperpigmentación asociada a enfermedades como la enfermedad de Addison o la cirrosis hepática. Además, los labios son susceptibles a procesos inflamatorios, como la queilitis actínica, y pueden presentar lesiones, descamación, ulceraciones, vesículas características de infecciones por herpes, así como tumores tanto benignos como malignos(36,38). Estas variadas manifestaciones subrayan la importancia de un examen clínico cuidadoso para la detección oportuna de afecciones que requieran intervención específica.

Tabla 3. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: carrillos.

Carrillos	Fa	F%
Liquen plano	0	0
Mordisqueo crónico de la mucosa	90	44
Traumatismo	0	0
Sin lesion	116	56

Gráfico 2. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: carrillos.



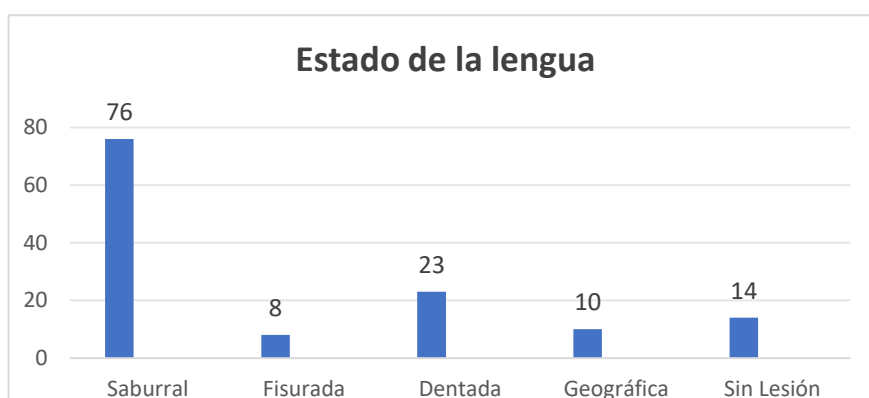
La revisión realizada determinó que la prevalencia del mordisqueo crónico de la mucosa oral fue del 44% entre los estudiantes evaluados. Este hallazgo sugiere que un estado inadecuado de higiene bucodental podría generar molestias como dolor en la mucosa, sensibilidad dental o problemas en la oclusión, factores que pueden favorecer la aparición de este comportamiento parafuncional. El mordisqueo crónico de la mucosa corresponde a un hábito caracterizado por la manipulación repetida y traumática de la mucosa labial o de los carrillos, lo que genera una respuesta de hiperqueratinización epitelial manifestada clínicamente como placas blanquecinas. Esta reacción es una defensa natural del tejido frente a la irritación constante, reflejando un mecanismo adaptativo del epitelio ante un estrés mecánico crónico(44). La presencia de este hábito en un porcentaje importante de estudiantes puede estar asociada tanto a factores psicológicos como a alteraciones funcionales, evidenciando la necesidad de valorar estos aspectos en los programas de promoción de salud bucal.

Tabla 4. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: lengua.

Lengua	Fa	F%
Saburral	156	76

Fisurada	16	8
Dentada	48	23
Geográfica	20	10
Sin lesión	28	14

Gráfico 3. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: lengua.



Los resultados presentados en la Tabla 4 y el Gráfico 3 revelan una alta prevalencia de lenguas saburrales, con un 76% de los estudiantes evaluados. Además, se observaron otras condiciones como lengua dentada (23%), lengua geográfica (10%), lengua fisurada (8%) y un 14% de estudiantes sin lesión visible. La lesión más predominante, la lengua saburral, se relaciona directamente con una deficiencia en la higiene bucodental, lo que favorece la acumulación de restos epiteliales, bacterias y detritos en la superficie lingual, evidenciando la necesidad de fortalecer los hábitos de higiene en esta población(34).

En la mucosa y superficie lingual, pueden presentarse diversos cambios clínicos que están asociados tanto a infecciones locales como a deficiencias nutricionales y enfermedades sistémicas. Entre estos se incluyen la macroglosia, lengua negra, geográfica y fisurada, que pueden reflejar estados patológicos o

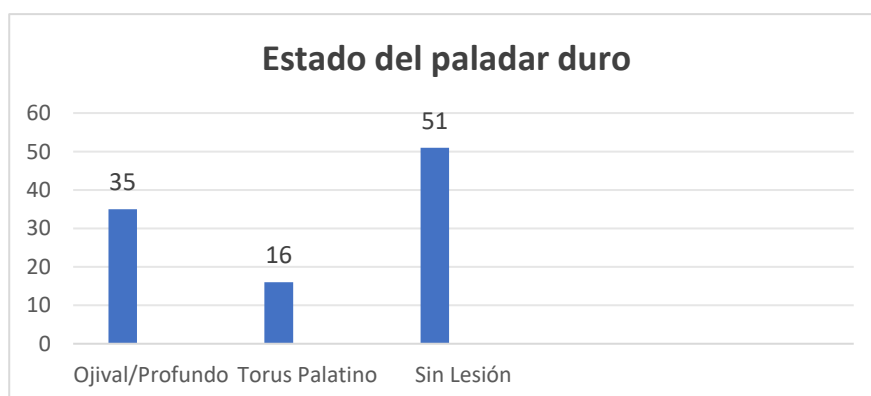
adaptativos de diversa índole(46). La lengua saburral, específicamente, es una manifestación frecuente que refleja la acumulación de queratina y detritos, siendo un indicador importante de higiene bucal deficiente y un posible factor predisponente para el desarrollo de halitosis y otros trastornos orales.

Estos hallazgos subrayan la relevancia de evaluar la condición de la lengua en los exámenes clínicos de salud bucodental, dado que las alteraciones observadas no solo afectan la función oral y la estética, sino que también pueden ser manifestaciones tempranas de enfermedades sistémicas o de hábitos higiénicos deficientes que requieren intervención oportuna(24,46).

Tabla 5. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar duro.

Paladar Duro	Fa	F%
Ojival/Profundo	73	35
Torus Palatino	32	16
Sin lesión	105	51

Gráfico 4. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar duro.



Los resultados indican que el 35% de los estudiantes evaluados presentan paladar ojival o profundo, mientras que un 16% manifiesta torus palatino y el 51% no presenta lesiones en esta zona. El paladar duro cumple una función esencial dentro de la salud bucodental y el bienestar general, dado que participa activamente en procesos fundamentales como la masticación, la deglución y la articulación del habla. La integridad y funcionalidad de esta estructura son indispensables para un desempeño oral adecuado y eficiente(24,34).

Es relevante señalar que una higiene bucal deficiente puede predisponer al desarrollo de inflamaciones, infecciones y diversas alteraciones del paladar duro y áreas adyacentes, afectando no solo la función oral sino también la calidad de vida del individuo(21,34).

El torus palatino, definido como una excrecencia ósea benigna, usualmente bilateral, afecta a un porcentaje considerable de la población y, aunque no representa un riesgo patológico significativo, su identificación es fundamental para el correcto manejo odontológico y la planificación clínica, especialmente ante posibles intervenciones quirúrgicas o prótesis(57). Por lo tanto, la realización de revisiones clínicas periódicas es imprescindible para la detección oportuna de alteraciones o patologías asociadas, permitiendo así la implementación de estrategias preventivas e intervenciones a tiempo(21,24).

Tabla 6. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar blando.

Paladar blando	Fa	F%
Quemadura	1	1
Sin lesión	205	99
Total		

Gráfico 5. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: paladar blando.

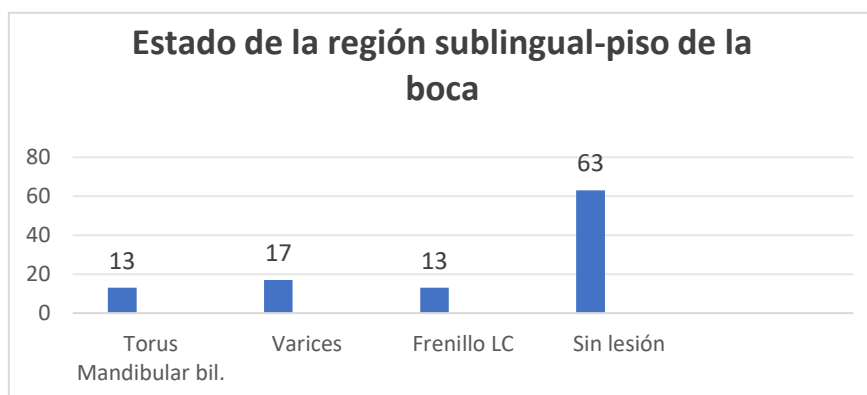


La revisión clínica mostró que únicamente se registró un caso de pigmentación leve en el paladar blando, lo que representa un 1% de la muestra, mientras que el 99% de los estudiantes no presentó ninguna lesión visible en esta región. Estos resultados evidencian una baja prevalencia de alteraciones en el paladar blando dentro de la población evaluada, lo que se correlaciona con un buen estado general de salud bucodental en esta zona; La importancia del paladar blando radica en que alteraciones inflamatorias o pigmentarias pueden ser manifestaciones tempranas de diversas condiciones sistémicas o infecciones locales.

Tabla 7. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: región sublingual-piso de boca.

Región sublingual-piso de la boca.	Fa	F%
Torus mandibular bilateral	26	13
Varices lingual	36	17
Frenillo lingual corto	26	13
Sin lesion	129	63
Total		

Gráfico 6. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: aspectos generales de la boca, indicador: región sublingual-piso de boca.



En relación con la Región Sublingual o Piso de la Boca, se controlará que el 63% de los estudiantes evaluados no presentaron lesiones visibles en esta zona. Sin embargo, se identificó una prevalencia del 17% de várices linguales, así como del 13% tanto para torus mandibular bilateral como para frenillo lingual corto. Es importante destacar que algunos estudiantes presentaron simultáneamente dos o incluso las tres condiciones mencionadas.

Aunque estas anomalías no se originan por prácticas deficientes de higiene bucal, diversos autores incluidos en los antecedentes y bases conceptuales de esta tesis señalan que estas condiciones pueden afectar indirectamente la higiene bucal. El torus mandibular, siendo una excrecencia ósea benigna localizada bilateralmente en la superficie interna de la mandíbula, puede dificultar el acceso para una limpieza adecuada, favoreciendo la acumulación de placa bacteriana y residuos alimenticios en áreas de difícil alcance(60).

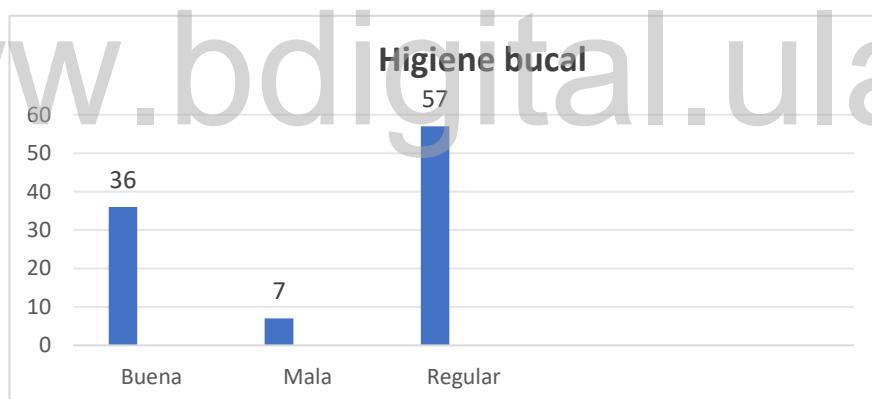
Por otro lado, las várices linguales, dilataciones venosas superficiales que suelen presentarse en adultos, pueden causar molestias o dolor durante el cepillado, lo que limita la frecuencia o calidad de este(53) Además, un frenillo lingual corto o

anquiloglosia puede restringir los movimientos de la lengua, afectando la capacidad para eliminar restos alimenticios, así como la articulación y funciones orales básicas(40).

Tabla 8. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: calidad.

Calidad en la higiene Bucal	Fa	F%
Buena	73	36
Mala	15	7
Regular	118	57

Gráfico 7. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: calidad.



Los resultados muestran que el 57% de los estudiantes evaluados presentan una calidad de higiene bucal calificada como regular, un 7% como mala y solo un 36% mantiene una higiene bucal considerada buena. Estos hallazgos evidencian que, a pesar de encontrarse en la formación odontológica y contar con conocimientos teóricos acerca de la importancia de la higiene oral, la mayoría de los estudiantes no alcanza un nivel óptimo en la práctica de sus hábitos de cuidado bucodental(24,74).

Diversos estudios nacionales e internacionales coinciden con estos resultados. Por ejemplo, investigaciones realizadas en la Universidad del Zulia en Venezuela reportan que la mayoría de los estudiantes de pregrado presentan condiciones desfavorables en su salud bucal, atribuidas principalmente a deficiencias en la calidad de la higiene oral y hábitos inadecuados(6).

De manera similar, un estudio realizado en la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas, Perú, señala que, pese a la formación en salud bucal, los estudiantes enfrentan retos significativos en el mantenimiento de una adecuada higiene dental, lo que subraya la necesidad de reforzar estrategias educativas y preventivas durante la formación universitaria(13).

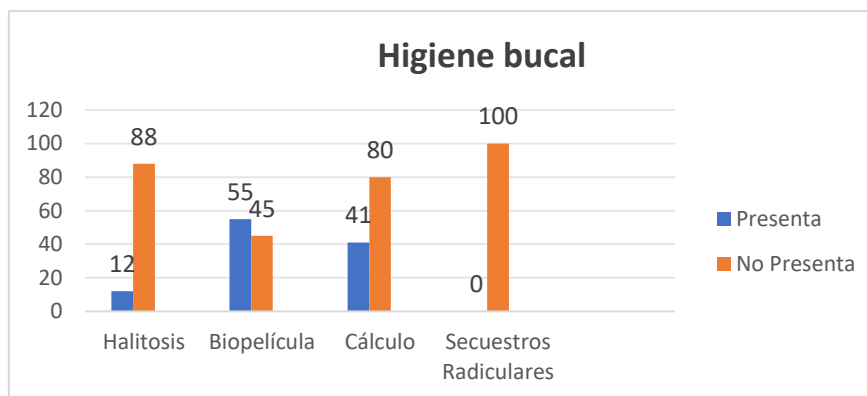
Tabla 9. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión:

higiene bucal, indicador: halitosis, biopelícula dental, cálculo dental, secuestros radiculares.

Salud bucodental	Presenta		No Presenta	
	Fa	F%	Fa	F%
Halitosis	24	12	182	88
Biopelícula dental	113	55	93	45
Cálculo dental	41	41	165	80
Secuestros radiculares	0	0	206	100

Gráfico 8. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión:

higiene bucal, indicador: halitosis, biopelícula dental, cálculo dental, secuestros radiculares.



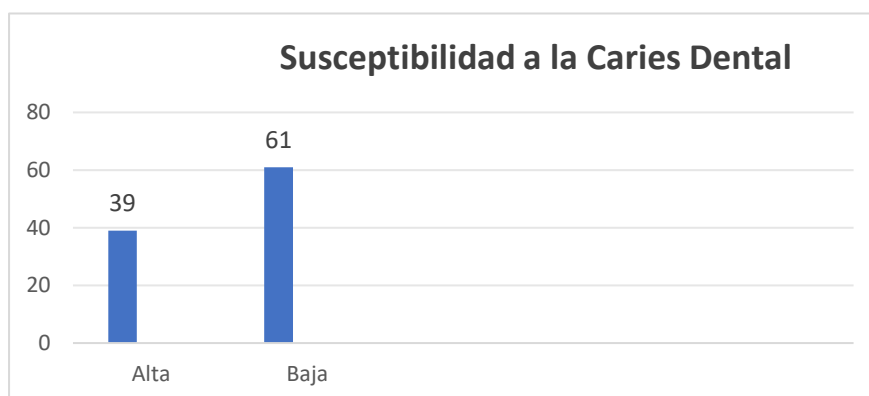
Los resultados obtenidos a partir de la revisión clínica de los estudiantes revelan que un 12% presenta halitosis, un 55% muestra presencia de biopelícula dental y un 41% evidencia cálculo dental, mientras que no se detectaron casos de secuestros radiculares. A pesar de que estas prevalencias no son extremadamente altas, su relevancia radica en que se presentan en una población de estudiantes de odontología, quienes, por su formación, se espera que mantengan un autocuidado bucal óptimo(24,74).

La presencia de biopelícula dental es un indicador clave de higiene oral deficiente y constituye el principal factor etiológico en el desarrollo de enfermedades periodontales y caries dental(74). Por otro lado, la acumulación de cálculo dental favorece la inflamación gingival y puede agravar la progresión de la enfermedad periodontal si no es oportunamente controlada(15,76). La halitosis, aunque multifactorial, frecuentemente se asocia con la acumulación bacteriana en la cavidad oral, particularmente donde la biopelícula es abundante, indicando un estado de higiene bucal insuficiente(24).

Tabla 10. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: susceptibilidad a la caries dental.

Susceptibilidad a la caries dental	Fa	F%
Alta	81	39
Baja	125	61

Gráfico 9. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: higiene bucal, indicador: susceptibilidad a la caries dental.



Los resultados indican que el 61% de los estudiantes evaluados presentan baja susceptibilidad a la caries dental, mientras que un 39% muestra alta susceptibilidad. Esta susceptibilidad refleja la probabilidad de desarrollar caries y depende de múltiples factores como la cantidad y virulencia de la biopelícula bacteriana, el estado de la saliva, la calidad del esmalte, la dieta y los hábitos de higiene bucodental(24,74).

En quienes tienen baja susceptibilidad, mecanismos naturales como una saliva adecuada que neutraliza ácidos y remineraliza el esmalte, junto con buenos hábitos higiénicos y una dieta baja en carbohidratos fermentables, ayudan a mantener un ambiente oral resistente a la caries (7, 24). Además, factores genéticos, como mayor resistencia del esmalte y una respuesta inmunológica eficiente, también contribuyen a esta protección(24).

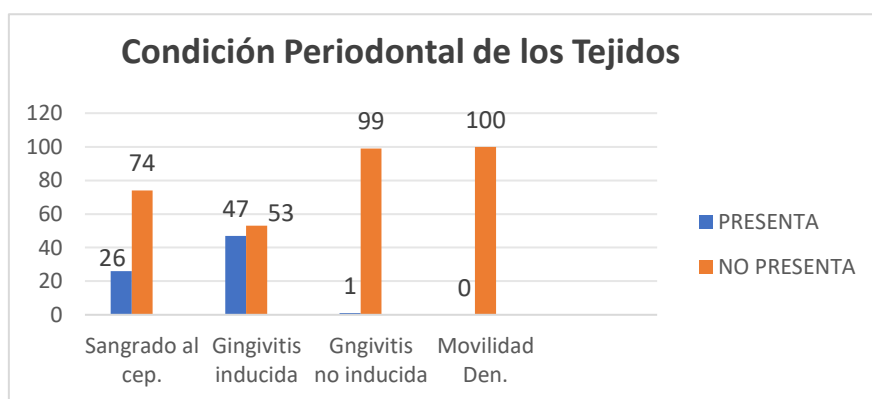
En contraste, la alta susceptibilidad se relaciona con acumulación persistente de biopelícula, malas prácticas de higiene, dietas ricas en azúcares y alteraciones en

el flujo o composición salival, favoreciendo la desmineralización del esmalte(7,74). Además, las técnicas de cepillado inadecuadas, el uso insuficiente de auxiliares de limpieza y los factores psicosociales aumentan esta vulnerabilidad(13).

Tabla 11. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición periodontal de los tejidos, indicador: sangrado al cepillarse, gingivitis inducida y no inducida por biopelícula dental, movilidad dental.

Condición periodontal de los tejidos	Presenta		No Presenta	
	Fa	F%	Fa	F%
Sangrado al cepillarse.	53	26	153	74
Gingivitis inducida por biopelícula dental.	96	47	110	53
Gingivitis no inducida por biopelícula dental.	1	1	205	99

Gráfico 10. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición periodontal de los tejidos, indicador: sangrado al cepillarse, gingivitis inducida y no inducida por biopelícula dental, movilidad dental.



Los resultados obtenidos indican que el 26% de los estudiantes presentaron sangrado gingival al cepillarse, mientras que un 47% mostraron gingivitis inducida por biopelícula dental. Esta elevada prevalencia de inflamación gingival se relaciona

directamente con un control insuficiente de la higiene oral, lo cual coincide con diversas investigaciones en estudiantes de odontología que reportan altos porcentajes de caries y enfermedades periodontales en esta población(9,74).

Es importante destacar que, la gingivitis, siendo una inflamación reversible de la encía causada principalmente por la acumulación de biopelícula bacteriana, se presenta como el factor etiológico principal en este grupo(74).

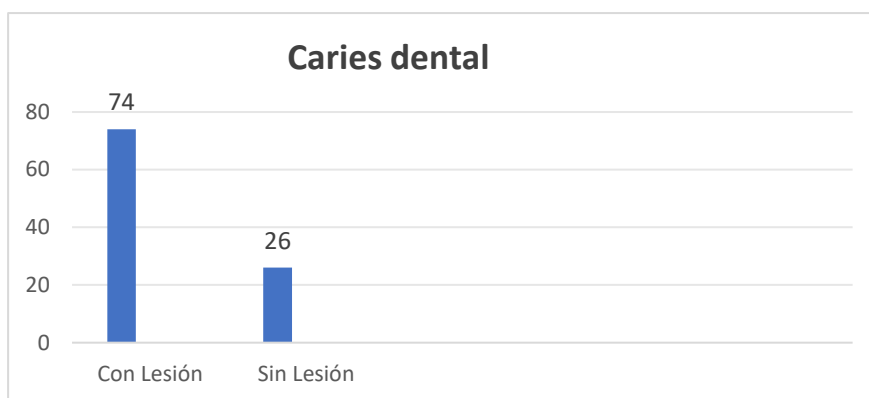
Además, aunque se observaron casos de sangrado y gingivitis, los signos relacionados con enfermedad periodontal avanzada, como la movilidad dental, fueron inexistentes, lo que sugiere que la mayoría de las lesiones corresponden a etapas iniciales y reversibles mediante intervenciones adecuadas(76).

Asimismo, solamente se presentó un caso aislado de gingivitis inducida por medicamentos, una condición menos común pero que requiere diagnóstico y manejo diferenciados debido a su origen farmacológico.

Tabla 12. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: caries dental.

Caries Dental	Fa	F%
Sin Lesión	54	26
Con Lesión	152	74

Gráfico 11. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: caries dental.



Los resultados evidencian que el 74% de los estudiantes evaluados presentan lesiones cariosas en la superficie dental, mientras que un 26% no presenta manifestaciones clínicas de caries. Esta alta prevalencia refleja un problema significativo incluso en una población en formación odontológica que, a pesar de contar con conocimientos teóricos sobre salud bucodental, enfrenta dificultades en la aplicación efectiva de hábitos preventivos

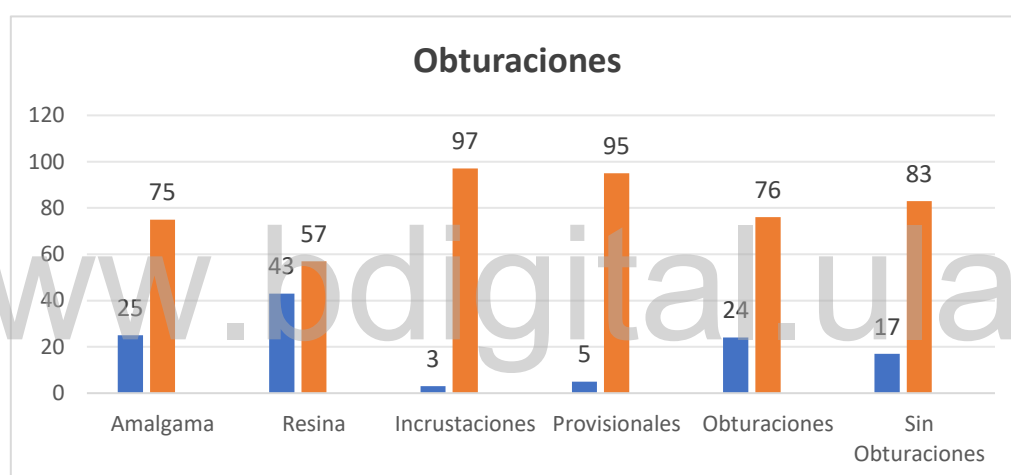
El estudio realizado por Mejía reporta una prevalencia igualmente elevada de caries dental entre estudiantes de odontología, destacando además la presencia de pérdida dental relacionada, lo cual indica que, más allá del conocimiento, persisten retos en la prevención y manejo personal de la salud oral(12). De manera similar, Maatouk et al. señalan que aproximadamente el 43% de estudiantes presentan caries dental y una alta proporción de trastornos periodontales, confirmando la coexistencia de estas afecciones en esta población juvenil y su vínculo con una higiene bucodental deficiente(17).

Tabla 13. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: obturaciones presentes.

Obturaciones presentes	Presenta		No presenta	
	Fa	F%	Fa	F%

Amalgama	52	25	154	75
Resina	88	43	118	57
Incrustaciones	7	3	199	97
Provisionales	11	5	195	95
Obturaciones defectuosas	50	24	156	76
Sin obturaciones	35	17	171	83

Gráfico 12. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: condición de la superficie de los dientes, indicador: obturaciones presentes.



En relación con la dimensión de condición de la superficie dentaria y el indicador de obturaciones presentes, los resultados muestran que el 25% de los estudiantes presentan obturaciones de amalgama, el 45% tienen resinas compuestas, un 3% presentan incrustaciones, el 5% obturaciones provisionales y un 24% evidencian obturaciones defectuosas. Estos porcentajes reflejan que una parte importante de la población ha requerido intervenciones restaurativas debido a procesos cariogénicos previos.

Cabe destacar que algunos estudiantes presentan múltiples tipos de obturaciones simultáneamente, una situación más común en aquellos con higiene

bucodental catalogada como mala o regular. Tal como se señala en los antecedentes, una higiene oral deficiente es uno de los principales factores contribuyentes en la formación y progresión de caries dental, lo que incrementa la necesidad de tratamientos restaurativos(24,74).

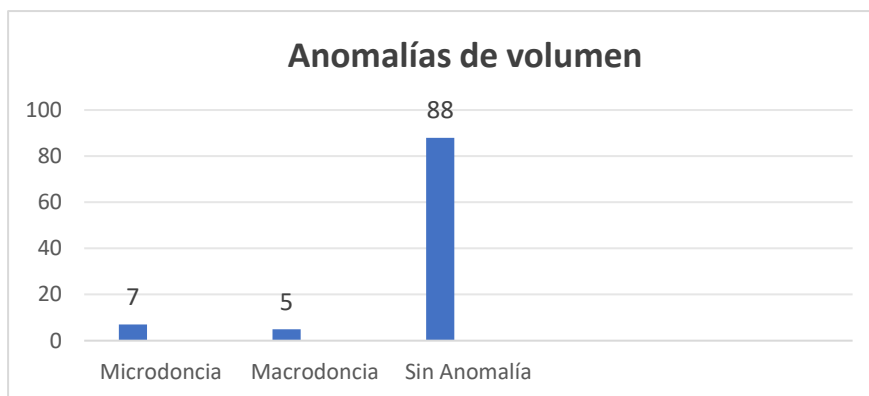
Las obturaciones defectuosas constituyen un aspecto relevante, ya que pueden estar asociadas a una restauración inadecuada, desgaste prematuro o contaminación bacteriana, lo que favorece la filtración marginal y la recurrencia de caries bajo la restauración(101). La presencia de obturaciones provisionales indica tratamientos odontológicos en curso, destacando la importancia del seguimiento clínico para evitar complicaciones posteriores(98–100).

Por otro lado, el predominio de obturaciones con resinas compuestas se alinea con las actuales tendencias de restauración mínimamente invasiva, que priorizan la preservación de la estructura dental y la estética, aunque requieren un mantenimiento adecuado y control clínico continuo(95).

Tabla 14. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: de volumen.

Anomalías de volumen	Fa	F%
Microdoncia	13	7
Macrodoncia	11	5
Sin anomalías	182	88

Gráfico 13. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de volumen.



En cuanto a las anomalías de volumen dental, se observa que el 7% de los estudiantes presentan microdoncia, caracterizada por la presencia de dientes con tamaño menor al estándar normal. Esta condición afecta comúnmente a los incisivos laterales superiores y terceros molares, pudiendo manifestarse de forma parcial o generalizada. La microdoncia generalizada suele estar asociada a trastornos sistémicos como el enanismo hipofisario(105). Por otro lado, un 5% de los estudiantes presenta macrodoncia, definida como dientes de tamaño superior al promedio, que también puede presentarse de manera parcial o generalizada, vinculado en casos severos a condiciones como el gigantismo hipofisario(103).

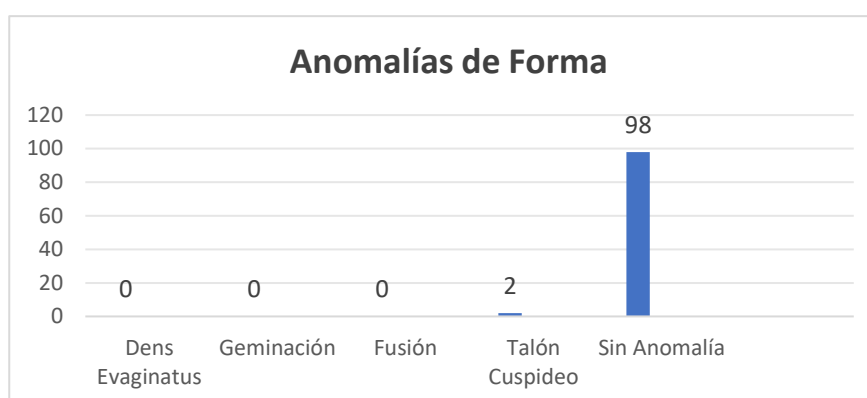
La mayoría, un 88%, no presenta alteraciones en el volumen de los dientes, lo que indica una prevalencia moderada de estas anomalías en la población estudiada. Las anomalías en el volumen dental, ya sean microdoncia o macrodoncia, tienen etiologías multifactoriales que incluyen factores genéticos y hereditarios, así como influencias ambientales o sistémicas relacionadas con síndromes o enfermedades específicos(106).

Tabla 15. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de forma.

Anomalías de forma	Fa	F%
Dens evaginatus	0	0

Geminación	0	0
Fusión	0	0
Talón cuspídeo	5	2
Sin anomalías	201	98

Gráfico 14. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de forma.



En cuanto a las anomalías de forma presentes en los dientes, se observa que el 98% de los estudiantes evaluados no presentan variaciones como dens evaginatus, geminación ni fusión dental; solo el 2% presentó talón cuspídeo. Las anomalías de forma comprenden una serie de alteraciones morfológicas dentales que pueden afectar la estructura y función dentaria, repercutiendo en la oclusión, estética y salud bucal.

El talón cuspídeo, presente en un pequeño porcentaje del 2%, es una proyección adicional de tejido dental que puede generar puntos de contacto anómalos o interferencias oclusales, incrementando el riesgo de fracturas o lesiones cariosas en la zona afectada(112).

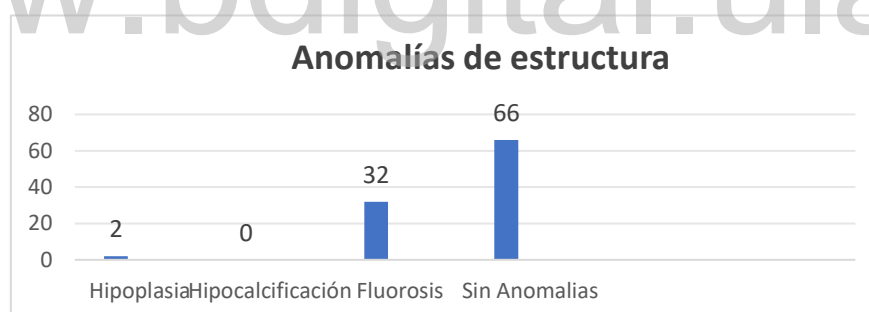
La evaluación clínica de estas anomalías resulta esencial para un diagnóstico temprano, planificación de tratamientos conservadores o reconstructivos y prevención

de complicaciones. Su identificación también contribuye al conocimiento epidemiológico y genético de la población odontológica estudiada(102).

Tabla 16. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de estructura.

Anomalías de estructura	Fa	F%
Hipoplasia del esmalte	4	2
Hipocalcificación del esmalte	0	0
Fluorosis	66	32
Sin anomalías	136	66

Gráfico 15. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: anomalías en el desarrollo de los dientes, indicador: anomalía de estructura.



Los resultados obtenidos indican que el 4% de los estudiantes presentan hipoplasia del esmalte, mientras que un 32% muestra una prevalencia significativa de fluorosis dental, y un 66% no presenta ninguna anomalía estructural en los dientes.

La hipoplasia del esmalte se caracteriza por un defecto en el grosor o formación incompleta del tejido esmalte, lo que implica una reducción o ausencia parcial de este, afectando la integridad y resistencia del diente. Debido a la reducción del esmalte, los dientes afectados presentan mayor vulnerabilidad a la caries y otras lesiones, por lo

que su detección es fundamental para planificar intervenciones preventivas y restaurativas adecuadas(113).

Por otra parte, la fluorosis dental con un 32% de prevalencia en la muestra, se define como un trastorno de hipomineralización del esmalte causado por la ingestión excesiva de flúor durante el período de formación dental. Clínicamente, se manifiesta por cambios en la translucidez y textura del esmalte, que pueden variar desde opacidades blancas discretas hasta manchas marrones y, en casos severos, afectación de la dentina. Esta condición no solo afecta la estética dental sino que también modifica las propiedades físicas del esmalte, incrementando su porosidad y fragilidad(115,116).

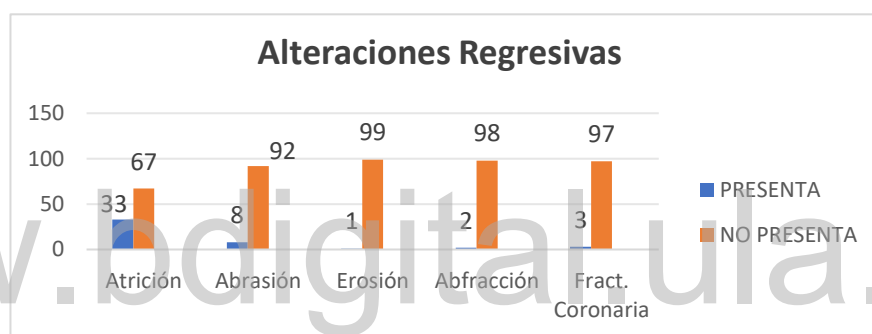
El porcentaje elevado de fluorosis observado puede estar relacionado con factores ambientales, como la concentración de flúor en el agua potable de la región o la exposición a múltiples fuentes exógenas durante la infancia(114). Esta condición subraya la importancia de realizar un adecuado control de la exposición a flúor en las poblaciones en desarrollo, así como el diagnóstico temprano para implementar medidas de manejo conservador y mejora estética.

Finalmente, que un 66% de los estudiantes no presente anomalías estructurales dentales indica que la mayoría conserva una estructura de esmalte saludable, lo que es favorable para la prevención y mantenimiento de la salud bucal(115).

Tabla 17. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: alteraciones regresivas, indicador: atrición, abrasión, erosión, abfracción, fractura coronaria visible.

Alteraciones regresivas	Presenta		No Presenta	
	Fa	F%	Fa	F%
Atrición	67	33	139	67
Abrasión	17	8	189	92
Erosión	1	1	205	99
Abfracción	3	2	203	98
Fractura coronaria visible	7	3	199	97

Gráfico 16. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: alteraciones regresivas, indicador: atrición, abrasión, erosión, abfracción, fractura coronaria visible.



Los datos muestran que un 33% de los estudiantes presenta atricción dental, lo que indica que un tercio de esta población ya experimenta desgaste dentario por contacto oclusal, probablemente asociado a hábitos funcionales y parafuncionales propios de la vida académica y cotidiana, como el estrés o el bruxismo. Por otro lado, un 8% evidencia abrasión, que puede reflejar técnicas de cepillado inadecuadas o el uso excesivo de agentes abrasivos, aspectos que afectan la integridad del esmalte y requieren atención educativa y clínica.

La presencia de fracturas coronarias en un 3% de los estudiantes y de abfracción en un 2% sugiere que factores mecánicos y de sobrecarga oclusal están afectando a un grupo menor, pero significativo, lo cual podría comprometer la función

masticatoria y aumentar la vulnerabilidad a lesiones mayores si no se manejan oportunamente. En contraste, la erosión dental, con solo un 1%, parece tener menor repercusión en esta población, aunque no puede descartarse su impacto a largo plazo, especialmente si se mantuvieran hábitos alimenticios y de salud bucal poco saludable. Es relevante destacar que más de la mitad de los estudiantes (53%) no presentan ninguna de estas alteraciones progresivas, lo que refleja una buena condición estructural dental en la mayoría de la muestra.

Tabla 18. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: rehabilitación oral protésica, indicador: coronas, prótesis parcial fija, prótesis parcial removible, prótesis total.

Rehabilitación oral protésica	SI		NO	
	Fa	F%	Fa	F%
Coronas	02	1	204	99
Prótesis Parcial fija	0	0	206	100
Prótesis Parcial removible	0	0	206	100
Prótesis total.	0	0	206	100

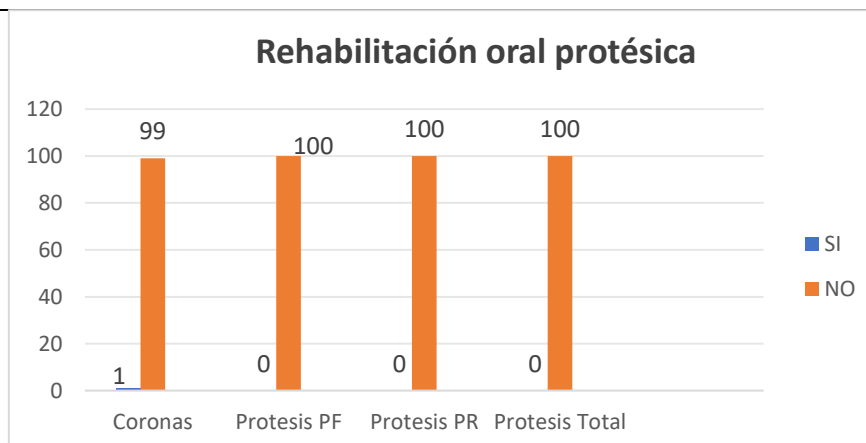


Gráfico 17. Distribución de frecuencias según la variable salud bucodental, dimensión: rehabilitación oral protésica, indicador: coronas, prótesis parcial fija, prótesis parcial removible, prótesis total.

Los resultados obtenidos reflejan que un 99% de los estudiantes no presentan ninguna rehabilitación oral protésica, solo dos estudiantes (1%) tiene coronas. Estos

resultados indican que la salud bucodental es fundamental para prevenir problemas orales que puedan requerir rehabilitaciones orales protésicas. Una buena higiene dental previene la pérdida de dientes debido a caries, periodontitis o otras enfermedades orales. Esto reduce la necesidad de rehabilitaciones orales protésicas. Al mantener una buena salud bucal, se reduce la necesidad de tratamientos complejos y costosos, y se mejora la calidad de vida(120).

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión general de los resultados

El estado de salud bucodental es un indicador fundamental del bienestar general, que abarca no solo la ausencia de enfermedades como caries o patologías periodontales, sino también el funcionamiento adecuado de la cavidad oral y sus estructuras asociadas. A nivel mundial, y particularmente en el ámbito universitario, persisten retos importantes en la promoción y el mantenimiento de una salud oral óptima. Problemas como la caries dental, la gingivitis, las lesiones mucosas y las anomalías dentarias continúan afectando a jóvenes, incluso a aquellos en formación odontológica, lo que evidencia la permanencia de factores de riesgo relacionados con hábitos, acceso a servicios, conocimientos y conductas preventivas insuficientes(26,74).

En este contexto, la presente investigación adquiere relevancia al analizar el estado de salud bucodental de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (Mérida, Venezuela), aportando datos concretos que permiten comprender la situación actual. El estudio se centró en describir la salud bucodental de los estudiantes de primero a cuarto año, utilizando la técnica de observación directa asistida y como instrumento una ficha clínica modificada de la Cátedra de Patología Clínica y Terapéutica Estomatológica para fines específicos de esta investigación.

Los resultados muestran, en la dimensión de aspectos generales de la boca, que el 32% de los estudiantes presenta puntos de Fordyce en los labios, el 30% resequedad labial y el 44% no manifiesta lesiones en esta región, indicando que en general esta población no presenta alteraciones graves a nivel labial. No obstante,

llama la atención la alta prevalencia (44%) de mordisqueo crónico de la mucosa, un hábito asociado a estados de angustia, ansiedad o higiene bucal deficiente, que puede generar molestias locales como dolor, sensibilidad dental y problemas oclusales, reforzando la necesidad de abordar estos aspectos en programas de promoción de salud(44).

En relación con la lengua, la prevalencia elevada de lengua saburral (76%), junto con otras condiciones como lengua dentada (23%), geográfica (10%) y fisurada (8%), reflejan deficiencias significativas en higiene oral y acumulación bacteriana. El paladar duro mostró un 35% de paladar ojival profundo y un 16% de torus palatino, alteraciones generalmente benignas pero relevantes para la práctica clínica. La región sublingual reveló várices linguales en el 17%, torus mandibular bilateral y frenillo lingual corto en un 13% respectivamente, evidenciando la diversidad y complejidad anatómica en esta población.

Comparando estos datos con estudios internacionales, Seminario(11) encontró que un 17% de las piezas dentales estaban afectadas por caries, mostrando condiciones bucodentales generalmente satisfactorias pero con necesidad de tratamiento preventivo. Solano et al, reportaron marcadas diferencias en experiencia de caries según facultades universitarias, siendo menor la prevalencia en estudiantes de estomatología, pero aun así significativa(14). El presente estudio encontró una prevalencia muy superior, con un 74% de estudiantes con caries activas, comparable con informes de Marrufo y Mejía en Venezuela, lo que indica que el conocimiento técnico no se refleja necesariamente en prácticas preventivas efectivas, y que factores conductuales, culturales y socioeconómicos sostienen esta problemática(12,13).

La presencia de biopelícula dental en el 55% y el cálculo dental en el 41% de la muestra coinciden con hallazgos de Maatouk et al, y Mahmood en contextos asiáticos, quienes atribuyen esta prevalencia a la dificultad para traducir el conocimiento teórico en hábitos cotidianos adecuados(17,18).

En Venezuela, Santana et al(6) en la Universidad del Zulia reportaron condiciones de salud bucal desfavorables en estudiantes mayormente provenientes de familias con bajos ingresos, indicando un entorno socioeconómico adverso como determinante indirecto de la salud bucodental. Montiel y Oláñez describieron problemas similares en la Universidad de Los Andes, destacando caries, enfermedad periodontal, traumatismos y otros trastornos que también se manifestaron en esta investigación(7,8). La baja frecuencia de rehabilitación protésica observada (menos del 1%) es coherente con la característica joven de la población y refleja una buena conservación funcional en general(126).

Los hallazgos de alteraciones estructurales como microdoncia (7%), macrodoncia (5%) y fluorosis dental (32%) se alinean con los informes de Montiel, que relacionan estas anomalías con factores ambientales y genéticos de la región(7). Las alteraciones progresivas, tales como atrición (33%) y abrasión (8%), probablemente vinculadas a hábitos parafuncionales y estrés, componen un panorama similar al descrito por Oláñez et al, en poblaciones universitarias(8).

La prevalencia del 47% de gingivitis inducida por biopelícula y el 44% de mordisqueo crónico de mucosa en esta muestra coincide con datos nacionales e internacionales que resaltan el impacto multifactorial de conductas higiénicas deficientes, estrés académico y hábitos parafuncionales en la etiología de estos trastornos(9,44).

Estos resultados respaldan las alertas de la Organización Mundial de la Salud sobre la alta prevalencia de caries dental, periodontitis y alteraciones de tejidos blandos como las problemáticas bucales más frecuentes a nivel mundial(26,74). A pesar de la formación académica en odontología, la educación formal no asegura por sí sola la adopción de hábitos saludables.

El impacto conjunto de factores externos, como calidad y acceso a productos de higiene, dietas ricas en azúcares, estrés académico y contexto socioeconómico, junto con predisposiciones genéticas y características inmunológicas individuales, explica la complejidad observada(33,34,57). La elevada presencia de lengua saburral, torus palatino y desgaste dental (atrición y abrasión) evidencia esta interacción entre el ambiente y los hábitos personales.

En cuanto a la calidad de la higiene bucal, los resultados muestran que solo un 36% de los estudiantes evaluados mantiene una higiene catalogada como buena, mientras que la mayoría presenta condiciones regulares (57%) o malas (7%). Esta distribución revela que, a pesar de formarse en odontología, una proporción considerable de estudiantes no alcanza hábitos óptimos de cuidado bucodental. La higiene regular y deficiente se correlaciona con una mayor prevalencia de biopelícula y cálculo dental, factores evidentes que contribuyen significativamente al desarrollo de caries y enfermedades periodontales. Estos hallazgos ponen de manifiesto una brecha entre el conocimiento teórico y las prácticas reales de autocuidado, situación similar a la expuesta por otros estudios realizados en poblaciones de estudiantes de odontología que resaltan la dificultad para mantener hábitos adecuados durante la formación profesional(13,24,74).

5.2 Conclusiones

- El presente estudio ha evidenciado que, a pesar de encontrarse en proceso de formación especializada en odontología, los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes presentan una prevalencia notable alta de problemas bucodentales, entre los que destacan la caries activa, la acumulación de biopelícula y la presencia de cálculo dental. Estos hallazgos ponen de manifiesto que el conocimiento teórico adquirido durante la formación no se traduce, en muchos casos, en prácticas efectivas de autocuidado bucal, lo que se refleja en una brecha significativa entre saber y hacer en materia de salud oral.
- La calidad de la higiene bucal observada en la mayoría de los estudiantes resulta subóptima, ya que sólo un porcentaje reducido mantiene hábitos adecuados que favorecen la prevención de las patologías más comunes. Esta situación incide directamente en la aparición de enfermedades bucales habituales, tales como la gingivitis inducida por biopelícula, evidenciando la necesidad urgente de reforzar las competencias preventivas y las prácticas de autocuidado dentro del currículo académico y en la actividad cotidiana de los futuros odontólogos.
- El estudio también reveló una alta prevalencia de condiciones clínicas relevantes, como la lengua saburral y el mordisqueo crónico de la mucosa, que se asocian con una compleja interacción de factores individuales, ambientales y psicosociales. La presencia significativa de fluorosis dental sugiere una influencia ambiental destacable que afecta la calidad estructural y estética de la dentición en esta población.

- En cuanto a las anomalías dentales observadas, si bien su frecuencia resulta relativamente baja comparada con otras alteraciones, resulta relevante destacar la aparición de casos de microdoncia, macrodoncia, atrición y abrasión, afecciones asociadas tanto a factores genéticos y ambientales como a prácticas orales parafuncionales. La baja incidencia de rehabilitación protésica responde principalmente a la juventud de la población funcional estudiada y a la conservación general de la dentición, aunque deja en evidencia la necesidad de priorizar estrategias preventivas y tratamientos restauradores oportunos.
- Se identifican factores psicosociales y socioeconómicos como condicionantes indirectos que influyen en el estado de salud bucal de los estudiantes, manifestándose, por ejemplo, en el elevado porcentaje de mordisqueo crónico relacionado con el estrés académico y la ansiedad. Esto pone de relieve la necesidad de implementar enfoques multidisciplinarios que integren aspectos clínicos, educativos y psicosociales para mejorar la salud integral de esta población universitaria.
- Estos resultados subrayan la imperiosa necesidad de fortalecer la educación integral en salud bucal mediante la incorporación de estrategias pedagógicas que fomentan no sólo el conocimiento técnico sino también el desarrollo de hábitos saludables, el autocuidado responsable y el manejo efectivo del estrés desde las etapas tempranas de la formación profesional. La implementación de estos enfoques contribuirá a cerrar la brecha existente entre teoría y práctica, promoviendo una mejor calidad de vida y bienestar bucal en los futuros profesionales de la odontología.

5.3. Recomendaciones

- Implementar programas de educación preventiva dentro del currículo académico de la Facultad de Odontología, que incluyan actividades prácticas y talleres para fomentar hábitos efectivos de higiene bucal, sensibilizando a los estudiantes sobre la importancia del autocuidado diario y la detección temprana de enfermedades orales.
- Establecer mecanismos sistemáticos de evaluación periódica del estado de salud bucodental de los estudiantes a lo largo de su formación, mediante controles clínicos regulares que permitan identificar oportunamente factores de riesgo y hábitos parafuncionales, garantizando intervenciones oportunas y acompañamiento individualizado.
- Promover la integración interdisciplinaria en la formación profesional, facilitando la colaboración entre áreas clínicas y disciplinas afines como psicología, nutrición y medicina preventiva, con el objetivo de abordar de manera integral los factores psicosociales y ambientales que afectan la salud oral, tales como el estrés académico, la ansiedad y los hábitos alimentarios inadecuados, de la misma manera incorporar dentro de la formación odontológica módulos o sesiones específicas sobre salud mental y manejo del estrés académico, proporcionando a los estudiantes herramientas para la autocuidado psicoemocional y el bienestar integral durante su vida universitaria.
- Desarrollar campañas informativas y de concientización dirigidas a los estudiantes, orientadas a la prevención de caries, enfermedades periodontales, fluorosis dental y al control de hábitos nocivos como el

mordisqueo crónico de la mucosa, reforzando la relación entre el conocimiento teórico y la práctica preventiva.

- Se recomienda a los futuros estudiantes de la Facultad de Odontología la continuidad y profundización de esta línea investigativa, promoviendo la realización de estudios epidemiológicos de prevalencia que permitan establecer comparaciones detalladas del estado de salud bucodental entre diferentes grupos estratificados, sexo y años académicos. Asimismo, se sugiere ampliar el análisis hacia factores psicosociales, hábitos de autocuidado y variables socioeconómicas, mediante la implementación de metodologías mixtas que integran evaluaciones clínicas objetivas y la percepción subjetiva de la población estudiantil. Por otra parte, se considera relevante desarrollar estudios comparativos longitudinales que posibiliten evaluar la evolución de las condiciones bucodentales a lo largo de la formación profesional, así como entre distintas cohortes académicas, con el fin de generar evidencia sólida y actualizada que apoye el diseño de intervenciones innovadoras y efectivas orientadas a la promoción de la salud oral y la prevención de enfermedades en el ámbito universitario.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucal [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Romero Y. La salud bucal en el marco de la crisis venezolana [Internet]. Gale OneFile [Internet] 2020 [citado 3 de abril de 2025]; 23(1): 83+. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA621405701&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=15609111&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7Eeddee69d&aty=open-web-entry>
3. Rioboo Crespo M, Bascones A. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Av Periodon Implantol [Internet] 2005 [citado 30 de julio de 2025];17(2):69-77. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000200003
4. FDI Federación Dental Internacional, Pitts N, Zero D. Libro blanco sobre la prevención y el tratamiento de la caries dental. Ginebra: FDI Federación Dental Internacional[Internet] 2016 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.fdiworldddental.org/white-paper-dental-caries-prevention-and-management>
5. López L, Cortés M, Hernández A, Sánchez E, López M, Sánchez S. La caries, gingivitis, periodontitis y la maloclusión siguen siendo las afecciones estomatológicas más frecuentes en la población. Rev Fac Odontol Univ Nal Mayor de San Marcos [Internet] 2013 [citado 3 de abril de 2025]; 39(1):43-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635888>
6. Santana Y, Morón A, Quintero T, Suarez I, Rincón M. Perfil epidemiológico bucal y necesidad de tratamiento odontológico del estudiante de la Universidad del Zulia–Venezuela. Cienc Odontológica [Internet] 2018 [citado 30 de julio de 2025];15(2):7-21. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/cienciao/article/view/24615>
7. Montiel A. Hábitos de higiene bucal y estado periodontal en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Revista Saber ULA [Internet] 1998 [citado 3 de abril de 2025].
8. Oláñez D, Velazco N, Solórzano E. Hábitos alimenticios, hábitos odontológicos y caries dental en estudiantes de odontología y arquitectura de la Universidad de Los Andes. Rev Odontológica Los Andes [Internet] 2009 [citado 30 de julio de 2025];4(2):39-50. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/7207>
9. Arrieta K, Caballero A, Martínez F. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología. Rev. cuba. Estomatol [Internet] 2011 [citado 30 de julio de 2025];48(1): 6-13. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-615093>
10. Marulanda A, Coral D, Sabogal D, Serrano C. Periodontal conditions of Colombian university students aged 16 to 35. Braz Oral Res[Internet] 2014 [citado 30 de julio de 2025];18(1): 1-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871678414000011>

2025]; 28:S1806-83242014000100223. DOI: [10.1590/1807-3107bor-2014.vol28.0009](https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2014.vol28.0009)

11. Seminario MV. Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en estudiantes de la escuela de estomatología del séptimo ciclo de la universidad Alas Peruanas filial Chiclayo en el año académico 2016 II. 2016 [citado 3 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/8519>

12. Mejía Y. Prevalencia de caries dental en estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas - 2019 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Chachapoyas, Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza; 2019. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNTR_27dfa30ed88798d81f86b4d6049a799e

13. Marrufo IR, Palomino MA. Prevalencia de caries dental en estudiantes de odontología de la Universidad Peruana Los Andes Filial Lima - 2019 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima, Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/3122>

14. Solano M, León M. Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una universidad particular peruana. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2015 [citado 3 de abril de 2025]; 25(3):187-193. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a03v25n3.pdf>

15. Romero NS, Paredes S, Legorreta J, Reyes S, Flores M, Andersson N. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Rev Cuba Estomatol [Internet] 2016 [citado 3 de abril de 2025];53(2):9-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200003

16. Pavleova G, Vesela S, Stanko P. Prevalence of dental caries in dentistry students. Bratisl Lek Listy [Internet] 2015 [citado 3 de abril de 2025];116(2):93-5. DOI: [10.4149/bll_2015_017](https://doi.org/10.4149/bll_2015_017)

17. Maatouk F, Maatouk W, Ghedira H, Ben Mimoun S. Effect of 5 years of dental studies on the oral health of Tunisian dental students. East Mediterr Health J Rev [Internet] 2006 [citado 3 de abril de 2025];12(5):625-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17333803/>

18. Mahmood AA. Comparison Of Oral Health Status And Behavior between First And Fifth Years Of Al-Mustansiriyah Dental Students. J Baghdad Coll Dent [Internet]. 2017 [citado 3 de abril de 2025];29(2):71-7. DOI: [10.12816/0038753](https://doi.org/10.12816/0038753)

19. Kausar R, Atique S, Mehwish A, Raza A. Gender Differences in Prevalence of Dental Caries in Undergraduate Dental Students at Islam Dental College. Med Forum Mon [Internet]. 2019 [citado 3 de abril de 2025];30(6). Disponible en: <https://medicalforummonthly.com/index.php/mfm/article/view/3711>

20. Lalani A, Dasar PL, Sandesh N, Mishra P, Kumar S, Balsaraf S. Assessment of relationship between oral health behavior, oral hygiene and gingival status of dental

students. Indian J Dent Res [Internet] 2015 [Citado 3 de abril de 2025];26(6):592. DOI: [10.4103/0970-9290.176922](https://doi.org/10.4103/0970-9290.176922)

21. Fazli F. Prevalence of Periodontitis in Dental Students in University Technology Mara. J Adv [Internet] 2011 [citado 3 de abril de 2025]; Disponible en: [https://www.academia.edu/81065439/Prevalence of Periodontitis in Dental Students in University Technology Mara](https://www.academia.edu/81065439/Prevalence_of_Periodontitis_in_Dental_Students_in_University_Technology_Mara)

22. Etienne CF. Salud mental como componente de la salud universal. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2018 [Citado 3 de abril de 2025];42:e140. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>

23. Rosa A, Costa S, Silva P, Roxo C, Machado G, Teixeira A, et al. Estudo descritivo de alterações odontológicas verificadas em 400 jogadores de futebol. Rev Bras Med Esporte [Internet] 1999 [Citado 3 de abril de 2025];5:55-8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/yYfQvdNdPjGtpWMKLGHbbdP/abstract/?lang=pt>

24. World Health Organization. Oral health [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2024 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

25. FDI World Dental Federation. Salud bucodental a lo largo de toda la vida. Adoptado por la Asamblea General de FDI [Internet] 2017 [Citado 3 de abril de 2025]. Madrid, España. Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/es/salud-bucodental-a-lo-largo-de-toda-la-vida>

26. Ashley P, Di Iorio A, Cole E, Tanday U, Needleman Y. Oral health of elite athletes and association with performance: a systematic review - PubMed [Internet] 2014 [citado 3 de abril de 2025]; 49(1):14-9. DOI: [10.1136/bjsports-2014-093617](https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093617)

27. República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 1999 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://venezuela.justia.com/federales/constitucion-de-la-republica-bolivariana-de-venezuela/>

28. Ortiz A. Cepillado dental en personas de 18 - 44 años de la parroquia Cañaribamba, Cuenca-Ecuador, 2018 [Tesis para obtener el título profesional de Odontólogo]. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2019 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f5c9cfb4-a123-454e-a392-9e6fd6f6d6b3/content>

29. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. J Clin Diagn Res JCDR [Internet] 2017 [Citado 3 de abril de 2025];11(6):ZE21-6. DOI: [10.7860/JCDR/2017/25866.10110](https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25866.10110)

30. Lavad J. Relación de las enfermedades bucodentales y la actividad laboral del personal de enfermería de una empresa particular del distrito de Surco en el año 2019 [Internet] 2022 [citado 4 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/9728>

31. Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health - PubMed [Internet] 2005 [citado 3 de abril de 2025]; 83(9):661-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16211157/>
32. Gutiérrez M. El valor del deporte en la educación integral del ser humano. Revista de Educación [Internet] 2004 [citado 4 de abril de 2025]. DOI:10.4438/1988-592X-0034-8082-RE
33. Organization WH. Encuestas de salud bucodental: métodos básicos. Organización Mundial de la Salud [Internet] 1997 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/41997>
34. Organización Panamericana de la Salud. Salud oral [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-oral>
35. Rodríguez O, Hernández G, Rodríguez O, Hernández G. Comportamiento de las enfermedades bucodentales en el Hospital Referral Maliana de Timor Leste. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet] 2021 [citado 4 de abril de 2025];25(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Vaca M, Villavicencio A, Díaz I, Farfán G, Hernández M, Rodríguez S. Manual para la exploración de la cavidad oral y la orofaringe. 2ª ed. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2024 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/manuales/manual_exp_orofaringe_2a_ed.pdf
37. LeBlond RF, Brown DD, DeGowin RL. DeGowin's Diagnostic Examination. 9th ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2008 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dokumen.pub/degowins-diagnostic-examination-ninth-edition-9nbsped-0071478981-9780071478984.html>
38. Argente H, Alvarez M. Semiología médica: Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza-prendizaje centrada en la persona. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 2013 Parte XIV: APARATO REPRODUCTOR. ResearchGate [Internet] 2013 [citado 16 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337351247_Argente_H_A_Alvarez_M_E_Semiologia_medica_Fisiopatologia_semiotecnica_y_propedeutica_Ensenanza-prendizaje_centrada_en_la_persona_2_ed_Buenos_Aires_Panamericana_2013_Parte_XIV_APARATO_REPRODUCTOR
39. Abreu L, Armendariz L. Fundamentos del diagnóstico. 12ª ed. Ciudad de México: Méndez Editores; 2016 [citado 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/fundamentos-del-diagnostico-l-abreu-l-armendariz/>
40. Urberuaga M, Rodríguez J, Izaguirre I, Martín C. Glándulas sebáceas ectópicas. Científica Dent Rev Científica Form Contin [Internet] 2018 [Citado 16 de abril de 2025];15(2)63-4. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol15num2/fotoclin.pdf>

41. Hernández A, Marín M, Ortega B. Lesiones pigmentadas de origen melanocítico en las mucosas y su evaluación mediante técnicas no invasivas. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* [Internet] 2015 [Citado 16 de abril de 2025];13(1). Disponible en: <https://dcmq.com.mx/edici%C3%B3n-enero-marzo-2015-volumen-13-n%C3%BAmero-1/342-lesiones-pigmentadas-de-origen-melanoc%C3%ADtico-en-las-mucosas-y-su-evaluaci%C3%B3n-mediante-t%C3%A9cnicas-no-invasivas>
42. Cimati P, Fernández M, Mugavero M, Sirimarco K. Mucoccele labial: caso clínico. *CEDISI* [Internet] 2024 [citado 27 de julio de 2025]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/178562>
43. Ponce A, Jaramillo A, Landa V. El herpes: una enfermedad viral recurrente y sus implicaciones en la salud. *MQRInvestigar* [Internet] 2023 [Citado 16 de abril de 2025];7(4):814-28. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/736>
44. Somacarrera M, López A, Martín C, Díaz M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av En Odontoestomatol* [Internet] 2015 [Citado 16 de abril de 2025];31(3):129-34. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300003
45. Kumari P, Dehta P, Dixit A. Oral Potentially Malignant Disorders: Etiology, Pathogenesis, and Transformation Into Oral Cancer. *Front Pharmacol* [Internet] 2022 [Citado 16 de abril de 2025];13:825266. DOI: [10.3389/ffhar.2022.825266](https://doi.org/10.3389/ffhar.2022.825266)
46. Abreu LM, Martín Armendáriz LG. *Fundamentos del diagnóstico*. 12ª ed. Ciudad de México: Méndez Editores; 2016 [citado 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://store.manualmoderno.com/9786074488739-9786074488722.html>
47. Núñez P, García C, Morán V, Jasso L, Núño P, García C, et al. Macroglosia congénita: características clínicas y estrategias de tratamiento en la edad pediátrica. *Bol Méd Hosp Infant México* [Internet] 2016;73(3):212-6. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462016000300212
48. Esquivel A. Patologías sistémicas y su relación con lesiones en la lengua en pacientes adultos que acuden al Hospital Regional Daniel Alcides Carrión García, Pasco 2023. *Univ Nac Daniel Alcides Carrión* [Internet] 2024 [citado 27 de julio de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/4135>
49. González L, García M, Garcia J. Lengua geográfica: factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento. Revisión sistemática. *Rev Clínica Esp* [Internet] 2018;218(9):481-8. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-lengua-geografica-factores-predisponentes-diagnostico-articulo-S0014256518301644>
50. Cardona M, Padilla M, Fernández L, Salazar K, Landini V. Lengua negra vellosa. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatológico Pascua* [2019;27(3):92-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2018/cd183c.pdf>
51. Shindo T. Median rhomboid glossitis caused by tongue-brushing. *Cleve Clin J Med* [Internet] 2023 [Citado 16 de abril de 2025];90(1):15-6. <https://www.ccjm.org/content/90/1/15>

52. Kummer A. Ankyloglossia: Typical Characteristics, Effects on Function, and Clinical Implications. *Semin Speech Lang* [Internet] 2023 [Citado 16 de abril de 2025];44(4):217-29. DOI: [10.1055/s-0043-1772598](https://doi.org/10.1055/s-0043-1772598)
53. Molina M, Guillén D, Boza Y. Malformación vascular, granuloma piógeno y várices en cavidad oral. *Revisión de literatura* [Internet] 2022 [citado 27 de julio de 2025];14(1). Disponible en: <https://hdl.handle.net/10669/89778>
54. Rivera J, Ravelo R, Rodríguez D, González F, Manrique J, Vargas A. Lesiones reactivas en cavidad oral asociadas a SARS-CoV-2. *Aten Fam* [Internet] 2020 [Citado 16 de abril de 2025];27:34-8. Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/77316
55. Abreu L, Martín L. *Fundamentos del diagnóstico: las bases fisiopatológicas para la interpretación de los fenómenos clínicos*. 12ª ed. Ciudad de México: Méndez Editores; 2016. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=KeofDIvoxZoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
56. Picazo J, Gallegos M. Labio y paladar hendido. *Conceptos actuales*. Acta Médica Grupo Angeles [Internet] 2023 [citado 27 de julio de 2025];21(S1):s109-116. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000400372
57. Maita M, Duque A, Domínguez M, Muñoz R. Diagnóstico y remoción quirúrgica de un torus palatino. Reporte de un caso clínico. *Rev Investig Docencia Extensión Univ Los Andes* [Internet] 2025 [citado 27 de julio de 2025];(15):60-74. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000400372
58. Velazquez A, Florentín G, Defazio D. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis dentales removibles. *EBSCOhost* [Internet]. 2017 [citado 27 de julio de 2025];p. 45. DOI:10.20320/rfcsudes.v4i1.106
59. Martínez M, Martínez Y, Corrales A, Abreu H, Colín S. Profundidad del paladar y posición del hueso hioides en niños con respiración bucal. *Rev Cienc Médicas Pinar Río* [Internet] 2017 [Citado 16 de abril de 2025];21(3):18-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000300005
60. Moreira M, Chicaiza D, Sanchez M, Pineda D. Caracterización anatómica del piso de la boca. Una revisión. *Revista de Investigación Hatun Yachay Wasi* [Internet] 2022 [citado 27 de julio de 2025]; 1(2). DOI: <https://doi.org/10.57107/hyw.v1i2.24>
61. Jiménez O. La higiene bucal en pacientes con tratamiento de Ortodoncia [Internet]. [citado 11 de julio de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212021000300168
62. Rizzo L, Torres A, Martínez C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *CES Odontol* [Internet] 2016 [Citado 16 de abril de 2025];29(2):52-64. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2016000200007

63. Jáuregui J, Vásquez A, Sacoto F, Jáuregui J, Vásquez A, Sacoto F. Índice de Higiene Oral en los Escolares de 12 años de la Parroquia Checa en el Cantón Cuenca, Provincia del Azuay - Ecuador, 2016. *Odontoestomatología* [Internet] 2019 [Citado 16 de abril de 2025];21(34):27-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392019000200027
64. Barba L, Valerio I, Barba L, Valerio I. Halitosis: Principios básicos sobre su origen y tratamiento. Revisión narrativa. *Odovtos Int J Dent Sci* [Internet] 2020 [Citado 16 de abril de 2025];22(1):47-59. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112020000100047
65. Roth B, Oppliger N, Filippi A. Knowledge of different medical and dental professional groups in Switzerland about halitosis. *Swiss Dent J* [Internet] 2014 [Citado 16 de abril de 2025];124(12):1302-12. DOI: [10.61872/sdj-2014-12-02](https://doi.org/10.61872/sdj-2014-12-02)
66. Zürcher A, Filippi A. Findings, diagnoses and results of a halitosis clinic over a seven year period. *Schweiz Monatsschrift Zahnmed Rev Mens Suisse Odonto-Stomatol Riv Mens Svizzera Odontol E Stomatol* [Internet] 2012 [Citado 16 de abril de 2025];122(3):205-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22418723/>
67. Scully C, Greenman J. Halitology (breath odour: aetiopathogenesis and management). *Oral Dis* [Internet] 2012 [Citado 16 de abril de 2025];18(4):333-45. DOI: [10.1111/j.1601-0825.2011.01890.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2011.01890.x)
68. Catota Cevallos ML. Remanentes radiculares y su relación con las patologías bucales en conscriptos atendidos en el centro de salud urbano n o 13 del Fuerte Militar Atahualpa de la ciudad de Machachi en el período noviembre 2013 - abril 2014. [Internet] [Tesis de grado]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2014 [citado 5 de abril de 2025]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/762>
69. Duque A, Tejada C. Halitosis: Un asunto del odontólogo. *CES Odontol* [Internet] 2016 [Citado 16 de abril de 2025];29(1):70-81. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2016000100008
70. Bermúdez L, Díaz M. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. *Medicentro* [Internet] 2016 [Citado 16 de abril de 2025];20(3):167-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300002
71. Campuzano S, Jiménez L, Hernández DM, Campuzano S, Jiménez L, Hernández DM. La formación de biopelículas y la calidad del agua en la consulta odontológica. *Nova* [Internet] 2018 [Citado 16 de abril de 2025];16(29):39-49. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24702018000100039

72. Martínez F, Acosta M del C, Meden L, Nakayama H, Mendieta H. Control de la biopelícula dental en niños mediante una estrategia de motivación basada en el uso domiciliario de sustancia reveladora. *Rev Científica Cienc Salud* [Internet] 2019 [Citado 16 de abril de 2025];1(1):39-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/7498/749878808006/html/>
73. Wei Y, Dang G, Ren Z, Wan M, Wang C, Li H, et al. Recent advances in the pathogenesis and prevention strategies of dental calculus. *NPJ Biofilms Microbiomes* [Internet] 2024 [Citado 16 de abril de 2025];10(1):56. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41522-024-00529-1>
74. Zaror C, Muñoz P, Sanhueza A. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en niños chilenos de cuatro años. *Av En Odontoestomatol* [Internet] 2012 [Citado 16 de abril de 2025];28(1):33-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100005
75. Pérez B, Rodríguez G, Pérez A, Rodríguez B, Paneque M. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. *MEDISAN* [Internet] 2009 [Citado 16 de abril de 2025];13(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100006
76. Chen W, Tello M, Espinoza K, Peraza V, Coronel J. Prevalencia de gingivitis inducida por biofilm dental en escolares con discapacidad intelectual de la “Unidad Educativa Especial del Azuay” y de la “Escuela de Educación Básica Fiscomisional San José de Calasanz” en la ciudad de Cuenca – Ecuador [Trabajo previo a la obtención del título de odontólogo] *Res Soc Dev* [Internet] 2022 [Citado 16 de abril de 2025];11(9):e57511932272-e57511932272. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/8c2c4cc0-583e-4fb2-815d-3bde26c1fd6e>
77. Trombelli L, Farina R, Silva C, Tatakis D. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Periodontol* [Internet] 2018 [Citado 16 de abril de 2025];89 Suppl 1:S46-73. DOI: [10.1111/jcpe.12939](https://doi.org/10.1111/jcpe.12939)
78. Lugo G, Yibrin C, Dávila L, Giménez X, Romero I, Rojas T, et al. Clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantares. *Rev Odontológica Los Andes* [Internet] 2020 [Citado 16 de abril de 2025];14(2):10-24. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/15908/0>
79. Botero J, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. *Rev Clínica Periodoncia. Implantol Rehabil Oral* [Internet] 2010 [Citado 16 de abril de 2025];3(2):94-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072010000200007&script=sci_arttext
80. Silva X, Ruiz R, Cornejo J, Llanas J. Prevalence of caries, gingivitis and malocclusions in school-age children in Ciudad Victoria, Tamaulipas, and its relationship with their nutritional status. *Rev Odontológica Mex* [Internet] 2013 [Citado 16 DE ABRIL DE 2025];17(4):221-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-199X2013000400004&script=sci_abstract&lng=en

81. Vilchis D, Castillo R, Clavel J. El concepto de caries: hacia un tratamiento no invasivo. Rev ADM [Internet] 2013 [Citado 16 de abril de 2025]; 70 (2): 54-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od132c.pdf>
82. Núñez D, García L. Bioquímica de la caries dental. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet] 2010 [Citado 16 de abril de 2025];9(2):156-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2010000200004&script=sci_abstract
83. González Á, González B, González E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr Hosp [Internet] 2013 [Citado 16 de abril de 2025];28:64-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008
84. Crimaldi D, Rasse J, Pilone L. Lesiones adquiridas de los tejidos duros dentarios. SEDICI [Internet] 2008 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/139282>
85. Rivera C, Ossa A, Arola D. Fragilidad y comportamiento mecánico del esmalte dental. Revista Ingeniería Biomédica [Internet] 2012 [citado 4 de abril de 2025];6(12). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622012000200002
86. Lostaunau R. Las metaloproteinasas y el progreso de la lesión cariosa en dentina. Rev Estomatológica Hered [Internet] 2014 [citado 4 de abril de 2025];16(1):64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539345012.pdf>
87. Gutiérrez D, Alós L, García F, González A. Microbiología de la caries radicular en el paciente mayor. Av En Odontoestomatol [Internet] 2006 [citado 4 de abril de 2025];22(2):125-30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000200004
88. Quispe A, Pilco T. Relación entre susceptibilidad de caries dentarias y gingivitis en estudiantes de la Institución Educativa Secundaria César Vallejo, Juliaca, 2023. Univ Cont [Internet] 2024 [citado 4 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/15092>
89. Orellana J, Gavilanes S. Resistencia a la flexión de las restauraciones dentales posteriores impresas en 3D: una revisión narrativa de la literatura. [Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Odontólogo] 2023 [citado 5 de abril de 2025]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/43149>
90. Mejía L, Rendón L. Criterio clínico para la evaluación cualitativa de la morfología en restauraciones dentales: revisión narrativa. In: Universidad Antonio Nariño [Internet]. 2022 [citado 5 de abril de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/7168>
91. Macías N, Zamora Ana, Bayardo Rubén. Mercurio liberado por la amalgama dental. Rev Tamé [Internet] 2015 [citado 5 de abril de 2025];4(11). Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=106625>

92. Homme K, Kern J, Haley B, Geier D, King P, Sykes L, Geier M. Un nuevo estudio científico desafía la idea de que la amalgama dental con mercurio es segura. PubMed [Internet] 2014 [citado 11 de julio de 2025]; 27(1):19-24. DOI: [10.1007/s10534-013-9700-9](https://doi.org/10.1007/s10534-013-9700-9)

93. Vaca G, Mena P, Armijos M. La resina Bulk Fill como material innovador. Revisión bibliográfica. Dilemas Contemp Educ Política Valores [Internet]. 2021 [citado 5 de abril de 2025];8(SPE3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-78902021000500064&lng=es&nrm=iso&tlng=es

94. Hurtado C, Varela G, Cuenca T, Segovia A. Comparación de la resistencia a la fractura de la resina nanohíbrida y bulk-fill utilizando técnicas incremental y monoincremental de la investigación. SATHIRI [Internet] 2019 [Citado 5 de abril de 2025];14(1):196-206. Disponible en: <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/sathiri/article/view/816>

95. Arbildo H, Lapinska B, Panda S, Lamas S, Samad A, Lukomska M. Clinical Effectiveness of Bulk-Fill and Conventional Resin Composite Restorations: Systematic Review and Meta-Analysis. MDPI [Internet] 2020 [citado 16 de abril de 2025];(12)8. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2073-4360/12/8/1786>

96. Quisbert E, Quenta S, Valencia S. Incrustaciones Estéticas. Rev Actual Clínica Investiga. Rev. Act. Clin [Internet] 2012 [citado 16 de abril de 2025];(22). Disponible en: http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000700007&lng=en&nrm=iso

97. Bertoldi A. Artículo incrustaciones de resina compuesta consideraciones generales. Compuesto Dental Adhesión [Internet] 2004 [Citado 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/526023/Articulo-Incrustaciones-de-resina-Compuesta-Consideracione>

98. Abad M. Capacidad de sellado coronario de materiales provisionales in vitro en piezas posteriores. Odontol Act Rev Científica [Internet] 2019 [Citado 16 de abril de 2025];4(Esp):33-8. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/326>

99. Arandi N, Thabet M. Minimal Intervention in Dentistry: A Literature Review on Biodentine as a Bioactive Pulp Capping Material. BioMed Res Int [Internet] 2021[Citado 16 de abril de 2025];2021:5569313. DOI: 10.1155/2021/5569313.

100. Djouiaï B, Wolf T. Tooth and temporary filling material fractures caused by Cavit, Cavit W and Coltosol F: an in vitro study. BMC Oral Health [Internet] 2021 [Citado 16 de abril de 2025];21(1):74. DOI: 10.1186/s12903-021-01431-4.

101: Fuentes V, Escobar J, Toledo J. Reparación comparada con reemplazo de restauraciones directas posteriores defectuosas en pacientes con dentición permanente. Int. j interdiscip. dent [Internet]2020 [citado 5 de abril de 2025];(13)3. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000300191

102. Palacios C, Cárdenas C. Prevalencia de anomalías dentarias de tamaño y forma, en pacientes pediátricos de 6 a 17 años de la ciudad de huánuco, 2019-2022. Rev Científica Odontológica[Internet] 2023 [citado 5 de abril de 2025];11(4):e171. DOI: [10.21142/2523-2754-1104-2023-171](https://doi.org/10.21142/2523-2754-1104-2023-171)

103. Soplin L . Anomalías del desarrollo dental de número, tamaño y forma en pacientes pediátricos en el Perú. Repos Inst - UPT [Internet] 2024 [citado 5 de abril de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3737>

104. Díaz K. Frecuencia de anomalías dentales en una institución de educación superior: propuesta de protocolo de diagnóstico general [Internet] [masters]. Universidad Autónoma de Chihuahua; 2024 [citado 5 de abril de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.uach.mx/727/>

105. Agurto P, Nicholson C. Proposal of Anatomical Terms for Alterations in Tooth Size: Microdontia and Macrodontia. Int J Morphol [Internet] 2019 [citado 5 de abril de 2025];37(1):375-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022019000100375&lng=en&nrm=iso&tlng=en

106. Noda S, Hachem K, Bucci M, González L, Marcano V, Lares V, et al. Prevalencia de anomalías dentarias en pacientes pediátricos de Kavanayén, Bolívar - Venezuela. Rev Odontopediatría Latinoam [Internet] 2024 [citado 5 de abril de 2025];14. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/637>

107. Sella T, Sarne O, Hershkovitz I, Finkelstein T, Pavlidi A, Shapira Y, et al. Dental Anomalies' Characteristics. Diagnostics [Internet] 2021 [citado 5 de abril de 2025];11(7):1161. DOI: 10.3390/diagnostics11071161.

108. Gallacher A, Ali R, Bhakta S. Dens invaginatus: diagnosis and management strategies. Br Dent J [Internet] 2016 [citado 5 de abril de 2025];221(7):383-7. DOI: 10.1038/sj.bdj.2016.724.

109. Zapata J, Acuña J, Izquierdo L, Santin M. Frecuencia de fusión y geminación dental, revisión de literatura. Polo Conoc [Internet] 2024 [citado 5 de abril de 2025];9(5):1255-70. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/7201>

110. Roxana G, Gimena M, Anselmi A, Barrera M, González A, Rodríguez A. Anomalías dentarias: Fusión dental, abordaje endodóntico. EBSCOhost [Internet] 2021 [citado 16 de abril de 2025];(15) p. 38. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:151866567?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:151866567>

111. Gutiérrez N. Hipodoncia y fusión dental en incisivos inferiores: reporte de dos casos inusuales. Hipodoncia Fusión Dent En Incisivos Infer Rep Casos Inusuales [Internet] 2020 [citado 16 de abril de 2025];12(1):0-0. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/bd5f2ac0-36b4-4d9e-bfb2-232e9bbda4d3/content>

112. Aguirre L, Weeb L. Re-anatomización de un incisivo lateral geminado con talón cuspídeo: Reporte de caso. Revista Estomatológica Herediana [Internet] 2015 [citado 5 de abril de 2025];(25)4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000400007
113. Pereyra T. Hipoplasia de esmalte tipo I, en pacientes durante la revisión habitual en una clínica universitaria. Rev Científica Odontol UNITEPC [Internet] 2023 [Citado 16 de abril de 2025]; 2(1):24-30. DOI: [10.36716/unitepc.v2i1.619](https://doi.org/10.36716/unitepc.v2i1.619)
114. Prevalencia de Fluorosis Dental, Opacidades e Hipoplasia del esmalte en niños en edad escolar. Acta Odontológica Venezolana [Internet] 2010 [citado 16 de abril de 2025];(48)3. Disponible en <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art-11/>
115. Monzón K. Prevalencia de Anomalías de Estructura de Esmalte en la Dentición Permanente en Niñas de 8 a 12 Años de la I.E. N o 41026 República Argentina, Arequipa 2016 [Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista]] 2016 [Citado 5 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/5445>
116. Aoba T, Fejerskov O. Dental Fluorosis: Chemistry and Biology. Crit Rev Oral Biol Med. [Internet] 2002 [Citado 5 de abril de 2025];13(2):155-70. DOI: [10.1177/154411130201300206](https://doi.org/10.1177/154411130201300206).
117. Abanto J, Rezende K, Marocho S, Alves F, Celiberti P, Ciamponi A. Dental fluorosis: exposure, prevention and management. Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal [Internet]2009 [Citado 5 de abril de 2025];14(2):E103-107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19179949/>
118. Calderon J. Rehabilitación oral con prótesis fija para una mejor calidad de la salud bucal, reporte de caso clínico. Huancayo – Perú [Trabajo de grado para obtener el título de Cirujano Dentiasta] 2022 [Citado 5 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4580>
119. Huamani J, Huamani J, Alvarado S. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. Rev Estomatológica Hered [Internet] 2018 [Citado 5 de abril de 2025];28(1):44-55. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552018000100006
120. Miele M, Sarmiento M, Gruezo K. Calidad de rehabilitación con prótesis dental realizada por estudiantes desde la percepción del paciente. Rev Salud Cienc Médicas [Internet] 2024 [Citado 5 de abril de 2025];3(5):4-22. Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec:8080/handle/123456789/3273>
121. Insignares S, Díaz A, Beleño Y, Insignares S, Insignares S, Díaz A, et al. Resistencia a la fractura de coronas dentales fabricadas análogamente vs tecnología cad-cam. Estudio In vitro. Nova [Internet] 2021 [Citado 5 de abril de 2025];19(36):133-42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-

24702021000100133#:~:text=Resultados.,universal%20para%20lograr%20su%20fractura.

122. Chica E, Latorre F, Agudelo S. Prótesis parcial fija: análisis biomecánico sobre distribución de esfuerzos entre tres alternativas de retención. Rev Fac Odontol Univ Antioquia [Internet] 2010 [Citado 5 de abril de 2025];21(2):150-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2010000100003

123. Castillo M, Inagati C, Wilches J, Castillo M, Inagati C, Wilches J. Uso de prótesis parcial removible con resina acrílica termoplástica: una revisión de literatura. Rev Salud Uninorte [Internet] 2023 [Citado 5 de abril de 2025];39(1):265-83. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522023000100265

124. Ardila C. Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. Av En Periodoncia E Implantol Oral [Internet] 2010 2023 [Citado 5 de abril de 2025];22(2):77-83. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200003

125. Saucedo J. Estado de conservación de prótesis totales y lesiones mucosas de adultos mayores de la Asociación de Jubilados Cayaltí 2019 [tesis para optar el título profesional de cirujano dentista] 2022 [citado 5 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/11209>

126. Navarro J, Rodríguez T, Corona Carpio M, Áreas Z, Limonta L. Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integra. MEDISAN [Internet] 2016 [citado 5 de abril de 2025];20(10):2217-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000004

127. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. McGraw Hill [Internet] 2018 [citado 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>

128. Metodología de la investigación de Pedro José Salinas. Metodología ECS [Internet] 2016 [citado 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://metodologiaecs.wordpress.com/2016/09/18/metodologia-de-la-investigacion-de-pedro-jose-salinas/>

129. WMA . The World Medical Association-Declaración de Helsinki [Internet]. [Citado 24 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES – FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CÁTEDRA DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y TERAPEUTICA ESTOMATOLÓGICA DR. CARLOS
SANCHÉZ

FICHA CLÍNICA

Año Académico: _____

Género: F _____ M _____

1. Aspecto general de la boca

Labios: Sin lesión aparente ☐ Dx presuntivo: _____
 Carrillos: Sin lesión aparente ☐ Dx presuntivo: _____
 Lengua: Sin lesión aparente ☐ Dx presuntivo: _____
 Paladar duro: Sin lesión aparente ☐ Dx presuntivo: _____
 Paladar blando: Sin lesión aparente ☐ Dx presuntivo: _____
 Región Sublingual-Piso de la boca: Sin lesión aparente ☐ Dx presuntivo: _____

2. Higiene bucal: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Halitosis: Presenta _____ No presenta _____

Biopelícula dental: Presenta _____ No presenta _____

Cálculo dental: Presenta _____ No presenta _____

Susceptibilidad a la caries dental: Alta _____ Baja _____

Secuestros radiculares: Presenta _____ No presenta _____

3. Condición periodontal de los tejidos

Sangrado al cepillarse: Presenta _____ No presenta _____

Gingivitis inducida por biopelícula dental: Presenta _____ No presenta _____

Gingivitis no inducida por biopelícula dental: Presenta _____ No presenta _____

Movilidad dental: Grados 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

4. Condiciones de las superficies de los dientes

Caries dental: Sin lesión de caries dental ☐ Con lesión de caries dental ☐

Obturaciones Presentes:

Amalgama ☐

Resina ☐

Incrustaciones ☐

Provisionales ☐

Obturaciones defectuosas ☐

5. Anomalías en el desarrollo de los dientes

De volumen: Microdoncia___ Macrodoncia___

De forma: Dens evaginatus___ Geminación___ Fusión___ Talón cuspídeo___

De estructura (defectos del esmalte): Hipoplasia del esmalte___ Hipocalcificación del esmalte___

Fluorosis dental___

6. Alteraciones regresivas

Atrición: Presenta___ No presenta___

Abrasión: Presenta___ No presenta___

Erosión: Presenta___ No presenta___

Abfracción: Presenta___ No presenta___

Fractura coronaria visible: Presenta___ No presenta___

7. Rehabilitación oral protésica (tipos)

Coronas: Si___ No___

Prótesis parcial fija: Si___ No___

Prótesis parcial removible: Si___ No___ Estado: Bueno___ Malo___

Prótesis total: Si___ No___ Estado: Bueno___ Malo___

(Apéndice A)

www.bdigital.ula.ve

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

www.bdigital.ula.ve