

51



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS EN PACIENTES
DE LA TERCERA EDAD QUE ASISTEN A LA CASA
ASILO BETTY

Handwritten signature

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A N :
ESMERALDA CRUZ RUVALCABA
VIRGINIA DOMINGUEZ RAMOS

DIRECTOR C.D.E.S.P.B. JESUS MANUEL DIAZ DE LEON AZUARA
ASESORA C.D.M.S.P.B. ARCELIA MELENDEZ OCAMPO



MEXICO, D. F.

2000

27/1/18



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRACIAS SEÑOR:

*Por prestarme salud y vida
Por permitirme disfrutar de mi familia, gracias por todo lo que
tengo y lo que soy.*

*Porque te admiro,
Porque te respeto,
Porque eres mi ejemplo; te dedico este presente como símbolo
de agradecimiento a tu esfuerzo y apoyo.*

PAPÁ

*Gracias por darme la vida y con ello tu amor, tu paciencia,
tu tiempo, tu cariño...
Gracias por compartir conmigo la ilusión de llegar a esta meta.*

MAMÁ

A MIS HERMANOS:

*A cada uno de ellos les dedico este trabajo, agradezco su amor
y la confianza
que han depositado en mí.*

A MIS SOBRINAS:

Con la esperanza de poder despertar el espíritu de superación.

*Hoy te presento el resultado de todo mi esfuerzo,
Te dedico cada página con todo mi amor y agradezco el apoyo
que me haz brindado
Gracias por creer en mi, gracias por todo...*

MAURICIO.

A MIS ABUELITOS:

*Dedico este trabajo, pero no sin agradecerles su amor y su
cariño*

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS:

*Porque su confianza me impulsaba a concretar lo que había
iniciado,
Porque su esperanza en mi incrementaba el deseo de llegar a
esta meta.
Porque su amistad y su cariño fueron apoyo.*

*En especial a dos personas porque con ellas realice el presente
trabajo. Agradezco su amistad, su dedicación, su esfuerzo y su
paciencia...*

VIRGINIA Y JESÚS

DEDICATORIAS POR:

Vicky

A mis padres:

Gildardo Domínguez Chavez:

Que con sus consejos y apoyo logre llegar alcanzar una meta esperando que este satisfecho de mi.

Virginia Ramos de Domínguez:

Todo el apoyo que he recibido ha sido en gran parte por ella.

A mis hermanos:

Sandra:

Por ese apoyo incondicional.

Gilberto:

Esperando que esta satisfacción que tengo ,la compartas conmigo

Manuel:(finado)

Gracias por haber estado orgulloso de mi, sin haber visto este logro que pude alcanzar.

A mis abuelitos:

Que con su cariño y comprensión pude realizar este proyecto.

Tías y tíos:

Gracias al ejemplo que me han dado, fue la motivación para terminar este proyecto.

Y por último agradeciendo que en los últimos momentos, horas, segundos me apoyaron Carmen, Bana, Angel, y a ti primo.



INDICE		PAG.
1.	INTRODUCCIÓN	7
2.	ANTECEDENTES	12
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4.	JUSTIFICACIÓN	15
5.	HIPÓTESIS	15
6.	OBJETIVOS	16
6.1	OBJETIVO GENERAL	16
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
7.	METODOLOGÍA	17
7.1	MATERIAL Y MÉTODO	17
7.2	TIPO DE ESTUDIO	25
7.3	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	25
7.4	CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
7.5	SELECCIÓN DE VARIABLES	26
7.5.1	VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTES	26
7.6	DEFINICIÓN, OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	26
7.7	RECURSOS	28
7.7.1	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	28
7.8	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77
7.9	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	85
8.	ANEXOS	95
9.	DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	98
10.	FUENTES DE CONSULTA UTILIZADA	102

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la enfermedad periodontal y la caries dental son factores de riesgo para la prevalencia de la enfermedad bucal en personas de la tercera edad (1,2), ya que a menudo la gente de edad avanzada es dibujada sin dientes, con colapso de los músculos orofaciales, siendo por lo tanto una manera de asociación entre la vejez y la salud bucal, puerta de nuestra herencia cultural por siglos, de la misma forma, se piensa que las personas de la tercera edad presentan formación de bolsas, recesiones gingivales, pérdida dental como consecuencia del aumento de la edad (3). Braver menciona que los pacientes que son enviados a los hospitales Daneses son referidos al servicio de Cirugía Bucal; debido a la pérdida de la salud en su boca y que generalmente ésta ha sido ocasionada por el resultado de la pérdida parcial o total de la funcionalidad del aparato masticatorio (4).

En 1990 la población de personas que corresponden al grupo etareo de 60 años o más constituía el 6.1% del total de la población (5). En algunos lugares del mundo así como en México existe una tendencia demográfica hacia el incremento de la expectativa de vida de los ancianos esto debido a los avances médicos la disminución de las enfermedades infecciosas, adelanto en tecnología, farmacéuticos nuevos así como las técnicas de rehabilitación.(2,6,7). La mayoría de las actitudes concuerda en que el

incremento en el promedio de vida del paciente de la tercera edad refleja progreso y mejor calidad de vida (4).

En la actualidad existe mucha información con respecto a la prevención y Educación de la salud bucodental, en cuanto a caries dental y enfermedad periodontal, haciéndose referencia de ésta principalmente para pacientes jóvenes (2); sin embargo, en el caso de las poblaciones geriátricas en nuestro país es desigual ya que no ha sido intensamente estudiado y por lo tanto se desconoce la actitud e información real que el paciente de la tercera edad tienen en relación a la salud de su cavidad bucal.

Entonces es importante conocer en primera instancia las necesidades de atención bucodental de esta población, e invitar a los profesionales de la salud para que a futuro con bases en el área de investigación; pueda realizarse e implementar un programa de educación para la salud, que proporcione un mayor conocimiento en cuanto a prevención de la salud bucal, con el fin de favorecer que los dientes permanezcan un mayor tiempo en boca, en estado de funcional.

Las recomendaciones en cuanto a la investigación de la salud en los pacientes geriátricos, debe darse y organizarse, realizando estudios epidemiológicos, ya que no existen datos estadísticos en relación a su estado de salud bucal . Se ha reconocido que en México se carece de una información clara sobre la situación de salud bucal de los ancianos.

Por consecuencia es necesario brindar información, para las personas de la tercera edad, lograr despertar interés en el autocuidado y valoración bucodental, de tal manera que podamos lograr que el paciente geriátrico tenga una mejor calidad de higiene bucal.(4,8)

AGRADECIMIENTOS ACADEMICOS

Con respeto y admiración agradecemos a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por que gracias a ellas logramos terminar esta etapa profesional.

Al director de la tesina al C.D. Jesús Manuel Díaz de León Azuara por el apoyo que nos brindo antes ,durante y después de realizar este proyecto.

Agradecemos la colaboración de la C.D. Arcelia Melendez Ocampo por la asesoría y atención en el presente trabajar. Sin olvidar reconocer el esfuerzo del C.D. Rolando Buneder, director del Seminario de Odontogeriatría, por que gracias a esta área podemos ampliar la visión de necesidades y atención que requiere el paciente geriatrico.

No podemos dejar de agradecer la dedicación y apoyo a los maestros que estuvieron a lo largo de nuestra licenciatura compartiendo sus conocimientos.

Por último agradecemos las facilidades que nos dio la Casa Asilo Betty para poder realizar este proyecto.

2. ANTECEDENTES.

El envejecimiento es un proceso complicado, relacionado con la edad cronológica y los factores estructurales, fisiológicos y psicológicos, ya que debido al aumento de la longevidad en la población, es necesario estudiar mejor los problemas y necesidades odontológicas de los ancianos (5). Siendo de nuestro conocimiento que los estudios que se relacionan con la tercera edad tratan principalmente la identificación de las enfermedades degenerativas y pocos son los que reportan la salud o enfermedad bucal (9,10)

En Colombia se realizó un estudio en la población que permitió conocer algunos aspectos a nivel odontológico como: conocimiento, actitudes y necesidades de atención estomatológica así como su tratamiento (12).

En Estados Unidos y Europa ,en personas de 60 años y más se ha reportado como un alto índice de edentulismo. La principal razón fue por caries dental se concluye que esto se hubiera evitado si el anciano hubiese podido contar con la información que le proporcionará el conocimiento de Educación para la Salud bucal así como las medidas preventivas (12). Entre los factores que atribuyen la falta de conocimiento para las personas de la tercera edad es:

1.- La escasez de información acerca de los servicios.

2.- Información inadecuada con respecto a los beneficios de una atención bucal periódica (2,13). Por otro parte en España se realizó un estudio que reflejó que a la población anciana no le interesa en gran medida el aspecto bucal y se hace mención que para el paciente geriátrico no es prioritaria la salud de su boca (14). En Dinamarca se han realizado estudios que reportan el estado de Salud Bucal y las necesidades de tratamiento así como el interés que ellos mostraban por recibir la atención dental (9). Mientras que en Inglaterra se han adelantado estudios con respecto a promoción de la salud en personas pensionadas en donde sus objetivos son conocer:

- Sus actitudes y conocimientos de los cuidados dentales.
- Las necesidades en cuanto a requerimiento de información.
- Así como las respuestas que éstas personas presentan ante una campaña de salud bucal (2).

Por último mencionamos el estudio de los diferentes tipos de autocuidado bucal que realizaban en Canadá en las personas de 50 años de edad, encontrándose lo siguiente:

- 1.-Cepillado Dental.
- 2.-Hilo Dental.
- 3.-Uso de aditamentos para el hilo dental.
- 4.-Uso de fluoruro.

Frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos entre comidas.

Beverly con base en estudios de diagnóstico de conocimientos y actitudes, ha implementado programas de promoción de la salud en pacientes geriátricos, estos programas son llevados a cabo principalmente por Higienistas Dentales (9).

Por tal motivo, es necesario mantenernos generando información con respecto a este problema y dar a conocer los resultados de las investigaciones, para que de esta manera, se tomen las medidas pertinentes. Por que en este año, se espera en México un incremento del 7.18% de la población mayor de 60 años (16).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a los datos aportados por el INEGI y la S.S. existirá un incremento del 7.18% de la población mayor de 60 años, los cuales necesitan atención bucodental; porque debemos tomar en cuenta que carecen de información que vaya de acuerdo a las necesidades de dicha atención de esta población. Es pertinente realizar investigaciones que nos arrojen información con respecto a las actitudes y conocimientos. Podemos realizar estudios en cuanto practicas de higiene en la población de la tercera edad cuestionando lo siguiente:

Frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos entre comidas.

Beverly con base en estudios de diagnóstico de conocimientos y actitudes, ha implementado programas de promoción de la salud en pacientes geriátricos, estos programas son llevados a cabo principalmente por Higienistas Dentales (9).

Por tal motivo, es necesario mantenernos generando información con respecto a este problema y dar a conocer los resultados de las investigaciones, para que de esta manera, se tomen las medidas pertinentes. Por que en este año, se espera en México un incremento del 7.18% de la población mayor de 60 años (16).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a los datos aportados por el INEGI y la S.S. existirá un incremento del 7.18% de la población mayor de 60 años, los cuales necesitan atención bucodental; porque debemos tomar en cuenta que carecen de información que vaya de acuerdo a las necesidades de dicha atención de esta población. Es pertinente realizar investigaciones que nos arrojen información con respecto a las actitudes y conocimientos. Podemos realizar estudios en cuanto practicas de higiene en la población de la tercera edad cuestionando lo siguiente:

¿Se sabe del conocimiento que tiene el paciente geriátrico respecto a la prevención y como influye ésta en el estado de su salud bucal ?.

¿Se conocen las necesidades bucodentales que presentan ?.

4. JUSTIFICACIÓN.

Es de conocimiento generalizado que tanto la caries dental como la enfermedad periodontal son un problema de Salud Pública en ancianos lo cual conlleva en algunos a la pérdida temprana de los órganos dentarios, así como la disminución o ausencia de la funcionalidad de otros, esto como resultado de un largo proceso mórbido .

Es bien sabido que si al paciente geriátrico se le dieran los conocimientos necesarios y prácticas en cuanto a prevención e higiene bucodental, adoptará una actitud activa; misma que lo llevará a conservar su salud bucodental mejorar su práctica y realizar el autocuidado, por consiguiente esto se traduce en una mayor permanencia de dientes funcionales y mejores condiciones de tejido de soporte.

5.- HIPOTESIS.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Las actitudes y conocimientos que tienen las personas internas de la " Casa Asilo Betty " son las adecuadas para el mantenimiento de la salud bucal.

¿Se sabe del conocimiento que tiene el paciente geriátrico respecto a la prevención y como influye ésta en el estado de su salud bucal ?

¿Se conocen las necesidades bucodentales que presentan ?

4. JUSTIFICACIÓN.

Es de conocimiento generalizado que tanto la caries dental como la enfermedad periodontal son un problema de Salud Pública en ancianos lo cual conlleva en algunos a la pérdida temprana de los órganos dentarios, así como la disminución o ausencia de la funcionalidad de otros, esto como resultado de un largo proceso morbido .

Es bien sabido que si al paciente geriátrico se le dieran los conocimientos necesarios y practicas en cuanto a prevención e higiene bucodental, adoptará una actitud activa; misma que lo llevará a conservar su salud bucodental mejorar su práctica y realizar el autocuidado, por consiguiente esto se traduce en una mayor permanencia de dientes funcionales y mejores condiciones de tejido de soporte.

5.- HIPOTESIS.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Las actitudes y conocimientos que tienen las personas internas de la " Casa Asilo Betty " son las adecuadas para el mantenimiento de la salud bucal.

¿Se sabe del conocimiento que tiene el paciente geriátrico respecto a la prevención y como influye ésta en el estado de su salud bucal ?.

¿Se conocen las necesidades bucodentales que presentan ?.

4. JUSTIFICACIÓN.

Es de conocimiento generalizado que tanto la caries dental como la enfermedad periodontal son un problema de Salud Pública en ancianos lo cual conlleva en algunos a la pérdida temprana de los órganos dentarios, así como la disminución o ausencia de la funcionalidad de otros, esto como resultado de un largo proceso mórbido .

Es bien sabido que si al paciente geriátrico se le dieran los conocimientos necesarios y practicas en cuanto a prevención e higiene bucodental, adoptará una actitud activa; misma que lo llevará a conservar su salud bucodental mejorar su práctica y realizar el autocuidado, por consiguiente esto se traduce en una mayor permanencia de dientes funcionales y mejores condiciones de tejido de soporte.

5.- HIPOTESIS.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Las actitudes y conocimientos que tienen las personas internas de la " Casa Asilo Betty " son las adecuadas para el mantenimiento de la salud bucal.

HIPOTESIS NULA:

Las actitudes y conocimientos de salud bucodental que tienen las personas internas de la " Casa Asilo Betty ", no son las adecuadas para el mantenimiento de la salud bucal.

6. OBJETIVOS.

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Saber de las actitudes y conocimientos de los pacientes internos de la " Casa Asilo Betty ", proporcionarles información acerca de higiene y salud bucodental , despertar interés en ellos para lograr incrementar la calidad de higiene en cavidad bucal.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1. Identificar las actitudes y conocimientos de salud bucodental aplicando la escala de Likert, representada en un test, el cual se utilizará para los objetivos antes mencionados.

6.2.2. Determinar las alteraciones bucodentales de mayor prevalencia (utilizando el índice C.P.O.D.) y reportar la presencia de edentulismo.

6.2.3. Diagnosticar la presencia o ausencia de enfermedad periodontal en la cavidad bucal del paciente geriátrico.

6.2.4. Implementar y evaluar un programa de educación para la salud respecto a actitudes y conocimientos para la salud dental.

6.2.5. Informar sobre las técnicas para el control de higiene.

HIPOTESIS NULA:

Las actitudes y conocimientos de salud bucodental que tienen las personas internas de la " Casa Asilo Betty ", no son las adecuadas para el mantenimiento de la salud bucal.

6. OBJETIVOS.

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Saber de las actitudes y conocimientos de los pacientes internos de la " Casa Asilo Betty ", proporcionarles información acerca de higiene y salud bucodental , despertar interés en ellos para lograr incrementar la calidad de higiene en cavidad bucal.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1. Identificar las actitudes y conocimientos de salud bucodental aplicando la escala de Likert, representada en un test, el cual se utilizará para los objetivos antes mencionados.

6.2.2. Determinar las alteraciones bucodentales de mayor prevalencia (utilizando el índice C.P.O.D.) y reportar la presencia de edentulismo.

6.2.3. Diagnosticar la presencia o ausencia de enfermedad periodontal en la cavidad bucal del paciente geriátrico.

6.2.4. Implementar y evaluar un programa de educación para la salud respecto a actitudes y conocimientos para la salud dental.

6.2.5. Informar sobre las técnicas para el control de higiene.

7. METODOLOGÍA

7.1. MATERIAL Y MÉTODO.

El presente estudio se dividió en tres etapas:

LA PRIMERA:

- Se realizó contacto previo con el personal indicado, tanto administrativo como enfermeras o encargados del cuidado de las personas internas de la Casa Asilo Betty con la finalidad de explicarles en que consiste el estudio, cuáles son los objetivos y beneficios .

- Se realizó el levantamiento de las variables sociodemográficas y epidemiológicas, así como las correspondientes a la escala de Likert, cabe señalar que en este momento los participantes en el estudio no recibieron ningún tipo de información por parte de los tesisistas, en cuanto a educación bucodental se refiere.

- De la misma manera se levanto el índice CPOD, así como la presencia ó ausencia de enfermedad periodontal; si son portadores o no de algún tipo de prótesis y así poder reportar el edentulismo. A continuación se explicará en que consiste la escala antes mencionada así como el índice a utilizar:

ESCALAMIENTO TIPO LIKERT.

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que se expone su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala.

A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras. Debiendo tomar en cuenta que una actitud es una predisposición aprendida, relacionada con el comportamiento que mantenemos. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como "síntomas" y no como "hechos" (Padua, 1979).

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición. Por lo tanto las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

Las alternativas de respuesta pueden colocarse horizontalmente o verticalmente.

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas negativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuando los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud será más favorable.

Las afirmaciones se califican comúnmente de la siguiente manera:

- (5) Muy de acuerdo
- (4) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (1) Muy en desacuerdo

Es decir, estar "muy de acuerdo" implica una actitud más favorable hacia lo que se está cuestionando, por lo tanto implica una puntuación mayor.

Si la afirmación es negativa significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y entre más sujetos estén de acuerdo con la afirmación, su actitud es menos favorable.

FORMA DE OBTENER LAS PUNTUACIONES.

Las puntuaciones de la escala de Likert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase. Por ello se denomina escala aditiva.

Un aspecto muy importante de la escala de Likert es que asume que los

ítems o afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente, si se van a medir actitudes hacia varios objetos, deberá incluirse una escala por objeto aunque se presenten conjuntamente, pero se califican por separado.(17)

En cuanto al examen clínico este se inicio por el cuadrante superior derecho, para continuar por el cuadrante superior izquierdo y después pasar al cuadrante inferior izquierdo para concluir en el cuadrante inferior derecho. Se realizo en una silla, sillón u otras ocasiones en sitios que se ajustaron a las necesidades requeridas, se utilizo un espejo plano del número 5 y explorador a la luz natural.

- Se aplico el índice de C.P.O.D:

Con este índice manejamos los códigos para el reporte del estado del órgano dentario, puesto que es un método práctico en cuanto a la recolección y reporte de datos.

Los códigos son los siguientes:

- 0 sano
- 1 caries
- 2 obturado y caries
- 3 perdido por caries
- 4 perdido por enfermedad periodontal
- 5 extracción indicada
- 6 perdido por otra causa
- 7 obturado por otra causa
- 8 diente no erupcionado

Los criterios de diagnóstico y codificación son:

0 DIENTE SANO.

Un diente se registra como sano si no presenta evidencia de caries clínicamente tratada. Los estadios de caries que preceden a la cavitación así como otras condiciones similares a los estadios tempranos de caries son excluidos porque no pueden diagnosticarse confiablemente. Así que los dientes con los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, se deberán codificar como sanos:

- manchas blancas o yesosas;
- manchas decoloradas o ásperas;
- pigmentación del esmalte de fosetas y fisuras, que el explorador puede detener pero que no tengan un piso reblandecido, esmalte socavado o reblandecido de las paredes;
- en el esmalte del diente, áreas oscuras, brillosas, duras, socavados, signos de una moderada y severa fluorosis.

Todos los dientes en duda de lesión, se codifican como sanos:

1 DIENTE CARIADO.

La caries se registra como presente cuando una lesión en una foseta, fisura o bien en la superficie lisa, tiene un piso reblandecido a la detección, el esmalte pierde continuidad o existe una pared reblandecida. Un diente con una obturación temporal debe incluirse en esta categoría.

En las superficies interproximales, el examinador debe estar seguro que el explorador entre a la lesión. Donde exista duda acerca de caries, no debe anotarse como presente.

2 DIENTE OBTURADO CON CARIES.

Un diente se registra como obturado con caries, cuando tenga una o más restauraciones permanentes y también una o más áreas cariadas. No se hacen distinciones entre caries primaria y secundaria (i. e. si tiene o no asociación física) con la (s) restauración (es).

DIENTE OBTURADO SIN CARIES.

Los dientes obturados sin caries son considerados así como una o más de las restauraciones que están presentes no tienen caries secundaria (recurrente) u otra área del diente con caries primaria.

Un diente con una corona debido a una caries previa, se registra con esta categoría. Un diente que tiene una corona por razón diferente a caries, por traumatismo o como pilar de un puente, se registra como pilar para puente o corona especial y se codifica como 7 (G).

3 DIENTE PERDIDO POR CARIES.

Este registro se usa para dientes permanentes y primarios, que han sido extraídos debido a caries. Para los dientes primarios perdidos, esta anotación se utiliza únicamente para sujetos donde la edad normal de exfoliación no es una explicación suficiente para su ausencia.

5 EXTRACCIÓN ÍNDICADA.

Cuando el pronóstico en cuanto al tratamiento del diente es desfavorable y la presencia del órgano dentario comprometa la salud bucodental.

6 DIENTE PERDIDO POR OTRA RAZÓN.

Este código es usado para dientes permanentes que se consideran ausentes congénitamente o extraídos por razones ortodónticas o por traumatismo, etc.

7 OBTURADO POR OTRA CAUSA.

Cuando un diente ha sido tratado por que será pilar de una prótesis.

8 DIENTE NO ERUPCIONADO.

Este registro se aplica simplemente cuando no hizo contacto el diente con el medio exterior de la cavidad bucal(17).

4 DIENTE PERDIDO POR ENFERMEDAD PERIODONTAL.*

Se reporta con este código, cuando el órgano dentario presento movilidad, no fue tratado y se perdió o tuvo que realizarse la extracción. Aclarando que este no pertenece como tal CPO, se utilizo sólo por requerirlo en el estudio.

SEGUNDA ETAPA:

Esta comprendió una serie de pláticas relacionadas con educación para la salud bucodental : inspección clínica de la boca.

- Se enseñó el autocuidado de los tejidos blandos y duros de los pacientes.
- Se hablo del cuidado que debe tener el paciente, en relación con sus prótesis totales o parciales. Se le motivo, indicándole la importancia que tienen de las visitas periódicas semestrales con el Cirujano Dentista.

En cuanto al contenido general de dichas pláticas se contemplaron los siguientes puntos:

- 1.- Mitos, actitudes y realidades.
- 2.- Descripción de las características clínicas generales de la encía sana.
- 3.- Placa dentobacteriana y cálculo dental.
- 4.- Caries dental.
- 5.- Cambios que se presentan en la cavidad bucal, debido al envejecimiento.
- 6.- Gingivitis.
- 7.- Periodontitis.
- 8.- El cepillo dental .
- 9.- Técnica y secuencia del cepillado.
10. Auxiliares en la higiene bucal.
- 11.- Motivación
- 12.- Limpieza de la prótesis total y removible.
- 13.- Importancia de la masticación
- 14.- Autoexamen de la boca

LA TERCERA ETAPA:

En esta etapa se volvió a dar el test inicial al paciente para conocer si existió alguna modificación en cuanto a actitudes y conocimientos de salud bucodental, basadas en el conocimiento adquirido y modificación de su conducta por medio de las pláticas que recibieron por parte de los tesistas.

7.2. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de intervención

7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.

Se trabajó con cuarenta pacientes de la población internada en la Casa Asilo Betty ubicada en la privada de San Sebastián número 82 colonia del maestro en el D.F.

7.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN .

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Deberán de ser personas mayores de 47 años de edad, no tener alguna discapacidad mental que impida el cuidado de su salud bucodental.

Asistir de forma voluntaria a las citas odontológicas .

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.- Personas menores de 47 años de edad.
- 2.- Personas con discapacidad mental.

7.5. SELECCIÓN DE VARIABLES

7.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

VARIABLE INDEPENDIENTE

- 1.- Actividades para la salud bucodental:

VARIABLES DEPENDIENTES

- 1.- Estado de salud bucodental.
- 2.- Actitud frente a la salud bucal.
- 3.- Prácticas de higiene bucal.
- 4.- Conocimientos relacionados con los temas que previenen y mantienen la salud bucodental.

7.6. DEFINICIÓN, OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

EDAD: En años cumplidos al día de la entrevista.

SEXO: Masculino y Femenino.

ESCOLARIDAD: Último año que cursó el paciente.

OCUPACIÓN: La que el paciente actualmente ejerza o haya ejercido.

INGRESO MENSUAL: Se considero como la suma de los ingresos de las personas que viven con el entrevistado e incluyéndose o en su caso si es pensionado.

CARIES DENTAL: La cavitación que presente el diente o dientes examinados.

C.P.O.D: Serán los dientes cariados, perdidos u obturados que presente el paciente.

ENFERMEDAD PERIODONTAL: Fue evaluada como presente o ausente .

EDENTULISMO: Fue la ausencia de todos los dientes naturales que se hayan perdido por cualquier circunstancia .

ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Fueron aquellas que se realizaron, una vez aplicado el primer test durante las platicas y posterior a ellas tomando en cuenta el resultado de la información obtenida en el primer cuestionario.

CONOCIMIENTOS: A través de preguntas se conocieron los resultados del paciente y que tanto sabe sobre salud bucodental.

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS: Es lo que hace el paciente, para mejorar su condición de salud general y bucal; así como la percepción de ésta y la efectividad de las conductas de salud.

PRÁCTICAS DE HIGIENE BUCODENTAL: Son aquellas que incluyen técnica de cepillado dental, limpieza interdental; uso de hilo y cepillo .
Inspección y evaluación de la salud de sus tejidos blandos y duros.

NECESIDAD DE ATENCIÓN BUCODENTAL:

Son aquellas necesidades sentidas y no sentidas.

NECESIDADES SENTIDAS:

Es cuando el paciente sabe que las necesita, requiere y las solicita.

NECESIDADES NO SENTIDAS: Es cuando el paciente no sabe que necesita atención dental, y por tanto no la solicita.

7.7. RECURSOS

7.7.1. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

Se requirieron dos tesisistas que cursaron el Seminario de Odontogeriatría, un tutor y un asesor con conocimientos en Salud Pública, Epidemiología y Bioestadística.

7.7.2. RECURSOS FINANCIEROS.

Fue a cargo de las tesisistas.

7.7.3. RECURSOS MATERIALES

Un aula para las pláticas, guantes, cubrebocas, espejos, exploradores, abatelenguas, algodón, gasas, cepillos dentales, hilo dental, campos operatorios, lápiz, papel, goma, instrumentos de recolección de datos, proyector de diapositivas o acetatos con información en materia de salud bucodental, tipodontos y macrotipodonto.

LOS CONTENIDOS DE LAS PLATICAS FUERON LOS SIGUIENTES:

1. MITOS, ACTITUDES Y REALIDADES DENTALES.

Los mitos relacionados con la salud bucal siguen siendo uno de los mayores obstáculos, para lograr alcanzar mejores condiciones en ella e incluso algunos pueden ser dañinos, cuando se trata de conservar la salud bucal del paciente de la tercera edad (18).

1.1. DOLOR.

Un mito puede ser peligroso cuando las enfermedades de la boca son dolorosas.

MITO: "Entonces si no hay dolor todo esta bien".

Es como si el valor del tratamiento aumentase de acuerdo al grado de sufrimiento físico .

Antiguamente se pensaba que el dolor tenía una función terapéutica después de todo. Un ejemplo de ello: la forma de curar infecciones y evitar la gangrena, se realizaba aplicando hierro candente sobre la lesión (20,21).

REALIDAD: No todas las patologías son dolorosas, existen alteraciones silenciosas que aunque se manifiesten deformando la piel e incluso la cara, desgraciadamente se atienden demasiado tarde, puesto que el paciente considero que la molestia no fue lo suficientemente dolorosa para merecer atención medica.

1.2. MEDICAMENTOS.

Una idea tradicional de que "los medicamentos con sabor desagradable o de alto costo son particularmente eficaces".

Se deberá eliminar esas ideas o mitos que obstaculizan el incremento en la calidad de la salud.

1.3. CARIES DENTAL.

MITO: " Solamente los niños tienen caries "

LA REALIDAD, es que las personas de edad más avanzada también son propensas a desarrollar caries, especialmente en las superficies con raíces expuestas y alrededor de restauraciones (amalgamas) ya que tienen algún tiempo.(18)

MITO: " Las caries no tienen ningún efecto en la salud general " .

REALIDAD: Si las caries se dejan sin tratamiento, la descomposición se extenderá hasta la pulpa del diente causando una infección, misma que puede difundirse a través del torrente sanguíneo, hacia otras partes del cuerpo. Las infecciones bucales no son la excepción .

MITO: " Para reducir la cantidad de caries, causada por los azúcares, es mejor comer cantidades pequeñas a través del día que comer una porción grande en una sola ocasión" .

REALIDAD: El peligro de que se formen caries aumenta cada vez que se comen azúcares. Estos permiten que las bacterias que se encuentran en la boca produzcan un ácido dañino que baña los dientes por lo menos 20

minutos, causando caries dental.

El comer azúcar varias veces durante el día, aumenta el número de veces en que se libera este ácido, la boca debe limpiarse después de comer azúcares, para reducir el efecto dañino de este ácido (18).

1.4. FLUORUROS.

ACTITUD NEGATIVA: Pensar que los fluoruros no benefician al anciano, se consideran tóxicos y por tanto deben evitarse.

REALIDAD: Los niños reciben grandes beneficios de los fluoruros disueltos en el agua y los alimentos pero también es cierto que los adultos se benefician con la aplicación tópica de éste, en los dientes naturales que aún conservan.

Se ha observado que los pacientes que reciben radiación en las glándulas salivales y en los huesos de la mandíbula, deben recibir aplicación tópica de flúor (19).

1.5. ENCIAS.

MITO: "Las encías saludables siempre tienen un color rosado".

REALIDAD: Para muchos grupos étnicos, es señal de salud, el tener las encías rosas, sin embargo es normal y saludable el tener encías más oscuras y pigmentadas para las poblaciones de Grecia, Africa, el Oriente medio e Italia.

MITO: "Es normal que las encías sangren".

REALIDAD: El sangrado nunca es normal, en ninguna parte del cuerpo. Las encías que sangran indican la presencia de inflamación, que generalmente es el resultado de una mala higiene bucal. Cuando no se remueve la placa bacteriana diariamente, los microorganismos que se encuentran en la placa secretan ácido, sustancia dañina. Esto irrita el tejido suave y provoca el sangrado.

El cepillado y el uso del hilo dental diariamente, ayudan a eliminar la placa bacteriana y mejoran la salud de las encías. (18)

1.6. EL CEPILLO.

MITO: "Los cepillos de dientes duran para siempre".

¿Porqué comprarlos tan seguido?

ACTITUD NEGATIVA: Se debe desquitar el costo, aunque no son muy caros.

REALIDAD: Los cepillos de dientes se desgastan y tienen que ser reemplazados cada dos o tres meses, o cuando las cerdas estén dobladas, desgastadas o se hallan separadas entre ellas.

Las cerdas deformadas no hacen un contacto adecuado con los dientes y pueden retraer o cortar la encía, como resultado podemos tener una limpieza no efectiva.

MITO: " Un cepillo de dientes con cerdas duras, limpia los dientes mejor que uno de cerdas suaves" .

REALIDAD: Un cepillo de dientes con cerdas duras, durante un largo periodo de tiempo, daña los dientes desgastando su superficie. El cepillar las raíces expuestas con un cepillo que tenga cerdas duras causa daños graves en un periodo corto de tiempo, debido a que las raíces no tienen un recubrimiento duro para proteger el esmalte.

1.7. DENTADURA POSTIZA.

MITO: " Los pacientes portadores de prótesis total no necesitan hacerse exámenes dentales" .

" No necesito cepillar mi boca, por que ya no tengo dientes" . Si estos dientes no son míos para que me limpio" .

- Quizá actitudes negativas como estas se deban a la falta de información e interés del paciente.

REALIDAD: Ninguna dentadura postiza es permanente. Con el tiempo, ocurren cambios en los dientes artificiales y tejidos blandos de la boca, esto provoca que se desajuste la prótesis. Para asegurar un ajuste apropiado se debe someter a un examen de la prótesis y tejidos bucales por lo menos una vez al año. Algunos de ellos pueden resolverse usando adhesivos .

Si se necesitan grandes cantidades de adhesivo, para mantener en su sitio la prótesis total, esta debe ser corregida profesionalmente. Una prótesis mal ajustada daña los tejidos.

MITO: " La dentadura postiza debe usarse todo el tiempo " .

REALIDAD: La prótesis debe retirarse todos los días, por menos seis horas; esto permite que los tejidos descansen y alivia las encías de la presión. (18)

1.8. LA BOCA SECA.

MITO: " No existe relación entre tener una boca seca y la mala salud bucal " .

REALIDAD: La saliva, es importante para mantener saludable los dientes, las encías, los tejidos bucales y garganta, protege de las caries y las enfermedades esto hace que la saliva elimine las partículas de alimento que se quedan en la boca, limitando el crecimiento de las bacterias.

- La saliva ayuda a humedecer y lubricar los tejidos suaves que recubren la boca para mantenerlos saludables.

MITO: " Los enjuagues bucales que contienen alcohol y los hisotopos con glicerina de limón pueden usarse para limpiar la boca sin importar la condición bucal " .

REALIDAD: Debe haber precaución al usar productos que contienen alcohol o limón y glicerina, para limpiar una boca seca, ya que el alcohol es una agente secante, si se usa este hace que la boca se seque aún más y lo mismo da con los dos anteriores. Además que el limón destruye el esmalte de los dientes (18).

2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES DE LA ENCÍA SANA

2.1. ENCÍA.

La encía es el tejido adyacente al cuello dental. Este tejido se adhieren al órgano dentario, revistiendo la porción de la corona y del hueso alveolar (21).

La encía constituye uno de los tejidos blandos que reviste la cavidad bucal, este tejido de la boca se conoce como mucosa bucal.

2.2. TIPOS DE ENCÍA

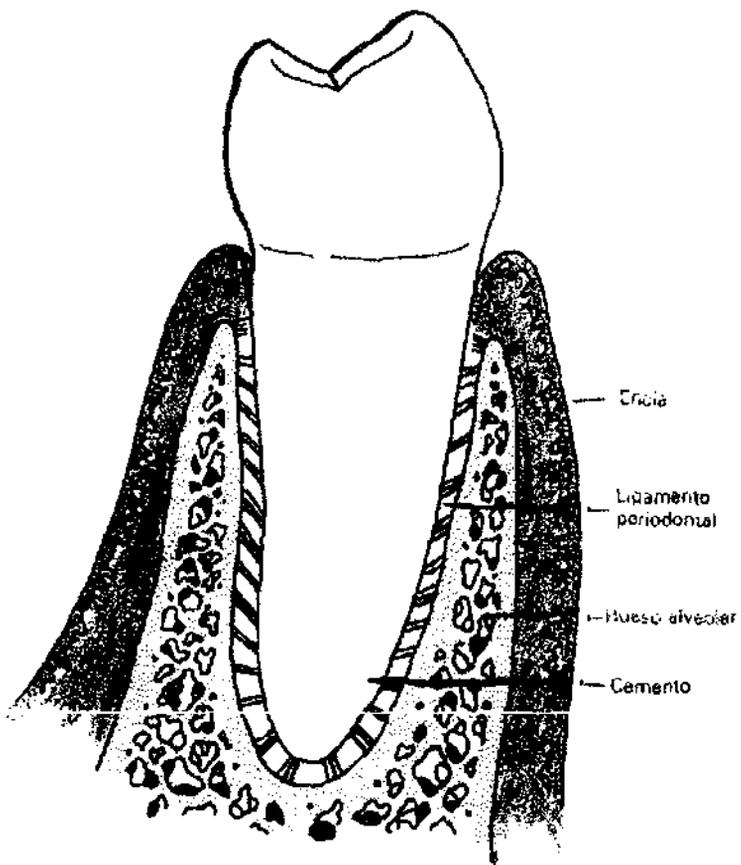
- 1.-La mucosa masticatoria.
- 2.-La mucosa de revestimiento.
- 3.-La mucosa especializada.

MUCOSA MASTICATORIA:

Es el tejido que se adhiere firmemente al hueso subyacente, y esta cubierto por epitelio paraqueratinizado o queratinizado. Esta mucosa soporta las fuerzas de fricción de los alimentos durante la masticación y la deglución, un ejemplo de esta mucosa, es el tejido que recubre el paladar duro .

MUCOSA DE REVESTIMIENTO:

Se compone de tejidos bucales que se adhieren de una manera más laxa a las estructuras subyacentes y cubiertas por epitelio queratinizado. Como



TOMADO DEL LIBRO PERIODONTOLOGÍA "RODRÍGUEZ FIGUEROA" 6TA ED, 1999

ejemplo de ella, tenemos la mucosa que cubre los labios, la parte interior de las mejillas, el piso de boca, superficie interna de la boca, paladar blando, úvula y la mucosa alveolar.(21,22)

MUCOSA ESPECIALIZADA:

Recubre la superficie dorsal de la lengua y esta adaptada al sentido del gusto.

2.3. CLASIFICACIÓN DE LA ENCÍA.

- 1.- Marginal (libre o no adherida).
- 2.- Adherida.
- 3.- Interdental

ENCÍA MARGINAL O LIBRE

Se encuentra situada en la zona más coronaria de la encía no se adhiere al diente, crea una pared del tejido blando de surco gingival (espacio muy fino, situado entre el reborde de la gingival y el diente.

En condiciones normales tiene bordes de consistencia firme textura blanda y se extiende hasta el surco gingival libre.

Se conoce como la porción que se encuentra adyacente al diente, rodeándolo en forma de collar, sin estar insertada en él.

SURCO MARGINAL

El surco marginal, es continuación del resto de la encía, éste se separa del diente por una cavidad virtual, también conocida como: depresión en forma de media luna. Se le conoce con los nombres de hendidura gingival, surco gingival, crévice o crevículo.

En el fondo de éste se engruesa para formar la estructura que se llama adherencia epitelial y que esta firmemente unida a la pieza dental con esta porción del epitelio rodeando al diente, separando la raíz de la corona clínica, demarcando con su presencia, la localización del cuello clínico del diente (21,22).

ENCÍA DE INSERCIÓN.

Se sitúa inmediatamente apical al reborde gingival y al surco gingival. Se une firmemente al diente, al hueso alveolar subyacente, tienen contorno afilado, textura puntiforme y consistencia firme (el punteado se refiere a la superficie irregular de la encía, semejante al de la cascara de naranja). Muestra anchura variable de una a otra región de la boca entre 1mm y 9mm.

La anchura depende del diente, de la posición bucoi lingual en la arcada y la localización del frenillo o de las inserciones musculares. Es más ancho a nivel de los incisivos: 3.5 y 4mm en el maxilar superior y 3.3 a 3.9 mm en el maxilar inferior. Es más estrecha en los dientes posteriores: 1.9 mm en la región de premolares superiores y 1.8 mm en la parte inferior.

Este tejido gingival soporta las fuerzas mecánicas durante el cepillado dental e impide el movimiento del reborde gingival cuando se aplica tensión a la mucosa gingival libre y en apical a la unión mucogingival, ésta va a marcar el comienzo de la mucosa alveolar que se adhiere de manera laxa al hueso subyacente, muestra una textura lisa, cubierta por epitelio fino no queratinizado y poco resistente a la fricción con la encía adherida .

La consistencia de la encía de inserción, le permite resistir las fuerzas masticatorias, ya que el bolo alimenticio pasa por ella presionándola, durante el ciclo masticatorio, lo que mantiene de paso a los tejidos saludables .

Este tejido muestra una superficie o capa queratinizada la cual se relaciona directamente con la salud, ya que esta desaparece con el punteado, al presentarse la inflamación (21,22).

ENCÍA INTERDENTAL .

Se sitúa en el espacio interproximal, creado por los dientes adyacentes en contacto. En la porción mesiodistal suele ser triangular (dependiendo del contorno proximal de los dientes), si el contorno es liso y el contacto interproximal ancho, la encía será estrecha y corta, si esta en sentido proximal es más convexo que el área del contorno coronario .

Siendo de forma piramidal la estructura de la papila interdental, es bastante irregular, presenta dos pequeñas papilas una situada por vestibular y otra por lingual, una depresión central entre ambas papilas, que se encuentran por

debajo del punto de contacto , la cual recibe el nombre de col o collado .

2.4. CRITERIOS DESCRIPTIVOS CLÍNICOS

1. COLOR GINGIVAL.

El color es rosa coral uniforme, debido a la vascularización interna que marca más hacia rojo, que el grosor del epitelio y su queratinización, que opaca el color anterior, con un ligero cambio blanquecino (21,22).

Las personas de piel oscura muestran un color azul oscuro pardo.

El cambio de un color rojo hacia un color rojo azulado es característica de inflamación gingival.

2. CONTORNO GINGIVAL

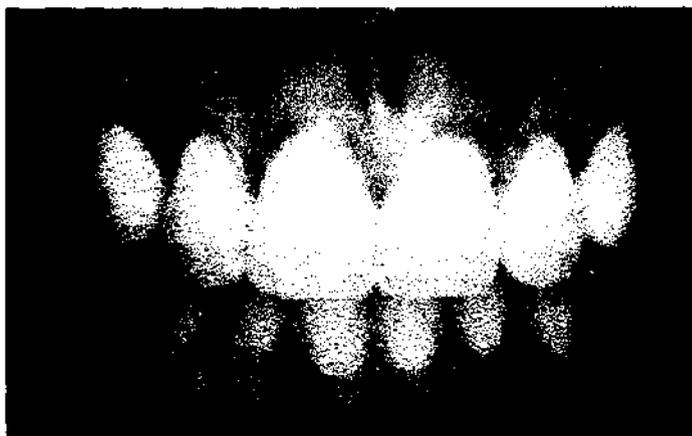
La encía insertada y marginal tiene un contorno afilado y termina a un nivel coronario de modo incisivo. Puede variar en función de la forma de los dientes, la posición bucolingual del diente, la arcada y el tamaño del espacio interproximal.(El contorno se rodea y aumenta en la enfermedad gingival debido a la congestión vascular y el aumento de la síntesis de fibras de colágeno).

3. CONSISTENCIA GINGIVAL.

La encía es resiliente y de consistencia firme, por lo que puede soportar las presiones de la masticación (22).

Cuando se produce una enfermedad gingival, la consistencia se torna blanda

Encía sana



y la encía se vuelve tumefacta debido a la congestión vascular y a la disminución de las fibras de colágeno.

3. PLACA DENTOBACTERIANA.(P.D.B)

3.1. NATURALEZA DE LA PDB.

Una de las causas principales de destrucción dental y enfermedad periodontal es la PDB, que se adhiere por sus productos salivales y colonias bacterianas en el órgano dentario, continua durante toda la vida en la mayoría de las personas apareciendo en grados variables conforme la placa aparece y persiste en la boca.

3.1.2. EL CRECIMIENTO DE LA PDB.

La placa se inicia aproximadamente 6 horas después de la limpieza dental a fondo. La primera fase en desarrollo de la placa es el depósito de los productos adherentes de la saliva. Estos productos están compuestos principalmente por mucina, que forma una capa delgada y adherente en los dientes denominada película adquirida de células epiteliales muertas y desechos alimenticios.

Una vez depositada la película en la superficie dental limpia, las bacterias que habitan en la cavidad bucal se adhieren a la película. Después de esta adherencia, las bacterias se multiplican para formar grandes masas de colonias bacterianas.

Ocurre aproximadamente 18 horas después de la limpieza dental, y continúa

hasta que la placa ha madurado por completo unas tres semanas después (24).

3.2. COMPOSICIÓN DE LA PDB.

Los estreptococos son los primeros microorganismos en adherirse a la película y multiplicarse, son capaces de producir tanto polisacáridos como ácidos a partir de los carbohidratos que consume el individuo. Esto tiene importancia porque los polisacáridos ayudan a los *estreptococos* a adherirse a la película, mientras que los lactobasilos, convierten a los carbohidratos en ácidos, que a su vez atacan el esmalte. Otros gérmenes que se encuentran en la placa producen diversas sustancias que ayudan a que se adhiera la masa bacteriana entera a la película (30).

La placa dentobacteriana esta formada, de manera aproximada por 70 microorganismos, otra parte esta conformada por polisacáridos extracelulares de las bacterias que tiene la placa, restos celulares y derivados de las glucoproteínas. También se localizan proteínas, carbohidratos y lípidos siendo los componentes inorgánicos principales: el calcio, fósforo, vestigios de magnesio, potasio y sodio (21).

3.3. LA PLACA DENTAL Y EL MAL ALIENTO.

La placa dental, además de ser factor predisponente para la enfermedad periodontal, es también un contribuyente principal al mal aliento. De hecho, la mayoría de los olores bucales se inician en la acumulación de placa dental, si se le permite acumularse en dientes y lengua.

Esto puede demostrarse con facilidad: mediante el cepillado de los dientes sin usar algún dentífrico, y a continuación oliendo las cerdas del cepillo. Se percibe con gran facilidad el olor desagradable (23).

3.4.-LOCALIZACIÓN.

La acumulación de placa es mayor en las zonas interproximales, menor en la área lingual y palatina, y aún menor en las superficies vestibulares además, los dientes posteriores generalmente acumulan mayor cantidad de placa que los incisivos anteriores.

Las superficies linguales mandibulares poseen más en comparación con las superficies del maxilar superior.

La extensión de la placa sobre de los dientes es afectada finalmente por la anatomía, posición y características superficiales de los mismos, por la forma de los tejidos gingivales y su relación con los dientes, por la fricción causada en las superficie dentaria debido a la dieta, labios y lengua .

La retención de la placa dentobacteriana es favorecida por la presencia de sarro, restauraciones defectuosas, lesiones cariosas y otros factores que producen una superficie áspera (24).

La placa se forma con más facilidad en las regiones bucales que no están expuestas, como el espacio interdental que se localiza en dirección apical con respecto de las áreas de contacto y el surco gingival; ahí la placa puede llegar a tener un grosor de varios milímetros. No es común encontrarla sobre las caras oclusales de los dientes, a menos que el diente no tenga función, es cuando pueden formarse los depósitos.

3.5. ASPECTOS CLÍNICOS .

La placa dental es una capa suave, no calcificada de bacterias que se acumula sobre el diente se adhieren a él y a otros objetos que haya en la boca, como restauraciones prótesis y cálculo .

Cuando esta formada por capas delgadas casi no se puede ver y sólo se distingue por medio de agentes reveladores.

En capas gruesas puede verse como un depósito amarillento o gris, que no se remueve con el enjuague o la irrigación bucal, sin embargo se puede eliminar con el cepillo.

3.6. MATERIA ALBA.

Es un depósito amarillento o blanquecino, suave o difuso que se encuentra en pacientes con higiene deficiente.

Consiste en un masa de microorganismos, células epiteliales descamadas, restos de alimentos, leucocitos y depósitos salivales .

Su estructura es amorfa y a diferencia de la placa se puede eliminar con facilidad si se lava con rocío de agua (21).

3.7. CALCULO DENTAL.

Es una masa calcificada que se forma y adhiere sobre las superficies dentarias y otros objetos sólidos que existen en la boca, como restauraciones y prótesis no expuestas a la fricción. "El cálculo es el

resultado de la calcificación de la placa", por lo general esta presente, en la boca de todo adulto.

Los depósitos se clasifican con base a la relación que tienen con el margen de la encía, de tal manera que son supragingivales o subgingivales.

3.8. ASPECTO CLÍNICO .

El calculo supragingival esta constituido por agregados amarillos y blancos localizados habitualmente a lo largo de los márgenes gingivales de los dientes.

El color puede cambiar a pardo por el consumo de tabaco o pigmentos amarillos, las cantidades mayores de calculo supragingival se ubican frente a las salidas de los conductos salivales mayores y en la zona vestibular de los molares superiores , en lingual y en vestibular de los incisivos inferiores se incrementa.

El tártaro subgingival es de un color entre pardo-negro, más duro, a menudo más tenazmente adherido a la superficie dentaria. Su distribución es similar sobre los diversos dientes, pero en cada diente prevalece más en próximal y lingual a diferencia de la zona vestibular (21).

4. CARIES DENTAL.

4.1. ETIOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA CARIES.

La caries dental es la enfermedad más antigua que el hombre (24).

Podemos definir a la caries como un complejo proceso bioquímico,

caracterizado por la desmineralización de los tejidos duros del diente y disolución de su porción orgánica .

La caries ataca al órgano dentario, lo destruye, por lo tanto es el peligro que debemos evitar. A fines del siglo XIX W. Miller, Bioquímico norteamericano enunció la siguiente teoría:

"La caries dental es un proceso químico de dos etapas, descalcificación del esmalte hasta su destrucción y descalcificación de la dentina seguida de disolución de sus residuos blandos" .

Este enunciado conocido como la teoría acidogénica de Miller, ha sido comprobada y aceptada por la mayoría de los expertos (25).

El proceso destructivo es una acción bioquímica. Su explicación es la siguiente:

Las partículas de alimento - almidones, harinas y sobre todo azúcares se quedan en las superficies e intersticios de los dientes; por su permanencia en medio húmedo y temperatura apropiada, como es la cavidad bucal, dan lugar a que los microorganismos o bacterias existentes normalmente en ella, entren en acción .

Evitar la putrefacción, es eliminar la sustancia orgánica, ó sea los restos de comida que se quedan adheridos a la mucosa bucal y a los dientes (27).

Diferentes estudios han comprobado que el *estreptococo mutans* se encuentra en mayores cantidades de la fase inicial de la caries y

progresivamente es substituido por lactobacilo, otros microorganismos que coadyuvan a la iniciación de caries, son el *estreptococo sanguis*, *e. mitis* y algunas especies de *actinomyces* (28).

4.2. TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN.

El término usado para la caries se determina por la gravedad o localización de la lesión.

1. CARIES AGUDA (rampante).

Proceso rápido que se encuentra en gran número de dientes, hace más difícil su limpieza.

2. CARIES CRÓNICA.

Afecta a largo plazo pocos dientes, más pequeña que la caries aguda, la dentina descalcificada es corriosa y de color café oscuro, las lesiones varían en profundidad e incluyen aquellas que han penetrado el esmalte .

3. CARIES PRIMARIA (inicial).

Es aquella en que la lesión constituye el ataque inicial sobre la superficie del diente.

4. CARIES SECUNDARIA (recurrente)

Se observa alrededor de los márgenes sobresalientes de las restauraciones y en zonas con presencia de fractura.

4.3. DETECCIÓN.

El método más conveniente a evaluar la caries es el examen bucal siendo este el más organizado para comenzar y terminar en un mismo lugar, al paciente le sería de gran ayuda realizar esta revisión con un espejo y explorador.

El examen comienza con el último molar y avanza a través de cada diente. Se debe contar con una buena iluminación.

La superficie oclusal del diente es la primera en explorarse. Se localiza una pequeña punta del explorador en las fosetas y fisuras principales o en cualquier área de descoloración. Entonces se coloca la punta en los surcos que irradian de esa fosa para observar si cualquiera de las áreas está blanda y abierta (26).

5. CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN LA CAVIDAD BUCAL DEBIDO AL ENVEJECIMIENTO.

5.1 DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO:

El envejecimiento es un proceso que produce cambios graduales en los tejidos, siendo irreversibles y acumulativos. El cambio es complicado se presenta con la edad cronológica, pero relacionado también con los factores estructurales fisiológicos y psicológicos.

Se ha reconocido que en México no existe una información clara sobre la situación de salud bucal de los ancianos, pero el aumento de longevidad en

la población, ha obligado a estudiar mejor los problemas y sus necesidades odontológicas.

El área odontológica para los ancianos debe efectuarse teniendo cada vez más presente los factores biológicos y las capacidad de regeneración tisular que suele estar disminuida (8).

Por lo tanto el Cirujano Dentista debe conocer los cambios biopsicosociales que ocurren durante la vejez.

5.2. LA EDAD COMO FACTOR BIOLÓGICO.

La cavidad bucal como el resto del organismo no escapa al paso de los años.

La edad marcara cambios en las estructuras bucodentales, que conforman el proceso de envejecimiento bucal, este efecto es más pronunciado en el sistema estomatognatico que en cualquier otro lugar del cuerpo, de hecho la aparición y el progreso de la mayoría de las enfermedades bucales en el anciano, no es más que una intercesión entre los cambios degenerativos producidos por la edad, y variables patológicas como son: infección, traumatismos u otros.

La edad como fenómeno biológico indica que la calidad de vida de los tejidos bucales cambia como consecuencia de la edad cronológica, al igual que ocurre en otras regiones del cuerpo formadas por hueso, glándulas, nervios, músculos, tejido conectivo y epitelio (4).

Es así que en la boca también ocurre atrofia, (cualquier irritación crónica la

origina y más en cambios inflamatorios) reducción funcional y pérdida de las unidades celulares regenerativas, esto se atribuye al tiempo y ambiente.

5.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN LA BOCA.

1. Microorganismos.

La microflora bucal cambia al modificarse su medio ambiente (temperatura y humedad) relacionadas con la nutrición y con la higiene bucal.

Los microorganismos junto con otros factores de riesgo como son el huésped y el medio ambiente producen caries, enfermedad periodontal, padecimientos inflamatorios e infecciosos de los tejidos blandos y del hueso.

2. Nutrición.

Esta suele ser relacionada con los cambios de la mucosa del anciano, presentándose deficiencias nutricionales, tendremos como consecuencia la caries dental así como disminución de resistencia en los tejidos a la interacción con los alimentos al efectuarse la masticación y a los traumatismos. Muchas de las veces la nutrición del anciano puede ser deficiente debido a pérdida o falta de funcionalidad de los órganos dentarios o una prótesis mal elaborada. Es importante saber que una alimentación con base en carbohidratos refinados y café conduce a la avitaminosis, confusión mental y pérdida de peso, y todo puede ser consecuencia de la falta de conocimientos y habilidad para comprar alimentos adecuados y preparar una

dieta balanceada.

3. Traumatismos.

Se presentan debido a las dentaduras postizas, mal ajustadas, bordes cortantes de los dientes y el uso inadecuado del cepillo dental para su higiene bucal (8).

5.4. CAMBIOS QUE SE OBSERVAN EN LOS DIENTES.

Los dientes naturales que persisten hasta las últimas etapas son de color más oscuro y presentan líneas de fractura en el esmalte, en las que se producen manchas fácilmente.

Las estructuras de la corona y la raíz han sufrido cierto grado de erosión. (19).

En el anciano los años de cepillarse inadecuadamente puede presentar surcos horizontales en forma de "v" en los dientes en dirección apical en relación con la unión cemento esmalte. Estos surcos por raspado pueden extenderse y penetrar en la dentina e incluyendo zonas que anteriormente eran ocupadas por la pulpa dental, la pulpa queda expuesta, pero en la mayor parte de los casos se produce dentina secundaria suficiente para evitar la exposición de la pulpa (27).

5.4.1 ALTERACIONES MORFOLÓGICAS EN EL ÓRGANO DENTARIO

1. Abrasión:

Pérdida de tejidos duros de los dientes, por el desgaste patológico causado por cuerpos extraños.

2. Atrición:

Pérdida de los tejidos causado por el desgaste de la masticación.

3. Erosión:

La pérdida de los tejidos es causada por descomposición química de la sustancia dental.

5.5. CAMBIOS QUE SE OBSERVAN EN EL TEJIDO PERIODONTAL.

Las enfermedades periodontales, causan pérdida de los dientes es debido al resultado de la degeneración en las estructuras periodontales.

Debido a que la encía, el hueso alveolar y el ligamento periodontal, sufren fibrosis conforme avanza la edad, los osteoblastos y fibroblastos reparan lenta e incompletamente el desgaste ocasionado por el funcionamiento diario, lo que origina atrofia del periodonto.

La pérdida del hueso alveolar puede estar relacionada con la disminución de la ingestión o absorción de calcio y fósforo, la resorción del borde alveolar y la pérdida del hueso por motivos periodontales pueden estar relacionados con estos factores (8).

5.6 CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN TEJIDOS BLANDOS.

1. MUCOSA BUCAL.

La mucosa se vuelve más friable y se lesiona fácilmente (con alimentos de consistencia dura).

Las membranas o mucosas bucales pueden atrofiarse, adquiriendo un aspecto brillante .

A medida que el tejido conectivo se vuelve fibroso y menos vascularizado, la cicatrización es más lenta y las infecciones son más difíciles de eliminar (29).

2. LENGUA.

Las papilas son menos abundantes a medida que avanza la edad se inflaman y su sensibilidad disminuye.

Pero si son estructuras sensibles en la desnutrición y determinadas enfermedades (el esprue y la anemia perniciosa). La lengua es agrietada a causa de la pérdida de sustancia y tono muscular.

3. GLANDULAS SALIVALES.

Hay disminución del flujo salival, la mucosa esta seca, poco elástica. La reducción se debe a pérdida de células de los acinos glandulares uso de ciertos fármacos, (antidepresivos, antihipertensivos) reacciones emocionales y estados febriles (28).

El componente mucoide de la saliva predomina sobre el seroso y la pequeña

cantidad secretada no es suficiente para desplazar los residuos alimenticios de la boca que se van acumulando en los tejidos junto con células y bacterias.

5.7 ALTERACIONES QUE ACOMPAÑAN LA DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL.

La disminución de la secreción de la saliva se acompaña por :

1. Boca escaldada.
2. Avitaminosis.
3. Trastornos emocionales.
4. Toxicidad a los medicamentos .

Con frecuencia el anciano dice que hay sensación de quemadura y no percibe los sabores.

La estimulación que produce la goma de mascar sin azúcar o caramelo sin azúcar puede ser provechoso para aumentar la secreción de la saliva, aunque en la actualidad se puede utilizar saliva artificial. Una sequedad extrema (xerostomía) es muy molesta, aumenta la actividad de caries y el progreso de la periodontitis.

Es preciso aconsejar a los pacientes que beban mucha agua , para aliviar la resequedad bucal (19).

6. GINGIVITIS.

6.1. DEFINICIÓN:

Inflamación de la encía, es la forma más común de enfermedad gingival, los irritantes locales contribuyen a la aparición de la placa dentobacteriana, la materia alba, los cálculos son extremadamente comunes, los microorganismos y sus productos lesivos están siempre presentes en el medio gingival.

6.2. EL PAPEL DE LA INFLAMACIÓN.

La inflamación causada por la irritación local origina cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales.

No todos los casos de gingivitis son obligatoriamente iguales por el hecho de que presenten alteraciones inflamatorias, y con frecuencia es preciso distinguir entre inflamación y otros procesos en la enfermedad gingival.

En casos aislados de gingivitis varía como sigue:

- 1.- La inflamación es el cambio patológico "primario y único". Este es, con mucho, el tipo de enfermedad gingival de mayor frecuencia.
- 2.- La inflamación es una característica "secundaria", superpuesta a una enfermedad gingival de origen general. Por ejemplo, es común que la inflamación complique la hiperplasia gingival causada por la administración de medicamentos como la Difantina (22).
- 3.- La inflamación es el "factor desencadenante" de alteraciones clínicas en pacientes con estados generales que por sí mismos no producen

enfermedad gingival detectable desde el punto de vista clínico. Siendo ejemplo de esto la gingivitis del embarazo .

6.3. ETAPAS DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

LA LESION INICIAL: En está el primer cambio que se observa ocurre alrededor de los pequeños vasos sanguíneos gingivales que se localizan en dirección apical con respecto al epitelio de unión (22).

GINGIVITIS TEMPRANA: Si persiste la acumulación de placa, los cambios inflamatorios iniciales continúan con un incremento en el flujo del líquido gingival y migración de células. La papila interdental se torna ligeramente roja, se inflama y sangra al sondeo.

GINGIVITIS ESTABLECIDA: Se presenta en un periodo de 2 a 3 semanas. En esta fase la encía es de color rojo, está inflamada y sangra con facilidad. Hay aumento en la destrucción de colágena , el margen gingival se puede separar con facilidad de la superficie dental; esto da origen a la formación de bolsas "gingivales" o " falsas".

Puede presentarse cierto grado de resorción de la cresta alveolar conforme la inflamación .

Así, la destrucción y la reparación continúan juntas; la proporción de cada una afecta el color y la forma de la encía. es mayor la producción de tejido fibroso la encía puede ser firme, rosada, a pesar de presentar inflamación y puede haber poco o ningún rastro de hemorragia (18).

6.4. EVOLUCIÓN Y DURACIÓN.

1. GINGIVITIS AGUDA: Dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.
2. GINGIVITIS SUBAGUDA: Una fase menos grave que la afección aguda.
3. GINGIVITIS RECURRENTE: Enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento, o que desaparece espontáneamente y reaparece.
4. GINGIVITIS CRÓNICA: Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. La gingivitis crónica es el tipo más común.

Los pacientes pocas veces recuerdan haber sentido síntomas agudos. La gingivitis crónica es una lesión fluctuante en la cual las zonas inflamatorias persisten o se tornan normales y las zonas normales se inflaman.

6.5. DISTRIBUCIÓN.

1. LOCALIZADA: Se limita a la encía de un sólo diente o un grupo de dientes.
2. GENERALIZADA: Abarca toda la boca.
3. PAPILAR: Abarca las papilas interdientarias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival. Es común que se afecte a las papilas y no al margen gingival, los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila.
4. DIFUSA: Abarca la encía marginal, encía insertada y papila interdientaria. La distribución de la enfermedad gingival en casos particulares se describe

mediante combinación de los nombres anteriores, como sigue:

1. GINGIVITIS MARGINAL LOCALIZADA: Se limita a una sola área de la encía marginal.
2. GINGIVITIS DIFUSA LOCALIZADA: Se extiende de el margen gingival hasta el pliegue mucovestibular, pero en un área limitada.
3. GINGIVITIS PAPILAR: Abarca un espacio dentario, o más, en un área limitada (23)

7. PERIODONTITIS.

7.1. DEFINICIÓN:

La periodontitis es una enfermedad que afecta a la encía, el ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar.

La inflamación se inicia en la encía y se extiende posteriormente a las capas más profundas de su parte, formación de bolsas periodontales, destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar , con presencia de movilidad gradual en los dientes.

7.2. INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN

En la población adulta es de aproximadamente 25%. La incidencia de enfermedad periodontal con formación de bolsas aumenta de manera gradual con la edad, el 20% a los 35 años y el 40% a los 50 años y así sucesivamente (21).

7.3. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los estudios epidemiológicos demuestran que:

- 1.- La incidencia y gravedad de la enfermedad periodontal suele ser mayor en el sexo masculino.
- 2.- Suele ser más intensa en la raza negra que en la blanca.
- 3.- La enfermedad periodontal se relaciona con la información que proporcionamos al paciente y el poder adquisitivo que tiene la población ; esto quiere decir que ambas nos reflejan la accesibilidad que tiene el paciente para asistir o adquirir un servicio de salud bucal (21, 29).

7.4. CLASIFICACIÓN.

(Según Page y Schroeder)

- 1.- Periodontitis prepupal.
- 2.- Periodontitis juvenil.
- 3.- Periodontitis rápidamente progresiva.
- 4.- Periodontitis del adulto.

7.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD.

La encía muestra por lo general una inflamación crónica, aunque el aspecto externo depende de la duración de la enfermedad y de la respuesta individual. Salvo situaciones extraordinariamente avanzadas, cuanto mayor es la duración del proceso inflamatorio, menores son los cambios de coloración (rojiza) y mayor el aspecto fibrótico de la encía.

7.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS TÍPICAS DE LA PERIODONTITIS

1. COLOR GINGIVAL.

Variable (rojo azulado).

2. CONSISTENCIA GINGIVAL.

Varia entre blanca y prominente (edematosa) o firme (fibrótica).

3. CONTEXTURA GINGIVAL.

El punteado gingival disminuye.

4. CONTORNO GINGIVAL.

El margen gingival se redondea, anulándose la encía interdental.

5. POSICIÓN GINGIVAL.

El nivel de inserción gingival en el diente (epitelio de unión) se sitúa a menos de 3mm (apical) a la unión amelocementaria. Aumenta discretamente.

6. TENDENCIA AL SANGRADO.

Por lo general, se observa hemorragia en el curso tras la manipulación instrumental.

7. PROFUNDIDAD DEL SONDEO.

Se advierte un incremento en la profundidad de sondaje, habitualmente superior a 2 mm en la cara vestibular y lingual y a 3mm en el interdental. Aunque la encía puede aparecer de color rosa y con una consistencia firme, si se observan bolsas periodontales suele haber periodontitis.

8. EXUDADO.

El exudado purulento es frecuente, pero no siempre aparece cuando se exprime el contenido de la bolsa.

9. SUPERFICIE DENTAL .

Suele ser rugosa, con cálculos.

10.MOVILIDAD DENTAL.

Varia entre una movilidad nula o un aumento moderada de lo mismo (21,29).

7.7. PERIODONTITIS CRÓNICA.

La inflamación e irritación en presencia continua de la placa lesionan cada vez más la integridad del epitelio de unión. Las células epiteliales se degeneran separándose, con lo que la inserción al diente se destruye por completo (las fibras dentogingivales y crestalveolares).

Se forma un bolsa periodontal o "verdadera" conforme este se separa de la superficie radicular. Las paredes de los vasos se rompen, lo que ocasiona hemorragia en el tejido circundante.

El hueso presenta remodelado, pero muestra una pérdida neta de sustancia.

Por lo que en los sitios interproximales (donde la meseta de hueso se apila, como entre los molares) se forma un cráter interdental

La lesión periodontal también se presenta "cerrada" conforme avanza y el tejido conjuntivo se destruye.El progreso de la lesión no es continuo, se presentan periodos de remisión y avance, la fibrosis es una característica constante en especial en la última parte. Hay resorción en la cresta alveolar, formación de abscesos; los dientes seden y finalmente se pierden (21,29)

7.8. RESECIÓN GINGIVAL

La atrofia gingival produce un movimiento apical del margen de la encía para dar como resultado una resección gingival y exposición de la raíz dental. Esto involucra cierto grado de destrucción periodontal y puede acompañar a la periodontitis crónica, sin embargo, no es necesariamente, una característica de dicha enfermedad.

La resección gingival es uno de los cambios tisulares que por lo general, son causados por el desgaste o el rompimiento como consecuencia del uso; se ubica entre la salud y la enfermedad activa; puesto que la resección de la encía al igual que la atricción dental representan una modificación de la anatomía normal (21).

8. EL CEPILLO DENTAL.

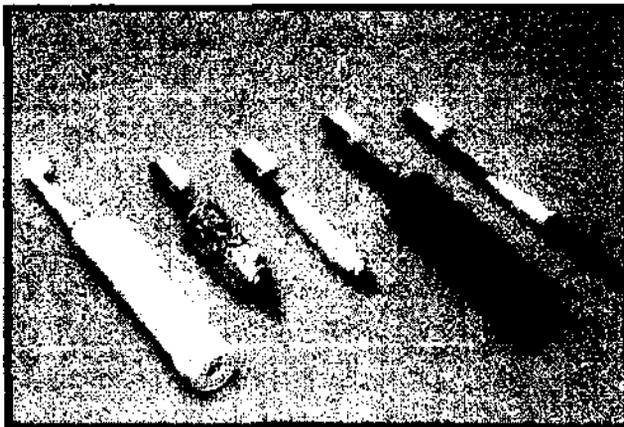
Al recomendar un cepillo se tomará en cuenta lo siguiente:

1. Tipo.
2. Tamaño.
3. Cerdas del cepillo.

8.1. TIPO DE CEPILLO

Los cepillos manuales son todavía los más usados, existen varios diseños pero puede decirse que prácticamente todos ellos son efectivos si se les usa en forma adecuada .

MOVIMIENTO LIMITADO DE LA MANO O EL BRAZO



TOMADO DEL MANUAL PARA EL CUIDADO BUCAL. TROENDLE, KAREN.

8.1. 2. CARACTERÍSTICAS:

- Cerdas planas en los dos sentidos, pues así se adapta mejor a todas las zonas. La forma de las cerdas permite un contacto adecuado sólo en las zonas palatina y lingual anteriores, en las que hace contacto sólo en la parte central.

- Las cerdas deben ser de tamaño mediano alrededor de tres centímetros de largo por un centímetro de ancho. Un cepillo más pequeño abarca zonas muy reducidas y uno más grande trabaja mal en zonas anteriores y linguales posteriores.

El cepillo eléctrico está especialmente indicado para los impedidos y pacientes sin destreza. Para manejar en forma apropiada el cepillo común reemplazan la fuerza muscular del cepillo manual por fuerza eléctrica (2,23,31).

8.2. TAMAÑO DEL CEPILLO.

El mango del cepillo manual, debe tener una forma que permita una presión firme y cómoda. La parte activa será lo suficientemente pequeña para permitir la introducción en todas las zonas de la boca, pero lo suficientemente grande para abarcar dos dientes a la vez.

8.3. CERDAS DEL CEPILLO.

Estas deben ser de igual longitud.

Si son blandas deberán hallarse muy cerca una de la otra, dispuestas en dos o más hileras .

Las cerdas suaves son eficaces para remover la placa bacteriana y son menos propensas a desgastar cantidades excesivas de la estructura del diente o desgastar el tejido de las encías. Si las cerdas son duras, deberán estar más espaciadas en dos o tres hileras.

Las cerdas sintéticas se limpian con mayor facilidad y son mas durables, su rigidez no se siente fácilmente con el agua (31).

9. TÉCNICA Y SECUENCIA DEL CEPILLADO

Se han descrito numerosas técnicas de cepillado, siendo prácticamente casi todas aceptables si se les efectúa con minuciosidad y constancia.

Ninguna técnica será completamente eficaz a menos que se establezca una rutina que garantiza que se limpiará minuciosamente la superficie de cada diente .

1.- La técnica debe limpiar todas las superficies dentales, en particular el área del surco gingival y la región interdental. Una técnica de barrido limpia bien las convexidades de los dientes, no obstante, deja placa en los sitios más resguardados de los dientes.

2.- Los métodos de barrido vertical y horizontal, producen recesión gingival y abrasión del diente.

3.- La técnica debe ser sencilla y fácil de aprender. Una técnica puede ser fácil para una persona en tanto que la misma es difícil para alguien más. Por lo tanto cada persona requiere de instrucción individual (18).

9.1. TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADO:

Permite buena limpieza y excelente masaje, la posición del cepillo deberá ser con una angulación de 45 grados sobre la encía insertada. Presione contra los tejidos con un movimiento recíproco del mango y lleve el cepillo en dirección coronaria sin girar hacia arriba cepille, la encía para asear los espacios interdentarios y los surcos, la acción del masaje se observa en el blanqueamiento de la encía.

9.1.2. VENTAJAS DE LA TÉCNICA.

1. La encía insertada se estimula mecánicamente.
2. El tercio gingival del diente se limpia, mediante un movimiento vibratorio corto sobre la superficie .
3. Se elimina la placa que se halla presente entre el margen gingival y el ecuador del diente.
4. Las puntas de las cerdas llegan a zonas interproximales, limpian y estimulan la papila interdientaria sin lesionar (31).

9.3. CEPILLADO DE LA LENGUA.

La limpieza minuciosa de la boca incluye un buen cepillado, iniciando por la zona posterior (cuanto se tolere) sobre el dorso de ésta y continuar con los bordes laterales izquierdo y derecho.

- Limpiar la lengua, con el cepillo de lado cerca de la mitad, con las cerdas apuntando hacia la garganta, seguir el mango .Se hace un barrido hacia adelante repitiendo este movimiento de 6 a 8 veces en cada área. El paladar también se debe tratar de la misma manera.

9.3.1. VENTAJAS:

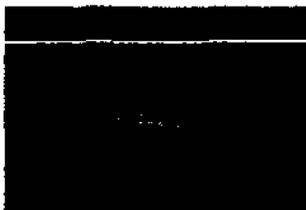
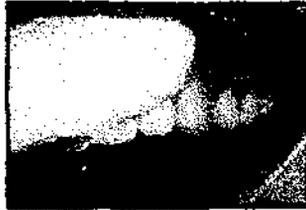
1. Remueve cualquier exceso de impurezas y partículas de alimentos.
2. Proporciona masajes a los tejidos, mismos que promueven la tonificación de los tejidos .
3. Aumenta la circulación.
4. Se mejora el sentido del gusto.
5. Refresca el aliento(18,27).

9.4. SECUENCIA DEL CEPILLADO.

Enseñar al paciente que se cepille sistemáticamente, comenzando desde atrás y avanzando hacia la región anterior.

El tiempo que demande la limpieza de la boca, varía con cada paciente y dependerá en parte de la frecuencia del cepillado, indicarle un tiempo determinado, pero señalarle que al comienzo se requerirá más tiempo (20 minutos) hasta que el paciente adquiera destreza en la técnica .

TECNICA: LA LIMPIEZA BUCAL



TOMADO DEL MANUAL PARA EL CUIDADO BUCAL, TROENDLE, KAREN.

El cepillado se hará delante de un espejo con buena luz, para que el paciente vea la colocación del cepillo y las cerdas, en sesiones anteriores, se debe examinar la boca del paciente geriátrico para valorar su higiene bucal, observando si hay zonas donde queda placa, revisar la técnica y corregir el error (31). Debemos mostrar, decir y hacer.

10. AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL.

10.1. TÉCNICAS DE APLICACIÓN DEL HILO DENTAL.

Las áreas cervicales de la superficie labial y lingual de las piezas dentarias se limpian con eficacia llevando a cabo el cepillado adecuado. Aunque este no sea eficaz para el aseo de las partes interproximales, es por esto necesario el uso del hilo o seda dental.

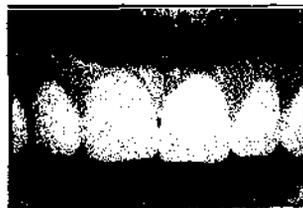
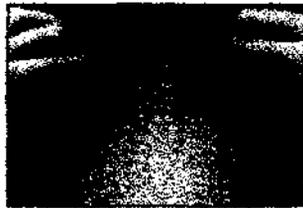
El propósito del hilo dental es remover la placa bacteriana que se encuentra entre cada uno de los dientes y debajo de la línea de la encía, que no se puede alcanzar con las cerdas del cepillo, estas áreas son propensas a la caries y a las enfermedades de encías (1,27).

Se dispone de tres productos básicos :

- 1.-Cinta dental encerada.
- 2.-Seda dental encerada.
- 3.-Seda dental no encerada.

La seda es más delgada que la cinta dental y suele ser más fácil pasarla por el área de contacto entre las piezas dentarias. La cubierta encerada de la seda dental ayuda a pasar por área de contacto con mayor facilidad, el

TECNICA: USO DEL HILO DENTAL



TOMADO DEL MANUAL PARA EL CUIDADO BUCAL, TROENDLE, KAREN

encerado impide que se deshile. La seda encerada no limpia bien la superficie de los dientes, puede dejar cierto residuo de cera en la superficie va dejando una superficie áspera en la que se puede acumular con más rapidez la placa bacteriana (23).

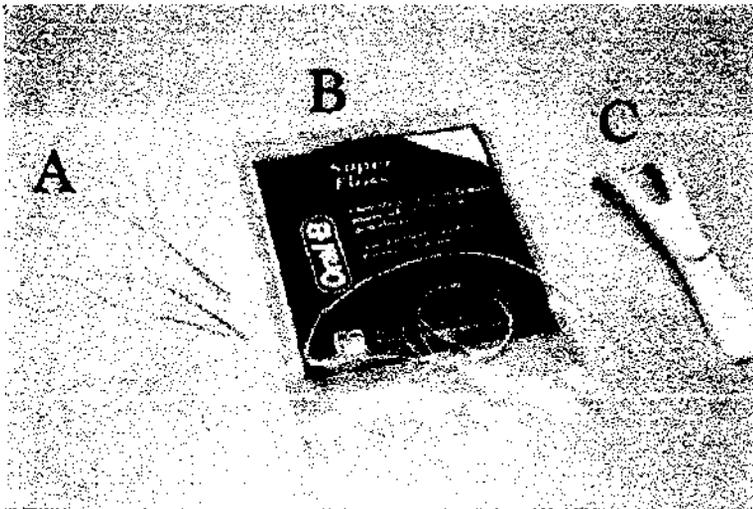
10.2. PREPARACIÓN PARA EL USO DE HILO DENTAL.

1. Remueva unas 18 pulgadas de hilo dental del contenedor.
2. Enrolle la mayor parte del hilo dental alrededor del dedo medio de una mano.
3. Recoja el hilo sucio con el dedo medio de la otra mano.
4. Sostenga firmemente aproximadamente una pulgada de hilo dental entre el dedo índice y el pulgar (27).

10.3. TÉCNICA.

1. Comience con el último diente de la maxila superior, introduciendo el hilo con precaución para no lastimar la encía.
2. Frote el hilo de arriba a bajo a lo largo de la superficie del diente.
3. Pase al siguiente diente.
4. Dirija el hilo entre los dientes con un movimiento suave de un lado a otro.
5. Sostenga el hilo contra el diente, de modo que siga la forma de este y realice movimientos de arriba a abajo, firmemente contra la superficie del diente.
6. Deslice el hilo suavemente por debajo de la encía y limpie la zona.
7. Repita estos pasos para cada diente (1,27).

ENHEBRADOR DE HILO DENTAL



TOMADO DEL MANUAL PARA EL CUIDADO BUCAL, TROENDLE, KAREN.

La limpieza con seda dental se recomienda por lo menos una vez al día . Puede hacerlo mientras ve televisión o están en otros periodos de descanso. Si los pacientes tienen dificultad para usar el método manual, se puede usar un aparato de sostén de la seda como sustituto de los dedos (18). Utilice un enhebrador de hilo dental (aparato para insertar el hilo o porta hilo), entre los dientes y por debajo de las prótesis dental (fija).

Primero se inserta el hilo entre los dientes. Después el extremo en forma de aguja se inserta entre los dientes o debajo de la pieza dental postiza o pontico, realizando un movimiento limitado de la mano o el brazo.

El uso de hilo dental puede llevarse a cabo de manera eficaz con una mano usando un sujetador de hilo dental. El mantener el hilo dental denso en el sujetador es sumamente importante. Para lograrlo, presione suavemente las horquillas mientras lo enhebra (18).

10.4. ENGUAJE Y APARATO DE IRRIGACIÓN.

Una vez hecho el cepillado y la estimulación interdientaria, es fundamental enjuagar la boca. Se hará pasar agua tibia con fuerza por los espacios interdentarios, el objetivo primario consiste en eliminar los desechos de comida y la placa bacteriana de estas zonas, el objetivo secundario es aplicar masaje pulsátil al tejido gingival para alentar la circulación.

Las técnicas de irrigación con agua se han estado utilizando hace tiempo en Europa para el tratamiento de la enfermedad periodontal se conocen generalmente como balneoterapia .

Se ha acusado al público con anuncios sobre la eficacia de los enjuagues bucales para eliminar la halitosis, el enjuague bucal debe ser considerado como agente que elimina los desechos después de hacer el cepillado y la aplicación de seda, los enjuagues bucales comerciales actúan como perfumes bucales que enmascaran los olores sólo de manera temporal.

(23, 31)

11. MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN DE LO ANTERIOR.

La motivación del paciente para que realice una adecuada higiene de su boca, no sólo es indicarle que es lo que debe hacer, si no que debe hacer, por que y de que forma.

Se debe explicar detalladamente con palabras al alcance del paciente y con ayuda de dibujos y modelos, los siguientes conceptos:

1.- La importancia de la higiene bucal en la prevención y mantenimiento de la salud bucal y periodontal.

2.- La pérdida de dientes con su real o potencial que amenaza la salud general.

Es importante llegar a tratar al paciente conociendo sus necesidades y deseos, de tal modo que al dirigimos hacia ellos, nuestro énfasis debe ser con respecto a los beneficios de la higiene bucal.

Se explicará finalmente:

¿Cómo la enfermedad periodontal provoca la aparición de espacios entre los dientes?

¿Qué exige una técnica de cepillado? .

¿Cómo pueden resolvan los problemas de higiene que su circunstancia crea?

Motivación con nuestras indicaciones positivas y constructivas. Una vez que se le ha explicado al paciente la importancia de la higiene. Se le enseñó un procedimiento educativo.

Una instrucción repetitiva es valiosa, ya que el paciente interviene en nuestra investigación. Se le muestra que debe hacer y después se deja que lo haga por sí mismo.

Se trató de no abrumar al paciente con "demasiados detalles" enseñados en una sola sesión y que una vez solos no recuerden bien lo que antes se les ha explicado.

Se recordó también que en personas con escasa habilidad manual o incapacidad física, la insistencia excesiva en detalles accesorios reduce la retención hacia otros fundamentos.

Al comienzo de la platica del cepillado, se mencionó varios puntos:

1.- Frecuencia del cepillado: hay que involucrar al paciente en la necesidad de cepillarse una vez al día o dos para eliminar la placa y los residuos (si no se logra que realiza los tres cepillados al día (2 y 31).

Una actitud más eficaz es sugerir una limpieza matutina a fondo antes de iniciar las actividades diarias. Debe sugerirse una sesión de cepillado después de la comida de la tarde y antes de dormir. Se le mostró la técnica de cepillado sobre un modelo, en las zonas anteriores superiores e inferiores de la boca del paciente, después se le pedirá que lo realice frente a un

espejo. Señalamos los errores de su técnica, incluyendo la posición del cepillo, la de la mano y el brazo, repetir la secuencia de enseñanza en otras zonas de la boca (31).

12. LIMPIEZA DE LA PROTESIS TOTAL Y REMOVIBLE.

A fin de mantener una buena salud bucal, es necesario limpiar minuciosamente todas las prótesis dentales, así como los dientes naturales, para remover las bacterias y la placa bacteriana.

1. La limpieza para dentaduras totales o parciales debe realizarse enjuagándolas con agua y colóquelas en un recipiente dentro de un lavabo, este debe forrarse con una toalla pequeña y llenarse hasta la mitad con agua, esto evitará que la dentadura se rompa en caso de que se resbale de las manos.
2. Aplicar detergente líquido o jabón de barra que no sea abrasivo en un cepillo y páselo por todas las superficies exteriores de la dentadura postiza.
3. Usar un cepillo más pequeño con punta, para limpiar las superficies interiores más difíciles de alcanzar de la dentadura postiza.
4. Limpiar los ganchos metálicos cuidadosamente para evitar que se doblen.
5. Limpiar todas las superficies de la prótesis que hagan contacto con los dientes o tejidos ya que a largo plazo la placa bacteriana se queda en esas superficies.
6. Enjuagar la prótesis con agua tibia.(18).

TECNICA: LIMPIEZA DE LA DENTADURA POSTIZA



TOMADO DEL MANUAL PARA EL CUIDADO BUCAL, TROENDELE, KAREN.

12.1. REMOCIÓN DE MANCHAS .Si la dentadura postiza esta manchada, debe sumergirse en una solución especial limpiadora una vez a la semana, durante 30 minutos antes de cepillarse. Pueden utilizarse productos comerciales o soluciones como es el cloro "media onza" dos cucharadas pequeñas en un recipiente de agua aproximadamente 250ml .No usar esta solución si la prótesis tiene metal, (ganchos o barras) enjuagar perfectamente después de usar cualquier solución limpiadora (18).

13. IMPORTANCIA DE LA MASTICACIÓN.

La eficacia de la masticación tiende a disminuir con la edad debido a:

1. Pérdida de los dientes
2. Disminución de fuerza en los músculos.
3. Disminución de la masticación.
4. Movilidad de los dientes y obliteraciones de las cúspides de los órganos dentarios.

Esto quiere decir que ha medida que las superficies masticatorias se aplanan, aumenta el esfuerzo que deben hacer los dientes para llevar acabo su función, las personas que conservan sus dientes ven disminuida la fuerza masticatoria(19).

La eficacia de las dentaduras artificiales para desmenuzar el alimento se basa en comparación con la dentadura natural, (21 kg. por cm^2 a 3.5 kg. por cm^2).

Se ha comprobado que el paciente con dentadura completa no mastica el alimento mayor tiempo. Y que muchas de las veces el paciente la utiliza por estética. La nutrición es la función más afectada por el envejecimiento de la cavidad bucal puesto que en la boca tienen lugar algunos procesos necesarios para realizarla, como masticar, saborear, sentir los alimentos y finalmente deglutirlos.

Los trastornos de la masticación a veces explican la falta de interés por comer carne y se presenta el síndrome de té y pan tostado son estos los productos que el paciente consume (1). El anciano debe tomar conciencia especial de la necesidad de cambiar sus hábitos de alimentación y masticación, por un tiempo más prolongado y comer lentamente en especial los que usan prótesis.

Se debe averiguar el tipo de dieta (añadiendo agua para poder suavizarlos) para que el alimento sea apropiado de manera que el anciano pueda masticarlo y no dañe sus salud (32).

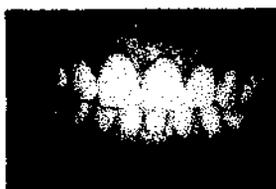
14. AUTOEXAMEN DE LA BOCA .

El examen de la boca para detectar indicios tempranos de una enfermedad debe ser parte regular de la higiene bucal . La inspección periódica puede reducir el riesgo de permitir que se desarrolle un problema grave .

La proporción de éxito en el tratamiento de problemas bucales es más elevada si la enfermedad se detecta en una etapa inicial. Algunas de las señales comunes de advertencia de problemas de salud bucal son:

EXAMEN DE LA BOCA

ANORMALIDADES BUCALES



Dientes calcificados con dientes



Dientes calcificados con dientes (epitelio superior)



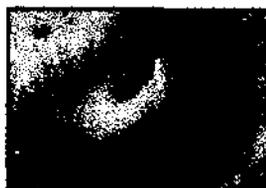
Labios secos y craquelados



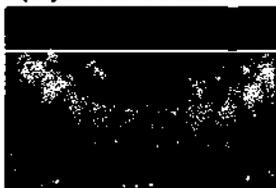
Protección en la encía o en el surco de la gingiva superior



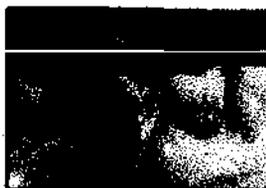
Manchas blancas en la parte interna de la mejilla justo al lado de la encía



Chapa en el lado de la lengua



Pas entre los dientes y las encías



Dientes partidos y con caries

- Problemas al masticar.
- Problemas al deglutir.
- Dolor en boca (18).

14.1. GUIAS PARA DETECCIÓN DE ALTERACIONES

1. EL COLOR

Prestar atención al color de las encías y los tejidos que recubren la boca. El color de las encías y tejidos bucales saludables es rosado (personas de piel clara) y color púrpura en piel oscura.

2. LA HUMEDAD

Las encías y tejidos de la cavidad bucal normalmente están húmedas, la sequedad puede ser un indicador por falta de toma de líquidos.

3. LAS IRREGULARIDADES

Las encías y el tejido normalmente son suaves y continuas, cualquier irregularidad señala la falta de integridad. Algunos ejemplos:

- inflamación.
- Lunares blancos o rojos.
- Ulceras.
- Sangrado o presencia de pus.
- Abultamientos debajo de la lengua.
- Nódulos móviles.
- Crecimiento de tejido blando de cualquier zona de la boca.

4. EL ORGANISMO DENTARIO

Los dientes también deben examinarse para detectar cambios en el color e integridad. Las áreas blancas calcáreas descoloridas son indicios de la formación de caries. El color café o negro son caries ya desarrolladas.

Los dientes flojos o rotos son una falta de integridad y por consecuencia se pierde su función (18).

14.2. TÉCNICA.

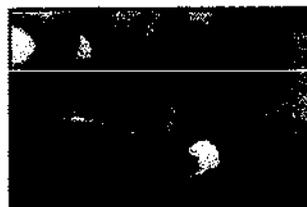
1. Examinar la boca de manera sistemática.
2. Comenzar con labios y después las estructuras internas.
3. Labios y comisuras de la boca.
4. Superficies internas de los labios
5. Superficies internas de las mejillas o carrillos.
6. Encías o surcos.
7. Dientes.
8. Paladar.
9. Lengua la parte superior, desde atrás y a los lados.
10. Piso de la boca, levantando la punta de la lengua.

14.3. SEÑALES DE ADVERTENCIA DE UNA BOCA SANA:

- Dificultad para deglutir alimentos.
- Irritación constante de la garganta.
- Molestia con la dentadura.

CASOS ESPECIALES

MANEJO DE LA BOCA DE UN PERSONA INCONSCIENTE



TOMADO DEL MANUAL PARA EL CUIDADO BUCAL, TROENDLE, KAREN.

- Labios resecos.
- Comisuras de la boca que se agrietan o sangran (18).

La higiene bucal y el masaje gingival son procedimientos que realiza el paciente para eliminar la placa, los depósitos blandos y residuos de los dientes, para que la encía sea firme .

La higiene bucal adecuada es necesaria para ayudar o curar la enfermedad periodontal y para mantener el estado de salud.

Durante la instrucción de la higiene bucal se debe enseñar a cada paciente, con sus necesidades individuales. El método debe eliminar la placa dentobacteriana, pero no se debe lesionar los tejidos (lacerarlos, retracción gingival y atricción dental). La clave de toda instrucción higiénica bucal, es reconocer el estado deficiente de la higiene de cada individuo (21).

7.8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este test abarca los siguientes aspectos:

1. Datos socioeconómicos.
2. Grado máximo de estudios.
3. Ocupación.
4. Ingresos económicos mensuales.
- 5 y 6. Datos epidemiológicos (si se cepilla los dientes y su frecuencia)
7. A partir de este número se presenta ítems de acuerdo a la escala de Likert (positivos) en relación con las pláticas que se impartieron.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
"FACULTAD DE ODONTOLOGÍA"
ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS EN LAS PERSONAS
INTERNAS DE LA CASA ASILO BETTY, MÉXICO
(1999)

Núm .de identificación

1.DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: 1) Femenino 2) Masculino

Teléfono : _____

2.-GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Primaria incompleta | 2. Primaria completa |
| 3. Secundaria incompleta | 4. Secundaria completa |
| 5. Bachillerato completo | 6. Bachillerato incompleto |
| 7. Técnico | 8. Profesional |
| 99.No sabe | |

3.-OCUPACIÓN

- | | |
|------------------|-----------------------|
| 1. Desempleado | 2. Ama de casa |
| 3. Obrero | 4. Comerciante |
| 5. Profesionista | 6. Otro (especifique) |
| 99. No sabe | |

4.-INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LOS QUE HABITAN EN SU CASA:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 500 a 1000 pesos | 2. 1100 a1500 pesos |
|---------------------|---------------------|

3. 1600 a 1900 4..200 a 2500

5. Más de 3000 99. No sabe

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS -

5.-SE CEPILLA LOS DIENTES

1. Si 2. No

6.- FRECUENCIA DE CEPILLADO

1. Una vez al día 2. Dos veces al día

3. Tres veces al día 4. Una vez al mes

5. Dos veces al mes 99. No sabe

7.-EL CEPILLAR LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA COMIDA AYUDA A QUE NO SE
ACUMULE EL ALIMENTO ENTRE LOS DIENTES

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

8.-SI EL DENTISTA ME ENSEÑA UNA FORMA DE CEPILLAR MI BOCA TENDRÉ UNA
MEJOR HIGIENE

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

9.-SI LE MENCIONO AL DENTISTA QUE NO ME SE CEPILLAR, EN POCO TIEMPO ME
ENSEÑARÍA A TENER UNA BUENA HIGIENE BUCAL

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

10.-CAMBIAR EL CEPILLO DENTAL CADA DOS MESES, ME AYUDARÁ A ELIMINAR
MEJOR LA PLACA DENTOBACTERIANA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

11.-EL USO DE PASTA DENTAL ES UNA AYUDA PARA TENER LIMPIA Y CUIDADA MI BOCA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

12.-QUINCE MINUTOS, ES SUFICIENTE PARA REALIZAR UN ASEO BUCAL ADECUADO

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

13.-EL CEPILLAR LA LENGUA MEJORA LA CALIDAD DE HIGIENE

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

14.-ES PROBABLE QUE LA PERSONA DE LA TERCERA EDAD MEJORE SUS CONDICIONES DE HIGIENE, ASISTIENDO AL DENTISTA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

15.-EL CEPILLARME CORRECTAMENTE ME GARANTIZA LA SALUD DE MIS TEJIDOS BUCODENTALES

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

16.-ES ADECUADO USAR EL ENJUAGUE BUCAL, PARA QUE MI BOCA SE SIENTA FRESCA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

17.-EL HILO DENTAL ES UN MÉTODO BUENO PARA LIMPIAR MIS DIENTES

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

18.-EI ASEO DE LA DENTADURA POSTIZA CAUSARÁ DESGASTE

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

19.-UNA MALA DENTADURA TRAERÁ COMO CONSECUENCIA DIFICULTAD PARA MASTICAR Y PASAR EL ALIMENTO

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

20.-LA SALIVA ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DE MI BOCA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

21.-RECIBIR INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE MIS PUENTES E HIGIENE ADECUADA DE MI BOCA, AÚN ME SERÍA ÚTIL

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

22.-YO COMO Y DISFRUTO DE LA COMIDA PORQUE TODOS MIS DIENTES ESTÁN BIEN

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

23.- YO HABLO Y PRONUNCIO CORRECTAMENTE LAS PALABRAS PORQUE MIS DIENTES ESTÁN BIEN

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

24.-YO SONRÍO, ME RÍO Y MUESTRO MIS DIENTES SIN PENA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

25.-LA PREVENCIÓN PARA EL CUIDADO DE MI BOCA, SERÁ BUENA, SI ENTIENDO LO QUE SE ME ESTA EXPLICANDO

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

26.-SI SE ME INFORMA Y SE ME ENSEÑA; ENTONCES PODRÉ APRENDER LO IMPORTANTE QUE ES CONSERVAR LA SALUD DE MI BOCA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

27.-LOS DENTISTAS ESTÁN PREPARADOS PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE UNA FORMA SENCILLA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

28.-LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA, EXHORTAN A LA COMUNIDAD, A PRACTICAR Y MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN GENERAL

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

29.-LOS DIENTES SON LO MÁS IMPORTANTE EN LA BOCA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

30.-LA EDAD QUE PRESENTO IMPLICA LA PÉRDIDA DE MIS DIENTES

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

31.-EL DOLOR ME SEÑALA QUE HAY ALTERACIONES EN MI BOCA

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

32.-EL SANGRADO DE MIS ENCÍAS ME INDICA QUE ESTÁN ENFERMAS

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

33.-LOS DIENTES FLOJOS SON PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS

(5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo

34.-PRESENTA ENFERMEDAD PERIODONTAL (1) Sí (2) No

35.-PORTADOR DE PRÓTESIS (1) Fija (2) Removible

36.-PORTADOR DE PRÓTESIS (1) Superior (2) Inferior

37.-EDENTULO (1) Superior (2) Inferior

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

- 0 Sano
- 1 Cariado
- 2 Obturado por caries
- 3 Perdido por caries
- 4 Perdido por enfermedad periodontal
- 5 Extracción indicada
- 6 Perdido por otra causa
- 7 Obturado por otra causa

C	P	O	S	PeP	P/x	Total

Observaciones:

Codifico:

- 1) CRUZ RUVALCABA ESMERALDA
- 2) DOMINGUEZ RAMOS VIRGINIA

7.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Fueron revisados, 40 pacientes todos pertenecientes del sexo femenino, con un promedio de edad de 82.82 años y con una desviación estándar de 11.62. Se presentan los valores extremos de 47 años y 102 años de edad (tabla 1). En relación a su grado máximo de estudios se encontró lo siguiente : 14 personas cursaron la primaria incompleta, 6 con primaria completa, 5 pacientes tienen la secundaria incompleta y 3 con secundaria completa. En cuanto a pacientes con estudios de carrera técnica sólo 5, mientras que 6 son profesionistas y sólo una persona no recuerda que grado de escolaridad tuvo pero nos aclaró que si sabe leer y escribir (tabla 2). La ocupación que refirieron se dividió de la siguiente manera: 5 personas están pensionadas (3 que fueron técnicos y dos profesionistas). Veintiocho personas mencionaron que se dedicaban al hogar (14 con la primaria incompleta 5 con primaria terminada, 5 con la secundaria incompleta, 2 con secundaria terminada, 1 persona termino la carrera técnica pero no la ejerció otra paciente con licenciatura aunque tampoco ejerció ambas se dedicaron al hogar). Sólo una fue obrera (termino la secundaria). Dentro de las tres personas profesionistas no están pensionadas. Dos personas tuvieron otra ocupación como mesera con primaria terminada y una fue costurera sin haber terminado la primaria (tabla 3).

RERPORTE DEL INGRESO :

6 personas perciben 500 a 1000 pesos mensuales, 2 personas reciben de 1,600 a 1,900 pesos, 2 personas perciben entre 2,000 a 2,500 pesos, 2 más de 3,000 pesos y 28 personas no perciben salario (tabla 4).

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Con respecto a su higiene bucal encontramos que 29 de las internas realizan su cepillado dental, en la recolección de datos se observo que 11 no realizan su aseo . En cuanto a la frecuencia del cepillado presentamos los siguientes resultados: 12 personas se cepillan una vez al día , 9 dos veces al día , 8 tres veces al día y otras 11 no lo hacen (tabla 5).

Tabla 1

Distribución de la población en la Casa Asilo Betty por edad y Sexo (1999).

SEXO	X EDAD	Ds
femenino		
N 40	82.82	11.62

Fuente directa

Tabla 2

Distribución del Grado máximo de estudios
en la población de la Casa Asilo Betty (1999).

Grado máximo de estudios	F	%
Primaria Incompleta	14	35
Primaria Completa	6	15
Secundaria Incompleta	5	12.5
Secundaria Completa	3	7.5
Técnico	5	12.5
Profesionista	6	15
No sabe	1	2.5

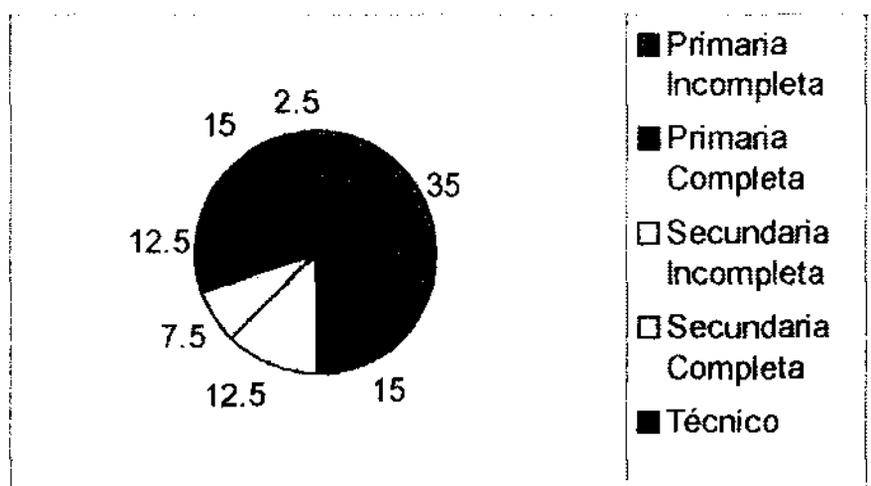
N= 40

100 %

Fuente directa

Gráfica 2 de la tabla 2

Distribución de la ocupación que tuvieron las entrevistadas en la Casa Asilo Betty (1999)



Fuente directa

Tabla 3

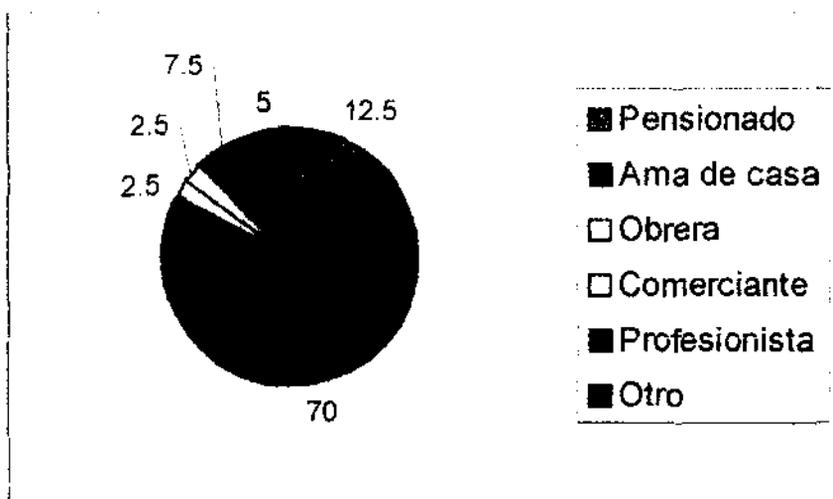
Distribución de la ocupación que tuvieron las entrevistados en la Casa Asilo Betty (1999).

Ocupación	F	%
Pensionado	5	12.5
Ama de casa	28	70
Obrera	1	2.5
Comerciante	1	2.5
Profesionista	3	7.5
Otro	2	5
	N=40	100%

Fuente directa

Gráfica 3 de la tabla 3

Grado de Estudios



Fuente directa

Tabla 4

Distribución de ingresos mensuales de cada paciente del Casa Asilo Betty
(1999).

Ingreso	F	%
500 a 1000 pesos	6	15
1600 a 1900 pesos	2	5
2000 a 2500 pesos	2	5
Mas de 3000 Pesos	2	5
Sin percibir salario O pensión	28	70

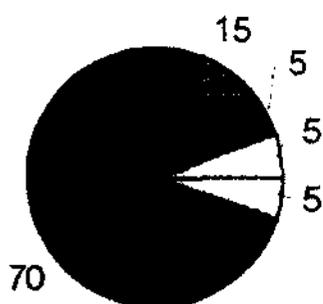
N=40

100 %

Fuente directa

Gráfica 4 de la tabla 4

Distribución de ingresos mensuales en cada paciente de la Casa Asilo Betty (1999)



- 500 a 1000 pesos
- 1600 a 1900 pesos
- 2000 a 2500 pesos
- Más de 3000 pesos
- Sin percibir salario o pensión

Fuente directa

Tabla 5

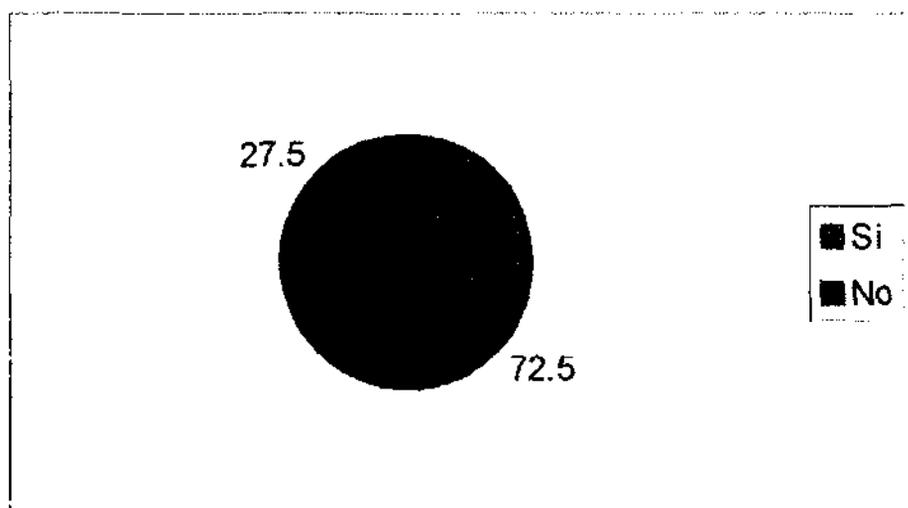
Distribución de la frecuencia del cepillado de las internas
de la Casa Asilo Betty por su frecuencia (1999).

Se cepilla	F	%	F	Num.	%
Si	29	72.5	Una vez al día	12	30
			Dos veces al día	9	22.5
			Tres veces al día	8	20
No	11	27.5	No se cepillan	11	27.5
	N=40	100%		N=40	100%

Fuente directa

Gráfica 5 de la tabla 5

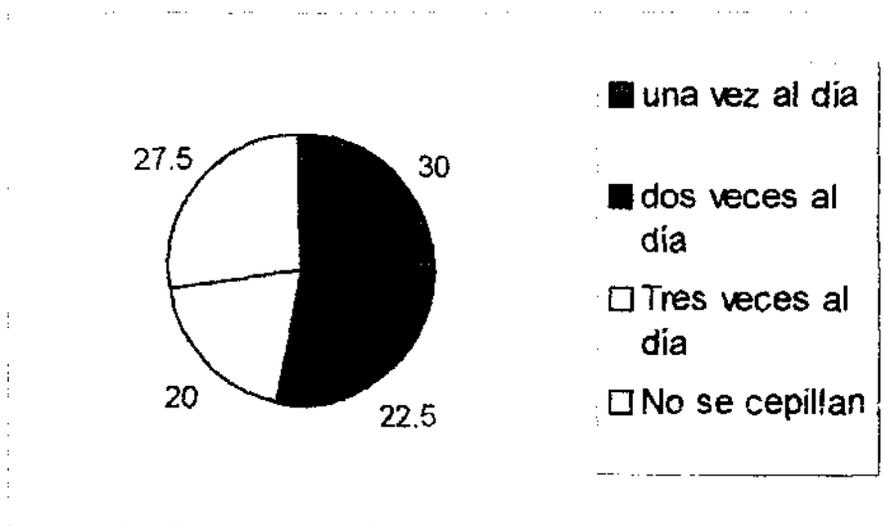
Distribución del primer dato Epidemiológico



Fuente directa

Gráfica 5 de la tabla 5

Distribución del segundo dato Epidemiológico



Fuente directa

Entre otros resultados, se observó que dos pacientes presentan lengua geográfica, una con queratitis angular, varios pacientes mencionaron que su dentadura está desajustada, por lo tanto hay molestia y dificultad en la masticación.

Se pudo ver que numerosas pacientes presentan atricción dental, la paciente más joven (47 años) presenta manchas de nicotina, una persona nos indicó que para retener su dentadura se colocaba adhesivo cada mañana, gran cantidad de pacientes nos indicaron que no se quitaban la dentadura al dormir.

La prevalencia del índice CPOD en la población, objeto de estudio, fue de X:14.1 órganos dentarios con experiencia pasada o presente en cuanto a caries dental; analizamos cada uno de los códigos del CPOD y reportamos lo siguiente (en promedio por cada individuo al momento del examen clínico). Presentan 2.3 dientes cariados, hasta este momento han perdido 10.5 dientes por caries dental, que de los dientes presentes solo 1.3 de estos han sido obturados en la ausencia de caries, por lo menos cada una de ellas presentó 2.5 dientes sanos, y se observó que han perdido 1 órgano dentario en X por enfermedad periodontal. Llama la atención el siguiente de 11.5 X en cuanto a dientes perdidos de acuerdo a las siguientes situaciones:

Una persona mencionó que la pérdida de sus órganos dentarios fue ocasionada por un accidente automovilístico ya que estos tuvieron fractura en la corona y el Cirujano Dentista sugirió al paciente que por economía de

tiempo, dinero y trabajo era más factible extraer todos los órganos dentarios e iniciar su rehabilitación con prótesis total. Otros nos reportaron la pérdida por traumatismos (golpes intrafamiliares, por deportes, caídas que generaron la avulsión).

Nos es importante no pasar por alto extracciones que se les realizaron debido a malposición dentaria (giroversion).

Muchas otras no recuerdan con exactitud la pérdida del diente.

Tabla 6

Promedio de índice CPOD en la población de estudio Casa Asilo Betty (1999).

CPO
\bar{X} 14.1

Fuente directa

De los cuarenta pacientes entrevistados 12 de ellas presentan un número no mayor a 15 dientes, 5 utilizan prostodoncia superior, 2 tienen prótesis parcial removible tanto en superior como en inferior, 20 son desdentados totales.

ESCALA DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS

(LIKERT)

El índice que se obtuvo al aplicar la escala de likert fueron los siguientes: 2.52 en promedio de conocimiento esto con respecto a la salud bucal antes de dar las platicas. Esta cifra dentro del campo negativo de opinión, refleja que actitudes y conocimientos tiene el paciente con respecto hacia su cuidado bucal. El resultado que se obtuvo al aplicar el segundo test es de 3.22 cabe mencionar que este se aplico después de haber dado las platicas en la Casa Asilo Betty. El incremento que se obtuvo fue de .70 esto se traduce en adquisición de conocimiento de acuerdo ala información aportada en las platicas, dato que nos asegura un cambio de actitud. En el presente estudio que con 2 secciones de platicas observamos un avance significativo con respecto a la primera evaluación ya que se que las pacientes observaron sus errores, cambiaron actitudes negativas siendo estas positivas para el cuidado de su boca.

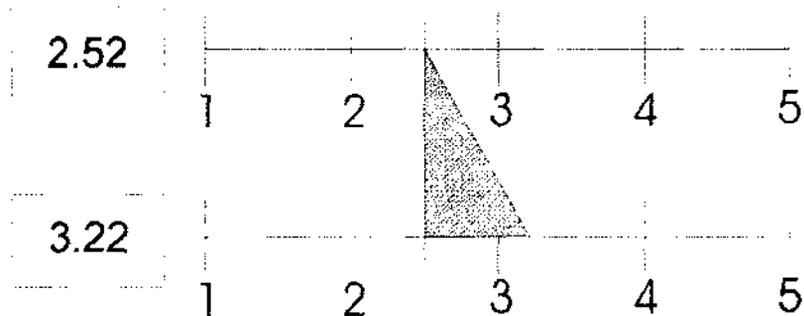
Por lo tanto es importante hacer la programación de contenidos de salud bucodental que se han continuados, para asegurar que la información que reciben y los conocimientos que adquieren se aproxima a una actitud positiva en relación a la salud bucodental del individuo.

Es importante hacer mención que algunos pacientes en forma individual tuvieron un gran avance en la adquisición de practicas y conocimiento que mejoran su salud, se presento que varias personas en la primera evaluación tenían una inclinación hacia la respuesta "muy en desacuerdo" en cuanto a

los items aplicado.

Posterior a las platicas se observo un cambio en sus actitudes que favorecieron su higiene bucal aceptando que " esta de acuerdo " con el tipo de información proporcionada puesto que pueden mejorar su salud bucodental e incrementar la calidad de la misma.

ESCALA DE LIKERT



Esto representa un cambio de actitud de negativo (2.52) a positivo (3.22) en las actitudes y conocimientos en las personas de la Casa Asilo Betty (1999)

Fuente directa

8 ANEXOS

8.1 CARTA DIRIGIDA A LA INSTITUCIÓN

8.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO DIRIGIDA AL
PACIENTE

ANEXO 1

México D.F; a 15 de octubre de 1999.

Lic. Beatriz García Ayala

Subdirectora.

Me dirijo a usted con objeto de invitarle a participar en la labor social que lleva acabo la Facultad de Odontología en el área de odontogériatria, la cual tiene como finalidad saber de las actitudes y conocimientos de salud bucal de los pacientes que asisten a la casa asilo.

Nuestro objetivo primordial es informarle al paciente mediante pláticas, como puede mejorar su aseo bucal, despertar interés por su cuidado bucodental, motivarlo para que pueda conservar sus órganos dentarios en funcionalidad e incrementar la calidad de higiene. Por tal motivo creemos necesario realizar exploraciones clínicas de la boca de cada uno de los participantes, haciéndole de su conocimiento que lo que se realiza no tiene ningún costo.

Esperando estar favorecidos por su decisión quedamos de usted agradecidos.

Atentamente: Esmeralda Cruz Ruvalcaba y Virginia Domínguez Ramos.

Pasantes de la carrera de odontología.

RESPONSABLE: C.D. E.S.P.B. Jesús M. Díaz de León Azuara.

Profesor de la F.O.

ANEXO 2

México D.F. a 20 de octubre de 1999.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

He sido informado de las pláticas de prevención en el área de salud bucal y de las revisiones bucodentales que se realizarán, ya que esto es necesario para incrementar la calidad de higiene en mi boca.

Estoy enterado del procedimiento que llevará a cabo esta labor social, iniciando con el llenado de un cuestionario y acudiendo a dichas pláticas. He aceptado las revisiones que se me realizarán y colaboraré proporcionando información si es necesario.

Queda en mi entendimiento que todos los exámenes, consultas y material utilizados no tendrá ningún costo. Con pleno consentimiento autorizo la toma de fotografías, u otros medios audiovisuales, mismos que servirán de apoyo para este trabajo.

Por lo tanto es de mi interés participar en este proyecto, firmo en la línea designada y registro mi nombre. Pero si no deseo participar se me ha informado que podré asistir a las pláticas, sin compromiso alguno.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Atte Esmeralda Cruz R. y Virginia Domínguez

Pasantes de la Carrera de Odontología.

9. DISCUSIÓN:

Se observa que en varios países (Colombia, Estados Unidos etc) se realizan estudios para conocer las necesidades, las actitudes y los conocimientos de higiene bucodental que tiene la población , reportando que las personas de edad avanzada pierden sus órganos dentarios a causa de caries. Se interesan por saber el nivel de conocimientos acerca del cuidado de la boca; pero ¿ en realidad sabemos si dichas carencias que ellos han observado en su población, las han atendido adecuadamente?. No es suficiente realizar una gran cantidad de investigaciones , si no se presenta mejoría en los resultados de los estudios que se realizan.

En Inglaterra se llegó a dar información y atención a las personas de la tercera edad con o sin estar pensionadas; sin embargo en México la accesibilidad en el área de salud, para los pacientes es aún complicada. Es importante reconocer que carecemos de iniciativa para implementar programas eficientes en cuanto a educación para la salud , por que es mínimo el interés del C.D. para lograr la conservación de la salud bucal en el paciente geriatra, no se le da la importancia a ala área de Odontogeriatría .Sabemos que la aportación de la información adecuada podrá lograr excluir muchas de las extracciones .

Es así que en México podremos mejorar las condiciones de higiene en los pacientes geriatras , si esta ésta información se aporta en edad temprana con la finalidad de disminuir el edentulismo y la carencia de funcionalidad, puesto que no es suficiente sólo aportar información, ni realizar muchos estudios sin solución..

Observamos que en los países antes mencionados se realizan estudios, pero que tanto avance podremos presentar a diferencia de ellos si no se inicia educando y previniendo.

Después de realizar la investigación en la Casa Asilo Betty se observó que el paciente de la tercera edad carece de información en el área de salud bucal. Nosotros sugerimos que en México tanto el gobierno, como los profesionales y nuevos colegas de salud luchemos para exista calidad de higiene bucodental ¿Como? Cambiando las actitudes y conocimientos de la población a temprana edad para no enfrentarnos con los problemas que se presentan en la actualidad.

9.1 CONCLUSIÓN:

En México las investigaciones no han aportado un programa de salud bucodental tanto real como eficiente para llevarlo a cabo, no sólo los profesionistas de la salud son responsables por que debemos trabajar en *interdisciplinariedad con el gobierno, Instituciones publicas y privadas tanto del área de salud como de educación general*. Pensamos que sólo así podremos lograr disminuir el índice de enfermedades como caries y periodontitis. *No marcar nuestro único objetivo: rehabilitación si no aplicar la prevención en una etapa temprana de nuestra edad, y podremos observar que la calidad de funcionalidad que buscamos rehabilitando la obtendremos previniendo.*

Los pacientes que fueron entrevistados en la Casa Asilo Betty a pesar que tienen un Cirujano Dentista no han sido atendidas de hecho nos dijeron que regresáramos para que se les atendiera ,esto nos lleva a pensar que Cirujano Dentista de pie en esa institución no manifiesta interés, causa por la cual no son cubiertas las perspectivas de una educación de higiene bucal "necesaria" para los pacientes internos. Entonces creemos que se puede implementar un programa en las instituciones basados en temas como los que se aplicaron en las platicas, continuadas y sostenidas.

Indigna las necesidades que presenta el paciente de la tercera edad siendo que muchas de estas, son por falta de ética profesional, falta de interés puesto que se puede resolver dentro de la institución por que se cuenta con un Cirujano Dentista.

A pesar de que el periodo de tiempo de este trabajo fue corto podemos presumir que se han cubierto los objetivos y se comprobó la hipótesis propuesta en el proyecto, esperamos poder continuar posteriormente esta investigación.

“Nunca es demasiado tarde para enseñar a los pacientes de la tercera edad a la conservación de la salud bucal ayudándoles a conservarla” .

GLOSARIO

- Constelación:** Conjunto de factores, con sus influencia mutuas, que determinan una acción o efecto - particular.
- Devastar:** Destruir un territorio arrasando sus edificios o asolando sus campos. Destruir, desolar.
- Discapacitación (disabijiti).** f. 1. Alteración o defecto de uno o más órganos o miembros. 2. Alteración o pérdida severa para causar una disminución.
- Endocarditis.** Inflamación aguda o crónica del endocardio (disnea, palpitaciones y rido de soplo peculiar sistólico que aparece brisiamente).
- Esprue:** Enfermedad crónica en los países calidos caracterizada por lesiones ulcerosas bucales diarrea periódica profusa, atrofia del higado, anemia, hasta llegar a la muerte. No es conocida su causa, posiblemente por una especie de monilia.
- Exacerbación:** (lat, ex - acerbo, pp. - atus, exacerbar, aumentar .f. Aumento de gravedad de una enfermedad o cualquiera de sus signos o síntomas
- Fluctuar:** Vacilar un cuerpo sobre las aguas por el movimiento de éstas. Estar a riesgo de perderse una cosa . Dudar. Ondear, ondular. Crecer y disminuir alternativamente la intensidad de algo.
- Fluorosis:** Envenenamiento crónico por el flúor (rigidez muscular, fragilidad de los huesos y pa risis). Afección dental crónica por el uso de agua potable que tenga más de 1 milésima parte de flúor en los niños sus dientes se manchan de amarillo pardo o casi - negra.
- Incapacidad:** Falta de capacidad para el trabajo especialmente.
- Intersticio:** m. Hendidura o hueco entre dos cuerpos o entre dos partes de un mismo cuerpo. Grieta
- Pulsátil:** (pulsatile). Que pulsa o late.
- Putrefacción:** Acción y efecto de pudrir o pudrirse. Podereñumbre. Descomposición de materias orgánicas . Deterioro por alterción de la sustancia orgánica, debido por lo general a la acción bacteriana.
- Terapéutica:** Relacionado con la terapéutica o con el tratamiento de las enfermedades.

10. FUENTES DE CONSULTA UTILIZADAS:

- 1.-Carranza ,Fermín Alberto,1981, .Compendio de Periodoncia 3a ed,Buenos Aires Argentina,ed Mundi S.A..C Y y F ,p.p 123-130
- 2.-Manjy . F,O Fejerskov " Patternon of dental caries in a adult rural population" en Instituto Medical Research . vol. 23, 1989, Kenia, p.p 55-62.
- 3.-Kamer R,Paul, " Dentistry 's Challenge for the Future : Periodontotal Disease in the older patient " en Adult Oral health, vol. 1,num. 3, 1993, dic, Colombia p p 1-8.
- 4.- Braver L, Basserman " Oral health status and needs for dental treatment in geriatrics patients in a danish districs hospital " Community dental oral Epidemiolo vol. 14, año 1986, Denmark, p.p 132-135
- 5.-Entwistle " Oral healt promotion for the older adult: Implications for dental hygiene " en Jornal of dental education, vol. 56, nov 9,1992,Beverly A. Entwistle p.p 636-639.
- 6.-Mac Entee I, Michael, y Hill Patricia " The elderly: their perceived supports and reciprocal behaviors " Journal of Gerontological social work, vol. 19, 1993, Colombia, p.p 15-33
- 7.-Eadi,D R y L. Shou "An exploratory study of barries to promoting oral hygiene thoug carers of elderly people" , en Community Dental Health, vol. 9,1992,Edinburgh,Scotland, p.p 343-348
- 8.-Taboada Oranza,Olga. Mendoza , Victor Martinez Irma, Prevalencia, extension y severidad de la enfermedad penodontal en un grupo en

pacientes de la tercera edad, en Gemac.

9.-Jakobsen, Ettinger , " A problem in a overdenture population" en Community Dent Oral Epidemiology, vol. 18,1990, U.S.A ,p p 42-45.

10.-Mac Entee, Michael,Stolar, Elaine and Gluck ,Ned " Influencia of age and gender on oral health and related behavior in an independent elderly population" en Community Dentistryand oral Epidemiology , vol 21, 1993, Vancouver, p.p 234-239.

11 -Ettinger, Ronald y Tmes D Becker "Geriatric dental curriculum and the needs of the elderly", en Special Care in Dentistry , vol. 4, Num 5,1984, sep-oct, p.p 207-213

12.-Comision of oral health reserch and epidemiology,report of working group Oral health needs of the eldely and international review International dental journal, 1993.vol 43, p.p 348-354

13.-Kivak A, "Exploining patterns of dental service utilizacion among the elderly", en Journal Dental education , vol. 50, 1986, p.p 679-687

14.-Shouf.Lone and Douglas Eadi , "Qualitative study of oral health norms and behavior among el derly people in Scotland ", en Community Dental Health vol 8,1991, p.p 53-58

15.- Secretaria de servicios proyecciones de la población de México, y de los Estados Federativos, 1984-1990.

16.-Hernandez Sampereri, Roberto, Ferrandez, Carlos, 1999, Metodologia de la Investigación, 2ª ed, ed Mac Graw Hill, p.p 255- 266.

17.-Organización Mundial de la salud , 1990, Investigación de salud oral, 1ª ed, México, ed Trillas, p.p 52-58.

- 18.-Troendle, Karen, "Manual para el cuidado bucal", 1992 South Texas , p.p 1-15.
- 19.-Carnevali, D.L ,Patric M,C,K , 1991,Tratado de geriatría y Gerontología , 2ª ed, México, ed Interamericana, p.p cap. 20:
- 20.-Rodríguez Kauth, Angel, Falcón, Mabeñl, " Foro Mundial de la salud", en Desamparo y poder en la Asistencia sanitaria, vol. 18, num. 3 / 4 , 1997, p.p 218-221.
- 21.-Lindhe, 1992, Periodoncia Clínica, 2ª ed, Buenos Aires, ed Medica Pannamericana, p.p 107-108.
- 22.-Manson, J.D, 1986,Manual de Periodoncia, 1ª ed, Manual Moderno de periodoncia, p.p 26-31.
- 23.-Chasteen , Joseph E, 1981, Principios de Clínica Odontológica, s/n ed, México, ed El manual Moderno S.A ,p.p 36-49.
- 24.-Shuluger, Saúl , 1982 , Enfermedad periodontal, 2ª ed, México , ed Continental S.A de C.V. p 34.
- 25.-Esponda Vila, Rafael,1968,Usted y sus dientes, 1ª ed, México,ed Acuarimantina. p.p 143-151.
- 26.-Gilmore, H,W et. Al. 1985, Operatoria dental, 4ª ed, ed Interamericana, p p 19-23.
- 27.-Zimbron Levy, Antonio, Feingold Mirella,1993,Odontología Preventiva, 1ª ed,UNAM, Cuernavaca, Morelos
- 28.-Ocampo, Maria del Carmen, Caraterísticas dentales en la senectudes , en Gemac, núm, 228.
- 29.- Hoag M, Philip y A.P, Elizabeth, 1990, Fundamentos de Periodoncia, 4ª

ed, España, p.p 1-5,39,69-71.

30.-Glickman, Irvin , 1980, Periodoncia Clínica, 5ª ed, México, ed Nueva editorial Interamericana, p.p 73-74.

31.-Stern, Irvin, 1980, Periodoncia de Orban Teoría y Práctica, 4ª ed, México, ed Interamericana. p.p 344-367.

32.-kimura Fujikami, Takao, Enfermedades y trastornos bucales del anciano, en Gemas, num, 179..

34.- Carranza L, 3a ed , Diccionario Terminologico de Ciencias Médicas, por Carpevilla Casa.

35.-Dorlang, 2a ed, Diccionario Enciclopedico ilustrado de Medicina, ed Interamericana.

36.- Stedman 25a ed, Diccionario de Ciencias Médicas, ed Panamericana.