



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL CON SISTEMA BRAILLE
DIRIGIDA A PERSONAS CON CEGUERA EN EL COMITÉ
INTERNACIONAL
PRO CIEGOS (CPC). 2006

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

MIRIAM CLAUDIA NIETO GARCIA

DIRECTORA: C.D NANCY JACQUES MEDINA
ASESORA: C.D. MARIA ELENA NIETO CRUZ
ASESORA: C.D. KARINA CURIUCA REY

MÉXICO, D.F.

MAYO 2006



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.

Agradecimientos

- A dios principalmente por cuidarme, por estar conmigo todo el tiempo sobre todo en los momentos más difíciles de mi vida, me a dado fortaleza para seguir siempre a delante.
- A mi madre y a mi padre por su gran apoyo, sobre todo por haberme dado la vida.
- A mis hijos Ulises y Josué David, por que son el tesoro más grande que tengo, los amo y los quiero mucho, ya que son mi gran impulso para seguir siempre adelante, les agradezco todo el tiempo que esperaron, y sobre todo su comprensión para poder realizar mi profesión.
- A mis hermanos Fabiola, Sandra, Neyda, Gustavo, en especial a mis demás hermanos Gabriela, José Carlos, Fanny por su gran apoyo.
- Mi sobrina Karla que fue un gran apoyo.
- A todos mis sobrinos en general a quienes quiero y a mi cuñada Lorena por su paciencia.
- A mis amistades que son como ángeles por su apoyo moral a Roberto Cesar, Roció, Nancy y todos los que han estado con migo.

- A la Dra. Nancy Jacques por su permanente apoyo sus sugerencias durante la realización de la tesina.
- A la Dra. María Elena Nieto y a la Dra. Patricia quienes fueron gran apoyo y la motivación que me dieron hasta el último momento en la realización de mi tesina.

INDICE

INTRODUCCIÓN

1- ANTECEDENTES

11 Ceguera

11 Definición

111 Causas de la ceguera

112 Aspectos epidemiológicos

113 Manejo del paciente con ceguera y baja visión

1.2 Caries dental

1.3 Placa bacteriana

1.4 Enfermedad periodontal

1.5 Diabetes mellitus

2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3- JUSTIFICACIÓN

4- OBJETIVOS

41 Objetivo general

42 Objetivos específicos

5- METODOLOGÍA

51 Material y método

52 Tipo de estudio

53 Población de estudio

54 Tamaño de la muestra

55 Criterios

551 Criterios de inclusión

552 Criterios de exclusión

56 Variables de estudio

561 Variable Independiente

562 Variable Dependiente

57 RECURSOS

571 Humanos

572 Materiales

573 Físicos

574 Financieros

58 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE DATOS

6 PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

61 Cronograma

62 Desarrollo del programa

7- Resultados

8- CONCLUSIONES

9- BIBLIOGRAFIA

10- ANEXOS

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se dispone de estrategias eficaces capaces de disminuir de manera notable la caries dental y la enfermedad periodontal.

Todos los profesionales de la salud reconocen la necesidad de enfatizar que los pacientes deben procurar su ingreso a programas preventivos bien planeados.- En odontología, la falta de prevención ocasiona un mayor número de restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones y prótesis para muchas personas. El cambio del énfasis en la prioridad de tratamiento hacia la prevención requiere de un liderazgo activo y de promoción de la salud por parte de profesionales del área odontológica, educadores en salud pública y de quienes planean la política sanitaria.

Por otra parte, es de vital importancia tomar en cuenta la carencia de programas educativos en salud bucal dirigidos a adolescentes y adultos y más aún a grupos de personas con capacidades diferentes.

Ante este panorama, el poder realizar actividades de promoción de salud bucal y material educativo en braille para personas con ceguera y baja visión, cumple con las expectativas sociales de nuestra profesión de llegar a las poblaciones que más necesitan de nuestro apoyo para lograr mantener una salud bucal estable y duradera a través de la prevención y educación.

1.- ANTECEDENTES.

En el año de 1987 la Dra. Lourdes Medina, efectuó un estudio, con el fin de conocer la población de ciegos y débiles visuales en el centro hospitalario CRECIDEVI encontrando 80 casos de ceguera y/o debilidad visual entre 1000 pacientes de primera vez atendidos en el hospital de oftalmología, obteniendo una frecuencia del 8.0 %. Asimismo en 1988, hace un estudio de los primeros 175 casos de pacientes ciegos y débiles visuales referidos a CRECIDEVI en donde las causas de ceguera y los Dx. fueron por grupos etéreos. ^{1,2}

Por otra parte la Dra. Claudia María Quijano en 1993, realizó un estudio epidemiológico de la caries dental y situación de la higiene oral en los ciegos del I.N.C.I., (Instituto Nacional para ciegos) en donde elaboró una cartilla educativa sobre salud bucal, exclusiva para invidentes, encontrando que el índice C.O.P. el 30 % en los hombres y el 33 % las mujeres estaba entre 8.72 lo cual se considera alto no existiendo mucha diferencia entre ambos sexos; de igual manera se observó que los invidentes no consideran como prioridad la atención odontológica. ³

La ceguera en las personas con una visión inferior a 20/200 o un campo visual de menos de 20 grados en el mejor ojo se consideran ciegos en términos legales en la mayoría de los estados de los Estados Unidos. ⁴

En relación al diagnóstico de salud bucal en el año 1996, el Dr. Amado Rodríguez Calzadilla, considera que establece el punto de partida para lograr una estrecha interrelación y coordinación de actividades con el grupo básico de trabajo y médicos de familia correspondiente, basándose en la identificación y definición de los problemas y del plan de acción para dar solución; donde la vigilancia y evaluación del estado de salud bucal de la

población constituye un método de observación y control que permite detectar precozmente las enfermedades o daños a la salud. ⁵.

En cuanto a la placa dentobacteriana el Dr. Francisco Fernando Baños Román en 2003, menciona que los microorganismos orales son parte importante en la salud y la enfermedad, contribuyen al desarrollo del sistema inmunológico y proveen de resistencia a la colonización por microorganismos patogénicos. Las enfermedades orales aparecen después de un desequilibrio entre los microorganismos bucales. ⁷

Referente a caries, en el año 1997, el C.D Oscar Arce Olivares, dice que la caries es una enfermedad infecciosa, progresiva y multifactorial, siendo uno de los padecimientos crónicos más frecuentes del ser humano en todo el mundo. Más del 95% de la población tiene caries o la presenta antes de morir; muy pocos individuos son inmunes a ésta. La caries no se hereda, pero si la predisposición del órgano a ser fácilmente atacado por agentes externos. ⁸

En el mismo tenor el Dr. R. Llamas Cadaval en el año 2000 hace una revisión de la nomenclatura, antecedentes antropológicos y teorías etiopatogénicas antiguas y actuales de la caries, analizando la microbiota, el sustrato (dieta), el hospedador (diente/saliva), el tiempo, la edad y los factores de ingeniería biodental, en otro artículo el mismo autor revisa la morfología del esmalte normal y las lesiones macro y microscópicamente que se producen en las caries de esmalte no cavitadas, con estudios de Microscopía Óptica y Electrónica de Barrido. Se destacan las características del cono de caries, la hendidura del límite amelo-dentinario y la importancias de los cracks. ^{9,10}

Por su parte la Dra. Olga Tabeada Aranza en el año 2000 realizó un estudio con el objeto de conocer la prevalencia de caries coronal y radicular en ancianos encontrando un CPOD de 18.3 en toda la población y una distribución porcentual de caries radicular de 34.4%, aumentando conforme avanza la edad de los individuos, ya que la edad de 81 y más años la afectación es del 100%.¹²

En Madrid el Dr. Rafael Rioboo en 2005 actualiza los criterios válidos de los factores de riesgo de la caries dental a la luz de los nuevos estudios metodológicos, aportando su experiencia. Los factores de riesgo más estudiados fueron: experiencia de caries, factores biológicos, localización geográfica y factores relacionados con el diente, refiere los criterios actuales en la evaluación de los factores de riesgo de caries, mencionando que desde la incorporación de los dentífricos fluorados en los años setenta, han disminuido tanto la severidad y extensión de cavitaciones como la prevalencia e incidencia de la caries.¹²

En otro contexto el Dr. Joel Itic, considera a las enfermedades parodontales como pluricausales, en donde la eliminación de tártaro supra e infra gingival junto con un riguroso control de placa bacteriana permitirá, en la gran mayoría de casos (80-90%). tratar con éxito las parodontitis.¹³

Asimismo, en Italia en relación a los aspectos etiopatogénicos de la enfermedad parodontal en 1999, el Dr. L.Muzzi, menciona que las primeras colonias sobre la superficie dentaria se forman por gérmenes pertenecientes a las especies estreptococos y actinomicas que, mediante receptores presentes en su superficie, se unen a otros receptores proteicos de la película salival activando una primera fase de adhesión bacteriana.¹⁴

A su vez en Buenos Aires (Argentina), la Dra. Alicia Labandeira indica el diagnóstico de rutina el cual está basado en tres pilares: detección visual de los signos clínicos de inflamación (inspección), sondaje periodontal y diagnóstico radiográfico. ¹⁵

De acuerdo a un estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en el año 2000, el Dr. Jesús Carrillo Martínez, dió a conocer el índice periodontal de Ramford, utilizando como datos complementarios placa bacteriana y sarro. De acuerdo a las edades se estableció que la enfermedad periodontal es un verdadero problema de salud pública debido a la presencia de placa bacteriana que sigue siendo el principal factor etiológico de la enfermedad periodontal, independientemente de la presencia de cálculos. ¹⁶

Analizando las modificaciones de los tejidos parodontales con la edad, en París (Francia), el Dr. Michel Jourde, considera que la población europea en el año 2025, estará integrada en un 25% por mayores de 60 años. Por lo se deberá tener en cuenta las modificaciones fisiológicas ligadas a la edad, ya que el número de personas con edad avanzada dentadas o parcialmente desdentadas aumenta constantemente y las necesidades de tratamiento parodontal se incrementarán en esta población. ¹⁷

De igual manera, la Dra. Roxana E Orozco Jaramillo refiere que la prevalencia y gravedad de la gingivitis indican que esta enfermedad inicia a los 5 años, y su punto más alto es la pubertad. De acuerdo al índice de Ramfjord se revisó el margen gingival en los dientes 16, 21, 24, 36, 41, 44 de la población seleccionada encontrando por género, que las mujeres presentaron 41% gingivitis y los hombres 47.7%, corroborando los datos de la OMS en los

que se menciona que la gingivitis se presenta de igual manera en ambos sexos.¹⁸

En el año 2002 la Dra. Maura Espejel Mejía menciona que la enfermedad gingival es uno de los padecimientos con más incidencia en nuestro país que al no ser controlado puede evolucionar a problemas periodontales más severos, produciendo el cambio de color de la encía, hiperplasia, retracción gingival, ulceración, necrosis, formación de pseudomembranas, exudado purulento seroso y hemorragia.¹⁹

Referente a la halitosis en pacientes con problemas periodontales, el Dr. Cesar Carmon Villanueva en el año 2002, menciona que ésta es una condición frecuente, que todas las personas en algún momento de su vida la padecen. Realizó un estudio en donde se utilizó un halímetro para medir los compuestos volátiles de sulfuro (CVS), y se determinó la asociación con la enfermedad periodontal.²⁰

Finalmente la Dra. Donate Castro en el año 2005, refiere a la periodontitis como una enfermedad multifactorial, mencionando que son muchos los elementos que intervienen en su desarrollo, y estos no afectan de la misma forma a las personas ya que el componente genético es el que logra que un individuo sea más sensible a unos factores de riesgo que a otros.²¹

1.1 CEGUERA

1.1.1 DEFINICION

La ceguera es una incapacidad de contar dedos a una distancia de 3m y la debilidad visual, como la incapacidad de contar dedos a una distancia de 6m. con la mejor corrección óptica posible. ¹

Es la falta o pérdida de la visión normal que no se puede corregir con gafas o lentes de contacto. La ceguera puede ser parcial, con pérdida de solamente una parte de la visión o también total, en cuyo caso la persona no tiene ninguna percepción de la luz.³

1.1.1 CAUSAS DE CEGUERA

Una clasificación muy general de los diferentes tipos de ceguera sería la ceguera congénita y la ceguera adquirida.

Los padecimientos que más frecuentemente ocasionan ceguera y debilidad visual son diferentes para los países desarrollados y los en vías de desarrollo. Las principales causas de ceguera en los países desarrollados: son retinopatías, glaucoma, catarata. Las principales patologías responsables de ceguera en el tercer mundo: son tracoma, xeroftalmia, oncocercosis y catarata. La mayor parte de los ciegos del mundo viven en países en desarrollo, teniendo tasas de 10 a 40 veces mayores que en los países industrializados.

Las principales causas de ceguera en los Estados Unidos, son diabetes, glaucoma, degeneración macular y accidentes (como las quemaduras

químicas o lesiones infligidas por las cuerdas del salto, anzuelos de pesca, pelotas de raqueta, juegos pirotécnicos y objetos similares).

A nivel mundial, las causas más significativas de ceguera son las cataratas, la oncocercosis (“ceguera del río”), tracoma, lepra y deficiencia de vitamina A.

Otras causas pueden ser:

- * Obstrucción de los vasos sanguíneos
- * Complicaciones de nacimiento prematuro (fibroplasia retrolental)
- * Neuritis óptica
- * Ojo perezoso
- * Accidente cerebrovascular
- * Enfermedad de Tay Sachs
- * Retinitis pigmentosa
- * Retinoblastoma
- * Intoxicación por plomo
- * Glioma óptico

1.1. 2 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.

La educación del ciego tiene a nivel mundial sus inicios en el siglo XVII en Francia (Chevigny, 1950) y fue mejorando con aportes como el de Lovis Braille (1809-1852) con un sistema táctil de lectura, el cual es una modificación del sistema Barbier (Chapman, 1970) en donde el braille es un medio de lectura táctil, a través de la yema de los dedos, y de escritura, consiste en unos puntos en relieve organizados de forma parecida a los del dominó.

En cuanto al tipo de ceguera la que más se presenta en nuestra población tanto para los hombres como las mujeres es la adquirida, posiblemente por la situación de violencia que vive el país en este momento. Aproximadamente el 70% de estas cegueras son por arma de fuego. (Piedrahita, 1992).

Según los resultados obtenidos con la muestra se puede concluir que el hecho de ser ciego no es un impedimento para realizar una buena higiene bucal. ⁴

La ceguera es un importante problema de salud pública. Actualmente hay en el mundo 146 millones de personas ciegas de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estudios realizados en México, de carácter epidemiológico por la Secretaría de Salud, nos indican una prevalencia de 67 405 ciegos en la República Mexicana en el año de 1980, así como de 134 810 débiles visuales en el mismo territorio y tiempo. Este estudio vierte una tasa de un ciego y dos débiles visuales por cada 1000 habitantes. En la actualidad no se conoce con exactitud del problema de ceguera y debilidad visual y qué podría hacerse para solucionarlo o por lo menos atenuarlo. ¹

En países escandinavos los programas de integración y manejo de la ceguera y visión subnormal son muy eficientes. En España, la ONCE ha logrado valiosas metas, a las que podríamos aspirar, ya que las características socioculturales de nuestras poblaciones son afines. ²

1.1.3 MANEJO DEL PACIENTE CON CEGUERA Y BAJA VISIÓN.

La enseñanza de técnicas de orientación y movilidad, actividades de la vida diaria, lecto-escritura Braille, etc. contribuirán a que dichos pacientes dejen de ser los “cieguitos” marginados y pasen a ser seres humanos con potencialidades a desarrollar.

En octubre de 1986 se funda CRECUDEVI, Centro de Rehabilitación para Ciegos y Débiles Visuales, como un servicio más del Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana.

El objetivo fundamental de dicho centro es el proporcionar al paciente ciego y débil visual, tanto ayudas ópticas especiales, como la asesoría en una serie de técnicas que le permitan integrarse a una sociedad de videntes y le ayuden a mejorar, de esta manera, su calidad de vida.

Existen en nuestro país escuelas especiales para la educación del ciego y débil visual, sin embargo, no son suficientes y en algunos casos no se cuenta con el soporte oftalmológico, necesario, condenando a pacientes, con buen pronóstico visual, al mundo de la ceguera.

El conocer el origen de los problemas de visión nos lleva a la búsqueda de solución y prevención.

El problema de la ceguera y debilidad visual debe buscar alternativas para la disminución de su frecuencia, así como para el manejo racional de dichos pacientes.

1.2 CARIES DENTAL

La definición de caries dental de la Organización Mundial de la Salud (1983) dice que:

Toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia puede diagnosticarse mediante un examen visual y táctil con espejo y sonda fina. ¹³

Así mismo, Katz S, Mc Donald J. y Stookey G. En 1983 nos dicen que es una enfermedad caracterizada por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción. ¹⁴

Williams RAD, y Elliot JR, en 1990 definen a la caries como:

Una enfermedad de origen bacteriano que es principalmente una afección de los tejidos dentales duros y cuya etiología es multifactorial. ¹⁵

En 1900, Piedrola G. y colaboradores definen la caries como:

Una enfermedad de evolución crónica y etiología multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales), que afectan tejidos calcificados de los dientes y se inicia tras la erupción dental, provocando, por medio de los ácidos procedentes de la fermentación bacteriana de los hidratos de carbono, una disolución localizada de las estructuras inorgánicas en una determinada superficie dental, que evoluciona hasta lograr finalmente la desintegración de una cavidad y pérdida de la pieza, pudiendo ocasionar trastornos locales, generales y patología focal. ¹⁶

Etiología

La caries un proceso multifactorial, por lo cual, es importante mencionar algunos factores:

- **Sustrato oral:** La cantidad acostumbrada de comida y líquidos ingeridos al día por una persona, puede favorecer o no la caries, ya que los alimentos pueden reaccionar con la superficie del esmalte o servir como sustrato para que los microorganismos cariogénicos formen placa bacteriana o ácidos.
- **Microorganismos:** *Streptococcus mutans* es el microorganismos de mayor potencia cariogénico, aunque también son importantes *S. Salivarius*, *S. Milleri*, *S. Sanguis*, *L. Casei*, *Actinomyces viscosus* y *A. Naeslundii*, entre otros.
- **Sensibilidad del huésped:** Se ha observado que en una boca, ciertos dientes se afectan y otros no lo hacen, y que algunas caras de los dientes son más susceptibles a la caries que otras, aun en los mismos dientes.
- Esto depende de varios factores como la edad, la disposición de los dientes en la arcada, algunas formas de mal oclusión, la proximidad de los conductos salivales, la textura superficial, la utilización de aparatos y prótesis y la capacidad de saliva para remover el sustrato.
- **Tiempo:** La interacción de los factores mencionados requieren de tiempo para que se produzca la caries.

Factores de riesgo

Estos pueden ser locales y generales.

Locales

- Composición química del esmalte.
- Disposición de los prismas.
- Malformaciones anatómicas.
- Abrasión.
- Malposición dental.
- Obturaciones mal adaptadas.
- Higiene bucal deficiente
- Composición de la saliva.

Generales

- Nutrición
- Herencia biológica
- Funcionamiento endócrino
- Estrés
- Enfermedades intercurrentes (afecciones alérgicas, alteraciones neurológicas, radioterapias, etc.)
- Factores socioeconómicos
- Factores culturales

Medidas preventivas

1.- Promoción de salud.

Educación acerca de la higiene bucal.

Alimentación adecuada.

Dieta planeada.

Exámenes periódicos selectivos.

Protección específica.

Buena higiene de la boca¹⁷

Fluoración de los abastecimientos públicos de agua, la sal y otros alimentos.

Uno de los mayores éxitos en la salud pública ha sido la reducción de la caries a través de este medio. En la mayoría de las grandes ciudades se añaden fluoruros al suministro de aguas públicas en una concentración de 1ppm.

1.3 PLACA BACTERIANA

Es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se coleccionan sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies dentales (prótesis, etc...), cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. Se reconoce la importancia de la placa dental en la etiología de la caries dental, la enfermedad periodontal y la formación de tártaro.

La flora oral del ser humano es altamente compleja y diversa, está compuesta por mas de 300 especies bacterianas estables, incluyendo género protozoo, levaduras, micoplasmas, virus y bacterias, aunque no está completamente caracterizada. Varía de un sitio a otro, como las superficies dentales y la lengua, también puede variar entre los individuos.

Los cambios en los microorganismos del adulto se asocian a varios estadios de enfermedades (caries y enfermedad periodontal) hay pérdida dental, las espiroquetas, lacto bacilos y algunos estreptococos se reducen. En los pacientes edéntulos que no son portadores de dentaduras, algunas especies de estreptococos, espiroquetas y levaduras se reducen o eliminan, a pesar

de su regreso a niveles pre-extracción después de la colocación de dentaduras. Hay también cambios en los patrones de la flora normal, incrementando la enfermedad bacteriana causada por los organismos o por su baja o no patogenicidad. La cavidad oral y tejidos de soporte están mediados por condiciones bacterianas que involucran el desequilibrio en la flora normal y el desplazamiento de éstos a nuevos sitios, a pesar de estar relacionados con las enfermedades sistémicas.

La placa dentobacteriana es microbiológicamente y bioquímicamente una capa heterogénea formada en presencia de sucrosa en la cavidad oral, como una densa masa compuesta por productos extracelulares salivales y microbianos, se desarrolla en superficies protegidas por fricción mecánica, como el área interproximal, subgingival, foseas y fisuras de las superficies oclusales. Habiendo también degradación de glicoproteínas en la microflora oral, con una actividad hidrolítica por lo cual hay más afinidad hacia los azúcares.

La saliva es un regulador de la flora microbiana oral. Las variaciones diurnas de saliva cambian durante el día. En horas de vigilia por el estímulo repetitivo de la comida, y al parecer al anochecer la saliva es diferente. Combinada con los factores dietéticos locales, resulta en que más microorganismos están presentes antes de comer y en la noche.

1.4 ENFERMEDAD PERIODONTAL

El conjunto de las alteraciones en la fisiología de los tejidos que rodean y soportan los dientes se denominan periodontopatías. Éstas se pueden categorizar como gingivitis, que es una inflamación de la encía, con un cambio de coloración a rojizo, de aspecto liso y brillante y consistencia

blanda; y periodontitis, que es la inflamación gingival acompañada de pérdida de la inserción de tejido conectivo.

La gingivitis es considerada una forma inicial de la enfermedad periodontal, puede convertirse en una periodontitis, incrementando su severidad en base a la combinación de factores como la falta de cepillado. Existen diversas formas de gingivitis, como las que afectan a niños, adolescentes, adultos jóvenes y las que se presentan en enfermedades sistémicas, incluyendo la gingivitis ulcero-necrosante, gingivitis descamativa, gingivitis por cambios hormonales o por medicamentos, periodontitis recurrente o refractaria. Todas ellas pueden ser catalogadas por su severidad como leves, moderadas o severas. Otras formas relevantes de clasificar la enfermedad periodontal son las características microbiológicas. Se ha demostrado que el nivel de gingivitis es menor en niños de 4 a 6 años que en los niños mayores y adultos. Los mayores grados de acumulación de placa y de inflamación gingival se ha observado a la edad de 14 a 16 años y adultos, lo que indica que la gingivitis se incrementa gradualmente con la edad.¹⁹

Etiología

La placa microbiana es la causa principal de los diferentes tipos de enfermedad periodontal, esta microbiota bucal es una de las que presenta mayor complejidad en el organismo, se encontraron entre 300 y 400 especies y de éstas se han recogido entre 30-40 especies periodontopatógenas. Hay claras diferencias entre los tipos de bacterias que residen en el surco gingival sano contra las encontradas en las bolsas periodontales. Las bacterias asociadas con salud gingival en individuos sanos son Streptococos gram positivos y Actinomyces, con cerca de 15% de Bacilos gram negativos. La gingivitis está asociada con el aumento en la carga microbiana y en el porcentaje de organismos gram negativos.

Factores de riesgo

- Innatos: raza, sexo, factores genéticos, inmunodeficiencias congénitas, disfunción fagocítica, síndrome de Down, síndrome de Papillon-Lefevre, síndrome de Ehler-Danlos.
- Adquiridos y ambientales: mala higiene oral, edad, medicamentos, cigarrillo, defectos inmuno adquiridos, enfermedades endocrinas adquiridas, enfermedad inflamatorias adquiridas, deficiencias nutricionales, osteoporosis, medicación con esteroides por períodos prolongados.

Medidas preventivas

Todas las medidas preventivas irán destinadas a prevenir la aparición de una gingivitis o a evitar una periodontitis, en el caso de una gingivitis ya instaurada.

Como ya se ha indicado, el origen de la enfermedad es el acúmulo de placa bacteriana y sarro; por tanto, habrá que evitar la acumulación de ambos o, si ya están presentes, eliminarlos.

Se removerá la placa bacteriana adherida al diente por medio del cepillado dental, después de cada comida y antes de acostarse.

En los casos en que exista placa bacteriana calcificada o sarro, el simple cepillado no producirá ningún efecto beneficioso hasta que se hayan

eliminado por completo las placas de sarro. Esto lo realizará el dentista practicando una limpieza de boca.

Control químico de la placa bacteriana

En las fases más agudas de una gingivitis, el dentista puede prescribir antibióticos para eliminar los microorganismos causales, o enjuagues con determinadas soluciones antisépticas que ayudarán a disolver la placa bacteriana.

Tratamiento de la enfermedad periodontal

El tratamiento de la enfermedad periodontal ya establecida es muy complejo y requiere sobre todo que el paciente esté bien informado y motivado para que comprenda que de él depende fundamentalmente el que la enfermedad detenga su evolución y que sin su colaboración no se logrará ningún resultado estable.

Inicialmente, se intenta resolver las situaciones de urgencia (abscesos, supuraciones, etc.) y sanear el resto de la boca (realizar obturaciones, endodoncias y las extracciones que sean necesarias).

Se realizará entonces una limpieza del sarro situado por encima del nivel de la encía y varias sesiones de raspaje para eliminar el sarro que se introduce dentro de la bolsa periodontal, entre ésta y la raíz del diente. Después de evaluar los resultados de esta primera fase de tratamiento, se valora la necesidad de realizar un nuevo raspaje a los 6 meses. Si con ello no mejora la situación del paciente, se pasa a una segunda fase.

La segunda fase de tratamiento es una fase quirúrgica, que consiste en abrir la encía para conseguir un mejor acceso a las raíces dentarias y eliminar así más fácilmente la placa bacteriana, el sarro y el tejido periodontal enfermo (bolsas). Si ello no da resultado, habría que plantearse realizar las extracciones dentarias que sean necesarias.

Una vez controlada la enfermedad, es muy importante aplicar una tercera fase de tratamiento o de mantenimiento, consistente en revisiones periódicas para evitar una recaída y para mantener la motivación del paciente.²⁰

1.5 Diabetes Mellitus

Manifestaciones Bucales de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica caracterizada por el déficit parcial o total de insulina, que tiene como consecuencia el aumento de glucosa en sangre y orina.

Su etiopatogenia es la disminución de la disponibilidad o actividad de la insulina, hormona requerida para la regulación de la homeostasia metabólica. La insulina es la principal hormona responsable de la promoción de almacenamiento de macronutrientes, en forma de proteínas, triglicéridos y glucógeno. Mejora la proteogénesis, lipogénesis, y glucogénesis y suprime la proteólisis, lipólisis y glucogenólisis.

La DM se caracteriza por dos tipos de manifestaciones: un síndrome metabólico y un síndrome vascular. El síndrome metabólico desencadenado por la hiperglucemia cursa frecuentemente con glucosuria, polifagia,

polidipsia y poliuria (las tres P). El síndrome vascular se desarrolla en dos formas: la forma macroangiopática y de aterosclerosis, y la forma microangiopática que se extiende a todos los órganos, pero especialmente es responsable de la retinopatía, nefropatía y poli neuropatía diabéticas.

La D.M. es la enfermedad endocrina más frecuente su prevalencia tiende a aumentar en los países industrializados hasta el punto de ser considerada como una enfermedad epidémica.

En Europa y en España se puede considerar la cifra global de la DM alrededor de un 4% de la población. En nuestro medio, la prevalencia de la DM infantil es de 1 de cada 3000 niños, y la enfermedad se inicia antes de los 10 años. Casi un 80% de los casos de DM aparecen clínicamente después de los 50 años de edad. La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, y aproximadamente entre el 15 y el 20% de la población mayor de 65 años tiene DM (1).

CLASIFICACIÓN

Intentando aunar criterios, la O.M.S.(1985) realizó una clasificación descriptiva de la DM.(7) en la que establece las siguientes categorías clínicas:

Diabetes Insulinodependiente o tipo 1 (DMID). Suelen padecerla el 10-20% de todos los diabéticos. Su inicio, es de forma característica antes de los 30 años, de ahí su antigua denominación de DM juvenil, aunque también se puede presentar a cualquier edad.

Se caracteriza por una deficiencia severa de insulina como consecuencia de la lesión autoinmune de las células beta del páncreas. Se cree que la DM tipo 1 se inicia en un individuo genéticamente susceptible por la presencia de algunos antígenos de histocompatibilidad, en especial DR3, DR4, y a

fenómenos de autoinmunidad (presencia de anticuerpos antiislotes pancreáticos y antiinsulina). En el 10% de los casos de DMID presentan o presentarán otras enfermedades autoinmunes asociadas (Graves, Hashimoto, Addison, conectivopatías, etc). El déficit de insulina se suple con la administración exógena.

Diabetes No insulino dependiente o tipo 2 (DMNID). Se caracteriza por una disminución de la sensibilidad tisular frente a la insulina o un déficit moderado en su producción. Suele ser la forma más frecuente, afectando fundamentalmente a personas mayores de 40 años, antes se denominaba DM del adulto. Se distinguen dos grupos según la composición corporal: obesos y no obesos.

En estos pacientes la hiperglucemia es el resultado de la combinación de dos factores: una resistencia a la insulina de los tejidos periféricos y una disminución o alteración de la secreción de insulina. Son pacientes que no necesitan insulina para evitar la cetosis, aun cuando pueden requerirla en determinados periodos para controlar la hiperglucemia. Pueden presentar cetosis en periodos de estrés (infecciones, cirugía, etc.), que se puede controlar con hipoglucemiantes y/o un adecuado régimen dietético.

Diabetes secundaria o tipo 3. Son pacientes que desarrollan la enfermedad como consecuencia de otras condiciones patológicas que alteran la producción de insulina o su utilización. Son enfermedades que cursan con afectación del páncreas, como la hemocromatosis y pancreatitis. También se desencadenan a partir de endocrinopatías como la enfermedad de Cushing, acromegalia, feocromocitoma, aldosteronoma y tirotoxicosis. Se asocian con DM en aproximadamente un 15-25% de los casos, y con la intolerancia a la glucosa en un 50% o más.

Diabetes Gestacional. Su clínica es superponible a la del tipo II y es padecida por el 2-4% de las embarazadas e indica un trastorno reversible del metabolismo de la glucosa y una mayor resistencia a la actividad de la insulina. En general se limita al periodo gestacional. Sus principales consecuencias son una mayor morbilidad y mortalidad perinatal y un aumento de la susceptibilidad de las mujeres que la padecen a desarrollar DM posteriormente.

Diabetes asociada a malnutrición. Corresponde a un tipo de diabetes que se detecta en países subdesarrollados, afecta a jóvenes con desnutrición proteica y/o fibrocalculosa.

Intolerancia a la glucosa. Son casos de diabetes subclínica, latente, que cursan con niveles patológicos de glucemia, pero que no progresan hacia una DM claramente establecida, pudiendo incluso volver la concentración de glucosa en sangre a la normalidad. Generalmente son asintomáticas y su diagnóstico es de forma casual. Cuando la diabetes aparece sin ningún trastorno previo hablamos de DM. Idiopática.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN LA CAVIDAD ORAL

Las manifestaciones bucales más frecuentes son las lesiones periodontales, la xerostomía, las infecciones candidiásicas y la caries. En ocasiones esta patología puede consistir en la primera manifestación de una DM, y también pueden indicar una descompensación metabólica en enfermos que están recibiendo tratamiento hipoglucemiante.

I.- Lesiones periodontales.

A nivel estomatológico la patología más frecuente en el paciente diabético es la periodontitis, que se manifiesta con las mismas características que en el

paciente sano (gingivitis, pérdida ósea y formación de bolsas), salvo un dato que nos puede orientar sobre el origen de esta periodontitis y es la frecuencia con que debutan con abscesos periodontales. Se ha observado que las infecciones bucales (abscesos periodontales o periapicales) afectan a la necesidad de insulina, de tal forma que tras un correcto mantenimiento periodontal las dosis de insulina requeridas son menores.

La patogenia de las lesiones periodontales se basa en los siguientes hechos:

- La microangiopatía diabética impide una respuesta tisular efectiva ante los estímulos irritativos, debido a la disminución del aporte vascular a los tejidos gingivales. La causa íntima se localiza en las células que conforman la pared endotelial, que presentan pequeñas disrupciones con aumento de grosor de la membrana basal y depósito de mucopolisacáridos a este nivel, así como también puede haber cambios degenerativos en el interior de estas paredes vasculares.
- El incremento del nivel de glucosa en la saliva aumenta el substrato bacteriano y por tanto facilita la formación de placa gingival.
- El aumento en la concentración de calcio en la saliva del paciente diabético favorece su precipitación y el desarrollo de cálculos supragingivales.
- La inhibición de los macrófagos y los neutrófilos con disminución de su función fagocítica, así como de la quimiotaxis y de la diapedesis, favorece el aumento del número de bacterias y por tanto también la formación de la placa bacteriana.
- Las alteraciones en el metabolismo del colágeno con la reducción de su síntesis, el aumento de la actividad de la colagenasa y la degradación del

nuevo colágeno, desencadenan conjuntamente la afectación de las fibras periodontales.

La prevalencia y gravedad clínica de la periodontitis está condicionada por una serie de factores entre los que destacan: tipo de DM, edad del paciente, grado de control metabólico y la acumulación de placa bacteriana debido a una deficiente higiene oral, (factor más determinante).

Clínicamente se manifiesta con inflamación aguda o crónica de la encía, retracción gingival, movilidad dentaria, marcados diastemas, bolsas profundas con signos de actividad (exudados, pus), y gran acumulo de placa y cálculo dental. La pérdida ósea es mayor en función del grado de la severidad de la DM, es decir de la glucemia y glucosuria.

A nivel bioquímico en los pacientes diabéticos con periodontitis se detecta una mayor concentración de inmunocomplejos circulantes y un ligero aumento de la actividad del complemento (mayores índices de las fracciones C3 y C4).

II.- Xerostomía.

La xerostomía es una sensación subjetiva, que en el paciente diabético está provocada por el aumento de la diuresis y disminución del volumen de líquido extracelular que produce hiposalia, pero también puede participar en su patogénesis la neuropatía diabética. Aunque hay una cierta evidencia de la disminución del flujo salival, estas observaciones no han sido universalmente confirmadas. La xerostomía se suele acompañar de orodinia, alteraciones gustativas, sensación de quemazón y halitosis a acetona. Los signos más llamativos son el enrojecimiento y atrofia de la mucosa.

III.- Candidiasis.

Existe una mayor propensión a padecer candidiasis en los pacientes diabéticos, aceptándose que la DM. es un factor general predisponente. La candidiasis está considerada como la enfermedad más frecuente de la mucosa oral en pacientes diabéticos.

La candidiasis oral aguda más frecuente es la pseudomembranosa o muguet. En cuanto a las crónicas es de destacar, por su elevada incidencia en la cavidad oral, las palatitis subplaca (candidiasis atrófica de la mucosa palatina), y las crónicas eritematosas en pacientes de edad avanzada y en pacientes que toman antibióticos.

El aumento de *Candida* en la cavidad oral de los pacientes diabéticos es motivo de discusión. Dorocka-Borkowska encontraron una mayor prevalencia de las estomatitis por prótesis y un aumento de la adherencia de *Candida* en las prótesis de pacientes diabéticos no insulino-dependientes comparándola con un grupo control no diabético. Para otros autores la yatrogenia que provocan los tratamientos prostodóncicos interviene más intensamente en el desarrollo de la candidiasis, que la propia condición oral alterada inducida por la DM.

IV.- Alteraciones dentarias.

Posiblemente de forma secundaria a la xerostomía, se observa un aumento del índice de caries, sobre todo de caries cervicales y caries atípicas (desarrolladas en zonas que no suelen verse frecuentemente afectadas en el resto de los pacientes no diabéticos).

También es frecuente que se desarrollen odontalgias con pulpitis y cuya génesis es justificada por procesos microangiopáticos. Se ha observado que estos pacientes sufren un mayor número de celulitis y alveolitis.

La erupción dentaria también se ve afectada en los niños diabéticos. La edad media de la exfoliación de los dientes deciduos y de la erupción de los dientes permanentes en los niños diabéticos es diferente al de la población normal.

Se ha observado que la erupción dentaria sufre una aceleración en su desarrollo (en los niños mayores de 10,5 años de edad y cuando la enfermedad tiene un periodo de evolución superior a los 2,5 años), para posteriormente sufrir un retraso eruptivo. Esta influencia bifásica de la DM es atribuida a efectos sistémicos mediados por la glándula pituitaria cuya secreción parece que es estimulada en los estadios iniciales y decae con el tiempo en los pacientes insulino-dependientes.

El largo intervalo de tiempo de edentulismo, entre la exfoliación de los dientes deciduos y la erupción de los dientes permanentes en niños diabéticos, se debe a efectos locales: caries profundas o periodontitis que conlleva a la extracción temprana de los dientes deciduos.

V.- Sialomegalia.

El déficit salival se intenta compensar con un aumento de la producción por parte de las glándulas salivales, por lo que con frecuencia se observa el aumento de tamaño de las glándulas parótidas, que es asintomático y bilateral, como consecuencia de su inflamación crónica.

Las sialadenosis diabéticas provocan tumefacciones más prominentes que por otras causas y se localizan por debajo y por detrás del ángulo mandibular. Los estudios histopatológicos de las glándulas parótidas de los pacientes diabéticos presentan una infiltración grasa no inflamatoria del parénquima con una disminución en el número de las estructuras acinares. Otros cambios son la hipertrofia acinar, cuyas células epiteliales aparecen vacuoladas, estratificación de los conductos de pequeño diámetro, microangiopatía y obstrucción de los conductos lo que determina una predisposición en estos pacientes a presentar litiasis. Algunos autores consideran esta hipertrofia como respuesta a una neuropatía de tipo autonómico.

En la sialografía parotídea de estos pacientes se observa un aumento en el diámetro transversal de la glándula. Los conductos son más finos y elongados dando la imagen característica en "cabello de ángel".

En la composición salival del diabético también se producen alteraciones, así la concentración de glucosa en la saliva parotídea de estos enfermos pasa de 0'22-1'69 mg/100 ml. en condiciones de normalidad, a los 0'22-6'33 mg/100 ml. La concentración del calcio está elevada. VI.- Otras manifestaciones clínicas bucales.

En estos pacientes se ha descrito la aparición frecuente de algunos procesos patológicos como son la odontalgia atípica (por microangiopatía intrapulpar), las ulceraciones orales con retraso en su cicatrización, lengua fisurada, y queilitis angular.

Se ha sugerido que la glositis romboidal media es más frecuente en los pacientes diabéticos, pero la mayoría de los investigadores no han corroborado esta asociación.

Las microangiopatías y neuropatías presentes en estos pacientes han sido invocadas como productoras de ulceraciones orales refractarias al tratamiento, sobre todo si el paciente es portador de una prótesis dental.

En el transcurso de DM tratadas farmacológicamente con hipoglucemiantes del tipo tolbutamida o clorpropamida se ha descrito la aparición de las denominadas reacciones liquenoides. El liquen plano oral es un estado precanceroso vinculado frecuentemente con la DM, aumentando su prevalencia cuando la glucemia supera cifras de 240mg%. Para algunos autores la incidencia de DM en pacientes afectos de liquen plano es más alta que en la población no diabética, oscilando entre el 2-6%. Para otros autores no existe vinculación entre DM y liquen plano.

EL TRATAMIENTO DENTAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO.

En la consulta dental durante la realización de la anamnesis podemos recoger que el paciente padece una DM previamente diagnosticada, en este caso deberemos anotar en su historia clínica: el tipo clínico de DM que padece, el tiempo de evolución de su enfermedad (ya que nos puede indicar la posibilidad de padecer complicaciones cardiovasculares o neurológicas) y el tratamiento establecido (insulina, antidiabéticos orales o dieta), junto a la posología correspondiente, la incidencia de reacciones hipoglucémicas y si han existido o no alteraciones frecuentes en su régimen terapéutico. También es conveniente anotar el nombre del médico que le trata y la fecha de la última revisión.

En otras ocasiones el paciente puede desconocer que padece esta enfermedad. En estos casos en la anamnesis deberemos reflejar la existencia de factores de riesgo: edad avanzada (la prevalencia de la DM tipo 2 se incrementa con la edad), la existencia de antecedentes familiares de DM (este dato se recoge en el 12,7% de los diabéticos); la obesidad; mujeres con abortos espontáneos de repetición, o que han tenido niños de peso elevado. Otro dato orientador es el padecimiento de síntomas característicos de esta enfermedad como son la polidipsia, poliuria, polifagia, etc. Durante la exploración de la cavidad oral, podemos detectar la presencia de lesiones asociadas a la DM como son la xerostomía, alteraciones periodontales, caries atípicas, retraso en la cicatrización de heridas, etc.

A la hora de planificar el tratamiento dental que necesita nuestro paciente, deberemos tener en cuenta tres salvedades, la primera es el tipo de DM que padece, la segunda es el grado de control que mantiene sobre su enfermedad y la tercera es la complejidad del tratamiento odontológico a realizar.

1.- Consideraciones odontológicas según el tipo de DM.

Como regla general, antes de la realización de cualquier acto odontológico en un paciente diabético, es necesario que previamente haya tomado la medicación hipoglucemiante usual y haya ingerido alimentos de forma adecuada.

En el caso de padecer una DM insulino-dependiente, deberemos tener en cuenta el tipo de insulina prescrita y la frecuencia de su aplicación (es necesario leer las especificaciones del laboratorio fabricante o en caso de duda, solicitar un informe al médico que le trata), ya que existen picos de alta actividad insulínica, durante los cuales es preferible no efectuar ningún tratamiento odontológico.

2.- Consideraciones odontológicas según el grado de control metabólico de la DM.

Por regla general los diabéticos tipo 1 y 2 con su enfermedad bien controlada y sin padecer problemas médicos concurrentes, pueden recibir todos los tratamientos odontológicos que necesiten, sin que haya que modificar los protocolos de actuación. Siempre que se haya tenido en cuenta que el paciente esté medicado con su dosis de insulina y que también esté alimentado para evitar la posibilidad de aparición de una crisis de hiperglucemia o de hipoglucemia.

3.- Tratamiento odontológico.

- **Planificación:** El tratamiento odontológico debe realizarse de forma escalonada y muy bien planificado, procurando evitar en lo posible la realización conjunta de procedimientos que causen mucha ansiedad y estrés en la consulta. Las sesiones operatorias serán de corta duración, si se prolongan conviene hacer pausas, que el paciente descanse, se recupere y si lo tiene indicado permitir que ingiera alimentos para evitar hipoglucemias.

Si es preciso podemos prescribir ansiolíticos de vida media corta (benzodiazepinas), tomados la noche antes de la visita, así como unas horas antes de la misma, ya que el estrés si puede desencadenar una importante liberación de adrenalina, peligrosa en estos pacientes por tener un efecto contrario a la insulina.

Si el postoperatorio del tratamiento odontológico va a comportar imposibilidad de recibir una correcta alimentación (dificultad masticatoria, etc.) deberemos pedir consejo al médico que trata a nuestro paciente, sobre los cambios alimentarios o en la posología de los hipoglucemiantes, que debemos recomendar, ya que el paciente que deja de alimentarse

correctamente pero continua tratándose con su dosis habitual de insulina corre el riesgo de provocarse una reacción hipoglucémica.

- **Anestesia:** En los pacientes diabéticos con glucemia controlada se puede utilizar anestesia con vasoconstrictor a bajas concentraciones cuando tengamos que realizar tratamientos agresivos: exodoncias, endodoncias, etc. Cuando la actuación odontológica sea menos intervencionista (obturaciones, etc.) procuraremos utilizar anestésicos sin vasoconstrictor.

- **Infecciones odontológicas:** Dado que en estos pacientes el riesgo de infección está considerablemente aumentado y que además la cicatrización de la mucosa bucal está retrasada, es aconsejable la profilaxis antibiótica en los tratamientos que comporten algún riesgo quirúrgico, como son las extracciones o el tratamiento periodontal, sobre todo en diabéticos tipo I inestables y en los que reciben dosis importantes de insulina.

Cuando la infección esté establecida se iniciará el tratamiento empíricamente (en procesos graves es aconsejable identificar el germen causal, realizando un cultivo sistemático de todas las colecciones de pus).

Los antibióticos de elección lo constituyen la penicilina y sus derivados semisintéticos, debiendo evitarse la administración de antibióticos nefrotóxicos (gentamicina, estreptomina), sobretodo en pacientes diagnosticados de nefropatía diabética. Las sulfamidas aumentan los efectos de las sulfonilureas.

Como analgésico es aconsejable utilizar paracetamol, el empleo de los salicilatos y otros AINE por su competencia con los hipoglucemiantes orales por las proteínas plasmáticas, necesitan una indicación muy precisa. En el

caso de que sea preciso potenciar la analgesia, se aconseja la combinación del paracetamol a la codeína.

Tanto los antibióticos como los analgésicos se debe evitar prescribirlos en formas farmacéuticas que contengan azúcares en su composición.

Las infecciones micóticas se tratarán empleando los antifúngicos habituales, también pueden ser utilizados de forma preventiva cuando se instaure terapia antibiótica.

Prevención: Es importante destacar que la prevención odontológica es fundamental en los pacientes diabéticos. La actuación en este campo debe ir encaminada hacia el tratamiento de caries incipientes, control de la enfermedad periodontal, legar con energía las cavidades alveolares para evitar la formación de procesos quísticos residuales, etc., y especialmente insistir en la importancia de la higiene bucal escrupulosa, así como controlar periódicamente el estado de su salud bucodental.

Los diabéticos portadores de prótesis dentales removibles deben ser advertidos sobre el mantenimiento y cuidado que deben observar en la higiene de estas prótesis, para evitar el desarrollo de estomatitis protéticas. Se les debe recomendar periodos de descanso, en los cuales deben introducir la prótesis en un vaso de agua para evitar el abarquillamiento de la resina, limpiarla con jabón líquido y un cepillo para limpieza de prótesis dentales. Durante el descanso nocturno las prótesis deben ser introducidas en un vaso de agua con un poco de detergente de lavadora, ya que los enzimas que contiene hacen inhóspita a la resina para las candidas.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ceguera o la disminución de la visión es problema de salud pública a nivel mundial que ocasiona estragos económicos y sociales; cada cinco segundos una persona queda ciega y cada un minuto un niño pierde la visión, sus causas son múltiples.

Existen pocos programas de promoción para la salud bucal a nivel nacional y se carece de material educativo específico para cada grupo étnico y personas con capacidades diferentes, especialmente con ceguera y sistema Braille.

Por lo tanto se sugiere la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe material educativo de salud buco-dental en sistema Braille para personas con ceguera y debilidad visual?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar material didáctico sobre salud buco-dental en sistema Braille.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio por edad y sexo.
- 2.- Determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre salud bucal, las personas invidentes que asisten al comité.
- 3.- Elevar el nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales a través del sistema Braille.
- 4.- Motivar las personas con ceguera a tener una higiene oral adecuada.

5.-METODOLOGÍA

5.1 Material y Método

Se estableció comunicación formal con el Comité Internacional Pro-Ciegos con el objeto (anexo 1) de realizar un programa para la educación bucal, para personas ciegas y débiles visuales. La población de estudio estuvo constituida por 44 personas mayores de sexo masculino y femenino, mayores de 20 años.

Se diseñó un formato (anexo 2) con las variables de estudio sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, motivo por el cual perdió la vista, tiempo que perdió la vista, higiene bucodental y nivel de conocimiento sobre salud bucodental.

Los temas abordados en el programa fueron: caries dental, placa bacteriana, enfermedad periodontal y diabetes. Las técnicas educativas empleadas fueron la charla apoyada con láminas especialmente diseñadas y con diferentes texturas para la población de estudio; también se utilizó la Demostración con el apoyo de macro tipodonto y macro cepillo dental y un tríptico realizado en sistema braille.

Para la evaluación del programa y material educativo se realizó una encuesta (anexo 3).

Cabe mencionar que no se me informó, que días antes las personas de la institución habían recibido la visita de alumnos de la facultad con el objetivo de enseñarles la técnica de cepillado, por lo tanto los grupos con los que trabajé ya estaban contaminados con información, por lo cual no se llevó a cabo la evaluación preinstruccional.

5.2 Tipo de estudio

De intervención

5.3 Población de estudio

Personas ciegas y con debilidad visual mayores inscritos en el Comité Internacional Pro-Ciegos.

5.4 Tamaño de la muestra

44 personas con ceguera y debilidad visual.

5.5 Criterios

5.5.1 Criterios de inclusión

- Personas ciegas y con debilidad visual
- Personas mayores de 20 años
- De género masculino y femenino
- Que pertenezcan al Comité Internacional Pro-Ciegos

5.5.2 Criterios de exclusión

- Personas ciegas y con debilidad visual que no pertenezcan al Comité Internacional Pro-Ciegos
- Personas menores de 20 años

5.6 VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Motivo por el cual perdió la vista
- Tiempo que perdió la vista
- Higiene bucodental
- Nivel de conocimientos sobre salud bucodental

5.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Contenido educativo del programa de salud bucodental
- Material didáctico en braille

5.6.2 VARIABLES DEPENDIENTES

- Nivel de conocimiento sobre salud bucodental
- Prácticas sobre salud bucodental

5.7 Recursos

5.7.1 Humanos

Personal del Comité Internacional Pro-Ciegos

Una directora de tesina Cirujana Dentista

Dos asesoras Cirujanas Dentistas

Un pasante de Cirujano Dentista

5.7.2 Materiales

Computadora

Impresora

Cámara fotográfica digital

Internet

Libros de consulta

Cuestionarios

Trípticos realizados en sistema braille

Cuatro láminas con diferentes materiales: papel ilustración, diamantina, pintura inflable, pintura vinci, aserrín, lijas de diferentes texturas y plastilina

Macro tipodonto, cepillo dental, hilo dental y raspador de lengua

5.7.3 Físicos

Biblioteca de la Facultad de Odontología, de Posgrado y ADM.

Imprenta del Comité Internacional Pro-Ciegos

5.7.4 Financieros

Por cuenta de la tesista.

5.8 Técnicas de recolección y análisis de datos.

Se diseñó un cuestionario con las variables de estudio (anexo 2) y otro formato para llevar a cabo la evaluación del programa y del material material educativo (anexo 3).

Finalmente los datos se analizaron con el programa Excel.

6. PROGRAMA DE SALUB BUCODENTAL

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL CON SISTEMA BRAILLE DIRIGIDA A PERSONAS CON CEGUERA EN EL COMITÉ INTERNACIONAL PRO-CIEGOS (CPC). 2006

6.1 CRONOGRAMA

N° DE SESIÓN	FECHA	TEMÁTICA	TECNICA EDUCACIONAL
PRIMERA	27/03/06	Presentación en el Comité Internacional Pro-Ciegos	Técnica educativa: (Charla)
		Definición etiología, factores de riesgo y Medidas Preventivas de caries dental, placa bacteriana gingivitis, enfermedad periodontal y diabetes.	Se utilizaron cuatro láminas de los tejidos del diente, realizados con diferentes materiales para cada uno de los tejidos del diente.
		Se entregó tríptico.	El tríptico fue realizado con sistema braille.
		Se explicó la técnica de cepillado y utilización de hilo dental de forma individual.	Demostración con macro tipodonto, cepillo dental, hilo dental e raspador de lengua.
		Se realizó la evaluación del programa y material didáctico.	
SEGUNDA Y TERCERA	28/03/06 29/03/06	Igual que a la primera pero con otro grupo de personas.	

6.2 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD BUCO DENTAL

1° SESIÓN 27-03-06

Tema:

Caries, placa bacteriana, gingivitis, enfermedad periodontal y diabetes (deficiencia, etiología, factores de riesgo y medidas preventivas).

Tiempo: 2 horas.

Presentación ante las personas con ceguera y debilidad visual del Comité Internacional Pro-Ciegos.

Técnica empleada:

Técnica educativa: Charla apoyada con láminas

Técnica táctica: Se utilizaron cuatro láminas con los tejidos del diente en diferentes materiales: esmalte, dentina, pulpa, hueso y encía.



Fuente: directa

¿Qué es una caries?

Es una enfermedad infecciosa, la caries se desarrolla cuando los dientes se deterioran o se rompen. Es un agujero que se hace en un diente y que, con el tiempo, puede hacerse más grande y profundo hasta llegar a la pérdida.

Lámina 1.- molar sano realizado con diferentes texturas.



Según el tejido afectado la caries dental se clasifican en:

Lámina 2 .-Caries de primer grado: cuando afecta solo al esmalte.



Lamina 3.- Caries de segundo grado: cuando afecta esmalte y dentina.



Lámina 4.- Caries de tercer grado: cuando afecta esmalte, dentina y pulpa, hay necrosis pulpar.



Higiene bucodental

La placa dentobacteriana constituye un factor causal de enfermedades dentales. Por eso es fundamental eliminarla a través de los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encías y lengua.
2. Hilo dental
3. Pasta dental o dentífrico.
4. Enjuague bucal.



Técnicas de Cepillado



1) Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.

2) Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación.



3) Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.

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



5) Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento.

Técnica de cepillado.

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
3. Estimular los tejidos gingivales.
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.



Hilo dental

La utilización del hilo dental sobre las superficies interdentales posibilita la remoción de la placa bacteriana en zonas inaccesibles con el cepillo.

Tiene diversas presentaciones entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta.

Enrollar el hilo en cada uno de los dedos medios y mantenerlo estirado entre el pulgar y el índice, dejando un pequeño espacio libre se introduce suavemente el hilo entre los dientes, formando una C sobre la superficie de cada diente y deslizarlo entre diente y la encía, en forma de boleó. Se debe hacer entre todos los dientes, por lo menos una vez al día de preferencia antes de acostarse.



Placa bacteriana

Es una sustancia pegajosa y viscosa compuesta principalmente por gérmenes que hacen que los dientes se deterioren. Las bacterias que están en la boca fabrican ácidos, de modo que, cuando la placa bacteriana se adhiere a los dientes, como evitar que se forme:

- Lavarse los dientes utilizando pasta dental que contenga flúor después de cada comida o, como mínimo, dos veces al día. La hora de acostarse es un momento importante para lavarse los dientes.
- Al lavarse los dientes, también las encías con suavidad para mantenerlas sanas.
- Utilizar seda dental una vez al día para eliminar la placa bacteriana y comida que queda atrapada entre los dientes.
- Limitar el consumo de dulces y de bebidas azucaradas.
- Evitar el consumo de carbohidratos.
- Ir al dentista dos veces al año.

¿Qué es la enfermedad periodontal?

La periodontitis destruye el ligamento y el hueso que sostiene el diente. En los casos más avanzados se notará que las raíces quedan descubiertas, que sale pus al presionar la encía y que los dientes se mueven, llegando a caerse en los casos más graves.

Se puede prevenir si impedimos que se forme la placa bacteriana, quitando la que este sobre los dientes y eliminando el sarro, si es que éste existe. Lo que ocurre cuando hacemos esto, es que rompemos la organización de las bacterias.



7.- RESULTADOS

En este programa las edades de las personas con ceguera y debilidad visual se presentaron de la siguiente manera.

De 21 a 29 años el 13.64 %, de 30 a 38 años un 27.27 %, de 39 a 48 años un 18.18 %, de 49 a 57 años 27.27 %, de 58 a 67 un 13.64 (tabla 1).

En cuanto al sexo masculino un 66 % y femenino 34 % (gráfica 1).

En estado civil soltero 52.27 %, casado 27.28 %, divorciado 11.37 %, viudo 4.54 % (tabla 2).

En cuanto al grado de escolaridad analfabeta 0 %, primaria 31.82 %, secundaria 31.82 %, técnica 29.45 %, licenciatura 22.72 %, otro 0 % (gráfica 2).

En lo que es ocupación estudiante 31.81 %, ama de casa 11.36 %, empleado 9.10 %, comerciante 13.64 %, profesionista 15.91 %, desempleado 18.18 % (tabla 3).

Al preguntar ¿por qué motivo perdió la vista? Congénita un 18 %, por enfermedad 32 %, por accidente 27 % y por secuela de enfermedad sistémica el 23 % (gráfica 3).

Así mismo al preguntar ¿hace cuanto tiempo perdió la vista? Los de menos de 11 meses fue el 4.54 %, de 1 a 5 años el 61.39 %, 6 a 10 años el 6.82 %, 11 a 15 años 6.82 %, de 16 a 20 años 2.27 %, 21 a 25 años 4.54 %, 26 a 30 años 4.54 %, 31 a 35 años 2.27 %, 36 a 40 años 2.27 %, 41 a 45 años 2.27 %, 46 a 50 años 0 %, mayores de 51 años 2.27 % (tabla 4).

En relación a la pregunta ¿cuántas veces se cepilla los dientes al día? 1 vez el 7 %, 2 veces 54 %, 3 veces 25 % y ninguna 14 % (gráfica 4).

Referente a ¿Qué acostumbra utilizar además del cepillo? Hilo dental 15.90 %, enjuague bucal 15.90 %, hilo y enjuague bucal 4.60 % y nada 36.40 % (gráfica 5).

Al preguntar ¿sabes por que se presenta la caries? Los de si 95 % y no 5 % (gráfica 6).

Cuando se pregunto ¿siente algún hueco en sus dientes o muelas? Si 36 % y no 64 % (gráfica 7).

En la pregunta ¿sabes que es gingivitis? Si 98 % y no 2 % (gráfica 8).
Así mismo sí ¿ha sentido que le sangran sus encías cuando se cepilla sus
dientes? Si 27% y no 73 % (gráfica 9).

En relación a que se ¿ha sentido abultamiento en sus encías? Si 34 % y no
66 % (gráfica 10).

En la pregunta de ¿alguna vez ha asistido al dentista? Si 73 % y no 27 %
(gráfica 11).

Cuando se pregunto ¿cuál fue el motivo por el que asistió al dentista? Dolor
24 %, revisión 44 %, aparato protésico 12 %, enfermedad periodontal 0 % y
operatoria 20 % (gráfica 12).

Referente a la pregunta ¿cada cuando visita al dentista? Cada seis meses 30
%, cada año 18 %, cuando tengo molestia 32 %, y nunca 20 % (gráfica 13).

Tabla 1. Distribución Porcentual de edad de personas con ceguera y debilidad visual

<i>Intervalo</i>	<i>No. Casos</i>	<i>%</i>
21 – 29	6	14
30 - 38	12	27
39 - 48	8	18
49 – 57	12	27
58 – 67	6	14
TOTAL	44	100%

Fuente Directa

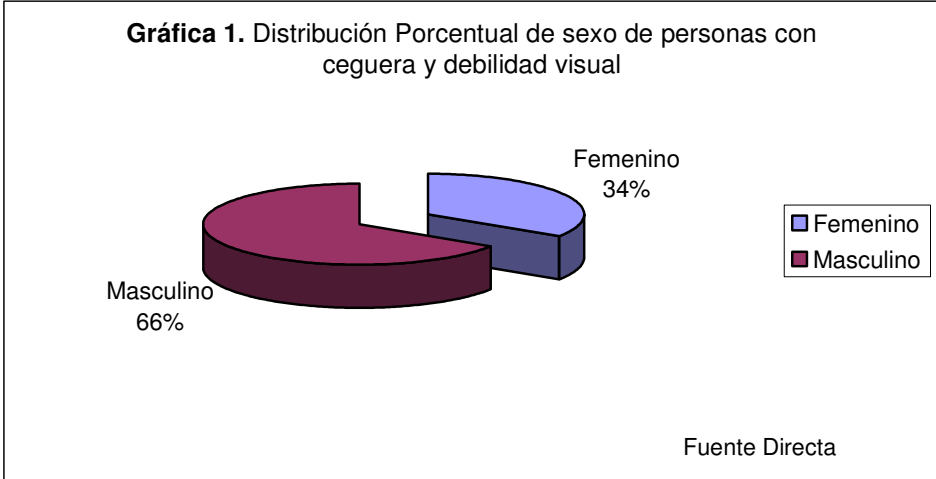
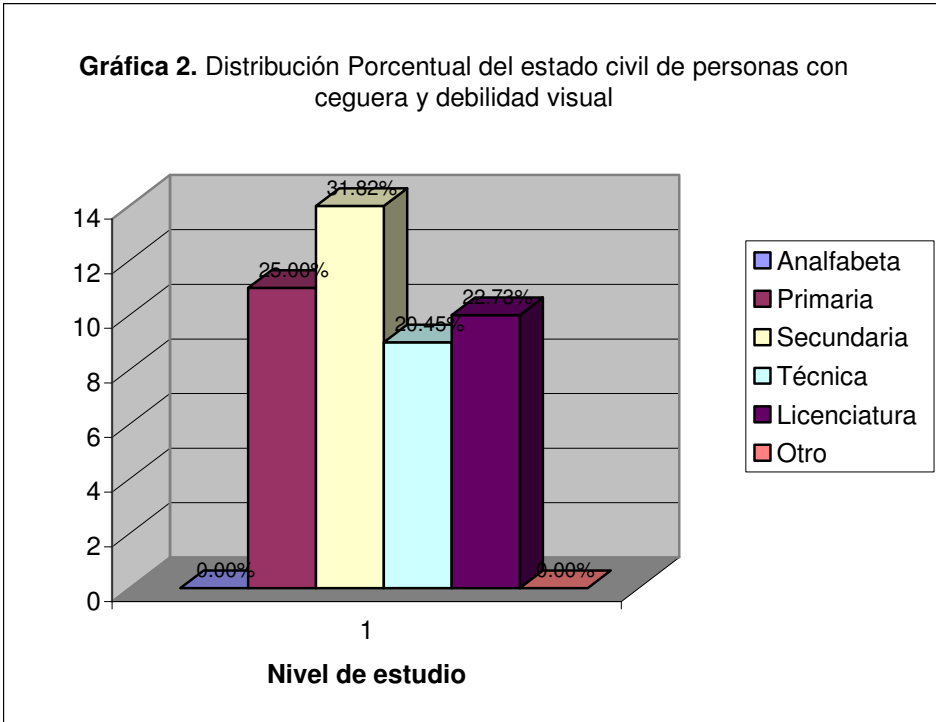


Tabla 2. Distribución Porcentual del estado civil de personas con ceguera y debilidad visual		
	No. Casos	%
Soltero	23	52
Casado	12	27
Divorciado	5	11
Viudo	2	5
Madre Soltera	0	0
Otro	2	5
TOTAL	44	100%

Fuente Directa



Fuente Directa

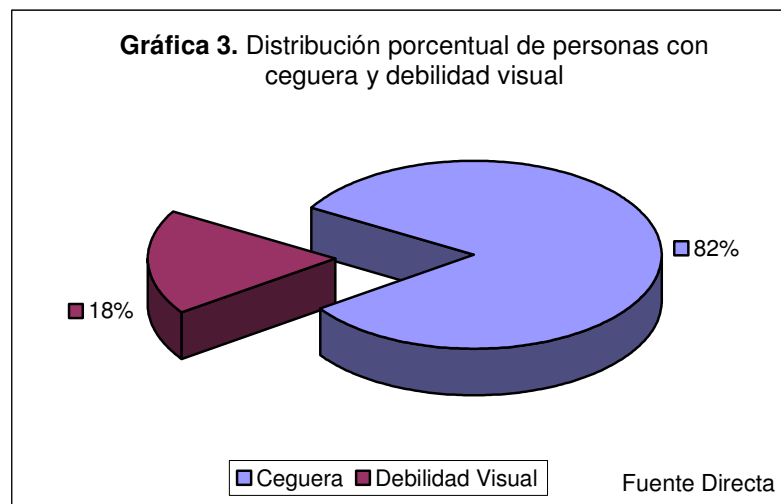
Tabla 3. Distribución Porcentual por Ocupación en personas con ceguera y debilidad visual		
Ocupación	No. Casos	%
Estudiante	14	32
Ama de casa	5	11
Empleado	4	9
Comerciante	6	14
Profesionista	7	16
Desempleado	8	18
TOTAL	44	100%

Fuente Directa

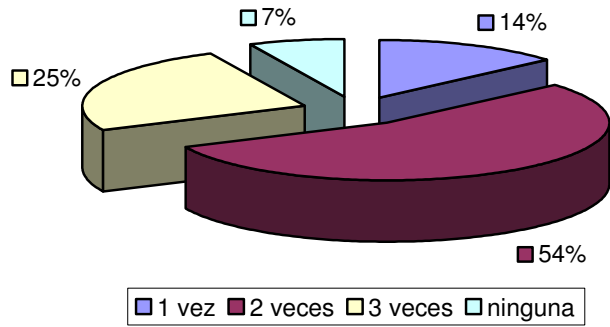
Tabla 4. ¿Por qué motivo perdió la vista?		
Causas	No. Casos	%
Congénita	8	18
Accidente	12	23
Diabetes	10	23
Tracoma	6	14
Oncosercosis	3	7
Retinopatía	2	5
Glaucoma	2	5
Sarampión	1	2
total	44	100%

Tabla 5. ¿Hace cuánto tiempo perdió la vista?		
Tiempo	No. Casos	%
Menos de 11 meses	2	5
1 a 5 años	27	61
6 a 10 años	3	7
11 a 15 años	3	7
16 a 20 años	1	2
21 a 25 años	2	5
26 a 30 años	2	5
31 a 35 años	1	2
36 a 40 años	1	2
41 a 45 años	1	2
46 a 50 años	0	0
Mayor de 51 años	1	2
TOTAL	44	100%

Fuente Directa

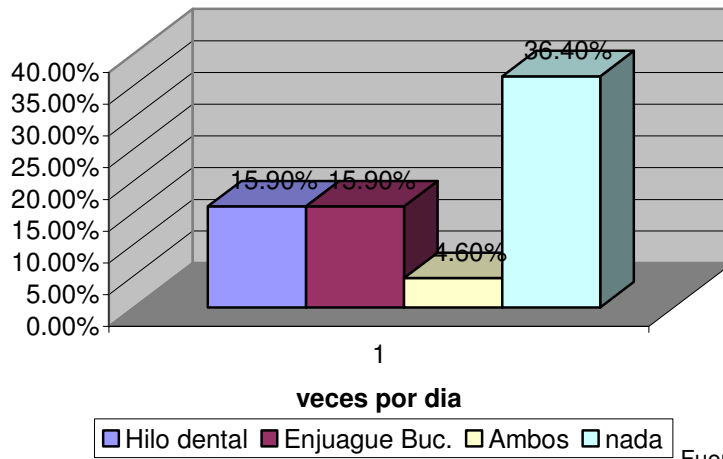


Gráfica 4. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?



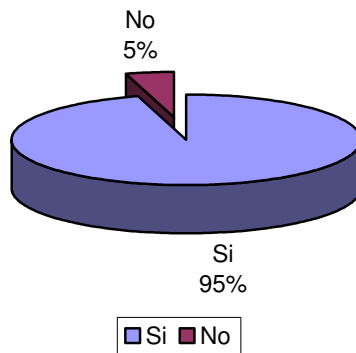
Fuente Directa

Gráfica 5. ¿Qué acostumbra utilizar además del cepillo?



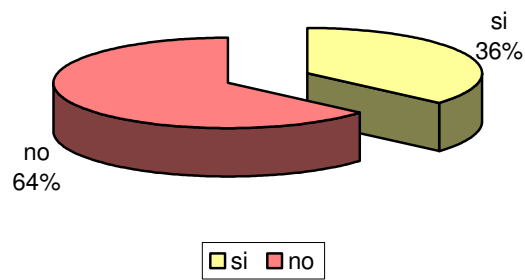
Fuente Directa

Gráfica 6. ¿Sabes por que se presenta las caries?



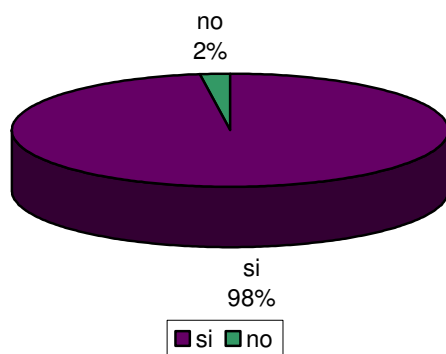
Fuente Directa

Gráfica 7. ¿Siente algún hueco en sus dientes o muelas?



Fuente Directa

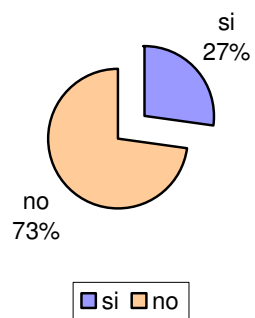
Gráfica 8. ¿Sabe que es la gingivitis?



Fuente Directa

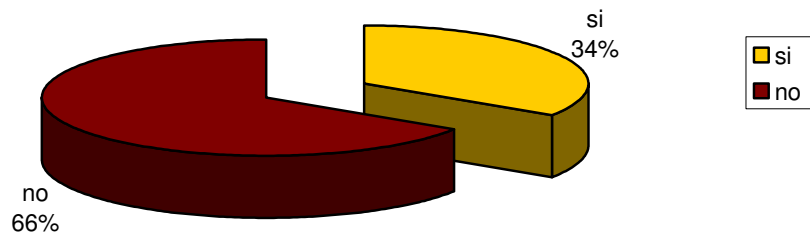
Gráfica 8

Gráfica 9. ¿Ha sentido que le sangran sus encías cuando se cepilla sus dientes?



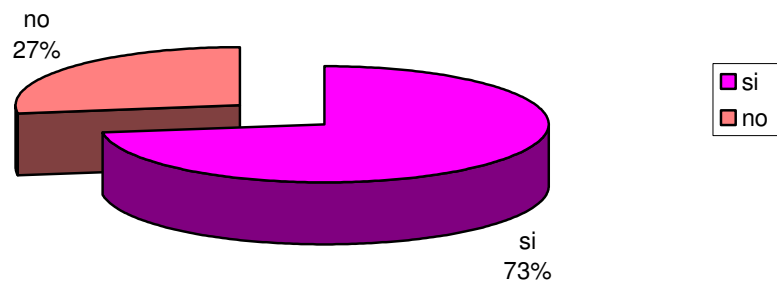
Fuente Directa

Gráfica 10. ¿Ha sentido abultamiento en sus encías (inflamación)



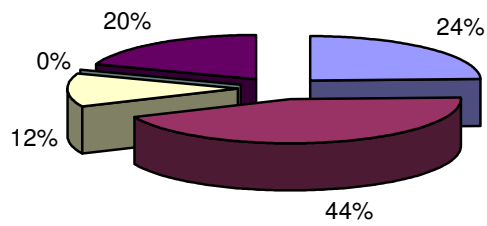
Fuente Directa

Gráfica 11. ¿Alguna vez ha asistido al dentista?



Fuente Directa

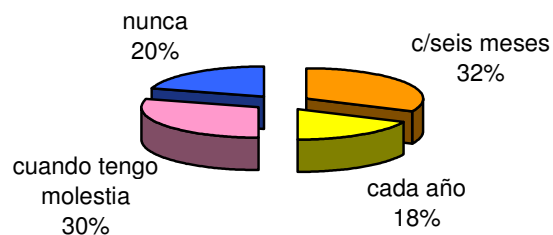
Gráfica 12. ¿Cuál fue el motivo por el que asistió al dentista??



■ Dolor ■ Revisión ■ Aparato Prótesis ■ enfermedad periodontal ■ operatoria

Fuente Directa

Gráfica 13. ¿Cada cuando visita al dentista?



■ c/seis meses ■ cada año ■ cuando tengo molestia ■ nunca

Fuente Directa

8. CONCLUSIONES

En este estudio el mayor porcentaje de la población estuvo conformada por el sexo masculino.

Así mismo el intervalo de edad en se presentaron con más frecuencia casos de ceguera y debilidad visual fue entre los 30 y 38 años y 49 y 57 años de edad.

De igual manera la mayor parte de la población perdió la vista entre 1 a 5 años atrás.

Es importante mencionar la importancia que tiene el realizar programas dirigidos a personas con ceguera y debilidad visual, ya que constituyen grupos marginados a educación para la salud bucal, quizás por que se necesita capacitar a la gente que realice estas acciones con una metodología específica y con material didáctico que reúna ciertas características.

En este trabajo se pudo constatar la aceptación que tuvieron las láminas elaboradas con materiales de diferentes texturas, así como los trípticos en sistema braille.

Por último la Facultad de Odontología como Institución Rectora en el ámbito Nacional, debe enfatizar la preparación de los estudiantes en este rubro y capacitarlos en diferentes estrategias de comunicación acordes a las características de este grupo poblacional las cuales se traduzcan en un estado de salud bucal optimo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1.- Medina Lourdes y A.T. Frecuencia de ceguera y debilidad visual. Revista Mexicana de oftalmología. Noviembre – Diciembre 1987.

2.- Medina Lourdes y Tostado Alvarez. Causas de ceguera y debilidad visual en CRECIDEVI fundación Conde de Valenciana. Revista Mexicana Oftalmológica, Noviembre-Diciembre 1998.

3.- Quijano V. Claudia María, Otálvaro Marcela, Muñoz G. Natalia. Estudio epidemiológico de la caries dental y la higiene oral en los ciegos del I.N.C.I., elaboración de una cartilla educativa sobre salud oral, exclusiva para invidentes. Odontólogos Instituto de Ciencias de la Salud C:E:S. Facultad de Odontología, Medellín 1993.

4.- Enciclopedia médica en español. Medline Plus. Enero 2006

5.- Rodríguez Calzadilla Amado. Diagnóstico de salud bucal. Revista Cubana Estomatológica 1996.

6.- Rodríguez Calzadilla Amado. Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de la Habana Cuba. Dental World

7.- Fernando Baños Francisco, Aranda Jacobo Refugio. Placa dentobacteriana. Sección de Estudios de Posgrado e investigación, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, IPN. Enero-Febrero 2003.

8.- Arce Olivares Oscar. Caries. Monografías. Lucas Morea 1997.

10. ANEXOS.

EN RELACIÓN AL (ANEXO 4) SE PRESENTA LA INFORMACIÓN SOBRE LOS TÓPICOS ABORDADOS TAL Y COMO SE PRESENTAN EN EL SISTEMA BRAILLE. POR MOTIVOS DE ESPACIO SÓLO SE PRESENTARA LA MUESTRA DE LA PRIMERA HOJA DEL TRÍPTICO EN BRAILLE.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**LIC. LUZ DEL CARMEN LUNA GARCÍA
DIRECTORA DEL COMITÉ INTERNACIONAL
PRO CIEGOS
PRESENTE**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE ESPECIALIDADES
PARA LA SALUD BUCA**

Por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su autorización para que a la pasante Nieto García Miriam Claudia se le permita llevar a cabo un programa de Salud Bucal en la Institución que tan dignamente dirige.

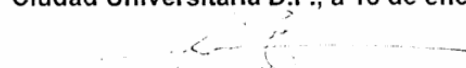
El objetivo del programa es diseñar material didáctico sobre salud bucodental en Braille.

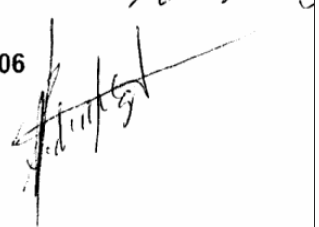
Los días en que se llevará a cabo el programa serán del 19 al 24 de marzo de 2006, durante dos horas diarias.

Se anexa programa de trabajo.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria D.F., a 18 de enero de 2006


C.D. María Elena Nieto Cruz
Coordinadora

Recibido
10-1-2006


PLAN DE TRABAJO

- Reunión con las personas asignadas.
- Para primer instancia levantar una encuesta para identificar el nivel de conocimientos que tienen sobre salud bucodental .
- Se dará plática sobre salud bucodental (utilizando macro modelos) para la explicación de técnica de cepillado y uso de hilo dental en forma individual.
- Se solicitará previamente que acudan a la sesión con su cepillo dental para realizar la técnica de cepillado en su boca. Asesorándolos de manera individual y enseñándoles el uso del hilo dental.
- Se hará una evaluación de la técnica de cepillado uso de hilo dental y conocimientos adquiridos sobre salud buco dental

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
U.N.A.M.

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Dirigido al Comité Internacional Pro Ciegos I.A.P.

Fecha _____

- 1.- Edad
- 2- Sexo 1.- femenino 2.- masculino
- 3.- Estado civil
- 1.- Soltero 2.- casado 3.- divorciado
- 4.- viudo 5.- madre soltera 6.- otro
- 4.- Escolaridad
- 1.- Analfabeta 2.- primaria 3.- secundaria
- 4.- técnica 5.- licenciatura 6.- otro
- 5.- Ocupación
- 1.- estudiante 2.- ama de casa 3.- empleado
- 4.-comerciante 5.- profesionista 6.- otro especifique_____
- 6.- ¿Por qué motivo perdió la vista?
- 1) congénita 2) enfermedad
- 3) accidente 4) secuela en enfermedad sistémica

- 7.- ¿Hace cuánto tiempo que perdió la vista?
- 8.- ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?
- 1.- 1 2.- 2 3.- 3 4.- ninguna
- 9.- ¿Qué acostumbra utilizar además del cepillo?
- 1.- Hilo dental 2.- enjuague bucal 3.- hilo dental y enjuague
4.- nada
- 10.- ¿Sabes por que se presenta la caries?
- 1.- Si 2.- No por que_____
- 11.- ¿Siente algún hueco en sus dientes o muelas?
- 1.- Si 2.- No
- 12.- ¿Sabes que es gingivitis?
- 1.- Si 2.- No que es_____
- 13.- ¿Ha sentido que le sangran sus encías cuando se cepilla sus dientes?
- 1.-Si 2.- No
- 14.- ¿Ha sentido abultamiento en sus encías (inflamación)?
- 1.- Si 2.- No
- 15.- ¿Alguna vez ha asistido al dentista?
- 1.- Si 2.- No
- 16.- ¿Cuál fue el motivo por el que asistió al dentista?
- 1.- Dolor 2.- revisión 3.- aparato protésico
4.- enfermedad periodontal 5.- operatoria
- 17.- ¿Cada cuando visita al dentista?
- 1.- Cada seis meses 2.- cada año 3.- cuando tengo molestia
4.- nunca

ANEXO 3

EVALUACION DEL PROGRAMA Y MATERIAL EDUCATIVO.

1.- ¿Le pareció interesante la plática?

Si No

por que _____

2.- ¿Entendió lo que se enseñó?

Si No

por que _____

3.- ¿Entendió lo que es caries con las laminas?

Si No

por que _____

4.- ¿Entendió lo que es enfermedad periodontal con las laminas?

Si No

por que _____

5.- ¿Pudo diferenciar las texturas de los diferentes materiales empleados en la elaboración de las láminas?

Si No

por que _____

6.- ¿Qué modificación le haría para que fuera más comprensible?

Si No

por que _____

7.- ¿Fue clara la información sobre técnica de cepillado?

Si No

por que _____

8.- ¿Le pareció interesante la información del tríptico?

Si No

por que _____

9.- ¿Fue claro y comprensible el mensaje sobre caries?

Si No

por que _____

10.- ¿Fue claro y comprensible el mensaje sobre placa bacteriana?

Si No

por que _____

11.- ¿Fue claro y comprensible el mensaje sobre enfermedad periodontal?

Si No

por que_____

12.- ¿La información sobre diabetes le pareció útil e interesante?

Si No

por que_____

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL

¿QUÉ ES LA CARIES DENTAL?

Es una enfermedad infecciosa, que ataca a los dientes destruyéndolos, se puede observar como manchas en los dientes y muelas, provoca dolor y si no es tratada a tiempo puede llevar a la pérdida dental.

¿Por qué se produce la caries dental?

- Presencia de placa bacteriana
- Por falta de cepillado dental o técnica de cepillado inadecuada
- Por la alta ingesta de azúcares y carbohidratos

¿Cómo puedo prevenirla?

- Eliminando la placa bacteriana con el cepillado tres veces al día
- Utilizando hilo dental
- Utilizando enjuagues con fluoruro
- Disminuyendo la ingesta de azúcares y carbohidratos
- Acudiendo a revisión dental una vez al año

¿QUÉ ES PLACA BACTERIANA?

Es una masa blanda pegajosa compuesta de bacterias la cual se va acumulando alrededor de los dientes por la falta de cepillado o técnica inadecuada de cepillado dental.

¿Cómo puedo evitar que se forme?

- Cepillar los dientes tres veces al día

- Utilizando hilo dental
- Utilizando enjuagues con fluoruro
- Disminuyendo los carbohidratos y azúcares
- Ingeriendo alimentos fibrosos

¿QUÉ ES LA GINGIVITIS?

Es la forma más común de la enfermedad de las encías.

¿Cómo se presenta?

- Enrojecimiento de las encías
- Sangrado
- Agrandamiento de las encías (inflamación)

¿Por qué se produce la gingivitis?

- Por la acumulación de placa bacteriana
- Formación de sarro
- Factores irritantes
- Alteraciones sistémicas

¿Cómo puedo evitarla?

- Eliminando la placa bacteriana
- Cepillando los dientes después de cada comida
- Utilizando hilo dental
- Revisión dental dos veces al año

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL?

Es una enfermedad infecciosa, que degenera los tejidos que detienen a los dientes como es la encía, el hueso y los ligamentos que sujetan a los dientes si no es atendida a tiempo, se presenta movilidad dentaria por la destrucción de hueso, la cual puede llevar a la pérdida total o parcial de ellos.

¿Cuáles son las características de la periodontitis?

- Enrojecimiento de las encías
- Inflamación y sangrado de encía

- Mal aliento
- Destrucción del hueso

¿Cómo se puede prevenir?

- Con una higiene dental adecuada
- Evitando la formación de placa bacteriana
- Uso de hilo dental
- Uso de enjuagues con fluoruro
- Llevando una dieta adecuada
- Incrementando alimentos fibrosos estimulantes de la saliva
- Revisión dental dos veces al año

DIABETES MELLITUS

Esta enfermedad tiene manifestaciones bucales, importantes y que si no se tratan a tiempo pueden llevar a la perdida parcial o total de los dientes.

Características de la diabetes en boca

- Resequedad bucal
- Presencia de hongos
- Periodontitis

La principal manifestación bucal de la diabetes es la periodontitis y se caracteriza por:

- Movilidad dentaria
- Perdida de hueso
- Formación de bolsas
- Liquido purulento (abscesos periodontales)
- Mal aliento

¿Cómo se puede evitar la periodontitis?

- Acudiendo a revisiones dentales dos veces al año
- Manteniendo una higiene dental adecuada
- Al primer signo de sangrado de la encía o movilidad en los dientes acudir a consulta con el odontólogo
- Tener una alimentación balanceada
- Si usa puentes removibles o placas totales, mantenerlas con una limpieza especial para evitar la formación de hongos (limpiarlas con jabón liquido y un cepillo;

durante la noche se deben introducir en un vaso con agua con un poco de detergente para ropa).

- ACUDE REGULARMENTE A TU DENTISTA

“CUIDA TU SALUD” RECUERDA “TU BOCA HABLA MUCHO DE
TI”

Elaborado por:
MIRIAM CLAUDIA NIETO GARCÍA.

9.- Cadaval Llamas R., Pastor Conesa. La caries, una enfermedad Actual (1) Antecedentes y Factores Etiopatogénicos. Revista Europea de Odonto-Estomatología Volumen XII Marzo-Abril 2000.

10.- Cadaval Llamas R., Bonilla Represa V. La Caries, una enfermedad actual (II) Características morfológicas de la caries de esmalte no cavitada. Revista Europea de Odonto-Estomatología. Mayo-Junio 2000-

11.- Taboada Aranza Olga, Mendoza Núñez M. Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. Investigación. Septiembre- Octubre 2000.

12.- Rioboo Rafael, Garcillán R. Criterios actuales en la evaluación de los factores de riesgo de caries. Revista Europea de Odonto-Estomatología. Enero-febrero 2005.

13.- Itic Joel, Vignal Bernard. El tratamiento parodontal no quirúrgico en la practica general. Paris Francia. 1997.

14.- Muzzi L., Rotundo R. Aspectos etiopatogénicos de la enfermedad parodontal. Odontoiatria. Marzo 1999.

15.- Labandeira Alicia. Diagnóstico Periodontal. Revista Asociación odontológica Argentina. Julio-Octubre 1999.

16.- Carrillo Martinez Jesús., Castillo Gonzalez Marcela. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden

a la facultad de estomatología de la UASLP. Investigación Noviembre-Diciembre 2000.

17.- Jourde Michel. Modificaciones de los tejidos parodontales con la edad. Trabajos seleccionados Paris Francia. Junio 2001.

18.- Orozco Jaramillo Roxana., Peralta Lailson Hilda. Prevalencia de gingivitis en adolescentes en el municipio de Tlalnepantla. Investigación. Revista ADM . Enero-Febrero 2002.

19.- Espejel Mejía Maura., Martínez Rico Martín. Gingivitis. Revista ADM. Noviembre-Diciembre 2002.

20.- Carmon Villanueva César., Díaz Romero María. Halitosis en pacientes con problemas periodontales. Revista ADM. Noviembre-Diciembre 2002.

21.- Castro Donate., López Frías Elisa. El futuro de la odontología de los avances en genética. Enero 2005.

22.- Katz S, Mc Donald J, Stookey G. Tología preventiva en acción 3ª ed. México: Editorial Médica Panamericana 1983.

23.- Piedrola G y Cols. Medicina preventiva y Salud Pública 9ª ed. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, Masson. Salvat, 1991

24.- Higashida B. Odontología preventiva. Mc Graw. Hill Interamericana. México 2004

25.- Cameron A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica Harcourt. Barcelona 2003

26.- Hernández J, Tello T, Tello F, Rosette R. Enfermedad periodontal: Prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana Revista ADM 2000

27.- Genco R. J, Goldman H.M, Cohen W. Periodoncia Nueva editorial Interamericana. MC Graw-Hill 1993.