



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANUAL DE HIGIENE BUCODENTAL DIRIGIDO A
ADULTOS MAYORES QUE HABITAN EN LA RESIDENCIA
DE DÍA "VIDA PLENA". 2006**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ESTELA RIOS GONZÁLEZ

**DIRECTOR: C.D. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSÉ
ASESORA: C.D. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN
PALACIO**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

MANUAL DE HIGIENE BUCO DENTAL DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES QUE HABITAN EN LA RESIDENCIA DE DÍA “VIDA PLENA” . 2006

Introducción

Antecedentes

I.	Aspectos demográficos	4
1.1	¿Que es el envejecimiento	5
1.2	Principales cambios de la vejez	6
1.2.1	Cambiosbiológicos	6
1.2.2	Cambios físicos	7
1.2.3	Cambios psicológicos	8
1.2.4	Cambios sociales	9
1.2.5	Cambios bucales	10
II.	Patologías bucales más frecuentes en el anciano	12
		13
2.1	Caries radicular	14
2.2	Enfermedad periodontal	15
2.3	Candidiasis	16
2.4	Xerostomía	17
2.5	Hiperplasias	
III.	Principales enfermedades de tipo sistémico	20
3.1	Enfermedades cardiovasculares	20
3.1.1	Hipertensión arterial	22
3.1.2	Infartos	23
3.2	Principales enfermedades crónico degenerativas	24
3.2.1	Diabetes	24
3.2.2	Cáncer	25
3.2.3	Alzheimer	26
3.2.4	Artritis	27
3.2.5	Osteartrosis	28

IV.	Auxiliares para el cuidado de la salud bucodental	29
4.1	Técnicas de cepillado	29
4.1.1	Técnica de Bass	29
4.1.2	Técnica de Stillman	30
4.1.2.1	Técnica Stillman y Bass modificada	30
4.2	Cepillos dentales	32
4.3	Cepillos interdentes	33
4.4	Hilo dental	34
4.5	Enjuagues bucales	35
V.	Residencias de día para adultos mayores “Vida Plena”	36
5.1	Objetivos específicos de la residencia de día	36
5.2	Residencia de día “Vida Plena”	37
5.3	Descripción de actividades en la Residencia de día	38
VI.	Planteamiento del problema	42
VII.	Justificación	42
VIII.	Objetivos	43
IX.	Material y método	44
9.1	Tipo de estudio	44
9.2	Población de estudio	44
9.3	Criterios de inclusión	44
9.4	Criterios de exclusión	44
9.5	Variables	44
9.5.1	Variables independientes	44
9.5.2	Variable dependiente	44

Introducción

El envejecimiento de la población ha aumentado progresivamente en los últimos años, debido a las acciones de promoción de la salud y los avances en el control de la fecundidad que han cambiado e incrementado la esperanza de vida con el aumento en el número de adultos mayores.

La percepción de la salud en general en los adultos mayores puede estar directamente asociada con el estado de salud bucal.

La salud bucal de los adultos mayores refleja secuelas de diferentes padecimientos que a lo largo de su vida han padecido, así es el caso de la caries y la enfermedad periodontal que en su cause final se manifiesta como edentulismo.

El objetivo de este trabajo es proporcionar a los adultos mayores del asilo “Vida plena” un manual que contenga conocimientos sobre los cuidados de higiene dental que deben llevar a cabo con el objeto de la participación activa y entusiasta de la población.



Antecedentes

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es aún muy reciente si se considera que existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México.

La asistencia social al anciano surgió en 1919 a través de un grupo de personas encabezadas por José Estrada, quien recoge ancianos de la indigencia y desamparo asistiéndolos en la antigua cárcel de Belén.

En 1927 se inicio la construcción y adaptación para necesitados, iniciándose la Asistencia Social formalmente, también en este año el Asilo Nicolás Bravo, fundado en 1925, pasó a la beneficencia pública dando cabida a mendigos y desamparados, se llamó "Hogar Tepeyac".

En 1927 el Sr. Enrique Hernández Álvarez, colocó la primera piedra del asilo Arturo Mundet, el cual es considerado como la primera institución oficial para ancianos.

En 1950 el doctor Manuel Payno, asesor médico gerontológico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, inició un movimiento para el desarrollo de dicha especialidad.⁸

El doctor Bravo Williams señala que el asilo para ancianos en México es una obra social que se ha duplicado copiando el mismo patrón que otras sociedades establecieron.

En 1982, se cambia la palabra asilo por casa hogar con una nueva visión y organización, uno de los primeros trabajos reportados consideran que a pesar de requerir instituciones asilares para ancianos su funcionamiento no era del todo conocido en forma objetiva. Siendo evidente la falta de personal actualizado y de cursos para la atención al anciano, también hay ausencia de programas geriátricos, asesoría y rehabilitación que ayuden al anciano enfermo a recuperarse volviendo a su hogar y a su comunidad.

Para entender la problemática de la atención a los adultos mayores y lo que ellos demandan, es necesario definir lo que se entiende por asilo, residencia y casa hogar. Asilo es una palabra que proviene del latín *asilum*, donde *a:sin* y *sylum*: *quitar*, despojar, o sea, sin quitar o sin despojar; también viene del griego que significa sitio inolvidable.

La problemática de los asilos es común tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, con la diferencia de que en los primeros hay más recursos materiales, pero los ancianos comparten el abandono, la soledad y el deterioro por problemas de salud.

Casa hogar para ancianos no necesariamente implicaba que su organización, servicios y proyección social fueran diferentes, si ponía de manifiesto la intención de llevar al anciano a una condición de vida más satisfactoria y gratificante, con la idea de verse integrado a una familia, similar a la de su hogar cotidiano y de origen. El doctor William considera que el nombre de la institución debe corresponder a su función social real.

Residencia para ancianos se refiere más a un espacio donde se cuenta con mayor independencia y autosuficiencia por parte de los residentes, al mismo tiempo que tienen acceso a otro tipo de recursos y servicios.¹⁸

Por lo que la realización de este trabajo va dirigido los adultos mayores que habitan en la “Residencia de día Vida Plena”, dirigida por la Directora Sra. Leonor de María Payró y la Subdirectora Patricia Viramontes, quienes me proporcionaron las facilidades de llevar a cabo la ejecución de este manual de higiene bucodental.

I. Aspectos demográficos

De acuerdo al Censo General de Población y Vivienda del año 2000, realizado por el INEGI, en la actualidad en México la edad promedio de vida es de 75.6 años para las mujeres y 69.5 para los hombres, por lo tanto refiere que la tercera edad aumentará en las próximas décadas. Lo que nos hará tener conocimientos de los principales problemas que afectan a las personas de la tercera edad y así planificar mejores programas de salud, que sean efectivos y adecuados.

La población en México continua siendo joven, pero la disminución de la fecundidad y mortalidad desde los años 70, han dado como resultado que el envejecimiento sea paulatino y constante.

Las necesidades odontológicas de éste grupo de ancianos, no es nuevo, ya que empezaron su relación con la odontología desde el siglo pasado.

Con lo que respecta a los adultos mayores, principalmente deben tener mayor prevención y una mejor calidad de vida.

Dentro de los factores más importantes, es tratar de identificar aquellos que están relacionados con la vivencia positiva de la vejez.

1.1 ¿Qué es envejecimiento?

El envejecimiento es un conjunto de cambios inevitables con su progresiva inestabilidad y degeneración, irreversibles e irremediables sobre los seres vivos.⁸

Envejecer significa asumir pérdidas, de los seres queridos, de efectos materiales, del trabajo y de los compañeros que lo han acompañado una vida entera, sin embargo no es sinónimo de enfermedad.

Así mismo significa elaborar duelos progresivamente a lo largo de la vida, necesarios para superar las pérdidas; ello es cada vez más difícil de lograr puesto que la esperanza de una vida plena es cada vez menor.

Por otra parte significa enfrentar las limitaciones de salud, económicas, de motricidad, de deterioro de los órganos, de los sentidos de comunicación, de movilización y de socialización.

Algunos otros autores, como Pepher creen significa, reconocimiento de logros por parte de si mismo y de los demás, al haber cumplido un deber relacionado con la constitución de una familia, una vida cómoda, la educación de los hijos; pero además significa haber tenido una vida útil para si mismo para su familia y para la sociedad.

El envejecimiento no sólo implica cambios estructurales y biológicos, si no que también aparecen notables trastornos psíquicos de la persona en su actitud, conducta y firmeza. Produce diversos efectos sobre los distintos sistemas del cuerpo en el mismo individuo.⁹

1.2 Principales cambios de la vejez

1.2.1 Cambios biológicos

Las personas de edad avanzada en muchos aspectos, tienen un modelo de conducta más lenta para cierto tipo de tareas, la motivación parece disminuir con la edad, dentro de los cuales encontramos las siguientes manifestaciones. ⁴

- Se observan reflejos más lentos y lentitud motriz
- Cambios en la boca y en los dientes
- La piel es más delgada y se vuelve reseca
- Menor fuerza muscular
- Disminuye su memoria
- Disminuye el sentido del gusto y olfato
- Pérdida de cabello
- Pérdida de la agudeza auditiva y visual

1.2.2 Cambios Físicos

Se puede considerar como continuación del deterioro que se inicia durante la madurez. A medida que el individuo envejece tiene mayores dificultades para adaptarse a los cambios. Esta incapacidad adaptativa se manifiesta claramente cuando el sujeto debe soportar cierto grado de tensión fisiológica o psicológica.

Estas alteraciones durante el envejecimiento se deben a cambios en los tejidos conjuntivos, se puede afirmar que el componente celular de dicho tejido disminuye con la edad en tanto el tejido fibrilar aumenta. Los cambios más importantes se enumeran a continuación.⁴

- La masa del cuerpo celular decrece
- La talla total puede disminuir unos 10 ó 12 cm. hacia los 70 años
- La piel presenta alteraciones de color y textura, pérdida de elasticidad, lo que determina la formación de arrugas
- Las vértebras tienden a calcificarse parcialmente por lo que tienen mayor dificultad para inclinarse
- El sistema muscular se modifica, las fibras musculares cambian por tejido conjuntivo, dando lugar a la rigidez e inseguridad
- La secreción sebácea sufre la reducción gradual y la piel se reseca perdiendo brillo
- Aparecen arrugas en la región frontal, el párpado inferior y en la región temporal^{6,8}

1.2.3 Cambios Psicológicos

En la vejez se producen modificaciones psicológicas que tienen componentes cognoscitivos, afectivos y psicomotores; sin embargo el envejecimiento psicológico y social, no necesariamente ocurre de manera simultánea. Influye en sus sentimientos, pensamientos, creencias, valores, actitud, conducta y personalidad en general.

Dentro de los cambios psicológicos mas frecuentes se encuentran los siguientes.⁸

- Los cambios psicológicos ejercen gran influencia en la forma en que el individuo se percibe a sí mismo
- Estos influyen en su conducta, pensamientos, sentimientos y actitudes
- Pueden aislarse de las demás personas por falta de recursos para mantener una vida independiente y activa
- Pueden presentar depresión, tristeza, rechazo, baja autoestima y frustración
- Se toma conciencia de la cercanía con la muerte
- Para ellos el tiempo se vive más rápido y una característica importante es que se tornan más religiosos

1.2.4 Cambios Sociales

Las sociedades industrializadas el envejecimiento progresivo esta relacionado con la disminución de la natalidad y el alargamiento de la esperanza de vida por lo que se han identificado los siguientes patrones.⁸

- Se produce una importante desinserción del anciano respecto a su entorno
- Se encuentra sin contacto afectivo con el hábitat con frecuencia agresivo
- Tienen una total dependencia de los hijos
- Sin lugares apropiados y sin suficiente espacio en las casas, lo cual acentúa la sensación de inutilidad.
- El envejecimiento supone para el individuo el paso abrupto de una situación activa y productiva a otra pasiva e improductiva.

1.2.5 Cambios bucales

El color de los dientes se torna más oscuro con el avance de la edad, se afirma que se debe al oscurecimiento del color de la dentina. El esmalte de los dientes se desgasta, la encía se retrae dejando expuesta la raíz del diente. El número de papilas gustativas disminuye, por lo que el sentido del gusto se ve alterado por la degeneración del epitelio que recubre las glándulas. La secreción salival se reduce y la saliva se torna más espesa. Los problemas periodontales se presentan con mayor facilidad en una persona adulta, lo que hace que la pérdida de dientes sea más frecuente.⁸

La placa bacteriana esta compuesta de proteínas salivales que se adhieren a los dientes, además de bacterias y productos terminales del metabolismo bacteriano y la caries es el resultado de una placa patógena.¹¹

Aunque la caries dental progrese lentamente, las personas mayores la desarrollan altamente destructiva debido a la resequedad que presentan (Xerostomía); aumenta la *Cándida Albicans*. Suelen encontrarse manchas blancas debajo de las dentaduras, en las prótesis dentales, en el interior de las mejillas y sobre la superficie de la lengua.¹¹

Los tejidos de la boca cambian notablemente con la edad. Las personas desdentadas que llevan prótesis dentales, pierden gradualmente la altura y anchura del borde alveolar por la reabsorción ósea.

En la mucosa oral hay una notable modificación en su grosor, la cual se vuelve más delgada, suave y seca lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

En el tejido subyacente a la infección, se puede presentar úlceras y coloración rojiza y dolorosa.⁸

El epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral forma una superficie continua que protege a los tejidos adyacentes, la cual funciona como una barrera mecánica. De acuerdo con Squier y cols. Los cambios más significativos a nivel microscópico en la mucosa oral del anciano incluyen: ⁸

- Atrofia del epitelio superficial, principalmente en el nivel del dorso de la lengua
- Incremento de la queratinización
- Aplanamiento de la unión entre el epitelio y el tejido conectivo
- Disminución en el número de células y degeneración de las fibras del tejido conectivo
- Agrandamiento varicoso de las venas del vientre de la lengua
- Aumento de la cantidad de las glándulas sebáceas
- Atrofia de las glándulas salivales menores
- Disminución en el número y la densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, especialmente en encía y lengua en donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos

II. Patologías bucales más frecuentes en el anciano

A lo largo de su evolución el ser humano ha hospedado gran variedad de microorganismos potencialmente patógenos. La relación entre el huésped sano y su microflora bucal propia representa un sistema biológico equilibrado el cual permite la supervivencia de ambos.

Las desarmonías se compensan cuando la capacidad biológica de adaptación del organismo es grande y los tejidos son resistentes; en otros casos, esta falta de resistencia tisular conduce a descompensación y originan trastornos.

La alteración cuantitativa en la flora microbiana bucal es al parecer una de las características dominantes, sobre todo cuando disminuye la resistencia de los tejidos, como en los casos de mal nutrición y debilitamiento.⁸

En la siguiente sección se menciona las patologías mas frecuentes que se presentan en la vejez.

2.1 Caries radicular

La caries es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica de la misma. Se le considera como un padecimiento común que afecta a personas de ambos sexos, sin respetar origen, estratos socio económicos y grupos cronológicos.

El diente senil presenta una carioresistencia que se ve contrarestada por la involución fisiológica de la encía el cual sufre un proceso de retracción del tejido marginal del diente dejando al descubierto porciones del diente recubiertas de cemento, y por tanto mucho menos resistentes a los procesos cariogénicos.

La mayoría de las caries en las raíces se localizan en las superficies bucales de los premolares y molares inferiores, en los molares superiores sobre las superficies palatinas. Estas caries se deben a la exposición de las raíces o retracción gingival.⁸

Se puede presentar como lesión activa o detenida: la lesión activa es amarillenta o café clara y esta cubierta de placa, la lesión inactiva presenta márgenes bien definidos, es de coloración café o negra, su superficie es brillante y dura a la exploración generalmente no esta cubierta de placa.¹⁰

La caries senil es recurrente y lenta, de extensión circular, localizada frecuentemente en las periferias de restauraciones antiguas, desgastadas o fracturadas. La incidencia de fracturas aumenta con la edad avanzada, también se presenta en las superficies proximales y gingivales.¹²

2.2 Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es la presencia y acumulación de placa dentobacteriana por la cual la gingivitis se transforma en periodontitis. Múltiples aspecto como la calidad de la placa bacteriana, respuesta inmunológica, hábitos higiénicos, factores hormonales, nutricionales y genéticos determinan esta transición.

Algunos de los cambios biológicos que acompañan al envejecimiento en general y específicamente a los tejidos periodontales, y las causas que pueden influir y desencadenar una periodontitis crónica destructiva están constituidos por la respuesta inflamatoria del periodonto, a la presencia de bacterias en la placa microbiana de los dientes o en la acumulación e impactación en el surco gingival.

Es la movilidad del diente caracterizada por cambios en el sistema de inserción del mismo. La mayoría de la pérdida dental en los adultos mayores es por enfermedad periodontal. La cual es producida por la placa bacteriana que se acumula y se adhiere a los dientes, causando inflamación gingival que progresa lentamente causando sangrado y edema. La destrucción del hueso alveolar y ligamento periodontal, ocasiona la pérdida del sostén del diente.^{8,17}

2.3 Candidiasis

Se manifiesta a la inspección como un hongo (algodoncillo) que esta en relación a cambios de pH bucal por alteración de la flora bacteriana, la *Cándida Albicans* es un componente normal de la flora bucal, que habitualmente no produce manifestaciones clínicas; sin embargo, en determinadas circunstancias esta tolerancia recíproca se altera y es capaz de producir sintomatología.

Ésta se puede presentar por malnutrición de menor resistencia a las infecciones como en el caso de Diabetes, pero sobre todo después de terapéuticas antibióticas prolongadas, se establece una preponderancia de los organismos moniliácicos, que provoca una rápida colonización en forma de revestimiento blanquecino, caseoso, sobre áreas eritematosas y afecta amplias superficies de la mucosa oral.

La concentración de *Candida Albicans* en la boca es variable en cada sujeto según las condiciones higiénicas y fisiológicas de la boca. En el proceso de envejecimiento, la mucosa oral se vuelve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

El tratamiento local debe realizarse con enjuagues bucales a base de bicarbonato, nistatina local u otro antimicótico, no deben desprenderse las placas por el dolor y ardor que se origina.

2.4 Xerostomía

Es una molestia frecuente en los ancianos, debido a una secreción salival disminuida (hiposialia) o ausente (asialia). Se debe a una atrofia gradual de todos sus componentes. La Xerostomía puede obedecer a numerosos factores locales o generales, entre los primeros figura el abuso de alcohol o tabaco.

Entre las enfermedades generales destacan la Diabetes, el síndrome de Sjögren, así como la acción de numerosos fármacos (hipnóticos, tranquilizantes, espasmolíticos y diuréticos con nombres comerciales como Nefryl, Ovestin, Pirifur, Fenobarbital, Diazepam y Oxibutinina.

Cuando la disminución de la saliva es moderada, además de la sequedad, aparece una sensación de ardor o quemazón, especialmente en la zona lingual. Cuando la disminución de la saliva es mayor, puede aparecer dolor, dando como consecuencia que el anciano tenga dificultad para hablar, masticar y deglutir y necesite ingerir líquidos mientras come.

La principal consecuencia de la Xerostomía se observa en una mayor dificultad de adaptación a las bases protésicas y mayor frecuencia en la aparición de lesiones ulcerativas.

2.5 Hiperplasias

Las estomatopatías protésicas más comunes en el uso de dentaduras completas son las siguientes:

- a) **Hiperplasia papilar.** Es una lesión que se localiza básicamente en la mucosa del paladar duro, en personas portadoras de dentaduras completas. Hay datos, de que permanecer con la prótesis en la boca por la noche aumenta el riesgo de estas afecciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. La cual ya era conocida como una infección premaligna que consiste en una proliferación del epitelio con numerosos papilomas concéntricos.
- b) **Ulceras traumáticas.** Estas lesiones son frecuentes en la práctica diaria y son ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes. Se produce una zona heritematosa, cuyos límites corresponden a los de la gente que produce la agresión después se lesiona y aparece una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados muy dolorosos.
- c) **Hiperplasia marginal.** Es comúnmente conocida como épulis fisurado, o granulomatosis protésica, es generalmente asintomático y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobre extendidos y desadaptados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por reabsorción del borde alveolar. La lesión alcanza a observarse alrededor de una prótesis completa, inmediata, de transición o de uso prolongado es generalmente asintomática y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobre extendidos y desadaptados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por reabsorción del reborde alveolar. La lesión alcanza a observarse alrededor de una prótesis completa inmediata, de transición o de uso prolongado.

- d) **Estomatitis protésica.** Es el trauma causado por la prótesis. Se ha demostrado que la mucosa del borde residual y la palatina (mucosa de soporte) cambian de color y estructura después de usar por cierto tiempo dentaduras completas. Las lesiones o alteraciones de la mucosa; en el examen clínico se presenta más enrojecida, brillante y con granulaciones; esta es causada por la prótesis y que existe cierta correlación de este factor y la presencia de microorganismos.
- e) **Queilitis angular.** Son manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas y costrosas, situadas en los ángulos de la boca. La causa de dichas lesiones se ha atribuido a múltiples factores: enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis completas inadecuadas o estímulos irritativos locales; y las de origen alérgico a fármacos, cosméticos y acrílicos, etc.
- f) **Hiperplasia Fibrosa.** Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura completa desajustada, debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada. Cada prótesis local superior que articula contra pocos antagonistas anteriores inferiores naturales provoca atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la porción anterior del reborde edentulo.

III.Principales enfermedades de tipo sistémico

3.1 Enfermedades Cardiovasculares

La incidencia de los padecimientos ateroscleróticos es mayor conforme aumenta la edad; es también mayor en el varón que en la mujer aunque en los grupos de edad avanzada esta relación tiende a igualarse en ambos sexos.

Debido a que en todas sus manifestaciones clínicas existe un proceso aterosclerótico subyacente, se agrupa a las enfermedades cardiovasculares, denominándolas enfermedades ateroescleróticas y del aparato cardiovascular. Muchas veces se presentan sin dolor y sin síntomas obvios, por esa razón, a menudo no se tratan. Esto puede llevar a problemas de salud todavía más serios, como el ataque al corazón, la embolia y el daño a los riñones. Lo que es especialmente peligroso de las enfermedades cardiovasculares es que puedes padecer más de una a la vez sin siquiera saberlo. Algunas condiciones asociadas con las enfermedades cardiovasculares son: ¹³

La alta presión sanguínea o la hipertensión: Esta condición con frecuencia empieza sin síntomas. Ocurre cuando la presión de la sangre contra la pared de las vías sanguíneas está constantemente más elevada de lo normal.

Endurecimiento de las arterias o aterosclerosis: El proceso de enfermedad que lleva hacia el endurecimiento de las arterias y que ocurre al envejecer. Las arterias se endurecen, volviéndose menos flexibles y haciendo más difícil que la sangre pase a través de ellas.

Bloqueo de las arterias o aterosclerosis: Las arterias se bloquean cuando la capa interior que les sirve de protección se daña y permite que se acumulen sustancias en el interior de la pared de la arteria. Esta acumulación está formada por colesterol, materiales de desecho de las células, materias grasas y otras sustancias.

Ataque al corazón: Un ataque al corazón ocurre cuando un coágulo bloquea parte o todo el abastecimiento de sangre que va directamente al músculo del corazón. Cuando se cierra por completo el flujo de sangre, el músculo del corazón empieza a morir.

Embolia: Una embolia ocurre cuando un vaso sanguíneo que abastece de sangre al cerebro se bloquea parcial o completamente, lo cual conduce a una incapacitación del cerebro debido a la reducción del flujo de sangre. El impedimento al cerebro a su vez resulta en la pérdida de movimientos del cuerpo controlados por esa parte del cerebro.

3.1.1 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial, como manifestación patológica independiente o como “factor de riesgo” para las enfermedades cardiovasculares, es muy frecuente. Ésta aumenta el riesgo de sufrir cardiopatía coronaria y lesiones cerebrovasculares.

El tratamiento de la hipertensión arterial secundaria se dirigirá al padecimiento causal. En todos los casos se insistirá en suprimir el hábito de fumar, vigilar la dieta para conservar el peso adecuado y evitar el stress emocional.¹⁵

Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias que se endurecen a medida que soportan la presión alta de forma continua se hacen más gruesas y tortuosas, pudiendo verse dificultado al paso de sangre. Esto se conoce con el nombre de arteriosclerosis.

3.1.2 Infartos

La más frecuente es la enfermedad coronaria a la que se le suman el infarto “silencioso”, es decir, sin manifestaciones clínicas identificables, la angina de pecho y la insuficiencia coronaria.

El infarto es el cuadro clínico producido por la muerte de una porción del músculo cardíaco. Esto se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria cuando se produce la obstrucción se suprime el aporte sanguíneo. Cuando el músculo cardíaco carece de oxígeno durante demasiado tiempo, el tejido de esa zona muere y no se regenera. Cuanto más dure el ataque, más daño sufrirá el corazón y mayor será la posibilidad de morbilidad. Debido a ello, una rápida intervención médica es indispensable para salvar la vida de la persona, el infarto ocurre cuando un coágulo de sangre (trombosis coronaria) obstruye una arteria estrechada, normalmente el infarto no sucede de forma repentina, puede llegar causado por la arterioesclerosis, un proceso prologado que estrecha los vasos coronarios.

El infarto se manifiesta con dolores o presión en la zona torácica, sensación de agotamiento, cansancio, mareos y dolor o calambres en el brazo izquierdo. La angina de pecho, que es una opresión o dolor temporal y que se inicia en el pecho y a veces se extiende hacia la parte superior del cuerpo, suele preceder al infarto.¹⁴

3.2 Principales enfermedades crónico degenerativas

3.2.1 Diabetes

Es un trastorno crónico causado por desorganización del metabolismo de hidratos de carbono, debido a la inadecuada producción o asimilación endógena de la insulina, se caracteriza por hiperglucemia y glucosuria.

Según la clasificación de Ceidwoth esta enfermedad se clasifica en diabetes mellitus tipo I y tipo II. La tipo I es la insulino dependiente, es una enfermedad autoinmune en la que tiene lugar una extensa destrucción de células beta (pancreáticas), la Tipo II no insulino dependiente, es la consecuencia de procesos generalmente deteriorados de insuficiencia funcional de la célula beta. Generalmente la diabetes en la madurez es crónica y se detecta después de los 40 años, sus signos clásicos son poliuria nocturna, polidipsia, polifagia, debilidad y pérdida de peso. Las complicaciones bucales mas frecuentes en el diabético son cambios dentales y salivales.

3.2.2 Cáncer

El cáncer es considerado como una enfermedad del anciano, el riesgo se incrementa con la edad debido a un mayor tiempo de exposición a numerosos cancerígenos, se plantea la necesidad de realizar intervenciones a nivel de la prevención primaria. La incidencia de cáncer oral es mas alta en los ancianos causando casi 8000 muertes anuales, aumentando a medida que los países alcanzan mayores niveles de desarrollo económico y social.^{19,8}

Se denomina cáncer bucal a las neoplasias originadas en el revestimiento mucoso de la cavidad oral, ya que aunque su tasa de morbilidad no es

demasiado alta, sí lo es su tasa de mortalidad. En lo que toca a la etapa cronológica, el 90% de estos tumores aparecen en personas de más de cuarenta años, siendo el promedio de edad por encima de los 60 años.

Los carcinomas de células escamosas de la lengua y del labio son las lesiones más frecuentes, representando casi el 50% de los tumores malignos de la cavidad oral, seguidos por el piso de la boca en donde la localización es del 16%, y de la mucosa alveolar con un 12%.

Generalmente los tejidos bucales y orofaríngeos pueden ser asiento de cualquier tipo de tumores malignos, la mayoría de los cuales suelen ser indoloros en su fase inicial.

La terapia de las lesiones cancerosas de la cavidad bucal es complicada; su tratamiento multidisciplinario debe ser dirigido únicamente por cirujanos maxilofaciales, radiólogos u oncólogos, para poder controlar la enfermedad y efectuar los procedimientos reconstructivos que generalmente son necesarios para recuperar la función y adaptabilidad social del individuo.⁸

Los ancianos enfermos de cáncer representan una población heterogénea, debido a la acumulación de efectos negativos provocada por múltiples enfermedades. Es por ello que se recomienda que en la elección del tratamiento oncoespecífico debe influir más la edad biológica que la edad cronológica del paciente.¹⁹

3.2.3 Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque ello puede variar mucho de un paciente a otro.

Esta enfermedad se asocia con cambios físicos de la masa cerebral que indican una decadencia particularmente de las capas corticales.⁸

3.2.4 Artritis

Aunque la causa de la artritis (AR) continúa desconocida, se producen importantes progresos en la investigación de los mecanismos inmunológicos inflamatorios, que conducen a la artritis y al daño articular. Hoy en día hay más de 100 enfermedades diferentes que tienen como síntoma básico la inflamación de las articulaciones y se pueden dividir en 10 clases diferentes.

Algunas de las más conocidas son:

- a) La gota
- b) La fiebre reumática
- c) La artritis reumatoidea:
- d) La artritis o artrosis degenerativa:
- e) El lupus eritematoso sistémico:

La artritis reumatoidea se presenta, principalmente en mujeres, de la tercera a quinta década de la vida. Al inicio, los síntomas son insidiosos con malestar general, fatiga, en ocasiones fiebre y disminución del peso.

Posteriormente aparece la inflamación en las articulaciones, principalmente en las falanges proximales de las manos y los pies a ambos lados del cuerpo. Usualmente se inflaman más de tres articulaciones y se acompaña de rigidez o envaramiento en las mañanas de duración mayor de una hora. A veces pueden aparecer nodulaciones en las superficies extensoras de los codos.²²

3.2.5 Osteoartrosis, articulación temporomandibular.

La artrosis u osteoartrosis (OA), desorden degenerativo, es la enfermedad no inflamatoria más frecuente de las articulaciones, y se caracteriza por 3 fenómenos : destrucción del cartílago de la superficie articular, remodelación ósea con fenómenos de neoformación (osteofitos) y de rarefacción ósea (quistes subcondrales) y sinovitis secundaria. Estos tres fenómenos pueden variar en intensidad, si bien los procesos de destrucción y remodelación ósea son a menudo asintomáticos, y en otras ocasiones cursan con importantes síntomas. De los pacientes tratados de disfunción temporomandibular entre un 8% y un 12 % reciben el diagnóstico de OA, la prevalencia aumenta con la edad y a partir de los 65 años.

La etiopatogenia de esta entidad se ha relacionado con distintos factores:

1. El tiempo de evolución y la edad
2. La sobrecarga articular
3. Problemas internos de la ATM
4. Los macrotraumatismos

A la exploración clínica, los pacientes con OA temporomandibular van a presentar una limitación en los movimientos mandibulares y a menudo existirá un end-feel blando, a no ser que la OA se asocie a una luxación anterior del disco. Generalmente, el paciente va a presentar crepitación a la auscultación de las ATM, en especial si el trastorno dura ya algún tiempo. La palpación lateral del cóndilo y de los músculos de la masticación suele ser dolorosa, así como la carga manual aplicada a la articulación.

IV. Auxiliares para el cuidado de la salud bucodental

4.1 Técnicas de cepillado

Se han desarrollado varios métodos de cepillado dental, y la mayor parte se identifica como Bass y Stillman entre otras, o mediante un término que indica la acción principal a desarrollar, como dar vueltas o dar masaje. Los objetivos del cepillado dental son

- Retirar la placa e interrumpir la reformación de esta
- Limpiar los dientes de alimentos, detritos y tinciones
- Estimular los tejidos gingivales
- Aplicar el dentífrico

4.1.1 Técnica de Bass

Fue la primera en centrarse en el retiro de la placa y los detritos presentes en el surco gingival mediante la utilización combinada de un cepillo dental blando y del hilo dental sin cera. El método tiene eficacia para retirar la placa adyacente a, y directamente por debajo de, los bordes gingivales, como parte del régimen de autocuidado para el control de la caries y la enfermedad periodontal.

En la técnica el cepillo dental se coloca sobre el surco gingival a un ángulo de 45° respecto del vértice dental. En seguida, las cerdas se presionan suavemente para que entren en el surco. Una acción vibratoria, descrita como un sacudido horizontal de atrás hacia delante, produce un impulso de las cerdas para limpiar el surco. Se recomienda 10 movimientos de presión por cada área. Bass propone cualidades específicas para el cepillo como son un tamaño individualizado, de manipulación fácil y eficaz.¹¹

4.1.2 Técnica Stillman

El método de Stillman fue desarrollado originalmente para proporcionar estimulación gingival. El cepillo dental se coloca en una posición inclinada de 45° respecto del vértice dental, colocando parte del cepillo sobre la encía y parte sobre el diente. Se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía. En esta técnica, las cerdas realizan sobre todo un movimiento de impulsos. El cepillo se levanta y enseguida se coloca en la misma parte, y se repite el movimiento de impulso.¹¹

4.1.2.1 Técnica Stillman y Bass modificada

Las técnicas de Bass y Stillman se han modificado en el intento de mejorar el cepillado en la totalidad de las superficies facial y lingual de los dientes y para incluir el método de golpe con vuelta, en estos métodos las cerdas del cepillo dental se colocan a la misma posición propuesta en el método original, y se inicia con acción pulsante. Enseguida el cepillo dental se mueve lentamente en sentido coronal para dar vuelta bajo presión. Durante este golpe con vuelta se utiliza un movimiento vibratorio continuo.¹¹



Fig.15 Fuente: Directa



Fig. 16,17,18,19,20 Fuente: www.odontoruizrua.com.

4.2 Cepillos dentales

En Europa, se empiezan a utilizar en el siglo XVIII, son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias, arrastrando la placa adherida en sus caras y secundariamente elimina los restos alimentarios que hay entre las piezas dentarias.

Un cepillo manual consta de dos partes: mango y cabezal. El mango puede tener diferentes diseños, existen rectos, curvos o acodados lo que hace que el cabezal quede a otro nivel.

La tecnología ha permitido fabricar diferentes diámetros de los filamentos y según el diámetro usado en el conjunto de todos los filamentos del cabezal tendremos diferentes durezas. En realidad no hay acuerdo mutuo ni estudios que indiquen como debe ser el cepillo ideal y en general los odontólogos recomiendan cepillos de dureza media, siempre que no exista patología bucal que aconseje el uso de cepillos más suaves.

Los cepillos se deben cambiar a menudo, su duración efectiva depende como hemos dicho de la dureza y de la técnica del cepillado.

Otro factor a tener en cuenta en los cepillos es el número de hileras de penachos de filamentos que tiene. Veremos que varían de 2 a 6 hileras, Consideraremos la indicación de cada cepillo en cada momento, no es lo mismo la técnica de cepillado en una persona con buena salud bucal o en una que padezca una enfermedad periodontal o la de un anciano.²⁰



Fig.21,22 Fuente: www.oralb.com

4.3 Cepillos interdentes

Consiste en un cepillo de cerda pequeñas y en espiral, utilizado para limpiar los espacios entre los dientes y alrededor de las bifurcaciones ,y las aplicaciones protésicas fijas, siempre y cuando tales espacios sean lo bastante grandes para alojar con facilidad el cepillo.

Otras funciones son las de proporcionar estimulación a los tejidos gingivales y aplicar quimioterapeúticos. En caso de pérdida de papila es posible que se prefieran los cepillos interdentes al hilo dental.¹¹



Fig.23 Fuente: www.oralb.com

4.4 Hilo dental

El hilo dental es un complemento obligatorio para obtener una buena limpieza dental y debe acostumbrarse a los niños a utilizarlo desde muy pequeños, después de un buen cepillado.

Para utilizar el hilo dental siga los siguientes pasos:

- Corte aproximadamente 50 cm de hilo dental y enrolle la mayor parte en uno de los dedos medios.
- Enrolle el resto del hilo en el mismo dedo de la mano opuesta. Este dedo puede ir recogiendo el hilo dental a medida que se va usando.
- Tensar un trozo de unos 2 a 3 cm de hilo dental utilizando los dedos pulgares y los índices.
- Introducir el hilo entre los dientes con un suave movimiento de sierra. Cuando el hilo dental llegue al borde de las encías, cúrvelo en forma de C contra uno de los dientes y deslícelo suavemente en el espacio entre la encía y el diente hasta que se note resistencia. Nunca lo aplique violentamente contra las encías.
- Frote el hilo dental contra el diente para eliminar los restos de alimentos y de placa.
- Repita estas operaciones con el resto de los dientes, utilizando un trozo limpio de hilo dental para cada uno.²⁵

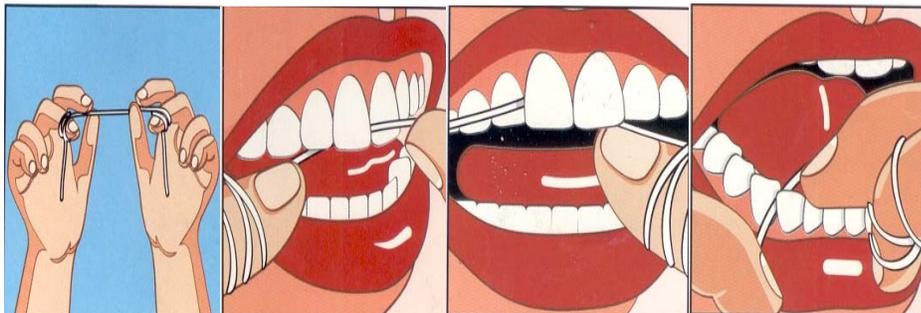


Fig.24 Fuente: www.bvs.sld.cu/.../

4.5 Enjuagues bucales

Los enjuagues bucales o colutorios son soluciones que se emplean después del cepillado con el fin de eliminar gérmenes y bacterias. Existen diferentes enjuagues cuyo efecto varía en función de su composición. Así, podemos encontrar colutorios ricos en flúor, para la prevención de la caries, especialmente eficaz durante la calcificación del diente. Otros enjuagues están específicamente indicados para combatir y eliminar la placa bacteriana o la halitosis.

Generalmente, se emplean como complemento en los tratamientos de la enfermedad periodontal, gingivitis o para reducir el desarrollo de placa bacteriana.

No es recomendable diluir los enjuagues en agua, ya que disminuye la eficacia del producto, y evitar la ingesta de alimentos al menos durante los 30 minutos siguientes al uso del colutorio.

Se estima que el uso de un colutorio dos veces al día durante al menos 30 segundos reduce el desarrollo de placa bacteriana un 50 por ciento más que el cepillado.²¹



Fig. 25 Fuente: www.oralb.com



Fig.26 Fuente: <http://www.sensodyne>

V. Residencias de día para adultos mayores”VIDA PLENA”

Son centros de servicios de vivienda temporal, de las personas mayores que, por motivos de salud, familiares, sociales u otras circunstancias personales, no pueden vivir en su entorno habitual, deben ser lugares abiertos al público, alegres, vivos, dinámicos y optimistas, puesto que se trata de la vivienda del anciano, un lugar donde debe divertirse en la medida de sus posibilidades y sentirse bien.

5.1 Objetivos específicos de la residencia de día

- Brindar servicios asistenciales que contribuyan a la integración familiar, desarrollo individual, social, cultural y recreativo de los adultos mayores sin establecer una dependencia institucional permanente
- Promover la permanencia de las personas adultas mayores en el núcleo familiar, fomentando el auto cuidado
- En éstos centros y casas hogar, se brinda atención integral de 09:30 hrs. A 16:00 hrs., con acciones como alimentación, salud, educación, alojamiento y el respeto a la integridad de los adultos mayores
- Atención psicogerontológica



Fig. 27 Fuente: Directa

5.2 Residencia de día “Vida Plena”

Historia de la fundación.

Vida Plena I.A.P., surge gracias a la iniciativa de un grupo de personas conscientes de la realidad social que viven los ancianos de escasos recursos en nuestro país; siendo constituida jurídicamente el 13 de julio de 1998.

Sus fundadores, la Sra. Emma Guevara Vda. De Lozano y la Sra. Leonor de Ma. Payró German, donaron el patrimonio que daría origen a un organismo que tiene como finalidad ofrecer una vida digna de seres humanos a los adultos mayores de escasos recursos.

Actualmente, la Fundación Vida Plena funciona dando albergue de día en la Ciudad de México a 70 ancianos de escasos recursos, 15 en visitas domiciliarias y albergue de día, 45 en reuniones semanales en San Bartolo y 45 en reuniones mensuales en Querétaro; atendiendo a un total de 170 adultos mayores, todos de escasos recursos Actualmente el grupo que colabora en la Institución está conformado por 25 personas entre personal y voluntarios.

Para gozar de los beneficios que ofrece “Vida Plena”, se realiza un estudio socioeconómico a las familias de los adultos mayores, para obtener así el monto de su cuota mensual de recuperación, la cual no supera los \$250.00 pesos mensuales por persona.



FUNDACION I.A.P VIDA PLENA

Fig. 28 Fuente: Directa

5.3 Descripción de actividades en la residencia de día “Vida Plena”

Transporte.- Diariamente los ancianos son recogidos en puntos estratégicos determinados previamente por la Institución, y trasladados a las instalaciones donde se desarrollan las actividades del “Albergue de Día”. Una vez concluidas las ocupaciones del día, son regresados al mismo lugar en el que se les recogió en la mañana.

Alimentos.- En cada una de las reuniones los ancianos recibirán los alimentos de desayuno y comida, elaborados bajo una dieta nutricional adecuada a sus necesidades alimenticias. En el albergue de día de la Ciudad de México se les proporciona también una merienda, que es consumida en sus casas.



Fig.29 Fuente: Directa

Terapias físicas.- Se estimula el movimiento del cuerpo del anciano a través de ejercicios de gimnasia con brazos, hombros, manos, piernas, cadera, cabeza, etcétera.

Este tipo de actividades se llevan a cabo en cada una de las reuniones, con la finalidad de alentar la actividad muscular de los ancianos, evitando un deterioro físico mayor al determinado por su naturaleza humana.



Fig.30 Fuente: Directa

Terapias recreativas.- Se llevarán a cabo actividades relacionadas con el entretenimiento y esparcimiento de los ancianos, con la finalidad de distraer su atención en tareas enfocadas a la diversión, como lo son: paseos, bailes, festejos, juegos, cantos, etc.

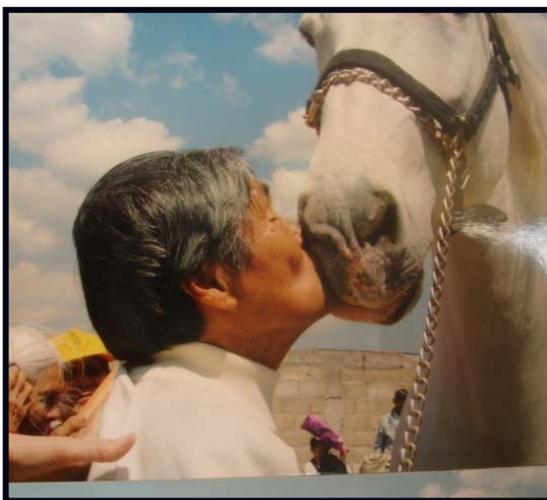


Fig.31 Fuente: Directa

Terapias culturales.- Tienen como finalidad rescatar la riqueza cultural de nuestra sociedad y del mundo en general, ofreciendo nuevos conocimientos acerca del arte e historia. Para tal fin se imparten diversos tipos de pláticas, paseos a museos, monumentos históricos, etc.



Fig. 32 Fuente: Directa

Terapias cívicas.- La intención es crear y/o fomentar una actitud de respeto hacia nuestro país, haciendo énfasis en las responsabilidades y obligaciones que tenemos todos como ciudadanos.

Terapias ocupacionales.- A través de éstas, el anciano desarrollará actividades manuales que le permitirán sentirse productivo para su comunidad. Algunos ejemplos son: costura, tejido, trabajos de jardinería, etc.

Terapia familiar.- Busca concientizar a la familia de la situación que viven los ancianos, al mismo tiempo que ofrecen pautas de conducta sobre las limitantes físicas, sentimientos y actitudes que genera la vejez por su naturaleza propia.

Terapias psicológicas.- Logran la aceptación de la vejez en el anciano, entendiéndola como una etapa más que se debe vivir plenamente, eliminando paulatinamente resentimientos y frustraciones.

Atención tanatológica.- A través de diferentes actividades, pláticas y dinámicas de grupo, se logra la aceptación de la muerte, entendiéndola como un proceso natural de la vida, que requiere de la paz espiritual; así como el grupo de “Padres en Duelo”.

VI. Planteamiento del problema

La salud bucal de los adultos mayores puede estar alterada debido a las secuelas de diferentes padecimientos que a lo largo de su vida han sufrido, ignorando el impacto que estas alteraciones tienen, como lo es la caries y la enfermedad periodontal repercutiendo en su estado de salud general.

Dadas las características de los adultos mayores de la casa de día “Vida plena”, surge la necesidad de implementar un manual que les permita conocer las medidas de higiene bucal así como el mantenimiento de sus prótesis bucales con la finalidad de evitar problemas posteriores que pudieran repercutir en su salud general, y a su vez brindar información al cirujano dentista conocimientos generales de los cambios biopsicosociales y bucales que en esta etapa se presentan para brindarles una atención adecuada.

VII. Justificación

Hoy en día los estudios realizados en torno al grupo de la tercera edad se han incrementado debido, a un aumento de población senil dentro de nuestro país, cifra que aumentará en gran medida en lo próximos años.

Es importante que los adultos mayores conozcan las relaciones que existen entre la salud bucal y su estado de salud general así como su calidad de vida, por lo cual es necesario realizar un manual de salud bucodental que ayude a informar sobre los problemas que con frecuencias pueden afectar a este grupo de personas.

VIII. Objetivos

Objetivo general

Motivar a los adultos mayores sobre la importancia que tiene la salud bucal en esta etapa, mediante un manual sobre cuidados y necesidades que deben llevar a cabo en su vida cotidiana.

Objetivos específicos

- Conocer la problemática que tienen los adultos mayores con respecto a su cavidad bucal.
- Identificar la problemática general de salud bucodental, en las personas que asisten a la Residencia de día “Vida plena”.
- Atender los problemas de higiene bucodental, mediante consejos, pláticas y actividades prácticas.



Fig. 33 Fuente: Directa

IX. Material y método

9.1 Tipo de estudio: Transversal, Observacional

9.2 Población de estudio:

El estudio se realizó con 20 personas de ambos sexos que acuden a la residencia de día “Vida Plena”

9.3 Criterios de inclusión

Se incluyeron personas de 60 años y más de ambos sexos que aceptaron participar en este estudio

9.4 Criterios de exclusión

- Personas incapacitadas mental o psíquicamente para participar en este estudio
- Personas que no concluyeron el estudio

9.5 Variables

9.5.1 Variables independientes

- Edad
- Sexo

9.5.2 Variable dependiente

- Nivel de conocimientos sobre salud bucodental
- Actitudes y práctica sobre salud bucodental
- Conocimientos adquiridos tanto en la preevaluación como en la postevaluación

X. METODOLOGÍA

A las personas que acuden a la casa de día “Vida Plena” y que participaron en el estudio, se les explicó el procedimiento a realizar, leyeron y contestaron un cuestionario que fue diseñado previamente para evaluar los conocimientos que tenían acerca del cuidado de sus prótesis bucales y la higiene bucal que practicaban.

El cuestionario se aplicó de manera individual, a cada persona seleccionada, por la responsable de la investigación, y enseguida los datos fueron anotados en una hoja exprofeso para ello.

Posteriormente se realizó una plática y una demostración sobre los cuidados que deben de seguir para tener una higiene bucal óptima, así como una práctica sobre las técnicas de cepillado.

XI. Procedimiento para la recolección de datos

Para la evaluación diagnóstica del programa, se diseñó un formato especial (cuestionario) el cual constó de 14.. preguntas con respuestas de opción múltiple, con la que se obtuvieron datos sobre la higiene bucal y sus prótesis dentales., Y de acuerdo a los resultados se procedió a la elaboración de un manual con información la necesaria que a los pacientes desconocían.

XII. Recursos

12.1 Humanos

- Un director de tesina
- Asesor de tesina
- Tesista

12.2 Materiales

- Cuestionarios
- Pluma
- Lápiz
- Colores
- Rotafolios
- Carteles
- Tipodonto
- Cepillo dental
- Colutorios
- Hilo dental
- Pasta dental
- Guantes
- Abatelenguas
- Cubreboca
- Bata
- Diapositivas
- Cámara digital
- Computadora

12.3 Financieros

Corrieron a cargo de la tesista

12.4 Actividades

Primer visita

Conocer las instalaciones de la residencia de día “Vida Plena”
Solicitar permiso a la Directora Sra Leonor de María Payró y sub Directora la Sra. Patricia Viramontes para llevar a cabo el desarrollo del programa, el cual va dirigido a esta institución.

Segunda visita

Se levanto un cuestionario sobre conocimientos básicos de higiene bucal, que poseen las personas que asisten a la residencia de día “Vida Plena”, con el fin de determinar los temas a tratar durante las visitas subsecuentes.

Se evaluaron los cuestionarios, eligiendo los temas: técnica de cepillado, auxiliares para el cuidado de la salud bucodental y cuidado protésico.



Fig. 34,35 Fuente: Directa

Tercera visita

La reunión se realizó con un grupo aproximado de 20 personas que asisten a la residencia de día “Vida Plena”, se les dio una plática sobre las técnicas de cepillado de Stillman y Bass, creándola de acuerdo a sus necesidades y habilidades.

Practica grupal con los adultos mayores de las técnicas de cepillado, usando tipodonto y cepillo.

Mesa de exhibición de productos auxiliares para la higiene bucodental, como lo son diferentes tipos de cepillos y colutorios.



Fig. 36,37. Fuente: Directa

Cuarta visita

Platica de reforzamiento con diapositivas, se retomaron los temas tratados en visitas anteriores, haciendo énfasis en sus inquietudes personales, donde el cuidado de dentaduras totales y prótesis removibles fue un tema importante.

Se les explico lo primordial que es lavar las prótesis dentales tres veces al día, apoyarse del uso de soluciones especiales para su higiene, el uso de gasas, alternativas naturales, sencillas y económicas como lo puede ser infusiones de manzanilla o simplemente agua hervida.

De este modo finalice las visitas a la residencia de día “Vida Plena”, participando así dentro de las dos semanas de campaña de salud, que se organizo por parte de esta institución. Recibiendo así un reconocimiento por mi colaboración en la campaña.



Fig. 38. Fuente: Directa

12.5 Resultados

Se cumplió con los objetivos previstos que consistía en motivar a los adultos mayores sobre la importancia que tiene la salud bucal en esta etapa donde ellos identificaron la problemática a la que se enfrentan diariamente.



Fig.39 Fuente: Directa

XIII. Conclusiones

Es cierto que la población de adultos mayores, sigue siendo relegada de nuestra sociedad, a pesar de ser nosotros mismos fruto de sus éxitos.

La longevidad de nuestra población ira en aumento, gracias a los avances de la ciencia y la medicina, por lo que es importante, promover una vida digna y de calidad para nuestros adultos mayores.

En lo que respecta a la odontología solo nos queda continuar con programas de salud que fomenten buenos hábitos de higiene e informen a este grupo etareo, como lo fue el caso de la residencia de día “Vida Plena” donde es muestra de que la promoción de la salud aun funciona a pesar de que algunos subestimen la capacidad de aprendizaje de los ancianos

Por mi parte agradezco la oportunidad que me dieron de contribuir con este manual, esperando sirva como una guía que apoye a las personas que en un futuro asistan a la residencia de día “Vida Plena”.



Fig. 40 Fuente: Directa

REFERENCIAS.

1. Instituto Nacional De Estadística , Geografía e Informática XII Censo General De Población y Vivienda 2000.
2. Luna G.J. Principios De Odontología. Práctica Odontologica. Editorial Mc Graw-Hill, 1a ed. 1986;pp7:10.
3. Takamura J.C. Justice D. Creating Promise Out of Longer life. The Magazine Of The Pan American Heath Organization 1998:3;pp28-32.
4. Winkler S. Prostodoncia Total. México D.F. Edit. Limusa. México 2001. pp. 544-547.
5. Katz D. Psicología de Las Edades. Ediciones Edit. Morato. S.A. Madrid. España.1983. pp123-130.
6. Ast F. Btom. Hedegård. Odontología Geriatrica. Editorial Labor México D.F 1976.pp. 23-25.
7. <http://www.ondosalud.com/edición/0,2458,80590.27/09/6.11.13> am.
8. Ozawa. D. J. Estomatología Geriátrica .1a ed; Cd México: Editorial Trillas, 1994 pp. 59-103
9. Hernández de R. M. Rehabilitación Oral Para El Paciente Geriátrico, 1ª. ed. Bogota D.C. Colombia, 2001;pp. 17, 27, 33.
10. Billings R. J Brown Lr, Kasfer A.G. Contemporary ,Treatmet Strategies For Root Surface Dental Caries Gerodentics.Vol 2, 1998.pp. 73.
11. Harris Norman O N ; Odontología Preventiva Primaria, 1a ed; Cd México. Edit. El manual moderno 2001 pp. 32, 62,65,113,106.
12. Ceballos J. F; El Anciano En La Estomatología, Revista Española. Geriatric Gerontol,1987: 84(4), pp33-38
13. http://www.hispanichealth.org/cardio_span.lossop.14/10/06.14:20 pm
14. <http://www.ondosalud.com/edicion/noticia/02458.14/10/06.14:30> pm
15. <http://www.ondosalud.com/edicion/noticia.14/10/06.14:40> pm
16. <http://www.wikepedia.org/wiki/enfermedad.14/10/06.15:03> pm

17. Díaz Guzmán L. M. Y Colbs . Series En Medicina Bucal y Odontología de calidad para pacientes ancianos. Rev ADM. VOL. LXII. N.1. Enero-Febrero.2005.pp36-39.
18. Quintanar Olguín F. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la Ciudad de México. Plaza y Valdez SA de CV. 1ª Edic. México. 2000 pp. 112,118.
19. http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11_1_95/onc14195.htm. 16:50 pm
20. <http://www.odontocat.com/prevplacaca.htm>.11/10/06. 17:00 pm
21. <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia.11/10/06>. 17:10 pm
22. <http://abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/59/pagina/1/artritis.html>
23. <http://www.medline.com.mx/editoriales/work0001/work0001.html>.
[17/10/06.12:37 pm](http://www.medline.com.mx/editoriales/work0001/work0001.html).
24. http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Salud/Salud+Mayores/Psicologia+y+Salud/Psicologia_vejez.17/10/06.3:51 pm
25. http://www.bvs.sld.cu/.../abr/vol41_1_02/abr06102.htm.18/10/06.3:09 pm.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

LEONOR PAYRÓ
DIRECTORA
"CASA VIDA PLENA"
P R E S E N T E

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

Por medio de la presente me permito solicitar a usted su autorización, para que la alumna pasante de la carrera de cirujano dentista ESTELA RÍOS GONZÁLEZ lleve a cabo un programa de Educación para la Salud bucal, en la institución que usted dignamente dirige.

Las acciones principales que se desarrollarán son, la promoción de la salud bucal, la cual incluye la información de medidas preventivas orientadas a los adultos mayores.

Sin otro particular y en espera de contar con su autorización, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

A t e n t a m e n t e

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D.F., a 12 de septiembre de 2006

C.D. Ma. Elena Nieto Cruz
Coordinadora



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Seminario de Educación para la Salud Bucal**

**Residencia de día “Vida Plena”
Aplicado por Estela Ríos González**

1. Nombre: _____

2. Edad _____

3. Ocupación

4. Sexo

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Hogar |
| <input type="checkbox"/> | b) Empleado |
| <input type="checkbox"/> | c) Obrero |
| <input type="checkbox"/> | d) Jubilado |
| <input type="checkbox"/> | e) Otro |

- | | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Femenino |
| <input type="checkbox"/> | Masculino |

5. ¿Con quien vive?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Esposo(a) |
| <input type="checkbox"/> | b) Solo |
| <input type="checkbox"/> | c) Hijos |
| <input type="checkbox"/> | d) Casa de asistencia |
| <input type="checkbox"/> | e) Otro |

6. ¿Cuenta con servicio medico?

- a) Si
b) No

7. Nombre del servicio medico

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) IMSS |
| <input type="checkbox"/> | d) ISSSTE |
| <input type="checkbox"/> | e) Centro de Salud |
| <input type="checkbox"/> | c) No tiene |

8.El lugar en que recibe tratamiento odontológico es:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Privado |
| <input type="checkbox"/> | b) Público |
| <input type="checkbox"/> | c) No recibe tratamiento |

9.¿Con que frecuencia se lava los dientes?

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Nunca |
| <input type="checkbox"/> | b) 1 vez al día |
| <input type="checkbox"/> | c) 2 veces al día |
| <input type="checkbox"/> | d) 3 veces al día |

10.- ¿Hace cuanto tiempo usa prótesis (placa dental) ?

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Menos de un año |
| <input type="checkbox"/> | b) De un año a 3 |
| <input type="checkbox"/> | c) No utiliza |
| <input type="checkbox"/> | d) De 4 a 7 años |

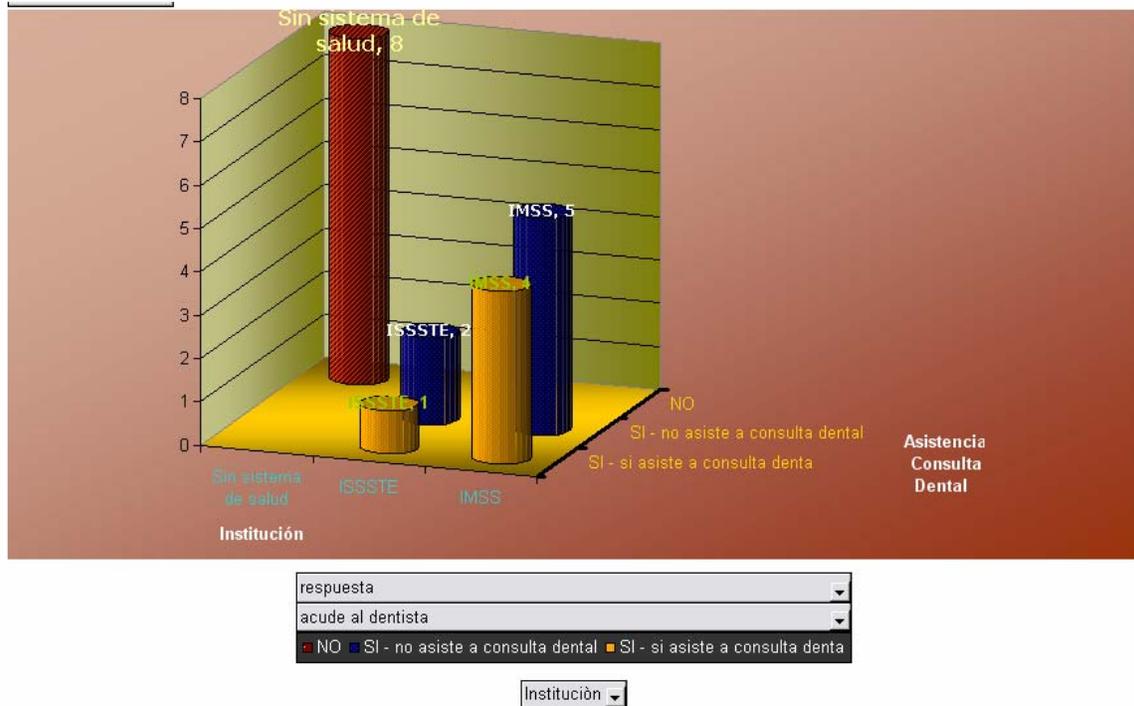
11.-¿ Cree que es necesario lavar las prótesis dentales?

- | | |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | a) Si |
| <input type="checkbox"/> | b) No |

12. Si usa prótesis cuantas veces al día las cepilla

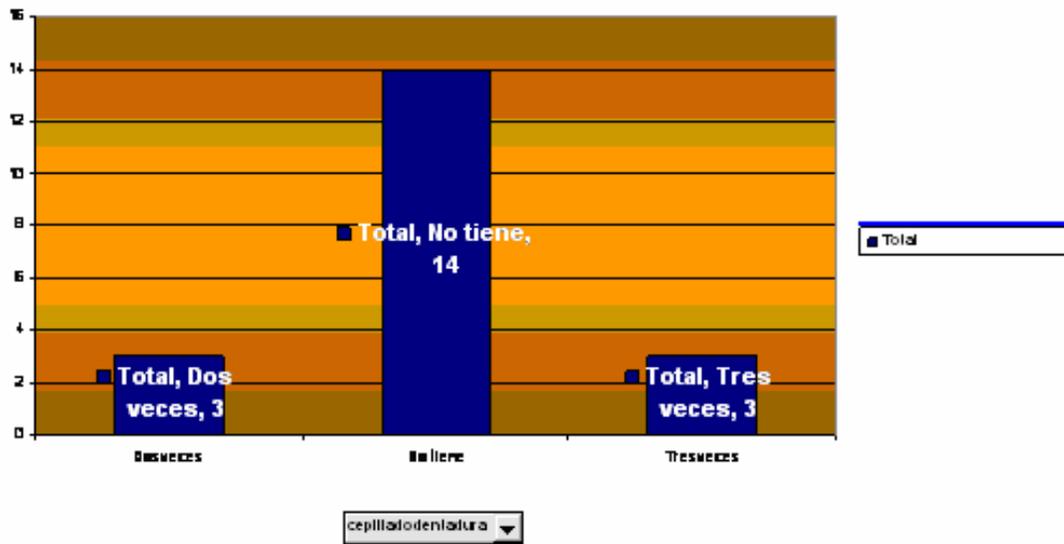
- | | |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Una vez |
| <input type="checkbox"/> | b) Dos veces |
| <input type="checkbox"/> | c) No las cepilla |
| <input type="checkbox"/> | d) Tres veces |

Grafico 1. Goce de seguridad social, lo aprovechan o no



En base al cuestionario aplicado, obtuvimos los siguientes datos, por lo que podemos concluir que a pesar de que una gran parte de los entrevistados poseen seguridad social, no asisten a consulta dental.

Grafico 2. Conteo total de pacientes con y sin dentadura, uso e higiene.



En base al resultado obtenido, de nuestro cuestionario, encontramos que de un total de 20 personas entrevistadas 6 de ellas, usan algún tipo de prótesis dental y 14 de ellas no, sin embargo hay que señalar que ambos grupos refieren es importante el cuidado bucal, se tenga o no, algún tipo de prótesis dental.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANUAL DE HIGIENE BUCODENTAL
DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES QUE HABITAN
EN LA RESIDENCIA DE DÍA "VIDA PLENA". 2006**



**Fundación Vida Plena I.A.P.
San Juan Num. 134.Col Olivar De Los Padres
56815033**

RIOS GONZÁLEZ ESTELA

**DIRECTOR: C.D. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSÉ
ASESORA: C.D. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN
PALACIO**

MÉXICO D. F.

OCTUBRE 2006

Introducción

El envejecimiento de la población ha aumentado progresivamente en los últimos años, debido a las acciones de promoción de la salud y los avances en el control de la fecundidad que ha cambiado e incrementado la esperanza de vida con el aumento en el número de adultos mayores.

La percepción de la salud en general en los adultos mayores puede estar directamente asociada con el estado de salud bucal.

La salud bucal de los adultos mayores refleja secuelas de diferentes padecimientos que a lo largo de su vida han padecido, así es el caso de la caries y la enfermedad periodontal que en su fase final se manifiesta como edentulismo.

El objetivo de este trabajo es proporcionar a los adultos mayores del asilo "Vida Plena" un manual que contenga conocimientos sobre los cuidados de higiene dental y mantenimiento de sus prótesis, que deben llevar a cabo con el objeto de preservar una salud bucal óptima con la participación activa y entusiasta de éste grupo de población.



Objetivos

Objetivo general

Motivar a los adultos mayores sobre la importancia que tiene la salud bucal en esta etapa, mediante un manual sobre cuidados y necesidades que deben llevar a cabo en su vida cotidiana.

Objetivos específicos

- Conocer la problemática que tienen los adultos mayores con respecto a su cavidad bucal.
- Identificar la problemática general de salud bucodental, en las personas que asisten a la Residencia de día “Vida plena”.
- Atender los problemas de higiene bucodental, mediante consejos, pláticas y actividades prácticas.

AREAS DE APLICACIÓN

Van dirigidas a las personas que asisten a la residencia de día “Vida Plena” con temas como lo son.

CONCEPTOS

1. Principales cambios bucales del adulto mayor
2. Enfermedades bucales más frecuentes en el adulto mayor
 - a. Caries
 - b. Enfermedad periodontal.
 - c. Hiperplasias
 - d. Candida albicans.
 - e. Xerostomía
3. Técnicas de cepillado
4. Cepillado dental.
5. Uso de auxiliares de la higiene bucal
6. Tipos de cepillos
7. Enjuagues bucales
8. Hilo dental
9. ¿Qué es la dentadura postiza?
10. ¿Cuáles son los distintos tipos de dentadura postiza que existen?
11. Cuidado de la dentadura postiza
12. Limpieza de prótesis totales o parciales.

CONCEPTOS

Cepillado dental.

Técnicas de cepillado

Se han desarrollado varios métodos de cepillado dental, y la mayor parte se identifica como Bass y Stillman entre otras, o mediante un término que indica la acción principal a desarrollar, como dar vueltas o dar masaje.

Los objetivos del cepillado dental son:

- **Retirar la placa dentobacteriana**
- **Limpiar los dientes restos alimenticios**
- **Estimular la encía**
- **Aplicar pasta dental para evitar la producción de caries, sensibilidad dentaria y como auxiliar de la enfermedad periodontal (algunos ejemplos comerciales son: colgate, crest, sensodyne etc.)**



En esta técnica el cepillo dental se coloca sobre el borde de la encía a un ángulo de 45° respecto al diente.

Enseguida, las cerdas se presionan suavemente para que entren en la encía, con movimientos de sacudido horizontal de atrás hacia delante. Se recomienda 10 movimientos de presión por cada área.

USO DE AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL

Los cepillos se deben cambiar a menudo, su duración efectiva depende de la dureza y de la técnica del cepillado.



Otro factor a tener en cuenta en los cepillos es el número de hileras de penachos de filamentos que tiene. Veremos que varían de 2 a 6 hileras, Consideraremos la indicación de cada cepillo en cada momento, no es lo mismo la técnica de cepillado en una persona con buena salud bucal o en una que padezca una enfermedad periodontal o la de un anciano.²⁰

TIPOS DE CEPILLOS



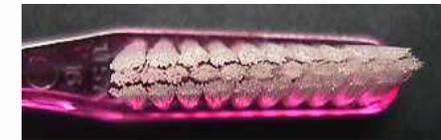
Cepillo Para Prótesis



Cepillo interdental



Cepillo electrico



Cepillos sulculares

ENJUAGUES BUCALES

Los enjuagues bucales son soluciones que se emplean después del cepillado con el fin de eliminar gérmenes y bacterias. Existen diferentes enjuagues cuyo efecto varía en función de su composición

Generalmente, se emplean como complemento en los tratamientos de la enfermedad periodontal, gingivitis o para reducir el desarrollo de placa bacteriana.



EJEMPLO DE ALGUNAS MARCAS COMERCIALES DE ENJUAGUES BUCALES

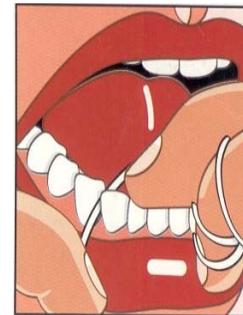
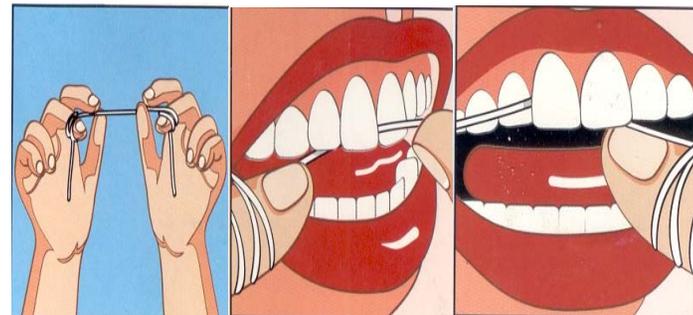


HILO DENTAL

Es un complemento obligatorio para obtener una buena limpieza dental. Para utilizar el hilo dental siga los siguientes pasos:

- Corte aproximadamente 50 cm de hilo dental y enrolle la mayor parte en uno de los dedos medios.
- Enrolle el resto del hilo en el mismo dedo de la mano opuesta. Este dedo puede ir recogiendo el hilo dental a medida que se va usando.
- Tensar un trozo de unos 2 a 3 cm de hilo dental utilizando los dedos pulgares y los índices.
- Introducir el hilo entre los dientes con un suave movimiento de sierra. Cuando el hilo dental llegue al borde de las encías, cúrvelo en forma de C contra uno de los dientes y deslícelo suavemente en el espacio entre la encía y el diente hasta que se note resistencia. Nunca lo aplique violentamente contra las encías.

- Frote el hilo dental contra el diente para eliminar los restos de alimentos y de placa.
- Repita estas operaciones con el resto de los dientes, utilizando un trozo limpio de hilo dental para cada uno.



¿QUÉ ES LA DENTADURA POSTIZA?

La dentadura postiza reemplaza a los dientes faltantes y se apoya en los tejidos y mucosa de la boca, con un aparato dental de acrílico que se puede remover y se puede utilizar alguna parte metálica en dicha dentadura.

¿CUÁLES SON LOS DISTINTOS TIPOS DE DENTADURA POSTIZA?

Existen cuatro tipos básicos de dentadura postiza, y son los siguientes:

Completa

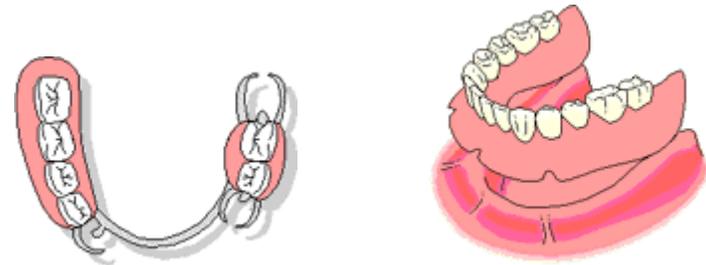
Este tipo de dentadura postiza reemplaza a todos los dientes.

Parcial

La dentadura postiza parcial actúa como un puente dental ya que "llena" el espacio vacío que existe entre el diente o los dientes faltantes utilizando ganchos.

CUIDADO DE LA DENTADURA POSTIZA

- Retire la dentadura postiza diariamente y cepíllela
- Evite el uso de pasta dental en su dentadura postiza, mejor utilice jabón neutro
- Evite hervirlas; ya que es muy probable que se dañen
- Si una dentadura parcial está en su lugar, retírela antes de cepillar los dientes naturales
- Mantenga la dentadura postiza en un lugar seguro
- Introduzca la dentadura postiza en una solución limpiadora adecuada (polident) una vez al mes
- Acuda cada 6 meses al dentista, para que efectue una revisión



PRINCIPALES CAMBIOS BUCALES DEL ADULTO MAYOR

- El color de los dientes se torna más oscuro
- El esmalte de los dientes se desgasta
- La encía se retrae dejando expuesta la raíz del diente.
- El sentido del gusto se ve alterado
- La secreción salival se reduce y la saliva se torna más espesa.
- Los problemas de la encía se presentan con mayor facilidad en una persona adulta, lo que hace que la pérdida de dientes sea más frecuente.



ENFERMEDADES BUCALES MÁS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR

Aunque la caries dental progresa lentamente, las personas mayores la desarrollan altamente destructiva debido a la resequead que presentan (Xerostomía); aumenta la Cándida Albicans. Suelen encontrarse manchas blancas debajo de las dentaduras, en las prótesis dentales, en el interior de las mejillas y sobre la superficie de la lengua.

CARIES

La caries es una enfermedad, que se caracteriza por la desmineralización de los dientes principalmente en las superficies bucales y se van extendiendo hasta la raíz. Su apariencia va desde el color amarillento, café, hasta llegar a un color negro dependiendo su gravedad.



ENFERMEDAD PERIODONTAL

Es la movilidad del diente caracterizada por cambios en el sistema de inserción del mismo. La mayoría de la pérdida dental en los adultos mayores es por enfermedad periodontal. La cual es producida por la placa bacteriana que se acumula y se adhiere a los dientes, causando inflamación gingival que progresa lentamente causando sangrado



CANDIDA ALBICANS

Se manifiesta a la inspección como un hongo que esta en relación a cambios de pH bucal por alteración de la flora bacteriana

Ésta se puede presentar por malnutrición de menor resistencia a las infecciones como en el caso de Diabetes, pero sobre todo después tratamientos con antibióticos por un tiempo prolongado.



XEROSTOMIA

Es una molestia frecuente en los ancianos, debido a una secreción salival disminuida o ausente. La Xerostomía puede obedecer a numerosos factores locales o generales, entre los primeros figura el abuso de alcohol o tabaco.

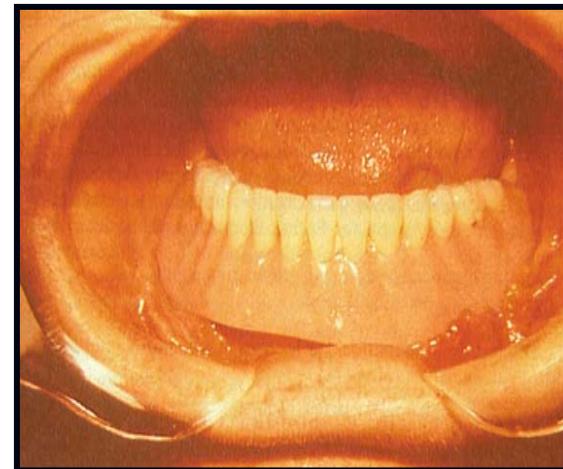
Entre las enfermedades generales destacan la Diabetes, el síndrome de Sjögren, así como la acción de numerosos fármacos (hipnóticos, tranquilizantes, espasmolíticos y diuréticos).



HIPERPLASIAS

Las estomatopatías protésicas más comunes en el uso de dentaduras completas son las siguientes:

- a) **Úlceras traumáticas.** Estas lesiones son frecuentes en la práctica diaria y son ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes que se observan como bordes enrojecidos y agrandados muy dolorosos.



b) **Queilitis angular.** Son manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas y costrosas, situadas en la comisura de la boca. causadas por deficiencias nutricionales, prótesis completas inadecuadas o de origen alérgico a fármacos, cosméticos y acrílicos, etc.



GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Bucodental. Comprende ambas partes boca y dientes

Candida albicans. Hongo en la boca con apariencia de algodoncillo

Caries. Enfermedad en los dientes de apariencia negruzca que puede producir dolor.

Enfermedad periodontal. Lesión e inflamación de la encía.

Hiperplasia. Lesiones en forma de agrandamientos e irritación en la mucosa bucal.

Placa dentobacteriana: acumulación de comida y bacterias.

Prótesis dental. Restauración que sustituye uno o todos los dientes de forma artificial.

Sarro. Calcificación de la placa dentobacteriana.

Xerostomía: Resequedad o falta de saliva