

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"

Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. Venezuela

Oral´s health condition characteristics and knowledge level in geriatrics patients. Caricuao. Venezuela

¹MsC. Dra. Gemma Lauzardo García del Prado, Dra.C Marielena Gutiérrez Hernández ² Dra. Maritzabel Quintana Castillo³ Dra. Norlistaymi Gutiérrez Hernández ⁴ Dra. Josefina Fajardo Puig⁵

¹Especialista Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Instructor. Teléfono: 699 28 14 lauzardo@infomed.sld.cu

²Especialista Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor titular.

³Especialista Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente.

⁴Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral.

⁵Especialista Segundo Grado en Prótesis Estomatológica.

RESUMEN

El aumento observado en las últimas décadas en la proporción de adultos y ancianos, se traduce en un incremento de las necesidades y demandas de atención estomatológica a este grupo poblacional. Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en el 2007 con el objetivo de caracterizar el estado de salud bucal y el nivel de conocimientos de 45 pacientes geriátricos pertenecientes al consultorio 19 de marzo de la Parroquia Caricuao, Caracas, Venezuela. Se detectó la presencia de caries y necesidad de prótesis dental mediante la observación y examen clínico, factores de riesgo según la planilla de factores de riesgo y comportamiento de la enfermedad periodontal a través del Índice Periodontal Revisado de Russell, además se aplicó una encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal. Un elevado porcentaje de los pacientes examinados presentó afectaciones por caries y gran avance de la enfermedad periodontal. Dentro de los factores de riesgo estudiados, prevaleció el antecedente de caries. Se encontró que un porcentaje importante de los gerontes requiere de tratamiento protésico rehabilitador y que el nivel de conocimiento de los abuelos sobre salud bucodental fue muy bajo para ambos sexos, de ahí que se haga necesario la

elaboración de una estrategia interventiva para mejorar el estado de salud bucal de la población geriátrica venezolana y su nivel de conocimientos sobre salud bucal.

Palabras clave: Adulto mayor, estado de salud bucal y nivel de conocimientos.

ABSTRACT

Proportion of adults and old increase observed in last decades, it's translated as addition of requirements and demands of deontology assistance to this population group. An observational, descriptive study was carried out in 2007 with objective of characterizing state of oral health and knowledge level of 45 patient geriatrics belonging to March 19th clinic of Parish Caricuao, Caracas, Venezuela. Decay and dental prosthetics need was detected most common after observation and clinical exam, Periodontal Russell Index risk factors was applied, a survey was also applied determine knowledge level of oral health. High percent of examined patients presented decay and periodontal illness advance. Decay antecedent prevailed as a risk factors studied. It was found an important percentage of olds requires dental prosthetics and geriatric's knowledge level about oral health was very low for both genre, result it becomes necessary strategy intervention approach which improve state of population's Venezuelan geriatric's oral health and knowledge level about oral health.

Key words: old adult, oral health state and knowledge level.

INTRODUCCIÓN

No hay dudas de que la edad media de la población cada vez es mayor y nos encontramos con personas que asumen, como una realidad asociada a los años de vida, la pérdida de sus piezas dentales por falta de información.^{1,2} Las generaciones de gerontes que hemos conocido tuvieron acceso muy limitado a los servicios de salud, por diferentes motivos, desde el punto de vista científico y tecnológico; lo anterior en unión a prácticas social y culturalmente arraigadas como la extracción indiscriminada de los dientes para ser reemplazados por prótesis principalmente totales, llevó a que normalmente se llegara a la vejez siendo desdentado.³

La salud bucal en el adulto mayor, debe ser entendida no solo como la presencia o no de patologías bucales, sino como la percepción que este tiene sobre su boca que le permita cambios de actitudes más saludables.^{4,5} María Esther Irigoyen Camacho y colaboradores plantean que para ofrecer un tratamiento odontológico a un anciano, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) y realistas del paciente (situación funcional, cognitiva, hábitos, costumbres) con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular.^{3,4,5}

Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios hísticos dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal.

El estomatólogo no puede alterar los efectos de la edad pero sí ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos.^{6,7}

Anteriormente se suponía que la caries dental era un proceso que se presentaba en la infancia y que a lo largo de los años iba disminuyendo su ataque sin embargo estudios recientes muestran que el proceso de caries continúa aún hasta la vejez. Las enfermedades más importantes del tejido de soporte del diente suelen presentarse durante la etapa adulta y la vejez.^{7,8}

El envejecimiento por sí mismo no incrementa el riesgo de enfermedad periodontal. La presencia de placa dentobacteriana es un factor decisivo en el pronóstico de la enfermedad periodontal.^{5, 9,10} La clave para la prevención de las periodontopatías en el anciano es el mantenimiento de un adecuado nivel de higiene bucal, diversos estudios confirman el valor incuestionable de la educación para la salud, motivación e instrucción de higiene bucal, control de la placa dentobacteriana y remoción de cálculos en la prevención tanto en la gingivitis como la periodontitis.^{11,12,13}

Educar en la tercera edad para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que responderá al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser bio-psico-social sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad.¹ Eduquemos a nuestros abuelos: nunca es tarde para aprender.^{2,7,11,12}

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el estado de salud bucal y el nivel de conocimientos sobre salud bucodental en los pacientes de la tercera edad. Parroquia Caricuao. 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la presencia de caries, según sexo.

Identificar los factores de riesgo de salud bucal que inciden en este grupo de edad.

Evaluar el índice periodontal revisado (IP-R), según sexo.

Identificar las necesidades de prótesis dental en los pacientes de la tercera edad.

Determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucodental, según sexo

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y descriptivo para caracterizar el estado de salud bucal y el nivel de conocimientos sobre salud buco-dental de los pacientes geriátricos. El universo estuvo formado por la totalidad de los pacientes de 60 y más años que acudieron al consultorio dental del barrio 19 de Marzo en el 2007.

Criterios de Exclusión: Pacientes con discapacidad mental.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN

En la primera visita, se les consultó a todos los pacientes su disposición a participar en el estudio (Anexo 1). Se realizó el examen facial y bucal recogido en la Historia Clínica Individual de estomatología, modelo 4702-4, en el sillón de la consulta, por un solo operador, el investigador. La caries dental fue registrada en el dentigrama, que se incluye dentro de la historia clínica individual.

La presencia de caries: Se determinó mediante la observación y examen clínico de los dientes donde se detectaron lesiones cariosas o no, así como las necesidades de prótesis dental. Se tuvo en cuenta los factores de riesgo que pudieron influir en la salud del individuo según la planilla de factores de riesgo (Anexo 2).

La presencia y la gravedad de la Enfermedad periodontal se analizó mediante el Índice Periodontal de Russell en su variante más sencilla según la OMS: Índice Periodontal- Revisado (IP-R). En el IP-R sólo se registró el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. La clasificación del estado periodontal se realizó siguiendo los criterios de Russell (Anexo3).

Con este índice se pudo determinar rápidamente tanto la prevalencia como la gravedad de las periodontopatías de una población. La calificación de 8 se asignó cuando se observó algún diente con movilidad, migración patológica y pérdida de la función.

El valor 6 se aplicó cuando la mayor gravedad está dada por la presencia de alguna bolsa periodontal. Se registró la calificación 2 cuando el signo más grave que se encontró fue la inflamación gingival y rodeaba completamente algún diente; sin embargo, cuando esa inflamación no rodeaba completamente al diente, la calificación fue 1. Si no existieron signos de inflamación periodontal, marcamos 0 para ese individuo.

En la segunda visita a consulta, se les realizó una encuesta acerca del nivel de conocimiento sobre salud buco-dental, basada en la encuesta de la OMS/OPS (Anexo 4), sin previa instrucción de salud bucal.

Las preguntas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) se clasificaron en correctas e incorrectas según respondió el encuestado.

Las preguntas en negritas (11, 12, 13, 14, 15, 23, 24, 25) que fueron de respuestas múltiples se clasificaron de correctas: si respondió acertadamente más de una de las opciones.

Método de Evaluación. Si respondió de:

16-25 correctamente _____ evaluación de bien _B

8-15 correctamente _____ evaluación de regular - R

0-7 correctamente _____ evaluación de mal _ M

El procesamiento estadístico de los datos fue realizado con el empleo de las distribuciones de frecuencia absoluta (#) y relativa (%), para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Tabla 1. Se aprecia la presencia de caries según sexo. En la misma observamos cómo 75,6% de los pacientes examinados están afectados por la caries dental. De ellos, 40% pertenece al sexo femenino, aunque es importante aclarar que no existen diferencias, marcadas entre ambos géneros y la presencia de la afección.

Tabla 1. Presencia de caries según sexo. Caricuaio 2007

Incidencia de caries	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	16	35,6	18	40	34	75,6
No	6	13,3	5	11,1	11	24,4
Total	22	48,9	23	51,1	45	100

Fuente: Historia Clínica Individual

Tabla 2. Existen atributos o características que confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer las enfermedades o sufrir alteraciones en su salud; por lo que esta tabla recogió la frecuencia de factores de riesgo que afecta esta muestra de gerontes. Entre los factores de riesgo biológicos podemos percatarnos que 100 % de los pacientes presentan antecedentes de caries dental. Otro dato significativo lo constituye la práctica de hábitos que conllevan riesgos para la salud bucal: la dieta cariogénica y la deficiente higiene bucal afectan a 88,9% y 91,1% de los pacientes respectivamente.

Tabla 2. Frecuencia de factores de riesgo, según grupo de edad. Caricuaio .2007

	Factores de Riesgo	Grupo de edad (60 y mas)	
			%
Biológicos	Trastornos endocrinos	4	8,9
	Antecedentes de caries	45	100
	Hipotonía muscular	24	53,3
	Maloclusión	-	-
	Trastornos psicológicos	-	-
Ambiente	Radiaciones	-	-

	Trabajo de riesgo	3	6,7
	Deficiente abasto de agua	7	15,6
Hábitos	Dieta cariogénica	40	88,9
	Fumar	12	26,7
	Deficiente higiene bucal	41	91,1
	Bruxismo	7	15,6
	Empuje Lingual	-	-
	Respiración Bucal	-	-
	Onicofagia	-	-
	Alcoholismo	5	11,1
Otros	Prótesis Mal ajustadas	8	17,8
	Obturación Deficiente	13	28,9
	Lesiones premalignas	-	-

Fuente: Historia Clínica Individual.

Tabla 3. El estado de salud del periodonto según el Índice periodontal revisado (IP-R) y sexo, arrojó como 46,7 % de los pacientes muestran signos de destrucción del periodonto con pérdida de la función, calificación más grave del IP-R, comportándose con porcentajes similares en ambos sexos. Para 22, 2% en el sexo masculino y 24,4% en el femenino. Ninguno de los pacientes presenta un periodonto sano.

Tabla 3. Estado de salud del periodonto según Índice Periodontal Revisado y sexo Caricuaó 2007

Índice Periodontal revisado IP-R	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Inflamación periodontal ausente	-	-	-	-	-	-
Gingivitis leve	1	2,2	2	4,4	3	6,7
Gingivitis	5	11,1	6	13,3	11	24,4
Gingivitis con formación de bolsas	6	13,3	4	8,9	10	22,2
Destrucción con pérdida de la función	10	22,2	11	24,4	21	46,7
Total	22	48,9	23	51,1	45	100

Tabla 4. Mostró la necesidad de tratamiento protésico, según sexo. En ella presenciamos, cómo un porcentaje significativo de abuelos (82,2%), requiere del tratamiento protésico rehabilitador. De ellos, 42,2 % pertenece al sexo masculino y 40 % al femenino.

Tabla 4. Necesidad de tratamiento de prótesis de los pacientes examinados según sexo. Caricuaó. 2007

Sexo	Necesidad de tratamiento protésico					
	No necesita prótesis		Necesita prótesis		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	5	11,1	18	40	23	51,1
Masculino	3	6,7	19	42,2	22	48,9
Total	8	17,8	37	82,2	45	100

Fuente: Historia Clínica Individual

Tabla 5. Los conocimientos que sobre salud bucal pueda tener una población, constituyen un eslabón fundamental para prevenir enfermedades, y promover la salud, entre los que nos rodean, esta tabla arroja el nivel de conocimientos, de los abuelos y abuelas, encuestados. En ella apreciamos, que 86,7 % de los gerontes fue evaluado con un nivel de conocimientos bajo. De ellos, 44,4 % son del sexo masculino, mientras que 42,2% son del sexo femenino. Ningún abuelo fue evaluado de tener conocimientos elevados sobre salud bucodental.

Tabla 5. Evaluación del nivel de conocimiento de los pacientes. Caricuaó 2007

Nivel de conocimientos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Elevado	-	-	-	-	-	-
Medio	2	4,4	4	8,9	6	13,3
Bajo	20	44,4	19	42,2	39	86,7
Total	22	48,9	23	51,1	45	100

DISCUSIÓN

Analizando los resultados de Tabla 1, los resultados obtenidos en esta investigación se corresponden con los planteados por Matas J, Rochefort C, Rodríguez Vázquez C y colaboradores, en estudios realizados en EE. UU y en Madrid, apreciaron que la prevalencia de la caries dental en la tercera edad era alta, no hallando diferencias significativas entre ambos sexos.⁸

Méndez, Sánchez y colaboradores en estudios realizados en Argentina plantean que en estas edades avanzadas de la vida existe una baja afectación por caries dental en los pacientes.¹³ A diferencia del resultado obtenido en este trabajo que demostró que este proceso carioso continúa aun hasta la vejez. De ahí la importancia de realizar prevención en todas las etapas de la vida.^{1,2,4,9,10}

Resultado similar al estudio obtenido por diversos autores como González I. y Begg Tomas,¹⁴ en cuanto a experiencia anterior de caries se refiere, se obtuvo en la Tabla 2. Otro dato significativo lo constituye la práctica de hábitos que conllevan riesgos para la salud bucal donde autores como Berenguer y colaboradores plantean que el deterioro de la salud bucal en el adulto mayor, genera cambios en la composición de su dieta, disminuyendo el consumo de alimentos duros, como carnes y aumentando el de carbohidratos, dato de coincidencia que se encontró en esta investigación.^{10,15}

En estudios realizados por Espinosa González, se encontraron también que los índices de placa y cálculo en los pacientes de la tercera edad, eran elevados, de ahí la deficiente higiene bucal y la presencia de varias afecciones bucales, resultado que coincide con la presente investigación.¹⁶

En un trabajo realizado por Gluck G, Dowell y colaboradores¹³ en personas mayores de 60 años de edad, se corresponde con resultado obtenido en la Tabla 3, pues hallaron que un alto porcentaje de los pacientes presentaban también destrucción avanzada del periodonto, contra un porcentaje bajo de pacientes con un periodonto libre de afecciones. En contraposición, Uzcategui y colaboradores plantean que existe mayor número de pacientes afectados por bolsas periodontales a esta edad y que suelen ser más frecuentes en los hombres que en las mujeres por la práctica con mayor frecuencia del hábito de fumar, unido a la práctica de una mala higiene y el alcoholismo.¹⁷

La mayoría de la personas de más de 60 años, consideran como normal, la pérdida dentaria por su edad, cuando ambas no tienen que ir asociadas necesariamente. Estudios realizados por Ettinger⁷ e Irigoyen coinciden con un alto porcentaje de pacientes ancianos, desdentados parcial o totalmente, convirtiéndose la necesidad de rehabilitar estos pacientes en un factor considerable, para garantizar una vejez con mayor calidad de vida y bienestar para el paciente.

Zaccaro Scelza, Pierro y colaboradores¹⁸ coinciden con los autores de este trabajo en plantear que un porcentaje muy alto de los pacientes mayores de 60 años de edad requiere tratamiento de algún tipo de prótesis ya que actualmente la atención estomatológica a la población geriátrica es prácticamente tardía. En sociedades capitalistas, esto conlleva al incremento considerablemente del costo del tratamiento, en muchos casos económica-mente inaccesible. Como consecuencia, el paciente tiene que adaptarse a su condición de desdentamiento parcial o total, lo que propicia el desarrollo de otros problemas de salud general y bucal y la pérdida paulatina de la autoestima.⁸

Velasco en un estudio acerca de conocimientos sobre salud bucal en el anciano, detectó un bajo nivel del mismo al obtener resultados similares al que arrojó este estudio.¹⁹ Méndez confirmó que la mayoría de sus pacientes objeto de estudio visitaba al estomatólogo para revisarse solo cuando sentían molestias o alguna dificultad en la cavidad bucal.¹³

Turcaz, Pol y Navarro en un estudio realizado en hogares de ancianos apreciaban la falta de conocimientos sobre salud bucal, detectaron además que la mayoría de los ancianos desconocían el autoexamen de la cavidad bucal; nuestros resultados fueron similares a los de estos autores.^{20,21}

Los aspectos educativos de este estudio refuerzan la importancia de preservar los dientes, limitar la aparición de otras enfermedades bucodentales, así como orientar el uso de prótesis mediante la adecuada modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen los adultos mayores.^{13, 19, 20,21}

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes de la tercera edad en estudio presentaron caries existiendo un predominio ligero de la afección en el sexo femenino.

Los factores de riesgo que más incidieron fueron los antecedentes de caries, seguido de la deficiente higiene bucal y la dieta cariogénica.

El mayor porcentaje de los pacientes presentó destrucción avanzada del periodonto con pérdida de la función, según IP-R, comportándose así en ambos sexos.

En ambos sexos un número significativo de los abuelos necesita tratamiento protésico rehabilitador.

El nivel de conocimientos de los gerontes fue bajo en ambos géneros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Cuba/Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Reunión Regional de Jefes de Programas de Salud Oral. 2006 [biblioteca virtual en línea]. [Consulta: 13 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/doc/uvs/saludbucal/relato.doc.htm>
2. Cortés Martinicorena J, Llodra Calvo JC. Salud Pública Bucodental. [Biblioteca virtual en línea]. [Consulta: 13 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap14.pdf.htm>
3. Rojas F. Desarrollo humano y salud en América Latina y el Caribe. Rev. Cubana de salud pública. 29(1):8-11;2003..
4. Romero V. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. [Biblioteca virtual en línea]. [Consulta: 12 enero 2007]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/44_2006metas_milenio_componente_bucal_salud.asp.htm
5. Irigoyen Camacho M, Mosqueda Taylor F. Estomatología Geriátrica.2004, Sitio en Internet. [Consulta: 18 marzo 2005]. Disponible en: <http://www.educacionmedica.com.mx/.htm>
6. Alfonso Betancourt N. Análisis de la situación de salud bucal según condiciones de vida. Area de salud "Camilo Cienfuegos". Rev. Cubana de Estomatología. 41(1);2004.
7. Acuña Herazo B. La odontología para el tercer milenio. [Biblioteca virtual en línea]. (2004). [Citado 6 junio 2005] Disponible en: http://www.encolombia.com/frc_LA.htm
8. Matas J, Rochefort C. Prótesis removible en la rehabilitación bucal del adulto mayor. Rev. Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. 21(1): 32-5;2000.

9. Gluck G, Dowell E. *et al.* Geriatric Dental Health. En community dental health. Jong A (Ed). St. Louis: Mosby; 2003, p. 105-20.
10. Berenguer Gouarnalusses M. La salud buco dental en la tercera edad. MEDISAN. 3(4):53-56;1999.
11. ¿Qué son las enfermedades periodontales? Rev. Elect. [Biblioteca virtual en línea] (2005). [Consulta: 12 enero 2007]. Disponible en:
<http://www.mgh.harvard.edu/library/printpage.asp?page=wc/doc24S.htm>
12. La enfermedad periodontal. Guía de higiene Oral., Cómo cepillarse. Revista Electrónicas serie en Internet 2006. [Citada 8 de enero del 2006]. Disponible en: <http://www.mgh.harvard.edu/library/printpage.asp?page=wc/doc24S.htm>
13. Menéndez Vázquez L. La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de Prótesis Estomatológica. Rev. Cubana Estomatología. 40(2);2003.
14. González, I, Begg T. Secuelas de la caries dental en la tercera edad. Revista Vasca de Odontoestomatología. 9(5): 66; mayo-junio, 2000.
15. Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación. Un cambio de enfoque en la salud bucal 2006. [Consulta: 14 Agostos 2007]. Disponible en:
<http://www.eufic.org/articule/es/nutrición/azúcar/artid/salud.htm>
16. Espinosa González L. Comportamiento de las enfermedades bucales y necesidades de tratamiento en un consultorio medico del Vedado. Rev. Cubana de estomatología.41(3);2004.
17. Uzcategui R. La salud periodontal de la tercera edad. Rev Asoc Odont. Argent. 80(2):91-8;1999.
18. Zaccaro Scelza MF, Pierro V, Scelza P, Zaccaro M, Rodríguez C. Status protético e alteracoes bucais dos pacientes do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. Revista Brasileira de Odontología. 60 (5):310-3;2003.
19. Velasco Ortega E. Bullon FP., Velazco OE. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Odontoestomatología geriátrica. Madrid: Editorial IMEC; 2004, p. 159-69.
20. Turcaz Castellanos IM, Pol Samalea L, Pol Samalea L, Navarro Nápoles J. Intervención educativa de salud bucal para gerontes institucionalizados. [Biblioteca virtual en línea]. [Consulta: 14 agosto 2005]. Disponible en:
<http://www.scu/publicaciones.electronicas/articuloscientificos.htm>
21. Núñez Antúnez L. *et al.* Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adultos mayores del Hogar de Ancianos de Palmarito de Cauto. Rev. Cubana de Estomatología. 40 (4);2003.

Anexos

Anexo 1

Acta de consentimiento del paciente.

Yo _____
—

Vecino de _____

Dispuesto a participar en la investigación cuyo título es:

Después que el doctor (a) _____

Me ha explicado el tipo de tratamiento que voy a recibir y cuáles serán las posibles causas y consecuencias.

-Cuando lo desee

-Sin tener que dar explicaciones

-Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

...y para expresar mi conformidad de participar firmo esta carta.

Firma del paciente.

Acta de consentimiento informado.

Teniendo en cuenta la importancia de confeccionar un programa educativo y de promoción de salud para aumentar el nivel de conocimientos sobre la salud, prevenir enfermedades, disminuyendo las necesidades de tratamientos curativos y de rehabilitación necesitamos su consentimiento y autorización para ser tratado e integrar la muestra de nuestro trabajo.

Autorizo Si _____ No _____ Fecha: _____

Firma: _____

Anexo 2

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES BUCALES.

BIOLOGICOS

- Herencia
- Maloclusión
- Antecedentes de caries
- Hipotonía muscular
- Tamaño de la lengua

- Enfermedades endocrinas
- Desarrollo esquelético
- Factores psíquicos
- Disfunción motora

AMBIENTALES

- Deficiente abasto de agua
- Calidad del agua
- Radiaciones
- Trabajo de riesgo

HABITOS

- Alimentación
- Fumar
- Alcoholismo
- Deficiente higiene Bucal
- Succión digital
- Hábitos posturales inadecuados
- Respiración bucal
- Deglución atípica
- Queilofagia
- Onicofagia
- Bruxismo
- Uso de chupetes
- No utilización de lactancia materna
- Lactancia materna prolongada

OTROS

- Prótesis mal ajustada
- Obturación deficiente

- Lesiones premalignas

Anexo 3

Criterios de Russell para determinar el índice periodontal:

Se calificara el tejido alrededor de cada diente brotado lo suficiente como para ser visible, excepto fragmentos de raíces retenidas de acuerdo con los siguientes criterios:

-(0) Negativo: No hay signos de inflamación de los tejidos gingivales, ni pérdida de la función por la destrucción de los tejidos de soporte.

Nota: No se evidencia inflamación cuando a primera vista no se observan signos de cambios de color o forma de los tejidos gingivales.

-(1) Gingivitis leve: Hay una evidente zona de inflamación de la encía libre, pero no rodea todo el diente.

Nota: Incluye tanto las condiciones crónicas de grado menor como las condiciones agudas. Cuando una papila interdental se encuentra inflamada sin extensión se calificara el diente que se encuentra a cada lado de la papila.

-(2) Gingivitis: La inflamación rodea completamente al diente pero aparentemente no ha dañado la adherencia epitelial

-(3) Gingivitis con formación de bolsas: La adherencia epitelial ha sido rota y hay una bolsa (someramente un surco gingival profundizado por un agrandamiento de la encía) no hay interferencia con la función masticatoria, el diente esta firme y no ha migrado.

Nota: las características clínicas de la bolsa son:

- Migración apical de la inserción epitelial.
- Pérdida de tono y alteración de la morfología
- Podrá usarse una sonda o un chorro de aire de la jeringa para confirmar un diagnostico de formación de bolsa pero solamente en presencia de inflamación.

-(4) Destrucción avanzada con la pérdida de la función masticatoria, el diente puede tener movilidad, haber migrado, sonido mate a la percusión con un instrumento metálico, ser depresible en el alvéolo.

Nota: La pérdida de la función se determina usualmente por la palpación digital, movilidad por presión lateral con los dedos, todos los dientes se clasificaran, excepto las raíces residuales.

En caso de duda en el momento de asignar la calificación se atribuirá el valor más bajo.

La calificación del índice periodontal de cada persona es totalizada y dividida por el número de dientes presentes, para obtener la calificación del índice periodontal de esa persona.

Las calificaciones de índice periodontal individuales son entonces totalizadas y divididas por el número de examinados para determinar el índice periodontal del grupo.

Este índice se mide según la siguiente tabla:

No Estado clínico	Grupo de puntaje.	Índice periodontal.	Estado de la enfermedad periodontal
1	Tejido de soporte clínicamente sano	0.0 a 0.2	Reversible
2	Gingivitis simple	0.3 a 0.9	Reversible
3	Gingivitis periodonto destructiva incipiente	1.0 a 1.9	Reversible
4	Enfermedad periodontal destructiva estable	2.0 a 3.0	Irreversible
5	Enfermedad terminal	3.1 a 8.0	Irreversible

Anexo 4

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCO-DENTAL

Encuestador: _____ Fecha: _____ Calificación: _____ Consultorio: _____

Datos generales.

Nombre: _____ 1-Edad ____ 2-Sexo ____ 1- Masculino 2- Femenino

Actitudes, conocimientos, expectativas y creencias

1- Acostumbra a cepillarse los dientes ____ 1- Si 2- No 11- No sabe 12- No responde.

2- Cuántas veces al día ____ 1-Ninguna, 2- Una vez, 3- Dos veces, 4- Tres veces o más 11- No sabe 12- No responde.

3 - Lo hace después de comer algún alimento ____ 1- Si, 2- No, 11- No sabe 12- No responde.

4- Para limpiar sus dientes, usa usted algo diferente al cepillado ____ 1 -Si, 2- No, 11- No sabe 12- No responde.

5- Usa usted algún tipo de prótesis ____ 1-Si, 2- No, 11- No sabe 12- No responde.

6- Duerme usted con la prótesis ____ 1- Si, 2- No, 12- No responde.

7- En caso de usar prótesis, con qué las limpia ____ 1-Con cepillo y crema dental, 2- Con agua, 3-Los remoja en agua durante la noche, 4-Agua y jabón, 5-Otra. Cuál 11- No sabe, 12- No responde.

8-Cuántas veces los limpia al día ____ 1- Ninguna, 2- Una vez, 3- Dos veces, 4- Tres veces o más, 11- No sabe 12- No responde.

9 - Cree usted que las personas deben visitar al estomatólogo ____ 1- Si, 2- No, 11- No sabe, 12- no responde.

10 - Cada qué tiempo usted lo visitaría ____ 1-Cada 6 meses, 2-Cada dos años, 3- Cuando me duele algo, 4-Otra. Cual, 11- No sabe, 12- No responde

11 -Por qué cree usted que se le caen los dientes a las personas (no lea, marque con una X)

Porque los dientes se cariaron ____ Por qué los dientes se aflojaron y se cayeron ____

Porque no los cuidaron bien ____ Por no visitar al dentista ____ Por la edad ____ Otra. Cual ____ 11- No sabe ____ 12-No responde ____

12- Qué cree usted que pueda haber hecho una persona para evitar perder los dientes:

1- Conocer cómo cuidar sus dientes____ 2- Revisarse periódicamente para detectar una enfermedad____ 3-Cepillarse bien los dientes____ 4-Usar hilo dental____ 5- Usar pastas con fluoruro____ 6-No comer demasiados dulces____ 7-Cepillarse después de cada comida ____ 8- Usar flúor____ 9- Otra. Cual ____ 11- No sabe ____ 12- No responde.

13- Por qué cree usted que a una persona le sangren las encías.

1-Porque no se cepille____ 2-Porque se le movían los dientes.____

3-Porque tenía enfermos los dientes.____ 4-Porque come cosas duras.____ 5-No visita el dentista.____ 6-Por la edad.____ 7-Otra. Cual____ 11- No sabe____ 12-No responde____

14- Cómo cree que una persona que le sangran las encías puede evitarlo.

Conocer cómo cuidarse.____ Revisar periódicamente para detectar enfermedades____ Cepillar bien los dientes.____ Usar hilo dental.____ Usar medicamentos____ Comiendo alimentos blandos____ Cepillarse bien después de cada comida.____ Otras. Cual.____

11- No sabe.____ 12- No responde.

15- Para usted qué significa que una persona pierda sus dientes (no lea, marque con una X)

Que se vea feo.____ Que no pueda hablar bien.____ Que no pueda masticar bien ____ Otra. Cual ____ 11- No sabe____ 12- No responde____

16- Le gusta y acostumbra a comer dulce u otro alimento entre comidas. 1-Si. 2-No 3-A veces. 11- No sabe 12- No responde

17- Usted fuma ____1-Si. 2-No

18- Cree usted que el hábito de fumar sea perjudicial para la salud bucal. 1- Si 2-No 3- No sabe 4- No responde.

19- Usted ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia 1- Si 2- No 3- No sabe 4- No responde.

20- Cree usted que el consumo de bebidas alcohólicas sea perjudicial para la salud bucal. 1- Si 2- No 3- No sabe 4- No responde.

21 -Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar algo diferente. ____ 1 Si 2-No 11-No sabe 12-No responde

22 -Una persona con pocos dientes o ninguno y no tiene prótesis cree usted que pueda comer cualquier tipo de alimento. ____1- Si 2- No 11-No sabe 12-No responde

23- Cuándo usted cree que una persona debe comenzar a cepillarse los dientes (No leer, marque con una X) ____ 1-Desde que nace, 2-Cuando brotan los primeros dientes 3- Cuando salen los dientes permanentes 4- Otra. Cual 11- No sabe 12- No responde.

24 - Si una persona se hace una extracción dental que usted cree que suceda (No lea la lista, marque con una X) ____1- Nada 2- Se mueven los dientes 3- No se puede comer bien 4- Se ven feos 5- Se soluciona el problema fácilmente 11- No sabe. 12- No responde.

25- Que hábito cree usted que afecten los dientes y los tejidos bucales (No leer, marque con una X). Onicofagia. ____ Queilofagia ____ Succión digital ____ Respirador bucal ____ Comer alimentos blandos batidos ____ Chupar tete. ____ Biberón. ____ Fumar ____ Otros. Cual. 11- No sabe 12- No responde.