

**DISEÑO, EJECUCION Y EVALUACION DE UN PROGRAMA
DE CAPACITACION SOBRE SALUD BUCAL,
PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE TIENE A SU CARGO EL
CUIDADO DE LOS PACIENTES INTERNOS INCAPACITADOS FISICOS
POR SECUELAS DE UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR,
EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.**

TESIS PRESENTADA POR

EFRAIN BARRERA ESQUIVEL

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICO EL
EXAMEN GENERAL PUBLICO PREVIO A OPTAR AL TITULO DE:**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, FEBRERO DE 1,995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

09
t(1182)
co 4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO: Dr. Jorge Martínez Solares

VOCAL PRIMERO: Dr. Eduardo Abril Galvez

VOCAL SEGUNDO: Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo

VOCAL TERCERO: Dr. Víctor Manuel Campollo Zavala

VOCAL CUARTO: Br. Jorge Alberto Tello Motta

VOCAL QUINTO: Br. Luis Arturo Orellana

SECRETARIO: Dr. Manuel Andrade Bourdet

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

DECANO: Dr. Jorge Martínez Solares

VOCAL PRIMERO: Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo

VOCAL SEGUNDO: Dra. Ana Patricia Hernandez Gallardo

VOCAL TERCERO: Dr. Victor Ernesto Villagran Colón

SECRETARIO: Dr. Manuel Andrade Bourdet

DEDICO ÉSTE ACTO

A DIOS

LAMPARA A MIS PIES, LUZ QUE ILUMINA MI
EXISTENCIA Y ME ASISTE EN CADA MOMENTO DE MI
VIDA.

A MIS PADRES

ABEL BARRERA R.
BRIGIDA ESQUIVEL C.
CON RESPETO A SUS SABIOS CONSEJOS.

A MI ESPOSA

MAJEDLA NINETTE ALVARADO DE BARRERA
CON AMOR POR SER UN APOYO EN LOS MOMENTOS
MAS DIFICILES.

A MIS HIJOS

HUMBERTO EFRAIN, ALHESHA SOLCIRE, LOURDES
MARIA
CON AMOR.

A MIS HERMANOS

NOEL, OTTO LEONEL, NIDIA BERNARDA (Q.E.P.D.)
ROSA EDELMIRA
POR SU APOYO INCONDICIONAL.

**A MIS TIOS, PRIMOS Y SOBRINOS
CON CARÍÑO.**

A MI FAMILIA

CON CARÍÑO.

TESIS QUE DEDICO

**A MI PATRIA GUATEMALA
A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
AL HOSPITAL DE REHABILITACION
AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION
A MIS CATEDRATICOS E INSTRUCTORES,
EN ESPECIAL A:**

**DR. ERNESTO ESCOBAR
DR. VICTOR ERNESTO VILLAGRAN COLON
DR. MIGUEL ANGEL AVENDAÑO**

**A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS,
EN ESPECIAL A:**

**DR. JUAN CARLOS LORENTI
LEONOR SOLARES RODRIGUEZ
MARIO FERNANDO ESCOBAR.**

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el alto honor de someter con todo respeto a vuestra consideración el trabajo de tesis titulado: "DISEÑO, EJECUCION Y EVALUACION DE UN PROGRAMA DE CAPACITACION SOBRE SALUD BUCAL, PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE TIENE A SU CARGO EL CUIDADO DE LOS PACIENTES INTERNOS INCAPACITADOS FISICOS POR SECUELAS DE UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL", conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Dra. Ana Patricia Hernández Gallardo, por su valiosa colaboración en la orientación y asesoramiento de este estudio.

Y a ustedes distinguidos Miembros del Honorable Tribunal Examinador, acepten mi más alta muestra de consideración y respeto.

GRACIAS.

INDICE

	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
CONCEPTOS DEL PROBLEMA	6
REVISION DE LITERATURA	9
PRESENTACION DEL PROGRAMA	22
METODOLOGIA	53
PRESENTACION DE RESULTADOS	60
DISCUSION DE RESULTADOS	70
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFIA	76

SUMARIO

En la presente investigación se diseñó, ejecutó y evaluó un programa de capacitación sobre Salud Bucal, dirigida al personal de Enfermería del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tomando para el efecto una muestra de 30 pacientes y 30 Auxiliares de Enfermería, haciéndoles a los primeros un control de placa bacteriana, inicial y final así mismo a los Auxiliares de Enfermería se les realizó dos evaluaciones de conocimiento, una diagnóstica y una final de conocimientos adquiridos, las que reflejaron resultados satisfactorios con respecto a los primeros.

De acuerdo a los resultados se pudo constatar que sí es posible prevenir complicaciones en la Cavidad Bucal de los pacientes internos en un hospital, con interés y dedicación.

INTRODUCCION

El incapacitado físico es una persona que como consecuencia de un accidente Cerebro Vascular o cualquier trauma le ha dejado con una deficiencia o con la disfunción de un miembro, por lo que necesita de la ayuda de personas capacitadas en diferentes disciplinas, para incorporarse a las actividades de la vida diaria, siendo en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Hospital de Rehabilitación, la unidad encargada del cuidado de este tipo de pacientes en donde, entre otras, el paciente recibe atención médica general, del Fisiatra, del Fisioterapeuta, Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Recreativa, Terapia del Habla, Psicoterapia, Servicio Social, Orientación Profesional, si el paciente amerita una especialidad, es referido a otra unidad. (14) (15)

En lo relacionado a higiene bucal se consideró que ésta es deficiente en este tipo de pacientes.

Tomando en cuenta la presente necesidad se diseñó, ejecutó y evaluó un programa educacional para la prevención y el cuidado de la Salud Bucal durante el mes de octubre de 1,994, dirigido al personal Auxiliar de Enfermería en un total de 30 personas que tienen a cargo el paciente con esta deficiencia en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, situado en Colinas de Pamplona zona 13.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes incapacitados físicos que se encuentran hospitalizados en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con secuelas de Accidente Cerebro Vascular, en un 49% están comprendidos entre los 60 a 75 años; el objetivo de tenerlos en este servicio es brindarles cuidados específicos como los de Enfermería, dentro de los cuales no está establecido en las asignaciones del personal Auxiliar el proporcionar un cuidado bucal adecuado, por lo que el mismo personal en una forma empírica ha observado que estos pacientes presentan deterioro de las piezas dentales, durante la estancia en este servicio, por falta de un cuidado adecuado de la cavidad bucal. (5)

JUSTIFICACION

1. El Odontólogo como miembro del equipo de salud, está en obligación de elaborar programas destinados a transmitir conocimientos con el fin de prevenir complicaciones en la cavidad bucal, así como dar orientación sobre la forma correcta de la higiene bucal a toda persona que lo solicite. (9) (16)
2. El personal Auxiliar de Enfermería que labora como tal en la Sala de Traumatismo de Cráneo del Hospital de Rehabilitación del Instituto Gautemalteco de Seguridad Social, no proporciona los cuidados sobre higiene bucal adecuada o ésta es limitada por desconocimiento de la técnica de cepillado dental, por lo que es conveniente capacitar al personal Auxiliar de Enfermería en esta temática, con el fin de proporcionar bienestar y prevenir complicaciones durante su hospitalización y en sus actividades del diario vivir, ayudando al paciente para que los días de hospitalización sean confortables. (13)
3. El Personal Auxiliar de Enfermería ha observado en los pacientes malos hábitos higiénicos, por desconocimiento de su importancia, por falta de estimulación o debido a la depresión por estar hospitalizados, por lo que se considera importante realizar esta capacitación que pretende que el paciente reciba una orientación o la higiene bucal adecuada y así prevenir daños posteriores, estimulándolo a que use o intente usar su miembro afectado con lo cual lo ejercitará ayudando de esta manera a la conservación de la salud del paciente. (1)

OBJETIVOS GENERALES

1. Diseñar un plan adecuado para capacitar al personal Auxiliar de Enfermería del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre Salud Bucal.
2. Ejecución del plan educativo.
3. Evaluación del plan educativo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar al personal Auxiliar de Enfermería del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre los conocimientos que posee sobre Salud Bucal.
2. Implementar un programa de Salud Bucal dedicado al personal de Auxiliar de Enfermería.
3. Evaluar al personal Auxiliar de Enfermería sobre los conocimientos adquiridos por el plan educativo de Salud Bucal.
4. Diseñar un irrigador bucal con instrumentos descartables adaptados a la necesidad, para poder ejecutar la higiene bucal.
5. Evaluar el plan educativo en los pacientes antes y después de aplicado el plan educativo, por medio de un control de placa Bacteriana, para poder tener una toma de decisión que indique si es o no funcional, aplicables y principalmente efectivo.

6. Informar a las autoridades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la situación real de cuidado bucal que se le prestará al paciente hospitalizado, posterior al conocimiento adquirido.

CONCEPTOS DEL PROBLEMA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.G.S.S.)

Entidad que protege a todos sus afiliados, que se encuentran expuestos de un modo u otro a contingencias que disminuyen o terminan sus ingresos cuando deben suspender su trabajo por causa de accidente, enfermedad, maternidad, invalidez o edad avanzada y a reparar los daños en su salud.

INCAPACITADO FISICO

Persona que tiene una deficiencia o disfunción de un miembro después de un trauma físico.

HOSPITAL DE REHABILITACION DE INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.G.S.S.)

Institución que presta un servicio para que una persona recupere en lo posible las funciones físicas, para realizar sus actividades de la vida diaria.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Paciente que presenta una isquemia o infarto de los vasos cerebrales ocluidos u obstruidos.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Persona que tiene a su cargo el cuidado y bienestar físico y emocional del paciente proporcionándole los tratamientos indicados por el médico tratante, para que alcance la mayor auto-suficiencia posible dentro de sus posibilidades. (12)

ASIGNACION DE TRABAJO

Distribución del Trabajo de cada servicio el cual es efectuado por la Jefa del mismo con asesoría de la Supervisora de Educación de Enfermería, las cuales son guías de trabajo las que deberán ser colocadas en forma accesible al personal. (12)

CAPACITACION

Habilitar a uno para una cosa, o hacerle apto para ella.

HOSPITALIZACION

Estancia de una persona con algún padecimiento en una institución destinada para el efecto, donde le es prestada la asistencia que necesita para la solución (curación) del mismo, por un periodo de tiempo no estipulado, dependiendo de la lesión del paciente.

PROGRAMA DE SALUD BUCAL

Serie de pláticas y demostraciones preparadas previamente, sobre lo que se refiere a cambios fisiológicos en la cavidad bucal, ya sea por el proceso de envejecimiento, deterioro o mal cuidado que se tenga de las estructuras de la cavidad bucal; asimismo proporcionar información sobre los mecanismos existentes para prevenir las afecciones de la cavidad bucal y las estructuras que la forman, tratando de esta forma de orientar al personal Auxiliar de Enfermería sobre cómo colaborar en la prevención de complicaciones orales en pacientes hospitalizados, llevando de esta forma la información a un número mayor de personas en una forma constante.

REVISION DE LITERATURA

REVISION BIBLIOGRAFICA

El Hospital de Rehabilitación, como una entidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se dedica a contribuir al desarrollo de servicios orientados a la rehabilitación en general y en especial de la rehabilitación profesional, a fin de proveer de una preparación y ocupación adecuada, al individuo incapacitado; dichos servicios se encuentran al alcance de todo aquel que lo requiera sin distingo de ninguna naturaleza. (15)

Dentro de la atención que la Institución proporciona a sus afiliados se encuentra la que se le brinda al paciente que ha sufrido un accidente Cerebro Vascular, porque son aspiraciones del régimen de Seguridad Social, proteger a todos los afiliados que se encuentran expuestos de un modo u otro a contingencias que disminuyen o terminan sus ingresos cuando deben suspender el trabajo por causa de accidente, enfermedad, maternidad, invalidez o edad avanzada y reparar los daños sufridos en la salud para mantener los ingresos personales y el bienestar general de la familia. (14)

Dentro del Hospital de Rehabilitación funciona una sala denominada Servicio de Afecciones y Traumatismos Cráneo Encefálicos; este servicio proporciona atención a pacientes con afecciones y traumatismos craneoencefálicos dentro de los cuales se encuentran los casos de Accidente Cerebro Vascular y los traumatismos de Cráneo propiamente; los primeros generalmente presentan secuelas de hemiplejías, monoplejías, problemas del lenguaje, etc., los segundos manifiestan problemas de comportamiento por lo que necesitan asistencia de enfermería de acuerdo a los principios de rehabilitación.

La atención de enfermería será individualizada de acuerdo a la condición y diagnóstico del paciente. (12)

Los pacientes con Accidente Cerebro vascular, son los que presentan una isquemia o infarto de los vasos cerebrales ocluidos u obstruidos una isquemia pasajera, en evolución o completada, la cual dejará como una secuela una incapacidad física a todo el que la sufre como disfunción o deficiencia de un miembro. (29)

Para poder comprender mejor la afección denominada Accidente Cerebro Vascular es necesario describir donde se produce esta lesión; siendo el cerebro la estructura más importante del sistema nervioso central, junto con el resto del encéfalo se encuentra en la cavidad craneana, donde está muy bien protegido, ya que posee una triple envoltura, constituida por una pared del cráneo, una conjuntiva representada por las meninges y la constituida por el líquido Cefalorraquídeo que forma una capa líquida de protección entre las hojas meníngeas.

La cara externa, es sin duda la más importante del cerebro, dado que los centros que rigen la motilidad y la sensibilidad del organismo se encuentran a este nivel. (25)

La causa más frecuente de lesiones cerebrales es la enfermedad de los vasos sanguíneos del Cerebro.

Al igual que ocurre en otros sitios de la economía corporal, los factores subyacentes principales son hipertensión y arteriosclerosis. La forma y distribución de una lesión vascular cerebral en cualquier caso dependen de muchísimas variables anatómicas y fisiológicas en el árbol vascular cerebral mismo.

Las anomalías de la distribución sanguínea clásica son muy frecuentes, por ejemplo, una arteria vertebral puede ser delgadísima y la otra tan voluminosa como el tronco basilar. Algunas veces la Arteria Cerebral posterior recibe la sangre principalmente de la carótida interna, por una arteria comunicante posterior

anormalmente voluminosa; pueden ocurrir casi todas las combinaciones de riesgo sanguíneo anómalo.

En estado de salud estas anomalías no obstaculizan la vascularización efectiva del cerebro, pero cuando los vasos experimentan enfermedades, pueden originar un conjunto atípico y confuso de manifestaciones clínicas y anatomopatológicas.

Las arterias principales en la base del Cerebro tienen un patrón semejante de ramificación. De cada vaso surgen ramas perforantes, que se distribuyen en las formaciones de la línea media.

Hay arterias circunferenciales cortas que riegan estructuras apartadas de la línea media y arterias circunferenciales largas que se extienden a porciones más alejadas del cerebro y cerebelo.

La angioarquitectura fina del Cerebro consiste, como en otros sitios, en una red de arteriolas, capilares, vénulas y venas, con anastomosis abundantes.

El sistema venoso que recibe la sangre del Cerebro no presenta válvulas. Microscópicamente, los vasos sanguíneos del Cerebro no difieren mucho de los otros lugares de la economía corporal.

En las arterias la lámina elástica interna está bien desarrollada, pero falta la elástica externa. Las arterias de menor calibre y las arteriolas no presentan túnica elástica definida y es difícil, a veces imposible distinguirlas de las venas de calibre correspondiente. (25)

La isquemia e infarto del cerebro es producido por la trombosis, las embolias del Cerebro, producen síntomas clínicos originando infarto cerebral, que significa

muerte neural por isquemia.

La isquemia Cerebral resulta de una reducción generalizada o una reducción localizada y prolongada del riego de sangre para el Cerebro. Si la isquemia es pasajera, dura menos de 10 a 15 minutos, no suele quedar ningún déficit neurológico demostrable; si dura más tiempo hay lesión neural, produciéndose disfunción neurológica invalidez y muerte. (29)

Los Accidentes Cerebro Vasculares se clasifican basándose en la clasificación anatómica de la isquemia o el infarto, los vasos cerebrales ocluidos u obstruidos, y el carácter temporal de todo el episodio clínico. Este último, en clínica, es el más útil por cuanto la terapéutica indicada suele ser diferente para los tres tipos de perfiles temporales observados. Estos tres perfiles se han definido como crisis isquémica pasajera, apoplejía en evolución o apoplejía progresiva y apoplejía completada.

EL TERMINO CRISIS ISQUEMICA:

Pasajera o apoplejía incipiente. Se refiere a episodios pasajeros de disfunción neurológica por enfermedad Cerebro Vascular; los ataques se cree que dependen de isquemia cerebral. Consisten en trastornos pasajeros de 5 a 30 minutos de duración en la función neurológica, que no dejan residuos permanente.

LA APOPLEJIA EN EVOLUCION:

O apoplejía progresiva, es el trastorno que se observa en pacientes con disfunción neurológica creciente por isquemia cerebral durante minutos, horas o más raramente, durante varios días.

LA APOPLEJIA COMPLETADA:

Es el cuadro clínico observado en pacientes que ya no muestran progresión de déficit neurológico, o que han desarrollado un déficit neurológico que ya se halla en fase estable o de mejoría. La embolia cerebral es una causa de apoplejía completada en la cual el comienzo es un acontecimiento monofásico brusco y clínicamente hay un origen demostrable de los émbolos. (29)

Los reblandecimientos lacunares se pueden diagnosticar, en general fácilmente a partir sólo de los datos clínicos; en la mayoría de los casos se manifiesta como hemiplejía motora pura, síndrome disártrico o torpeza manual. Sin embargo, la ausencia de hipertensión actual o antigua, debe poner siempre en entredicho el reblandecimiento lacunar.

La embolias sobrevienen en general, en personas activas y el déficit cerebral se constituye entonces súbitamente. En caso de trombosis, por el contrario, se observan con frecuencia signos premonitorios sobre todo una tartamudez; además, la trombosis sobreviene más a menudo durante los períodos de inactividad o durante el sueño, cuando la tensión arterial tiende a ser baja.

Toda embolia cerebral tiene necesariamente un origen; este diagnóstico será mucho más verosímil en caso de infarto de miocardio reciente, endocarditis bacteriana subaguda, fibrilación auricular, estenosis mitral, lupus eritomatoso diseminado o carcinoma.

Localización:

La hemorragia se produce en las zonas profundas del cerebro, es decir, a nivel del putamen (60% de los casos) o del tálamo (24), invadiendo la sangre muchas veces el sistema ventricular. Aproximadamente un 10% de las hemorragias se producen en

el cerebro y otro 10% a nivel del tronco cerebral.

Diagnóstico Diferencial:

Como ya hemos indicado, la hemorragia sobreviene habitualmente durante un período de actividad. Los síntomas pueden hacer su aparición bruscamente y se agravan, en general, durante los primeros quince minutos en vez de alcanzar inicialmente su máxima intensidad. En caso de hemorragia grave se constituye habitualmente un déficit en 6 a 12 horas que se acompaña de signos de hipertensión intracraneana, de estado semicomatoso, de vómitos e incluso de signos meníngeos. Los exámenes ponen de manifiesto la presencia de una masa y la Punción Lumbar contiene sangre en un 90% de los casos.

Hemorragias Subaracnoideas:

Son habitualmente consecuencia de la ruptura de una malformación vascular o de un aneurisma. Aunque en un 10% de los casos no se encuentra ninguna causa específica.

Una hemorragia subaracnoidea puede sobrevenir igualmente en una persona que padezca una discrasia sanguínea del tipo de una trombocitopenia. (7)

Cuando se produce la hemorragia subaracnoidea, la mayoría de los enfermos presentan una alteración transitoria de la conciencia, que puede limitarse a una simple confusión o una pérdida momentánea del conocimiento.

Las cefaleas intensas, persistentes, duran en la mayoría de los casos casi una semana y se acompañan de signos meníngeos relacionados con la presencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo. (4)

Manifestaciones clínicas según el sitio de la Oclusión Vascular.

Cuando la oclusión es en la Carótida primitiva y Carótida interna, el obstáculo reside casi siempre a nivel de la bifurcación de la Carótida interna. El cuadro clínico varía en relación a la extensión del obstáculo, rapidez de instauración y efectividad de la circulación colateral produciendo hemiplejía (parálisis más intensa en el miembro superior) y pérdida de la sensibilidad espacial y discriminativa en el lado opuesto de la lesión del cuerpo; existe afasia cuando la lesión asienta en el lado izquierdo. (4)

La sintomatología clínica clásica varía según el nivel en que radica la oclusión.

1. **A NIVEL DEL ORIGEN:** Hemiplejía contralateral de predominio crural con pérdida de la sensibilidad de tipo cortical; cuando la obstrucción es izquierda, hay además, trastornos psíquicos, afasia de expresión y finalmente apraxia en el lado izquierdo del cuerpo.
2. **OCCLUSION DE LA ARTERIA DE HUEBNER:** Parálisis de la cara, la lengua y miembro superior del lado opuesto y cuando la lesión es izquierda, hay además, trastornos psíquicos y afasia de expresión.
3. **OCCLUSION DE LA ARTERIA PARACENTRAL:** Monoplejía espástica crural de lado opuesto, con pérdida de la sensibilidad de tipo cortical en el miembro afectado o sin ella.
4. **OCCLUSION DISTAL DE LA ARTERIA DE HUEBNER:** Hemiplejía del lado opuesto, de predominio crural y signo de "Prensión" en el miembro superior afectado.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN LA OCLUSION DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA:

- 1. OCLUSION A NIVEL DE SU ORIGEN:** Reblandecimiento silviano total, incompatible con la vida, que se caracteriza por: Gran hemiplejía contralateral de predominio en la cara, lengua y miembro superior; gran hemianestesia, hemianopsia y cuando la obstrucción radica en el lado izquierdo, afasia de expresión, así como dificultad de comprensión de la palabra hablada y escrita (afasia global).
- 2. OCLUSION A NIVEL DE LAS ARTERIAS LENTICULOESTRIADAS:** Reblandecimiento silviano profundo, caracterizado por hemiplejía con hemianestesia o sin ella, pero sin afasia ni hemianopsia.
- 3. OCLUSION DEL GRUPO SILVIANO:** Reblandecimiento silviano superficial que se manifiesta por: hemiplejía de predominio braquial, hemianestesia de tipo cortical, con ligera afasia, si la lesión asienta en la parte izquierda.

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR:

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- 1. SINDROME DE OCLUSION SUBTOTAL:** Hemianestesia de tipo talámico, con hemiparesia, hemiataxia, hemianopsia homónima y si la lesión asienta en el lado izquierdo, afasia y alexia.
- 2. SINDROME DE OCLUSION PARCIAL:** Ramas posteriores o distales: La lesión es izquierda. por alexia pura.

TRONCO BASILAR Y SUS RAMAS:

Irrigan la protuberancia y el cerebelo. La oclusión del primero motiva un coma cuadripléjico con parálisis pseudobulbar y miosis bilateral intensa y fija. La muerte es rápida. La obstrucción parcial de sus ramas paramediales son causas de hemiplejías alternas protuberanciales. Si se afecta la arteria cerebelosa superior se produce un Síndrome cerebeloso homolateral más movimiento coreiforme con predominio de miembros superiores, analgesia y termoanestesia en el hemicuerpo contralateral. (4)

ARTERIA VERTEBRAL Y SUS RAMAS:

Tiene en exclusiva la irrigación del bulbo raquídeo. La afección de las ramas paramedianas motiva la hemiplejía alterna hipoglósica Síndrome de Jackson y la trombosis de la arteria cerebelosa posteroinferior el llamado Síndrome de Wallenber. (17)

Según un estudio reciente realizado en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por un grupo de médicos de este Hospital, durante el año 1,991, se llegó a la conclusión que en 93 pacientes con Diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular que ingresaron del 1 de enero de 1990, al 1 de octubre de 1,991, se determinó que el rango de edad más afectado es de 60 a 75 años en un 49%. (5)

Tal como se describe en la literatura, el sexo masculino es el que predomina, siendo el bloqueo trombótico con un 69%, seguido por el hemorrágico en un 25%. (Se determinó que el método clínico ocupa el primer lugar).

Entre los factores de riesgo más asociados a un ataque de Accidente Cerebro Vascular se encontró que la hipertensión arterial, el sedentarismo, el tabaquismo y en menor proporción el alcoholismo y la obesidad son los más frecuentes; se encontró

que la localización anatómica más afectada en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular del estudio fue la arteria cerebral media.

Las secuelas neurológicas más importantes encontradas en los pacientes que desarrollan Accidente Cerebro Vascular fueron las siguientes:

1. Hemiplejía izquierda.
2. Monoplejía del Miembro superior con paresia del miembro inferior.
3. Hemiplejía derecha con afasia.
4. Hemiparesia izquierda.

Período de estancia hospitalaria para recuperación funcional de los pacientes que desarrollan Accidente Cerebro Vascular fue de 2-4 meses; se determinó que no existe diferencia en el tiempo necesario para lograr independencia de Actividades de la vida diaria, según el hemisferio cerebral afectado.

Entre los factores de riesgo del Accidente Cerebro Vascular podemos enumerar los siguientes:

Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Diabetes, Soplos Carotídeos Asintomáticos, Ataques Isquémicos Transitorios, Infartos trombóticos, Infartos Lacunares, Infartos Embólicos, Hemorragia Intracerebral Hipertensiva y otras hemorragias intracerebrales, hemorragias subaracnoideas, (debido a la ruptura de un aneurisma sacular).

Malformaciones arteriovenosas, enfermedades de las venas, otras causas de Accidente Cerebro Vascular no arteriosclerótico. (17)

Dado que esta lesión se da en su mayoría en personas mayores de 60 años, se pasa a describir lo que es el paciente geronte y cómo tratarlos ya que éstos presentan uno o más padecimientos y dificultades psicosociales. (5)

PACIENTE GERONTE:

Farreras dice en su teoría actual sobre el envejecimiento, "no hay duda que todo ser vivo es un ser para la muerte".

El proceso del envejecimiento y de la muerte ha sido enfocado desde muy diversos puntos de vista. En gerontología existen actualmente dos posiciones relativamente opuestas, la de los que consideran que el envejecimiento es un proceso "fisiológico" normal de todo ser vivo y que se basa en determinadas alteraciones macrocelulares, subcelulares o celulares y la de los que consideran que el envejecimiento es un proceso "patológico" resultado de la acumulación de una serie de trastornos que alteran la fisiología normal.

Nuevas hipótesis intentan conjugar ambos procesos fisiológicos y patológicos; parece aceptable que la vida de un ser vivo presenta un determinismo previo condicionado por la especie dada; la duración de vida del individuo sólo es previsible por métodos estadísticos.

Traducido en términos biológicos celulares, parece que hay dos mecanismos probablemente independientes que inducen al envejecimiento:

1. Un mecanismo determinado "genéticamente" descrito generalmente como un envejecimiento programado.

2. Un mecanismo "estocástico" descrito generalmente como una acumulación de errores. (7)

Dentro del tratamiento médico que el paciente recibe en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para su recuperación, después de un Accidente Cerebro Vascular o Trauma Cráneo Encefálico, se encuentran los siguientes medicamentos que entre sus efectos secundarios, pueden repercutir en la Salud Bucal: La aspiririna o ácido acetilsalicílico, que puede producir convulsiones, depresión, confusión, mareos, psicosis, estupor, coma, náuseas, vómitos, visión borrosa.

La carbamazepina o tegretol, que entre sus efectos secundarios produce somnolencia, lasitud, náuseas, vómitos.

El captopril o capotén, puede producir angioedema, alteraciones del gusto, estomatitis que semeja úlceras aftosas.

El diazepam que en una sobredosificación produce una sedación marcada, somnolencia, vértigo y debilidad muscular.

El epamín o Fenitohina Sódica, que da una reacción de nistagmo, ataxia, dificultad en la dicción, confusión mental, mareo, nervisismo, calambres, náuseas, vómitos, hiperplasia en la encía.

El Inderal o Propanolol que produce náusea, lasitud y parestesia de las manos.

El Ibuprofen o motrín puede producir náusea, vértigo.

PRESENTACION DEL PROGRAMA

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL

OBJETIVO GENERAL

1. **Implantar un programa de educación sobre Salud Bucal.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. **Determinar el grado de conocimiento que el personal Auxiliar de Enfermería posee sobre Salud Bucal.**
2. **Que el Personal Auxiliar de Enfermería adquiera conocimientos sobre Higiene Bucal.**
3. **Que se proporcione una higiene bucal acorde a la necesidad del paciente.**
4. **Que el personal elabore equipo con material descartable para improvisar un irrigador Bucal.**

PRIMERA SESION

OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	EVALUACION
Capacitar al Personal Auxiliar de Enfermería para que adquiera conocimientos sobre lo que es Accidente Cerebro Vascular	<ul style="list-style-type: none">- Que es Accidente Cerebro Vascular.- Cambios en la cavidad bucal por la edad.- Depresión y Accidente Cerebro Vascular.	<ul style="list-style-type: none">- Exposición Oral dinamizada.	<ul style="list-style-type: none">- Prueba escrita.

SEGUNDA SESION

OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	EVALUACION
<p>1. Capacitar al Personal Auxiliar de Enfermería para que adquiera conocimientos generales sobre Caries dental y Enfermedad periodontal así como su prevención.</p>	<p>1.- Anatomía dental. - Que es la saliva. - Caries Dental. - Placa bacteriana. - Enfermedad periodontal - Técnica de Cepillado - Cuidado de Prótesis. - Baja lenguas acolchados.</p>	<p>1.- Exposición oral dinamizada.</p>	<p>1.- Prueba escrita.</p>
<p>2. Capacitar al Personal Auxiliar de Enfermería para que adquiera conocimientos sobre la construcción y utilización del irrigador bucal.</p>	<p>2.- Que es el irrigador bucal. - Materiales para construir el irrigador bucal. - Uso correcto del irrigador bucal.</p>	<p>2.- Exposición oral dinamizada. - Demostración. - Práctica de construcción del irrigador bucal.</p>	<p>2.- Prueba escrita. - Prueba práctica. - Prueba práctica.</p>

PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN DOS SESIONES

PRIMERA SESION

1. **AGRADECIMIENTO AL PERSONAL ASISTENTE**
2. **CARACTERISTICAS DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**
3. **CAMBIOS EN LA BOCA POR LA EDAD**
4. **LIMPIEZA DE PROTESIS DENTAL**
5. **LA DEPRESION Y ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**

Se procedió a impartir el curso de capacitación diariamente, sobre el cuidado bucal al personal Auxiliar de Enfermería del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el cual se desarrolló en 2 sesiones en una semana de 2 horas cada una, en el auditorio del mismo Hospital; para el efecto se cubrió los temas sobre lo que es el anciano, cambios en la boca del anciano, higiene bucal, cuidados del anciano, limpieza de prótesis dental, la depresión.

El primer día se les dió la Bienvenida al Personal, agradeciéndoles la colaboración para poder llevar a cabo dicho programa; seguidamente se les informó de la importancia que se le debe dar al cuidado bucal del paciente Hospitalizado que ha quedado con Secuelas de Accidente Cerebro Vascular y que tiene una incapacidad física para poder realizar actividades de la vida diaria.

Luego se procedió a evaluar al personal Auxiliar de Enfermería utilizando un cuestionario por medio del cual se constató el conocimiento que posee sobre Accidente Cerebro Vascular e Higiene Bucal.

EL ANCIANO

Es una persona que por su edad avanzada se encuentra en un proceso biológico de envejecimiento que transcurre independientemente de las enfermedades, lo que no implica que el proceso de envejecimiento transcurra sin cambios fisiopatológicos; entre los factores que aceleran el envejecimiento podemos encontrar: herencia, estado marital, raza, clima, sexo, residencia urbana o rural, clase de trabajo, dieta, así como las afecciones vasculares, diabetes, artritis reumatoidea y cáncer, reducción del colágeno en el organismo, lo que hace que los tejidos suaves se vuelvan duros y poco flexibles. (23)

Los cambios en su conducción nerviosa se reduce en un 15%, el flujo sanguíneo se reduce en un 50%; disminución de la velocidad del metabolismo, el volumen cardíaco se reduce en un 30%, capacidad aumentada de la desecación de los tejidos, atrofia celular, pérdida marcada del tono tisular, elasticidad y velocidad de la capacidad neuromuscular, progresiva degeneración del sistema nervioso central, disminución en el metabolismo cerebral y capacidad de aprendizaje, disminución en la velocidad de la respuesta motora, disminución de la máxima capacidad respiratoria, de la capacidad vital del agua intracelular, aumento de la pigmentación celular, infiltración grasa y limitación de la movilidad articular junto a artrosis. (17)

CUIDADO DEL ANCIANO

Necesita un plan diferente. El personal de enfermería debe ser capaz de indentificar problemas, necesidades y acciones específicas adecuadas para la atención correcta lo cual da como resultado, una serie de beneficios para los pacientes de edad avanzada.

Como es conocido por todo el personal que trabaja en salud, día a día aumenta el número de ancianos que deben ser atendidos en las instituciones dedicadas a la salud.

La atención de enfermería al anciano debe tomar una conducta de salud positiva en las personas de edad avanzada, proveer comodidad y apoyo en momentos o situaciones de estrés incluyendo el proceso de morir.

Facilitar el diagnóstico, el alivio, el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación en el individuo de edad avanzada, promover al máximo la salud y el desarrollo del envejecimiento. Entendimiento de los procesos normales del envejecimiento. Ayudar al anciano para que se comprometa consigo mismo y cumpla con su régimen terapéutico, para acelerar su recuperación; prevenir complicaciones y mayor deterioro, reducir los costos del cuidado médico, así como la mortalidad o incapacidad.

Los métodos utilizados en enfermería para lograr lo anterior incluyen educación, consultoría, consejería y demostraciones. Al aplicar la enfermería geriátrica, se requiere hacer modificaciones para adaptar todos los procesos, de modo que se consideren las necesidades únicas de las personas de edad avanzada.

El personal de enfermería debe ser capaz de descubrir necesidades, problemas, gustos y disgustos en el paciente, debe reconocer que para identificar las necesidades es esencial conversar con el paciente, así como se valorarán las potencialidades físicas y emocionales del anciano.

Debe tenerse presente que la mayoría de las veces el personal de enfermería, es el que está siempre disponible para ayudarlo a identificar, afrontar y resolver sus problemas, por lo que debe concientizar que la falta de actividad muscular origina debilidad.

Los músculos que no se activan en toda su capacidad de movimiento se acortan y originan deformidad. Cuando los tejidos no reciben nutrición y ejercicio adecuado, se deterioran por la atrofia.

Entre otras, las necesidades emocionales que se presentan se pueden mencionar las siguientes:

Dependencia, soledad, privación sensorial, alteraciones en la percepción, confusión, pérdida del apetito, depresión y aislamiento. (23)

CAMBIOS EN LA CAVIDAD BUCAL:

En la edad avanzada existen cambios en la cavidad bucal como reducción en la capacidad muscular, por lo que hay reducción en fuerza masticatoria, hay pérdida de los dientes y de sus membranas periodontales, existe degeneración de las papilas gustativas de la lengua y en los receptores de los olores en el techo de la nariz, por lo que los ancianos sufren de pérdida del apetito debido a una disminución en los receptores periféricos sensoriales, existe fisuración en la lengua, hay aumento de tamaño de la lengua en toda boca edéntula; las glándulas salivales disminuyen su función causando xerostomía relativa o absoluta, la condición de la saliva cambia de ácida a una alcalina. La mucosa oral pierde su elasticidad.

Es difícil mantener la boca limpia debido a que las partículas de comida se adhieren más firmemente, lo que predispone a la irritación mecánica y da la sensación de ardor en la boca y la lengua.

La saliva se vuelve más viscosa y pegajosa lo que multiplica las bacterias, la mucosa pierde su elasticidad, hay resequedad, tomando un tono satinado o edematoso más delgada, menos vascularizada y cicatriza más lentamente por lo que está propensa a ser afectada por infecciones o por hongos; en la parte debajo de la lengua y el piso de la boca se observan varicosidades. (8)

HIGIENE BUCAL:

Con los años, el anciano ha ido desarrollando sus propios hábitos de higiene diaria; si es posible, que no rompa su rutina normal por el hecho de haber ingresado en el hospital.

El enfermo necesita cuidados regulares (ya sea el personal de enfermería quien se los dispense o que lo haga por sí mismo) para sentirse mejor y prevenir la aparición de problemas sobreañadidos.

Como bien se sabe, se requiere una atención diaria para mantener en óptimas condiciones la cavidad bucal (lengua, dientes, paladar y encías) del paciente.

Estos cuidados evitarán que los dientes se deterioren y caigan, ayudarán a mantener sus hábitos de alimentación normales y también su autoimagen.

Recuérdle al enfermo que una buena prevención empieza por una revisión Odontológica periódica (por ejemplo dos veces al año). Estos controles pueden hacerse a bajo coste en algunas clínicas dentales o en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), en forma gratuita como una prestación de servicio a que tiene derecho como afiliado. La buena alimentación también contribuye a mantener la salud bucal. Las sopas evitan la sequedad bucal y mantienen tersas las encías como el aumentar la ingesta de líquidos.

El cepillado dentario diario y los hilos dentales eliminan la placa y los restos orgánicos que podrían provocar caries, alteraciones de las encías y caída de los dientes.

Enséñele al paciente y a su familia la importancia de una buena higiene bucal; comience por explicarles los signos y síntomas de las distintas afecciones bucales que preceden a la inflamación y sangrado de las encías.

Estos signos y síntomas son:

- Lengua Saburral
- Saliva densa y pegajosa
- Mal aliento
- Intolerancia a líquidos fríos y calientes
- Molestias al hablar o masticar
- Pérdida del apetito o pérdida de peso.

Para prevenir estos problemas recomiéndele al paciente que se cepille los dientes y que utilice el hilo dental al menos tres veces diarias. Enséñele la manera más adecuada de hacerlo, debe cepillarse todas las superficies dentarias con ocho o diez pasadas como mínimo, moviendo el cepillo desde la encía hasta la corona, realizando movimientos cortos y rotatorios en la zona donde la encía da paso a la superficie del diente.

En lo posible mantenga la intimidad mientras el paciente realiza su cuidado bucal. Enséñele a eliminar los restos de alimentos mediante el hilo dental o una tira de tela suave cuando los dientes están muy separados.(21)

Debe introducir el hilo entre los dos dientes y moverlo suavemente entre las encías y el diente.

Para un cuidado bucal óptimo, también debe cepillarse la lengua y el paladar. Esto eliminará la espesa saliva consecutiva a la reducción de la actividad salival o

a la presencia de dentaduras postizas y puentes; si no se elimina la saliva espesa puede llegar a formar una costra maloliente llamada Sordes (materia alba) que produce halitosis.

Evite este problema mediante:

- Enjuagues frecuentes con agua tibia
- Aumento de ingesta de líquidos

Antes de dar por finalizada la higiene bucal, recomiéndele al paciente que se enjuague la boca con un elixir fluorado, agua corriente con zumo de limón o una solución de agua oxigenada diluida. Con esta última debe enjuagarse con agua corriente abundante, ya que el uso continuado de ella puede reblandecer las encías y descalcificar los dientes.

Para evitar la sequedad bucal, aplique aceite vegetal a la superficie lingual y paladar, proteja los labios con lanolina o una crema hidrosoluble. (21)

LIMPIEZA DE LA PROTESIS DENTAL

Insista en la importancia de mantener la dentadura limpia y en buenas condiciones.

Para ello, enséñele al paciente a:

1. Tratar la dentadura con cuidado.
2. Cepillarse después de cada comida y antes de acostarse, deberá frotarla meticulosamente con un cepillo duro.

3. Utilice jabón sin olor y no crema dental, para que no se decolore por los abrasivos que contiene la crema dental.
4. Si no puede cepillarla después de cada comida, recomiéndele que la enjuague con agua corriente, insista en que se enjuague la boca tras cepillar la dentadura, especialmente si ha comido alimentos que contengan semillas.
5. Quitarse la dentadura cada noche, a menos que exista alguna contraindicación y sumergirla en un recipiente tapado, que contenga agua corriente con esencia de menta, zumo de limón o algún producto comercial; debe cambiar esta solución a diario.
6. Guardar la dentadura postiza en un lugar seguro, cuando no la esté usando.
7. El recipiente que contenga la dentadura deberá llevar una identificación permanente o marcar la dentadura de cada paciente.
8. Si la prótesis presenta manchas, sumergirla en una solución de vinagre blanco puro una vez a la semana, por la noche.
9. Si su paciente no colabora, Usted puede hacerlo por él, lavándola en el lavamanos, el cual deberá estar protegido por una toalla en el fondo, para evitar fracturas de la misma si llegara a caerse o dentro de un recipiente con agua. (21)

LA DEPRESION

Realmente, la tristeza patológica en las depresiones es un sentimiento radicalmente distinto de la tristeza (normal).

Por otra parte la tristeza patológica se acompaña de una serie de fenómenos clínicos que le conforman como un elemento más importante pero no único ni siempre presente de las depresiones.

Las depresiones tienen una génesis multifactorial, en la que diversas causas y motivos actúan sobre una personalidad que posee una predisposición más o menos acentuada.

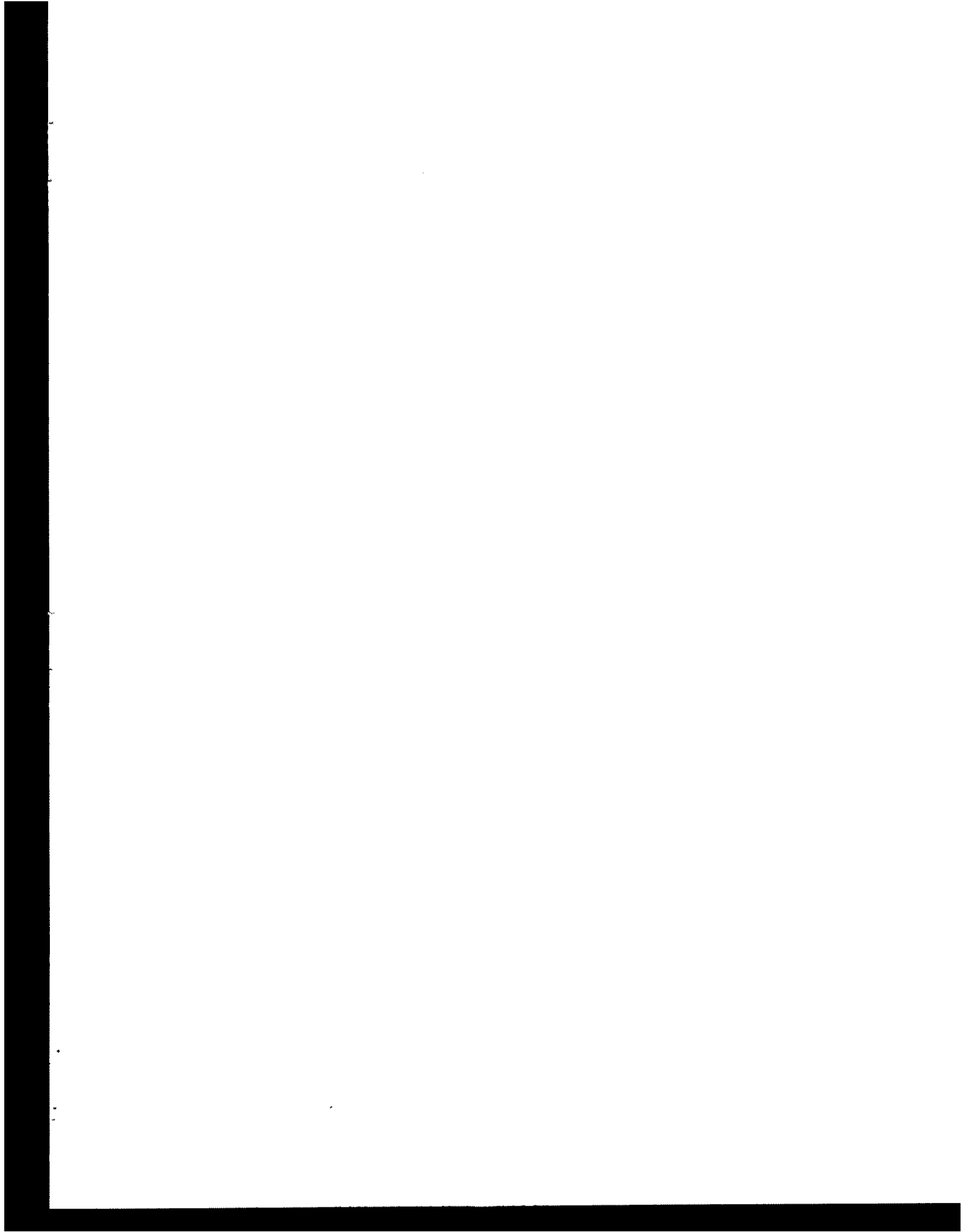
Entre las causas y motivos señalados con mayor frecuencia pueden establecerse varios grupos que van desde aquellas de naturaleza más estrictamente biológica (genéticas, somáticas) hasta las de naturaleza psicológica y psico-social.

Distintas circunstancias de naturaleza biológica pueden influir sobre el paciente y, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico, bioquímico son capaces de determinar cambios y manifestarse mediante síntomas depresivos.

Algunos pacientes depresivos no logran comunicar su propio e íntimo sufrimiento. Compete pues, al médico o al personal de enfermería la tarea de recibir y descifrar los diversos tipos de mensajes melancólicos, ya sean o no verbales. La mímica de los enfermos deprimidos es muy característica; expresión de tristeza o angustia, pliegues faciales marcados, llanto inmotivado, disminución del rendimiento en cualquier terreno, tendencia al aislamiento prefiriendo que lo dejen solo, sumido en su dolor y en sus ideas tristes. Tendencia a hacer las cosas con lentitud, con poca destreza y con desgano; en ocasiones el comportamiento del paciente es de agitación

y a veces de violencia, expresando su angustia y desesperación por medio de piernas intranquilas, ansiedad tibial, edemas angio-neuróticos, sudoración excesiva, lipotimias, temblores, tics, movimientos anormales, "Fatiga Crónica", hipotensión ortostática, trastornos del apetito, anorexia, bulimia, meteorismo, aerofagia, diarrea, "colitis", dispepsias, Neurosis cardíaca, síndrome de angustia cardíaca, trastornos del ritmo cardíaco, hipertensión arterial, trastornos vasomotores, disnea, rinitis, asma, vejiga nerviosa, enuresis nocturna, impotencia, frigidez, alopecia, eczema, equimosis.

El riesgo más importante de las depresiones es el suicidio; reconociendo estos signos y síntomas podemos tomar la actitud de acuerdo al estado en que se encuentre el paciente, motivarlo para que realice las actividades de la vida diaria, estimularlo y que comprenda que él es importante y existe un por qué de la vida y que la vida continúa. (1)



ANATOMIA DENTAL:

En toda persona adulta encontramos 4 incisivos, 2 caninos, 4 premolares, 6 molares en cada arcada, haciendo un total de 32 piezas, las cuales tienen como función: rasgar, cortar y triturar los alimentos; los dientes están colocados en la cavidad bucal en los huesos maxilares dentro de los cuales existen agujeros llamados alvéolos donde están incrustadas las raíces de los mismos.

Si observamos una pieza dental, cualquiera que sea, notamos que se compone de diferentes partes que son muy diferentes unas de otras; así encontramos una porción llamada "Corona" que es la que siempre observamos al abrir la boca; la porción que se encuentra implantada en el maxilar constituye la raíz, el área entre la raíz y la corona se denomina "Cuello". Toda pieza dentaria está constituida de corona, cuello y raíz; la corona está cubierta de esmalte, la raíz con frecuencia es de forma cónica, que normalmente está cubierta de cemento. Todo diente está rodeado por la encía y dependiendo de la edad de la persona encontramos a diferentes niveles del diente, ya que ésta se retrae con la edad. Toda pieza de afuera hacia adentro posee las estructuras siguientes; esmalte, dentina y pulpa dentaria que es donde se aloja el nervio, vena y arteria dental. (2)

SEGUNDA SESION

1. ANATOMIA DENTAL
2. LA SALIVA
3. CARIES DENTAL
4. PLACA BACTERIANA
5. GINGIVITIS
6. ENFERMEDAD PERIODONTAL
7. CALCULO O TARTARO DENTARIO
8. TECNICA DE CEPILLADO
9. BAJALENGUAS ACOLCHADOS
10. CONSTRUCCION DE UN IRRIGADOR BUCAL Y COMO USARLO.

CARIES DENTAL:

La definición aceptable de caries dentaria es difícil porque en su producción intervienen numerosos factores. Sin embargo, es posible presentar un concepto descriptivo que comprenda los aspectos más importantes.

La caries dentaria es una enfermedad infecciosa causada directamente por la acción de las bacterias acidogénicas; o sea, que esta clase de bacterias convierten en ácidos los residuos alimenticios que se encuentran en la boca. Son capaces de producir la destrucción de los tejidos duros del diente como el esmalte y la dentina; también a tejidos blandos como la pulpa dentaria.

El fenómeno de la caries es progresivo y si no es detenida causa alteraciones inflamatorias de la pulpa dentaria, que es donde se aloja el nervio, llegando finalmente a causar la pérdida de la pieza dentaria.

La parte profunda de la placa bacteriana contiene microorganismos que obtienen su energía a partir de los residuos de alimentos dejados en los dientes. Estos actúan como un ácido sobre el mineral del esmalte dental, induce a la pérdida de la capa que lo recubre a la cual se le conoce como esmalte, pasando luego a una capa más profunda llamada dentina donde existen terminaciones nerviosas, por lo que empieza a doler. (20)

Puede llegar a dañar lo que se conoce como pulpa dentaria, que es donde se aloja el nervio del diente; al llegar aquí el dolor es más agudo. Para evitar que se manifieste la caries debemos cuidar nuestros dientes, después de comer dulces, chocolates, chicles o todo lo que contenga azúcares refinados, así también después de cada comida, cepillándolos por lo menos tres veces al día; pero si no contamos en el momento con un cepillo y pasta se pueden hacer buches con agua en forma energética. (9)(10)

Uno de los factores requeridos para que ocurra la caries es la presencia de un huésped susceptible. Hace ya algún tiempo que se considera como un factor determinante a la forma del diente.

Con base en observaciones de tipo clínico, se sabe que las áreas con hendiduras y fisuras de los dientes posteriores, son altamente susceptibles a la caries. Los residuos de alimentos y los microorganismos se incrustan fácilmente en las fisuras. Las bacterias son esenciales para el desarrollo de una lesión cariada.

La acidez de la placa dental después de la ingestión de alimentos se cree que es de mucha importancia en la formación de la caries; esta acidez está influenciada por la acidez individual de los alimentos, su contenido de azúcares y el flujo promedio de saliva.

La producción de ácido y la desmineralización del esmalte producida por varios alimentos se ha comparado en pruebas de fermentación, se ha encontrado que los alimentos no sólo se retienen en los dientes, sino también en los tejidos blandos de la boca. (22)

PLACA BACTERIANA O PLACA MICROBIANA:

Se ha definido a la placa microbiana como agregados de microorganismos a los dientes u otras estructuras bucales sólidas como coronas, puentes o prótesis totales. Otra definición distingue la placa bacteriana de la materia alba, la cual se puede distinguir de la placa bacteriana a simple vista aunque también está constituida por microorganismos que se acumulan en una boca no limpia sobre la superficie de los dientes. La distinción entre la placa bacteriana y materia alba está determinada por la intensidad de la adhesión del depósito: si la acción mecánica de un chorro fuerte de agua la elimina removiendo esta especie de masa que se acumula sobre los dientes, se denomina materia alba; si soporta el chorro de agua, se trata de placa bacteriana, pues ésta es como una sustancia gelatinosa que se adhiere al diente. (3) (10) (19)

Se utiliza en términos generales placa bacteriana, para designar ambos tipos de acúmulos microbianos en las superficies sólidas de la boca. Se puede confirmar su presencia por medio de un raspado de la superficie dentaria, a lo largo del margen de la encía alrededor de la corona del diente o por medio de sustancias o tabletas reveladoras utilizadas para el efecto.

Se puede formar placa bacteriana en cualquier punto de las estructuras sólidas de la boca, si el lugar no está protegido de la acción de limpieza mecánica normal, por la lengua, los carrillos y los labios.

De tal modo, los depósitos de placa se encuentran irregularmente presentes en las fisuras, hoyitos, zanjas o hendiduras que presentan los molares en donde se mastica; a esta área se le conoce como cara aclusal; también cualquier irregularidad o aun en las superficies dentarias lisas; en rellenos y coronas artificiales y sobre todo, en rellenos mal adaptados, en bandas de aparatos o prótesis dentales.

La placa bacteriana es la principal causa de enfermedad de la encía o alrededor del diente conocida como periodontal y caries, por lo que se debe hacer conciencia en las personas de que su ayuda es muy importante en la conservación de la higiene bucal, la cual debe efectuarse diariamente por lo menos tres veces. (9)

La placa dental se acumula en las áreas de estancamiento como el margen de unión de la corona del diente y la encía, los espacios entre diente y diente, en las grietas de las muelas donde uno mastica los alimentos. La placa dental adherida por largo tiempo puede endurecerse y formar un cálculo.

GINGIVITIS:

Generalmente existe concordancia entre los cambios patológicos de la gingivitis debido a la presencia de microorganismos en la unión del diente y la encía; estos microorganismos son capaces de sintetizar sustancias potencialmente lesivas que producen daño en las células de los tejidos, así como en los componentes entre célula y célula, como el colágeno, sustancia fundamental (membrana celular).

La secuencia de los acontecimientos en el desarrollo de la gingivitis debe analizarse en tres etapas diferentes; una etapa se une claramente con la otra, sin existir líneas demasiado concretas.

ETAPA I

Los cambios vasculares han sido descritos como la primera respuesta a la inflamación gingival o de la encía, la cual se conoce como inflamación gingival inicial. Esta respuesta vascular consiste esencialmente en la dilatación capilar y el aumento del flujo sanguíneo. Existen cambios en la forma de los vasos sanguíneos, como ensanchamiento de los pequeños capilares o vénulas y adherencias de los microorganismos a las paredes vasculares, dentro de la primera semana y a veces tan rápido como dos días después de que la placa se haya depositado.

ETAPA II

En este momento, pueden aparecer los signos clínicos de eritema (aumento de color), mostrando principalmente la proliferación de los capilares y la formación aumentada de capilares, entre las prolongaciones o rebordes de la encía.

La hemorragia es evidente a la presión o estimulación de la encía.

ETAPA III

En la gingivitis crónica, los vasos sanguíneos llegan a estar más inflamados o congestionados, existe alteración del retorno venoso y el flujo sanguíneo llega a debilitarse. El resultado es localizado tomando la encía un color violáceo que se sobrepone. La extravasación de las células rojas sanguíneas en el tejido y la ruptura de la hemoglobina en sus componentes pigmentarios, pueden también como es sabido, aumentar el color de la encía inflamada crónica.

Al parecer la inflamación de las encías es causada por las bacterias y sus productos en la placa dental adyacente al borde de la encía. Hay una respuesta inflamatoria aguda con la dilatación de los capilares de la encía. (3)

La eliminación de la placa produce la resolución de la gingivitis.

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Se conoce como periodontitis.

Es el tipo más común de enfermedad de las encías alrededor de los dientes, la cual es producida por la extensión hacia la unión entre la encía y el cuello de los dientes, hacia los tejidos más profundos o donde se une el hueso y la raíz.

La periodontitis puede ser clasificada como: periodontitis simple o marginal, en la que la destrucción de los tejidos se asocia sólo con inflamación; periodontitis compuesta, en la que la destrucción de los tejidos tiene una inflamación modificada por el trauma de la masticación o cierre mandibular; formas juveniles, las cuales constituyen un grupo especial de lesiones avanzadas en niños y adolescentes. (3)

La penetración bacteriana a la unión de la raíz y el hueso de soporte es un factor importante en el origen de la enfermedad.

Si la penetración bacteriana representa una característica regular de los estados avanzados de la enfermedad periodontal, puede llegar a aflojar e incluso a la pérdida del diente, por provocar la caída al mismo. Si ocurre en etapas menos avanzadas, aún no se ha determinado.

Se considera que el tártaro o sea, una masa calcificada sobre el diente, entre la encía y el esmalte del diente en la enfermedad gingival y en la periodontal, es uno de los irritantes responsables de la inflamación gingival y las bolsas periodontales; o sea, una bolsa que se forma en la profundidad de la encía. No se ha establecido si el tártaro inicia la inflamación gingival antes que el tártaro se forme. Sin embargo, la combinación del efecto químico bacteriano y mecánico del cálculo o tártaro perpetúa la inflamación gingival y lleva a la formación de la bolsa periodontal. (3) (10)

La bolsa periodontal es un lugar ideal para el crecimiento bacteriano y la acumulación de residuos con mayor formación de tártaro; ya sea que su rol en la formación de la bolsa sea primario o secundario, el tártaro perpetúa los cambios inflamatorios, degenerativos y proliferativos responsables de la profundización de la bolsa y de la destrucción de los tejidos alrededor del diente y del hueso de soporte. (10)

CALCULO O TARTARO DENTARIO:

Aunque se ha demostrado que las capas bacterianas adquiridas son el factor inicial fundamental en la enfermedad periodontal, la presencia del cálculo es de mayor preocupación para el especialista.

El efecto fundamental del cálculo no es, como se creía originalmente, debido a la irritación mecánica, sino al hecho de que siempre está cubierto por bacterias; estos depósitos calcificados desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento y la acentuación de la enfermedad periodontal, manteniendo la placa en íntimo contacto con el tejido alrededor del diente y creando áreas donde la remoción de la placa es imposible. Cuando existen cálculos en los dientes, los tejidos alrededor del diente están inflamados; cuando está presente en lesiones bajo la encía en una forma profunda, la capacidad de reparación y de rehaderencia es virtualmente imposible; por lo tanto el clínico debe ser extremadamente competente en su capacidad para eliminar el cálculo y el cemento necrótico al cual se adhiere.

El tártaro dental es un depósito calcificado que también se le conoce como sarro dental; se le ha conocido por siglos junto con su efecto perjudicial sobre los tejidos de la encía. Se define al cálculo como una masa calcificada y adherente que se forma sobre las superficies del diente, la cual puede ser por arriba de la encía o por abajo de donde se une la encía y el diente, entre el diente y la pared interna de la encía por su localización. (19)

Es una sustancia que se acumula en la superficie de los dientes y que si no se saca se transforma en una costra dura. (16)

Es una estructura en capas en la cual el grado de calcificación varía en las distintas capas, la que es precedida por la formación de placa bacteriana; los acúmulos de ésta sirven como matriz orgánica para la mineralización subsiguiente del depósito. (19)

Se ha observado que los cálculos se encuentran especialmente en caras que dan hacia los carrillos o labios a las cuales se les llama caras bucales, dándose más en las tres últimas muelas superiores y en los dientes inferiores anteriores llamados incisivos, del lado de la lengua o caras linguales. La mayor incidencia en estas superficies dentarias se cree que es por estar contiguas a los conductos excretores de las glándulas salivales; al cálculo se le considera un irritante responsable de la inflamación de las encías y formación de bolsas alrededor del diente, así como de la destrucción de los tejidos que le dan soporte a los dientes. (3)

La velocidad de formación y acumulación varía de una persona a otra, en diferentes dientes y en distintas épocas, en una misma persona, por lo que se puede clasificar a los individuos formadores de cálculos en moderados y leves. El crecimiento diario del cálculo es de 0.10 a 0.15 mg. hasta alcanzar un nivel máximo registrándose entre 10-18 semanas y 6 meses, de donde empieza la declinación por la acción de desgaste mecánico debido a la acción de los alimentos, carrillos, labios y lengua. (3)

El efecto primero del tártaro es la enfermedad alrededor de la encía del diente que se conoce como periodontal; se cree que grandes cantidades de tártaro pueden obstaculizar la eficacia de la higiene bucal diaria y por lo tanto, acelerar la formación de placa. Además, el depósito calcificado puede contener productos tóxicos para los

tejidos blandos.

Estos productos pueden persistir en el cálculo desde el período previo a su calcificación o pueden entrar en su superficie porosa desde la capa de placa.

En conclusión, el cálculo no es el factor inicial más significativo en la enfermedad conocida como periodontal, que comúnmente se le conoce como piorrea.

Sin embargo, su presencia torna imposible al terapeuta, la eliminación suficiente de la placa y a los pacientes realizar un control eficiente de la placa. (16)

TECNICA DEL CEPILLADO:

La mayoría de las personas se cepillan los dientes con intervalos bastante regulares, pero no llegan a hacerlo con minuciosidad suficiente como para prevenir la generación de la enfermedad de las encías alrededor del diente. Una razón común para el nivel inadecuado e higiene bucal personal es la falta de conocimiento apropiado de la enfermedad, la caries y la falta de motivación para combatirlas.

Por lo tanto en la mayoría de los casos la fase terapéutica relacionada con la causa, debe ser iniciada por la demostración al paciente de los síntomas de la enfermedad dentaria. Se puede lograr esto permitiendo el uso de un espejo de mano, con lo cual el paciente debe aprender a reconocer una lesión de caries, a distinguir entre un área de encía sana y una inflamada y apreciar la diferencia. Debe darse información adecuada y detallada al paciente con respecto al estado dental personal y sobre la relación entre la presencia de placa microbiana, cálculo dentario y la ubicación de puntos con enfermedad dental.

Esta información está dirigida a motivar al paciente para que coopere con el tratamiento. Las instrucciones siguientes en las técnicas de higiene bucal apropiadas, sólo serán eficaces si el paciente reconoce la salud bucal como un bien y un objeto valioso.

En la literatura se ha descrito una diversidad de métodos o técnicas de cepillado dental.

Lo más importante que la elección de un cierto método de cepillado dental en la creación de hábitos apropiados de cuidados hogareños, es la voluntad y en cierta medida, la capacidad de cada persona de limpiarse apropiadamente los dientes.

El control de los resultados de la limpieza dentaria personal es también importante para la institución de hábitos apropiados de cuidados personales, que la instrucción y práctica de un método determinado de cepillado. Se ubica la cabeza del cepillo contra los dientes en un ángulo de 45° respecto al diente, se comienza con movimientos de frotamiento en la encía y luego en la superficie dentaria. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

Luego las caras bucales y linguales de los dientes anteriores y posteriores, se barren de arriba hacia abajo en los superiores y de abajo hacia arriba en los inferiores; las caras donde se mastica, se limpian con movimientos circulares y de adelante hacia atrás y de atrás hacia adelante tanto en superiores como en inferiores.

Un elemento auxiliar para la limpieza bucal es el hilo dental; se utiliza regularmente para limpiar las superficies entre diente y diente, éste debe ser de nylon no encerado o seda encerada.

El hilo dental tiene por objeto eliminar los residuos de fibra o restos

alimenticios también para remover la placa bacteriana. (9) (16)

BAJALENGUAS ACOLCHADOS:

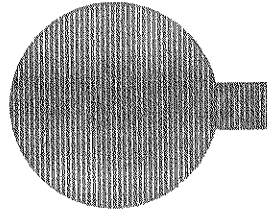
Se toma un bajalenguas el cual se forra en uno de sus extremos con gasa, sostenida por esparadrapo; éste nos servirá como un sustituto cuando el paciente no tiene un cepillo dental a la mano. Con él podemos limpiar sus dientes y si no posee crema dental, se podrá utilizar sal de cocina o bicarbonato de sodio diluido como un sustituto de la crema dental. Si el paciente es edéntulo, se limpiará con el bajalenguas acolchado el paladar y las encías.

COMO HACER UN IRRIGADOR BUCAL:

En los hospitales se utilizan las jeringas de aceptor con los pacientes hospitalizados, las cuales consisten en un perilla de hule y un cuerpo de vidrio. Con ésta se alimenta a pacientes inconscientes por medio de la adaptación de la jeringa a una sonda nasogástrica, por donde pasan los ponches especiales que alimentan al paciente; también se utilizan estas jeringas cuando se tapan las sondas de Folly por medio de las cuales orina el paciente. Estas sondas están dentro de la uretra de un paciente incontinente o inconsciente, cuando ésta se obstruye la cual se tiene que irrigar a presión con estas jeringas y agua estéril. Cuando el cuerpo de la jeringa se ha roto, quedan las perillas de hule, las cuales se pueden utilizar nuevamente como un irrigador bucal adaptándole una cánula plástica como la que cubre un catéter intravenoso.

Se podrá introducir agua a presión dentro de la boca del paciente después de cepillarlo y auxiliados por un riñón de metal o palangana, se recibirá el agua que salga de la cavidad bucal del paciente que no puede sostener líquidos en la boca; haciéndole varios enjuagues bucales al paciente, se logrará mantener la boca limpia.

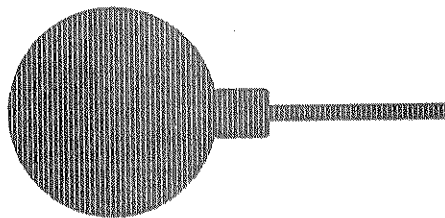
Perilla de Hule



Cobertor de Catéter
Intravenoso de Plástico



Irrigador Bucal



METODOLOGIA

PROCEDIMIENTO:

Para realizar la presente capacitación se requirió de la colaboración de las autoridades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del Director y Superintendente de Enfermeras del Hospital de Rehabilitación de la misma Institución, así como la colaboración y el interés del personal Auxiliar de Enfermería, que tiene a su cargo los pacientes con incapacidad física, como secuela de un Accidente Cerebro Vascular. Se tomó en cuenta al personal que labora en otras salas del mismo Hospital, en vista que constantemente este personal es rotado por los diferentes servicios; participó un total de 30 personas. Se utilizó un cuestionario previamente elaborado con preguntas de Afirmación o Negación, para corroborar el conocimiento que el personal posee sobre lo que es Accidente Cerebro Vascular, cuidados en Salud Bucal.

Se donó un lapicero y una libreta de anotaciones al personal que participó en la prueba, se utilizó el salón de conferencias del establecimiento donde se cuenta con un pizarrón y material como yesos y marcadores de agua; se utilizó un rotafolio con láminas ilustradas con el contenido del tema así como un proyector de diapositivas para mejor comprensión.

Valiéndonos de un dentoformo y un cepillo dental, se hace la demostración de técnicas de cepillado dental; para la elaboración de material se contó con 5 bajalenguas de madera, 10 gasas, esparadrapo, una perilla de hule, un protector de catéter intravenoso #18, un riñón grande de metal y una palangana de acero inoxidable, con lo cual se les enseñó a proveerse el equipo necesario para la ejecución de la higiene bucal adecuada.

TECNICA:

Se evaluó previo al programa a cada paciente sobre su higiene bucal, por medio de un control de placa bacteriana, utilizando un colorante para el efecto.

Se desarrolló un programa de educación en Salud Bucal, dirigido al personal Auxiliar de Enfermería del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. La evaluación diagnóstica se compone de 20 preguntas de Afirmación o Negación, evaluando el grado de conocimiento que posee el Auxiliar de Enfermería relacionado con Accidente Cerebro Vascular e higiene bucal, una vez terminada la evaluación se procedió a ordenarlas y se le dió una ponderación de 5 por pregunta para hacer un total de 100 puntos. Con ésto se determinó el grado de conocimientos que posee cada uno de los participantes.

Este resultado dió la pauta sobre el grado de comprensión de los asistentes y qué conocimientos adquirió sobre el tema.

Durante una semana se les impartió un adiestramiento abarcando conocimientos sobre los temas siguientes:

- PRIMERA SESION:

- * Agradecimiento al personal asistente;
- * Que es Accidente Cerebro Vascular;
- * Cambios en la Cavidad Bucal por la edad;
- * Cuidado de Prótesis;
- * La depresión; y,
- * Accidente Cerebro Vascular.

SEGUNDA SESION:

- * Anatomía dental;
- * La saliva;
- * Caries dental;
- * Placa bacteriana;
- * Enfermedad periodontal;
- * Técnica de cepillado;
- * Bajalenguas acolchados; y,
- * Construcción de un irrigador bucal y cómo usarlo.

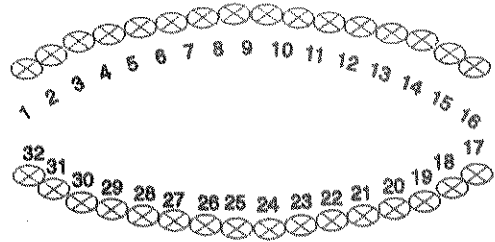
Al finalizar las exposiciones se verificó por medio de un examen final escrito, utilizando el mismo formato de evaluación, que se usó al inicio en la prueba diagnóstica, una práctica evaluada por medio de una Lista de Cotejo, con un nuevo control de placa bacteriana en cada paciente al finalizar el programa nos indicó que éste es funcional.

HOSPITAL DE REHABILITACION I.G.S.S.
FICHA CLINICA PARA EL CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

PRIMER CONTROL

Fecha: _____



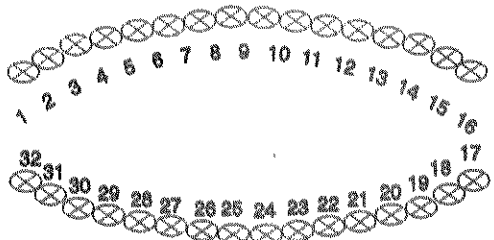
No. Superficies Porcentajes

=====

$$\frac{\text{PDP} \times 100}{\text{NDP}} = \text{_____} \quad \frac{\text{PDP} \times 100}{\text{NDP}} = \text{_____}$$

SEGUNDO CONTROL

Fecha: _____



No. Superficies Porcentajes

=====

$$\frac{\text{PDP} \times 100}{\text{NDP}} = \text{_____} \quad \frac{\text{PDP} \times 100}{\text{NDP}} = \text{_____}$$

(NDP) Número de dientes presentes x 4
 (PDP) Partes de los dientes con placa
 $\text{PDP} \times 100 = \text{Porcentaje de placa}$
 NDP El control efectivo de la placa se considera que el valor conceptual final sea menor de 20%

EVALUACION PRACTICA

Se evaluará al personal Auxiliar de Enfermería al ejecutar procedimientos de higiene bucal a un paciente con Accidente Cerebro Vascular, utilizando para su efecto una lista de cotejo para cada uno.

LISTA DE COTEJO

	SI	NO
1. PREPARA SU EQUIPO COMPLETO Y ADECUADAMENTE	___	___
2. COLOCA AL PACIENTE EN UNA FORMA CORRECTA	___	___
3. LE EXPLICA AL PACIENTE LO QUE LE VA HACER	___	___
4. PROTEJE CON UNA TOALLA EL TORAX	___	___
5. PONE PASTA DENTAL EN UN CEPILLO SECO	___	___
6. CEPILLA LOS DIENTES SUPERIORES DE ARRIBA HACIA ABAJO	___	___
7. CEPILLA LOS DIENTES INFERIORES DE ABAJO HACIA ARRIBA	___	___
8. CEPILLA LOS MOLARES EN FORMA CIRCULAR	___	___
9. LE INTRODUCE AGUA EN LA CAVIDAD BUCAL CON EL IRRIGADOR A PRESION CONTROLADA	___	___
10. TIENE RECIPIENTE PARA RECOLECTAR EL AGUA USADA	___	___
11. SECA CORRECTAMENTE AL PACIENTE	___	___
12. LE DA CUIDADO POSTERIOR AL EQUIPO	___	___

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

POBLACION QUE PARTICIPO EN EL CURSO "CAPACITACION SOBRE SALUD BUCAL", HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, OCTUBRE 1,994.

(Distribución por sexo)

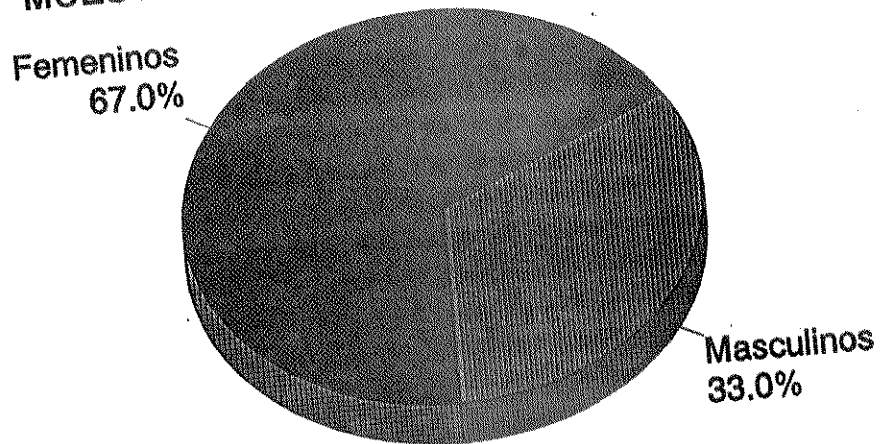
SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	20	66.67
MASCULINO	10	33.33
TOTAL	30	100.00

FUENTE: Datos obtenidos en una muestra de 30 personas.

En el Cuadro No. 1, el 66.67% lo representa el Sexo Femenino lo que nos indica que la mujer es la más interesada en la superación personal.

Grafica No. 1

ASISTENCIA POR SEXO AL PROGRAMA DE SALUD BUCAL MUESTRA DE 30 AUXILIARES DE ENFERMERIA



Fuente: Cuadro No. 1

CUADRO No. 2

INDICE DE PLACA BACTERIANA, SEGUN EDAD, "EN PACIENTES INTERNOS CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR", HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, OCTUBRE 1,994.

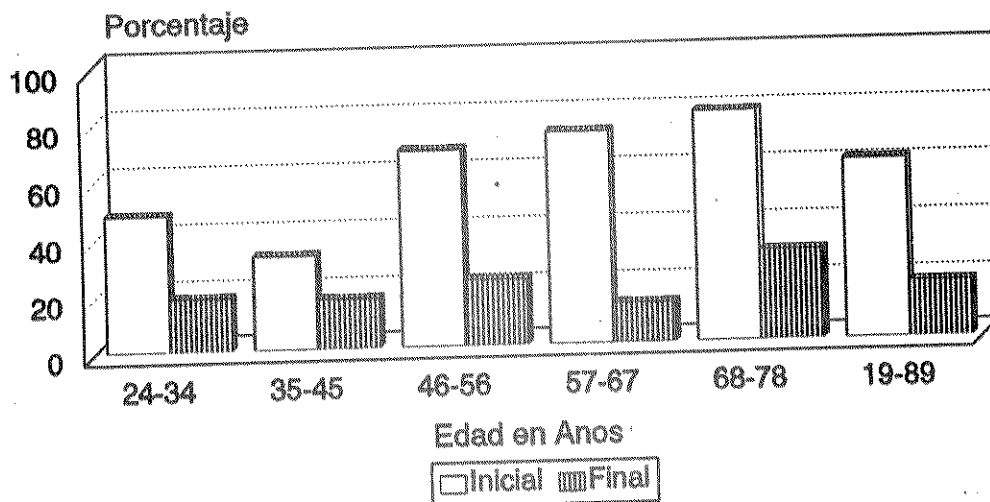
AÑOS DE EDAD	FRECUENCIA	% CONTROL	% CONTROL
		Indice de Placa Inicial	Indice de Placa Final
24 - 34	6	48.45	19.19
35 - 45	1	33.62	18.10
46 - 56	9	69.93	23.70
57 - 67	6	75.00	14.42
68 - 78	7	81.21	31.96
79 - 89	1	63.33	20.00
TOTALES	30		

FUENTE: Ficha de control

En el Cuadro No. 2 se exponen los resultados, obtenidos en el Control de Placa Bacteriana en su forma inicial y final en los pacientes Internos, donde al inicio el valor porcentual oscila entre un 33.62% y un 81.21% que determina una deficiencia en la Higiene Bucal, luego al final el valor porcentual oscila entre un 18.10% a un 31.96% lo que concluye que ésta se reduce considerablemente y por ende se mejora la Higiene Bucal.

Grafica No. 2

PLACA BACTERIANA EN UN CONTROL INICIAL Y FINAL
EN 30 PACIENTES INTERNOS, HOSPITAL DE REHABILITACION



Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO No. 3

RESPUESTAS CORRECTAS, INCORRECTAS Y SIN CONTESTAR DE LA PRUEBA "PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR" ANTES Y DESPUES, SEGUN 30 AUXILIARES DE ENFERMERIA, HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, OCTUBRE 1,994.

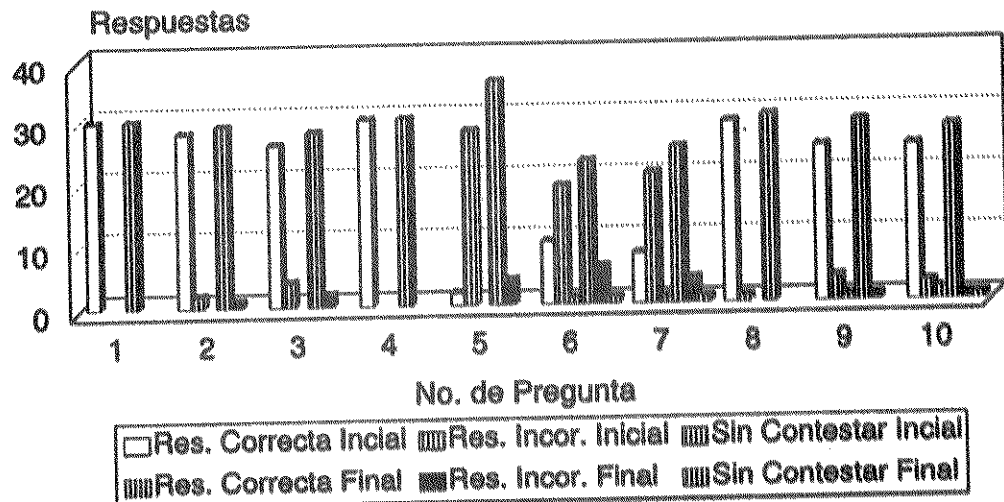
Pregunta No.	ANTES				DESPUES			
	Correcta	Inco- rrecta	Sin Contestar	%	Correcta	Inco- rrecta	Sin Contestar	%
1	30			100.00	30			100.00
2	28	2		93.33	29	1		96.66
3	26	4		86.66	28	2		93.33
4	30			100.00	30			100.00
5	2	28		6.66	26	4		86.66
6	10	19	1	33.33	23	6	1	76.66
7	8	21	1	26.66	25	4	1	83.33
8	29	1		96.66	30			100.00
9	25	4	1	83.33	29	1		96.66
10	25	3	2	83.33	28	1	1	93.33
Totales	213	82	5	71%	278	19	3	93%

FUENTE: Prueba Diagnóstica Inicial y Final.

Cuadro No. 3 expone una prueba de conocimiento sobre el Accidente Cerebro Vascular; donde al inicio el valor porcentual de respuestas correctas es de 71% que nos indica que poseen conocimientos sobre el tema, al final expone un 93% de respuestas correctas que determina que incrementaron sus conocimientos.

Grafica No. 3

**RESPUESTAS CORRECTAS, INCORRECTAS Y SIN CONTESTAR
A PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR,
PRUEBA DIAGNOSTICO INICIAL Y FINAL**



Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4

RESPUESTAS CORRECTAS, INCORRECTAS Y SIN CONTESTAR
"ASPECTOS SOBRE SALUD BUCAL" ANTES Y DESPUES, SEGUN 30
AUXILIARES DE ENFERMERIA, HOSPITAL DE REHABILITACION DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, OCTUBRE 1,994.

Pregunta No.	ANTES				DESPUES			
	Correcta	Inco- rrecta	Sin Contestar	%	Correcta	Inco- rrecta	Sin Contestar	%
1	17	13		56.66	27	2	1	90.00
2	15	12	3	50.00	28	1	1	93.33
3	29	1		96.66	26	3	1	86.66
4	15	14	1	50.00	30			100.00
5	22	6	2	73.33	29	1		96.66
6	21	9		70.00	28	2		93.33
7	17	10	3	56.66	30			100.00
8	30			100.00	30			100.00
9	8	22		26.66	29		1	96.66
10	3	26	1	-10.00	30			100.00
Totales	177	113	10	59%	287	9	4	95%

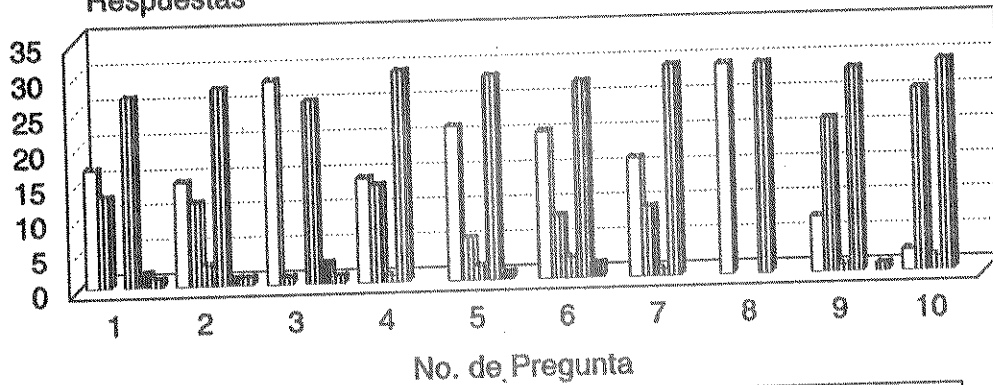
FUENTE: Prueba Diagnóstica Inicial y Final.

Cuadro No. 4 expone una prueba de conocimiento sobre Salud Bucal, donde al inicio el valor porcentual de respuestas correctas es de un 59% que nos indica que existe poco conocimiento sobre el tema, al final expone un 95% de respuestas correctas que determina que incrementaron considerablemente sus conocimientos.

Grafica No. 4

RESPUESTAS CORRECTAS, INCORRECTAS Y SIN CONTESTAR "ASPECTOS SOBRE SALUD BUCAL" ANTES Y DESPUES, SEGUN 30 AUXILIARES DE ENFERMERIA

Respuestas



Res. Correcta Inicial
 Res. Incor. Inicial
 Sin Contestar Inicial
 Res. Correcta Final
 Res. Incor. Final
 Sin Contestar Final

Fuente: Cuadro No. 4

CUADRO No. 5

ACCIONES CORRECTAS E INCORRECTAS AL EJECUTAR "PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE BUCAL" A 30 PACIENTES INTERNOS SEGUN 30 AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LISTA DE COTEJO, HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, OCTUBRE 1,994.

(Lista de Cotejo del 1 a 12 Práctica Final)

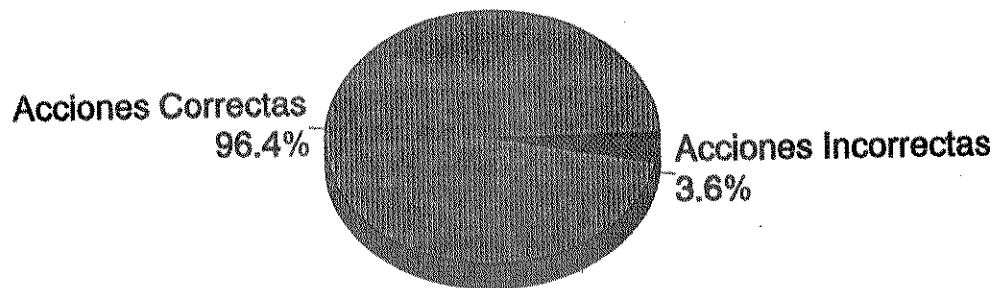
ACCION No.	ACCIONES CORRECTA	ACCIONES INCORRECTA	%
1	27	3	90.00
2	28	2	93.33
3	29	1	96.66
4	30		100.00
5	29	1	96.66
6	30		100.00
7	30		100.00
8	30		100.00
9	30		100.00
10	30		100.00
11	29	1	96.66
12	25	5	83.33
TOTALES	347	13	96%

FUENTE: Prueba Diagnóstica Final.

El Cuadro No. 5 expone un valor porcentual del 96% de conocimiento, puesto en práctica sobre Salud Bucal de lo que se concluye que estas personas aumentaron considerablemente sus conocimientos sobre el tema.

Grafica No. 5

ACCIONES CORRECTAS E INCORRECTAS AL EJECUTAR
"PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE BUCAL"



Fuente: Cusdro No. 5

DISCUSION DE RESULTADOS

1. De acuerdo al control de Placa Bacteriana Inicial y Final efectuado a 30 pacientes internos, con Secuelas de Accidente Cerebro Vascular, efectuado en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el mes de octubre de 1,994, como un reconocimiento del estado de Salud Bucal, conforme lo indica el Cuadro No. 2 en la prueba Inicial se encuentra un valor porcentual mayor al establecido como aceptable, siendo el valor porcentual efectivo, menor a 20%, se llega a la conclusión que la Higiene Bucal de los pacientes no es satisfactoria, comparando los controles iniciales con los finales, estos se reducen considerablemente, lo que indica que el programa fue efectivo.
2. En el Cuadro No. 3 se expone los resultados de la prueba diagnóstica Antes y Después, sobre los conocimientos que posee el personal Auxiliar de Enfermería, con respecto al paciente, con Accidente Cerebro Vascular, que se realiza en una muestra de 30 personas del mismo Hospital, lo que indica que estas personas poseen conocimientos sobre la afección y que mejoraron satisfactoriamente después del programa.
3. En el Cuadro No. 4 se exponen los resultados de la prueba diagnóstica Antes y Después sobre los conocimientos que posee el personal Auxiliar de Enfermería con respecto a la Salud Bucal, que se realiza en una muestra de 30 personas del mismo Hospital, lo que indica que existía una deficiencia en conocimientos de Salud Bucal y que mejoró en una forma notable después del programa.
4. En el Cuadro No. 5 se exponen los resultados sobre las acciones correctas e incorrectas, al ejecutar procedimientos sobre Higiene Bucal, a pacientes Internos, por 30 Auxiliares de Enfermería en el mismo Hospital de estudio, en donde 5 personas no dieron cuidado posterior al equipo utilizado, el 96% de

acciones correctas indica que estas personas adquirieron conocimientos en forma satisfactoria, con lo que concluimos que el programa es funcional y provechoso tanto para el personal Auxiliar de Enfermería como para el beneficio del paciente interno.

CONCLUSIONES

1. Mediante una prueba diagnóstica se evalúa al personal Auxiliar de Enfermería sobre conocimientos de Salud Bucal de donde se obtuvo que en estas personas hay poco conocimiento en este tema.
2. El personal Auxiliar de Enfermería recibió la orientación sobre Salud Bucal como construir y utilizar un irrigador bucal, con materiales descartables, después de la cual lo llevaron a la práctica, en pacientes internos donde fueron evaluados por medio de una prueba práctica sobre los conocimientos adquiridos.
3. Mediante una hoja de control de Índice Placa Bacteriana se hizo un reconocimiento inicial del estado de Salud Bucal, a los pacientes internos en el Hospital de Rehabilitación, encontrándose que este es elevado porcentualmente, observándose que la Higiene Bucal es deficiente, al finalizar el programa se hizo nuevamente el control de Índice de Placa Bacteriana, conforme a los resultados, deducimos que este se reduce a la mitad del porcentaje de la prueba inicial, lo que indica que éste es funcional, aplicable y efectivo.
4. Por medio de la presente investigación se informa a las Autoridades de la Institución que el personal Auxiliar de Enfermería participante está preparado para brindarle un cuidado adecuado sobre Higiene Bucal, a los pacientes internos con Secuelas de Accidente Cerebro Vascular, en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con lo que concluimos que el programa fue funcional, provechoso y efectivo tanto para el personal Auxiliar de Enfermería como para el paciente interno.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las Autoridades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; implementar un programa sobre Salud Bucal al personal Auxiliar de Enfermería para que éstos adquieran conocimientos sobre los problemas de Salud Bucal y como prevenirlos.
2. Realizar programas similares en las otras unidades de la Institución para ampliar la cobertura sobre la Salud Bucal.
3. Es necesario fomentar y hacer conciencia en cada uno de los Auxiliares de Enfermería sobre la importancia de la Salud Bucal.
4. Hacer énfasis en los profesionales de la Salud Bucal, la necesidad que presentan los pacientes internos y externos con alguna incapacidad física, a quienes deben brindarles las facilidades para obtener un higiene bucal aceptable.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahn Rodas, E. V. Las depresiones en la clínica privada. Barcelona, Comité para la prevención y Tratamiento de las Depresiones, 1,980. pp. 13-117.
2. Asturias B. E. Apuntes de anatomía dental. Guatemala, José de Pineda Ibarra, 1,973. pp. 12-15.
3. Carranza, F. A. Periodontología clínica de Glickman. 6ta. ed. México, Interamericana, 1,986. pp. 105-107-202-207-413.
4. Chusid, J. G. Neuroanatomía. 8va. ed. México, Manual Moderno, 1,983.
5. Cifuentes C, C. E., G. L. Gálvez O. y J.C. Lorenti M. Accidente Cerebro Vascular en el hospital de Rehabilitación del IGSS. Informe final. Guatemala, IGSS, 1,991. p. 19.
6. Dorland, diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina. 26 ava. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1,986. p. 1711.
7. Farreras Valenti, P. Medicina interna. 9na. ed. Buenos Aires, Marín, 1,979. p. 1113.
8. Geza, T. T. y M. J. Saunders. Odontología geriátrica. México, Interamericana, 1,989. pp. 13-14. (Clínicas odontológicas de Norteamérica, vol. 33, No.1).



9. González Avila, M. Informe del seminario E. storey y E. I. F., pearce, la efectividad de las medidas de control de caries. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Educación Odontológica, 1,986. pp. 1-3.
10. _____ y C. López Acevedo. Placa microbiana, placa bacteriana o placa dental, su relación con la enfermedad periodontal y la caries dental. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Educación, s.f. pp. 1-8.
11. Govantes Betes, J. M. y P. de L. Fernández Llorenty. Manual de medicina interna. 8va. ed. Barcelona, Lab-Normon, 1,985. pp. 396-399
12. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Normas y procedimientos del personal de Enfermería del hospital de Rehabilitación. Guatemala, I.G.S.S. 1,984. pp. 13-28.
13. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Fichas de asignación de trabajo del servicio de traumatismos de cráneo. Guatemala, I.G.S.S. s.f.
14. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Leyes básicas de seguridad social. Guatemala, Piedra Santa, 1,968. p. 1.
15. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Rehabilitación y su función social, criterios para evaluación de la invalidez, consideraciones históricas. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.



Panamá 12-18 de noviembre 1,972. Guatemala, I.G.S.S. 1,973.

16. Glickman, I. Reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica general de la odontología. en su: Periodontología clínica. Traducción de Fermín Carranza 3ra. ed. Buenos Aires, Mundi, 1,967. pp. 248-257.
17. Hust, J. W. Tratado de medicina interna. Madrid, Panamericana, 1,984. p. 1336.
18. Koppke, F. J. G. K. Still Wenn. and J. S. Lejmann. Krussen, medicina física y rehabilitación. 3ra. ed. Buenos Aires, Panamericana, 1,989. pp. 638-659.
19. Lindhe, J. Periondontología clínica. Buenos Aires, Médica Panamericana, 1,986. pp. 76-96-307-308.
20. López Acevedo, C. Manual de patología oral. Guatemala, Editorial Universitaria, 1,975. p. 207 (Colección aula, No. 16).
21. Mc. Van, B. R. Nursing photobook, cuidados geriátricos de enfermería. Barcelona Doyma, 1,985. pp. 30-32.
22. Newbrun, E. Cariología. México, Limusa, 1,984. pp. 65-126.
23. Ramírez M. M. de los A. Planeamiento al cuidado del anciano, la perspectiva de enfermería. Rev Gerontol en Acción (Costa Rica) 2(3): 17-24, Marzo 1,988.

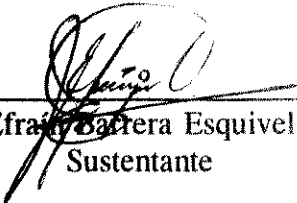


24. Rebollo, M. A. Neuroanatomía. 7ma. ed. Buenos Aires, Intermédica, 1,979. pp. 218-220.
25. Robbins Stanley, L. Patología estructural y funcional. México Interamericana, 1975, pp. 825-1445-1447.
26. Rosenstein, E. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 18 ava. ed. Panamá, Panamericana de libros de Medicina, 1,987. p. 908.
27. Ross, P. W. Microbiología bucal y clínica W. Peter Holbrook. Traducido por María del Rosario Carsolio Pacheco. México, Científica, 1,985. pp. 90-104.
28. Ruskin, P. A. S. A. Current therapy in physiatry, physical medicine. New York, W. B. Saunders, 1,988. pp. 5-80.
29. Wyngaarden, J. B. y Lloyd, H. S. Jr. Cecil tratado de medicina interna. 13 ava. ed. México, Interamericana, 1,972. pp. 202-210.

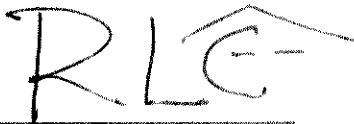
No. 130

D. de Estenoz

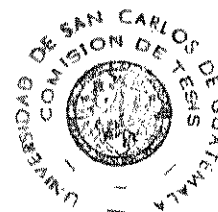



Efraín Barrera Esquivel
Sustentante


Dra. Ana Patricia Hernández Gallardo
Asesor de Tesis de Pregrado

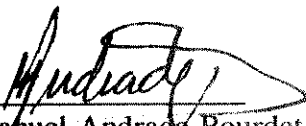

Dr. Ricardo León Castillo
Comisión de Tesis


Dr. Víctor Ernesto Villagrán Colón
Comisión de Tesis



Imprímase:

Vo.Bo.:


Dr. Manuel Andrade Bourdet
Secretario General
Facultad de Odontología



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central