

La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados^a

Raquel Conceição Ferreira^b, Enia Salles Rocha^c, Natália Nogueira Coutinho^d, Marco Túlio de Freitas Ribeiro^e, Cláudia Silami de Magalhães^f, Allyson Nogueira Moreira^g

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la actuación de los técnicos de enfermería de la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso, en relación con las prácticas de higiene bucal/prótesis, y factores asociados a la realización o no de estos procedimientos en los pacientes imposibilitados para realizarla.

Materiales y Métodos: Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario aplicado a todos los técnicos de enfermería, sometidos a análisis descriptivo y comparado por medio del test Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: La edad de los participantes fue de 21 a 56 años; la mayoría de ellos mujeres (72,2%). Hubo una mayor frecuencia de profesionales con 12 años de estudio (83,3%), con tiempo de experiencia de hasta 5 años 48,1%, y la mayoría trabajaba solamente en esta institución (61,1%) en el turno diurno (57,4%). Declararon tener a su cuidado hasta 7 pacientes dependientes 74.1% y 25.9% declararon tener más de 7. La mayoría, 92.6%, afirmaron haber recibido instrucción sobre higiene bucal, y sobre prótesis 83.3%, pero 51,9% no realizan tales actividades.

Conclusiones: La sobrecarga y el turno de trabajo interfieren en la realización de la higiene bucal y de prótesis por los técnicos de enfermería en los ancianos dependientes.

Palabras clave: Higiene bucal, prótesis dental, paciente dependiente, enfermería.

Cómo citar este artículo:

Conceição F. R., Salles R. E., Nogueira C. N., De Freitas R. MT, Silami de M. C., Nogueira M. A. La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 48-57.

Recibido: 11 agosto de 2005.
Aprobado: 1 de marzo de 2006.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es, según Kay Ly Locker, “un modelo de salud de la boca y tejidos relacionados, que permite al individuo hablar y socializar sin enfermedad activa, incomodidad o perturbación y que contribuye al bienestar

- a Este artículo es derivado de la investigación titulada: La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados, desarrollada con recursos de los investigadores, realizada entre mayo y julio de 2005.*
- b Profesora adjunta de la Universidad Estatal de Montes Claros, Doctoranda en Odontología por la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais. Correo electrónico: ferreira_rc@hotmail.com*
- c Estudiante de maestría en Odontología por la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais. Correo electrónico: eniasr@uai.com.br*
- d Estudiante de maestría en Odontología por la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais. Correo electrónico: natalia@jsolution.com.br*
- e Profesor asistente de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais, Maestro en Odontología por la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais. Correo electrónico: mtuliofr@ig.com.br*
- f Profesora adjunta de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais, Doctora en Clínica Odontológica por la Universidad de Campinas. Correo electrónico: silamics@yahoo.com*
- g Profesor adjunto de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais, Doctor en Periodoncia por la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: dangelogatil@terra.com.br*

Role of nursing staff in oral care of dependent hospitalized elderly

Raquel Conceição Ferreira, Enia Salles Rocha, Natália Nogueira Coutinho, Marco Túlio de Freitas Ribeiro
Cláudia Silami de Magalhães, Allyson Nogueira Moreira

general”¹. Varios factores, incluida una higiene bucal eficaz, contribuyen al mantenimiento de la salud bucal. La realización de la higiene bucal puede verse comprometida cuando el individuo presenta incapacidad funcional. Esta condición se asocia en gran medida a la presencia de algunas enfermedades, deficiencias o problemas médicos, y se define por la dificultad o imposibilidad de llevar a cabo ciertas actividades de la vida diaria, entre ellas la higiene de la boca². Los ancianos hospitalizados son, en su mayoría, incapaces de realizar su cuidado personal. Siempre que sea posible se deben realizar modificaciones y adaptaciones en las técnicas y en los instrumentales de higiene bucal para que ellos mismos hagan tales procedimientos. Sin embargo, en algunos casos, esto es imposible³. En estas situaciones, los cuidados de la higiene bucal son responsabilidad de los enfermeros, que deben poseer conocimiento y habilidades para atender las necesidades de los pacientes hospitalizados incapacitados para realizarla por sí mismos⁴. Sin embargo, es común hallar negligencia en estos procedimientos en las instituciones de larga permanencia y en hospitales^{5,6}.

La motivación para este estudio fue la observación efectuada por los investigadores acerca de la precaria higiene bucal de los pacientes internados, principalmente aquellos imposibilitados para realizar el autocuidado, en un hospital geriátrico de rehabilitación de Belo Horizonte. El objetivo fue evaluar la formación y actuación del equipo de enfermería de la Asociación de Beneficencia

ABSTRACT

Aim: The authors assessed the role of Paulo de Tarso Beneficent Association nursery team referring to oral/prosthesis hygiene practices. They also evaluated the factors involved when the nurse team didn't perform their role in dependent patients.

Material and Methods: The data were obtained by means of a previous tested questionnaire submitted to all employees. The data was submitted to descriptive analysis and compared by Pearson square qui test.

Results: The range of ages of people in the study varied from 21 to 56 years, most of them women (72.2%). 83.3% of people who answered the questionnaire had studied for 12 years, 48.1% had worked for at least 5 years and 61.1% worked only in this institution., most – 57.4% - during daily hours. Those workers took care of at least 7 dependent patients - 74.1% - or more than 7 – 25.9% of them. 92.6% of those who answered the questionnaire had knowledge of oral hygiene/prosthesis. 83.3% had knowledge of prosthesis. In spite of this, 51.9% answered they did not perform this type of task.

Conclusions: We concluded that when the workers took care of more than 7 patients and had to work in night shifts they couldn't perform oral hygiene/prosthesis adequately.

Key words: *Oral hygiene, dental prosthesis, dependent atient, nursing.*

Paulo de Tarso en cuanto a las prácticas de higiene bucal, las prótesis y los factores relacionados con la realización o no de estos procedimientos en los pacientes imposibilitados para realizarlos por sí mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Éste es un estudio transversal, realizado en una institución de salud, la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso, de mayo de 2005 a julio de 2005.

La población del estudio estuvo conformada por todos los técnicos de enfermería registrados en el Consejo Regional de Enfermería

(COREN) que se encontraban en el lugar de trabajo en el momento de la recolección de datos.

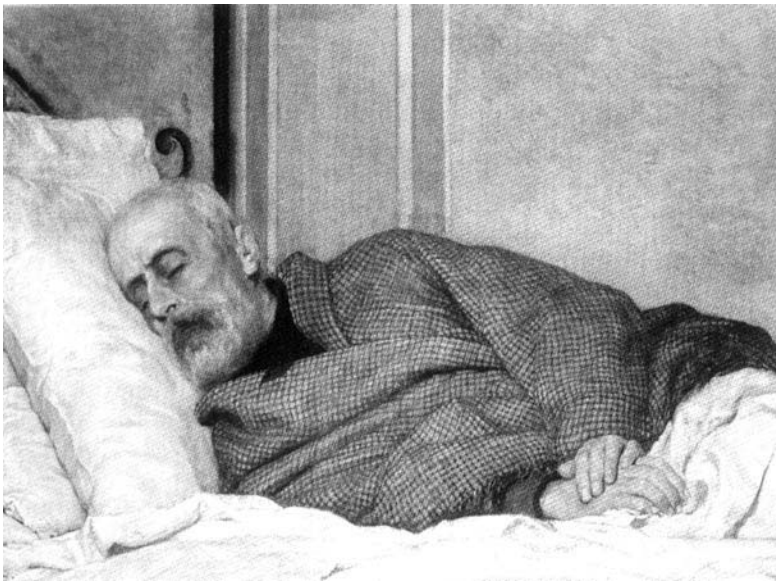
Los turnos de trabajo de estos técnicos de enfermería son de 12 horas; en el horario diurno, de 07:00 a las 19:00 horas; en el nocturno, de las 19:00 a las 07:00 horas, con un descanso de 36 horas. Cada semana laboran un total de 48 horas. En cada turno de trabajo, el equipo de enfermería está formado por lo menos por un enfermero supervisor y aproximadamente diez técnicos de enfermería que tiene bajo su supervisión.

La institución fue elegida por ser hospital geriátrico de rehabilitación, por poseer un gran número de ancianos internados con compromiso de la capacidad funcional y por ser el lugar del Proyecto de Extensión de Odontogeriatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais.

Muestra: La muestra incluyó la totalidad de los técnicos de enfermería (65) que trabajaban en esta institución en el momento de la recolección de los datos.

Recolección de datos: Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario estandarizado previamente probado, instrumento que fue entregado por el investigador personalmente a todos los técnicos de enfermería participantes, en sus respectivos turnos de trabajo. Transcurrida una semana, uno de los investigadores recogió los cuestionarios respondidos.

Las variables del estudio: La variable dependiente de este estudio fue la realización de la higiene bucal y de prótesis por los técnicos de enfermería, en los ancianos dependientes, con una pregunta dicotómica: realiza la higiene bucal y de las prótesis o no realiza tales procedimientos.



Silvestro Lega. *Manzini moribundo*, 1873. Mazzini. Óleo sobre lienzo, 76 x 96,9 cm Providence (RI), Museum of art, Rhode Island School of Desing, Helen M. Danforth Fund

Las variables independientes fueron la edad en años, género, años de escolaridad (12 años de estudio, de 13 a 16 años de estudio y más de 16 años de estudio), tiempo de experiencia en el hospital (hasta 5 años, 5 a 10 años, más de 10 años), trabaja o no en otro lugar, carga de trabajo, aprendizaje de las prácticas de higiene bucal y de prótesis en los cursos preparatorios, y si considera o no esas actividades de su competencia.

La carga de trabajo de los técnicos de enfermería fue evaluada por el número de pacientes bajo su cuidado (hasta 10, más de 10 pacientes) y el número de pacientes dependientes (hasta 7 pacientes, más de 7 pacientes). Los puntos de corte se definieron con base en los resultados del estudio piloto, en el cual el número medio de pacientes para cada técnico de enfermería fue 10 (sin considerar la capacidad funcional del paciente). Para cada técnico de enfermería la media de pacientes dependientes fue de 7.

Las prácticas de higiene bucal y de las prótesis, realizadas por los técnicos de enfermería en los pacientes dependientes, fue evaluada en cuanto a la frecuencia, momento de realización y motivos que las justifican. Las razones para la no realización de estos procedimientos también fueron estudiadas, ya que cada participante podía marcar más de una opción.

Este proyecto fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais y de la Asociación Beneficaria Paulo de Tarso. Todos los participantes y el coordinador de la institución firmaron el consentimiento.

Análisis de los datos: Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo. La comparación entre los grupos fue realizada por medio del test Chi-cuadrado de Pearson. Se construyeron tablas de 2 x 2 para cada variable independiente, para poder verificar su asociación con la realización o no de la higiene bucal y de prótesis por los técnicos de enfermería. El nivel de significancia considerado fue de 5%. Para la realización de los test fue empleado el paquete estadístico Minitab 14.

RESULTADOS

De los 65 cuestionarios entregados, 54 (82%) fueron devueltos a los investigadores. La edad de los técnicos de enfermería fluctuaba entre 21 y 56 años (media = $34,63 \pm 7,55$), la mayoría mujeres (72,2%). Hubo una mayor frecuencia de técnicos de enfermería con *12 años de estudio* (83,3%) y 3,7% con *más de 16 años de estudio*. El tiempo de experiencia de *hasta 5 años* fue el que se encontró con mayor frecuencia (48,1%), y la mayoría trabajaba solamente en esta institución (61,1%), en el turno diurno, en el período de 7:00 a 19:00 horas (57,4%). Declararon tener a su cuidado *hasta 10 pacientes* el 38,9%, y *más de 10 pacientes* el 61,1%. Al considerar el cuidado de pacientes dependientes, se observó que 74,1% de los técnicos de enfermería cuidaban *hasta 7* pacientes y 25,9% *más de 7*.

La mayoría de los técnicos (59,3%) afirmó no haber recibido instrucciones de su supervisor en cuanto a la realización de la higiene bucal y de las prótesis de los pacientes dependientes. Manifestaron haber recibido entrenamiento para la higiene bucal 92,6% y 83,3% dijeron haber realizado el aprendizaje de la higiene bucal y de las prótesis en los cursos preparatorios. Consideraban de su competencia esas actividades 88,9%; no obstante, 51,9% afirmaron no realizar la higiene bucal y de las prótesis en los pacientes dependientes.

Se observó que el turno de trabajo y el número de pacientes dependientes bajo cuidado tienen un efecto significativo sobre la práctica de la higiene bucal realizada por los técnicos de enfermería en los pacientes dependientes (Tablas 1 y 2). La higiene bucal y de las prótesis eran realizadas principalmente por los que trabajaban en el turno diurno (64,5%); la mayoría de los que hacían el turno nocturno no efectuaba tales procedimientos (73,9%). Entre los que no cumplían con la higiene bucal, 78,6% cuidaban de *más de 7* pacientes dependientes, y entre los que la realizaban, la mayoría (56,4%), cuidaba *hasta 7* pacientes dependientes.

Tabla 1. Distribución proporcional de los técnicos de enfermería de la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso, según la práctica o no de higiene bucal y de las prótesis, en los pacientes dependientes hospitalizados, y las características socio-demográficas evaluadas. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Realización de la higiene bucal y de las prótesis Sí (n = 26; 48,1%) No (n = 28; 51,9%)		
Género		
Masculino	41,0	59,0
Femenino	66,7	33,3
p = 0,09121		
Edad en años		
20 a 30 años	57,9	42,1
31 a 40 años	52,4	47,6
Más de 40 años	14,3	85,7
p = 0,13047		
Escolaridad		
12 años de estudio	51,0	48,9
13 a 16 años de estudio	28,6	71,4
Más de 16 años de estudio	50,0	50,0
p = 0,53914		
Turno de trabajo		
Diurno	64,5	35,5
Nocturno	26,1	73,9
p = 0,00519		
Trabajo en otro lugar		
Sí	40,0	35,7
No	60,0	64,3
p = 0,74797		
Tiempo de experiencia		
Hasta 5 años	64,0	37,0
De 5 a 10 años	20,0	29,6
Más de 10 años	16,0	33,3
p = 0,14023		

Valor de p: Test Chi-cuadrado de Pearson, con nivel de significancia de 95%.

Tabla 2. Distribución proporcional de los técnicos de enfermería de la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso, según la práctica o no de higiene bucal/prótesis en los pacientes dependientes hospitalizados, y factores relativos a la sobrecarga de trabajo, aprendizaje de las prácticas de higiene bucal, opinión en cuanto a la competencia para esa práctica y orientación recibida del supervisor. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Realización de la higiene bucal y de prótesis. Sí (n = 26) No (n = 28)		
Número de pacientes dependientes bajo su cuidado		
Hasta 7 pacientes	56,4	43,6
Más de 7 pacientes	21,4	78,6
p = 0,02008		
Aprendizaje de higiene bucal		
Sí	48,0	52,0
No	50,0	50,0
p = 0,93860		
Aprendizaje de higiene de prótesis		
Sí	48,9	51,1
No	44,4	55,6
p = 0,80754		
Lo considera competencia		
Sí	50,0	50,0
No	50,0	50,0
p = 1,00000		
Orientación del supervisor		
Sí	42,9	57,1
No	53,1	46,9
p = 0,46456		

Valor de p: Test Chi-cuadrado de Pearson, con nivel de significancia de 95%.

Los motivos más frecuentemente expuestos por los participantes para la no realización de la higiene bucal y de las prótesis en los pacientes que no consiguen hacerla solos, fueron: *tengo que atender muchos pacientes y normalmente no alcanza el tiempo (la limpieza de la boca lleva mucho tiempo)* (75%), y *el paciente no colabora abriendo la boca* (39%) (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia relativa de los motivos expuestos por los técnicos de enfermería de la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso para la no realización de la higiene bucal y de prótesis en los pacientes dependientes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Motivos para la no realización de la higiene bucal y de prótesis	Frecuencia relativa*
Tengo que atender muchos pacientes y normalmente no alcanza el tiempo (la limpieza de boca toma mucho tiempo)	75%
El paciente no colabora abriendo la boca	39%
El paciente no tiene cepillo ni pasta de dientes	14%
Al paciente no le gusta que otra persona lo haga por él	7%
Tengo dificultad para remover la dentadura de los pacientes	7%

* Más de una opción posible

En cuanto a la frecuencia y el momento de realizar la higiene bucal y de las prótesis en los pacientes dependientes se observó que se daba una vez al día (92%) y durante el baño (77%). El motivo que la mayoría consideró más importante para la realización de la higiene bucal fue: *la limpieza de la boca hace parte de la limpieza del cuerpo* (58%) (Figura 1).

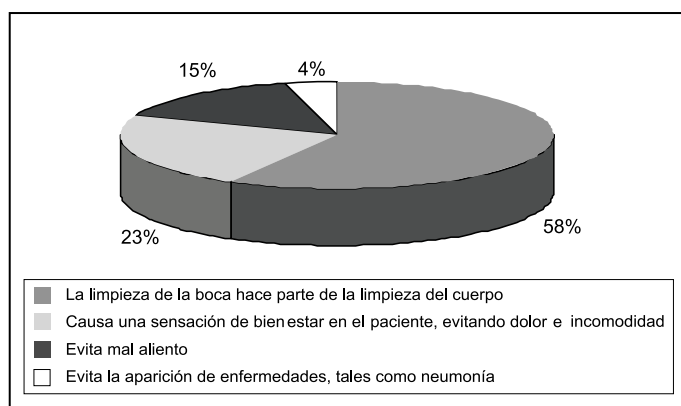


Figura 1. Frecuencia relativa de los motivos expuestos por los técnicos de enfermería de la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso, para la realización de la higiene bucal y de las prótesis en los pacientes dependientes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta de los cuestionarios fue 82%. Aún considerando que es una tasa *muy buena* para estudios donde se emplea ese instrumento, los investigadores enfrentaron algunas dificultades para la obtención de las respuestas⁷. Suponen que eso ocurrió porque la recolección de los datos fue realizada en el ambiente de trabajo de los técnicos de enfermería y estos, inseguros del anonimato, tenían la pérdida del empleo.

Una limitación del estudio consiste en que la realización de la higiene bucal por los técnicos de enfermería fue medida por su propio relato. De esa forma, para representar mejor la provisión de cuidados bucales, deben emplearse otras metodologías de observación asociadas a las evaluaciones de la condición de salud bucal y las medidas de higiene bucal de los pacientes internados. Además, este estudio resume la experiencia de la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso y sus resultados sirven como aproximación a lo que sucede en instituciones con características semejantes. Como esta muestra no constituye un conjunto representativo de los técnicos de enfermería de todos los hospitales, no es posible la generalización de los resultados en término exactos⁸.

En este hospital, la mayoría de los técnicos de enfermería pertenecen al sexo femenino. Estos datos siguen la distribución por género en Brasil, donde las mujeres representan 90%, si se consideran todos los niveles de actuación (auxiliares de enfermería, técnicos de enfermería y enfermeros). Según Reis *et al.*⁹, la enfermería es una ocupación con predominio de mujeres. Chalmers¹⁰ y otros, observaron una mayor prevalencia de mujeres entre los auxiliares de enfermería de 25 hospitales de Iowa. El gran porcentaje de mujeres en la enfermería no ocurre por fuerza e imposición del objeto de trabajo, y sí por la reproducción de patrones socioculturales, de acuerdo con el fenómeno de la feminización en la salud¹¹. La mayor prevalencia de mujeres entre los técnicos de enfermería puede también relacionarse con el hecho de que cuidar es considerado, en la cultura occidental, una tarea femenina¹².

En cuanto a la escolaridad, los participantes tenían en su mayoría, 12 años de estudio, nivel mínimo exigido para los técnicos de enfermería según la Ley 7.498 del 25 de junio de 1986¹³ que fundamenta el ejercicio profesional. La profesionalización del personal de nivel medio en la categoría de técnico de enfermería fue

reglamentada por la Ley de Directrices y Bases de la Educación¹⁴.

En el estudio se observó una sobrecarga de trabajo, representada por el alto número de pacientes bajo el cuidado de cada participante. Esa constatación refleja el incumplimiento de la reglamentación brasilera del Consejo Federal de Enfermería¹⁵ para la composición del cuadro “cuantitativo y cualitativo” del equipo de enfermería, según la cual se deben proveer 5 a 6 horas por paciente en la asistencia intermedia, que se caracteriza por la asistencia de pacientes que presentan una condición “estable desde el punto de vista clínico y de enfermería (...) con dependencia parcial de los profesionales de enfermería para la atención de sus necesidades básicas”¹⁶, incluyendo la higiene bucal. En el hospital evaluado, “el paciente crónico, con edad superior a 60 años, sin acompañante”¹⁷, que corresponde a la mayoría de los pacientes internos, encaja en dicha descripción. El número de pacientes que necesita asistencia intermedia de profesional, conforme a la resolución arriba señalada, no debería pasar de 3, considerando el turno de trabajo de 12 horas.

A pesar del límite establecido por dicha resolución, el punto de corte adoptado en este trabajo fue de 7 pacientes dependientes por profesional (en el estudio piloto se constató que 100% de los participantes cuidaban más de 3 pacientes dependientes). Conscientes de que el cuidado de 7 pacientes representa una sobrecarga, los investigadores definieron las categorías *hasta 7 y más de 7*, con el objetivo de evaluar la posible interferencia del número de pacientes dependientes bajo cuidado en la práctica de la higiene bucal. Los investigadores creían, a priori, que cuanto mayor ese número, menor sería la oportunidad del profesional para realizar la higiene bucal de los pacientes bajo su cuidado.

Esa hipótesis fue confirmada por los resultados obtenidos, o sea, el número de pacientes dependientes bajo cuidado interfirió en la realización de la higiene bucal y de prótesis por los técnicos de

enfermería, ya que entre los que no realizan la higiene bucal, la mayoría (78,6%) cuidaba *más de 7* pacientes dependientes. Esa constatación fue reforzada al evaluar los motivos para la no realización de esos procedimientos, donde el más frecuente fue la falta de tiempo. Esa también ha sido la justificación del equipo de enfermería (auxiliares de enfermería, técnicos de enfermería y enfermeros) para la negligencia con la higiene bucal señalada en otros estudios¹⁸⁻²³.

Estos hallazgos pueden estar relacionados con las constataciones en la literatura de que la higiene bucal es una práctica poco valorada por el equipo de enfermería cuando se compara con otras actividades bajo su responsabilidad, como el baño, la medicación, la higiene íntima, el vestido y el traslado. De esa forma, la higiene bucal no tiene prioridad y queda de última en la escala de actividades rutinarias del equipo de trabajo²⁴⁻²⁷, siempre que existan otros problemas que aparezcan mayor gravedad²⁸. Según Ettinger²⁹ y Coleman³⁰, las prácticas de higiene bucal deben adoptarse con la misma intensidad que las demás prácticas realizadas en los pacientes hospitalizados, como el baño, la medicación y la alimentación.

Paula³¹, preocupada con el tema, demostró que el tiempo empleado en el cuidado bucal del paciente que está en cama (a partir del momento en que se empieza a preparar el material hasta que todo el cuidado ha sido realizado, incluyendo la colocación del material en su debido lugar) es de 6 minutos y poco más de 18 segundos, considerando indistintamente pacientes con o sin prótesis. Como ese tiempo es muy corto frente a los posibles beneficios logrados con la higiene de la boca y las prótesis, no se justifica la no realización de esta práctica. Si se realiza una vez por día, el cuidador responsable gastará alrededor de 50 minutos de su tiempo de trabajo para hacer la higiene de la boca y las prótesis a los 7 pacientes que están bajo su cuidado.

La explicación para no dar prioridad a esta actividad puede ser muy diferente a la falta de tiempo. Christensen y Fiske³² observaron que muchos cuidadores responsables manifiestan aversión por cuidar la boca y limpiar las prótesis dentales de los pacientes, considerándola una situación perturbadora para sí y para el otro. Paradójicamente, según los mismos autores, los enfermeros cuidan de la higiene de otras partes íntimas del cuerpo, inclusive se encargan de la remoción de las heces; aceptan mejor esta tarea como parte de sus funciones, pues fueron más claramente entrenados para eso, a pesar de no considerarla menos desagradable que la limpieza de la boca. Existe también un recelo psicológico relacionado en particular con la manipulación de dentaduras³³. Según los mismos autores³⁴, muchos enfermeros asocian la remoción de la prótesis total con la muerte y con la exhibición pública del cuerpo. Shay³⁵ relacionó la negligencia del equipo de enfermería en cuanto a la higiene bucal de los pacientes hospitalizados con el hecho de que estos cuidados presentan una baja prioridad en sus propias vidas. Según el mismo autor, existen individuos que, aunque consideran importante el cuidado de sus dientes, creen que el deterioro de los mismos es un proceso natural de envejecimiento. Esa reflexión indica la necesidad de un entrenamiento dirigido a la práctica de la higiene bucal y de las prótesis, y una mayor conciencia de la importancia de tales procedimientos en la lista de cuidados rutinarios al paciente dependiente.

Otro aspecto observado en el estudio, que señala esa necesidad, fue el reporte de los técnicos de enfermería sobre *la falta de colaboración del paciente que no abre la boca* y les impide realizar la higiene bucal y de las prótesis (38%). Ese resultado refuerza la idea de que los técnicos de enfermería evaluados no están adecuadamente preparados para la realización de la higiene bucal, sobre todo cuando no existe colaboración del paciente. Chalmers³⁶ y col. observaron que la mayoría de los auxiliares de enfermería (85%) afirmaban que problemas físicos y comportamentales de los pacientes internos perjudicaban sus cuidados bucales, entre ellos: pacientes que no abren la boca o que muerden el cepillo dental y se niegan al cuidado bucal.

Estas constataciones son sorprendentes si se analizan los resultados en cuanto a la asunción de responsabilidad por la higiene bucal y de prótesis en los pacientes dependientes, y en cuanto al aprendizaje de estas prácticas en los cursos preparatorios de los técnicos de enfermería. Se observó que la mayoría considera que dicha práctica es de su competencia y dijo haber adquirido tal conocimiento en los cursos preparatorios. Rak y Warren³⁷ mostraron resultados semejantes. Ellos observaron que la mayoría de los integrantes de los equipos de enfermería evaluados, a pesar de demostrar conocimientos sobre los cuidados con las prótesis y con los diversos productos utilizados para realizar la higiene bucal, no ejecutaba tales procedimientos en los pacientes. Chung, Mojon y Jorgensen³⁸, por su parte, observaron que la mayoría de los auxiliares de enfermería entrevistados alegó no haber recibido entrenamiento sobre los cuidados de higiene bucal de los pacientes, a pesar de estar de acuerdo en que éstos son de su responsabilidad. Según Lesnik³⁹ y Rogers⁴⁰, la enfermería no ha asumido la responsabilidad de ese cuidado, que es de su exclusiva competencia.

Los resultados de este trabajo indican que el conocimiento adquirido en los cursos preparatorios por los técnicos de enfermería evaluados en el presente estudio, no es suficiente o adecuado, y necesita, por lo tanto, una intervención educacional práctica y más realista. Varios autores han constatado que intervenciones educativas para mejorar el conocimiento y habilidad en las prácticas de higiene bucal realizadas por el equipo de enfermería, demuestran un resultado positivo en la condición de la salud bucal de pacientes bajo sus cuidados. Esto justifica la importancia de implantar tales programas de entrenamiento⁴¹⁻⁴³.

La ausencia de cepillo y pasta dental (14%) fue otra razón muy frecuente entre los técnicos de enfermería para no realizar la higiene bucal y de prótesis en los pacientes dependientes. Adams⁴⁴, también encontró, como uno de los motivos que impedían una adecuada higienización bucal, la ausencia de esos productos. Estos resultados contradicen los de Klocke y Suddth⁴⁵, quienes verificaron que los pacientes vienen al hospital, en su mayoría, con cepillo y pasta dental. Sin embargo, considerando la realidad de la Asociación de Beneficencia Paulo de Tarso, ese hecho puede estar limitando la actuación de los técnicos de enfermería. Este resultado sugiere la necesidad de solicitar al paciente o a sus familiares, en el momento de la internación, cuando les sea posible, la pasta dental y el cepillo de dientes. Cuando el paciente no posea tales elementos el hospital los podría proveer. Esa idea está de acuerdo con la de Du Gas⁴⁶,

que sugiere que los hospitales deberían proveer cepillos a los pacientes que no los tienen. Por lo tanto, estos elementos no deben ser considerados indispensables para la realización de la higiene bucal y de prótesis. En caso de que la higiene bucal habitual no sea posible, el mismo autor sugirió otros medios para su realización, como compresas de gasa fijadas alrededor de un bajalenguas o enrolladas en los dedos.

La higiene bucal y de prótesis, cuando es realizada por los técnicos de enfermería (48,1%), se hace principalmente durante el día y con frecuencia diaria de una vez. Sin embargo, no existe ninguna sistematización o protocolo al respecto. El resultado mostró que en el turno nocturno, la mayoría (73,9%) no realiza la higiene en los pacientes a pesar de darles una comida alrededor de las 20:00 horas. Estos resultados están de acuerdo con los de Paula⁴⁷, que evaluó los cuidados prestados por el equipo de enfermería a la cavidad bucal de pacientes encamados hospitalizados, en la ciudad de São Paulo, Brasil. La investigadora verificó que aproximadamente la mitad de ellos recibía cuidados de cepillado dental con una frecuencia mínima diaria de una vez. Algunos autores, por su parte, recomiendan una frecuencia diaria de dos veces^{48, 49}. Sin embargo, en la necesidad de elegir un único horario para cepillar los dientes por día, los investigadores creen que se debe dar preferencia a la noche, teniendo en cuenta que durante el sueño los mecanismos naturales de eliminación de residuos disminuyen, es decir, hay menor movilidad de los músculos faciales y la lengua, además de reducción del flujo salivar. El cuidado sistematizado de la cavidad bucal del paciente encamado hospitalizado es eficiente en la disminución y prevención de los problemas bucales, aún cuando se realice con frecuencia mínima de una vez a día⁵⁰. Drimmelen y Rollins⁵¹ sugieren que el cuidado bucal no debería ser considerado una medida auxiliar de confort y ejecutado solamente cuando hay tiempo, sino componente primario del cuidado físico que se realiza por lo menos una vez al día.

El hospital es un ambiente con características muy particulares, que obedece a normas y horarios específicos, y cuando se desea introducir algo nuevo es necesario adecuarlo y adaptarlo a la rutina de este ambiente. Implantar la higiene bucal es un proceso paulatino, que depende de factores culturales, financieros y de disponibilidad de tiempo. Depende también, ante todo, de la motivación e interés de los futuros multiplicadores⁵².

La motivación está íntimamente relacionada con la conciencia de la importancia de la salud bucal. El cuidador conciente y motivado aplicará los conocimientos realizando bien las tareas de higiene bucal⁵³. En este estudio, dentro de los técnicos de enfermería que realizan las prácticas de higiene bucal (48.1%), la justificación más frecuentemente hallada fue: *la limpieza de la boca hace parte de la limpieza del cuerpo*. Sin embargo, la relación de la higiene bucal con la prevención de enfermedades apareció solamente en 4% de los participantes. Estos resultados están de acuerdo con los observados por Rak y Warren⁵⁴, quienes constataron que pocos integrantes demostraron conocer la importancia de la conservación de la salud bucal y sus efectos en las condiciones generales de los pacientes. De la misma manera, Mello y Padilha⁵⁵ afirman que los profesionales que no recibieron información sobre cuestiones de salud bucal, su importancia e influencia en la salud general, ni entrenamiento para realizar las tareas de higiene bucal, difícilmente realizarán tal rutina, sin poder, por lo tanto, ser culpabilizados por ello.

Ese trabajo refleja la necesidad primaria de una concientización en todos los niveles dentro del hospital - desde el director médico, pasando por los enfermeros y los técnicos hasta los auxiliares de enfermería- de la importancia de la salud bucal en la salud general y el bienestar de los residentes. Esto es importante para crear condiciones favorables a la actuación de los técnicos de enfermería. Además, los investigadores creen que el valor que se dé a la salud bucal debe ser institucional, para

que las políticas de salud bucal puedan ser incluidas verdaderamente en la rutina del hospital y sostenidas a largo plazo.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio indican que:

La sobrecarga y el turno de trabajo interfieren en la realización de la higiene bucal y de prótesis por los técnicos de enfermería;

- * Los técnicos de enfermería necesitan una intervención educacional práctica y realista, que incluya el cuidado de pacientes con problemas físicos y/o comportamentales;
- * Hay necesidad de mayor concientización por parte de los técnicos de enfermería, del papel de la salud bucal en la salud general y el bienestar de los pacientes;
- * Se requiere sistematizar las prácticas de higiene bucal en cuanto a frecuencia y mejor horario. ❶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kay EJ, Locker D. Oral health promotion and caries prevention. *Prim Dent Care* 1999;6(1):35-37.
2. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-48.
3. Christensen J, Fiske J. Domiciliary care for the elderly patient. En: Barnes IE, Walls A. *Gerontology*. London: Wright; 1994. pp. 189-199.
4. Fitzpatrick J. Oral health care needs of dependent older people: Responsibilities of nurses and care staff. *J Adv Nurs* 2000; 32(6): 1325-1332.
5. Berkley DB. Improving dental access for the nursing home resident: Portable dentistry interventions. *Gerodontology* 1987; 3(6): 265-268.
6. Shay K. Oral neglect in the institutionalized elderly part 2: The role of the dentist and the standard of care. *Spec Care Dentist* 1990; 10(6): 200-203.
7. Babbie E. Métodos de pesquisa de survey. 3 ed. Belo Horizonte: UFMG; 1999. pp. 253-254.
8. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e prática. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. pp. 341-343.
9. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IM, Giné NA, Martín M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(5): 616-623.
10. Chalmers JM, Levy SM, Buckwalter KC, Ettinger RL, Kambhu PP. Factors influencing nurses' aides provision of oral care for nursing facility residents. *Spec Care Dentist* 1996; 16(2): 71-79.
11. França Lima JC, Velasque L, Vieira M, Reis R, Da Rocha Sorio RE, De Almeida Rodrigues V. Educação profissional em saúde: Uma análise a partir do censo escolar 2002. [Sitio en Internet] Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil. Disponible en http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/forma%C3%A7%C3%A3o_p.pdf. Acceso el 22 abril 2005.
12. Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. En: Neri AL. *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea; 2001. pp. 9-63.

13. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Lei 7.498 de 1986, Junho 25, pr la cual se establece la reglamentación del ejercicio de la enfermería y da otras disposiciones. [Sitio en Internet] Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo-COREN-SP. Disponible en <http://corensp.org.br/072005/>. Acceso el 27 de mayo 2005.
14. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução 07 de 1977, Abril 18, por la cual se instituye la habilitación de técnico y de auxiliar de enfermería al nivel de enseñanza de segundo grado. Brasilia: Diário Oficial da União; 1977.
15. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 293 de 2004, Setembro 21, por la cual se fijan y establecen parámetros para el dimensionamiento del cuadro de profesionales de enfermería en las unidades asistenciales de las instituciones de salud y semejantes [Sitio en Internet] Conselho Federal de Enfermagem-COFEN-. Disponible en: http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/section_int.asp?InfoID=5564&EditionSectionID=15&SectionParentID=. Acceso el 27 mayo 2005.
16. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 293 de 2004, Setembro 21, por la cual se fijan y establecen parámetros para el dimensionamiento del cuadro de profesionales de enfermería en las unidades asistenciales de las instituciones de salud y semejantes [Sitio en Internet] Conselho Federal de Enfermagem-COFEN-. Disponible en: http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/section_int.asp?InfoID=5564&EditionSectionID=15&SectionParentID=. Acceso el 27 mayo 2005.
17. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 293 de 2004, Setembro 21, por la cual se fijan y establecen parámetros para el dimensionamiento del cuadro de profesionales de enfermería en las unidades asistenciales de las instituciones de salud y semejantes [Sitio en Internet] Conselho Federal de Enfermagem-COFEN-. Disponible en: http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/section_int.asp?InfoID=5564&EditionSectionID=15&SectionParentID=. Acceso el 27 mayo 2005.
18. Berkley DB. Improving dental access for the nursing home resident: Portable dentistry interventions. *Gerodontology* 1987;3(6):265-268.
19. Shay K. Oral neglect in the institutionalized elderly part 2: The role of the dentist and the standard of care. *Spec Care Dentist* 1990;10(6):200-203.
20. Chalmers JM, Levy SM, Buckwalter KC, Ettinger RL, Kambhu PP. Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Spec Care Dentist* 1996; 16(2): 71-79.
21. Paula NS. Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado. [Tesis Doctoral] São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1972. p. 97.
22. Adams R. Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *J Adv Nurs* 1996; 24(3): 552-560.
23. Chung JP, Mojon P, Budtz Jorgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Spec Care Dentist* 2000; 20(1): 12-17.
24. Chung JP, Mojon P, Budtz Jorgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Spec Care Dentist* 2000; 20(1): 12-17.
25. Eadie DR, Schou L. An exploratory study of barriers to promote oral hygiene through carers of elderly people. *Comm Dent Health* 1992; 9(4): 343-348.
26. Ettinger RL. Dental care and management of the aging dental patient. *J Tenn Dent Assoc* 1989; 69(3): 10-18.
27. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs* 2002; 23(4): 189-199.
28. Paula NS. Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado. [Tesis Doctoral] São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1972. p. 4.
29. Ettinger RL. Dental care and management of the aging dental patient. *J Tenn Dent Assoc* 1989; 69(3): 10-18.
30. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs* 2002; 23(4): 189-199.
31. Paula NS. Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado. [Tesis Doctoral] São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1972. p. 97.
32. Christensen J, Fiske J. Domiciliary care for the elderly patient. En: Barnes IE, Walls A. *Gerontology*. London: Wright; 1994. pp. 189-199.
33. Christensen J, Fiske J. Domiciliary care for the elderly patient. En: Barnes IE, Walls A. *Gerontology*. London: Wright; 1994. pp. 189-199.
34. Christensen J, Fiske J. Domiciliary care for the elderly patient. En: Barnes IE, Walls A. *Gerontology*. London: Wright; 1994. pp. 189-199.
35. Shay K. Oral neglect in the institutionalized elderly part 2: The role of the dentist and the standard of care. *Spec Care Dentist* 1990; 10(6): 200-203.
36. Chalmers JM, Levy SM, Buckwalter KC, Ettinger RL, Kambhu PP. Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Spec Care Dentist* 1996; 16(2): 71-79.
37. Rak OS, Warren K. An assessment of the level of dental care and mouthcare knowledge amongst nurses working with elderly patients. *Comm Dent Health* 1990;7(3): 295-301.
38. Chung JP, Mojon P, Budtz Jorgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Spec Care Dentist* 2000; 20(1): 12-17.
39. Lesnik MJ. The board of nursing examiners and the nursing practice act. *Am J Nurs* 1954; 54(12): 1484-1485.
40. Rogers ME. Nursing: To be or not to be? *Nurs Outlook* 1972; 20(1): 42-46.

41. Paula NS. Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado. [Tesis Doctoral] São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1972. p. 60.
42. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs* 2002; 23(4): 189-199.
43. Kite K. Changing mouth care practice in intensive care: implications of the clinical setting context. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 11(4): 203-209.
44. Adams R. Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *J Adv Nurs* 1996; 24(3): 552-560.
45. Klocke JMM, Sudduth AG. Oral hygiene instruction and plaque formation during hospitalization. *Nurs Res* 1969; 18(2): 124-130.
46. Du Gas BW. Necessidades de higiene. En: *Enfermagem prática*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. pp. 401-416.
47. Paula NS. Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado. [Tesis Doctoral] São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1972. p. 64.
48. Du Gas BW. Necessidades de higiene. En: *Enfermagem prática*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. pp. 401-416.
49. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs* 2002; 23(4): 189-199.
50. Paula NS. Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado. [Tesis Doctoral] São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1972. p. 131.
51. Van Drimmelen J, Rollins HF. Evaluation of commonly used oral hygiene agent. *Nurs Res* 1969; 18(4): 327-332.
52. Mello MS, Ferreira EF, Paixão HH. Educação para a saúde em hospital: relato de uma experiência. *Arq. Cent. Estud. Curso Odontol* 1992; 29(2): 99-105.
53. Mello ALSF, Padilha DMP. Instituições geriátricas e negligência odontológica. *R. Fac. Odonto. Porto Alegre* 2000; 41(1): 44-48.
54. Rak OS, Warren K. An assessment of the level of dental care and mouthcare knowledge amongst nurses working with elderly patients. *Comm Dent Health* 1990; 7(3): 295-301.
55. Mello ALSF, Padilha DMP. Instituições geriátricas e negligência odontológica. *R. Fac. Odonto. Porto Alegre* 2000; 41(1): 44-48.