EVALUACIÓN DE SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS (CAMIP) EN EL AÑO 2,001

Tesis presentada por

JUAN GILBERTO LÓPEZ VILLATORO

Ante el Tribunal del la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que practica el Examen General Público previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, septiembre de 2,002

JL
09
T(1617)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruíz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Antonio Hernández Gaitán
Vocal Quinto:	Br. Augusto Roberto Wehncke Azurdia
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXÁMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramirez
Vocal Segundo:	Dr. José Manuel López Robledo
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García Salas
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

DEDICO ESTE ACTO:

A DIOS TODOPODEROSO

A MIS PADRES: Lic. Rolando López Godínez y
María Antonieta Villatoro de López.
Por su amor incondicional y ejemplo.

A MI HERMANO: Dr. José Rolando López Villatoro.
Por su amistad y cariño.

A MI CUÑADA: Dra. Rocío Monzón Palacios.

A MIS ABUELA: Martina Raymunda Godínez de López,

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS.

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A EL COLEGIO SALESIANO "DON BOSCO"

A MIS CATEDRÁTICOS

A EL HOGAR DE NIÑOS "CASA ALELUYA"

A MIS AMIGOS DE JACALTENANGO

A EL CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS DEL IGSS (CAMIP)

A MI ASESOR DE TESIS: Dr. José Manuel López Robledo.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado: "EVALUACIÓN DE SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ASISITEN AL CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS (CAMIP) EN EL AÑO 2,001", conforme lo demandan los reglamentos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al titulo de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que en alguna forma ayudaron en la elaboración de esta tesis, en especial al Dr. José Manuel López Robledo por su valiosa asesoría.

Y a vosotros distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

ÍNDICE

CONTENIDO	***PÁGINA***
SUMARIO	*1*
INTRODUCCIÓN	*4*
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	*6*
JUSTIFICACIÓN	*8*
REVISIÓN DE LITERATURA	*9*
- *DEMOGRAFÍA*	*9*
- *EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE GERIÁTRICO*	*12*
- *EXAMEN EXTRABUCAL*	*12*
- *EXAMEN INTRABUCAL*	*13*
- *LESIONES BÁSICAS DE LA PIEL Y LA MUCOSA*	*15*
- *LESIONES DE DIAGNÓSTICO INMEDIATO*	*19*
- *LESIONES DEBIDAS A PRÓTESIS TOTAL*	*30*
- *CANDIDIASIS*	*36*
- *INDICADORES DE SALUD*	*39*
- *ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO (IPNTC)*	*41*
OBJETIVOS	*43*
VARIABLES	*45*
METODOLOGÍA	*49*
- *PROCEDIMIENTO DE MUESTREO*	*49*
- *RECOLECCIÓN DE DATOS*	*52*
- *RECURSOS*	*53*
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	*55*
CONCLUSIONES	*114*
RECOMENDACIONES	*120*
LIMITANTES	*122*
ANEXOS	*123*
BIBLIOGRAFÍA	*127*

SUMARIO

En el presente trabajo se realizó un estudio epidemiológico básico de las condiciones de salud del aparato estomatognático en los pacientes geriátricos que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP).

Se estudió a los pacientes que asistieron a este centro entre los meses de noviembre y diciembre del año dos mil uno, tomando una muestra aleatoria de cuatrocientas personas, en las cuales estaban incluidas personas de sexo femenino y masculino, entre las edades comprendidas de sesenta a ochenta y nueve años.

Las lesiones básicas en estudio que se detectaron en el examen extrabucal, se presentan de la siguiente manera: mácula (30.43%), placa (21.74%), costra (11.59%), pápula (10.14%), roncha (8.7%), nódulo (7.25%), úlcera (5.8%), erosión (2.9%) y vesícula (1.45%).

Los sitios anatómicos en donde se localizaron con mayor frecuencia lesiones básicas en el examen extrabucal fueron: área peribucal (27.54%), área frontal (23.19%) y área nasal (21.74%).

En el examen clínico de la Articulación Temporomandibular se detectó que el 32.5% de la muestra poblacional total no presenta signos o síntomas. El resto (67.5%) presenta chasquido o crepitación. El 3.25% padece dolor a la palpación; el 7.75% padece dolor espontáneo, y el 0.25% presenta movilidad reducida de la mandíbula a la abertura, acompañados siempre de chasquido o crepitación.

Las lesiones básicas en estudio que se detectaron en el examen intrabucal, se presentan de la siguiente manera: mácula (27.47%), úlcera (23.45%), pápula (20.99%), nódulo (14.51%), placa (11.11%), tumor (1.54%) y vesícula (0.93%).

Los sitios anatómicos en donde se localizaron con mayor frecuencia lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal fueron: paladar (25.93%), carrillo (19.75%), encía o reborde alveolar superior (16.05%), mucosa labial (10.49%), encía o reborde alveolar inferior (9.26%) y otros sitios con menores porcentajes.

El promedio de piezas obturadas por individuo en la muestra poblacional total es 4.35; de ellas el promedio de piezas con obturaciones defectuosas por individuo es 2.28. De este dato se concluye que el 52.41% de las obturaciones presentes en la cavidad bucal de los pacientes geriátricos examinados se encuentran deficientes.

El promedio de piezas comprometidas pulparmente es 0.74 por individuo en la muestra poblacional total; el promedio de piezas que necesitan tratamiento endodóntico es 1.05; el promedio de restos radiculares es 0.41; el promedio de piezas indicadas para extracción es 0.78.

El promedio de piezas que necesitan restauración por individuo en la muestra poblacional total es 6.22. El promedio de piezas con necesidad de obturación superficial es 0.81; el promedio de piezas con necesidad de obturación extensa es 4.01; el promedio de piezas que necesitan corona total es 1.38; el promedio de piezas indicadas para ser restauradas como domos es 0.37.

Se estableció que la mayoría de pacientes evaluados presenta una prótesis dental superior (64.5%). El 58.5% de la muestra poblacional total presenta prótesis removibles. (Prótesis Total 34.75%, Prótesis Parcial Removible 23.75%); el 36% de los pacientes evaluados presenta una prótesis dental inferior. El 33.5% de la muestra poblacional total presenta prótesis removibles. (Prótesis Total 17.25%, Prótesis Parcial Removible 16.25%)

Se estableció que la mayoría de pacientes evaluados necesitan una prótesis dental superior (84.75%). El 73.0% de la muestra poblacional total necesita una prótesis removible en la arcada superior. (Prótesis Total 39.5%, Prótesis Parcial Removible 33.5%). Mientras que únicamente el 15.25% no necesita ninguna prótesis dental.

La mayoría de pacientes evaluados necesitan una prótesis dental inferior (86.5%). El 76.6% de la muestra poblacional total necesita una prótesis removible en la arcada inferior. (Prótesis Total 30.0%, Prótesis Parcial Removible 46.6%). Mientras que únicamente el 13.5% no necesita ninguna prótesis dental.

La mayoría de los pacientes examinados (76%) necesita tratamiento periodontal que requiere detartraje profesional y mas de la tercera parte de la población (36%) necesita tratamiento periodontal complejo.

El nivel de conocimiento de los pacientes entrevistados sobre conceptos básicos de enfermedad periodontal es muy deficiente. Aunque la mayoría de los pacientes mencionó al cepillado dental e higiene bucal como la mejor manera de evitar la caries y enfermedades periodontales, esto no se refleja en su condición de salud bucal. Lo anterior sugiere que no saben o se les dificulta realizar una higiene bucal adecuada, o no la practican por descuido. Muy pocos mencionaron la visita periódica al odontólogo como un medio preventivo.

Únicamente el 21.3% de lo pacientes entrevistados considera que la información que divulgan los medios de comunicación sobre temas odontológicos es suficiente. Los medios que divulgan con mas frecuencia esta información según los entrevistados son: televisión (59.75%); personal de salud, incluido el odontólogo (38.5%) y radio (19.5%).

Únicamente el 38.25% de los entrevistados visita al menos una vez al año al odontólogo, el resto generalmente no lo visita. El principal motivo de la última visita al consultorio odontológico fue dolor (42.75%). Después siguen cambio, reparación, ajuste o fabricación de *prótesis dentales* (24.25%), chequeos periódicos (17.25%), estética (9.75%), operatoria (3.75%) y otros (2.25%). El 76.5% de los entrevistados está dispuesto a gastar menos de cincuenta quetzales al mes en su salud bucal. Solamente el 12.5% estaría dispuesto a gastar más de cien quetzales y únicamente el 3.5% gastaría mas de doscientos quetzales.

INTRODUCCIÓN

En el transcurso del siglo pasado la tecnología médica avanzó notablemente, adquiriendo la humanidad considerablemente más conocimientos sobre medicina en este período, que en toda su historia anterior. Muchas de las enfermedades que no hace mucho se consideraban fatales, se pueden curar y prevenir el día de hoy hasta el punto que en los países industrializados varias de estas afecciones han desaparecido totalmente. Como consecuencia directa de esto, la esperanza de vida ha aumentado notablemente. Si a esto se agrega el alto crecimiento demográfico, en países latinoamericanos como Guatemala, se concluye que la población geriátrica es cada vez mas numerosa e importante.

Se espera que esta tendencia continúe, con el resultado de que la población de tercera edad se sitúe como un segmento de la sociedad con habilidades y necesidades especiales, que se incrementarán prominentemente. En los países industrializados se ha detectado que las nuevas generaciones de pacientes geriátricos se encuentran mejor educados y demandan de los servicios sociales y de salud, mejor atención. Muchos de ellos mantienen sus dientes naturales y los que usan prótesis totales se están convirtiendo en una minoría.

En el caso de Guatemala, que es un país que se encuentra en vías de desarrollo, la situación es muy diferente. Antes de la realización de esta investigación no existían estudios que pudieran servir de guía para saber si el comportamiento de la población de tercera edad es similar al de los países industrializados o este es diferente. En este estudio se trata de conocer el concepto que las personas mayores tienen sobre la enfermedad periodontal, el estado de su dentición, cobertura y calidad de los servicios odontológicos, y principales tratamientos requeridos por este segmento de la sociedad.

En la presente investigación se realizó un sondeo que aclara muchos de estos puntos. Los pacientes que fueron objeto de este estudio se encuentran favorecidos al tener acceso al Seguro Social, la mayoría recibe una jubilación y vive en el departamento de Guatemala,

donde se tiene mayor acceso a los servicios odontológicos y de salud, asimismo los medios de comunicación tienen mayor cobertura.

Para establecer la naturaleza y la amplitud de los servicios de prevención, curación y restauración que requiere esta población, se necesita el conocimiento de las variables que influyen en las características de las afecciones que tienen los pacientes geriátricos. Los odontólogos del mañana necesitarán un mayor rango de conocimiento, habilidades clínicas y comprensión humana para reconocer y tratar los problemas de salud bucal de sus pacientes de mayor edad.

Este trabajo sirve como una fuente o base de datos para odontólogos o practicantes que deseen o necesiten conocer mas acerca de las características estomatológicas de la población geriátrica guatemalteca. Además provee mucha información práctica para que puedan ser llevados a cabo otros estudios de esta índole en el futuro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología, como todas las disciplinas de atención médica, tiene diferentes ramas en cuanto a su ejercicio. Una es la atención curativa, que trata de solucionar los problemas patológicos, estéticos y funcionales del aparato estomatognático en el ser humano. Por el otro lado, existe la atención preventiva, que esta dirigida a mantener la salud de los tejidos y en base a datos científicos trata de identificar, diseñar y ejecutar estrategias para controlar patologías bucales prevenibles en un grupo poblacional.

Es importante reconocer, que para aprovechar mejor los recursos humanos, económicos y físicos con que cuenta una institución de cuidados en salud, es indispensable el conocimiento del estado particular de cada población que se pretende cubrir. Si al atender las necesidades de tratamiento, no se utilizan esquemas que concuerden con la realidad social, sanitaria y económica; este esfuerzo lleva al fracaso y al desperdicio de recursos.

En el caso de Guatemala no se han realizado estudios que evalúen el estado de salud bucodental de la población geriátrica, por lo tanto se desconocen muchos aspectos importantes sobre la amplitud y las características de los servicios odontológicos que se requieren. En los países latinoamericanos es indispensable mejorar la salud preventiva, pues no se tienen los recursos suficientes para solucionar los problemas médicos y odontológicos de toda la población. Este estudio da una cierta contribución para detectar los problemas bucales de la población geriátrica que se atiende en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, que es un reflejo de lo que sucede en la realidad con este segmento de la sociedad a nivel nacional, que escasamente recibe atención.

Existe la percepción entre los profesionales que trabajan en odontología, en Guatemala, que las personas de tercera edad tienen graves patologías periodontales y pérdida considerable de piezas dentarias. Este problema tiene diferentes causas, pero una importante que no se ha considerado, es la ignorancia. En esta investigación, además de evaluar el estado de salud bucodental de este sector de la sociedad, se busca determinar si estas personas tienen

conocimientos básicos sobre caries, enfermedad periodontal e higiene bucal. Al analizar los resultados de este sondeo se puede determinar que el conocimiento sobre estos temas juega un rol importante en las patologías bucales en la vejez. Además se pueden reconocer aquellos temas que necesitan ser mas divulgados por los medios de comunicación, que actualmente no se les dá la importancia que tienen en el nivel de vida de las personas de tercera edad.

JUSTIFICACIÓN

El rápido crecimiento de la población mayor de sesenta años, que se estima comprende mas de medio millón de personas en Guatemala, implica que se debe prestar más atención a este segmento de la sociedad. Según reveló un informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) la incapacidad de generar ingresos propios, la insuficiente cobertura de los programas de seguridad social y los bajos montos de las pensiones de jubilación son los principales problemas que enfrenta la población anciana guatemalteca. Además se acelera y prevalece un ambiente de exclusión social donde las oportunidades y capacidades se reducen en forma progresiva y sin respuesta para los problemas emergentes, es por ello importante valorar más a los ciudadanos mayores y estudiar su situación actual para localizar sus necesidades y poder solucionar estos problemas en el futuro. (7)

Previo a esta investigación no se habían realizado investigaciones que evaluaran el estado de salud bucodental del paciente geriátrico y que describieran el conocimiento que esta población tiene sobre higiene bucal. Los resultados de este sondeo aclaran la condición y características de las necesidades de atención odontológica profesional, así como el alcance que esta tiene sobre la población geriátrica que asiste al CAMIP. Los datos recabados en la presente investigación sobre estos temas ayudarán a identificar las causas de estos problemas y servirán de base para desarrollar soluciones adecuadas. La idiosincrasia popular sobre temas de salud frecuentemente restan importancia a la salud del sistema estomatognático en el paciente geriátrico como parte de un sistema de salud integral.

En los pacientes geriátricos los problemas de salud se van incrementando, esta población esta sujeta a padecer de enfermedades, tanto sistémicas como locales y problemas de funcionalidad en su sistema estomatognático, el conocimiento obtenido por el monitoreo periódico servirá de base para buscar soluciones institucionales y de salud pública a este problema. Los datos recabados en este estudio serán de gran utilidad para establecer las características y la amplitud de los servicios de asistencia odontológica que requieren los pacientes que asisten a esta institución del Seguro Social.

REVISIÓN DE LITERATURA

Por definición, la vejez es el proceso mediante el cual una persona envejece independientemente del tiempo transcurrido. Abarca las complejas interacciones de los procesos biológicos, psicológicos y sociológicos al cabo del tiempo. A través de la historia, el lindero cronológico que se acepta para la edad senil es 65 años. Se ha establecido una clasificación más útil de la vejez basada en la función. La literatura geriátrica refiere las siguientes categorías: 1) sujetos funcionalmente dependientes (con enfermedad o deterioro); 2) individuos frágiles e internados; 3) personas de 65 a 70 años (saludables y vigorosos); 4) sujetos de 75 a 85 años de edad, y 5) personas de edad muy avanzada, de 85 años en adelante. (3)

DEMOGRAFÍA:

En 1,980 la población mundial comprendía alrededor de cuatro mil millones y medio de habitantes de los cuales tres cuartas partes vivían en las regiones menos desarrolladas. La demografía de la población de tercera edad es muy diferente si se compara las regiones mas industrializadas y las que se encuentran en vías de desarrollo. En las áreas antes mencionadas, la proporción de personas arriba de los 60 años es de 15%, mientras que en las regiones menos desarrolladas es de 6%.

Se estima que este segmento de la población contaba con 375 millones de personas alrededor del mundo, de las cuales 35 millones o el 9% tenían mas de 80 años de edad. De lo anterior se desprende según estos estudios, que el número de personas de tercera edad en el mundo se incrementó en un 75% en los últimos 30 años. El crecimiento fue especialmente significativo en aquellos que tienen mas de 80 años de edad, cuya población aumentó de 15 a 35 millones de personas. (10)

Según el Décimo Censo Nacional de Población y Quinto de Habitación, realizado entre el 17 al 30 de abril de 1,994 por el Instituto Nacional de Estadística, la población mayor de 60 años

en el territorio nacional abarcaba en ese entonces 484,245 habitantes. Según las proyecciones de esta institución, se estima que este segmento de la sociedad guatemalteca comprende más de medio millón de personas actualmente. (9)

En relación con la demografía dental, en Estados Unidos, el National Center for Health Statistics comunica que han disminuido los pacientes edéntulos. Sin embargo, el modelo de uso de los servicios dentales, no cambia en forma notable. La American Dental Association señala que hay mayor cantidad de pacientes ancianos que solicitan atención-restaurativa y preventiva. Sin embargo, los ancianos utilizan menos servicios dentales que los adultos jóvenes. Parece ser que el estado socioeconómico influye así como la dependencia funcional y un estado de salud deficiente. Los estudios indican que el 70% de los ancianos requieren algún tratamiento dental; aunque de 25 a 40% perciben esta necesidad y sólo 20 a 35% realmente lo solicitan. (3) En el caso de la población investigada en este sondeo, mas del 95% tiene necesidad de tratamiento dental y únicamente el 68% percibe esta necesidad.

Los estudios epidemiológicos sobre la edad y la enfermedad periodontal muestran confusión con respecto a la prevalencia y a las tendencias futuras. Hay evidencia de mayor cantidad de dientes faltantes en los ancianos en contraste con los jóvenes, sin embargo, la presencia de gingivitis, y enfermedad periodontal avanzada entre los ancianos es contradictoria. El 95% de los individuos mayores de 65 años con dientes padecen enfermedad periodontal. De acuerdo con Douglass y colaboradores, después del año 2010, empezará a declinar la proporción de ancianos con enfermedad periodontal avanzada si los jóvenes de la población actual mantienen un mejor cuidado de salud bucal en sus años de madurez. Las afecciones como la recesión gingival, la pérdida de inserción gingival y la menor cantidad de dientes remanentes parece ser que se relacionan de manera importante con la edad biológica y la cronológica aunque es mas alta en la primera. (3)

MANIFESTACIONES FÍSICAS DE LA VEJEZ:

EXTERNAS:

Cabello: Quebradizo, menos abundante, gris.

Piel: Deshidratación, disminuye la elasticidad, termosensible (epitelio adelgazado, pecas de senilidad, queratosis, angiomas pálidos).

Ojos: Visión disminuida, exoftalmia, arco senil (arcus senilis) de la córnea, presbiopía.

Oídos: Pérdida de la agudeza auditiva, atrofia de las células nerviosas en el carrete basal de la cóclea.

Nariz: Sentido del olfato disminuido.

Glándulas secretoras: Menor actividad epitelial (saliva, lágrimas, aparato gastrointestinal, Sudor y glándulas sebáceas).

Estrés físico: Homeostasis alterada.

INTERNAS:

Renal: Torrente sanguíneo renal disminuye y lleva a retención de agua y dificultad para eliminar los productos de desecho y medicamentos. Poliuria nocturna e hipertrofia prostática (en los hombres). Aumento del umbral renal de la excreción del azúcar.

Sistema vascular: Aumento progresivo de la presión sanguínea sistólica. La presión diastólica no debe estar alterada.

Sangre: La cuenta de glóbulos rojos y hemoglobina disminuye en forma leve debido a la reducción de la actividad de la médula ósea y el aumento de la fragilidad de los glóbulos rojos

Gastrointestinal: Estreñimiento y acumulación de gases debido a la musculatura hipotónica. Escasas contracciones por hambre. Baja actividad gástrica (a los 50 años es frecuente la hipoclorhidria, con disminución de la absorción de calcio y vitamina C).

Gónadas: Disminuye la secreción de estrógenos y andrógenos con trastornos en el metabolismo de las proteínas.

Hígado: Disminuye la función hepática, el contenido de glucógeno y la secreción biliar. Alteraciones en el metabolismo del colesterol (arterosclerosis).

Páncreas: Función disminuida (susceptibilidad a la diabetes). (3)

EVALUACION CLÍNICA DEL PACIENTE GERIÁTRICO

EVALUACIÓN FÍSICA Y MÉDICA:

El examen del paciente empieza con el primer encuentro visual. Debe valorarse al individuo por su postura, marcha, color, movilidad y características faciales. Las historias clínicas aumentan su valor si se realiza un examen visual agudo. Cuando se formula la historia clínica debe mirarse al paciente a los ojos, hablar con claridad y no hacerlo de una manera aniñada o en un tono bajo. El médico debe marcar el paso de la velocidad del examen y tener en mente que la agudeza visual y auditiva suelen estar disminuidas. Hay una tendencia del paciente anciano a no recordar o a negar los problemas médicos. Por lo tanto, hacer la historia clínica requiere mayor tiempo y paciencia por parte del dentista. Una proporción de 8 a 1 de las personas no institucionalizadas mayores de 65 años de edad tienen una o más enfermedades crónicas. De 2 a 5 se clasifican como dependientes funcionales o ancianos frágiles, lo que indica que sus actividades y capacidad para ejecutar una higiene bucal adecuada son limitadas. La mayoría reciben medicamentos (tal vez más de uno) y tienen metabolismo alterado y sensibilidad a los medicamentos prescritos. Se les advertirá que traigan sus medicamentos al consultorio. Las historias clínicas pueden obtenerse de un pariente, esposo o el responsable, si el paciente es dependiente funcional, frágil o informante no confiable. Cuando se obtiene la historia clínica, es necesario establecer las alteraciones en la función motora para ganar profundidad hacia los posibles problemas médicos. (3)

EXAMEN EXTRABUCAL:

EVALUACIÓN DE LA CARA Y EL CUELLO:

Para realizar esta parte del examen clínico, lo más importante es llevar un orden adecuado por lo tanto se recomienda empezar con las zonas cutáneas descubiertas hasta llegar a las peribucales (nariz, carrillos, barbilla, labios). Por último es muy importante evaluar los

ganglios linfáticos para detectar algún crecimiento de los mismos y la región de la glándula parótida para luego continuar con la articulación temporomandibular. (2)

EVALUACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR:

Después del examen de la cara y el cuello se procede a la evaluación de la articulación temporomandibular, músculos masticadores, glándulas parótidas y sistema ganglionar del área. El procedimiento se inicia simultáneamente palpándose en su orden: la inserción del músculo temporal, la masa del mismo músculo, la glándula parótida, el músculo masetero, la región suborbitaria y geniana, la región submaxilar y la porción lateral del cuello. La palpación se efectúa apoyando firmemente las yemas de los dedos índice, medio y anular sobre la zona bajo estudio. Cuando sea posible (palpación del masetero, y del borde anterior del esternocleidomastoideo) se utilizará además, el dedo pulgar.

Finalmente se localizan los cóndilos trazando una línea imaginaria que va del tragus hacia la comisura externa del ojo, a mas o menos dos centímetros del primero, luego se apoyan los dedos índice y medio de cada mano sobre la piel de la región de ATM a ambos lados, pidiéndole al paciente que abra y cierre la boca varias veces. Seguidamente se presiona sobre el área y se palpan los movimientos condíleos en el desplazamiento mandibular, con el objeto de determinar si existen chasquidos, traquidos o crepitación , y se procede a anotar los hallazgos. (2)

EXAMEN INTRABUCAL:

Con frecuencia, la cavidad bucal del paciente anciano tiene una apariencia alterada si se compara con la de una boca joven. Hay una disminución en el contenido intracelular de agua, cantidad de grasa subcutánea, elasticidad, vascularidad, tono muscular y dimensión vertical. Las zonas no queratinizadas pueden tener un epitelio adelgazado de apariencia cerosa. Hay hiperqueratosis en donde hay queratina.

La lengua puede presentar una desfoliación progresiva de las papilas. El dorso está fisurado mientras que las superficies linguales tienen várices. Algunos investigadores opinan que hay disminución o alteración del gusto. Otros afirman que esto puede no ser cierto. Hay mayor incidencia de lenguas lisas, brillantes y dolorosas debido a las deficiencias de vitamina B12, así como de eritema migrans o lengua geográfica e infecciones por *Cándida.*

De acuerdo con los datos relacionados con éstos, conforme avanza la edad, se altera la reacción del huésped a los microorganismos de la placa. La reacción inflamatoria de la encía marginal es más pronunciada. Esto refleja un mecanismo de defensa local con el cual el huésped compensa la reacción inmunitaria menos efectiva o la disminución en eficacia de los leucocitos polimorfonucleares y los monocitos en la fagocitosis. Sin embargo, la diferencia entre el avance de la enfermedad en los tejidos profundos entre los jóvenes y los ancianos no se ha demostrado. (3)

ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES MOTORAS BUCALES EN LA VEJEZ:

Función alterada	*Manifestación clínica*
Postura labial	Queilosis angular.
Músculos de la masticación	Deficiencia de la masticación Habla; disfagia; lesión traumática por mordida; ronquido; apnea del sueño.
Deglución	Disfagia; regurgitación, sofocación.
Gusto	Disgeusia, ageusia.
Salivación	No hay cambios importantes en los pacientes sanos.

LESIONES BÁSICAS DE LA PIEL Y LA MUCOSA

Una de las principales barreras para tener una buena comunicación entre personal de ciencias de la salud, ha sido durante años la falta de calibración y unificación de criterios en cuanto a terminología para descripción de lesiones básicas.

En este sondeo se busca describir en el examen extra e intrabucal el *ASPECTO GENERAL* que tiene una lesión para poder hacer una imagen visual de la misma y de ninguna manera debe pensarse que este término sea sinónimo de "diagnóstico" de una lesión determinada. A continuación se definen las lesiones básicas de piel y mucosa.

MÁCULA:

Es la única lesión básica que está representada por un cambio de coloración tanto en piel como en mucosa y que no ocasiona ninguna depresión o relieve en su superficie. Es un área de extensión y tamaños variables, de cualquier color y puede ser resultado de una hiperpigmentación o hipopigmentación de melanina u otro pigmento incluyendo los tatuajes. Para indicar la forma de las máculas se deberá usar idealmente figuras planas, por ejemplo: círculo, óvalo, etc.

PÁPULA:

Es una lesión circunscrita, sólida y elevada que mide hasta 0.5 cm de diámetro y que siempre es de base sésil, la mayor parte de la lesión está arriba del plano del tejido circundante. Pueden ser únicas o múltiples y de cualquier color.

NÓDULO:

Es una lesión circunscrita y elevada que puede medir de 0.5cm hasta 3 cms de diámetro, puede tener cualquier forma tridimensional. Su consistencia puede ser dura o blanda, puede

estar localizado superficialmente en el epitelio o extenderse a tejido conjuntivo, en cuyo caso se considera profundo y solo es detectable a la palpación. Su base puede ser sésil o pedunculada.

TUMOR:

Es una lesión similar al nódulo pero con la diferencia de que mide más de 3 cms. De diámetro, al igual que el nódulo puede tener base sésil o pedunculada y puede ser de cualquier forma tridimensional y cualquier color. Puede ser de origen benigno o maligno.(6)

RONCHA O HABON:

Es una lesión circunscrita, elevada, de cualquier tamaño pero de evolución transitoria que es ocasionada por edema de la piel o por picadura de algún insecto, una característica importante es que ocasiona en la mayoría de los casos una sensación pruriginosa, síntoma que contribuirá a diferenciarla de una pápula. Pueden ser de cualquier color, a veces son muy pequeñas y miden 3 o 4 mm de diámetro, y otras veces llegan a medir hasta 10 o 12 cms. Pueden ser observadas como respuesta alérgica a diferentes agentes externos. Su superficie puede ser lisa o rugosa y tener cualquier forma tridimensional.

PLACA:

La placa es un área elevada de extensión variable y que no se desprende al tratar de ser removida de la superficie en donde se encuentra. Frecuentemente está formada por la confluencia de pápulas como ocurre en el caso de lesiones causadas por hongos, psoriasis, liquen plano y Gránulos de Fordyce. Algunas veces la placa puede estar atravesada por pliegues o fisuras que la dividen en varias partes.

VESÍCULA O BULA:

Es una lesión circunscrita y elevada que contiene fluido en su interior. A menudo las paredes de la vesícula son tan delgadas que el fluido que contienen se trasluce, proporcionándole diferente coloración, puede medir hasta 0.5 cm de diámetro, pueden ser subepiteliales o intraepiteliales. Su forma es siempre redondeada con superficie lisa y su base es por lo general sésil.

AMPOLLA O FLICTENA:

Tiene las mismas características de una vesícula pero es mayor de 0.5 cm. La unión de varias vesículas puede formar una ampolla. Son colecciones circunscritas de líquido dentro de la epidermis. Su forma puede ser redondeada o irregular, algunas veces son de base sésil y en ocasiones debido al paso del líquido que contienen en su interior dan la impresión de adquirir un pedículo que las une a la superficie donde se encuentran.

PÚSTULA:

Es una elevación circunscrita de piel o mucosa, con las mismas características que la ampolla y la vesícula con la diferencia que su contenido es un exudado purulento. Dependiendo del color del exudado puede tener una coloración blanca amarilla o amarilla grisácea.

EROSIÓN O ESCORACIÓN:

Es una pérdida de la continuación de las capas superficiales del epitelio o excavaciones superficiales, puede ser linear o punteada y es generalmente el resultado de un arañazo o raspón. Generalmente es de origen traumático y la curación se realiza sin cicatrices. (6)

GRIETA O FISURA:

Es una pequeña hendidura longitudinal variable que afecta la continuidad del epitelio y penetra mas o menos profundamente, se encuentran en piel o mucosas y en algunos casos pueden ser dolorosas.

ÚLCERAS:

Son lesiones con destrucción de la epidermis y pérdida de continuidad del epitelio. Pueden ser de cualquier tamaño y por lo general son dolorosas.

COSTRA:

Se forma como resultado de la desecación de fluidos o exudados en úlceras, grietas o erosiones. Pueden ser de color café o amarillento dependiendo del color del exudado que les dio origen.

ESCARA:

Es un trozo más o menos grande de tejido necrótico que permanece adherido durante un tiempo al organismo, para terminar por eliminarse. Es como una costra negra o pardusca, resultado de la mortificación o desorganización de un tejido por efecto de la gangrena por la acción del calor o de un cáustico. Pueden ser secas o húmedas.

CRECIMIENTO:

Cuando una lesión elevada no circunscrita no "encaja" dentro de los conceptos anteriores y está diseminada o generalizada, se le llamará crecimiento, indicando los mismos parámetros que para cualquier otra lesión. (6)

LESIONES DE DIAGNÓSTICO INMEDIATO

En el Formulario de Evaluación de la Salud Bucodental que se utiliza en el presente sondeo, se tomaron en cuenta aquellas lesiones y trastornos que tienen más importancia en el grupo etáreo que se estudia. Es importante cuando se quiere llevar a cabo una evaluación clínica de la cavidad bucal, el distinguir las lesiones de diagnóstico inmediato de las entidades patológicas a las que se les da un diagnóstico diferencial. En el presente estudio se realizó esta distinción. Se describen por separado las lesiones de diagnóstico inmediato mas frecuentemente detectadas y las otras lesiones se describen por su aspecto general y localización. De esta manera, en la presentación y discusión de resultados se pueden relacionar distintas entidades patológicas con la descripción de lesiones básicas y evitar confusiones con lesiones de pronto diagnóstico. A continuación se da una breve definición de las lesiones de diagnóstico inmediato más frecuentes y que tienen importancia en la población de tercera edad:

LÉNTIGO SENIL:

Las lentígines son máculas cafés de la piel que son más grandes que las pecas y por lo regular se asocian a exposición solar y la edad. Son frecuentes en individuos de edad mediana y mayores; estas lesiones en la piel son persistentes y no requieren de estimulación ultravioleta para hacerse aparentes, como es el caso de las pecas. (14)

MANCHAS MELÁNICAS:

La melanina es un pigmento pardo endógeno, que deriva de la hemoglobina, producido en los melanocitos y que normalmente se presenta en la piel, mucosas, ojo (tracto uveal y retina) y leptomeninges. No hay acuerdo acerca del sitio y los mecanismos de formación de melanina. Casi todos los datos hacen pensar que la glándula secretoria que produce melanina es el melanocito dendrítico especializado que proviene de la cresta neural. (8)

Las manchas melánicas también conocidas como melanosis racial y melanosis oris, ocurren con frecuencia en la cavidad oral de individuos de piel oscura en diversos grupos étnicos. Las manchas se presentan como máculas de color, que varía de café oscuro a negro intenso y pueden ocurrir aisladas y pequeñas o bien, formar áreas extensas que cubren zonas de la mucosa. La pigmentación parece aumentar con la edad y algunas de las manchas crecen para formar zonas más grandes que llegan a unirse con manchas adyacentes. Las manchas se deben a la actividad focal de los melanocitos del epitelio de la mucosa bucal. (15)

La severidad, intensidad, extensión y número de las pigmentaciones, varían considerablemente y no parecen guardar relación con la intensidad de la pigmentación cutánea. La encuesta de INCAP de 1965, nos da una prevalencia de 52.75% y dice que aumenta con la edad. (8)

Los hallazgos sobre manchas melánicas en guatemaltecos, varían de los obtenidos en otros países porque la mayor frecuencia de pigmentación se encuentra en la mucosa de los labios, a diferencia de una mayor cantidad de melanosis gingival en otros estudios. (8)

GRÁNULOS DE FORDYCE:

No es una enfermedad de la mucosa bucal, como el nombre podría indicar, sino más bien es una anomalía del desarrollo caracterizada por colecciones ectópicas de glándulas sebáceas en diversos sitios de la cavidad bucal. Se ha postulado que la aparición de glándulas sebáceas en la boca puede ser consecuencia de presencia de ectodermo en la cavidad bucal teniendo algunas de las potencialidades de la piel en el curso del desarrollo de los procesos maxilares y mandibulares durante la vida embrionaria.

Aspectos clínicos. Los gránulos de Fordyce se presentan como pequeñas manchas amarillas, que están discretamente separadas o formando placas relativamente grandes, que con frecuencia se proyectan ligeramente por arriba de la superficie del tejido. Se encuentran con más frecuencia en un patrón simétrico bilateral sobre la mucosa de los carrillos opuesta a los

dientes molares, pero también se presenta en las superficies internas de los labios, en la región retromolar lateral al pilar facial anterior y encía, frenillo y paladar. Las glándulas sebáceas ectópicas fueron estudiadas en una excelente revisión realizada por Guiducci y Hyman; se reconoce que se presentan en cavidad bucal, esófago, genitales femeninos incluyendo cuello uterino, genitales masculinos, pezones, palmas de las manos y plantas de los pies, glándula parótida, laringe y órbita. Estudios realizados por Halperin y colaboradores, y que fueron confirmados por Miles, indican que la afección se presenta aproximadamente en 80% de la población, sin que al parecer existan diferencias importantes en cuanto a sexo o raza.

Tratamiento. Estas glándulas son innocuas, no tienen importancia clínica o funcional y no requieren de tratamiento. Sin embargo, muy rara vez puede desarrollarse un adenoma glandular sebáceo benigno de estas estructuras intrabucales. (15)

HIPERPLASIA EPITELIAL LOCAL:

En 1965 Archer, Heck y Stanley emplearon el término "hiperplasia epitelial focal" para designar la lesión que Heck observó por primera vez sobre la mucosa bucal en un grupo de niños indios navajos. Praetorius-Clausen y colaboradores revisaron esta alteración; se ha informado que actualmente también se presenta en Colombia, Ecuador, Venezuela, Brasil, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Israel, Egipto y en los esquimales de Groenlandia y Alaska.

Aspectos clínicos. La hiperplasia epitelial local se desarrolla con lesiones nodulares múltiples, usualmente con una base sésil es más frecuente en el labio inferior aunque también se observa en la mucosa bucal, en las comisuras, en el labio superior y en la lengua. Rara vez se afecta la encía y los pilares faciales anteriores y, al parecer no se presentan en piso de la boca o paladar. Estas lesiones nodulares que suelen medir de 1 a 5 mm de diámetro, son suaves y tienen el mismo color que la mucosa adyacente. (15)

LESIONES EXTRAVASCULARES:

PETEQUIAS Y EQUIMOSIS:

Etiología. Las hemorragias de los tejidos blandos de la boca en forma de petequias (puntiformes) o equimosis (de mayor tamaño) se presentan por lo general de manera secundaria a traumatismo o a enfermedades sanguíneas, si el traumatismo daña de manera importante los vasos sanguíneos puede causar salida de sangre al tejido conectivo que los rodea y, por lo tanto, una lesión roja o púrpura. Los traumatismos son diversos e incluyen mordedura de la mejilla, tos, felación, traumatismo secundario a prótesis, procedimientos higiénicos emprendedores y lesiones dentales yatrógenas.

En los pacientes con afección por discrasias sanguíneas el signo inicial de los traumatismos bucales menores puede ser la aparición de máculas rojas en la boca, por lo que el dentista puede tener una función importante en el diagnóstico de estas alteraciones. Después de excluir una etiología traumática debe referirse al paciente a un médico internista o un hematólogo.

Características clínicas. El color de las lesiones varía de rojo a púrpura según el tiempo del daño y el grado de degradación de la sangre extravasada. Las lesiones hemorrágicas de los tejidos blandos suelen aparecer en zonas accesibles a traumatismos como la mucosa vestibular, los bordes laterales de la lengua, los labios y la unión del paladar blando con el duro. En los traumatismos no complicados puede establecerse una relación causa-efecto en la historia clínica. Las lesiones secundarias a las discrasias sanguíneas pueden producirse después de un traumatismo trivial que en otras circunstancias sería insignificante. Las manifestaciones bucales de las discrasias sanguíneas incluyen, además de petequias y equimosis, hipertrofia gingival (en especial en la leucemia monocítica), gingivitis, hemorragia gingival espontánea, hemorragia prolongada después de intervención quirúrgica bucal, pérdida de los dientes y úlceras mucosas. (14)

LENGUA FISURADA:

Esta condición se conoce también como lengua escrotal, lengua cerebriforme, lengua corrugada y lengua foliácea. Se manifiesta clínicamente por la presencia de numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal, a menudo radiadas hacia afuera desde una ranura central a lo largo de la línea media de la lengua. Aunque el aspecto clínico fue la base de la clasificación de lengua fisurada se ha señalado que tal aspecto varía tanto que la clasificación resulta insatisfactoria. Se ha informado que se desarrolla de manera simultánea con, o como secuela de la lengua geográfica o de la glositis migratoria benigna, aunque esta asociación es bastante rara. Un estudio realizado por Halperin y colaboradores mostró que la frecuencia de esta alteración aparentemente aumenta con la edad, por tanto, es probable que no sea una malformación del desarrollo. Posiblemente está asociado con algún factor intrínseco como un traumatismo crónico o deficiencias vitamínicas. Al parecer no hay diferencias importantes en cuanto a raza o sexo. (15)

Existe una variación considerable en la frecuencia de lengua fisurada, los estudios realizados por Prinz y Greenbaum mostraron que 0.5% no tienen relación con la edad, pero Fitzwilliams indicó una frecuencia de 60% en las personas que llegan a los 40 años. El estudio de Halperin y colaboradores reveló una frecuencia total aproximada de 5%. Redman informó una preponderancia de 1.08% entre 5 y 18 años de edad. (15)

La disparidad en los diferentes estudios puede deberse, al menos en parte, a la falta de acuerdo hacia lo que constituye una lengua fisurada. En nuestro medio se han hecho los siguientes estudios:

La encuesta del INCAP nos da un porcentaje de 6.04% (1965). Ravanales en 1966 examinó 624 indígenas y nos da una frecuencia de 115 casos en varones (18.42% y 80 (12.82%) en mujeres o sea un total de 195 casos que nos dan 31.2%. Él nos dice que la lesión fue más frecuente con la edad y que aquí la prevalencia es mas alta que en otros países, también se nota que es más alta la prevalencia en el sexo masculino. (8)

Gutiérrez en 1969, examinó 1,172 individuos y encontró 435 casos o sea (37.11%), porcentaje también bastante alto. Pérez, en 1,971 examinó 332 personas y encontró 84 casos o sea un promedio de 25.30%; y nos dice de una muestra de población estudiada por el INCAP en la cual la lesión fue de 11.39%, siendo mayor en el sexo femenino. En sus conclusiones nos dice: Que la lengua fisurada probablemente ocurre con un patrón genético y que aumenta con la edad, no teniendo preferencia por el sexo. (8)

Se ha mencionado que existe una correlación entre lengua fisurada y lengua geográfica, pues del 20 al 40% de los que tienen una condición presentan la otra. (8)

La lengua fisurada no siempre es dolorosa, excepto en los casos en que los residuos alimenticios tienden a juntarse en las ranuras y causan irritación. Dichos residuos se pueden quitar dilatando y aplanando las fisuras y usando un cepillo de dientes o gasa esponja para limpiar la superficie. (15)

LENGUA GEOGRÁFICA:

Esta condición se conoce también con el nombre de glositis migratoria benigna, exantema migrans, glositis areata exfoliativa. Es una lesión inflamatoria no específica que se incluye entre las anomalías del desarrollo a falta de una ubicación más adecuada.

La lengua geográfica es de etiología incierta, pero se han postulado varias posibles causas, entre ellas, factores nutricionales, trastornos inmunológicos y otros. Algunos consideran que la condición se presenta cuando el poder regenerativo de la mucosa gástrica está severamente afectado. Es notoria su asociación con lengua fisurada. La enfermedad se presenta comúnmente desde la infancia y persiste durante toda la vida del paciente o bien desaparece al llegar éste a la madurez. (8)

Clínicamente se presenta como zonas eritematosas de tamaño variable en el dorso y bordes de la lengua. Las lesiones son de forma irregular y se caracterizan por pérdida parcial o total de las papilas filiformes, con persistencia de las fungiformes que se ven prominentes. Cada área está rodeada por un rodete elevado, de color blanco amarillento y bien delimitado. El borde de las lesiones es eritematoso. El número y localización de las zonas afectadas varía constantemente. En ocasiones, pueden extenderse a la mucosa del vientre de la lengua. Las lesiones de lengua geográfica son asintomáticas pero especialmente sensibles a los cambios de temperatura y a los irritantes locales, como alimentos condimentados o bebidas calientes.(15)

LENGUA VELLOSA O PILOSA:

La lengua vellosa es un trastorno poco usual que no es específicamente una alteración del desarrollo, pero se considera con otras lesiones de la lengua pertenecientes a este grupo.

Aspectos clínicos. Esta enfermedad se caracteriza por hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua, sin que haya descamación normal que puede ser extensa y formar una capa gruesa afelpada sobre la superficie dorsal de la lengua. El color de las papilas puede variar desde blanco amarillento hasta café o incluso negro, según su tinción por factores extrínsecos como tabaco, algunas comidas, medicinas o microorganismos cromógenos de la cavidad bucal. Las papilas, que pueden tener una longitud considerable, ocasionalmente rozarán el paladar del paciente causándole náuseas.

Etiología. Aunque se desconoce, se ha sugerido que los microorganismos, en particular los hongos, pueden ser factores estimulantes. Es cierto que varios tipos de microorganismos, incluyendo la *Cándida albicans* pueden cultivarse por la raspadura de las papilas, pero no hay prueba de que haya una relación de causa y efecto. Algún trabajo ha indicado que los microorganismos son simplemente saprofitos y que con su erradicación no necesariamente vuelve la lengua a su normalidad.

Incluso se ha sugerido que ingerir ciertas drogas (por ejemplo, perborato de sodio, peróxido de sodio y antibióticos como penicilina y aureomicina) puede incitar su aparición La mayor parte de los estudios concuerdan en que casi todos los pacientes que presentan lengua vellosa son fumadores a gran escala, aunque el predominio de este hallazgo puede hacer dudosa su aparente importancia.

El desarrollo de la lengua vellosa se observa con mucha frecuencia en pacientes que han sufrido radiaciones extensas alrededor de cabeza y cuello para el tratamiento de un tumor. La lengua vellosa se debe a algún cambio en el medio ambiente bucal local, aunque no se sabe si éste es físico o químico en la saliva o en la flora microbiana.

Tratamiento. Esta es una enfermedad benigna. Corno la etiología aún se desconoce el tratamiento es empírico. Con frecuencia los restos de comida se juntan en la profundidad entre las papilas y produce irritación de la lengua. En dichos casos la lengua puede cepillarse con un cepillo dental, a fin de estimular la descamación y quitar los restos. (15)

VÁRICES LINGUALES:

(Varicosidades linguales o sublinguales)

Una várice es una vena tortuosa, dilatada, con frecuencia sujeta a una presión hidrostática aumentada, pero con soporte deficiente del tejido circundante. Son relativamente comunes las várices que afectan las venas raninas linguales, apareciendo como racimos de venas parecidos a perdigones de color rojo o púrpura localizados en la superficie ventral y en los bordes laterales de la lengua, así como en el piso de la boca. Sin embargo, las varices también se presentan en otros sitios bucales como en labios superior e inferior, mucosa y comisuras bucales.

No se ha establecido una asociación directa entre estas varicosidades y otras enfermedades orgánicas específicas. Sin embargo, Kleinman concluyó que dichas varicosidades representan un proceso de la edad y que, cuando se presentan antes de los 50 años de edad, pueden indicar

envejecimiento prematuro. En este estudio, las varicosidades linguales no se relacionaron con la enfermedad pulmonar cardiaca. Ettinger y Manderson, en una investigación en 1751 personas (755 varones y 996 mujeres) que tenían entre 7 y 99 años de edad, encontraron que 68 % de las personas mayores de 60 años de edad tenían varices sublinguales. En este estudio, pareció que existía una relación importante entre la presencia de las varicosidades de la pierna y las varices sublinguales. (15)

APÉNDICE FRENICULAR:

Esta lesión aparece como una pequeña elevación cónica o cilíndrica, no mayor de dos milímetros en el frenillo labial superior. La base del crecimiento puede encontrarse a cualquier nivel sobre el frenillo. Algunos apéndices freniculares presentan un pequeño pozo o depresión en su parte más prominente. (8)

INSERCIONES FRENICULARES ALTAS:

Estas características que se encuentran frecuentemente en los pacientes ancianos tienen mucha importancia, ya que debido a esto en varias ocasiones las prótesis no se ajustan adecuadamente en la cavidad bucal.

TORUS PALATINUS:

El torus palatinus es una protuberancia o excrescencia ósea de lento crecimiento, de base sésil; se presenta en la línea media del paladar duro, la mucosa que lo cubre está intacta, en ocasiones pálida, se ulcera si se traumatiza, es de crecimiento lento y tiene diversas formas.

- Plano
- Forma fusiforme
- Nodular o lobular

Está compuesto de hueso compacto y un centro de hueso esponjoso y así es a menudo visible mediante una radiografía palatina intrabucal. Afecta con más frecuencia a mujeres que a hombres. Su origen es probablemente hereditario. (15)

TORUS MANDIBULARIS:

Es una exostosis o crecimiento exterior óseo que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula. Su etiología se desconoce, aunque se sugiere que existe fondo genético o étnico. Generalmente es bilateral, un 20% es unilateral. Pueden ser individuales o múltiples son de crecimiento lento y asintomático, y con frecuencia son visibles en las radiografías periapicales, no existe correlación de torus mandibularis y torus palatinus. No hay diferencia de sexos. Todas estas protuberancias óseas no requieren de tratamiento salvo que haya necesidad de tratamiento protésico. (15)

ABSCESO PERIAPICAL:

El absceso periapical es un proceso supurativo agudo o crónico de la región periapical dental. No es una lesión de diagnóstico inmediato ya que se requiere de examen radiológico, sin embargo en esta investigación se describió como diagnóstico diferencial en base a sus características clínicas. Por lo regular surge como resultado de la infección que sigue a la caries que afecta el diente y a la infección pulpar, pero se presenta también después de alguna lesión traumática de los dientes, dando como resultado la necrosis de la pulpa y en los casos de irritación de los tejidos periapicales, ya sea mediante la manipulación mecánica o la aplicación de sustancias químicas en los procedimientos endodónticos.

El absceso periapical presenta los datos de una inflamación aguda del periodonto apical. El diente está extremadamente doloroso y se encuentra un poco fuera de su alveolo.
El absceso periapical crónico por lo general no da síntomas clínicos, debido a que esencialmente es un área leve, bien circunscrita, de supuración que muestra poca tendencia a diseminarse a partir de dicha zona. (14)

ABSCESO PERIODONTAL:

El absceso periodontal, "flemón de la encía" es una tumefacción gingival dolorosa de color rojo o rojo amarillento. Se presenta en cualquier punto del diente afectado. La tumefacción puede afectar el vestíbulo o la mejilla ya que el pus sigue el trayecto de menor resistencia.

Según la gravedad de la infección, el paciente puede experimentar linfadenitis regional, malestar general o fiebre. Tales circunstancias pueden ser de urgencia que exige atención inmediata. (14) El absceso periodontal no es una lesión de diagnóstico inmediato, sin embargo en esta investigación se dictaminó el diagnóstico diferencial en base a sus características clínicas.

LESIONES DEBIDAS A PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL REMOVIBLE

En la presente investigación se estableció que el sesenta por ciento de la población examinada utiliza una prótesis removible, parcial o total. La mayor parte de hallazgos patológicos encontrados se encuentran relacionados al uso de estos aditamentos. Es por ello que en este estudio se le dedicó un apartado especial a estas lesiones, ya que son las que con mayor frecuencia afectan a las personas de este grupo etáreo y una de las principales razones por la que esta población busca los servicios del odontólogo. La mucosa bucal está sujeta a diversas lesiones y afecciones como resultado del uso de dentaduras artificiales. Estas se pueden manifestar como: 1) Signos clínicos de inflamación de la mucosa de soporte 2) Tejido redundante 3) Hiperplasia fibrosa inflamatoria, 4) Hiperplasia papilar del paladar, 5) Estomatitis por prótesis total, 6) Úlcera traumática e 7) Intolerancia o alergia a la base de la prótesis total (acrílico o vulcanita).

SIGNOS CLÍNICOS DE INFLAMACIÓN:

En estos casos la mucosa que da soporte a la prótesis se presenta con cambios de coloración, forma o consistencia alrededor del área en que tiene contacto con la misma. La mucosa también puede estar edematizada y presentar sintomatología. (1)

TEJIDO REDUNDANTE:

El tejido redundante se presenta en las crestas del reborde alveolar, como un tejido suave, muy móvil y el hueso se palpa muy por debajo de este tejido. Generalmente se encuentra asociado a inflamación clínica, por lo que pueden anotarse las dos condiciones. (1) El tejido redundante es muy frecuente en pacientes que utilizan prótesis total superior, que hace oclusión con dientes remanentes anteriores inferiores con o sin el uso de prótesis parcial removible inferior. Esta condición fue detectada con mucha frecuencia en esta investigación y se debe a la reabsorción del proceso alveolar anterior superior. Muchas de estas características que pertenecen al *síndrome de combinación* afectan a la población geriátrica de manera

importante. La hiperplasia fibrosa inflamatoria o épulis fisurado, hiperplasia papilar, crecimiento de las tuberosidades y extrusión de las piezas dentales anteroinferiores son las otras características importantes que se asocian con este síndrome. (4)

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA:

Esta lesión también se denomina "hiperplasia inflamatoria", "hiperplasia por prótesis" y "épulis fisurado", sinónimos que ya no se utilizan. (14) Es una de las reacciones tisulares más comunes a prótesis dentales crónicamente mal ajustadas. Es la presencia de hiperplasia de tejido a lo largo del borde de la dentadura, pero que no se restringe a su lugar sino que se presenta en muchas zonas donde existe una irritación crónica de cualquier tipo, como en la encía, en la mucosa bucal y en el ángulo de la boca.

Aspectos clínicos. La hiperplasia fibrosa inflamatoria como resultado de la lesión de la prótesis dental se caracteriza por el desarrollo de rollos alargados de tejido en el área de los pliegues mucolabiales o mucobucales dentro de los cuales los rebordes de la prótesis dental ajustan en forma conveniente. Esta proliferación de tejido por lo regular se desarrolla en forma lenta y probablemente es el resultado de la resorción del reborde alveolar por el traumatismo de las prótesis dentales flojas.

Este exceso en el pliegue de tejido por lo general no está muy inflamado, aunque puede existir irritación e incluso ulceración en la base de dicho pliegue dentro del cual ajustan los rebordes de la prótesis total. La lesión es firme a la palpación.

Tratamiento y pronóstico. La hiperplasia fibrosa inflamatoria se debe extirpar por cirugía y construir prótesis totales nuevas o rebajar las antiguas para proporcionar una retención adecuada. Si la dentadura es remplazada o reparada, la lesión no debe recurrir. No se presentará la regresión completa, incluso después de la construcción de prótesis totales nuevas, aunque la disminución de la reacción inflamatoria puede producir alguna mejoría clínica del padecimiento. (15)

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA: (PAPILOMATOSIS PALATINA)

La hiperplasia papilar inflamatoria es un problema poco común que afecta la mucosa del paladar. No se conoce su etiología pero se puede considerar como una forma de hiperplasia inflamatoria asociada, en la mayor parte de las ocasiones, con las prótesis totales mal ajustadas, que permiten la irritación por fricción, y un mal estado de higiene bucal. Sin embargo, puesto que muchas personas que tienen lo que se podría describir como prótesis totales mal ajustadas nunca adquieren la papilomatosis, deben existir algunos factores predisponentes no identificados presentes en las personas que desarrollan la lesión.

Aspectos clínicos. La hiperplasia papilar se presenta sobre todo en las personas edéntulas con prótesis totales, pero en raras ocasiones se ve en pacientes que presentan un complemento total de los dientes y no un aparato protésico En una serie de 5, 892 pacientes, Guernsey informó de una frecuencia del 2.9% en las personas que usaban prótesis totales, pero sólo de 0.2% en los que no las usaban. Sin embargo, Bhaskar y colaboradores establecieron que alrededor del 20% de todos los pacientes que usaban prótesis totales las 24 horas del día mostraron hiperplasia papilar, mientras que entre todos los que usaban las prótesis totales, la prevalencia era del 10%. Ettinger, estudiando la etiología y la frecuencia de la hiperplasia papilar, informó de una cifra similar en 97 pacientes afectados, o el 13.9% en una serie de 700 personas que usaban prótesis totales. Este autor concluyó que el uso constante de una prótesis total era uno de los factores más importantes asociados con el trastorno. Cuando se usa un aparato, el sitio de la lesión corresponde al de la base de la prótesis total, y algunas veces sólo a la cámara de alivio. Puede presentarse en cualquier edad en el adulto y no tiene una predilección definitiva por alguno de los sexos.

La lesión se presenta como numerosas proyecciones papilares edematosas, en color rojo, muy cercanas unas a otras, que con frecuencia afectan a casi todo el paladar duro y le dan un aspecto verrucoso. Las lesiones se pueden extender sobre la mucosa alveolar, y en ocasiones está afectada la mucosa alveolar mandibular. Las papilas individuales rara vez miden más de

1 o 2 mm. de diámetro. El tejido muestra grados variables de inflamación, pero rara vez existe ulceración.

Tratamiento y pronóstico. No hay tratamiento reconocido para este trastorno. El dejar de usar las prótesis totales mal ajustadas o el construir prótesis nuevas sin la remoción quirúrgica del exceso de tejido por lo general da como resultado una regresión del edema y la inflamación, pero persiste la hiperplasia papilar. Es preferible la excisión quirúrgica de la lesión antes que se haga una prótesis nueva, lo cual hace que la boca regrese a su estado normal. El uso de acondicionador de tejido para rebajar una prótesis total ya vieja, a menudo produce cierta mejoría de la lesión, pero rara vez la regresión es completa a menos que esté en una etapa inicial. (15)

ESTOMATITIS POR PRÓTESIS TOTAL:

La "estomatitis por prótesis total" es un trastorno poco común que se presenta en pacientes que pueden o no tener un juego nuevo de dentaduras. Este problema no se debe a una alergia verdadera, ya que las pruebas con parches con material de dentadura dan resultados negativos. Algunos casos parece que se deben a una infección con *Cándida albicans,*aunque por lo regular no se desarrollan los parches blancos característicos de algodoncillo de acuerdo a Cahn y Bartels. Lehner clasificó el trastorno como una candidiasis atrófica crónica. Newton sugirió que la boca con úlceras por prótesis total puede estar relacionada con un "síndrome de retención de sudor" en el cual existe una formación de tapones de queratina en las glándulas sudoríparas o las glándulas salivales accesorias, que fuerzan el sudor o la saliva dentro de los tejidos vecinos con inflamación subsecuente. Sin embargo, este concepto no se ha aceptado en su totalidad.

Más recientemente, Burdtz-Jorgensen y Bertram estudiaron con detalle la estomatitis por prótesis total y demostraron que podían cultivarse los hongos parecidos a levaduras del tipo de *Cándida albicans* en el 90/o de los pacientes con estomatitis por prótesis total, pero sólo en el

40% de los sujetos con prótesis total pero sin estomatitis. También demostraron que la mala limpieza en la prótesis dental se asociaba con una inflamación intensa.

Renner y colaboradores hicieron notar que este trastorno es una enfermedad multifacética en la cual el parasitismo por *Cándida albicans* puede ser un factor extremadamente importante que a menudo se asocia con otras contribuciones mayores por el trauma por prótesis total y el continuo uso de ésta, los malos hábitos de higiene bucal y tal vez, alteraciones dietéticas y sistémicas.

Aspectos clínicos. La mucosa que se encuentra bajo la prótesis dental se vuelve extremadamente roja, hinchada, lisa o granular y dolorosa. Con frecuencia se presentan múltiples focos de hiperemia del tamaño de la cabeza de un alfiler que por lo regular afectan el maxilar superior. Es común una sensación intensa de quemadura. El enrojecimiento de la mucosa está bien delineado y restringido al tejido que está en contacto con la prótesis total.

Tratamiento y pronóstico. El tratamiento de este problema puede no tener éxito. Sin embargo Budtz-Jorgensen y Bertram informaron de efectos terapéuticos importantes sobre la estomatitis por dentadura mediante tratamiento antimicótico. Además, cuando las dentaduras ajustan mal, la construcción de nuevos aparatos y la instrucción sobre el cuidado higiénico de éstos ayudan a corregir la situación. Si no se hacen nuevas prótesis, las viejas se deben esterilizar a diario sumergiéndolas en una solución de nistatina durante toda la noche durante el periodo de tratamiento. También se informó que junto con la nistatina es eficaz el rebajar las prótesis totales con acondicionadores de tejidos blandos. (15)

ÚLCERA TRAUMÁTICA:

La úlcera traumática causada por la irritación de prótesis dentales es del mismo tipo de úlcera que puede ser producida por diversas lesiones físicas. La úlcera traumática de las membranas mucosas bucales es una lesión causada por alguna clase de traumatismo, que puede ser la mordedura de la mucosa, irritación por prótesis dental, lesión por cepillo dental, exposición de

la membrana mucosa a un diente con filos o una lesión cariosa, o por algún otro irritante externo. (15)

La úlcera traumática con frecuencia ocurre en sitios como el borde lateral de la lengua, por lo regular después de una lesión en la cual el paciente se mordió muy fuerte. Sin embargo estas úlceras también se ven sobre la mucosa bucal, sobre los labios y en ocasiones sobre el paladar. Aunque en la mayor parte de los casos de lesiones de la mucosa bucal la cicatrización es rápida y sin problemas, algunas persisten por un largo período. Esto es particularmente cierto en la úlcera traumática de la lengua, que guarda una gran semejanza clínica con el carcinoma y que a veces es sometida a biopsia repetida en un intento de establecer un diagnóstico de neoplasia. Sin embargo es interesante que en muchas ocasiones la úlcera traumática que ha persistido por semanas o meses sin cicatrizar sane rápidamente después de un procedimiento quirúrgico menor como una biopsia incisional. (15)

Aspectos clínicos. La úlcera por prótesis total, una o más, por lo común se desarrolla en un día o dos después de la inserción de una prótesis dental nueva. Esta puede ser el resultado de una sobre-extensión de los rebordes, el secuestro de espículas de hueso bajo la prótesis dental o una mancha áspera o "alta" sobre la superficie interna de la prótesis total.

Estas úlceras son lesiones dolorosas, pequeñas, de forma irregular y cubiertas por una delicada membrana necrótica de color gris y rodeadas por un halo inflamatorio. Si no se instituye tratamiento, algunas veces esto puede ser el principio de una proliferación de tejido alrededor de la periferia de la lesión en una base inflamatoria.

Tratamiento y pronóstico. El tratamiento de la úlcera traumática debida a una prótesis total consiste en la corrección de la causa subyacente: eliminar los rebordes, remoción de los secuestros pequeños o de los lugares altos. Cuando esto se lleva a cabo por lo regular la úlcera sana rápidamente. (15)

CANDIDIASIS

Se trata de la enfermedad fúngica más común de la mucosa bucal. Puede tener un origen yatrogénico (administración de antibióticos, corticosteroides, fármacos xerostomizantes). Además puede constituir un útil marcador de enfermedad subyacente. Por ejemplo, constituye la infección más frecuente de las asociadas al VIH y puede ser la primera manifestación de ésta. En pacientes severamente inmunodeprimidos la cavidad bucal puede albergar Cándida capaz de diseminarse de forma sistémica, causando una morbi-mortalidad importante. Existe una importante variedad de formas clínicas que pueden plantear un diagnóstico deferencial complejo.

Existen dos tipos de cándida los cuales son los de tipo agudo y los crónicos.
Entre las agudas están:

- Candidiasis Pseudomembranosa
- Candidiasis Atrófica

Entre las crónicas están:

- Candidiasis Atrófica
- Candidiasis Hiperplásica o Hipertrófica
- Candidiasis Mucocutánea

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA:

Comúnmente llamada "algodoncillo, monoliasis o Thrush". Se presenta en forma de placas elevadas blancas, blandas o gelatinosas que crecen en forma centrífuga y se unen, se puede presentar prácticamente en cualquier parte de la boca, pero predominan en mucosa bucal y lingual, paladar, pliegues mucobucales, mucosa bucofaríngea y bordes laterales de la lengua.

Estas son placas semejantes a coágulos de leche que consisten en hifas fungioides con epitelio descamado, queratina, fibrina, restos necróticos, leucocitos y bacterias. Al eliminar la seudomembrana queda una superficie eritematosa en erosión o ulceración con frecuencia dolorosa. En los casos graves, los pacientes se quejan de sensibilidad, sensación de quemadura y disfagia.

CANDIDIASIS HIPERTRÓFICA O HIPERPLÁSICA:

Las infecciones candidiales crónicas también son capaces de producir respuesta hiperplásica en el tejido. Las lesiones papilares nodulares predominan en sujetos que utilizan prótesis totales y se consideran que corresponden, a menos en parte, a una reacción ante la infección crónica por hongos. La hiperplasia papilar consiste en nódulos individuales de forma ovoide o esférica que produce excrecencias de dos a tres milímetros de diámetro sobre fondo eritematoso.

En ocasiones esta infección afecta el dorso de la lengua en un patrón que se denomina glositis romboidea media. Por lo general asintomática y se descubre en exámenes sistemáticos. La lesión se localiza en labios, lengua y carrillo. La glositis romboidea se presenta en la zona anterior a las papilas circunvaladas y se presenta como una superficie de color blanco o con mayor frecuencia roja, lisa, nodular o fisurada, con ligera induración y de forma romboidal que puede durar años.

CANDIDIASIS AGUDA ATRÓFICA:

Lesión generalizada roja plana, se observan parches de depapilación y desqueratinización. Localización más frecuente en dorso de lengua y/o paladar. Frecuentemente tiene relación con tratamientos a base de antibióticos en infecciones agudas, además este tipo de candidiasis es usualmente una manifestación temprana de disfunción inmunológica la más común en pacientes VIH positivos.

Este tipo de Cándida tiende a ser sintomática y su principal manifestación es una sensación de ardor o quemazón usualmente asociada con la ingestión de alimentos salados o condimentados. La lesión se parece a una quemadura causada por comer pizza y a lesiones traumáticas del paladar posterior y anterior.

CANDIDIASIS CRÓNICA ATRÓFICA:

A menudo llamada boca ulcerada por prótesis total, es un subgrupo atrófico. La localización se da en el área que soporta la dentadura, más frecuentemente en el paladar que en el proceso mandibular. Predomina en el sexo femenino y en pacientes geriátricos. Los factores que contribuyen a que se presente esta enfermedad incluyen el traumatismo crónico de baja intensidad por una prótesis mal ajustada, la relación oclusal no ideal y el no quitar el dispositivo durante la noche.

En pacientes que utilizan prótesis total. Existe inflamación difusa del área que soporta la dentadura. La lesión se presenta como una superficie roja, brillante, en ocasiones como de terciopelo o granular con poca queratinización, en casos graves pueden observarse vesículas confluentes y erosiones.

Aunque la candidiasis crónica pueda surgir a la leucoplasia bucal, no hay evidencia clara que ésta sea por si misma un estado precanceroso. Sin embargo, es posible que la invasión epitelial por este organismo y la proliferación subsecuente contribuyan al cambio neoplásico. (14)

INDICADORES DE SALUD

En las secciones anteriores de esta revisión bibliográfica, se discute el procedimiento que el odontólogo debe seguir para llevar a cabo un examen del aparato estomatognático en el paciente geriátrico, que se encuentre apegado a las técnicas científicas. Sin embargo, todo este esfuerzo es en vano si no existe un método eficaz para tabular estos datos, cuando se realiza un sondeo sobre el estado de la salud bucodental.

Para este efecto, en la presente investigación se realizó una modificación del Formulario de Evaluación de la Salud Bucodental de la OMS (1,997), (11) para que este estudio se acople mas a la población que se evalúa. Por ello se han modificado y agregado otros indicadores de salud en los cuales se toman en cuenta las características siguientes:

DISPONIBILIDAD:

Los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención para diferentes áreas y épocas.

COBERTURA:

El indicador debe tener la capacidad de reflejar las diferentes particularidades de áreas distintas.

ESPECIFICIDAD:

También llamada validez, lo que significa que el indicador debe ser función de las características del fenómeno que se quiere o se necesita medir. La falta de especificidad puede invalidar el indicador, pues permite una evaluación no verdadera del fenómeno, por estar reflejando características de otro fenómeno paralelo.

SIMPLICIDAD:

Quiere decir facilidad de cálculo a partir de la información básica.

CALIDAD DE LOS DATOS BÁSICOS:

Como es prácticamente imposible asegurar una confiabilidad constante a la información original, un indicador poco sensible a las variaciones intrínsecas de los datos permite una comparación nivelada y eficiente del fenómeno que se mide. Siempre que se haga el esfuerzo por mejorar la información no se puede dejar de usar un indicador en forma repetida.

COMPRESIBILIDAD:

El indicador debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o factores, diferentes que afectan el fenómeno en estudio. También se entiende como amplitud.

DISCRIMINATORIEDAD:

El indicador debe tener la capacidad de distinguir y señalar o apuntar los diferentes niveles de salud, reconocer sensiblemente y exhibir las variaciones ocasionales o de tendencia. (16)

ÍNDICE PERIODONTAL DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE LA COMUNIDAD (IPNTC)

En 1,997 la Unidad de Salud Bucal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dio inicio a la creación de un método internacional de evaluación de las necesidades de tratamiento periodontal. Este índice es una combinación del principio de evaluación dicotómica, el Sistema de Necesidades de Tratamiento Periodontal y la división de toda la dentición en 6 segmentos como lo sugirió O.Learly (1967).

El método es práctico para la determinación preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal durante la discriminación inicial del estado de salud bucal de un paciente nuevo. Después del tratamiento el IPNTC vuelve a ser útil para vigilar el mantenimiento de la salud periodontal. El IPNTC está diseñado para indicar directamente que porcentaje de un determinado grupo cronológico requiere tratamiento complejo, tartrectomía o enseñanza de higiene bucal.

Las necesidades de tratamiento se refieren al nivel del cuidado, control reducción y cura de la enfermedad periodontal. La clasificación de categorías para las necesidades de tratamiento es general mas bien que específica y está identificada comúnmente en tres niveles:

1- Administración individual de higiene bucal para minimizar la formación de placa bacteriana en el margen gingival.
2- Remoción de restauraciones defectuosas y de cálculos que son factores de retención de placa.
3- Cuidado del tejido periodontal, que incluye un rango amplio de procedimientos apropiados para lograr bolsas periodontales adecuadas.

Las investigaciones de varios años proponen los siguientes requisitos para las necesidades de tratamiento:

a) Tipo de tratamiento que necesitan las personas y la duración del tratamiento.
b) Número de tratamientos preventivos que necesitan las personas y duración del número de tratamientos preventivos.
c) La calificación educacional del personal.

La distribución de las necesidades de tratamiento estimada en la muestra de una población, determina la magnitud y tipo de programa requerido para la misma. Los criterios clínicos utilizados son: inflamación gingival, pérdida de adhesión de los tejidos periodontales y tratamiento para eliminar placa bacteriana y cálculos. (17)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el estado de salud bucodental en una muestra de pacientes geriátricos que asisten al Centro de Atención Médica Integral (CAMIP) del IGSS, utilizando para ello un Formulario de Evaluación de la Salud Bucodental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Establecer un diagnóstico sobre el estado de salud bucodental general de la población geriátrica guatemalteca que asiste a esta institución, definiendo información esencial para atender a este segmento de la sociedad y realizar estudios posteriores.

Establecer la naturaleza y amplitud de los servicios de prevención, curación y restauración requeridos, determinando la condición del aparato estomatognático y el tratamiento necesario.

Evaluar el estado de enfermedad periodontal e identificar el tratamiento periodontal que requieren los pacientes geriátricos de esta institución mediante el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (IPNTC) y clasificar el tratamiento de acuerdo a las variables mencionadas.

Establecer la amplitud con la que se satisfacen las necesidades actuales de asistencia profesional odontológica de los pacientes que pertenecen a esta muestra.

Indicar la situación y las necesidades de tratamiento bucodental de una muestra poblacional, de manera que con estos datos se puedan planificar programas de asistencia odontológica estableciendo los recursos necesarios, así como el número y el tipo de personal que se requiere para satisfacer las necesidades de esta población.

Determinar el concepto que tienen la personas mayores que asisten a esta institución sobre enfermedad periodontal y caries dental. Asimismo, conocer información sobre sus hábitos de higiene bucal, así como sus actitudes y demandas de servicio odontológico, mediante un cuestionario en el que se formularon preguntas sobre estos temas.

Determinar la amplitud de los medios de comunicación, en cuanto a la información sobre prevención de enfermedades bucodentales y la percepción que la población de tercera edad, que asiste a este centro de salud, tiene sobre la cantidad y calidad de la misma.

VARIABLES

I. ESTADO DE SALUD BUCODENTAL

SUBVARIABLES:

1) EXAMEN EXTRABUCAL

1.1) EVALUACIÓN DE LA CARA Y EL CUELLO

INDICADORES:

a) Ausencia de lesiones básicas de la piel.
b) presencia de lesiones básicas de la piel.
c) ganglios linfáticos palpables: cabeza y cuello.

1.2) EVALUACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR

INDICADORES:

a) Ausencia de signos o síntomas.
b) Presencia de dolor espontáneo.
c) Presencia de dolor a la palpación.
d) Presencia de chasquido o crepitación.
e) Movilidad reducida de la mandíbula(<30mm).

2) EXAMEN INTRABUCAL

2.1) EVALUACIÓN DE LA MUCOSA BUCAL:

INDICADORES:

a) Ausencia de lesiones o trastornos.
b) Presencia de lesiones básicas de la mucosa.
c) Presencia de inserciones freniculares altas.
d) Presencia de exostosis.
e) Presencia de absceso.

2.2) EVALUACIÓN DEL ESTADO DE LA DENTICIÓN:

INDICADORES:

a) Número de piezas presentes.
b) Número de piezas que presentan caries.
c) Número de piezas que presentan caries radicular.
d) Número de piezas que presentan obturación aceptable.
e) Número de piezas que presentan obturación defectuosa.
f) Número de piezas que presentan corona total aceptable.
g) Número de piezas que presentan corona total defectuosa.
h) Número de piezas comprometidas pulparmente.
i) Número de piezas con fractura coronaria.
j) Número de restos radiculares.
k) Número de piezas con abrasión incisal considerable.
l) Número de piezas con abrasión cervical considerable.

2.3) SITUACIÓN DE PRÓTESIS POR ARCADA:

INDICADORES:

a) Ninguna prótesis.
b) Prótesis parcial fija (> dos unidades).
c) Prótesis parcial removible.
d) Combinación de prótesis parcial removible con prótesis parcial fija (>dos unidades)
e) Prótesis total.

2.4) EVALUACIÓN DEL ESTADO PERIODONTAL (UTILIZANDO EL IPNTC):

INDICADORES POR SEXTANTE:

a) Sano.
b) Hemorragia.
c) Cálculo.
d) Bolsa periodontal de 4-5mm.
e) Bolsa periodontal de 6mm o más.
f) Sextante excluido (<dos dientes).

II. NECESIDAD DE TRATAMIENTO

SUBVARIABLES:

1) NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL:

En base a los indicadores por sextante del IPNTC evaluados se deducen los siguientes tratamientos:

a) Sin necesidad de tratamiento periodontal
b) Instrucciones para mejorar higiene bucal.
c) Detartraje profesional y mejorar higiene bucal.
d) Tratamiento complejo, detartraje profesional y mejorar higiene bucal.

2) NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PIEZAS DENTALES:

INDICADORES:

a) Número de piezas que necesitan obturaciones superficiales.
b) Número de piezas que necesitan obturaciones profundas o extensas.
c) Número de piezas que necesitan corona total.
d) Número de piezas que necesitan tratamiento endodóntico.
e) Número de piezas indicadas para extracción.
f) Número de piezas indicadas para domos.

2) NECESIDAD DE PRÓTESIS POR ARCADA:

INDICADORES:

a) Ninguna prótesis necesaria.
b) Necesidad de prótesis parcial fija (>dos unidades).
c) Necesidad de prótesis parcial removible.
d) Necesidad de combinación de prótesis parcial fija (>dos unidades) con prótesis parcial removible.
e) Necesidad de prótesis total.

METODOLOGÍA

1. CONSENTIMIENTO:

Previo a la elaboración del punto de tesis, se contactó a las autoridades del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP), para solicitar autorización y poder realizar este estudio en sus instalaciones y evaluar a los pacientes que asisten a esta institución. En el Departamento de Recursos Humanos del I.G.S.S. se realizaron los trámites correspondientes y se llenó la papelería de solicitud. Después de llenar los requerimientos de este Departamento, la institución dio la autorización para poder realizar esta investigación.

2. PROCEDIMIENTO DE MUESTREO:

POBLACIÓN:

La población que abarcó este estudio estuvo constituida por los pacientes comprendidos entre las edades de 60 a 89 años que asistieron al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP), durante los meses de noviembre y diciembre del año 2,001.

El procedimiento de muestreo incluye dos etapas: 1) Diseño y tamaño de la muestra, 2) Selección de la muestra.

2.1) DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA ESTIMAR PROPORCIONES:

En el presente sondeo se determinaron las proporciones o porcentajes de la población que poseen ciertas características. El muestreo se realizó a partir de una población infinita debido a que ésta es lo bastante grande como para hacer innecesario el uso de corrección finita. Se

utilizó el hecho de que la mitad del intervalo deseado, ***d***, puede hacerse igual al producto del coeficiente de confiabilidad por el error estándar. Suponiendo muestreo aleatorio y condiciones que garanticen la normalidad aproximada de la distribución de ***p***, se deduce la siguiente fórmula para ***n***:

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

En donde :

n = tamaño de la muestra

z = nivel de confianza

p = proporción aproximada (5)

q = 1- p

d = mitad del intervalo de amplitud

A) NIVEL DE CONFIANZA:

Representa el valor que indica la certeza, previo a la toma de la muestra que el investigador desea tener respecto a que el intervalo de confianza contenga el verdadero parámetro o diferencia, para esta investigación se utilizó el valor $z = 1.96$ (= 0.05%). Por ende el nivel de confianza es de 95%.

B) PROPORCIÓN APROXIMADA:

Representa la proporción o porcentaje aproximada de la población que posee las características que se buscan. Obviamente, dado que este es el parámetro que se está tratando de estimar, es desconocido. Una solución a este problema es tomar una muestra piloto y calcular una estimación para utilizarse en lugar de p en la fórmula para n. Como en este caso no se puede llegar a una mejor estimación, puede hacerse que p sea igual a 0.5 y resolver para

n, este procedimiento dará una muestra lo suficientemente grande para la confiabilidad y la amplitud del intervalo deseado. Entonces $p = 0.5$ y q que es igual a 1-p será (1-0.5 = 0.5).

C) AMPLITUD DEL INTERVALO:

La variable *d* representa la mitad del intervalo deseado.

E) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Utilizando los valores $z = 1.96$; $p = 0.5$; $q = 0.5$; $d = 0.05$ en la fórmula para averiguar el valor de *n*, se concluye que $n = 384.16$. Para redondear esta cifra y por fines prácticos el tamaño de la muestra que se utilizó en este sondeo fue de 400 pacientes.

2.2) SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

La selección de la muestra fue por medio de un muestreo aleatorio simple sin reemplazo. Que consistió en invitar a los pacientes a participar en el sondeo aleatoriamente y estos participaron voluntariamente.

3. CALIBRACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Previo al trabajo de campo se realizaron varias sesiones de calibración entre los investigadores con el visto bueno del asesor de tesis para estandarizar criterios clínicos del examen bucal y de los hallazgos clínicos. Además durante el sondeo los investigadores reexaminaron a algunos pacientes en diferentes ocasiones, mediante este procedimiento se preservó y evaluó la reproducibilidad en el transcurso de toda la investigación.

4. RECOLECCIÓN DE DATOS:

En el presente sondeo se examinaron 400 pacientes geriátricos del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del IGSS, comprendidos entre 60 y 89 años de edad, se seleccionaron aleatoriamente, se le explicó a cada paciente la finalidad del estudio y que la participación en este era voluntaria y gratuita.

La recolección de datos se llevó a cabo en dos fases:

a) Entrevista
b) Examen Clínico

ENTREVISTA:

Durante la entrevista se recabó información general sobre el paciente, además se le formularon algunas preguntas sobre caries, enfermedad periodontal, hábitos de higiene bucal e historia odontológica anterior. Este cuestionario se puede apreciar en el ANEXO II.

EXAMEN CLÍNICO:

El examen clínico consistió de las siguientes fases:

1) Se recibió al paciente, se le puso una servilleta y se le solicitó que se sentara en el sillón dental.
2) El examinador se lavó y se secó las manos previamente a ponerse los guantes. Posteriormente presentó una bandeja porta instrumentos donde se colocaron ordenadamente un espejo bucal, un explorador, una sonda periodontal, pinzas, bajalenguas, rollos de algodón, servilleta y gasas. El instrumental se colocó debidamente limpio y estéril.
3) Se realizó el examen clínico anotando los hallazgos clínicos en el formulario de evaluación que se detalla en el ANEXO I.

4) Se le indicó al paciente cuando el examen concluyó y con delicadeza se le ayudó para levantarse del sillón.
5) Se le dio una breve explicación al paciente sobre su situación dental y se le formularon algunas recomendaciones.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez recopilados los datos se aplicaron los métodos estadísticos necesarios para obtener los resultados y conclusiones de esta investigación, para exponerlos posteriormente en texto, tablas, y gráficas.

Para el procesamiento electrónico de los datos se utilizaron los programas EPI INFO versión 6.0 y MICROSOFT EXCEL. Se elaboró una hoja de base de datos electrónica especialmente diseñada para recolectar esta información.

6. RECURSOS:

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Se contó con el uso de un local proporcionado por las autoridades respectivas, luz eléctrica, agua, escritorio y sillas.

RECURSOS FÍSICOS:

Se contó con un sillón dental de tipo campaña, lámpara de cuello de ganso, mesa, porta servilletas, gafas protectoras, guantes de látex, mascarillas, formularios de investigación, cuestionarios y lapiceros.

RECURSOS HUMANOS:

Dos odontólogos practicantes a cargo de la investigación.

EQUIPO Y MATERIALES:

En el transcurso de la investigación cada examinador contó con los siguientes suministros:

- bandeja porta instrumentos,
- espejos bucales planos # 5,
- exploradores # 5,
- sondas periodontales de Williams PQ-W,
- pinzas;
- bajalenguas,
- recipientes (uno para los instrumentos usados y otro para esterilizar el instrumental),
- solución esterilizante concentrada,
- toallas de tela o papel para las manos;
- algodón en rollo,
- gasa.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

Para evitar la interrupción de los exámenes se dispuso del número suficiente de instrumentos, mientras se esterilizaban los ya utilizados. Se trabajó con un mínimo de 10 espejos bucales, 10 exploradores y 5 sondas periodontales por examinador, pues esta cantidad permitió esterilizar los instrumentos mientras se utilizaban los restantes.

Durante el examen clínico se cumplieron a cabalidad las medidas universales de prevención, utilizando siempre mascarilla, guantes y gafas protectoras.

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La muestra poblacional en estudio estuvo constituida por pacientes geriátricos que asistieron al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP, durante los meses de noviembre y diciembre del año dos mil uno. Esta muestra fue seleccionada de manera aleatoria y voluntaria en los pacientes comprendidos entre las edades de sesenta a ochenta y nueve años.

Se utilizó un instrumento previamente elaborado de recolección de datos epidemiológicos sobre las condiciones de salud del aparato estomatognático, encontrando los resultados que se presentan en las páginas posteriores.

Asimismo, se abordan los conocimientos que tienen los pacientes geriátricos que asisten a esta institución sobre medidas de prevención y conceptos sobre caries y enfermedad periodontal, que son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en la cavidad bucal. Por último se analiza el comportamiento de los mismos ante las distintas opciones de servicios odontológicos.

CUADRO No.1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DE LA MUESTRA POBLACIONAL EXAMINADA CAMIP, 2001

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FREC.	PCTJE.	FREC.	PCTJE.	FREC.	PCTJE.
60-69	88	48.35	135	61.93	223	55.75
70-79	69	37.91	63	28.90	132	33.00
80-89	25	13.74	20	9.17	45	11.25
TOTAL	182	100	218	100	400	100

En el Cuadro No. 1 se describe la distribución de la muestra según edad y sexo. Se puede observar que el grupo de edad más numeroso fue el comprendido entre 60-69 años. Asimismo, el cuadro muestra que el porcentaje de personas de sexo femenino examinadas es ligeramente mayor.

CUADRO No.2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EMPLAZAMIENTO GEOGRÁFICO DE LA MUESTRA POBLACIONAL EXAMINADA CAMIP, 2001

EMPLAZAMIENTO GEOGRÁFICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÁREA URBANA	279	69.75
ÁREA PERIURBANA	71	17.75
ÁREA RURAL	50	12.5
TOTAL	400	100

En el Cuadro No. 2 se describe la distribución de la muestra según el emplazamiento geográfico al que pertenecen los pacientes examinados. La mayoría pertenece al área urbana de la ciudad capital, aunque también un número reducido de pacientes vive en las ciudades de Antigua Guatemala y Escuintla. El área periurbana se ha incluido para indicar las zonas que rodean a las grandes ciudades, que pueden tener características análogas a las de las zonas rurales, esto es, muy pocas instalaciones de salud de cualquier tipo y habitualmente falta de acceso a establecimientos de asistencia de salud bucodental. El área rural incluye a los pacientes que viven en el campo o en un poblado pequeño.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROFESIÓN ANTES DEL RETIRO
DE PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001

PROFESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FREC.	PCTJE.	FREC.	PCTJE.	FREC.	PCTJE.
ARTISTA	1	0.55	0	0.00	1	0.25
AGRICULTURA	12	6.59	0	0.00	12	3.00
BOMBERO	1	0.55	0	0.00	1	0.25
CARPINTERO	2	1.10	0	0.00	2	0.50
COMERCIANTE	7	3.85	4	1.83	11	2.75
HERRERO	4	2.20	0	0.00	4	1.00
MAGISTERIO	21	11.54	35	16.06	56	13.50
MECÁNICO	5	2.75	0	0.00	5	1.25
OF. DOMÉSTICOS	0	0.00	82	37.61	82	20.5
OFICINISTA	23	12.64	33	15.14	56	14.00
OPERARIO	53	29.12	24	11.01	77	19.25
PANADERO	1	0.55	0	0.00	1	0.25
PERSONAL SALUD	9	4.94	32	14.68	41	10.25
PILOTO	17	9.34	0	0.00	17	4.75
POLICÍA	9	4.94	0	0.00	9	2.25
PROFESIONAL	9	4.94	2	0.92	11	2.75
SASTRERÍA	2	1.10	6	2.75	8	2.00
TIPOGRAFÍA	3	1.65	0	0.00	3	0.75
ZAPATERO	3	1.65	0	0.00	3	0.75
TOTAL	182	100	218	100	400	100

La mayoría de los pacientes entrevistados se encuentran jubilados, por esta razón se les preguntó a que profesión u oficio se dedicaron durante la mayor parte de su vida. En el caso de las personas de sexo masculino las actividades más frecuentes fueron: operario (29.12%), oficinista (12.64%), magisterio (11.54%), piloto (9.34%), agricultor (6.59%) y otras labores con porcentajes menores.

Las personas de sexo femenino son en gran porcentaje amas de casa o se han dedicado a oficios domésticos (37.61%). Luego se distribuyen las actividades de la siguiente manera: magisterio (16.06%), oficinista (15.14%), enfermería o personal de salud (14.68%), operario (11.01%) y otras labores con porcentajes menores.

Las actividades de la muestra poblacional total se distribuyen de la siguiente manera: oficios domésticos (20.5%), operario (19.25%), oficinista (14.0%), magisterio (13.5%), personal de salud (10.25%) y otras labores con menores porcentajes.

CUADRO No. 4

FRECUENCIA DE LESIONES BÁSICAS EN EL ROSTRO Y CUELLO DE PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001

LESIÓN	ÁREA PERIBUCAL	ÁREA NASAL	ÁREA FRONTAL	PÓMULO, CARRILLO	ÁREA DE CUELLO	TOTAL
MÁCULA	4	2	5	4	6	21
ÚLCERA	3	1				4
PÁPULA	3	4				7
NÓDULO	1	2	2			5
PLACA	3	2	7	2	1	15
VESÍCULA	1					1
RONCHA	3	2			1	6
COSTRA	1	2	2	2	1	8
EROSIÓN				2		2
TOTAL	19	15	16	10	9	69

El cuadro No. 4 muestra las lesiones básicas detectadas en el examen extrabucal. Las 69 lesiones básicas detectadas se distribuyen así: mácula 21 (30.43%), úlcera 4 (5.80%), pápula 7 (10.14%), nódulo 5 (7.25%), placa 15 (21.74%), vesícula 1 (1.45%), roncha 6 (8.70%), costra 8 (11.59%) y erosión 2 (2.90%).

Los diagnósticos diferenciales mas frecuentes fueron: vitiligo que se describe en la tabla como máculas que se localizaron en varias regiones del rostro y psoriasis que se describe como placa en la región frontal (cuero cabelludo). Se detectaron algunas lesiones que ameritaban biopsia o un examen mas profundo. En estos casos se hizo la referencia correspondiente de estos pacientes al dermatólogo.

CUADRO No.5

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON LENTIGO SENIL SEGÚN SEXO CAMIP, 2001

LÉNTIGO SENIL	HOMBRES	PCTJE.	MUJERES	PCTJE.	TOTAL	PCTJE.
PRESENCIA	161	88.46	178	81.65	339	84.75
AUSENCIA	21	11.54	40	18.35	61	15.25
TOTAL	182	100	218	100	400	100

En el cuadro No. 5 se puede observar la prevalencia según sexo de léntigo senil en la muestra poblacional examinada. La prevalencia de léntigo senil es ligeramente mayor en las personas de sexo masculino que se examinaron.

CUADRO No.6

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON GANGLIOS LINFÁTICOS SUBMAXILARES PALPABLES SEGÚN SEXO CAMIP, 2001

G. L. S.	HOMBRES	PCTJE.	MUJERES	PCTJE.	TOTAL	PCTJE.
PALPABLES	145	79.67	166	76.15	311	77.75
NO PALPABLES	37	20.33	52	23.85	89	22.25
TOTAL	182	100	218	100	400	100

El cuadro No. 6 muestra, que en el 77.75% de los pacientes fueron detectados los ganglios linfáticos submaxilares a la palpación. No hubieron diferencias significativas en los resultados de este examen según sexo.

CUADRO No.7

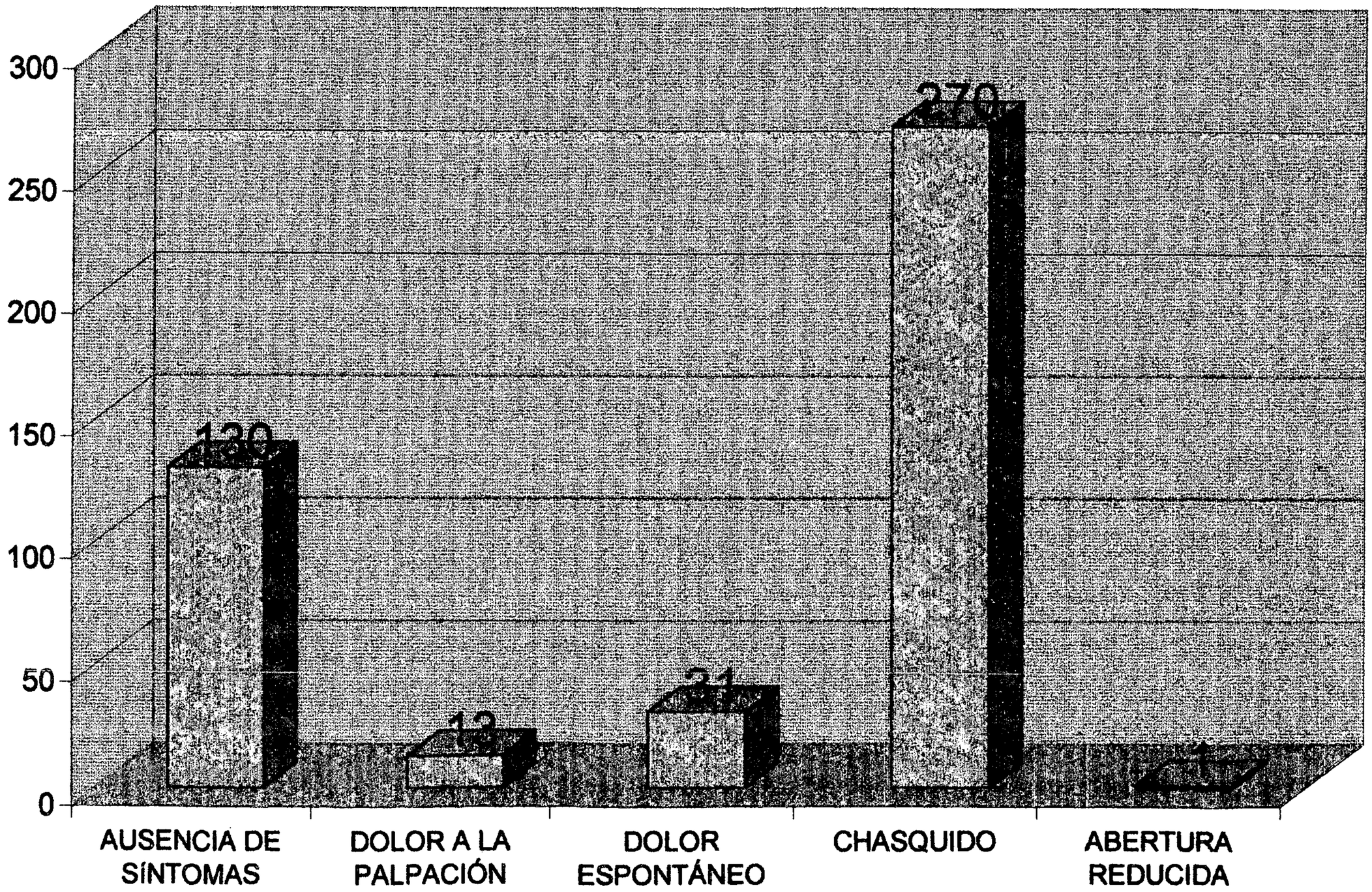
FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001

SIGNOS O SÍNTOMAS	**FRECUENCIA**	**PREVALENCIA**
AUSENCIA DE SÍNTOMAS	130	32.5%
DOLOR A LA PALPACIÓN	13	3.25%
DOLOR ESPONTÁNEO	31	7.75%
CHASQUIDO O CREPITACIÓN	270	67.5%
ABERTURA REDUCIDA	1	0.25%

En la Gráfica No. 1 y Cuadro No. 7 se puede apreciar que la mayoría de los pacientes examinados presentan signos o síntomas patológicos en la A.T.M. El signo de mayor prevalencia es el chasquido o crepitación que fue detectado en 270 (67.5%) pacientes. Dolor a la palpación fue detectado en 13 (3.25%) pacientes, y 31 (7.75%) pacientes refirieron sufrir dolor espontáneo. El dolor espontáneo o a la palpación siempre fue acompañado de chasquido o crepitación en la A.T.M. Solo un paciente (0.25%) presentó movilidad reducida de la mandíbula a la abertura. No se detectaron signos o síntomas patológicos en 130 (32.5%) de los pacientes evaluados.

Gráfica No. 1

FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001



CUADRO No. 8

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN INTRABUCAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001

LOCALIZACIÓN	MÁCULA%		ÚLCERA%		PÁPULA%		NÓDULO%		TUMOR %		PLACA %		VESÍCULA%	
Bermellones	6	6.74	4	5.26	3	4.41	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Comisuras	4	4.49	6	7.90	2	2.94	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	33.33
Mucosa Labial S.	8	8.99	2	2.63	5	7.35	1	2.13	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Mucosa Labial I.	6	6.74	3	3.95	9	13.24	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Carrillo	27	30.33	17	22.37	13	19.12	3	6.38	0	0.00	4	11.11	0	0.00
Carrillo Bilateral	2	2.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	5.56	0	0.00
Encía o Reborde S	7	7.87	6	7.90	12	17.65	23	48.94	2	40.00	2	5.56	0	0.00
Encía o Reborde I	10	11.24	4	5.26	6	8.82	7	14.89	2	40.00	1	2.78	0	0.00
Paladar	15	16.86	28	36.84	11	16.18	4	8.51	0	0.00	24	66.67	2	66.67
Lengua	1	1.12	4	5.26	4	5.88	3	6.38	0	0.00	3	8.33	0	0.00
Piso de Boca	0	0.00	2	2.63	1	1.47	4	8.51	1	20.00	0	0.00	0	0.00
Área Retromolar	3	3.37	0	0.00	2	2.94	2	4.26	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	89	100	76	100	68	100	47	100	5	100	36	100	3	100

Las 324 lesiones básicas detectadas se distribuyen así: mácula 89 (27.47%), úlcera 76 (23.45%), pápula 68 (20.99%), nódulo 47 (14.51%), placa 36 (11.11%), tumor 5 (1.54%) y vesícula 3 (0.93%). (ver Gráfica No. 2).

En el cuadro No. 8 se puede apreciar que las máculas detectadas en el examen clínico se localizaron con mayor frecuencia en el carrillo (30.33%), paladar (16.86%) y encía o reborde alveolar inferior (11.24%). El diagnóstico diferencial más frecuente fue el de mácula melanótica que se localizó en varias regiones de la mucosa bucal .

Las úlceras se localizaron con mayor frecuencia en el paladar (36.84%), carrillo (22.37%), comisuras y encía o reborde alveolar superior (7.90%). El diagnóstico diferencial más frecuente fue el de úlcera traumática. Estas lesiones se localizaron frecuentemente en carrillo, lengua y mucosa labial cuando su agente etiológico fue la masticación y también se encontraron con frecuencia en los rebordes alveolares, paladar y piso de boca asociadas a prótesis dentales mal ajustadas. Otro diagnóstico diferencial muy frecuente fue el de candidiasis atrófica crónica asociada a prótesis dental. Esta lesión se observó como úlceras eritematosas o lesiones de superficie granular localizadas en el paladar. Las úlceras localizadas en comisuras y bermellones se asociaron a entidades patológicas frecuentes como son herpes labial y queilitis angular.

Las pápulas se localizaron con mayor frecuencia en el carrillo (19.12%), encía o reborde superior (17.65%) y paladar (16.18%). Los diagnósticos diferenciales mas frecuentes fueron mucocele, papiloma y várice, lesiones que se detectaron en varias regiones de la mucosa bucal. Otro diagnóstico diferencial frecuente fue el de hiperplasia fibrosa inflamatoria asociada a prótesis dental que se localizó en paladar, rebordes alveolares y piso de boca.

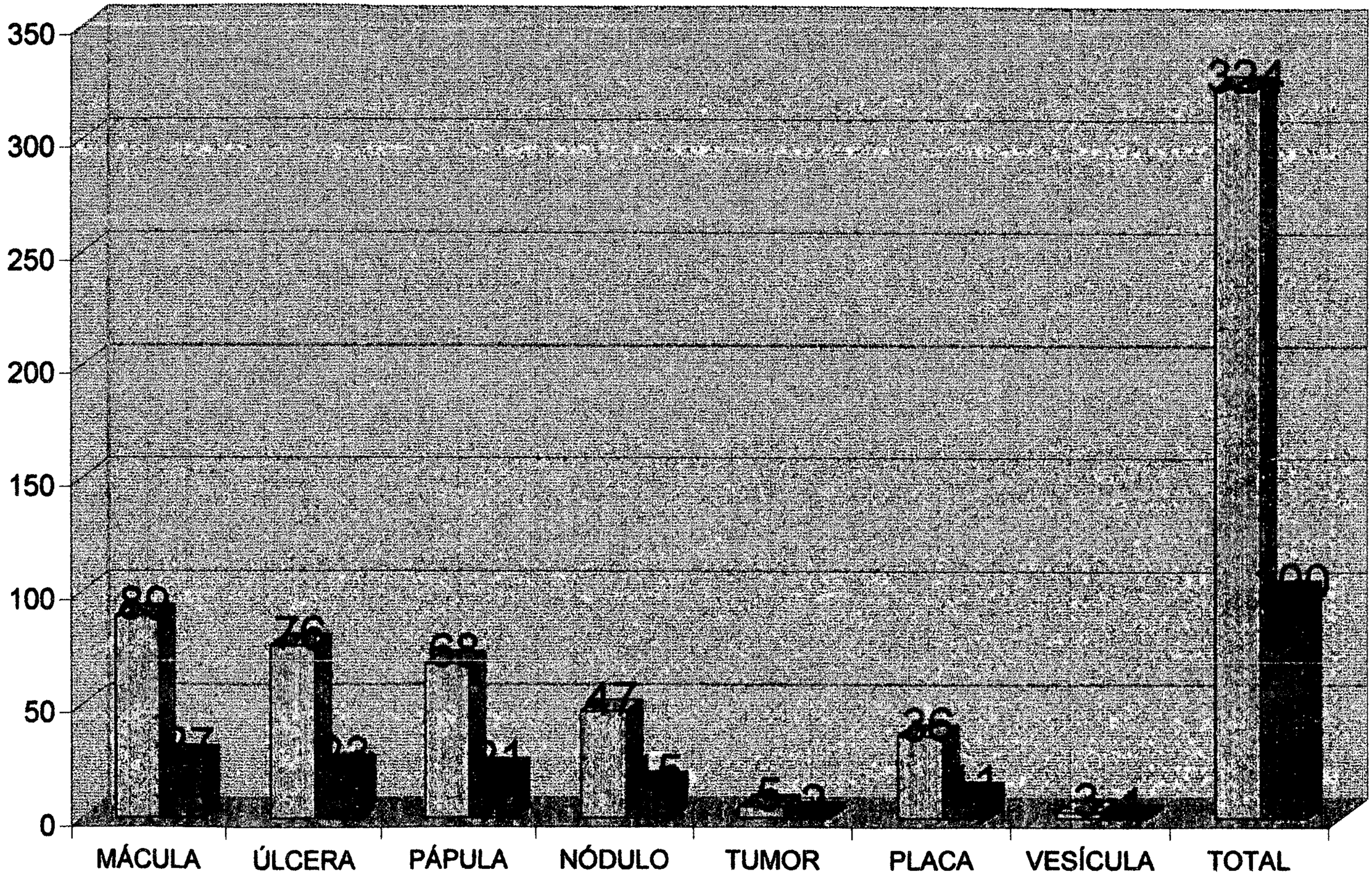
Los nódulos se localizaron con mayor frecuencia en encía o reborde alveolar superior (48.94%) e inferior (14.89%), piso de boca y paladar (8.51%) respectivamente. El diagnóstico diferencial más frecuente fue hiperplasia fibrosa inflamatoria inducida por dentadura. Por esta razón la localización de estas lesiones se encuentra asociada a los bordes de las prótesis dentales y defectos en su diseño en la mayoría de casos.

Se localizó placa con mayor frecuencia en el paladar (66.67%), carrillo (11.11%) y lengua (8.33%). El diagnóstico diferencial mas frecuente fue el de hiperplasia papilar inflamatoria que en la mayoría de los casos se encontró asociada a candidiasis hiperplásica a consecuencia del uso de prótesis dentales.

Se localizaron también algunos tumores, la mayoría también asociados al uso de prótesis dentales mal ajustadas. También se localizaron algunos casos de vesículas en paladar asociadas a candidiasis e irritación por prótesis dentales y en la región de comisuras asociadas a herpes labial. Se detectaron algunas lesiones que ameritaban biopsia o un examen mas profundo. En estos casos se hizo la referencia correspondiente de estos pacientes al odontólogo o dermatólogo de la institución.

Gráfica No. 2

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001



CUADRO No.9

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN BUCAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001

LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BERMELLONES	13	4.01%
COMISURAS	13	4.01%
MUCOSA LABIAL	34	10.49%
CARRILLO	64	19.75%
CARRILLO BILATERAL	4	1.24%
ENCÍA O REBORDE ALV. SUP.	52	16.05%
ENCÍA O REBORDE ALV. INF.	30	9.26%
PALADAR	84	25.93%
LENGUA	15	4.63%
PISO DE BOCA	8	2.47%
ÁREA RETROMOLAR	7	2.16%
TOTAL	**324**	**100%**

La distribución de las lesiones básicas de tejidos blandos según su localización intrabucal se describe en el Cuadro No. 9. Se puede observar que se encontraron mas lesiones en el paladar (25.93%); siguiendo en orden descendente: carrillo (19.75%), encía o reborde alveolar superior (16.05%), mucosa labial (10.49%), encía o reborde alveolar inferior (9.26%) y otros sitios con menores porcentajes.

CUADRO No.10

FRECUENCIA DE HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE UTILIZAN PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL REMOVIBLE SUPERIOR
CAMIP, 2001

HALLAZGOS PATOLÓGICOS	P. T.	*PREV.	P. P. R.	*PREV.
SIGNOS CLÍNICOS DE INFLAMACIÓN	127	91.37%	85	95.51%
TEJIDO REDUNDANTE	71	51.01%	26	27.37%
HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA	30	21.58%	11	11.58%
HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA	18	12.95%	6	6.32%

* Prevalencia.

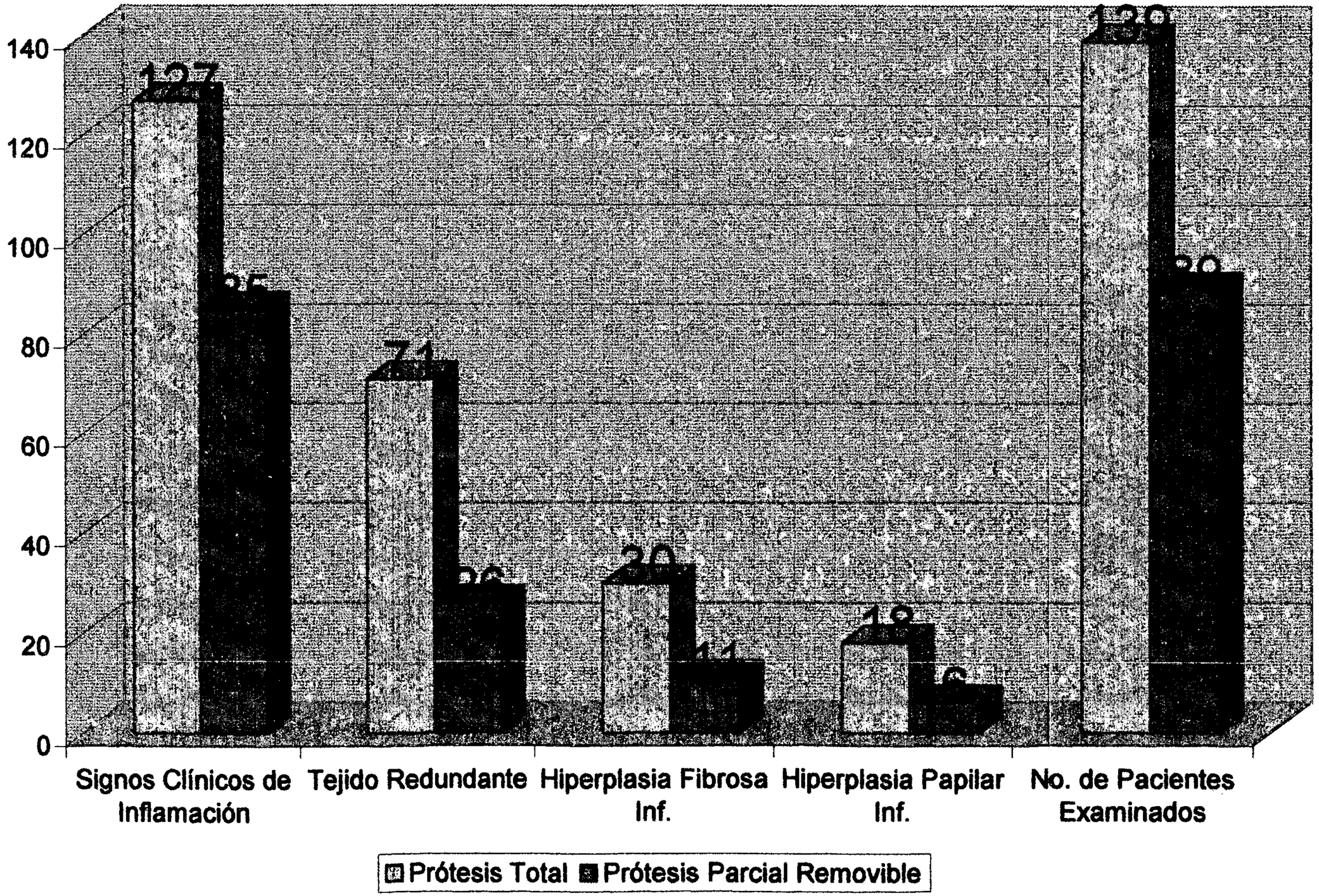
En la Gráfica No. 3 y el Cuadro No. 10 se puede observar la frecuencia de hallazgos patológicos asociados a prótesis total y parcial removible superior. Es importante aclarar que autores como Shafer (14) incluyen el término tejido redundante en la clasificación de hiperplasia fibrosa inflamatoria. En este estudio por fines prácticos este término se analiza por separado y se anotó como tal, cuando clínicamente se detectó mucosa suave, muy móvil asociada a una reabsorción de la cresta alveolar. Hiperplasia fibrosa inflamatoria se anotó cuando se detectó hiperplasia de la mucosa localizada y asociada a los bordes o defectos en el diseño de una prótesis dental.

Los pacientes que utilizan prótesis total presentaron en orden descendente: signos clínicos de inflamación 127 (91.37%), tejido redundante 71 (51.01%), hiperplasia fibrosa inflamatoria 30 (21.58%) e hiperplasia papilar inflamatoria 18 (12.95%).

Los pacientes que utilizan prótesis parcial removible presentaron en orden descendente: signos clínicos de inflamación 85 (95.51%), tejido redundante 26 (27.37%), hiperplasia fibrosa inflamatoria 11 (11.58%) e hiperplasia papilar inflamatoria 6 (6.32%).

Gráfica No. 3

FRECUENCIA DE HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE UTILIZAN PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL REMOVIBLE SUPERIOR CAMIP, 2001



CUADRO No.11

FRECUENCIA DE HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE UTILIZAN PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL REMOVIBLE INFERIOR CAMIP, 2001

HALLAZGOS PATOLÓGICOS	P. T.	*PREV.	P. P. R.	*PREV.
SIGNOS CLÍNICOS DE INFLAMACIÓN	56	81.16%	58	89.23%
TEJIDO REDUNDANTE	32	46.38%	19	29.23%
HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA	13	18.84%	5	7.69%

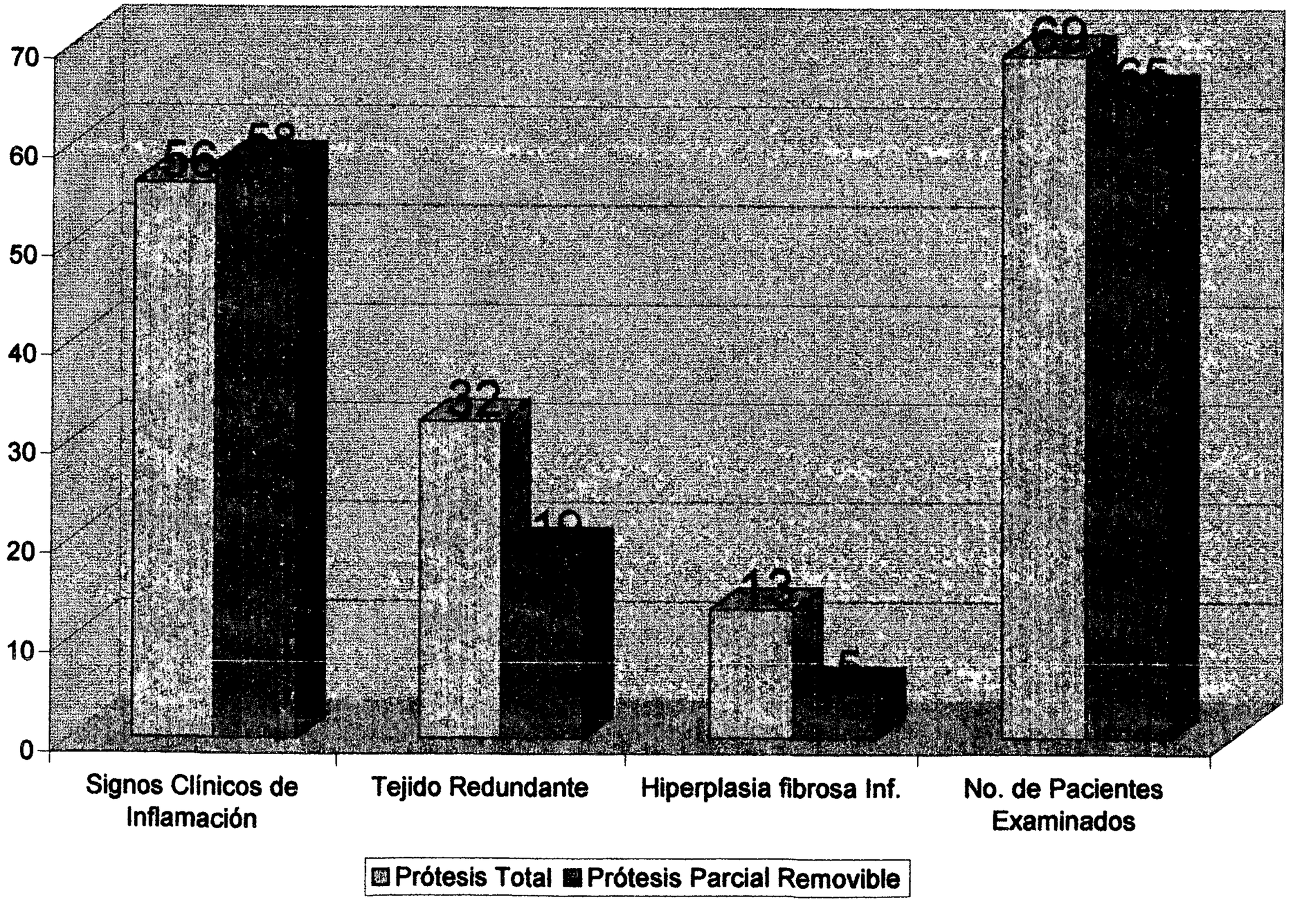
* Prevalencia.

En la Gráfica No. 4 y el Cuadro No. 11 se puede apreciar la frecuencia de hallazgos patológicos asociados a prótesis total y parcial removible inferior. Los pacientes que utilizan prótesis total presentaron en orden descendente: signos clínicos de inflamación 56 (81.16%), tejido redundante 32 (46.38%) e hiperplasia fibrosa inflamatoria 13 (18.84%).

Los pacientes que utilizan prótesis parcial removible presentaron en orden descendente: signos clínicos de inflamación 58 (89.23%), tejido redundante 19 (29.23%) e hiperplasia fibrosa inflamatoria 5 (7.69%).

Gráfica No. 4

FRECUENCIA DE HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE UTILIZAN PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL REMOVIBLE INFERIOR CAMIP, 2001



CUADRO NO.12

FRECUENCIA DE SIGNOS CLÍNICOS ASOCIADOS CON CANDIDIASIS EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE UTILIZAN PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL REMOVIBLE SUPERIOR CAMIP, 2001

	Úlceras o Lesión Granular	Placa o Lesión Papilar	TOTAL
Pacientes con Prótesis Total	20	17	37
P. con Prótesis Parcial Removible	6	5	11
Frecuencia Total	26	22	48

El Cuadro No. 12 muestra la frecuencia de lesiones básicas cuyo diagnóstico diferencial fue candidiasis atrófica crónica o hiperplásica asociada a prótesis dental. En los pacientes que utilizan prótesis total superior se detectaron 37 casos, siendo la prevalencia en este grupo de 26.62%. En los pacientes que utilizan prótesis parcial removible superior se detectaron 11 casos, siendo la prevalencia de 12.36%. La prevalencia de la muestra poblacional total es de 12.0%.

En este cuadro solo se describen aquellos casos en que se detectó una lesión granular o papilar en el paladar asociada a esta infección. Un estudio mas profundo requiere hacer un frotis microbiológico de la región, de esta manera se podría determinar la verdadera prevalencia que seguramente es mas alta a la expuesta anteriormente. Futuras investigaciones sobre este tema serían muy interesantes.

CUADRO No.13

FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE INSERCIONES FRENICULARES ALTAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS SEGÚN SEXO CAMIP, 2001

	HOMBRES	*PREV.	MUJERES	*PREV.	TOTAL	*PREV.
Frenillo Superior Medio	18	9.89%	27	12.39%	45	11.25%
I. Freniculares Laterales Superiores	2	1.10%	3	1.38%	5	1.25%
Frenillo Inferior Medio	1	0.55%	4	1.83%	5	1.25%
I. Freniculares Laterales Inferiores	2	1.10%	5	2.29%	7	1.75%

* Prevalencia.

El Cuadro No.13 muestra la frecuencia y prevalencia de inserciones freniculares altas en la muestra poblacional total distribuida según sexo. El frenillo superior medio fue el que se observó alto con mayor frecuencia. Su prevalencia fue de 9.89% en los hombres, 12.39% en las mujeres y 11.25% en la muestra total.

CUADRO No.14

FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE LESIONES DE DIAGNÓSTICO INMEDIATO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001

LESIÓN DE DX. INMEDIATO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FREC.	PCTJE.	FREC.	PCTJE.	FREC.	PCTJE.
Manchas Melánicas	93	51.10	97	44.50	190	47.50
Gránulos de Fordyce	86	47.25	81	37.16	167	41.75
Hip. Epitelial Loc.	22	12.09	15	6.90	37	9.25
Línea Alba Prom.	8	4.39	15	6.88	23	5.75
Morsicatio Buccarum	4	2.20	4	1.83	8	2.00
Apéndice Frenicular	20	10.99	17	7.80	37	9.25
Equimosis	2	1.10	3	1.38	5	1.25
Lengua Fisurada	19	10.44	37	16.97	56	14.00
Lengua Geográfica	1	0.55	5	2.30	6	1.5
Lengua Pilosa	3	1.65	0	0.00	3	0.75
Várices Linguales	75	41.21	88	40.37	163	40.75

En el cuadro No. 14 se exponen las lesiones de diagnóstico inmediato que se detectaron con mayor frecuencia en el examen clínico. Las manchas melánicas se detectaron en el 47.50% de los pacientes que pertenecen a la muestra poblacional total. La prevalencia de estas lesiones fue levemente superior en las personas de sexo masculino. Gránulos de Fordyce se detectaron en el 41.75% de los pacientes que pertenecen a la muestra poblacional total. Existe una prevalencia significativamente mayor de esta lesión en las personas de sexo masculino. La hiperplasia epitelial localizada fue detectada en el 9.25% de los pacientes que pertenecen a la muestra poblacional total. Existe una prevalencia significativamente mayor de esta lesión en las personas de sexo masculino.

La línea alba bucal prominente fue detectada en el 5.75% de los pacientes que pertenecen a la muestra poblacional total. La prevalencia de esta lesión fue levemente mayor en el sexo femenino. La equimosis fue detectada en el 1.25% de los pacientes examinados. No hubo diferencias significativas de prevalencia según sexo. Morsicatio Buccarum fue detectado en el 2.0% de los pacientes examinados. No hubo diferencias significativas de prevalencia según sexo. Apéndice frenicular fue detectado en el 9.25% de los pacientes examinados. No hubo diferencias significativas de prevalencia según sexo. Lengua fisurada fue detectada en el 14.0% de los pacientes que pertenecen a la muestra poblacional total. Existe una prevalencia significativamente mayor de esta lesión en las personas de sexo femenino. Lengua geográfica fue detectada en el 1.5% de los pacientes examinados. La prevalencia fue significativamente mayor en el sexo femenino. Lengua pilosa fue detectada en el 0.75% de los pacientes que pertenecen a la muestra poblacional total. La prevalencia fue significativamente mayor en las personas de sexo masculino y siempre fue asociada al hábito de fumar. Várices linguales fueron detectadas en el 40.75% de la muestra poblacional total. No hubo diferencias significativas de prevalencia según sexo.

CUADRO No. 15

FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON TORUS PALATINUS Y MANDIBULARIS SEGÚN SEXO CAMIP, 2001

	HOMBRES	*PREV.	MUJERES	*PREV.	TOTAL	*PREV.
TORUS PALATINUS	7	3.85%	27	12.39%	34	8.5%
TORUS MANDIBULARIS	2	1.10%	1	0.46%	3	0.75%
TOTAL	9	4.95%	28	12.85%	37	9.25%

* Prevalencia.

En el cuadro No. 15 y la Gráfica No. 5 se puede apreciar la frecuencia de pacientes geriátricos que presentan torus palatinus o mandibularis. Puede concluirse que existe una diferencia significativamente mayor en la prevalencia de torus palatinus en mujeres. Se detectaron muy pocos casos de torus mandibularis sin mayor prevalencia en algún sexo. El porcentaje de pacientes examinados de la muestra poblacional total que presentan torus palatinus es 8.5%, únicamente el 0.75% presentó torus mandibularis.

CUADRO No. 16

FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON ABSCESO PERIAPICAL Y PERIODONTAL SEGÚN SEXO CAMIP, 2001

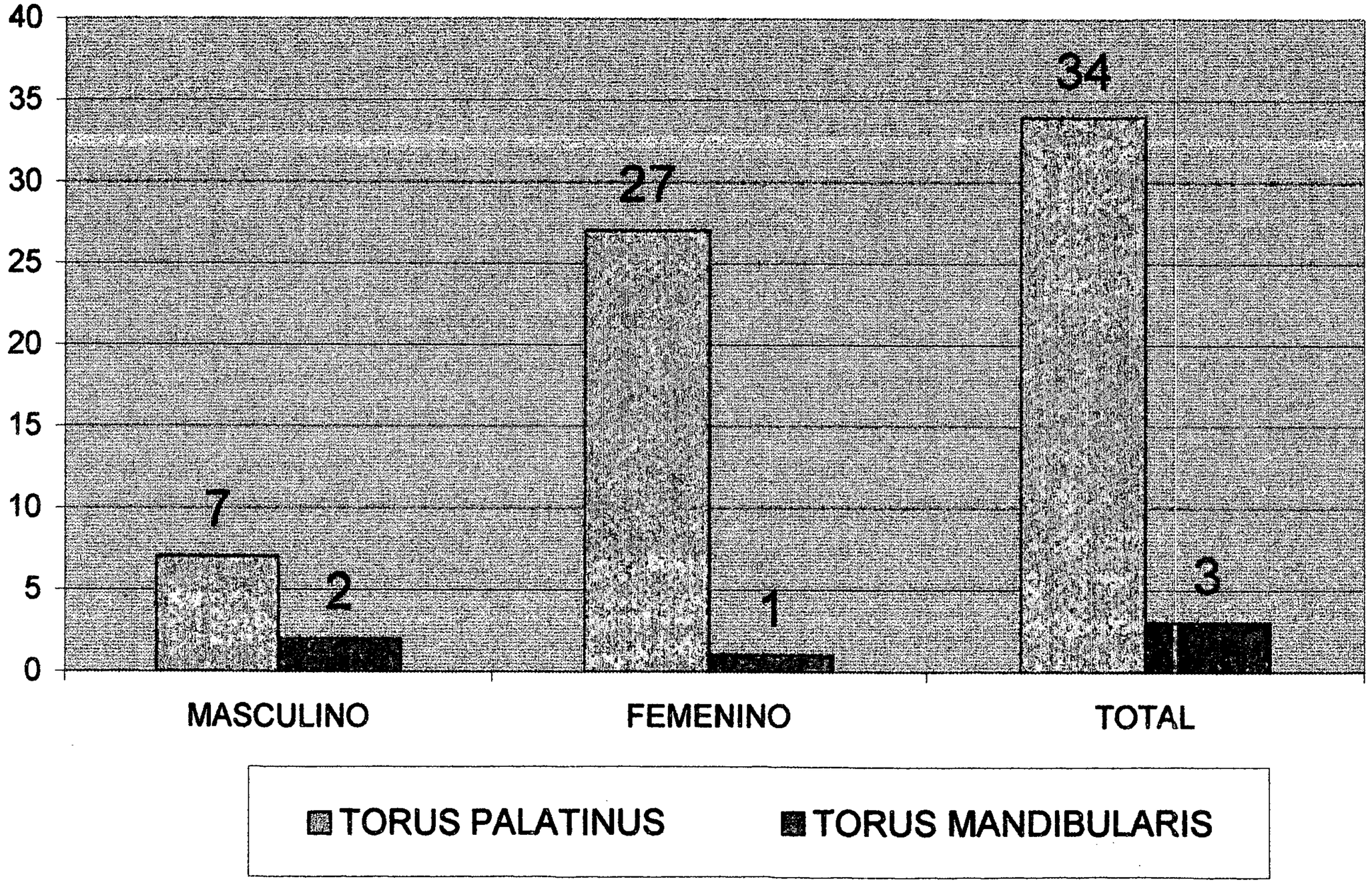
ABSCESO	HOMBRES	*PREV.	MUJERES	*PREV.	TOTAL	*PREV.
PERIAPICAL	6	3.30%	9	4.13%	15	3.75%
PERIODONTAL	0	0.00%	3	1.38%	3	0.75%
TOTAL	6	3.30%	12	5.51%	18	4.50%

* Prevalencia.

En el cuadro No. 16 se puede apreciar la frecuencia de pacientes geriátricos que presentaron absceso periapical o periodontal. Es importante aclarar que para confirmar estos diagnósticos es necesario tomar radiografías, por lo que aquí solo se mencionan como diagnósticos diferenciales. Puede concluirse que no existe diferencia significativa en la prevalencia de absceso periapical según sexo. Se detectaron casos de absceso periodontal únicamente en mujeres, sin embargo sería necesario realizar un estudio de mayor amplitud para determinar si existe una diferencia significativa entre sexos. En el caso del absceso periapical se detectó una prevalencia del 3.75% de la muestra poblacional total. La prevalencia en el caso de absceso periodontal fue de 0.75%.

Gráfica No. 5

FRECUENCIA DE TORUS PALATINUS Y TORUS MANDIBULARIS EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001



Cuadro No. 17
DISTRIBUCIÓN DE VALORES PERIODONTALES (%) POR CÓDIGO DE SEXTANTE 0,1,2,3,4, NULO Y GRUPO DE EDAD, EN PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001

SEXTANTE	EDAD	0	1	2	3	4	NULO
MAXILAR DERECHO	60-70	0.4	2.9	7.0	27.5	13.9	48.4
	71-89	0.0	0.6	0.6	16.7	10.3	71.8
MAXILAR ANTERIOR	60-70	2.0	9.8	26.2	16.4	6.6	38.9
	71-89	0.0	0.6	13.5	17.9	5.8	62.2
MAXILAR IZQUIERDO	60-70	0.8	3.3	6.1	28.7	16.8	44.3
	71-89	0.0	0.0	1.3	17.3	12.8	68.6
MANDIBULAR DERECHO	60-70	0.0	3.7	11.1	27.9	9.8	47.5
	71-89	0.0	0.0	7.7	28.2	3.8	60.3
MANDIBULAR ANTERIOR	60-70	0.8	3.7	32.0	28.3	15.2	20.1
	71-89	0.0	1.3	12.2	34.0	19.9	32.7
MANDIBULAR IZQUIERDO	60-70	0.8	3.7	9.8	33.2	6.6	45.9
	71-89	0.0	0.0	7.1	22.4	7.1	63.5

CÓDIGO	SEXTANTE	CÓDIGO	SEXTANTE	CÓDIGO	SEXTANTE
0	SANO	2	CÁLCULOS	4	B. P. > 6 mm.
1	HEMORRAGIA	3	B. P. de 3 A 5 mm.	NULO	SEX. < 2 DIENTES

ESTADO DE SALUD PERIODONTAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO:

En el Cuadro No. 17 y la Gráfica No. 6 se expone los resultados del examen periodontal que fue llevado a cabo siguiendo los lineamientos del Índice Periodontal de Necesidades de Tratamiento de la Comunidad (IPNTC).

Para elaborar el Cuadro No. 17, se dividió la población bajo estudio en dos grupos etáreos para proveer un mejor entendimiento de los datos. El primer grupo comprende el 61% de la muestra, incluyendo a los pacientes entre 60 y 70 años de edad, y el segundo incluye a los pacientes entre 71 y 89 años de edad.

Se encontró que el porcentaje de sextantes nulos (menos de dos dientes por sextante), osciló entre 20.1% a 48.4% en el primer grupo etáreo. En el segundo grupo el porcentaje aumenta notablemente, se encuentra entre 32.7% a 71.8%.

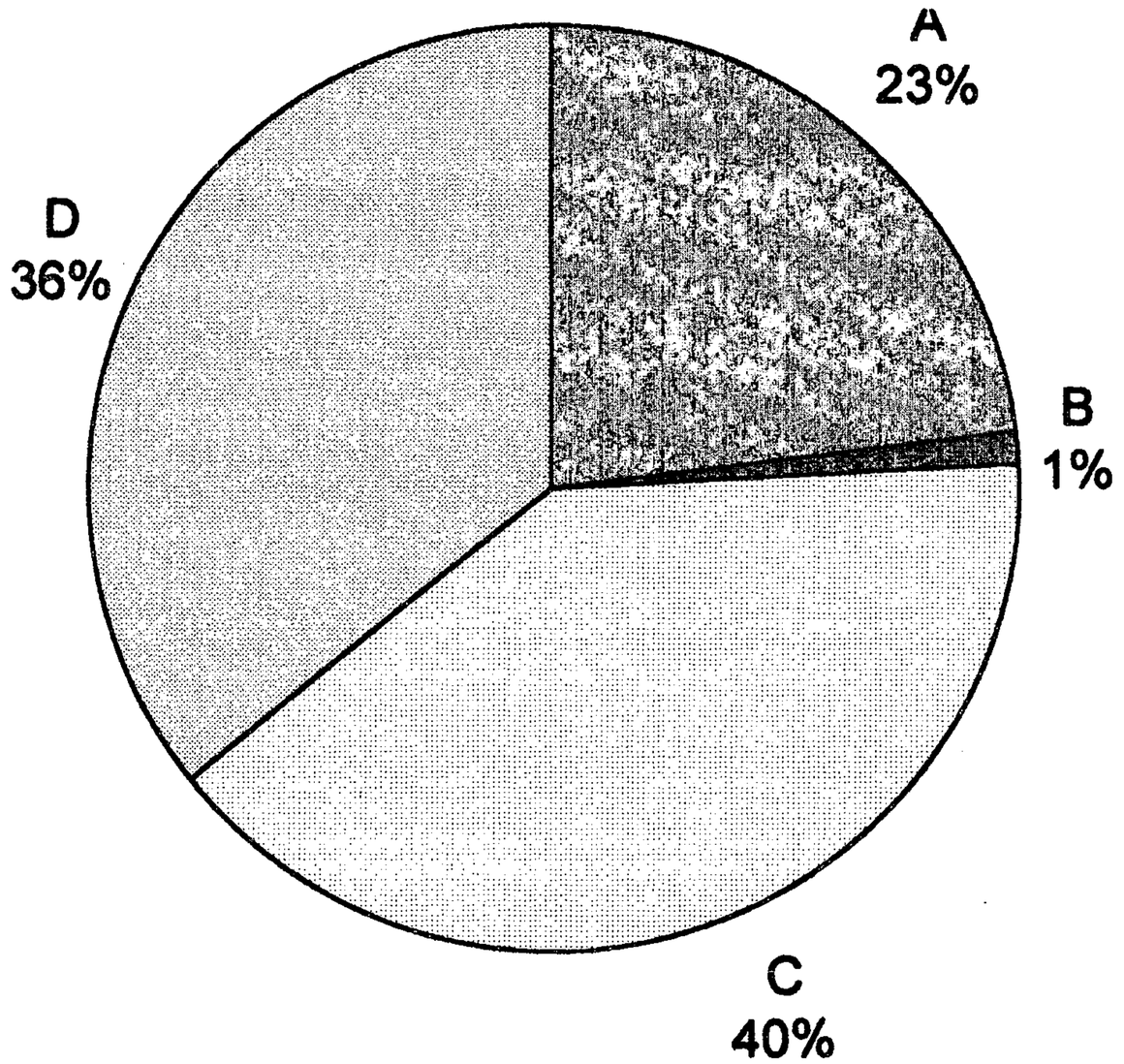
El sextante mandibular anterior presenta el porcentaje menor de sextantes nulos (20.1% y 32.7% en el grupo 60-70 y 71-89, respectivamente). Una posible explicación es que debido a la presencia de conductos salivares en la región, que provee mejor irrigación, permite una mejor limpieza mecánica, lo que favorece el mantenimiento de los dientes por un período mas largo de tiempo. (12) Los sextantes sanos presentan muy bajos porcentajes, oscilando entre 0.0% a 2.0%, mostrando la pobre condición de salud periodontal de las personas de tercera edad.

El código 4 indica los sextantes que presentan piezas dentales con bolsas periodontales mayores de 6 mm. El porcentaje de sextantes con esta condición varía de 6.6% a 16.8% en el primer grupo etáreo y 5.8 a 19.9% en el segundo grupo. Los porcentajes no varían mucho si se comparan, pero la prevalencia en el segundo grupo es lógicamente mayor debido a la presencia de un menor número de piezas por persona.

La gráfica No. 6 presenta la necesidad de tratamiento periodontal de la población examinada. El 23% no tiene necesidad de tratamiento periodontal, esta situación se debe al gran porcentaje de pacientes edéntulos y no a una buena condición de los tejidos periodontales de la cavidad bucal de las personas examinadas. Únicamente el 1% se encuentra en buenas condiciones y solamente necesita mejorar su higiene bucal. La mayoría de los pacientes examinados necesita un tratamiento que requiere detartraje profesional (76%) y mas de la tercera parte de la población (36%) necesita tratamiento periodontal complejo (detartraje profundo, curetaje e incluso cirugía).

Gráfica No. 6

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001



A= NO SE NECESITA TRATAMIENTO.
B= I = LA HIGIENE BUCAL NECESITA MEJORARSE.
C= II = EL I + DETARTRAJE PROFESIONAL.
D= III= I + II + TRATAMIENTO COMPLEJO (DETARTRAJE PROFUNDO, CURETAJE E INCLUSO CIRUGÍA.).

CUADRO No.18

PROMEDIO DEL ESTADO DE LAS PIEZAS PRESENTES POR INDIVIDUO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001

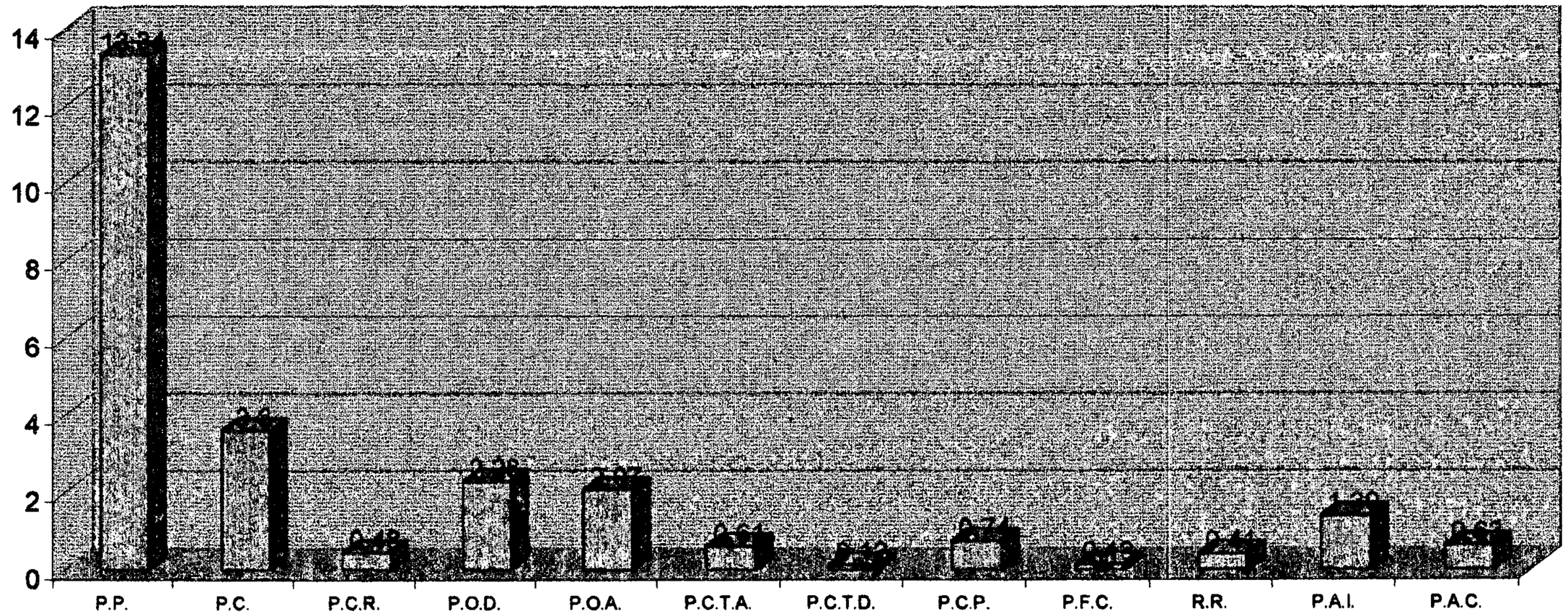
Edad	60-69	70-79	80-89
Piezas Presentes	15.46	11.75	7.51
Piezas con Caries	4.07	3.31	2.07
Piezas con Caries Radicular	0.48	0.56	0.27
Piezas con Obturación Aceptable	2.54	1.82	0.47
Piezas con Obturación Defectuosa	2.48	2.09	1.80
Piezas con Corona Total Aceptable	0.72	0.61	0.00
Piezas con Corona Total Defectuosa	0.18	0.06	0.00
Piezas Comprometidas Pulparmente	0.75	0.80	0.49
Piezas con Fractura coronaria	0.17	0.12	0.04
Restos Radiculares	0.32	0.56	0.44
Piezas con Abrasión Incisal	1.37	1.52	1.07
Piezas con Abrasión Cervical	0.24	0.39	0.11

Para elaborar el Cuadro No. 18, se dividió la población bajo estudio en tres grupos etáreos para proveer un mejor entendimiento de los datos. Puede apreciarse la notable diferencia que existe en el estado de la dentición de los pacientes geriátricos, a medida que la edad aumenta.

En la Gráfica No. 7 se presenta el promedio del estado de las piezas presentes por individuo de la muestra poblacional total. El promedio de piezas con caries es 3.6; piezas con caries radicular 0.48; piezas con obturación aceptable 2.07; piezas con obturación defectuosa 2.28; piezas con corona total aceptable 0.61; piezas con corona total defectuosa 0.12; piezas comprometidas pulparmente 0.74; piezas con fractura coronaria 0.13; restos radiculares 0.41; piezas con abrasión incisal 1.39 (Este promedio corresponde únicamente a los casos con abrasión muy marcada que requieren una restauración extensa; la abrasión causada por atrición es muy frecuente y generalizada en personas mayores); piezas con abrasión cervical 0.63%. El promedio de piezas presentes es de 13.34. En esta gráfica se incluye a la muestra poblacional total, pacientes que se encuentran entre 60 a 89 años de edad.

Otro dato interesante es el porcentaje de pacientes edéntulos. Los pacientes comprendidos entre las edades de 60 a 69 años presentan un porcentaje de 15.7% de personas edéntulas; los pacientes comprendidos entre las edades de 70 a 79 años presentan un porcentaje de 24.2% de personas edéntulas y los pacientes comprendidos entre las edades de 80 a 89 años presentan un porcentaje de 40.0% de personas edéntulas. El porcentaje de personas edéntulas de la muestra poblacional total es de 21.3%.

Gráfica No. 7
PROMEDIO DE SITUACIÓN DE PIEZAS PRESENTES POR INDIVIDUO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001



P.P.	**PIEZAS PRESENTES**	**P.O.A.**	**P. CON OBTURACIÓN ACEPTABLE**	**P.F.C.**	**P. CON FRACTURA CORONARIA**
P.C.	**PIEZAS CON CARIES**	**P.C.T.A**	**P. CON CORONA TOTAL ACEPTABLE**	**R.R.**	**RESTOS RADICULARES**
P.C.R.	**PIEZAS CON CARIES RADICULAR**	**P.C.T.D.**	**P. CON CORONA TOTAL DEFECTUOSA**	**P.A.I.**	**P. CON ABRASIÓN INCISAL**
P.O.D.	**P. CON OBTURACIÓN DEFICIENTE**	**P.C.P.**	**P. COMPROMETIDAS PULPARMENTE**	**P.A.C.**	**P. CON ABRASIÓN CERVICAL**

CUADRO No.19

PROMEDIO DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE LAS PIEZAS PRESENTES POR INDIVIDUO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001

EDAD	60-69	70-79	80-89
P. que Necesitan Obt. Superficial	1.12	0.48	0.29
P. que Necesitan Obt. Extensa	4.40	3.78	2.73
P. que Necesitan Corona Total	1.54	1.30	0.78
P. que Necesitan Tx. Endodóntico	0.96	1.21	1.02
Piezas Indicadas para Extracción	0.79	0.86	0.62
Piezas Indicadas para Domos	0.24	0.55	0.53

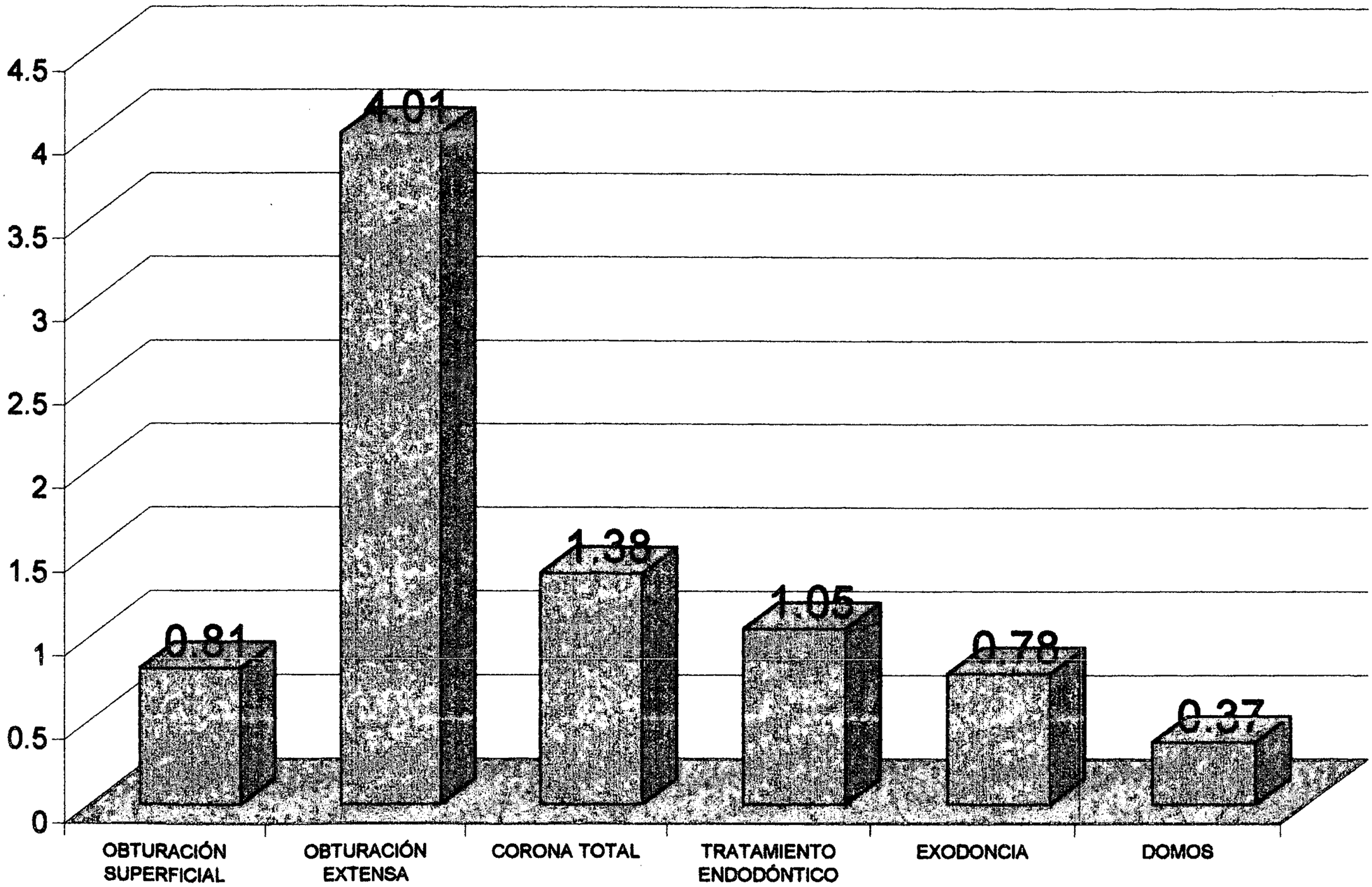
Para elaborar el Cuadro No. 19, se dividió la población bajo estudio en tres grupos etáreos para proveer un mejor entendimiento de los datos. Puede apreciarse la notable diferencia que existe en la necesidad de tratamiento dental de los pacientes geriátricos, al comparar los diferentes grupo etáreos. A medida que la edad avanza los pacientes geriátricos requieren menos de tratamientos operatorios y aumenta la necesidad de tratamientos protésicos.

En la Gráfica No.8 se presenta el promedio de la necesidad de tratamiento dental de las piezas presentes por individuo de la muestra poblacional total. El promedio de piezas que necesitan obturación superficial es 0.81; piezas que necesitan obturación profunda o extensa 4.01, piezas que necesitan corona total 1.38; piezas que necesitan tratamiento endodóntico 1.05; piezas indicadas para extracción 0.78; piezas indicadas para restaurarse como domos 0.37. En esta gráfica se incluye a la muestra poblacional total, pacientes que se encuentran entre 60 a 89 años de edad.

Los examinadores utilizaron su propio juicio clínico al decidir el tipo de tratamiento que sería más conveniente para los pacientes evaluados. En esta investigación no se pudo realizar una evaluación roentgenológica por razones económicas, este procedimiento es importante para poder emitir un diagnóstico y plan de tratamiento de precisión.

Gráfica No. 8

PROMEDIO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO DENTAL POR INDIVIDUO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP, 2001



CUADRO No.20

SITUACIÓN DE PRÓTESIS EN ARCADA SUPERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS POR GRUPOS ETÁREOS CAMIP, 2001

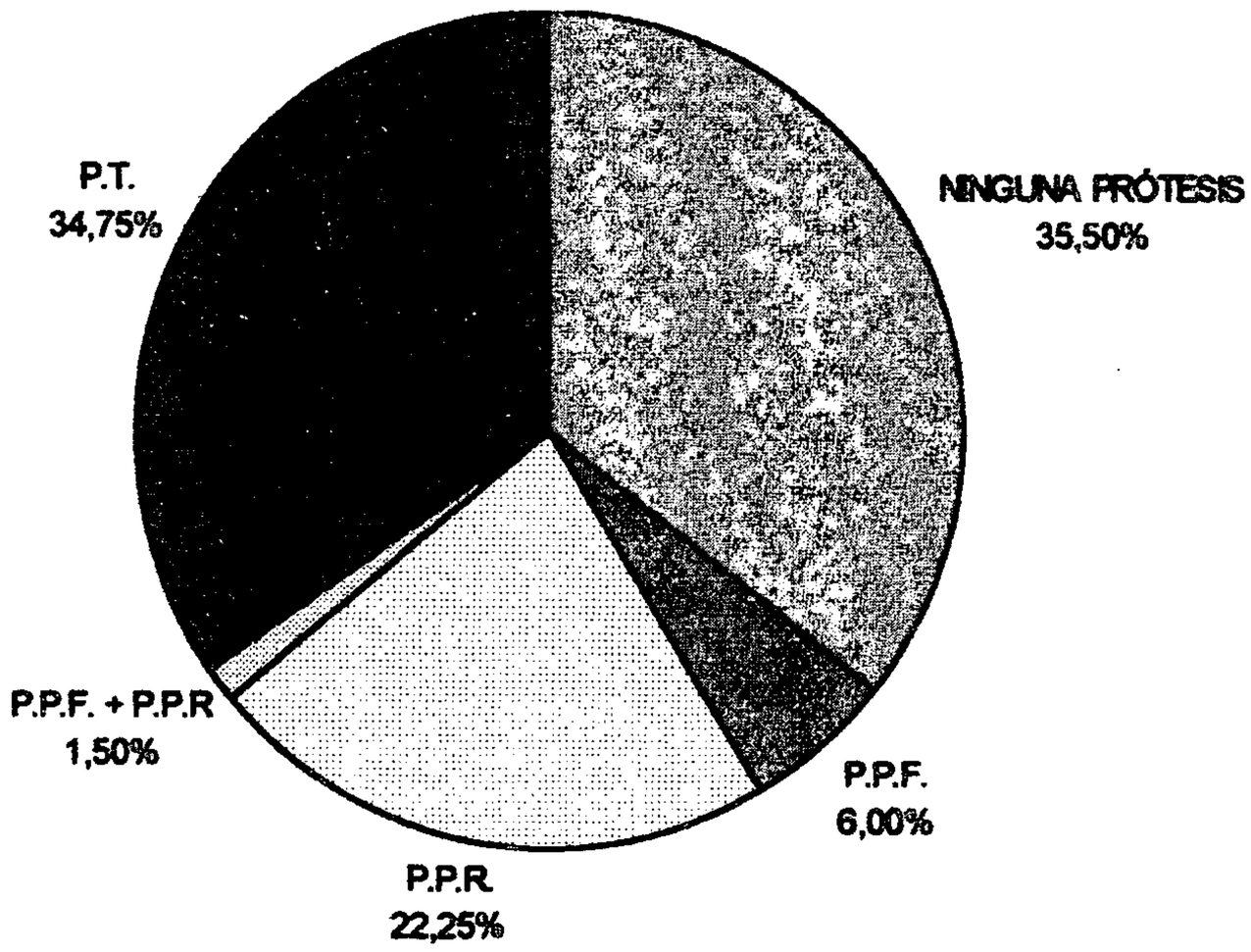
EDAD	60-69	%	70-79	%	80-89	%
NINGUNA PRÓTESIS	84	37.7	49	37.1	9	20.0
PRÓTESIS PARCIAL FIJA	18	8.1	6	4.5	0	0.00
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	61	27.4	20	15.2	8	17.8
COMBINACIÓN (PPF + PPR)	3	1.3	3	2.3	0	0.00
PRÓTESIS TOTAL	57	25.6	54	40.9	28	62.2
TOTAL	223	100	132	100	45	100

Para elaborar el Cuadro No. 20, se dividió la población bajo estudio en tres grupos etáreos para proveer un mejor entendimiento de los datos. Puede apreciarse la notable diferencia en la situación protésica de los pacientes a medida que la edad avanza. Los pacientes que utilizan prótesis total en la década de los sesenta años representan el 25.6% de casos en este grupo etáreo. Los que pertenecen a la década de los setenta años representan el 40.9%, mientras que al llegar a la década de los ochenta años los pacientes que utilizan prótesis total representan el 62.2% de los casos. Es importante mencionar que se detectó a un importante número de personas edéntulas o con pocos dientes remanentes que no utilizan ninguna prótesis dental.

En cuanto al uso de prótesis removibles, se puede concluir que los pacientes incluidos en la década de los sesenta años utilizan prótesis removible total o parcial en el 54.3% de los casos, los pacientes que pertenecen a la década de los setenta años las utilizan en un 58.4%, mientras que el 80% de los pacientes mayores de 80 años utilizan este tipo de prótesis en la arcada superior.

GRÀFICA No.9

SITUACIÓN DE PRÓTESIS EN ARCADA SUPERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001



En la Gráfica No. 9 se puede observar en porcentajes, la situación de prótesis en la arcada superior de los pacientes geriátricos que pertenecen a la muestra poblacional total comprendidos entre las edades de 60 a 89 años.

Del total de pacientes examinados (400), el 35.5% no utiliza ninguna prótesis. El 34.75% utiliza una prótesis total. El 22.25% utiliza una prótesis parcial removible. El 1.5% utiliza una combinación de prótesis parcial removible y prótesis parcial fija. El 6% presenta prótesis parcial fija mayor de dos unidades. Se puede concluir que el 64.5% de la muestra poblacional total tiene o utiliza algún tipo de prótesis dental. El 58.5% utiliza una prótesis removible, ya sea total o parcial.

CUADRO No.21

SITUACIÓN DE PRÓTESIS EN ARCADA INFERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS POR GRUPOS ETÁREOS CAMIP, 2001

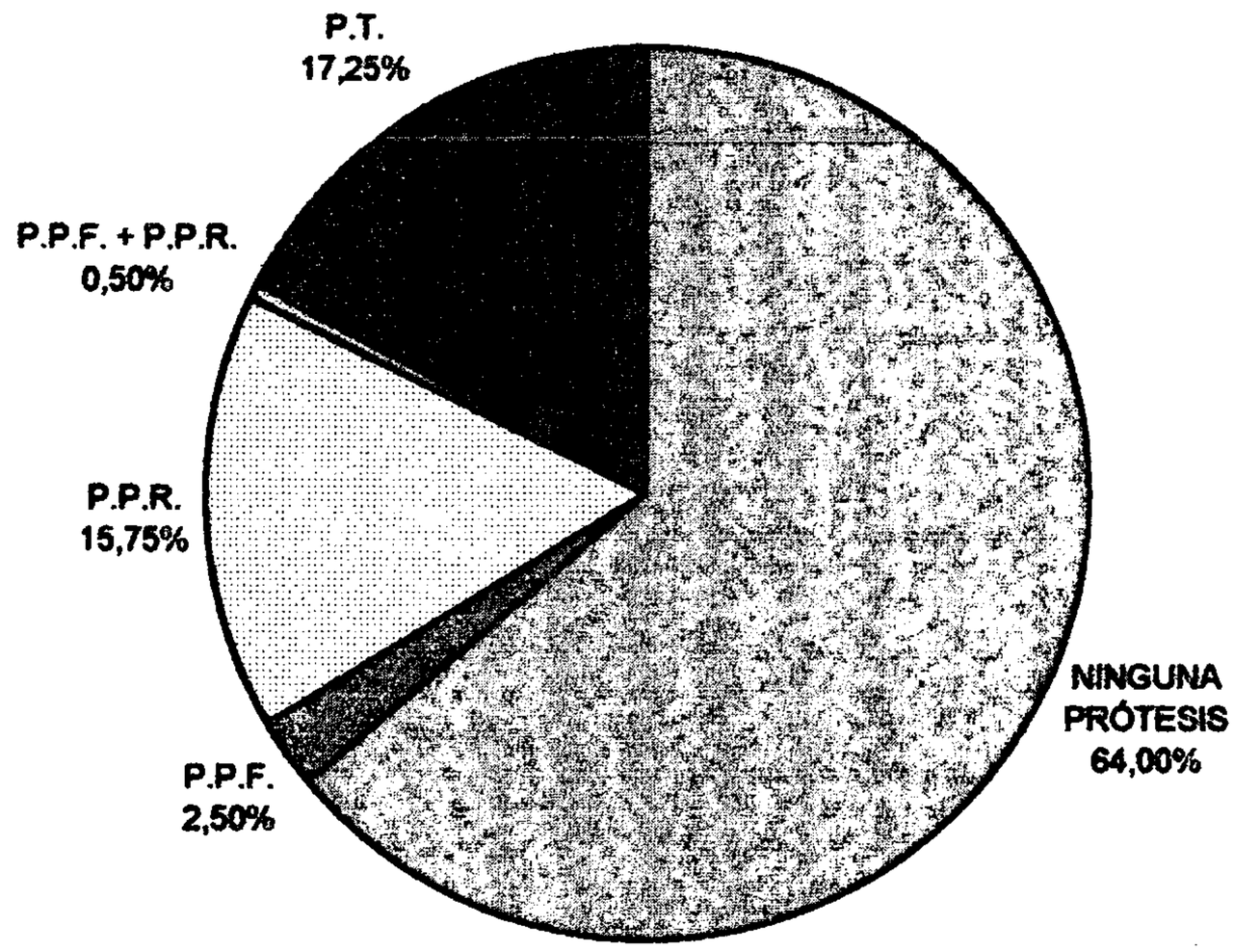
EDAD	60-69	%	70-79	%	80-89	%
NINGUNA PRÓTESIS	151	67.7	85	64.4	20	44.4
PRÓTESIS PARCIAL FIJA	7	3.1	3	2.3	0	0.00
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	36	16.1	20	15.2	7	15.6
COMBINACIÓN (PPF + PPR)	1	0.4	1	0.8	0	0
PRÓTESIS TOTAL	20	12.6	23	17.4	18	40
TOTAL	223	100	132	100	45	100

Para elaborar el Cuadro No.21, se dividió la población bajo estudio en tres grupos etáreos para proveer un mejor entendimiento de los datos. Puede apreciarse la notable diferencia en la situación de prótesis a medida que la edad avanza. Los pacientes que utilizan prótesis total en la década de los sesenta años representan el 12.6% de casos en este grupo etáreo. Los que pertenecen a la década de los setenta años representan el 17.4%, mientras que al llegar a la década de los ochenta años los pacientes utilizan prótesis total en el 40.0% de los casos.

En cuanto al uso de prótesis removibles, se puede concluir que los pacientes incluidos en la década de los sesenta años utilizan prótesis removible total o parcial en el 29.1% de los casos, los pacientes que pertenecen a la década de los setenta años las utilizan en un 33.4%, mientras que el 55.6% de los pacientes mayores de 80 años utilizan este tipo de prótesis en la arcada inferior.

GRÀFICA No.10

SITUACIÓN DE PRÓTESIS EN ARCADA INFERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001



En la Gráfica No. 10 se puede apreciar en porcentajes, la situación de prótesis en la arcada inferior de los pacientes geriátricos que pertenecen a la muestra poblacional total comprendidos entre las edades de 60 a 89 años.

Del total de pacientes examinados (400), el 64.0% no utiliza ninguna prótesis. El 17.25% utiliza una prótesis total. El 15.75% utiliza una prótesis parcial removible. El 0.5% utiliza una combinación de prótesis parcial removible y prótesis parcial fija. El 2.5% presenta prótesis parcial fija mayor de dos unidades. Se puede concluir que el 36.0% de la muestra poblacional total tiene o utiliza algún tipo de prótesis dental en la arcada inferior. El 33.5% utiliza una prótesis removible, ya sea total o parcial. De lo anterior se concluye que existe un gran número de personas edéntulas o con pocos dientes remanentes que utilizan una prótesis superior sin su equivalente en la arcada inferior. Por esta razón se detectaron con frecuencia signos característicos del síndrome de combinación y alteraciones en la articulación temporomandibular.

CUADRO No.22

NECESIDAD DE PRÓTESIS EN ARCADA SUPERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS POR GRUPOS ETÁREOS CAMIP, 2001

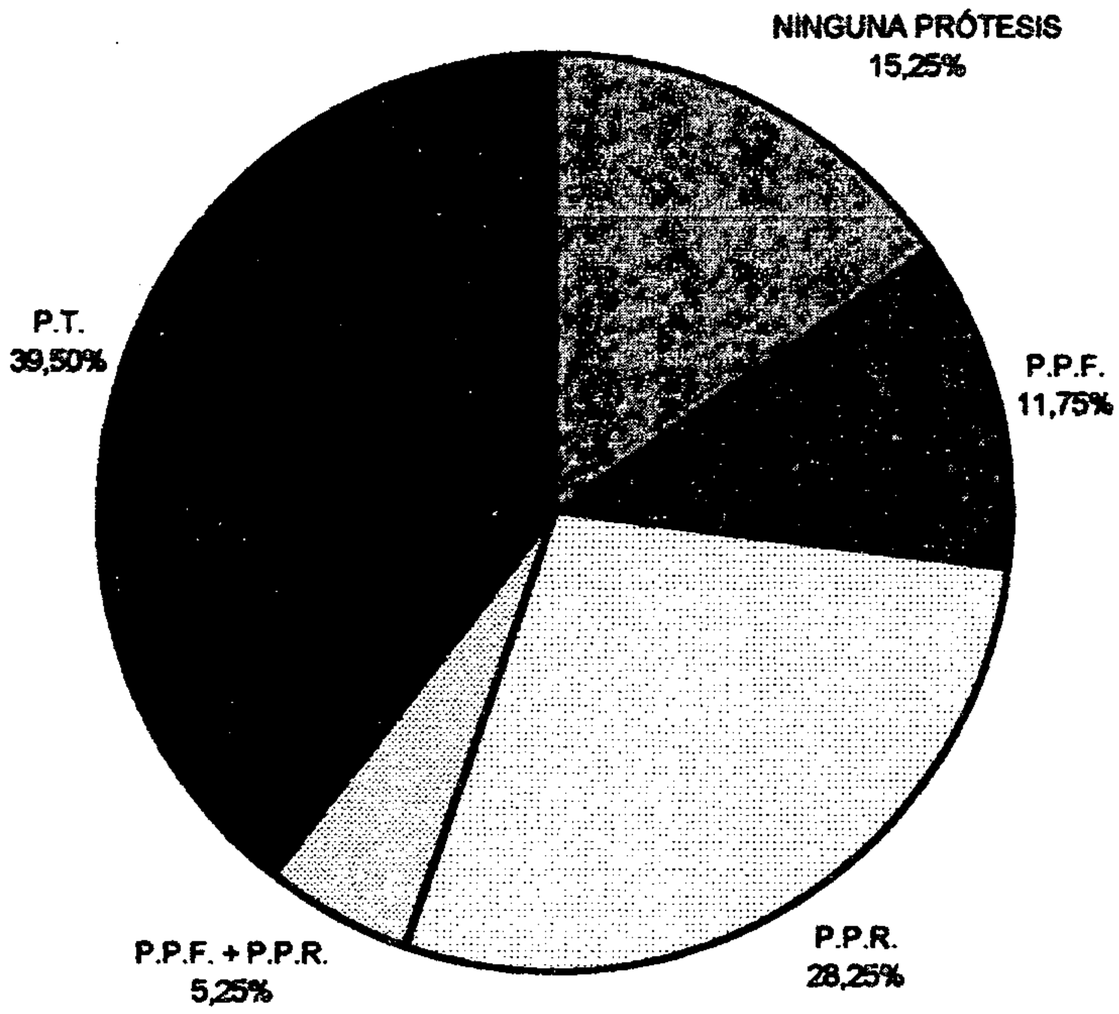
EDAD	60-69	%	70-79	%	80-89	%
NINGUNA PRÓTESIS	39	17.5	17	12.9	5	11.1
PRÓTESIS PARCIAL FIJA	34	15.2	11	8.3	2	4.4
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	74	33.2	28	21.2	11	24.4
COMBINACIÓN (PPF + PPR)	12	5.4	9	6.8	0	0.0
PRÓTESIS TOTAL	64	28.7	67	50.8	27	60.0
TOTAL	223	100	132	100	45	100

Para elaborar el Cuadro No. 22, se dividió la población bajo estudio en tres grupos etáreos para proveer un mejor entendimiento de los datos. Puede apreciarse la notable diferencia en las necesidades de tratamiento protésico a medida que la edad avanza. Los pacientes que necesitan prótesis total superior en la década de los sesenta años representan el 28.7% de casos en este grupo etáreo. Los que pertenecen a la década de los setenta años representan el 50.8%, mientras que al llegar a la década de los ochenta años los pacientes necesitan prótesis total en el 60.0% de los casos. Es interesante observar, que mientras en la década de los sesenta años la necesidad de prótesis más frecuente es la prótesis parcial removible, en la década de los setenta y ochenta años los pacientes necesitan prótesis total en la mayoría de los casos.

En cuanto a la necesidad de prótesis removibles, se puede concluir que los pacientes incluidos en la década de los sesenta años necesitan prótesis removible total o parcial en el 67.3% de los casos, los pacientes que pertenecen a la década de los setenta años las necesitan en un 78.8%, mientras que el 84.4% de los pacientes mayores de 80 años necesitan este tipo de prótesis en la arcada superior.

GRÀFICA No.11

NECESIDAD DE PRÓTESIS EN ARCADA SUPERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001



En la Gráfica No. 11 se puede apreciar en porcentajes, la necesidad de prótesis de la arcada superior de los pacientes geriátricos que pertenecen a la muestra poblacional total comprendidos entre las edades de 60 a 89 años.

Del total de pacientes examinados (400), el 15.25% no necesita ninguna prótesis. El 39.5% necesita una prótesis total. El 28.25% necesita una prótesis parcial removible. El 5.25% necesita una combinación de prótesis parcial removible y prótesis parcial fija. El 11.75% necesita prótesis parcial fija mayor de dos unidades. Se puede concluir que el 84.75% de la muestra poblacional total necesita algún tipo de prótesis dental en la arcada superior. El 73.0% necesita una prótesis removible, ya sea total o parcial.

Al comparar el porcentaje de pacientes que utilizan prótesis removible en la arcada superior (58.5%), con el porcentaje de pacientes que necesitan prótesis removible en esta arcada (73.0%), se puede concluir que la gran mayoría de prótesis totales o parciales removibles superiores necesitan ser cambiadas. Es muy importante mencionar, que en un gran número de casos los pacientes examinados necesitan tratamiento preprotésico quirúrgico o no quirúrgico, especialmente en los casos que se necesita restaurar la función estomatognática con prótesis total. Se necesitaría de una investigación que estudie este tema con mayor profundidad para establecer la frecuencia y el tipo de tratamiento preprotésico que requieren los pacientes de tercera edad que asisten a esta institución.

CUADRO No.23

NECESIDAD DE PRÓTESIS EN ARCADA INFERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS POR GRUPOS ETÁREOS CAMIP, 2001

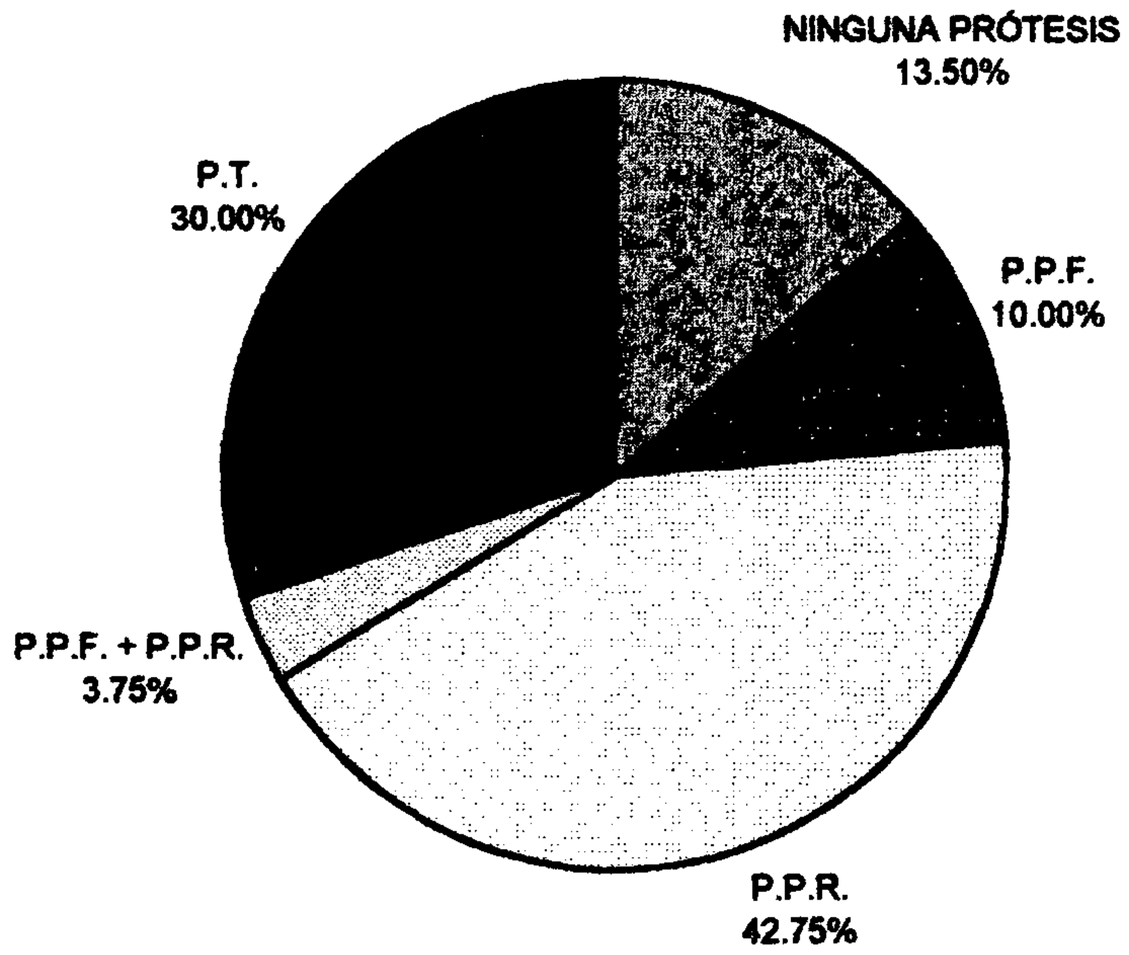
EDAD	60-69	%	70-79	%	80-89	%
NINGUNA PRÓTESIS	35	15.7	15	11.4	4	8.9
PRÓTESIS PARCIAL FIJA	27	12.1	12	9.1	1	2.2
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	104	46.6	50	37.9	17	37.8
COMBINACIÓN (PPF + PPR)	10	4.5	5	3.8	0	0.0
PRÓTESIS TOTAL	47	21.1	50	37.9	23	51.1
TOTAL	223	100	132	100	45	100

Para elaborar el Cuadro No.23, se dividió la población bajo estudio en tres grupos etáreos para proveer un mejor entendimiento de los datos. Puede apreciarse la notable diferencia en las necesidades de tratamiento protésico a medida que la edad avanza. Los pacientes que necesitan prótesis total inferior en la década de los sesenta años representan el 21.1% de casos en este grupo etáreo. Los que pertenecen a la década de los setenta años representan el 37.9%, mientras que al llegar a la década de los ochenta años los pacientes utilizan prótesis total en el 51.1% de los casos. Es interesante observar que mientras en la década de los sesenta años la necesidad de prótesis de mayor frecuencia es la prótesis parcial removible, en la década de los ochenta los pacientes necesitan prótesis total en la mayoría de los casos, mientras que en la década de los setenta años igual número de pacientes necesita prótesis total y parcial removible.

En cuanto a la necesidad de prótesis removibles, se puede concluir que los pacientes incluidos en la década de los sesenta años necesitan prótesis removible total o parcial en el 72.2% de los casos, los pacientes que pertenecen a la década de los setenta años las necesitan en un 79.6%, mientras que el 88.9 % de los pacientes mayores de 80 años necesitan este tipo de prótesis en la arcada inferior.

GRÁFICA No.12

NECESIDAD DE PRÓTESIS EN ARCADA INFERIOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS CAMIP, 2001



En la Gráfica No. 12 se puede apreciar en porcentajes, la necesidad de prótesis de la arcada inferior de los pacientes geriátricos que pertenecen a la muestra poblacional total comprendidos entre las edades de 60 a 89 años.

Del total de pacientes examinados (400), el 13.5% no necesita ninguna prótesis. El 30.0% necesita una prótesis total. El 42.75% necesita una prótesis parcial removible. El 3.75% necesita una combinación de prótesis parcial removible y prótesis parcial fija. El 10.0% necesita prótesis parcial fija mayor de dos unidades. Se puede concluir que el 86.5% de la muestra poblacional total necesita algún tipo de prótesis dental en la arcada inferior. El 76.5% necesita una prótesis removible, ya sea total o parcial.

Al comparar el porcentaje de pacientes que utilizan prótesis parcial en la arcada inferior (33.5%), con el porcentaje de pacientes que necesitan prótesis removible en esta arcada (76.5%) se puede concluir que la gran mayoría de prótesis totales o parciales removibles inferiores necesitan ser cambiadas. Además, un importante número de personas edéntulas o con pocos dientes remanentes no utilizan ninguna prótesis dental en la arcada inferior. Estas son las causas por las cuales se dan con frecuencia signos característicos del síndrome de combinación y alteraciones en la función de la articulación temporomandibular. Generalmente los dientes remanentes se encuentran en el sextante mandibular anterior. (ver Cuadro No. 17) Se recomienda realizar en el futuro una investigación que estudie la necesidad de cirugía preprotésica en pacientes de tercera edad, ya que se percibió que es muy frecuente, especialmente en la arcada inferior debido a la reabsorción ósea en el proceso alveolar.

ENCUESTA:

CUADRO No.24

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE PLACA DENTAL DADA EN LA ENTREVISTA, 2001

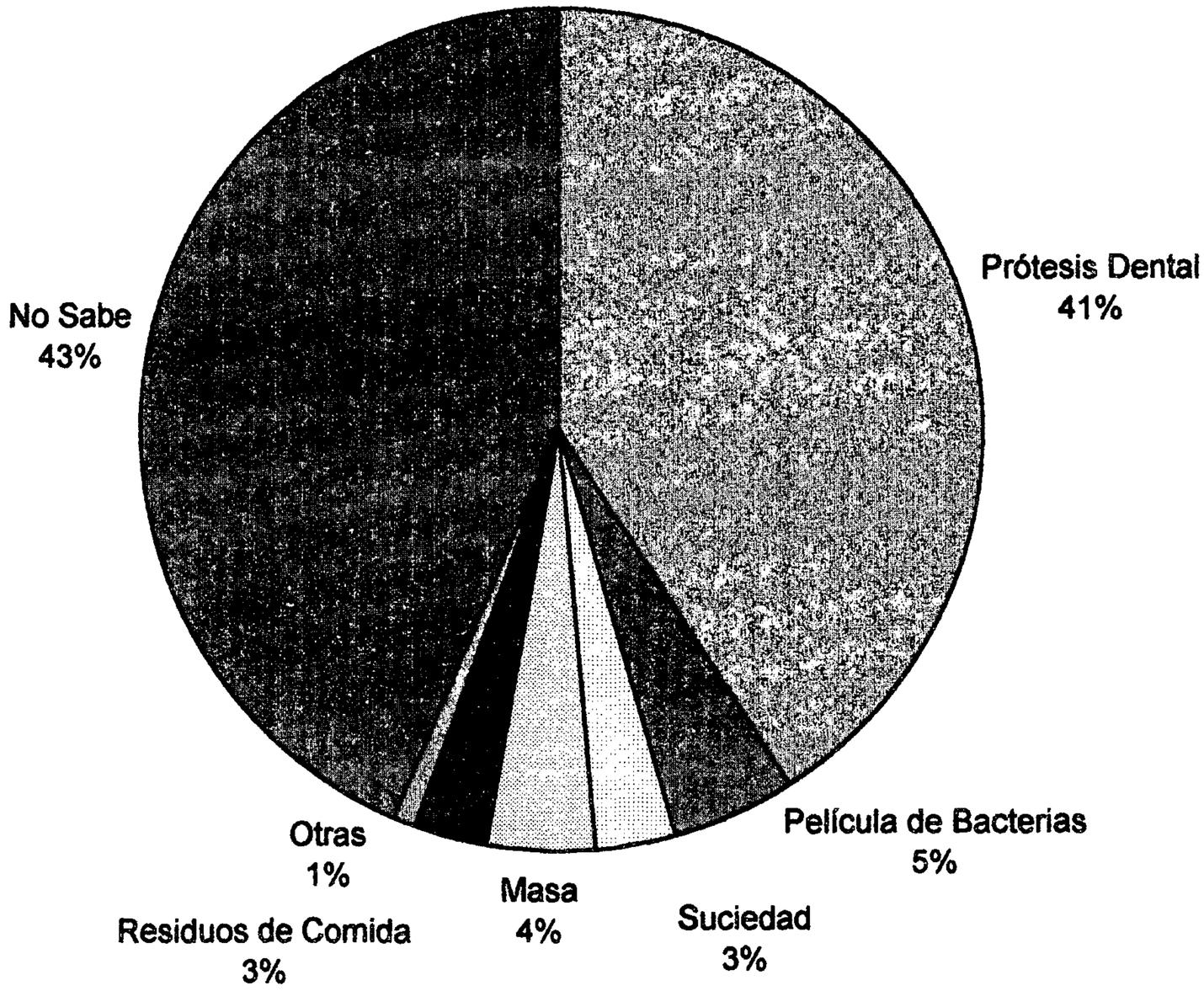
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABE	175	43.75%
PRÓTESIS DENTAL	163	40.75%
PELÍCULA DE BACTERIAS	19	4.75%
SUCIEDAD	12	3.00%
MASA	17	4.25%
RESIDUOS DE COMIDA	11	2.75%
OTRAS	3	0.75%
TOTAL	**400**	**100**

En el Cuadro No. 24 y la Gráfica No. 13 se observan las respuestas mas frecuentes a la pregunta: ¿Sabe Usted qué es placa dental?.

Solamente el 7.5% de los pacientes entrevistados dio una definición aceptable (película de bacterias, microorganismos o acumulación de residuos alimenticios) mostrando una comprensión del tema; el 7.25% dio una respuesta "aproximada" del tema (suciedad o masa adherida a los dientes); el 41.50% dio una respuesta incorrecta y el 43.75% declaró un total desconocimiento del tema.

Es interesante observar el alto porcentaje de pacientes que relaciona este término con una prótesis dental. Esto se debe a que el guatemalteco acostumbra denominar a las prótesis dentales como "placas". Se deduce que aproximadamente una persona de cada trece puede definir correctamente a la placa dentobacteriana o muestra algún conocimiento del tema.

Gráfica No. 13
¿SABE USTED QUÉ ES LA PLACA DENTAL?



CUADRO No.25

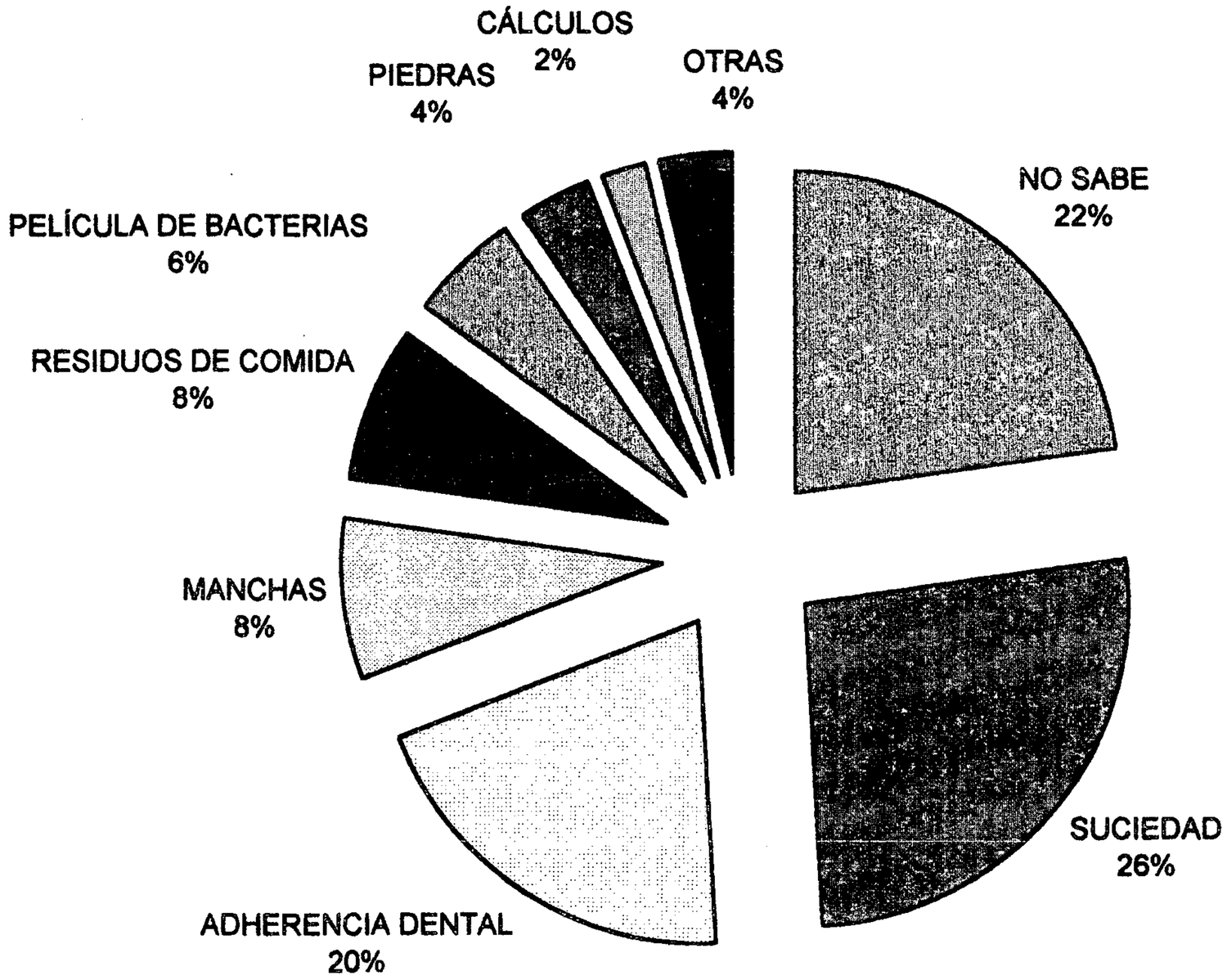
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE SARRO DADA EN LA ENTREVISTA, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABE	91	22.75%
SUCIEDAD	106	26.50%
ADHERENCIA DENTAL	80	20.00%
MANCHAS	32	8.00%
RESIDUOS DE COMIDA	31	7.75%
PELÍCULA DE BACTERIAS	22	5.50%
PIEDRAS	15	3.75%
CÁLCULOS	8	2.00%
OTRAS	15	3.75%
TOTAL	**400**	**100**

En el Cuadro No. 25 y la Gráfica No. 14 se observan las respuestas mas frecuentes a la pregunta: ¿Sabe Usted qué es el sarro?.

El 22.75% de los pacientes encuestados no contestó esta pregunta. A pesar de que la mayoría de los pacientes encuestados tiene una noción de lo que es el sarro, solo el 15.25% pudo dar una definición aceptable o aproximada (residuos de comida, película de bacterias, concrescencias calcáreas o cálculos dentales). La mayoría relaciona este término a muchas cosas diversas o lo define como una sustancia o algo indefinido que se encuentra adherido a los dientes.

Gráfica No. 14
¿SABE USTED QUÉ ES EL SARRO?



CUADRO No.26

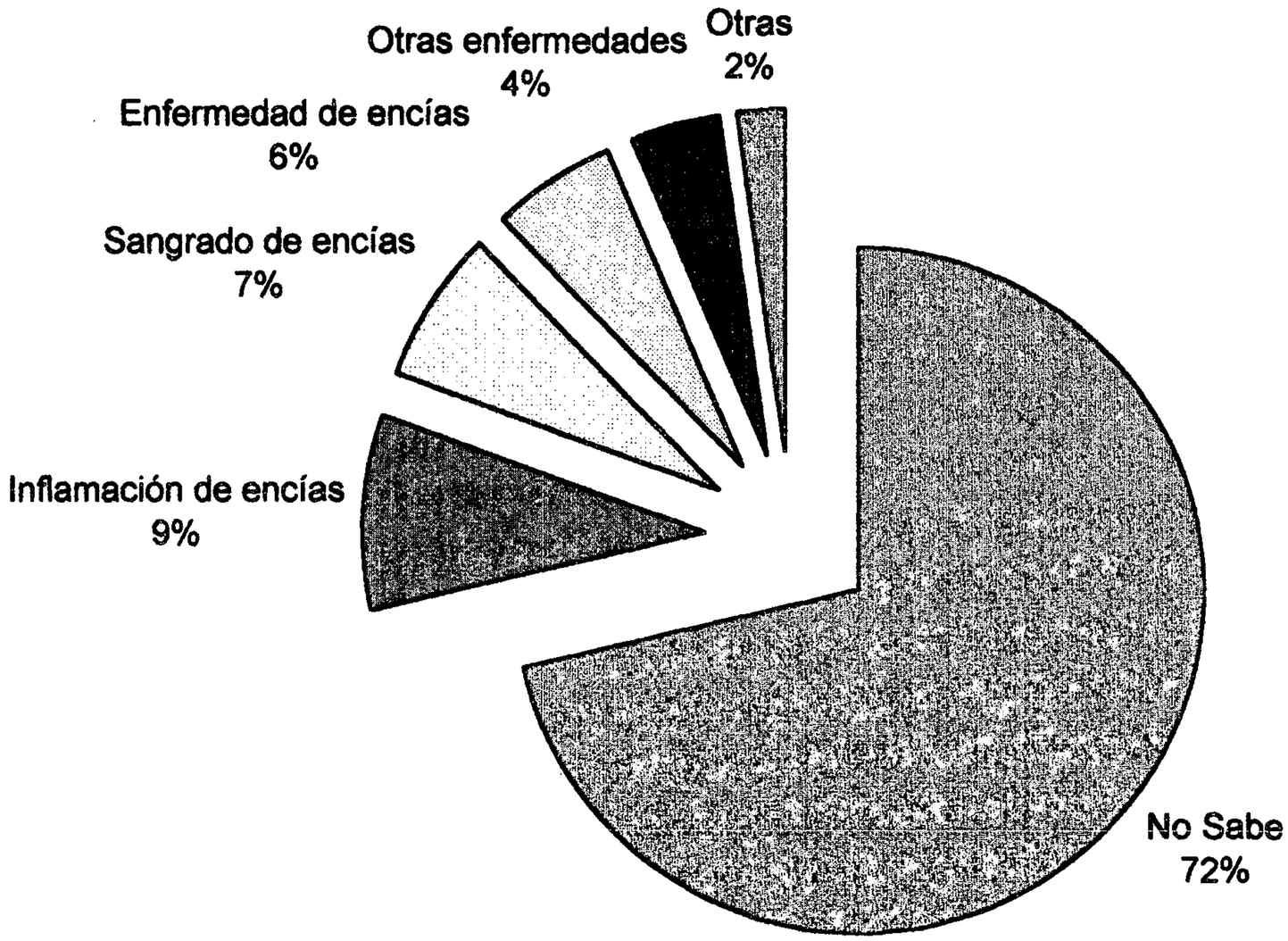
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DADA EN LA ENTREVISTA, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABE	286	71.50%
INFLAMACIÓN DE ENCÍAS	36	9.00%
SANGRADO DE ENCÍAS	29	7.25%
ENFERMEDAD DE ENCÍAS	23	5.75%
OTRAS ENFERMEDADES	17	4.25%
OTRAS	9	2.25%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 26 y la Gráfica No. 15 se observan las respuestas mas frecuentes a la pregunta: ¿Sabe Usted qué es enfermedad periodontal? (gingivitis, periodontitis)

El porcentaje de pacientes que desconoce estos términos es muy elevado, el 71.50% prefirió no contestar esta pregunta, el 4.25% lo relacionó con otras enfermedades como conjuntivitis o afecciones de la garganta. El 22% tiene una importante noción del significado de estos términos. Se percibió que el término al que la población está mas familiarizado es al de gingivitis ya que el 9% definió el término como inflamación de las encías. El 7.25% lo relacionó con sangrado de las encías por lo que este grupo tiene una idea de lo que este concepto significa. Solamente el 5.75% respondió acertadamente a la pregunta.

Gráfica No.15
¿SABE USTED QUÉ ES ENFERMEDAD PERIODONTAL?
(GINGIVITIS O PERIODONTITIS)



CUADRO No.27

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PERIODONTALES, 2001

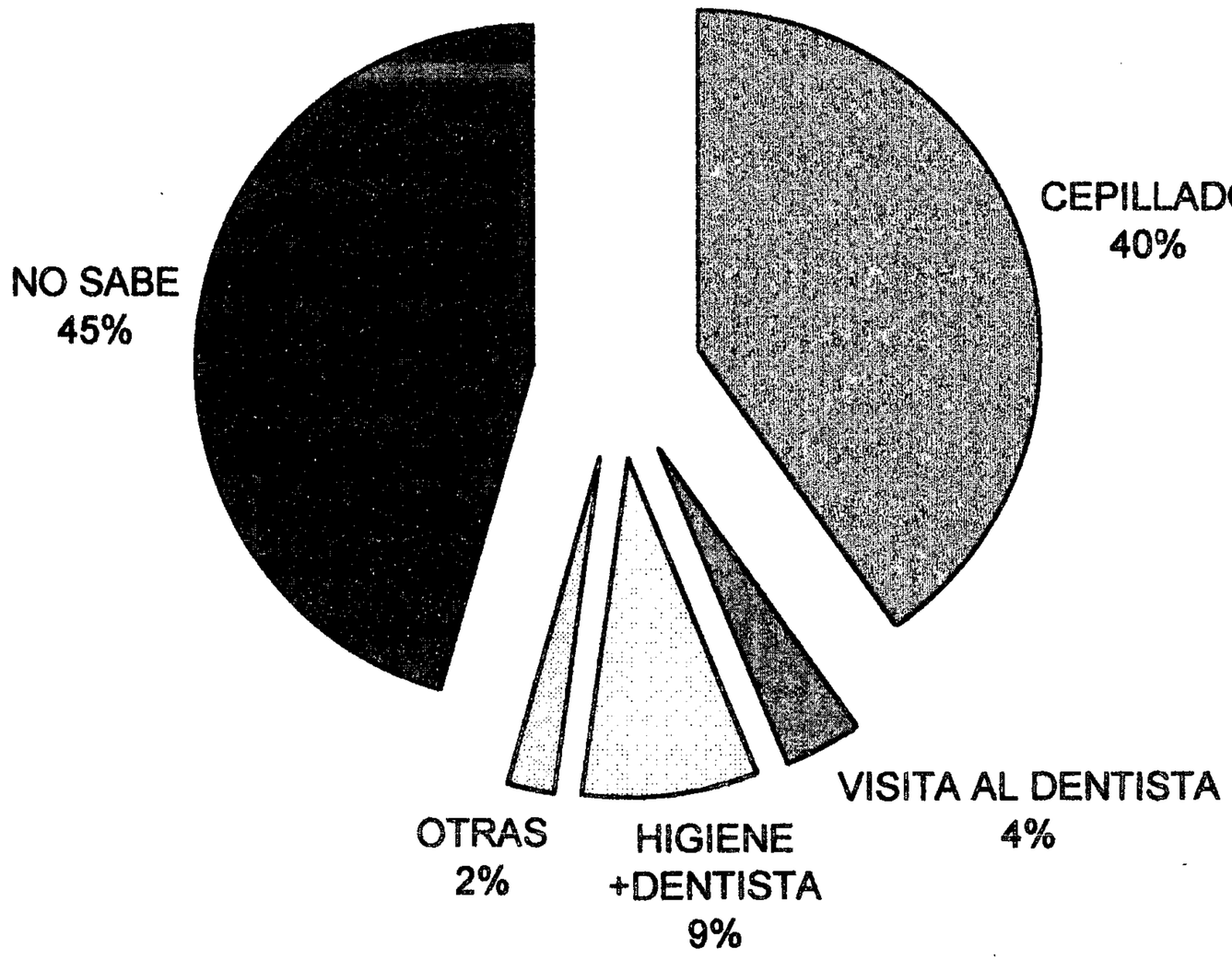
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABE	182	45.50%
CEPILLADO O HIGIENE	161	40.25%
VISITA AL DENTISTA	14	3.50%
DIETA ESPECIAL	7	1.75%
CEPILLADO+DENTISTA	34	8.50%
OTRAS	2	0.50%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 27 y la Gráfica No. 16 se observan las respuestas mas frecuentes a la pregunta: ¿Sabe Usted como prevenir las enfermedades de las encías y evitar que se le aflojen los dientes?

Casi la mitad de los pacientes entrevistados refirió desconocer como prevenir estas afecciones. El 48.75% contestó que con cepillado dental o hábitos de higiene adecuados se puede prevenir las enfermedades de las encías. Un grupo reducido mencionó la visita periódica al odontólogo como un medio de prevención. Algunos pacientes mencionaron que comiendo ciertos alimentos o con una dieta balanceada se puede prevenir la pérdida de piezas dentales o enfermedades del periodonto.

Gráfica No. 16

¿SABE USTED COMO PREVENIR LAS ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS Y EVITAR QUE SE LE AFLOJEN LOS DIENTES?



CUADRO No.28

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABE	39	9.75%
CEPILLADO O HIGIENE	265	66.25%
VISITA AL DENTISTA	18	4.50%
DIETA ESPECIAL	10	2.50%
CEPILLADO+DENTISTA	36	9.00%
CEPILLADO+DIETA	28	7.00%
CEPILLADO+DENTISTA+DIETA	4	1.00%
TOTAL	**400**	**100%**

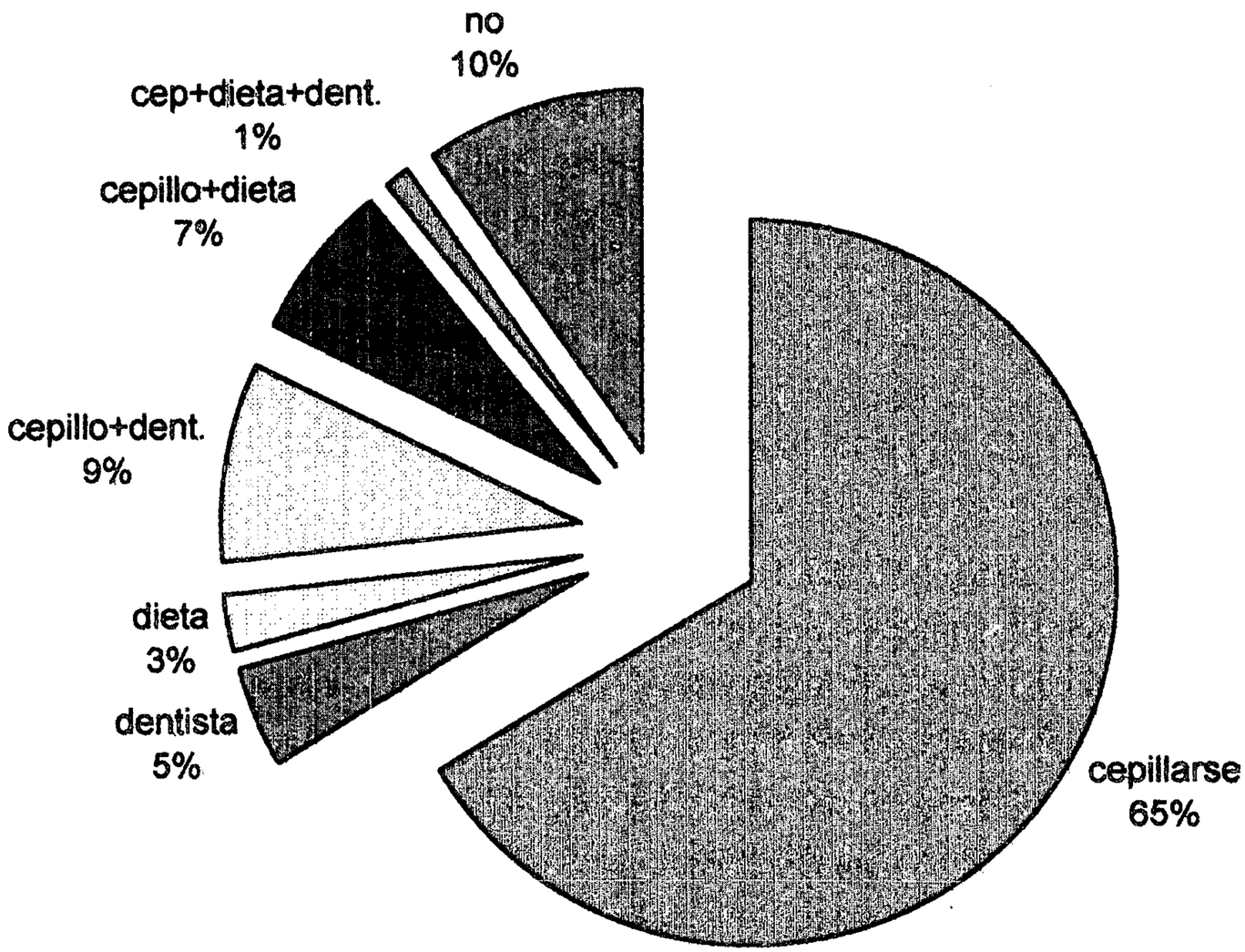
En el Cuadro No. 28 y la Gráfica No. 17 se observan las respuestas mas frecuentes a la pregunta: ¿Sabe Usted como prevenirse de la caries dental?

Únicamente el 9.75% no respondió a esta pregunta. El 66.25% respondió que el cepillado con pasta dental o una higiene adecuada previene la caries dental. El 4.5% considera que la visita frecuente al odontólogo es la única manera de prevenirla. El 2.5% mencionó que evitando comer dulces o comiendo alimentos ricos en calcio se previene esta enfermedad. El 9% considera que además de tener una adecuada higiene bucal hay que visitar frecuentemente al dentista. El 7% considera que se debe tener una buena higiene bucal y además una dieta libre de dulces o rica en calcio. El 1% tuvo una perspectiva mas amplia al incluir la higiene bucal, la visita periódica al dentista y una alimentación adecuada para prevenir la caries dental.

A pesar de que la mayoría de los entrevistados refieren al cepillado dental o higiene bucal como medida de prevención ante la caries, esto no se refleja en su estado de salud bucal. Probablemente esto se debe a que no saben realizar una higiene bucal adecuada o descuidan efectuarla periódicamente por descuido personal. Asimismo, el hecho de que algunos presentan limitaciones psicomotoras o son dependientes funcionales, limita la capacidad de ejecutar una higiene bucal adecuada.

Es preocupante que muy pocos de los entrevistados mencionaron la visita periódica al consultorio odontológico como una medida de prevención de la enfermedad periodontal y la caries dental. Se puede concluir que la mayoría de los encuestados piensan que únicamente el uso de pasta y cepillo dental solucionan sus problemas de salud bucal.

Gráfica No.17
¿SABE USTED COMO PREVENIRSE DE LA CARIES?



CUADRO No.29

FRECUENCIA DE MEDIOS POR LOS CUALES LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP SE HAN INFORMADO SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PREVALENCIA
TELEVISIÓN	239	59.75%
RADIO	78	19.50%
PRENSA ESCRITA	44	11.00%
PERSONAL DE SALUD	154	38.50%
FAMILIARES Y AMIGOS	49	12.25%
OTROS	34	8.50%
NINGUNO	55	13.75%

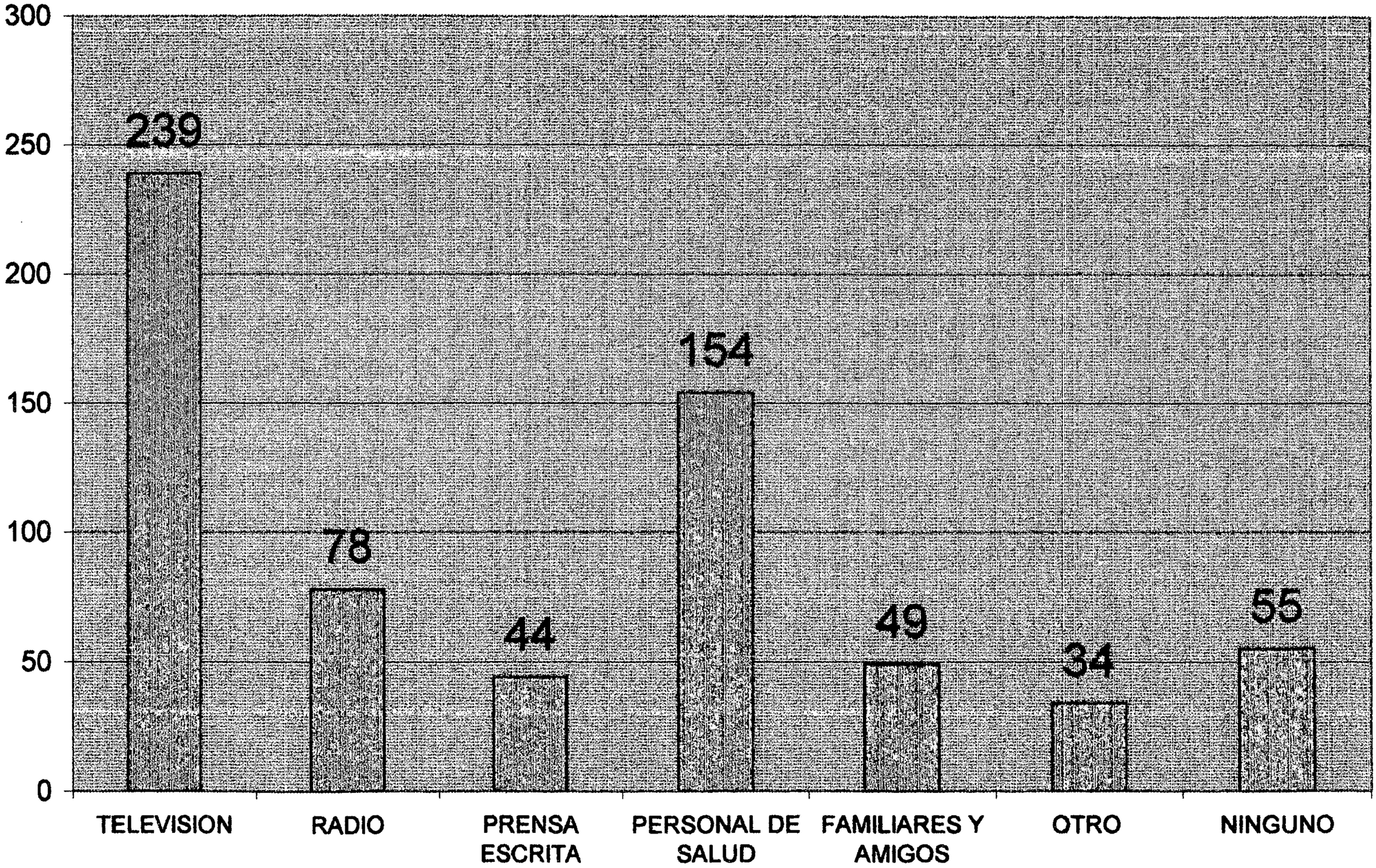
En el Cuadro No. 29 y la Gráfica No. 18 se observan las respuestas mas frecuentes a la pegunta: ¿Por qué medios se informó sobre estos temas?.

En esta pregunta los pacientes podían nombrar varios medios de comunicación en la misma respuesta. El medio de comunicación que mas se mencionó fue la televisión, especialmente por los frecuentes anuncios de pastas dentales comerciales que aparecen en este medio de comunicación. El personal de salud, que incluye a los profesionales de la medicina y odontología fue mencionado por el 38.50% de los pacientes, lo que demuestra el importante rol que juegan los servicios de salud en la prevención de las afecciones de la cavidad bucal.

La radio y la prensa que también tienen un rol importante como medios de comunicación, en esta ocasión se les mencionó en bajos porcentajes. También es interesante el hecho de que esta información no se comunica entre familiares, lo cual es preocupante por que indica que estos temas no son prioritarios en la educación y formación de los hogares guatemaltecos.

Es interesante que la mayoría de los pacientes entrevistados hayan mencionado el nombre de la pasta dental comercial que utilizan o el cepillado dental como la única medida preventiva. Esto indica que las campañas publicitarias son eficaces en lo que quieren motivar a la población. Habría que dirigir mejor estas campañas para que el beneficio fuera mejor.

Gráfica No.18
¿POR QUE MEDIOS SE ENTERÓ SOBRE ESTOS TEMAS?



CUADRO No.30

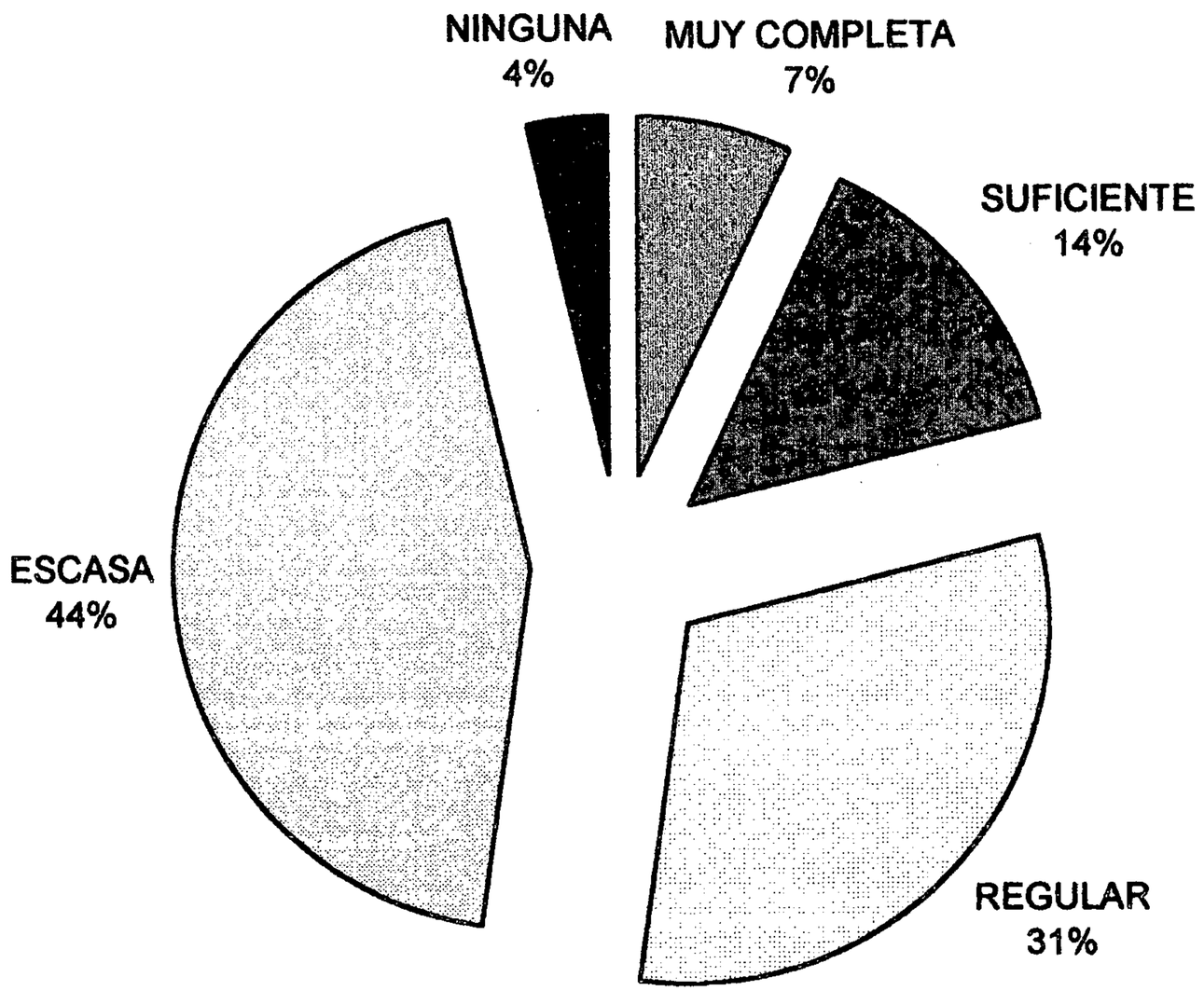
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY COMPLETA	27	6.75%
SUFICIENTE	58	14.5%
REGULAR	124	31.0%
ESCASA	177	44.25%
NINGUNA	14	3.5%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 30 y la Gráfica No. 19 se observa como respondieron los pacientes a el planteamiento: "Considera que la información que divulgan los medios de comunicación sobre estos temas es."

Alrededor de la mitad de los pacientes entrevistados consideró que la calidad y cantidad de información sobre estos temas, que los medios de comunicación transmiten, es escasa y debe ser mejorada y ampliada. Únicamente el 21.25% por ciento de los encuestados considera que los medios de comunicación cumplen bien esta función.

Gráfica No. 19
CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN QUE DIVULGAN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE ESTOS TEMAS ES:



CUADRO No.31

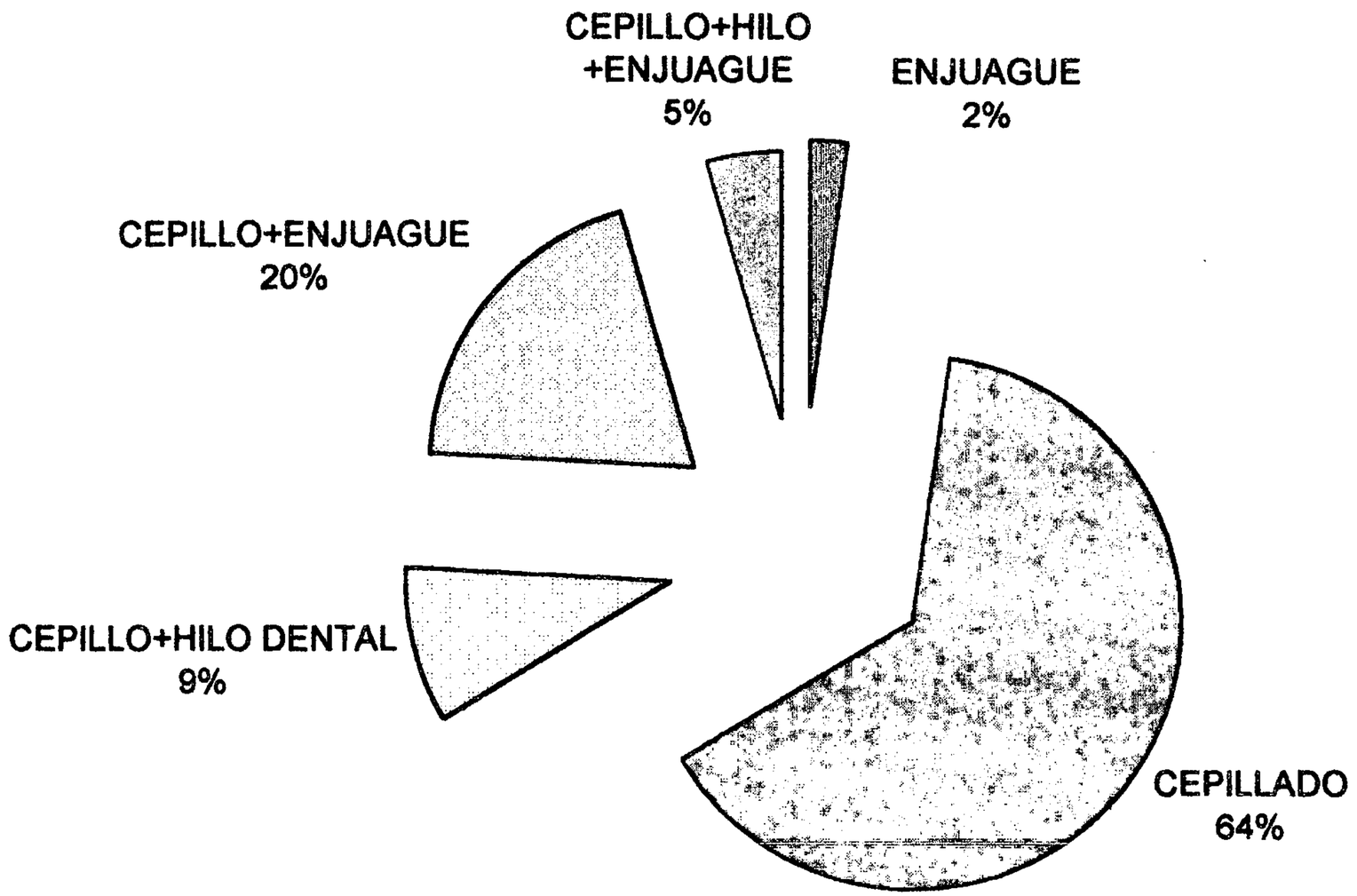
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENJUAGUE BUCAL	10	2.50%
CEPILLADO DENTAL	257	64.25%
CEPILLADO DENTAL+HILO DENTAL	37	9.25%
CEPILLADO DENTAL+ENJUAGUE BUCAL	78	19.50%
CEPILLADO DENTAL+HILO+ENJUAGUE	18	4.50%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 31 y la Gráfica No. 20 se observan las respuestas mas frecuentes a el planteamiento: Describa como realiza su higiene bucal:

Casi dos terceras partes de los pacientes entrevistados refieren utilizar únicamente pasta y cepillo dental para realizar su higiene bucal. Es preocupante el poco uso que la población da al hilo dental como auxiliar en su higiene bucal.

Gráfica No.20
DESCRIBA COMO REALIZA SU HIGIENE BUCAL



CUADRO No.32

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A PERCEPCIÓN DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO DENTAL, 2001

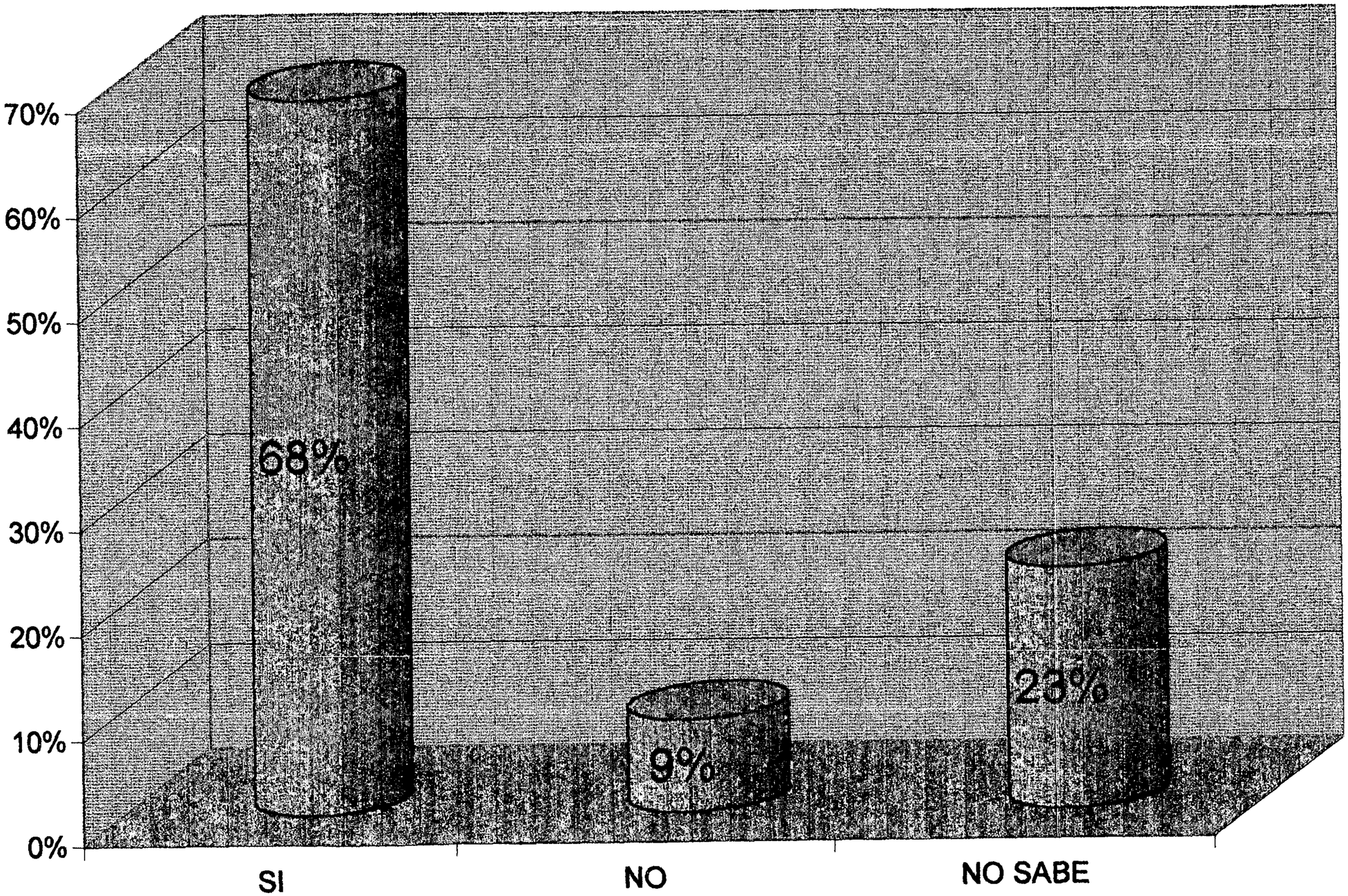
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	273	68.25%
NO	35	8.75%
NO SABE	92	23.00%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 32 y la Gráfica No. 21 se observan las respuestas a la pregunta: ¿Tiene usted en este momento necesidad de algún tratamiento dental?

Dos terceras partes de la población comprende que si necesita servicio odontológico. Sin embargo el 23% refirió no saberlo y únicamente el 8.75% de los encuestados piensa que no lo necesita. Se percibió que la razón mas importante por la cual los pacientes no visitan al odontólogo, a pesar de estar conscientes que tienen necesidad de ello, es la situación económica limitada que vive el pensionado.

Gráfica No. 21

¿ TIENE USTED EN ESTE MOMENTO NECESIDAD DE ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL?



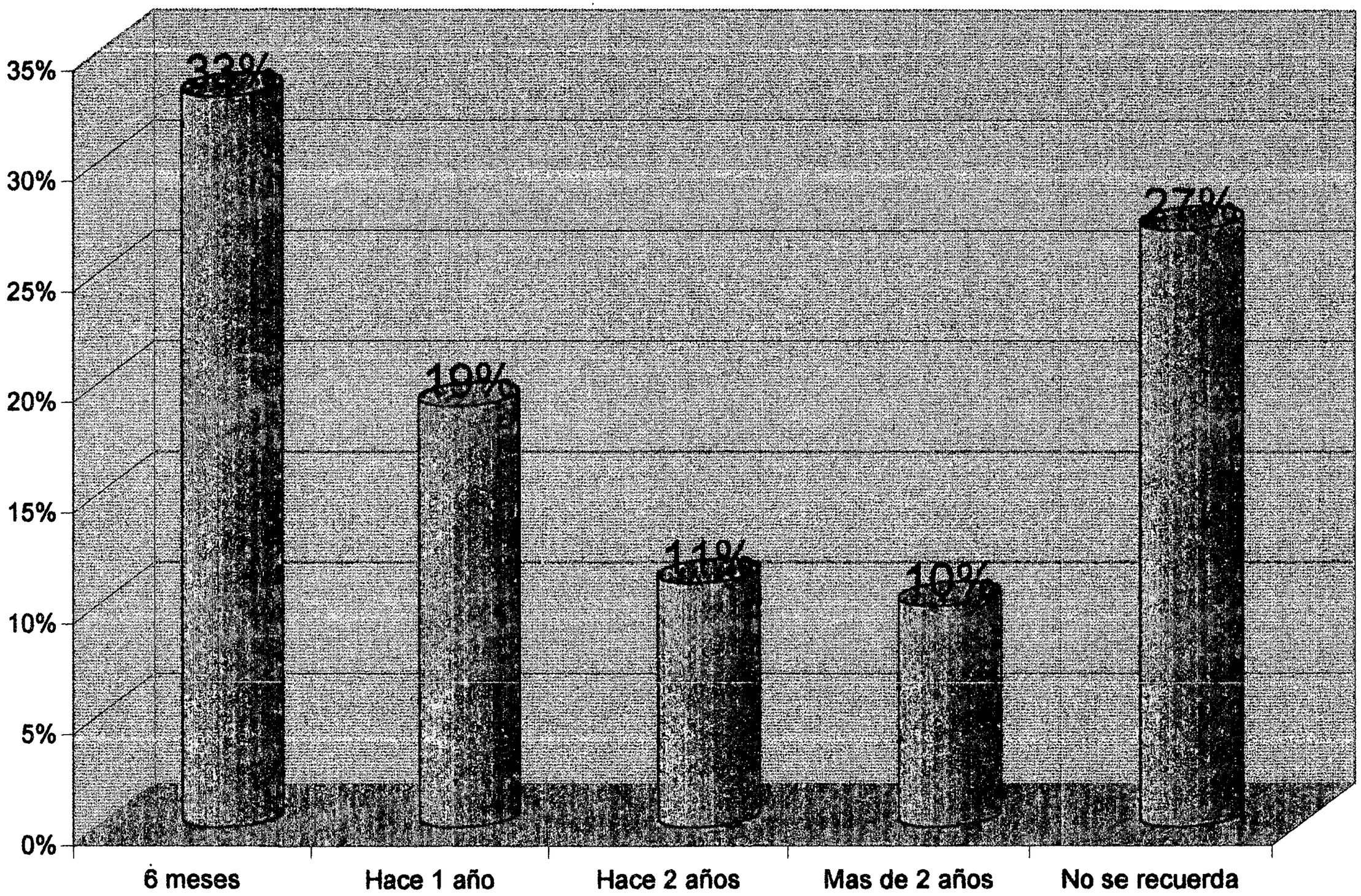
CUADRO No.33

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A AL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hace menos de 6 meses	133	33.25%
Hace un año	75	18.75%
Hace dos años	44	11.00%
Hace más de dos años	39	9.75%
Generalmente no visita al dentista o no se recuerda	109	27.25%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 33 y la Gráfica No. 22 se puede apreciar el tiempo transcurrido desde que los pacientes visitaron por última vez al odontólogo. En este caso se podría dividir a la población en dos grupos. El primero representa el 52% de la población, y visitó al odontólogo por lo menos una vez en el transcurso del año. El otro grupo representa al 48% de la población y generalmente no visita al odontólogo.

Gráfica No. 22
¿CUÁNDO VISITÓ POR ÚLTIMA VEZ A SU DENTISTA?



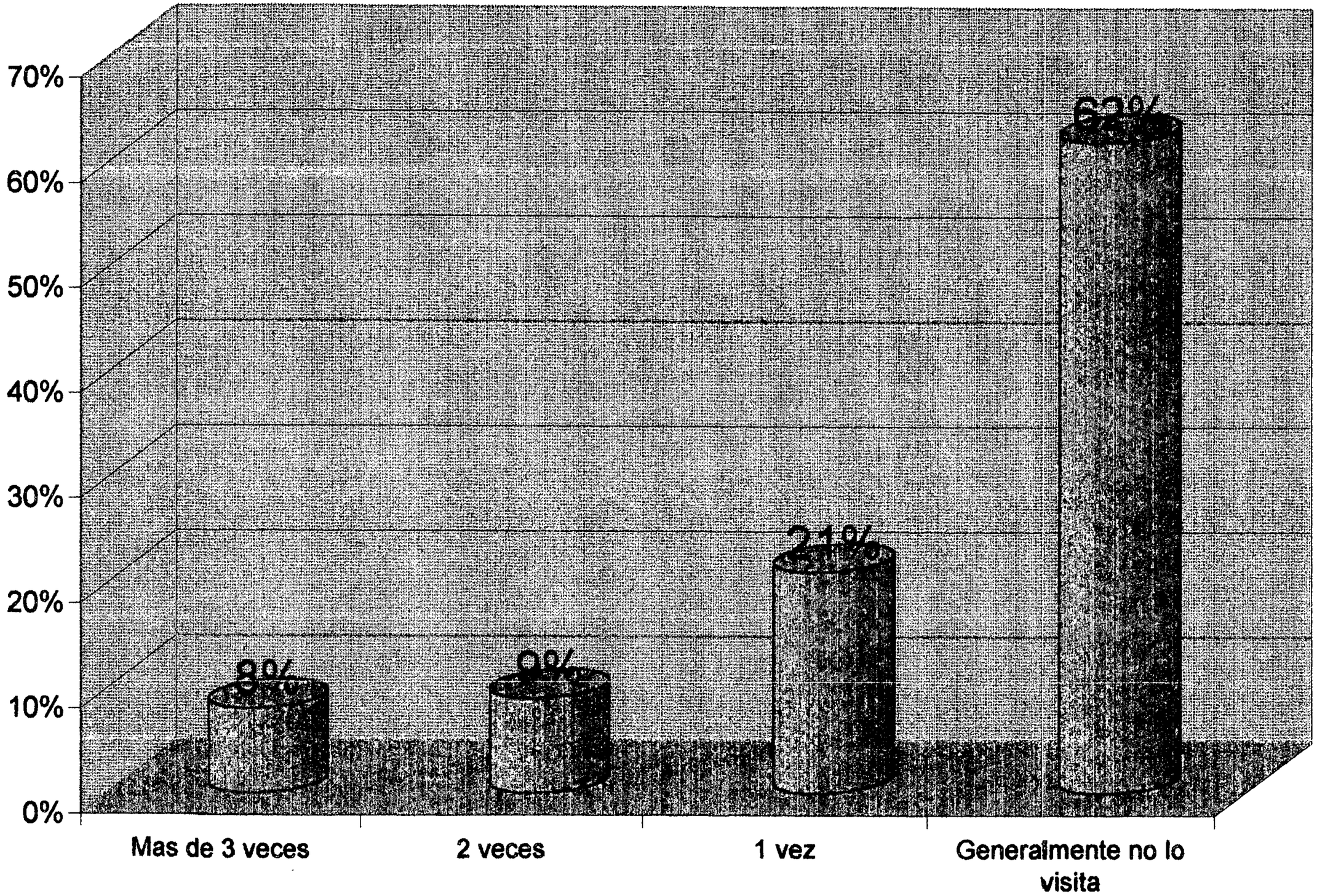
CUADRO No.34

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A FRECUENCIA DE VISITA AL DENTISTA AL AÑO, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mas de tres veces	32	8.00%
Dos veces	38	9.50%
Una vez	83	20.75%
Generalmente no visita al dentista	247	61.75%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 34 y la Gráfica No. 23 se puede apreciar con que frecuencia los pacientes geriátricos de esta institución visitan el consultorio odontológico al año. En este caso también se puede dividir a la población en dos grupos. El grupo mas grande corresponde a los pacientes que no acostumbran visitar al odontólogo y representa el 61.75% de la muestra. El segundo grupo si se preocupa por ser chequeado por lo menos una vez al año por el odontólogo y representa el 38.25% de la muestra poblacional.

Gráfica No. 23
¿CON QUE FRECUENCIA VISITA AL DENTISTA AL AÑO?



CUADRO No.35

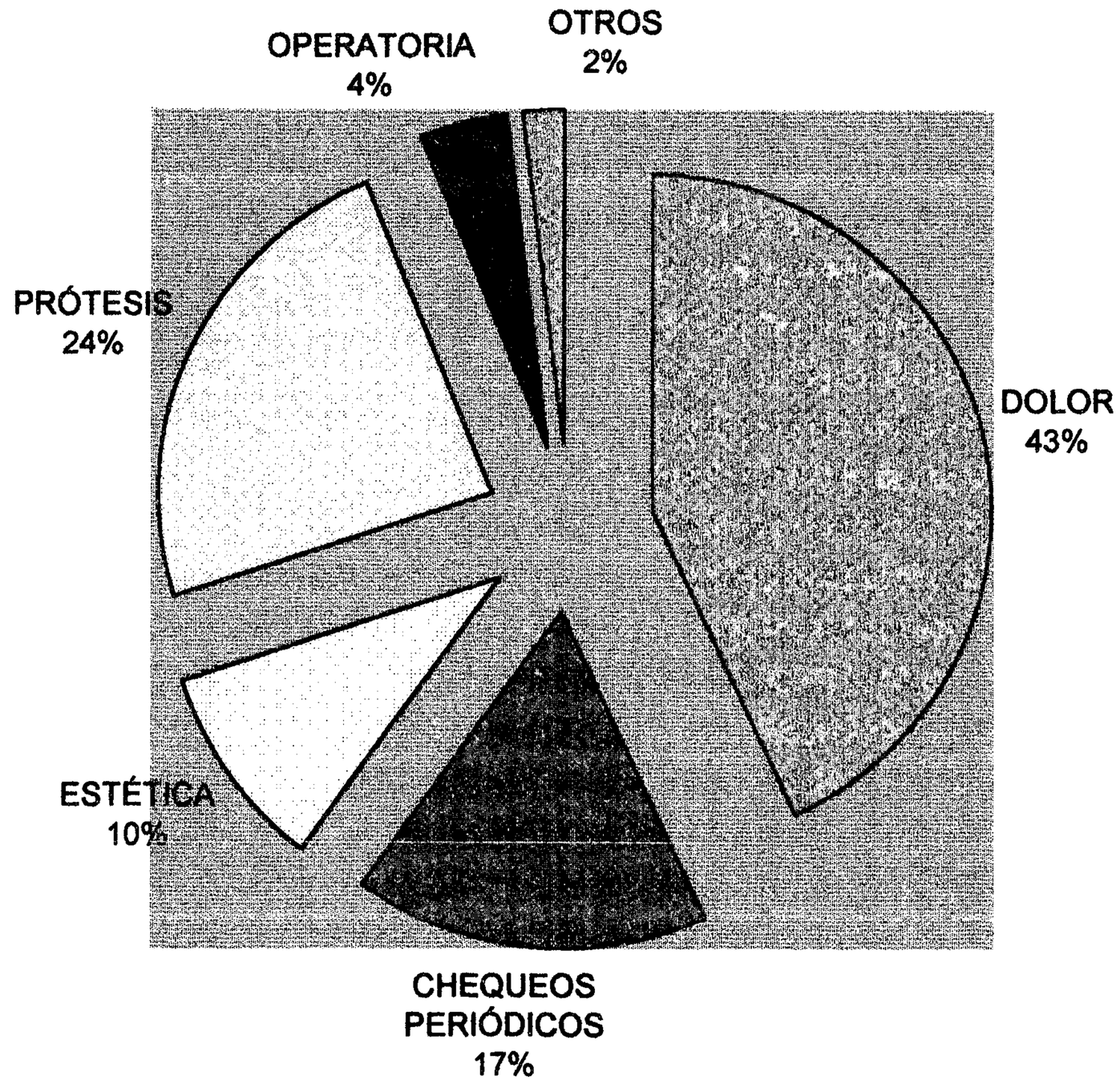
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL CAMIP DE ACUERDO A AL MOTIVO DE LA ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO, 2001

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR	171	42.75%
CHEQUEOS PERIÓDICOS	69	17.25%
ESTÉTICA	39	9.75%
PRÓTESIS	97	24.25%
OPERATORIA	15	3.75%
OTROS	9	2.25%
TOTAL	**400**	**100%**

En el Cuadro No. 35 y la Gráfica No. 24 se exponen las causas por las cuales los pacientes entrevistados asistieron al consultorio odontológico en la última ocasión. La principal razón por la cual el paciente solicita los servicios odontológicos es el dolor. Esto es preocupante por que es ya una cuestión cultural, el hecho de que la población no le dé importancia a las medidas preventivas de la enfermedad y solicita únicamente los tratamientos curativos.

Otro motivo muy frecuente fue el cambio, reparación, ajuste o fabricación de prótesis dentales. Es interesante mencionar que muchos pacientes solicitan al odontólogo la fabricación de prótesis dentales nuevas y no regresan para hacerse una reevaluación durante muchos años, habiendo muchos casos de prótesis mal ajustadas provocando lesiones crónicas. Aproximadamente la sexta parte de la población refiere haber visitado al odontólogo para hacerse una reevaluación y frecuenta los servicios odontológicos. El 9.25% refiere haber asistido por causas cosméticas.

Gráfica No. 24
¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE SU ÚLTIMA VISITA?



CUADRO No.36

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DE ACUERDO AL DINERO QUE ESTAN DISPUESTOS A INVERTIR EN SU SALUD BUCAL AL MES CAMIP, 2001

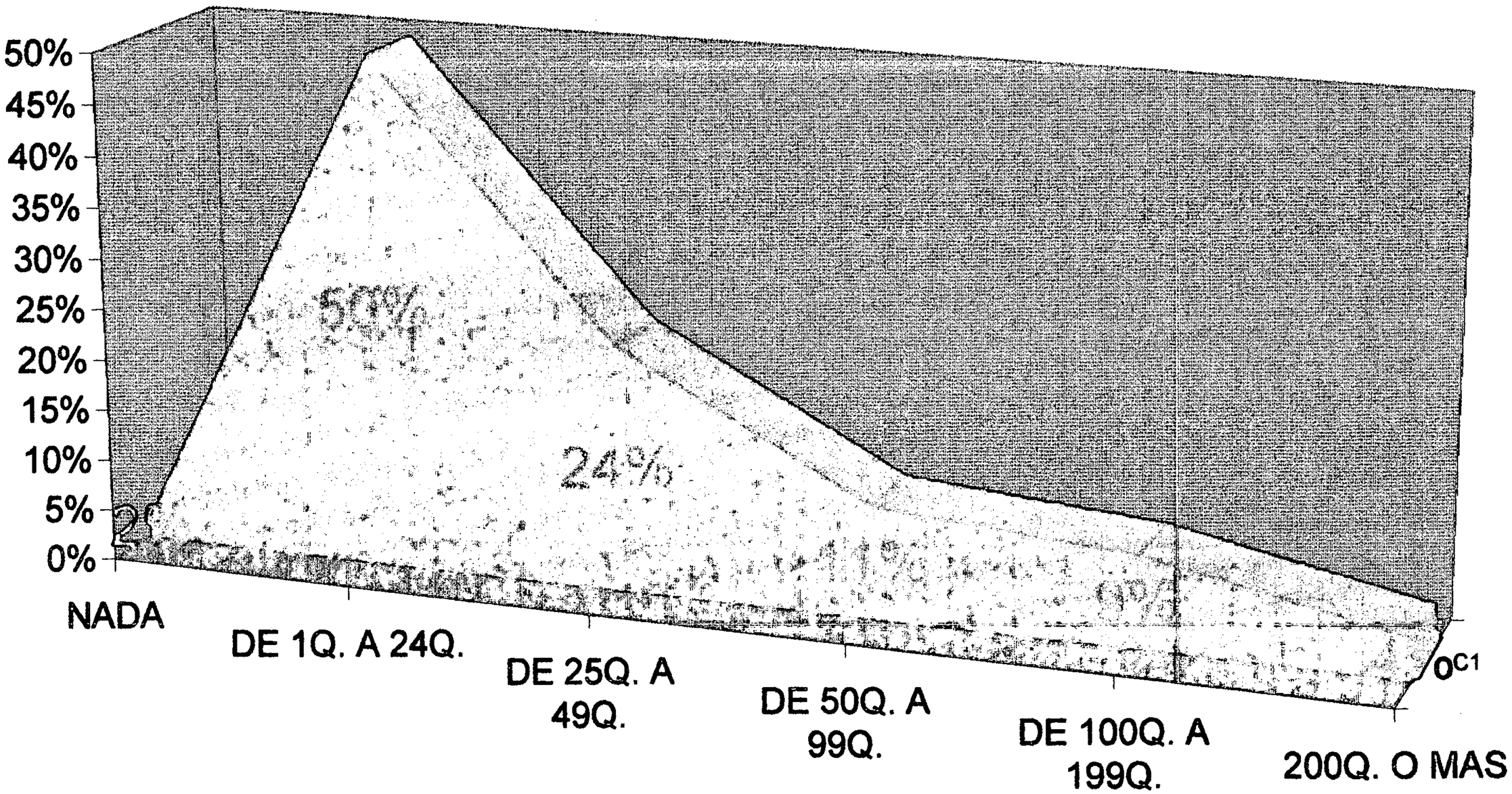
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	8	2.00%
DE 1Q. A 24Q.	201	50.25%
DE 25Q. A 49Q.	97	24.25%
DE 50Q. A 99Q.	44	11.00%
DE 100Q. A 199Q.	36	9.00%
MAS DE 200Q.	14	3.50%
TOTAL	**400**	**100%**

Por último en el Cuadro No. 36 y en la gráfica No. 25 el lector puede darse una idea de la situación económica de los pacientes de esta institución. Alrededor de la mitad de los pacientes entrevistados esta dispuesto a gastar únicamente en pasta o un cepillo dental al mes. El 24.25% también se encuentra en este grupo pero esta dispuesto a gastar un poco más probablemente en un enjuague, hilo dental o pasta dental especial. La población que esta dispuesta a gastar más de cien quetzales apenas representa el 12.50% de la muestra poblacional.

Si tomamos en cuenta los costos actuales que requiere un tratamiento dental complejo, se puede concluir que solo un grupo muy reducido de esta población esta en condiciones de cubrir un tratamiento dental de costo elevado y que la mayoría no tiene incluido en su presupuesto la visita al consultorio odontológico, dándole prioridad probablemente a otros aspectos de su salud.

Gráfica No. 25

¿CUÁNTO DINERO ESTA DISPUESTO A GASTAR AL MES EN SU SALUD BUCAL Y TRATAMIENTO DENTAL?



CONCLUSIONES

1. Las lesiones básicas en estudio que se detectaron en el examen extrabucal, se presentan de la siguiente manera: mácula (30.43%), placa (21.74%), costra (11.59%), pápula (10.14%), roncha (8.70%), nódulo (7.25%), úlcera (5.80%), erosión (2.90%) y vesícula (1.45%).

2. Los sitios anatómicos en donde se localizaron con mayor frecuencia lesiones básicas en el examen extrabucal fueron: área peribucal (27.54%), área frontal (23.19%) y área nasal (21.74%).

3. En el examen clínico de la Articulación Temporomandibular se detectó que el 32.50% de la muestra poblacional total no presenta signos o síntomas. El resto (67.5%) presenta chasquido o crepitación. El 3.25% padece dolor a la palpación; el 7.75% padece dolor espontáneo, y el 0.25% padece movilidad reducida de la mandíbula a la abertura, acompañados siempre de chasquido o crepitación.

4. Las lesiones básicas en estudio que se detectaron en el examen intrabucal, se presentan de la siguiente manera: mácula (27.47%), úlcera (23.45%), pápula (20.99%), nódulo (14.51%), placa (11.11%), tumor (1.54%) y vesícula (0.93%).

5. Los sitios anatómicos en donde se localizaron con mayor frecuencia lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal fueron: paladar (25.93%), carrillo (19.75%), encía o reborde alveolar superior (16.05%), mucosa labial (10.49%), encía o reborde alveolar inferior (9.26%) y otros sitios con menores porcentajes.

6. El agente etiológico más frecuente de lesiones básicas en la mucosa bucal, fue el uso de prótesis dentales mal ajustadas. Se percibió que esto se debe principalmente a razones económicas y culturales. Los pacientes creen que una prótesis dental es para

toda la vida y no las cambian ni reevaluan, además muchos asisten con técnicos dentales empíricos. Asimismo, en muchos casos no tienen acceso al tratamiento ideal para sus necesidades debido al alto costo actual de los materiales dentales.

7. Se detectó una prevalencia de torus palatinus de 8.5 % en la muestra poblacional total, siendo mas frecuente en el sexo femenino (12.39%), que en el sexo masculino (3.85%). La prevalencia de torus mandibularis en la muestra poblacional total fue de 0.75 %. No hubo diferencia significativa en la prevalencia según sexo de esta lesión.

8. El frenillo superior medio se detectó alto en el 11.25% de la muestra poblacional total. Las otras inserciones freniculares se detectaron altas con muy poca frecuencia.

9. El promedio de piezas presentes por individuo de la muestra poblacional dividida en grupos etáreos se distribuye de esta manera: pacientes entre 60 a 69 años =15.46; pacientes entre 70 a 79 años =11.75; pacientes entre 80 a 89 años =7.51. El promedio de piezas presentes en la muestra poblacional total es 13.34.

10. El promedio de piezas con caries por individuo dividida la muestra poblacional en grupos etáreos se distribuye de esta manera: pacientes entre 60 a 69 años =4.07; pacientes entre 70 a 79 años =3.31; pacientes entre 80 a 89 años =2.07. El promedio de piezas con caries en la muestra poblacional total es 3.60.

11. El promedio de piezas con caries radicular por individuo dividida la muestra poblacional en grupos etáreos se distribuye de esta manera: pacientes entre 60 a 69 años =0.48; pacientes entre 70 a 79 años =0.56; pacientes entre 80 a 89 años =0.27. El promedio de piezas con caries radicular en la muestra poblacional total es 0.48.

12. El promedio de piezas obturadas por individuo de la muestra poblacional total es 4.35; de ellas el promedio de piezas con obturaciones defectuosas por individuo es 2.28. De

este dato se concluye que el 52.41% de las obturaciones presentes en la cavidad bucal de los pacientes geriátricos examinados se encuentran deficientes.

13. El promedio de piezas restauradas con corona total de la muestra poblacional total es 0.73. El promedio de piezas con coronas totales defectuosas por individuo es 0.12. De este dato se concluye que el 16.44% de las coronas totales presentes en la cavidad bucal de los pacientes geriátricos examinados se encuentran deficientes.

14. El promedio de piezas que presentan abrasión incisal u oclusal marcada y por lo tanto necesitan restauración es 1.39 por individuo. Este dato implica que la atrición en la vejez es un afección frecuente, que requiere tratamientos restaurativos en varias ocasiones.

15. El promedio de piezas que necesitan restauración por individuo en la muestra poblacional total es 6.22. El promedio de piezas con necesidad de obturación superficial es 0.81; el promedio de piezas con necesidad de obturación extensa es 4.01; el promedio de piezas que necesitan corona total es 1.38 y el promedio de piezas indicadas para restaurarse con domos es 0.37.

16. El promedio de piezas comprometidas pulparmente es 0.74 por individuo en la muestra poblacional total; el promedio de piezas que necesitan tratamiento endodóntico es 1.05; el promedio de restos radiculares es 0.41; el promedio de piezas indicadas para extracción es 0.78.

17. Se estableció que la mayoría de pacientes evaluados presenta una prótesis dental superior (64.5%). El 58.5% de la muestra poblacional total presenta prótesis removibles en la arcada superior. (Prótesis Total 34.75%, Prótesis Parcial Removible 23.75%)

18. Se estableció que el 36% de pacientes evaluados presenta una prótesis dental inferior. El 33.5% de la muestra poblacional total presenta prótesis removibles. (PrótesisTotal 17.25%, Prótesis Parcial Removible 16.25%)

19. De lo anterior se concluye que existe un gran número de pacientes que utilizan una prótesis superior sin su equivalente en la arcada inferior. Por esta razón, se detectaron con frecuencia signos característicos del síndrome de combinación y alteraciones en la articulación temporomandibular.

20. Se estableció que la mayoría de pacientes evaluados necesitan una prótesis dental superior (84.75%). El 73.0% de la muestra poblacional total necesita una prótesis removible en la arcada superior. (Prótesis Total 39.5%, Prótesis Parcial Removible 33.5%). Mientras que únicamente el 15.25% no necesita ninguna prótesis dental en esta arcada.

21. Se estableció que la mayoría de pacientes evaluados necesitan una prótesis dental inferior (86.5%). El 76.6% de la muestra poblacional total necesita una prótesis removible en la arcada inferior. (PrótesisTotal 30.0%, Prótesis Parcial Removible 46.6%). Mientras que únicamente el 13.5% no necesita ninguna prótesis dental en esta arcada.

22. De lo anterior se concluye que la gran mayoría de prótesis dentales se encuentran en mal estado y deben cambiarse. Asimismo, aclara la alta presencia de lesiones básicas, hallazgos patológicos, síndrome de combinación y alteraciones en la articulación temporomandibular asociados a la carencia de un adecuado tratamiento protésico.

23. La mayoría de los pacientes examinados necesita tratamiento periodontal que requiere detartraje profesional (76%) y mas de la tercera parte de la población (36%) necesita tratamiento periodontal complejo. El 23% no tiene necesidad de tratamiento

periodontal, por ser pacientes edéntulos en la mayoría de los casos. Solamente 1% se encuentra en buenas condiciones y únicamente necesita mejorar su higiene bucal.

24. El nivel de conocimiento de los pacientes entrevistados sobre conceptos básicos de enfermedad periodontal es muy deficiente. La mayoría no pudo definir los términos formulados o solamente tiene una noción de su significado.

25. La mayoría de los pacientes entrevistados mencionaron al cepillado dental o la higiene bucal como medida preventiva contra la caries y la enfermedad periodontal. (83.25% y 48.75% respectivamente). Sin embargo muy pocos mencionaron la visita periódica al odontólogo como una medida preventiva (21.5% y 12.0% respectivamente).

26. Aunque la mayoría de los pacientes mencionó al cepillado dental e higiene bucal como la mejor manera de evitar la caries y enfermedades periodontales. Esto no se refleja en su condición de salud bucal, lo cual sugiere que no saben como realizar una higiene bucal adecuada, o no la practican por descuido. Algunos pacientes padecen limitaciones psicomotoras lo que también reduce su capacidad de ejecutar una higiene bucal adecuada.

27. El uso del hilo dental y el enjuague bucal como auxiliares al cepillado dental, es muy poco frecuente. Sin embargo, el 87.5% de los pacientes entrevistados refieren realizar su higiene bucal por medio del cepillado dental.

28. Solamente el 21.25% de lo pacientes entrevistados considera que la información que divulgan los medios de comunicación sobre temas odontológicos es adecuada. Los medios que divulgan con mas frecuencia esta información, según los entrevistados, son: televisión (59.75%); personal de salud, incluido el odontólogo (38.5%) y radio (19.5%).

29. A pesar de que mas del 95% de los entrevistados tiene necesidad de algún tratamiento dental, en la entrevista solo el 68.25% lo percibe, el 23% refirió no saberlo y el 8.75% consideró que no lo necesitaba.

30. Únicamente el 38.25% de los entrevistados visita al menos una vez al año al odontólogo, el resto generalmente no lo visita.

31. En los pacientes geriátricos examinados la principal causa de la última visita al consultorio odontológico fue dolor (42.75%). Después siguen cambio, reparación, ajuste o fabricación de prótesis dentales (24.25%), chequeos periódicos (17.25%), estética (9.75%), operatoria (3.75%) y otros (2.25%).

32. El 76.5% de los entrevistados esta dispuesto a gastar menos de cincuenta quetzales al mes en su salud bucal. Esto demuestra que la mayoría solo tiene presupuestado el costo de pasta dental y algún otro aditamento para su higiene bucal y no tiene asignado algún costo para tratamiento odontológico. Solamente el 12.5% estaría dispuesto a gastar mas de cien quetzales y únicamente el 3.5% gastaría mas de doscientos quetzales.

33. La mayoría de los pacientes encuestados no tienen los recursos económicos suficientes o los invierten en otros asuntos que consideran prioritarios al tratamiento odontológico.

RECOMENDACIONES

1. Prestar atención especial en el examen y tratamiento de las afecciones de la articulación temporomandibular, ya que la mayoría de pacientes geriátricos presentan signos o síntomas anómalos.

2. Al momento de la evaluación clínica prestar atención especial a la situación protésica, ya que este es el agente etiológico principal de lesiones básicas y hallazgos patológicos en la cavidad bucal de las personas de tercera edad.

3. Prestar especial atención al momento de la entrega de prótesis dentales al paciente y hacer énfasis en que deben ser periódicamente evaluadas para hacer los ajustes necesarios y deben ser cambiadas idealmente cada cuatro años. Asimismo, motivar al paciente ha darles un uso correcto y limpieza adecuada.

4. Establecer una unidad en el curso de prótesis total sobre psicología del paciente anciano. De esta manera el estudiante aprenderá a motivar al paciente para que ejecute una higiene bucal adecuada y siga las recomendaciones del odontólogo con entusiasmo, así como educar al paciente de manera comprensible.

5. Instar a las autoridades de salubridad a controlar la proliferación de técnicos dentales empíricos. En gran medida la presencia de hallazgos patológicos en la cavidad bucal y pérdida temprana de piezas dentales son de origen yatrogénico provocado por tratamientos mal efectuados.

6. Tener en cuenta los sitios anatómicos en donde se localizaron las lesiones básicas individualmente para poder realizar una mejor evaluación de tejidos blandos en la cavidad bucal de pacientes de tercera edad.

7. Tomar en cuenta los presentes resultados para la planificación de programas de asistencia odontológica a los pacientes geriátricos que asisten al CAMIP.

8. Realizar nuevos estudios sobre la población de tercera edad guatemalteca, tomando como base la presente investigación. Se recomienda profundizar en temas como historia y estado protésico actual, necesidad de cirugía pre-protésica, situación de la articulación temporomandibular, prevalencia de candidiasis, etc.

9. Implementar programas de prevención e información sobre la importancia de mantener una adecuada higiene bucal, haciendo énfasis en los temas que este sondeo evidenció como desconocidos para la mayor parte de los entrevistados.

10. Hacer conciencia a los pacientes de tercera edad que asisten a esta institución para que visiten al odontólogo con mayor frecuencia.

11. Las campañas publicitarias de productos para la higiene bucal podrían ser mejor dirigidas y de esta manera lograr un beneficio mayor para esta población. Asimismo las campañas de salud gubernamentales deberían prestar mayor atención a los temas relacionados con la prevención de la salud bucodental, ya que a menudo son subestimados.

LIMITANTES

Este estudio se limita a los hallazgos detectados en la inspección y palpación extrabucal e intrabucal realizados durante el examen clínico. Los examinadores utilizaron su propio juicio clínico al decidir el tipo de tratamiento que sería más conveniente para los pacientes evaluados.

Por razones económicas, no se pudo contar durante el transcurso de esta investigación con importantes auxiliares del examen clínico odontológico, como son la evaluación roentgenológica y las pruebas de laboratorio.

ANEXO I

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL

FECHA:_____
NO. DE IDENTIFICACIÓN:_____
EXAMINADOR:_____
NO. DE AFILIACIÓN DEL IGSS:

INFORMACIÓN GENERAL
NOMBRE:_____SEXO:____ PROFESIÓN_____
FECHA DE NACIMIENTO:_____EDAD EN AÑOS_____
EMPLAZAMIENTO GEOGRÁFICO: 1.URBANO 2.PERIURBANO 3.RURAL
OTROS DATOS

EXAMEN EXTRABUCAL
EVALUACIÓN DE LA CARA Y EL CUELLO
0= AUSENCIA DE LESIONES BÁSICAS DE LA PIEL
1= PRESENCIA DE LESIONES BÁSICAS DE LA PIEL
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
2= GANGLIOS LINFÁTICOS PALPABLES (CABEZA, CUELLO) SI_____ NO_____
OBSERVACIONES:

EVALUACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR
0= AUSENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS
1= DOLOR ESPONTÁNEO
2= DOLOR A LA PALPACIÓN
3= CHASQUIDO O CREPITACIÓN
4= MOVILIDAD REDUCIDA DE LA MANDÍBULA (<30 MM DE ABERTURA)

EXAMEN INTRABUCAL
EVALUACIÓN DE LA MUCOSA BUCAL
0= AUSENCIA DE LESIONES BÁSICAS DE LA MUCOSA
1= PRESENCIA DE LESIONES BÁSICAS DE LA MUCOSA O DE DX. INMEDIATO
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
TIPO_____LOCALIZACIÓN_____
DESCRIPCIÓN_____
2= INSERCIONES FRENICULARES ALTAS LOCALIZACIÓN_____
3= EXOSTOSIS TIPO_____ LOCALIZACIÓN_____
4= ABSCESO TIPO_____ LOCALIZACIÓN_____
5= OBSERVACIONES:

ESTADO DE LA DENTICIÓN Y TRATAMIENTO NECESARIO SITUACIÓN.	NO.	TRATAMIENTO	NO.
PIEZAS PRESENTES	_____	PIEZAS QUE NECESITAN OBTURACIÓN SUPERFICIAL	_____
PIEZAS CON CARIES	_____	PIEZAS QUE NECESITAN OBTURACIÓN PROFUNDA O EXTENSA	_____
PIEZAS CON CARIES RADICULAR	_____	PIEZAS QUE NECESITAN CORONA TOTAL	_____
P. CON OBTURACIÓN DEFECTUOSA	_____	PIEZAS QUE NECESITAN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO	_____
P. CON OBTURACIÓN ACEPTABLE	_____	PIEZAS INDICADAS PARA EXTRACCIÓN	_____
P. CON CORONA TOTAL	_____	PIEZAS INDICADAS PARA DOMOS	_____
P. CON CORONA TOTAL DEFETUOSA	_____		
P. COMPROMETIDAS PULPARMENTE	_____		
P. CON FRACTURA CORONARIA	_____		
RESTOS RADICULARES	_____		
P. CON ABRASIÓN I NCISAL	_____		
p. CON ABRASIÓN CERVICAL	_____		
OTRAS	_____		

SITUACIÓN DE PRÓTESIS
0= NINGUNA PRÓTESIS
1= PRÓTESIS PARCIAL FIJA(>dos unidades)
2= PRÓTESIS PARCIAL REMOVILE
3= PRÓTESIS PARCIAL FIJA + PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE S | | | I
4= PRÓTESIS TOTAL

NECESIDAD DE PRÓTESIS S | | | I
0= NINGUNA PRÓTESIS NECESARIA
1= NECESIDAD DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA
2= NECESIDAD DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
3= NECESIDAD DE UNA COMBINACIÓN DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
4= NECESIDAD DE UNA PRÓTESIS TOTAL

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO (IPNTC)
0= SANO
1= HEMORRAGIA
2= CÁLCULO
3= BOLSA DE 4-5 MM (BANDA NEGRA PARCIALMENTE VISIBLE)
4= BOLSA DE 6 MM O MÁS (BANDA NEGRA INVISIBLE)
X= SEXTANTE EXCLUIDO

D	C	I

NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA Y CONSULTA
TRASTORNO QUE AMENAZA LA VIDA _____ DOLOR O INFECCIÓN _____
OTRO TRASTORNO (ESPECIFÍQUESE) _____ CONSULTA_____

ANEXO II

"CUESTIONARIO"

1) ¿SABE USTED QUÉ ES LA PLACA DENTAL?
   a) SI, defina que es:_____
   _____
   _____
   b) NO

2) ¿SABE USTED QUÉ ES EL SARRO?
   a) SI, defina que es:_____
   _____
   _____
   b) NO

3) ¿SABE USTED QUÉ ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL? (GINGIVITIS, PERIODONTITIS)
   a) SI, defina que es:_____
   _____
   _____
   b) NO

4) ¿SABE USTED COMO PREVENIR LAS ENFEMEDADES DE LAS ENCÍAS Y EVITAR QUE SE LE AFLOJEN LOS DIENTES?
   a) SI, indique como:_____
   _____
   _____
   b) NO

5) ¿SABE USTED COMO PREVENIRSE DE LA CARIES DENTAL?
   a) SI, indique como:_____
   _____
   _____
   b) NO

6) ¿POR QUE MEDIOS SE ENTERÓ RESPECTO A ESTOS TEMAS? (marque por los que se ha enterado)

   ___TELEVISIÓN ___RADIO
   ___PRENSA ESCRITA ___PERSONAL DE SALUD
   ___ FAMILIARES Y AMIGOS ___NINGUNO
   OTRO (Escriba cual)_____

7) CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN QUE DIVULGAN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE ESTOS TEMAS ES:

a) MUY COMPLETA b) SUFICIENTE c) REGULAR d)ESCASA e)NINGUNA

8) DESCRIBA COMO REALIZA SU HIGIENE BUCAL :

a) enjuague bucal
b) cepillado dental
c) cepillado dental + enjuague bucal
d) cepillado dental + hilo dental
e) cepillado dental + enjuague bucal + hilo dental
f) ninguno
g) otros, indique cual_____

9) ¿TIENE USTED EN ESTE MOMENTO NECESIDAD DE ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL?

a) SI b) NO c) NO SABE

10) ¿CUÁNDO VISITÓ POR ÚLTIMA VEZ A SU DENTISTA?

a) hace menos de 6 meses b) hace un año c) hace dos años
d) hace mas de dos años e) generalmente no visita al dentista o no se recuerda.

11) ¿CON QUE FRECUENCIA VISITA AL DENTISTA AL AÑO?

a) mas de tres veces b) dos veces c) una vez d) generalmente no visita al dentista.

12) ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE SU ÚLTIMA VISITA?

A) DOLOR B) CHEQUEOS PERIÓDICOS C) ESTÉTICA
D) OTRO, ESCRIBA EL MOTIVO_____

13) ¿CUANTO DINERO ESTA UD. DISPUESTO A GASTAR EN SU SALUD BUCAL Y TRATAMIENTO DENTAL AL MES?

BIBLIOGRAFÍA

1. Burke Sierra, María Cristina.-- Hallazgos patológicos encontrados al examen clínico en los tejidos de soporte de pacientes que han sido tratados con prótesis total en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, muestra tomada de los años 1979 a 1983.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1984.-- 108 p.

2. Cáceres Grajeda, J. Rodolfo.-- Examen Clínico del Aparato Estomatognático.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Dpto. de Diagnóstico, 1998.-- pp. 5-8.

3. Carranza, Fermín A., Jr.-- Periodontología Clínica de Glickman / Fermin A. Carranza Jr.; trad. por Laura Elías Urdapilleta y Enriqueta Cerón Rossainz.-- 7ª ed.-- México: Nueva Editorial Interamericana, 1993.-- pp. 97-101, 336-337, 635-637.

4. Casado Ramos, Iliana. Maritza.-- Características clínicas del síndrome de combinación en una muestra de pacientes geriátricos del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1989.-- 87 p.

5. Daniel, Wayne W.-- Bioestadística / Wayne W. Daniel; trad. por Manuel Guzmán Ortiz. -- 3ª ed.-- México: Editorial Limusa, 1990.-- pp. 202-203.

6. Franco, Cándida.-- Lesiones Básicas de Piel y Mucosa.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Dpto. de Diagnóstico, 1998.-- pp. 1-4.

7. García, Oscar.-- Ancianos en el Olvido.-- pp.3.-- En: periódico Al Día (Guatemala).-- Año 5 no.1706 (19 de agosto del 2001).

8. Gutiérrez Hernández, Armando Eduardo.-- Prevalencia de algunas lesiones y alteraciones de los tejidos blandos de la cavidad oral, en un grupo de población del parcelamiento agrario San José la Máquina.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1976.-- 73 p.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BIBLIOTECA

18 JUL. 2002

9. Instituto Nacional de Estadística.-- Censos Nacionales: Déeimo de Población y Quinto de Habitación.-- Guatemala, 1994.-- pp. 25-26.

10. Löe, Harald.-- Geriatric Dentistry / Harald Löe, Paul Holm-Pedersen; St. Louis, U.S.A.: the C.V. Mosby Company, 1996.-- pp. 365-372.

11. Organización Mundial de la Salud.-- Encuestas de Salud Bucodental Métodos Básicos.-- 4ª ed.-- Malta, 1997.-- pp. 18-61.

12. Pereira, Antonio.-- Oral Health and Periodontal Status in Brazilian Elderly. Brazilian Dental Journal, 1996 EN: Internet. http://www.forp.usp.br/bdj/ t0672.html 15 de enero 2001.

13. Pisquiy Coti, Rosario del Carmen.-- Hallazgos clínicos patológicos encontrados en una muestra de pacientes que han sido tratados con prótesis parcial removible en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante los años 1983 a 1987.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1988.-- 110 p.

14. Regezi, Joseph A.-- Patología Bucal / Joseph A. Regezi, James Sciubba; trad. por Claudia Patricia Cervera Pineda.-- 2ª ed.-- México: Interamericana McGraw Hill, 1995.-- 641 p.

15. Shafer, W.G.-- Tratado de Patología Bucal / William G. Shafer, Barnet M. Levy, Maynard K. Hine; trad. por María de Lourdes Hernandez Cázares. 4ª ed.-- México: Nueva Editorial Interamericana, 1986.-- 940 p.

16. Sisniega Méndez, Byron.-- Indicadores de Salud.-- Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área Médico-Quirúrgica, 2000.-- pp. 1-3.

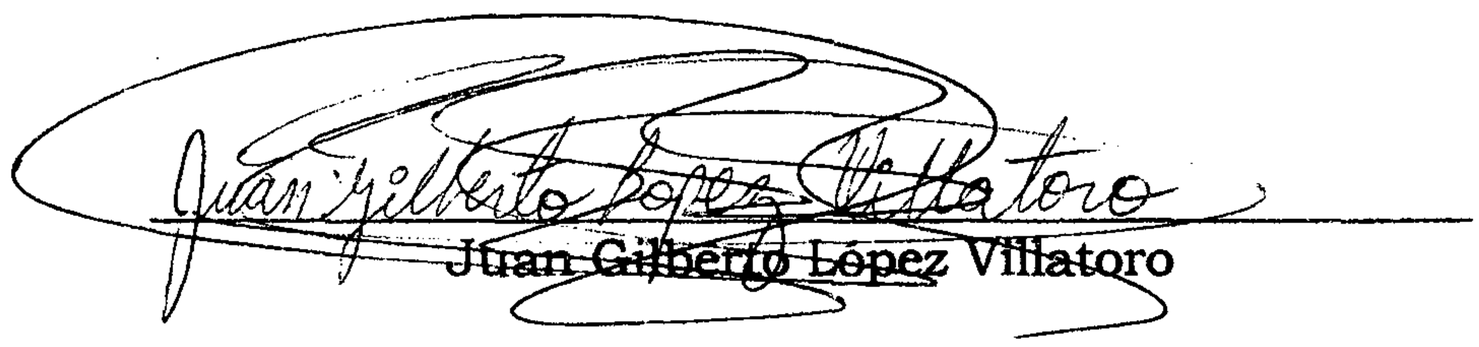
17. Sisniega Méndez, Byron.-- Sistema para Clasificar la necesidad periodontal.-- Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área Médico-Quirúrgica, 2000.-- pp. 1-9.

Vo. Bo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE ODONTOLOGIA BIBLIOTECA

18 JUL. 2002

El contenido de esta Tesis es única y exclusiva
responsabilidad del autor



Juan Gilberto López Villatoro

Juán Gilberto López Villatoro
Sustentante

Dr. José Manuel López Robledo
Asesor

Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
Comisión de Tesis

Dr. Estuardo Vaides Guzmán
Comisión de tesis

Imprímase:

Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario