

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Odontología



**“FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES Y VALIDACIÓN DE UNA
PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA ODONTOESTOMATOLÓGICA
PARA EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
ABRIL – MAYO 2011”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. CARITA FLORES, GABY SANDY

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE :

CIRUJANO DENTISTA

Tacna – Perú

2011

DEDICATORIA

*A Dios por el gran amor que me demuestra
en cada día de mi existir,
por ser mi Padre, maestro y amigo.*

*A mis padres Angel y Gladys, Gina y Miguel
por su amor, ejemplo y apoyo
en todo momento y lugar.*

*A mi mami, gracias por tu enorme amor
de madre que me demuestras cada día a la distancia,
espero vuelvas muy pronto; esto va para ti.
Te quiero mucho.*

*A toda mi familia a quien amo mucho, en especial
a mis hermanos Maggi y Anghelo.*

*Al gran amor de mi vida y la razón
de mi perseverancia, mi hija Dánika.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su presencia constante en mi vida, por orientarme en cada camino, por estar a mi lado en los momentos difíciles y por todo aquello que gracias a él me fortalece.

A mi hija Dánika, por acompañarme siempre, por su amor, alegría, comprensión, paciencia, consejos y motivación en este trabajo.

A mi mami Gladys Flores que me enseña cada día que el amor de madre es demasiado grande, por este sacrificio tan grande que haces al estar lejos de tu familia, por enseñarme el valor de la vida, gracias y mil gracias por todas las oportunidades y enseñanzas que me das mami linda.

Al Dr. Dante Pango por su ejemplo profesional y humano, su asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo.

A la Dra. Nelly Kuong, Dr. Javier Ríos, por la atención y por el apoyo durante el proceso, definición y orientación de este trabajo, quedo muy agradecida por sus enseñanzas durante mi trayectoria de estudios.

Al Dr. Víctor Arias y profesora Sissy Mena por su apoyo y consejos en el asesoramiento y procesamiento de los resultados de este trabajo.

A los doctores de la Escuela Profesional de Odontología, gracias por sus enseñanzas, tiempo, cariño y orientación durante este tiempo que estuvimos juntos. Muy agradecida!

A mi Alma Mater “Universidad Privada de Tacna” quien la llevo en mi corazón a todo lugar y en todo momento.

RESUMEN

La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida, especialmente en la población geriátrica, cada vez más numerosa. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las enfermedades periodontales y la disfunción temporomandibular, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública. Por ello, esta investigación nos permitió evaluar la frecuencia de patologías bucales, a través, de una propuesta de Historia Clínica Odontoestomatológica para adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El presente trabajo en una primera fase fue de diseño descriptivo, de corte transversal y prospectivo y en una segunda fases de validación de confiabilidad. Se realizaron 45 historias clínicas de diagnóstico en los adultos mayores. En los resultados obtuvimos una frecuencia muy alta de patologías bucales en adultos mayores relacionadas con el índice de CPOD donde el 40% presentó un Alto Riesgo, en las enfermedades periodontales según Ramfjord hallamos que el 36.6% de la población en estudio presentó Gingivitis Grave, enrojecimiento intenso, hemorragia y ulceración (Grado 03) y en cuanto a la Disfunción Temporomandibular el 46.67% es portador Moderado de DTM. Además hallamos la confiabilidad de la Historia Clínica Odontoestomatológica a través del Alfa de Cronbach donde nos arrojó un 0.968 indicándonos que cada Item mencionado es necesario para la evaluación del Adulto mayor. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, consideramos que se deben de tomar las medidas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de estas patologías, así como para lograr el control de los factores que lo provocan.

Palabras clave: Adulto mayor, historia clínica, frecuencia, patologías bucales, índice de CPOD, índice de enfermedad periodontal y disfunción temporomandibular.

ABSTRACT

Oral health should be seen as a component of quality of life, especially in the geriatric population, more and more numerous. Oral diseases, including dental caries, periodontal diseases and temporomandibular dysfunction, have been undervalued by not cause direct mortality, when in fact their high frequency, local discomfort, cosmetic and general health impact caused, fully justifies attention as a public health problem. Therefore, this research allowed us to assess the frequency of oral diseases through a medical history odontostomatological proposal for seniors hospitalized in the medicine of the Hipólito Unanue Hospital of Tacna. The present work at an early stage design was descriptive, cross-sectional and prospective study in a second phase of validation of reliability. 45 records were made of diagnosis in older adults. In the results we obtained a very high frequency of oral diseases in older adults related to the DMFT index where 40% had a high risk, according Ramfjord periodontal diseases found that 36.6% of the study population presented severe gingivitis, redness pain, bleeding and ulceration (Grade 03) and in terms of the Temporomandibular Dysfunction carries 46.67% Moderate DTM. In addition we find the reliability of the clinical history odontostomatological through Cronbach's alpha where we threw a 0968 indicating that each item listed necessary for the evaluation of the elderly. Taking into account the results obtained, we believe that should take the necessary measures for the diagnosis and treatment of these pathologies and to gain control of the factors that cause it.

Keywords: Elderly, medical history, frequency, oral pathology, DMFT index, index of periodontal disease and temporomandibular dysfunction.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Fundamentación del Problema	10
1.2 Formulación del Problema	12
1.3 Objetivos de la Investigación	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos	13
1.4 Justificación	13
1.5 Definición de términos	17
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	19
2.1 Antecedentes de la investigación	19
2.2 Marco teórico	29
2.2.1. La historia clínica odontológica	29
2.2.1.1. Enfermedades actuales o pasadas a tener en cuenta durante el tratamiento odontológico	30
2.2.1.2. Odontograma	39
2.2.1.3. Evaluación de las Prótesis Dentales	41
2.2.2. Patologías Bucales	43
2.2.2.1. Definición	43
2.2.2.2. Patologías Bucales frecuentes en los adultos	

mayores	44
2.2.3. Adulto Mayor	55
2.2.3.1. Clasificación	55
2.2.3.2. Salud oral en el anciano	57
2.2.3.2.1. Cambios bucales en el adulto mayor	57
2.2.3.2.2. Enfermedades bucales frecuentes en personas adultas mayores	61
CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Hipótesis	68
3.2 Operacionalización de las variables	68
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño	70
4.2 Ámbito de estudio	70
4.3 Población y muestra.	71
4.3.1 Criterios de Inclusión	71
4.3.2 Criterios de Exclusión	71
4.4 Instrumentos de Recolección de datos.	71
CAPÍTULO V PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	73
CAPÍTULO VI RESULTADOS	75
DISCUSIÓN	92
CONCLUSIONES	94

RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	100

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es para la sociedad, uno de los retos sociales más relevantes de los últimos tiempos y uno de los problemas de salud más significativos que los aquejan son las enfermedades bucales.

Los problemas dentales no tratados causan dolor e incomodidad, interfiriendo con la capacidad de comer y tragar, resultando una nutrición inadecuada e infecciones orales, que pueden causar serias infecciones sistémicas. En los últimos 30 años el porcentaje de ancianos dentados se ha incrementado, desembocando en una creciente preocupación.

El estado de salud oral en población geriátrica revela aspectos como un 60% de prótesis con más de 16 años sin renovar, enfermedad periodontal y caries dental en más del 90% de los adultos mayores dentados e imposibilidad física y psíquica para mantener una correcta higiene oral.

Cabe resaltar que no se cuenta con profesionales en el área de la odontología geriátrica. Dicha situación es observada en todos los establecimientos de salud, incluido nuestro Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, donde no se valora la importancia de la evaluación inicial del estado bucodental del paciente adulto mayor al no contar con la presencia del profesional en odontología en la visita médica como parte del equipo multidisciplinario.

Por ello, se hace necesario fortalecer la capacidad del sector salud en materia de atención integral institucionalizada donde el odontólogo participe en la visita médica para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo de la vida del adulto mayor.

La propuesta del presente trabajo es implementar una Historia Clínica odontoestomatológica al adulto mayor hospitalizado, donde se podrá reforzar el desarrollo de estrategias que impulsen cambios en los servicios de salud oral que permitan el mejoramiento de la calidad de los mismos; para ello, es necesaria la participación activa de todos los actores involucrados en el proceso.¹ Asimismo, orientará al odontólogo en la toma de decisiones clínicas gracias a la combinación de la mejor evidencia científica disponible, las consideraciones sobre las características actuales de la práctica odontológica y las condiciones de salud oral de la población adulta mayor.

¹ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA URUGUAY 2005-2011. Programa nacional del adulto mayor,

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Debido a los cambios demográficos actuales, el número de individuos que en el mundo rebasan la barrera de los 60 años, aumentó de 400 millones de personas de la década de los 50 a 700 millones de personas en la década de los 90 del pasado siglo, pronosticándose que alrededor de 1 200 millones de ancianos existirán en el año 2025. Los mayores de 80 años de edad en los próximos 30 años alcanzará el 30 % en los países desarrollados y el 12 % en los llamados subdesarrollados.

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población, con una expectativa de vida al nacer actual de 75 años. El Caribe es hoy la región en desarrollo "más vieja" del mundo, pues más del 9 % de su población total tiene 60 años o más.²

Se estima que en el año 2025 la población de chilenos mayores de 60 años será un 16% de la población.

² **Rangel Rivera** Julio Cesar, Lauzardo García del Prado Gema, Quintana Castillo Maritzabel y Cols. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46.

Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son de las de mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo (caries dental y la enfermedad periodontal, que según el Plan Nacional de Salud (PNS) – México, afectan a 90 y 70 por ciento de la población, respectivamente). Y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública bucal. Una de las principales tareas de los planeadores en salud es encontrar estrategias para prevenir o controlar estos problemas.³

En el Perú, desde el punto de vista demográfico, los adultos mayores constituyen un sector importante de la población. En 1970 un peruano vivía hasta los 56 años, en el 2005 hasta los 71 y se espera que en el 2020 viva hasta los 74 años. Este incremento favorece más a las mujeres que a los hombres.

El ritmo de crecimiento se viene incrementando y la población adulta mayor crece a una tasa de 3.5% promedio anual en el periodo 1990 a 2020, a diferencia de la población en edad activa que sólo lo hace en 1.98% y la infantil en menos del 1% (0.08%).⁴

Tacna representa valores similares, con un 7.64% de Adulto Mayor 60 + años, y se estima que las mujeres tienen mayor esperanza de vida (78 años) que los hombres (72 años).⁵

³ **Medina-Solis** Carlo E., y Cols. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed Vol. 17/No. 4/Octubre-Diciembre,2006; 17:269-286.

⁴ **Spitzer Chang** Heidi, Perú 2006. Situación Actual del Adulto Mayor en el País, Asociación Adulto Feliz. Arequipa, 2 de junio del 2006.

⁵ ASIS 2009 TACNA; www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/.../ASIS/ASIS_2009_FINAL.pdf -

Diversos estudios han relacionado el estado de salud oral con la calidad de vida del adulto mayor. Así también, coinciden en afirmar que para éstos es importante su salud bucal, sin embargo, en nuestra población un alto porcentaje de ellos son desdentados totales y quienes presentan dientes tienen una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal.⁶

A medida que pasa el tiempo aumenta la esperanza de vida al nacer en nuestra población. No obstante esto, no mejora la calidad de vida del adulto mayor, especialmente en aquellos de bajo nivel socioeconómico.

Tratándose de un problema mayor de salud pública para el cual deben desarrollarse estrategias específicas que han estado ausentes de las políticas de Estado, se recomienda que nuestra institución hospitalaria deba de estar implementada por estrategias de atención diferenciada a este grupo que crece en número y necesidades.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la frecuencia de patologías bucales y cuál es la confiabilidad de implementación de una Historia Clínica Odontoestomatológica en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Abril - Mayo 2011?

⁶ Montes S. José Luis, Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile 2001; 92 (3): 29-31

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia de patologías bucales y la confiabilidad de implementación de una Historia Clínica Odontoestomatológica en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Abril – Mayo 2011.

1.3.2. Objetivos Específicos

- 1- Identificar las patologías bucales más frecuentes de la población mayor de 60 años, en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- 2- Conocer cuál es la confiabilidad de una Historia Clínica Odontoestomatológica en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.4 Justificación

El Perú en concordancia con los acuerdos y compromisos asumidos en la Primera Asamblea Internacional sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), La Conferencia Internacional Sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995); aprobó en 1998 el Plan Nacional de Población 1998 - 2002 (D.S.N° 011 - 98 - PROMUDEH), el cual promueve el

mejoramiento de la calidad de vida de la población en un marco de desarrollo social, económico y cultural sostenible que garantice el bienestar humano, compartido en forma equitativa.

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) se aprueba el Plan de Acción y las estrategias a largo plazo para un envejecimiento saludable.

En el Perú el 27 de junio del 2006 se aprobó el "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006 - 2010", con el objeto de implementar acciones coordinadas entre las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de aumentar la participación e integración social del adulto mayor, a través, del incremento en la cobertura y calidad de los servicios de salud, a fin de garantizar un envejecimiento saludable.

Considerando a las personas adultas mayores en sus aspectos demográficos en conjunto son el resultado de un proceso vital continuo en el que han incidido numerosos y variados factores económicos, laborales, sanitarios, sociales, culturales y políticos. Esta situación es más grave si consideramos que ante una hospitalización existe una pluripatología, siendo frecuente en la edad avanzada de la vida, y como resultado de esta co-morbilidad la ingesta farmacológica es desproporcionadamente elevada y con frecuencia significa la administración de varios medicamentos de forma simultánea lo cual conlleva a una patología oral acompañante en muchos casos.

Por ello, la necesidad de utilizar un servicio odontológico debe pues seguir mejorando en todos sus aspectos, partiendo de la base de un amplio conocimiento de toda la patología oral que afecta a dicho grupo de población. Por tanto, la profesión de la odontología tiene que

participar en todas estas mejoras de las siguientes formas: asegurando que la educación en gerodontología de los futuros dentistas sea amplia y competente a nivel pre y post graduado, y sobre todo con una atención profesional continua. Además, los profesionales responsables de la odontología deben planificar los programas de atención alternativos, como por ejemplo, los cuidados odontológicos en los servicios de hospitalización y la distribución de material didáctico al público en general⁷.

Con mucha frecuencia se observa una actitud negativa hacia las personas mayores por quienes proveen el cuidado, esto puede producir alteración en el mantenimiento de la salud, razón por la cual, muchos ancianos terminan institucionalizados. Esta situación genera un mayor grado de dependencia, debido a la iatrogenia por el uso de procedimientos invasivos, por la restricción física y el alto uso de medicamentos.⁸

En este sentido, las estrategias de Salud Oral plantean como una de sus principales tareas, reorganizar los servicios de salud oral para que éstos respondan de manera eficaz y equitativa a los problemas actuales.⁹

Ante este escenario, una correcta atención geriátrica debe basarse en varios principios fundamentales, tales como el trabajo interdisciplinario, el empleo de la metodología e instrumentos de

⁷ **Visuerte Sánchez** j.m., nieto vera j., r. Pereiro hernández. Prevención de la patología bucodental en población mayor de 65 años.

⁸ **Botero de Mejía**, Beatriz. El cuidado integral, la familia y el cuidador. Revista de la asociación colombiana de gerontología y geriatría. Vol. 14. Nº1 santa fe de bogotá enero marzo 2000.

⁹ asociación colombiana de facultades de odontología, bogotá colombia 2007. Guía de práctica clínica en salud oral para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad gingival. Isbn: 978-958-8313-07-08.

valoración geriátrica integral y la atención del adulto mayor, mediante los denominados niveles asistenciales que garantizan la asistencia integral al paciente geriátrico en todas las situaciones de enfermedad o necesidad que éste pueda presentar.

Al reflexionar sobre cómo se ha ejecutado dicho plan de acción en el Perú, podemos decir que sólo se ha cumplido en una etapa inicial. Mientras tanto la demanda de admisión hospitalaria de adultos mayores alcanza hasta un 30-35% en nuestros hospitales nacionales y la mortalidad llega a ser hasta 2 a 3 veces mayor que en los menores de 60 años.

En todos estos centros asistenciales se utiliza con menos frecuencia la rehabilitación, dándose diagnósticos integrales incompletos.

En nuestro medio, se desconoce completamente de manera integral la salud oral del paciente adulto mayor hospitalizado⁷.

Por ello la importancia de la propuesta del presente trabajo, ya que al aplicarse la Historia Clínica Odontostomatológica como respuesta a la necesidad de una atención integral del adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del HHUT., es que se justifica la participación activa de un profesional odontólogo durante la visita médica, para garantizar una atención de calidad acorde a la realidad de la población.

1.5 Definición de términos

- ***Frecuencia:***

La Frecuencia es el número de veces que aparece un determinado valor en un estudio estadístico.¹⁰

- ***Patología Bucal:***

La patología es el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

La patología bucal es la ciencia que estudia las enfermedades de los tejidos y órganos bucales y maxilofaciales. Estudia sus causas, su desarrollo o historia natural, signos y síntomas, los elementos para su diagnóstico y su terapéutica.¹¹

- ***Adulto Mayor:***

Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y mas para considerarlo adulto mayor.¹²

¹⁰ Diccionario Estadístico, 2010. http://www.ditutor.com/estadistica/frecuencia_absoluta.html

¹¹ Patología General, Conceptos Básicos, Capítulo I. http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/Patol_004.html

¹² Lic. Nut. Hilda Irene Novelo de López, “Situación Epidemiológica Y Demográfica Del Adulto Mayor En La Última Década”, Vol. 12 N°2 2003. http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm

- ***Historia Clínica:***

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.¹³

¹³ Ministerio de Salud, Norma Técnica de la historia clínica de los Establecimientos de Salud, Lima 2005, N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

Rangel Rivera I Julio Cesar y Cols., en su estudio Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor nos indicaron que: La promoción y prevención de salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la Estomatología, por lo que, se impone evaluar y renovar nuestros programas de forma tal que sea cada vez más preventiva y educacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

La población geriátrica ha mostrado un crecimiento intenso a escala nacional e internacional, cuyo estimado de la población mayor de 60 años ascenderá para el 2010 un 17 % o más. Esto hace reflexionar que cada día más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas, aunque se considera como uno de los logros más importantes de la humanidad, al mismo tiempo se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan, por ello es preciso actualizar conocimientos sobre la necesidad de aplicar un programa de promoción y prevención

que beneficie a los pacientes con 60 años o más, rehabilitados o no protésicamente¹⁴.

Visuerte Sánchez J.M., y col., en su estudio sobre la prevención de la patología bucodental en población mayor de 65 años, nos señalaron que el conocimiento y la detección precoz de la patología prevenible y la instauración de tratamiento eficaz a los principales problemas de salud oral que afectan al anciano son la caries radicales, desgaste dentario, enfermedad periodontal, manejo y cuidado de prótesis dentales, cáncer oral, xerostomía, candidiasis oral, reacciones de la mucosa oral frente a medicamentos y otros trastornos mucocutáneos.

Su investigación se basó en un estudio observacional descriptivo y técnicas de consenso. En base a la frecuentación de las consultas de salud bucodental del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz la Janda, se desarrolla un proceso de consenso y de actividades estructuradas para la detección precoz e intervención en este grupo de edad y estas patologías.

Del total de consultas atendidas en los gabinetes Odontológicos del Distrito, la población mayor de 65 años ha supuesto el 22% de los demandantes de consultas. A dicha población se les realiza de forma consensuada actividades de detección precoz con protocolos de fácil ejecución. Se adopta una secuencia diagnóstica para el despistaje de lesiones malignas de la mucosa oral con protocolos de derivación al Servicio de Cirugía Maxilofacial y se elaboran consejos de prevención de la enfermedad periodontal e Instrucciones de Higiene y Educación para la Salud.

¹⁴ **Rangel Rivera** I Julio Cesar, Lauzardo García del Prado Gema, Quintana Castillo Maritzabel y Cols. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46(1) <http://scielo.sld.cu>

Consideraron que del presente Trabajo se desprende la necesidad de intervenciones consensuadas ante grupos de población específicos mediante protocolos que puedan ayudar a diagnosticar y tratar la patología más prevalente de dicha población¹⁵.

Brenes William, Hoffmaister Federico, en su estudio sobre la situación de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos, tuvo como objetivo identificar el estado de salud bucal, las prácticas de autocuidado, la calidad de las prótesis y el uso de los servicios de salud de las personas adultas mayores que asisten a clubes de interacción social.

Mediante un estudio de prevalencia se investigó a 234 personas adultas mayores de ambos sexos. Todos ellos provenientes de 15 clubes estratificados por condiciones geográficas y sociales del entorno donde se localizan los clubes. Los principales resultados del estado de salud bucal fueron: a) El 53% de las personas adultas mayores estudiadas han perdido la totalidad de sus dientes y el 38,4% con pérdida dental parcial que requiere de rehabilitación protésica para satisfacer la capacidad masticatoria. b) De las personas que conservan al menos un diente en boca, la caries activa es prevalente en el 77,7% y las periodontopatías en el 52,9% de esta población y el 83,5% tiene un deficiente control de la placa dental. c) El 63,9% de las prótesis superiores y en el 74,2% de las prótesis inferiores necesitan ser reacondicionadas o renovadas por prótesis bien concebidas.

Se concluye que el estado de salud bucal de las personas adultas mayores estudiadas en la presente investigación, puede ser catalogado

¹⁵ **Visuerte Sánchez** J.M., Nieto Vera J., R. Pereiro Hernández. Prevención de la patología bucodental en población mayor de 65 años.

como un relevante problema de salud pública. La acumulación de daños por problemas buco-dentales de la población estudiada requiere de una ampliación de cobertura por parte de los servicios de salud, así como, de las acciones de educación para la salud, que contrarresten los factores de riesgo de las enfermedades odontológicas y estomatológicas prevalentes en la población¹⁶.

Joaquím, Andre Maia Correa, en su análisis comparativo de condición de salud bucal en brasileros y canadienses, relacionados con la calidad de vida, investigó la relación entre las condiciones de salud bucal, salud factores sistémicos y sociodemográficas en ancianos brasileños, canadienses y los inmigrantes en Canadá, relacionados con la calidad de vida. Un total de 602 personas, con edades comprendidas entre 60 y 85 años participaron voluntariamente en este estudio: 202 Brasileños, canadienses 189 y 211 inmigrantes canadienses (78 chinos, 125 India y Vietnam). Los factores sociodemográficos se analizaron: sexo, edad, nivel educativo, estado civil, vivienda e ingresos. La condición de la salud bucal evaluó el número de dientes, dientes que faltan, cariados, restaurados, saludable, además de contar con prótesis dentales, los tipos dentales, además del estado periodontal, tales como la profundidad de sondaje, recesión gingival, nivel de inserción periodontal, movilidad dental, índice de placa, índice gingival. La condición La hipertensión se basa en los datos de auto-reporte de enfermedades diagnosticadas y medicamentos que se uso. La calidad de vida se midió utilizando el "Geriatric Oral Health Evaluación Index (GOHAI)", el "Impacto de la salud oral Perfil-14 (OHIP-14) "y" Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida

¹⁶ Brenes William, Hoffmaister Federico. Costa Rica 2004. Situación de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos,

(WHOQOL-BREF) ", que fue administrados a través de entrevista personal. Los resultados mostraron que 65 ancianos Brasileños fueron edéntulos y dentados brasileños habían perdido más dientes de $20,10 \pm 10,38$. Ancianos canadienses se mantuvieron más dientes de $25,51 \pm 15,08$, y había llenado más dientes ($11,13 \pm 5,72$ los dientes). Los inmigrantes canadienses mayores tenían más dientes sanos, $15,45 \pm 7,71$ dientes y más dientes cariados, $2,96 \pm 3,03$. En relación con el estado periodontal, los inmigrantes ancianos Canadienses tenían las mayores profundidades de la encuesta, los ancianos brasileños tenía la mayor recesión gingival ($1,81 \pm 1,26$ mm) y una mayor pérdida de inserción periodontal ($3,49 \pm 0,96$ mm), además de la placa e índices gingivales tuvo los valores más altos en las superficies proximales de los dientes que las caras vestibular y lingual. En relación a la presencia de DTM se presentó un 40% con DTM leve, 33.3% con DTM moderado y 20.5% con DTM severa. Las enfermedades sistémicas fueron los más frecuentes problemas del corazón, la depresión psicológica, problemas de estómago, diabetes, de pulmón y problemas renales.¹⁷

García Alpízar Beatriz, en su investigación sobre el estado de salud bucodental en el adulto mayor, nos refirió que el conocimiento sobre la salud bucal y sus factores de riesgo, adquiere una importancia significativa en la población de ancianos. Realizó un estudio descriptivo correlacional, que abarcó 174 personas de los consultorios 1,2 y 3 del área III del municipio Cienfuegos, Cuba. Se aplicó una encuesta de conocimientos, sobre factores de riesgo del cáncer bucal y

¹⁷ Joaquim, ANDRE MAIA CORREA, “Análisis comparativa de condición bucal en brasileros y canadienses, relacionados con la calidad de vida”, Baurú 2009

se examinó el estado de salud bucal de todos los encuestados.

Resultados:

Más del 50 % de ellos, plantearon que el consumo de bebidas alcohólicas y/o la ingestión de alimentos calientes y condimentados no producen daño bucal, o no tenían ningún conocimiento al respecto. Sólo tenía dientes el 32,2 % de la muestra y de estos el 3,4 % con 20 o más dientes. Más del 40 % padecían enfermedad periodontal y un 44,3 %, presentaba las prótesis desgastadas y desajustadas y la mayoría tenían necesidad de prótesis (77,1%). La mayor cantidad de lesiones encontradas, fueron producidas por prótesis mal adaptadas, las cuales, junto al tabaquismo, fueron factores de riesgo que se relacionaron con las lesiones premalignas y malignas. Conclusiones: La población estudiada tiene poco conocimiento sobre los factores de riesgo que favorecen el cáncer bucal. La presencia de lesiones estuvo asociada, mayormente, al uso de prótesis mal adaptadas.¹⁸

Espeso Nápoles Nelia, realizó un estudio sobre la enfermedad periodontal en la tercera edad, de tipo descriptivo desde marzo a septiembre de 2004 en tres instituciones para ancianos del Municipio Camagüey. La muestra estuvo constituida por 48 ancianos, se les aplicó una entrevista estructurada para determinar el nivel de información sobre salud bucodental y enfermedades periodontales. Fue utilizado el Índice periodontal de Russell. Además se exploraron factores de riesgo de la enfermedad periodontal locales y generales. La enfermedad periodontal estuvo presente en el 95.8 % de los ancianos y dentro de ella la periodontitis resultó ser la más común. El nivel de información

¹⁸ **García Alpízar** Beatriz Arturo Guerra Alfonso 2. Dr. Mikhaíl Benet Rodríguez 3 Estado de salud bucodental en el adulto mayor. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2006; 4(2).

fue evaluado de mal en más de la mitad de los ancianos. Los factores de riesgo locales más frecuentes fueron: la placa dentobacteriana y el sarro y dentro de los generales la diabetes mellitus. Estos resultados indican que existe la necesidad de desarrollar estrategias específicas que permitan mejorar la salud bucal de este sector de la población y poner en marcha programas que incentiven el autocuidado, y hagan énfasis en la higiene bucal.¹⁹

Fabian Gave, Juan Alberto, en su investigación sobre Interconsultas como actividad asistencial del odontólogo en un servicio hospitalario público nos indicó que, todos los profesionales de salud necesitan intercambiar opiniones con otras especialidades sobre la atención a determinados pacientes. Según el modelo atención integral de salud (MAIS) implementado el 2006 en el Perú se debe realizar una atención integral de las personas.

La interconsulta (I.C) es un medio de comunicación que realizan los profesionales con la finalidad de dar una atención óptima al problema de salud que presenta un paciente. El objetivo de este trabajo fue determinar los servicios médicos de procedencia, enfermedades, diagnóstico médico presuntivo, motivo de I.C y diagnóstico odontológico de las I.C de pacientes realizadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Se revisaron historias clínicas de los pacientes interconsultados al departamento de Odontoestomatología entre los años 2006–2007 y se

¹⁹ **Espeso Nápoles** Nelia, Mulet Garcia Mariela, Gomez Mariño Mercedes, Más Saravia, Mahelis. Cuba 2006. Enfermedad periodontal en la tercera edad. Revista “Archivo Médico de Camagüey” 2006; 10(1) ISSN 1025-0255.

recopilaron las variables a estudiar. Se encontró que el departamento de Medicina Interna realiza la mayor cantidad de I.C seguido por los servicios de Infectología y de Emergencia. Las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo son las de mayor prevalencia en los pacientes que son motivo de I.C, secundados por las enfermedades de la sangre y endocrinas. Los diagnósticos presuntivos de trauma facial y celulitis facial son los más prevalentes en las I.C. los motivos de interconsulta como desfocalización y tratamiento con corticoides son los más prevalentes, seguidos por dolor dental, herida en maxilar y para descartar síndrome febril de origen odontológico.

Los diagnósticos odontológicos fueron caries dental, gingivitis localizada, necrosis pulpar y desdentado como más prevalentes; seguidas por fractura radicular, absceso facial de origen odontológico alveolitis y sialoadenitis supurativa. La actividad asistencial del odontólogo como miembro del equipo de salud se ve limitada en relación a las interconsultas a solo casos específicos y necesarios.²⁰

Sáez Carriera, Rolando y col, en su investigación sobre los cambios bucales en el adulto mayor, nos indicaron que El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas. Envejecer no es lo mismo que enfermarse; en el camino hacia el envejecimiento se van produciendo cambios en los órganos y sistemas.

²⁰ Fabián Gave, Juan Alberto, Interconsultas como actividad asistencial del odontólogo en un servicio hospitalario público. Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, 2009.

En el envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello, la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor. Basándonos en esas inquietudes, nos proponemos describir los cambios bucales en los adultos mayores, así como determinar la relación entre sexo y alteraciones sistémicas con la aparición de cambios bucales en el adulto mayor. Se encontró un mayor porcentaje de cambios bucales en los adultos mayores desdentados totales. El reborde alveolar reabsorbido fue el cambio bucal más frecuente. En el sexo femenino se reportó el mayor número de cambios bucales y se evidenció una relación directa entre las alteraciones sistémicas y los cambios bucales, dentro de los cuales el grupo de pacientes diabéticos fue el más afectado.

Así mismo, en los resultados de los pacientes con alteraciones sistémicas se observó a la diabetes con el 51.2%, a las cardiopatías con el 15%, hipertensión con el 37.5%, artritis con el 6.2% y otros con el 5%.²¹

Eustaquio Raga, María Vicenta, realizó un estudio epidemiológico sobre la salud oral en adultos mayores donde nos manifestó: Las enfermedades orales son de carácter progresivo y acumulativo, siendo más difíciles de controlar a medida que transcurre el tiempo y avanza su historia natural.

Afectan de forma importante la calidad de vida de las personas y representan una gran carga económica para los individuos y las comunidades. Alguna de estas enfermedades como la caries y la

²¹ Sáez Carriera Rolando, Carmona Maribel, Jiménez Quintana Zuilen, Alfaro Xiomara. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2011 Mar 21]; 44(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es.

enfermedad periodontal, son de distribución casi universal, a pesar de que existen medidas preventivas de efectividad probada.

La caries y las enfermedades periodontales son las enfermedades orales más prevalentes en la población. Al mismo tiempo son dos valiosos ejemplos de la eficacia y efectividad de las medidas preventivas a nivel individual y comunitario. El sistema sanitario público español no asume totalmente la prevención y atención de las patologías prevalentes en materia de salud bucodental. Las prestaciones ofertadas, muy limitadas, no se corresponden con las necesidades y demandas de la población.

Aunque la salud oral de los españoles ha mejorado en los últimos 20 años, esta mejora es más atribuible a factores sociales y medioambientales que a una respuesta efectiva de nuestros servicios de salud oral. La valoración de la salud oral en los adultos es importante para la planificación de los servicios dentales. La salud oral en las personas mayores es, por norma general, deficiente (CAOD más elevado, cálculo y bolsas periodontales moderadas, presencia de prótesis parciales fijas y removibles en mal estado), y además presentan amplias necesidades de tratamiento.

La prevalencia de caries dental ha sido utilizada en los últimos años como el principal indicador del estado de salud-enfermedad oral de las poblaciones, y la reducción de la misma en los países desarrollados ha sido considerada como uno de los mayores cambios de la odontología moderna, tanto para la planificación sanitaria estatal como en la práctica clínica. Debería ser enfatizada en el futuro la importancia de la enfermedad periodontal en salud pública oral, al igual que se ha hecho en países con una situación bucodental similar a la nuestra.

La prevalencia de caries (índice CAOD>0), en las dos cohortes de edad estudiadas, sigue siendo en la actualidad muy elevada situándose por encima del 90%.

La prevalencia de caries activa o caries sin tratar en la Comunidad Valenciana es del 30.6% a los 35-44 años y del 26.5% a los 65-74 años, siendo inferior a los resultados obtenidos en el último estudio nacional.

Los resultados del presente estudio justifican la necesidad de mejorar la atención odontológica de los adultos de la Comunidad Valenciana. Algunos colectivos como las personas institucionalizadas, las de bajo nivel socioeconómico o bajo nivel educacional deberán ser objetivo prioritario de programas especiales de Odontología Comunitaria.²²

2.2 Marco teórico

2.2.1. La historia clínica odontológica

La historia clínica debe desempeñar un papel preponderante, además de la tecnología, el contacto humano con el paciente, debiendo exprimir al máximo nuestras virtudes personales para conseguir una relación de empatía. Hemos de tener en cuenta la importancia de saber escuchar a los enfermos; a veces con esta acción actuamos terapéuticamente, consiguiendo aliviar los problemas de soledad, incomprensión, etc. que aquejan a nuestra sociedad.

²² Eustaquio Raga, María Vicenta, Estudio epidemiológico de Salud Oral en Adultos Mayores. Comunidad Valenciana 2006, I.S.B.N.:978-84-370-7345-3.
<http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9743/eustaquio.pdf?sequence=1>

En estos momentos que nos ha tocado vivir, en los que parece que todo debe ser «instantáneo», hay que comprender que una historia clínica correcta exige tiempo, dedicación, reflexión. Parece que no tenemos tiempo para esto, pero debemos buscarlo con el fin de seguir el arte de nuestra profesión.

La utilidad de la historia clínica se nos ofrece actualmente bajo cuatro aspectos: docente, científico, asistencial y jurídico. Desde el punto de vista docente, una historia clínica bien confeccionada puede ser un magnífico instrumento para enseñar a los alumnos. Su interés científico es evidente, pues en ella se recogen todos los datos de la enfermedad de un paciente que, comparados con un gran número de casos de esa misma enfermedad, darán como resultado, siguiendo un método de razonamiento inductivo o analógico, la obtención de conclusiones y experiencias científicas²³.

2.2.1.1. Enfermedades actuales o pasadas a tener en cuenta durante el tratamiento odontológico

2.2.1.1.1. Hipertensión arterial:

Corresponde a una elevación de la presión arterial media, resultante del incremento de la resistencia arterial periférica. Produce complicaciones cardíacas, renales, retinianas y cerebrovasculares. Su etiología es el estrés y la arteriosclerosis.

²³ **Chimenes** Kustner Eduardo . Masson la historia clínica en odontología Universidad de Barcelona España. Edit. MASSON, S.A.149 - 08022 Barcelona ISBN S4-42.

Consideraciones odontológicas:

- Considerar lugar, la frecuencia y el cumplimiento de los controles médicos, fármacos prescritos y sus dosis.
- Citar a los pacientes preferentemente de mañana, pues aun no se encuentran estresados por sus actividades cotidianas y registrar la presión arterial mínima antes de iniciar la sesión.
- Si el paciente está siendo tratado con vasodilatadores, puede sufrir hipotensión postural, por lo que se debe cambiar lentamente de posición, para evitar una posible lipotimia.
- Para asegurar una profundidad anestésica adecuada que evitara el dolor, se recomienda usar anestesia local con epinefrina 1:100.000 no más de tres tubos por sesión y siempre aspirar antes de inyectar.
- Los hilos retractores con vasoconstrictor, pueden elevar rápida la PAM

2.2.1.1.2. Enfermedades cardiovasculares: arritmia, infarto de miocardio, cardiopatía valvular.

Consideraciones odontológicas:

- Es vital la interconsulta al Médico tratante para conocer la situación actual del paciente y solicitar autorización para la atención odontológica.
- Estos pacientes suelen estar con terapia de anticoagulantes, por lo cual, es necesario consultar al Médico la oportunidad y días de suspensión del medicamento en caso de intervención quirúrgica.

- Prevención de una Endocarditis Bacteriana producida por bacterias provenientes de la cavidad bucal, como el Streptococo A hemolítico, el lactobacilos, etc. Se recomienda realizar profilaxis antibiótica en caso de prótesis valvulares, historia de Endocarditis Bacteriana, malformaciones cardíacas congénitas, reumatismo. Dosis: 2 g. de Amoxicilina, 1 hora antes de la atención odontológica; en el caso de pacientes alérgicos a los antibióticos beta lactámicos, se recomienda 600 mg. Eritromicina, también 1 hora antes de la atención.
- Programar las sesiones clínicas en la mañana, evitando procedimientos prolongados.
- Si se trata de un paciente ansioso se puede prescribir un ansiolítico, aún así, es conveniente controlar los signos vitales durante la sesión.
- Se recomienda usar anestesia local con epinefrina 1:100.000 no más de tres tubos por sesión.
- Nunca se debe usar hilo retractor con astringente.
- Si el paciente es portador de un marcapaso, se debe evitar el uso de destartradores de ultrasonido o test de vitalidad pulpar eléctricos.
- Es recomendable pedir al paciente que lleve consigo sus medicamentos.
- En pacientes con infarto de miocardio se recomienda postergar tres meses los procedimientos quirúrgicos dentales de ser posible, y utilizar anticoagulantes en caso que sea necesario para evitar una hemorragia post- extracción.

2.2.1.1.3. Accidentes vasculares encefálicos:

Las principales causas de AVE son: insuficiencia cerebral, infarto cerebral, hemorragia. Los medicamentos usados en el tratamiento

de las secuelas del AVE pueden producir diuresis y xerostomía (fármacos hipotensores) y diátesis hemorrágicas (Anticoagulantes)

Consideraciones Odontológicas:

- Interconsultar al Médico tratante para conocer el estado actual del paciente e intentar modificar el esquema de medicamentos que causan xerostomía.
- Previo a la atención odontológica es necesario controlar el tiempo de protrombina.
- Si el paciente se encuentra particularmente tenso, administrar un ansiolítico puede ser una buena alternativa.
- Durante la sesión clínica se recomienda el monitoreo de los signos vitales. Idealmente, el paciente debe llevar sus medicamentos consigo por si fueran requeridos en una situación de emergencia.

2.2.1.1.4. Enfermedades Renales

En los adultos mayores se produce esclerosis de glomérulos, por lo tanto una disminución en la tasa de filtración glomerular, disminución de la masa renal, disminución del flujo sanguíneo renal, frente a cambios homeostáticos. Como consecuencia se debe ajustar la dosis de numerosos medicamentos que se excretan por el riñón.

Las causas más frecuentes de Insuficiencia Renal Crónica en los ancianos son nefroangioesclerosis, diabetes, amiloidosis e ingesta continua de AINE's.

Consideraciones Odontológicas:

- Antes de la atención odontológica se debe conocer el tiempo de protrombina y durante la sesión clínica se recomienda controlar la PAM
- Los procedimientos quirúrgicos se deben realizar con una técnica depurada que disminuya el riesgo de hemorragia.
- Es importante recordar los fármacos nefrotóxicos de uso habitual en odontología: Tetraciclinas, Aciclovir, AINE's, Aspirina, Ketoconazol, Anfotericina B y Paracetamol. Ante cualquier duda con respecto a la prescripción de medicamentos es preferible consultar con el médico tratante.
- En caso de pacientes dializados se recomienda organizar las citaciones para el día siguiente de las diálisis, evitando medir PAM e inyección de fármacos en el brazo que porta la derivación.
- En caso de intervenciones quirúrgicas, consultar con el médico tratante la indicación de antibióticos, con el fin de controlar el riesgo de EBSA

2.2.1.1.5. Inmunosupresión (Trasplante de Órganos)

Un paciente a ser trasplantado debe:

- Someterse a un examen radiográfico dental completo, para asegurarse de tratar todas las infecciones, tanto de origen pulpar como periodontal.
- Ser instruido en procedimientos de higiene bucal, con cepillos suaves, pastas dentales de bajo índice de abrasividad y

colutorios sin alcohol en su formulación, ya que sus mucosas se verán alteradas por el uso de fármacos de por vida.

- Se debe realizar mantención periodontal en forma continua, y tratamiento mientras espera su trasplante.

Los pacientes transplantados suelen estar bajo terapia de inmunosupresión con Ciclosporina y/o corticoides. La inmunodepresión incrementa el riesgo de infección u otras complicaciones, por lo cual, para realizar procedimientos odontológicos invasivos se requiere profilaxis antibiótica. Desde el punto de vista periodontal es necesario recordar que la Ciclosporina produce hiperplasia gingival en un alto porcentaje de pacientes, por lo cual, se debe extremar las medidas de control de placa bacteriana.

2.2.1.1.6. Inmunosupresión (Tratamiento Oncológico)

La Radioterapia tiene diversos efectos sobre los tejidos normales.

En el hueso se produce una disminución del número de osteoblastos y osteocitos; además alteraciones vasculares con disminución del flujo sanguíneo; en las mucosas ocurre atrofia y alteraciones vasculares; en las glándulas salivales, se produce atrofia de los acinos glandulares, alteraciones vasculares y fibrosis.

Además, algunos sujetos presentan una pérdida transitoria del gusto, que se recupera 3 a 4 meses después de terminado el tratamiento.

La Osteoradionecrosis es una complicación de la radioterapia. Para prevenir su aparición se debe preparar al paciente, antes de iniciar la radioterapia, eliminando todos los focos de infección, realizando tratamiento periodontal si lo requiere, e instruyendo al paciente sobre los procedimientos de higiene bucal. Una vez iniciada la radioterapia se debe evitar cualquier traumatismo de la mucosa. El tratamiento de la Osteoradionecrosis consiste en profilaxis con 2gr. de Amoxicilina, 1 hora antes de la atención, irrigación del hueso afectado con suero fisiológico, y en casos extremos, resección quirúrgica del hueso.

Igualmente, la Quimioterapia significa una serie de riesgos para el paciente por sus efectos sobre los tejidos bucales normales. Puede ocurrir mucositis, xerostomía reversible, a diferencia de la producida por la radioterapia, desórdenes de las ATM's por el bruxismo de los pacientes producto del estrés; e infecciones virales (CMV) bacterianas y fúngicas (Cándida)

- Antes de comenzar la quimioterapia se debe eliminar todas las infecciones, tratar las caries superficiales, trepanar los dientes con caries profundas y tratar la enfermedad periodontal.
- Es necesario instruir una técnica de cepillado adecuada (mínimo traumatismo a la encía) con un cepillo blando y pastas no abrasivas, con alto contenido de flúor para controlar la aparición de caries.
- Se recomienda colutorios con principios activos que efectivamente participen en el control de la placa bacteriana,

como clorhexidina en formulaciones no irritantes; es decir, sin alcohol.

- Durante la quimioterapia, sólo realizar alivio sintomático de la mucositis y la xerostomía y controlar hemorragias espontáneas con gasa, apósitos periodontales o protectores.
- Consultar con el oncólogo ante cualquier intervención dental invasiva, para las cuales se recomienda profilaxis antibiótica si el recuento de leucocitos es $<2000/\text{mm}^3$.
- Se debe evitar la anestesia general en caso de anemia grave.
- Después de la quimioterapia, es necesario controlar al paciente hasta que desaparezcan todos los efectos secundarios del tratamiento.

2.2.1.1.7. Enfermedades Respiratorias

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Neumonías
- Tuberculosis

Consideraciones Odontológicas:

En todos los casos de enfermedades respiratorias se recomienda programar sesiones cortas, con el paciente semisentado, recordando que el spray de la turbina y del destartrador ultrasónico desencadena accesos de tos. Por esta razón, el procedimiento se debe interrumpir frecuentemente para permitir que el paciente recupere el ritmo respiratorio y no se canse; además, el sistema de eyección debe ser altamente eficiente.

2.2.1.1.8. Diabetes Mellitus

La DM es un estado de hiperglucemia crónica producido por numerosos factores ambientales y genéticos. La concentración de glucosa en la sangre es regulada por la insulina.

DM tipo 1

Los pacientes requieren de insulina exógena. con una brusca tendencia a la cetoacidosis e inestabilidad metabólica. En teoría, las células b del páncreas son destruidas cuando individuos predispuestos, sufren una infección viral, que induce la producción de anticuerpos anti-islotos.

DM tipo 2

Su comienzo es insidioso y el diagnóstico se hace muchas veces, en exámenes de pesquisa. Estos pacientes tienen trastornos cualitativos y cuantitativos en la secreción de insulina y en su acción periférica, aunque los niveles de insulina sean bajos, normales o altos. La base genética es fuerte. La obesidad es el principal factor desencadenante. La intolerancia a la glucosa puede ser tratada con control de dieta y agentes hipoglicemiantes orales.

Consideraciones Odontológicas:

Todos los diabéticos deben recibir instrucción de higiene oral y controles periódicos por parte del Odontólogo, ya que poseen un mayor riesgo que el resto de la población, de desarrollar periodontitis.

Es recomendable realizar el tratamiento de la infección periodontal en un mínimo de sesiones, complementado con antibióticos sistémicos.

En los casos más severos, el alivio del dolor y la rehabilitación protésica favorecerá el cumplimiento de su esquema de alimentación, el cual es fundamental para la obtención del balance metabólico. Este riguroso esquema de alimentación debe ser considerado en la programación de las sesiones clínicas, ya que la duración del efecto anestésico puede retrasar la colación prevista y si la insulina fue administrada normalmente, se producirá una hipoglucemia, tan perjudicial para el control metabólico como la hiperglicemia. Dado que el ejercicio y el stress tienen efectos glucogenolíticos o hiperglicemiantes, generalmente se recomienda facilitar la atención de los pacientes diabéticos en días y/o horarios especiales.²⁴

2.2.1.2. Odontograma.-

El Ministerio de Salud (Minsa) aprobó la Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma, con la finalidad de mejorar el uso de esta herramienta, estandarizar su información, proteger los intereses legales de los usuarios y delimitar responsabilidades de los profesionales de salud así como de los establecimientos prestadores de servicios odontológicos.

Dicha norma fue aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 593-2006/MINSA, publicada en la separata de normas legales del diario

²⁴ Ministerio de Salud, Buenos Aires la provincia, Dirección Provincial de Salud Oral, “Programa de Salud Bucal en Adultos Mayores”, Buenos Aires, Argentina, citado el jueves, 24 de marzo del 2011, web: http://www.ms.gba.gov.ar/direcciones/Salud_Bucal/Adultos_Mayores.html

oficial El Peruano, y tiene como objetivo estandarizar el gráfico y la nomenclatura básica para el registro de hallazgos en el odontograma, lo que permitirá a los odontólogos manejar la misma información.

Asimismo, establece los criterios para el registro de datos sobre las anomalías y patologías de los dientes; así como para el uso y manejo del odontograma, en las diferentes unidades productoras de servicios odontológicos, pudiendo ser utilizados en aspectos clínicos, legales, forenses, estadísticos, de investigación o docencia.

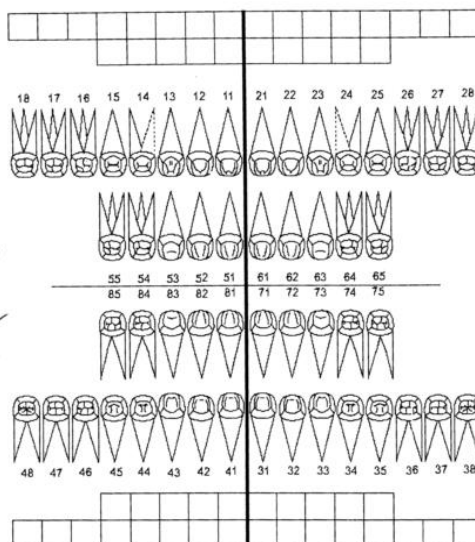
La norma técnica señala que el odontograma forma parte de la Ficha Odontoestomatológica y de la Historia Clínica de una persona. El registro de datos debe ser de responsabilidad del odontólogo y debe ser clara, precisa e indubitable, de modo que debe evitarse registros subjetivos que causen confusión.

El sistema numérico a utilizarse en el odontograma debe ser “El Sistema Dígito Dos” o “Binario”, propuesto por la Federación Dental Internacional y aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el odontograma inicial sólo se debe registrar lo observado en el momento del examen y no los tratamientos que se realicen posteriormente. Para el registro de hallazgos en el odontograma sólo se debe utilizar lapiceros de color rojo y azul, mientras que el examen debe ser desarrollado en un tiempo promedio de 10 minutos.

Finalmente, se establece que el citado dispositivo legal es de

aplicación obligatoria para los odontólogos de las instituciones públicas y privadas, en todo el territorio nacional.²⁵



2.2.1.3. Evaluación De Las Prótesis Dentales.-

La mayoría de los pacientes después de los exámenes orales, o tenían sus prótesis o rehabilitaciones clasificadas en:

- a) Prótesis Parciales Removibles
- b) Prótesis Fija
- c) Prótesis Total
- d) La calidad de la prótesis
- e) La función de la prótesis
- f) La estabilidad de la prótesis
- g) la estética de la prótesis

²⁵ Colegio Odontológico del Perú, Resolución Ministerial 593-2006/MINSA, <http://www.col.org.pe/noticias/DIADIA/interiores/julio06/Odontograma.pdf>

Cada prótesis se evaluó si era o no satisfactoria en la función, estabilidad y estética, además de registrar el tiempo de uso.

Una satisfactoria prótesis fija es evaluada por su adaptación marginal, sin presionar el tejido de las encías, debido a la convexidad de la zona facilita la acumulación de placa y la inflamación posterior de los tejidos periodontales. Las coronas deben tomar forma y contorno adecuado, sin sobresalir de su superficie axial. El color de la restauración, así como el tamaño y la textura del diente, en comparación con la línea media, la invasión de pasillo oral, el cambio del plano oclusal, el tejido de las encías, presencia de fracturas también fueron evaluados.

Las dentaduras se clasificaron como parcial o total. Fueron evaluados los siguientes aspectos: estable, es decir, durante el movimiento de la producción de la masticación o el habla, además del color, tamaño y forma sobre el tipo de cuerpo de la persona y la edad, la calidad de la mucosa subyacente en este tipo de prótesis, verificando que no dañe la encía. La calidad de la prótesis fue evaluada por el ajuste, accesorios o exactitud, la suavidad de superficies de la estructura metálica, la ausencia de burbujas en la zona y si el acrílico era compatible con la mucosa del paciente.

Observamos la higiene de la prótesis y la conservación de los mismos.

La duración de utilización de cada prótesis fue dividida en 6 grupos:

- Meses
- 1-4 años
- 5 – 10 años
- 11 – 15 años
- 16 – 20 años
- + 20 años

VALIDACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES

Tipo de prótesis	Función		Estabilidad		Estética		Tiempo de uso (años)		
	S	I	S	I	S	I	2	5	Más de 5
Prótesis Fija Superior									
Prótesis Fija Inferior									
Prótesis Parcial Removible Superior									
Prótesis Parcial Removible Inferior									
Prótesis Total Superior									
Prótesis Total Inferior									

2.2.2. Patologías Bucales

2.2.2.1. Definición.-

La Patología Oral es una disciplina y una rama especializada de la Odontología, a la cual concierne el estudio de las causas, patogénia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico de las enfermedades que afectan el sistema estomatognático. Es una ciencia que investiga las causas, los procesos y los efectos de estas enfermedades, a la vez que apropia los conocimientos de las disciplinas básicas y establece un importante enlace entre ellas y la práctica clínica. En cuanto al ejercicio profesional, la práctica de la Patología Oral comprende el diagnóstico de las enfermedades que afectan el sistema estomatognático utilizando el examen clínico, así como, el análisis radiográfico, microscópico,

bioquímico, el tratamiento y manejo de los pacientes y la investigación relacionada con este tipo de morbilidad.²⁶

2.2.2.2. Patologías Bucales Frecuentes en los adultos mayores:

2.2.2.2.1. Caries.-

El concepto actual de la caries se sustenta en considerarla esencialmente como un proceso de deterioro dental progresivo, que se inicia cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentinaria (huésped) se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanzan una alta concentración en la biopelícula o placa bacteriana, por aporte excesivo de azúcares en la alimentación (sustratos).²⁷

La etiopatogenia de la caries dental nos dice que es una enfermedad multifactorial que engloba al huésped, al agente microbiano y la dieta, así como el tiempo necesario para que actúen y aparezca la lesión de caries. Es el resultado de una descompensación ecológica del equilibrio fisiológico entre los minerales del diente y los microorganismos orales.²⁸

2.2.2.2.1.1. El índice CPO-D.-

Es uno de los más sencillos y utilizados índices epidemiológicos para evaluar la prevalencia de la caries dental en un individuo. Se cuantifica el patrón de la salud dental basado en el número de dientes, clasificado como: cariados, perdidos y obturados.

²⁶ J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wsocki, Patología oral y maxilofacial contemporánea, segunda edición, pág. 24

²⁷ Barrancos Money, Operatoria dental – Integración Clínica, 4 Edición, Editorial Médica Panamericana Perú, 2008

²⁸ Boj Quesada JR, Catalá M, García- Ballesta C, Odontología, I Edición, Editorial Masson, Barcelona 1995.

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes.

Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años.

Índice COP individual = C + O + P

*Índice COP comunitario o grupal = COP total/Total de examinados.*²⁹

0.0 – 0.1 → Muy bajo.

1.2 – 2.6 → Bajo.

2.7 – 4.4 → Moderado.

4.5 – 6.5 → Alto.

Mayor 6.6 → Muy alto.

Se consideran se bajo riesgo, los que son muy bajo y bajo. De mediano riesgo los que son moderados y de alto riesgo, los que son altos y muy altos.

²⁹ Dra. Fernandez Pratz, Miraliz. Índices Epidemiológicos para Medir la Caries Dental. Cuba 2007. Web: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>

Para el examen se utilizó una sonda de exploración clínica # 5 Hu-Friedy, espejo dental, bajo la dirección del haz de luz y el paciente adulto mayor en posición casi acostado(a).

2.2.2.2.2. Enfermedad Periodontal

Las enfermedades gingivales y periodontales se encuentran entre las afecciones más comunes del género humano. Constituyen un grupo de cuadros clínicos de origen multifactorial que afectan a las estructuras del periodonto en forma de procesos inflamatorios únicos o asociados con procesos destructivos. Dichas enfermedades están producidas por acumulación de bacterias (placa dental), que actúan sobre un huésped susceptible.

Aunque han existido muchas clasificaciones de gingivitis, sólo hasta 1998 el Consenso Internacional de Enfermedades periodontales y sus condiciones, organizado por la Academia Americana de Periodoncia (AAP), discutió y aprobó una nueva clasificación de la enfermedad gingival la cual ha sido adoptada en casi todo el mundo y fue publicada en 1999. En el cuadro siguiente se presenta la clasificación de la enfermedad gingival en relación con su etiología de acuerdo con dicho consenso. Consenso Internacional para la Clasificación de enfermedad periodontal y sus condiciones. Academia Americana de Periodoncia 1999.

A. Enfermedades gingivales inducidas por placa dental

- 1. Gingivitis asociada a placa únicamente*
 - a. Sin factores locales coadyuvantes
 - b. Con factores locales coadyuvantes
- 2. Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos*
 - a. Asociada con cambios en el sistema endocrino

- a.1. Gingivitis asociada a la pubertad
 - a.2. Gingivitis asociada al ciclo menstrual
 - a.3. Gingivitis asociada al embarazo
 - ✓ Gingivitis
 - ✓ Granuloma piógeno
 - a.4. Gingivitis asociada a diabetes mellitus
 - b. Asociada a discrasias sanguíneas
 - b.1. Gingivitis asociada a leucemia
 - b.2. Otras
 - 3. *Enfermedad gingival modificada por medicamentos*
 - a. Enfermedad gingival inducida por medicamentos
 - a.1. Agrandamiento gingival inducido por medicamentos.
 - a.2. Gingivitis inducida por medicamentos
 - ✓ Gingivitis asociada a anticonceptivos orales
 - ✓ Otras
 - 4. *Enfermedad gingival modificadas por malnutrición.*
 - a. Gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico
 - b. Otras
- B. *Enfermedad gingival no inducida por placa.***
- 1. *Enfermedades de origen bacteriano*
 - a. Lesiones asociadas a Neiseria gonorrea
 - b. Lesiones asociadas a Treponema Pallidum
 - c. Lesiones asociadas a infecciones estreptocócicas
 - d. Otras
 - 2. *Enfermedades de origen viral*
 - a. Infecciones por virus del Herpes
 - a.1. Gingivoestomatitis herpética
 - a.2. Herpes oral recurrente
 - a.3. Infecciones por varicela zoster
 - b. Otras

3. *Enfermedades gingivales de origen micótico*

- a. Infecciones por *Candida*
- b. Histoplasmosis
- c. Otras

4. *Lesiones gingivales de origen genético*

5. *Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas*

1. Manifestaciones de desórdenes mucocutáneos

- a. Liquen plano
- b. Penfigoide
- c. Pénfigo vulgar
- d. Eritema multiforme
- e. Lupus eritematoso
- f. Gingivitis descamativas

2. Reacciones alérgicas:

A materiales dentales.

- a. Mercurio
- b. Níquel
- c. Acrílico
- d. Otros

Reacciones atribuibles a:

- a. Pastas dentales
- b. Enjuagues bucales
- c. Gomas de masticar
- d. Aditivos de alimentos

6. *Lesiones Traumáticas (iatrogénicas o accidentales)*

- a. Injurias químicas
- b. Injurias físicas
- c. Injurias térmicas

7. *Lesiones no específicas*³⁰

³⁰ Guía de práctica Clínica en Salud Oral para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la Enfermedad Gingival, Bogotá Mayo 2007, Pág. 46 – 50

C. Periodontitis Crónica (Antes P. del Adulto)

1. Localizada: Menos del 30% de zonas afectadas
2. Generalizada: Más del 30% de zonas afectadas

D. Periodontitis Agresiva (Antes P. precoz)

Severidad (con respecto a la pérdida de inserción)

1. Leve 1 ó 2 mm.
2. Localizada moderada 3 ó 4 mm.
3. Generalizada severa más de 5 mm.

E. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

1. Asociada a dolencias hematológicas

- a. Neutropenia Adquirida
- b. Leucemia
- c. Otros

2. Asociada con alteraciones genéticas

Neutropenia familiar y cíclica, síndrome de Down, síndrome de deficiencia de adhesión de leucocitos, síndrome de Papillon – Lefevre, Histiocitosis, problemas de almacenamiento de glucógeno, agranulocitosis genética infantil, síndrome de Cohen, otros.

F. Enfermedades Periodontales Necrotizantes

1. Gingivitis Ulcerativa Necrosante (GUN)
2. Periodontitis Ulcerativa Necrosante (PUN)

G. Abscesos Periodontales

1. Gingival
2. Periodontal
3. Pericoronario

H. Periodontitis asociada con Lesión Endodóntica

Lesión combinada periodonto . endodóntica

I. Desarrollo de deformidades y condiciones adquiridas

1. Factores localizados relacionados con el diente, modifican o predisponen las enfermedades gingivales / periodontitis inducida por placa bacteriana.

- a. Factores anatómicos dentarios
- b. Aparatos / restauraciones dentarias
- c. Fractura radicular
- d. Reabsorción cervical de la raíz y del cemento

2. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente

- a. Retracción Gingival
- b. Falta de gíngiva queratinizada
- c. Vestíbulo plano
- d. Frenillo anormal / posición muscular
- e. Crecimiento gingival
- f. Crecimiento anormal

3. Deformidades y condiciones mucogingivales en áreas edéntulas

- a. Deficiencia vertical y/u horizontal
- b. Falta de gíngiva / tejido queratinizado
- c. Aumento gingival / tejido molecular
- d. Frenillo anormal / posición muscular
- e. Vestíbulo raso
- f. crecimiento anormal

4. Trauma Oclusal

- a. Trauma Oclusal Primario
- b. Trauma Oclusal secundario³¹

³¹ Herbert Wolf et al. E. Atlas de color de odontología, Periodoncia, Edición 3°, Editorial Masson, Marzo 2005

2.2.2.2.1. Índice de Enfermedad Periodontal (IEP).-

Se realiza en 6 piezas dentarias representativas (**16, 21, 24, 36, 41, 44**) considerados “Dientes de Ramfjord”.

El Índice periodontal de Ramfjord, en 1959, fue el primero con aceptación Universal.

Protocolos de examinación parcial

Este sistema utiliza 6 dientes “los dientes de Ramfjord” cuando están presentes.

Originalmente se usaron en estudios clínicos en donde la respuesta primaria era el promedio de profundidad de bolsa o puntaje de nivel de inserción.

Se utilizan dos de sus pautas, la selección de los dientes de Ramfjord y la técnica para medir la profundidad de la bolsa y pérdida de inserción periodontal.

a) Criterio para el índice de la enfermedad periodontal Valoración gingival IEP (Ramfjord)

Puntos	Criterios
G 0	Ausencia de inflamación
G 1	Cambios inflamatorios leves a moderados que no se extienden alrededor de todo el diente.
G 2	Gingivitis leve a moderado grave que se extiende alrededor de todo el diente.

G 3 Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso, tendencia a hemorragia y ulceración.

b) Registro de bolsas

La distancia del margen gingival libre a la unión amelocementaria y la distancia de margen gingival libre al fondo del surco gingival o bolsa. Se registra en mesial, vestibular, distal y lingual de cada diente examinado. Los registros interproximales deben asegurarse en vestibular de las zonas de contacto interproximal con la sonda orientada en dirección del eje mayor del diente.

Medir desde la UAC al fondo del surco si el margen gingival está en cero.

(4) 3 mm. o menos si el surco gingival está debajo de la UAC.

(5) 3 a 6 mm.

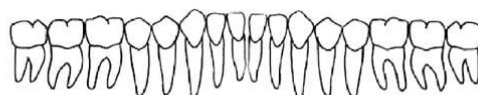
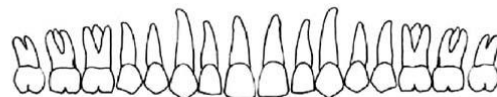
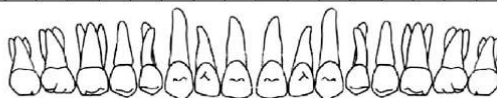
(6) + de 6 mm.

El IEP para el individuo es la suma de los valores de los dientes dividida por la cantidad de dientes examinados. Si alguno de los dientes falta no se toma otro diente en su lugar.

Es el único índice que registra la pérdida de inserción.³²

³² CD Garza Enríquez, MARIANELA, “Índice de Enfermedad Periodontal en adultos de 20 a 74 años en el estado de Nuevo León, México”, Monterrey, N.L., México, Noviembre de 2009, web: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18695188.pdf>

	PZA	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
P	MG																
	PS																
	NAC																
V	MG																
	PS																
	NAC																



V	MG																
	PS																
	NAC																
L	MG																
	PS																
	NAC																
	PZA	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8

Grado	Descripción
0	Ausencia de inflamación. Sin alteraciones en la encía.
1	Gingivitis leve a moderada en alguna parte de la encía que rodea al diente.
2	Inflamación encía leve a moderada alrededor del diente.
3	Gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceración.
4	Pérdida de inserción de 3mm. Medida desde la línea <u>amelocementaria</u> .
5	Pérdida de inserción de 3-6mm.
6	Pérdida de inserción superior a 6mm.

2.2.2.2.3. Disfunción Temporomandibular.-

Es el conjunto de signos que se manifiesta en el entorno de la patología estomatognática, las dos articulaciones temporomandibulares y los dientes.

Definición que en un contexto amplio incluye conceptos ortopédicos relativos a la interdependencia biomecánica de la ATM y la columna cervical.

Se hace necesario incluir a esta definición toda patología subyacente a la específica del contorno de la masticación y oclusión y también a la que se manifiesta por las interacciones neurológicas y biomecánicas.

La verdadera esencia de la disfunción recae sobre la discrepancia entre la musculatura y la posición funcional de todo el complejo muscular, articular y oclusal.³³

2.2.2.2.3.1. Cuestionario de Auto-anamnesis de trastornos temporomandibulares, Índice de DTM (disfunción temporomandibular)

Esta herramienta nos indica si las personas mayores tienen síntomas de DTM, y nos ayuda a clasificar la presencia y severidad de la disfunción.

Como responder a tres posibles respuestas:

- a. *"sí", con síntomas de dolor, con el valor "2";*
- b. *"a veces" cuando se sienten el dolor de vez en cuando, con un valor de "1"*
- c. *"No", ningún síntoma de dolor, con "cero".*

En las preguntas número 6 y 7 del cuestionario, la presencia de síntomas bilaterales recibió el valor de "3".

Además de la pregunta 04 del cuestionario mismo el valor de "3" se asignó cuando el dolor se informó de que eran frecuentes e intensos.

³³ Jeffrey P. Okeson, Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares, 6 Edición, pág. 15

La suma de los valores obtenidos permitió la clasificación de la muestra

Para DTM se valoró de la siguiente manera:

Los valores de 0-3: son pacientes sin DTM.

Los valores de 4-8: son los pacientes con DTM leve.

Los valores de 9 a 14: son los pacientes con DTM moderado.

Los valores de 15 a 23: son los pacientes con DTM severo. ¹⁷

Sobre ATM
(Disfunción temporo-mandibular)

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Usted tiene dificultad para abrir la boca? | () Sí () A veces () No |
| 2. Usted tiene dificultad para mover la mandíbula hacia un lado? | () Sí () A veces () No |
| 3. ¿Siente dolor o molestias musculares al masticar? | () Sí () A veces () No |
| 4. Usted se siente dolores de cabeza con frecuencia? | () Sí () A veces () No |
| 5. Siente dolor en el cuello y / o los hombros? | () Sí () A veces () No |
| 6. Se siente dolor en el oído o cerca de ella? | () Sí () A veces () No |
| 7. ¿Ha notado algún ruido en la ATM? | () Sí () A veces () No |
| 8. ¿Considera que su mordedura "normal"? | () Sí () A veces () No |
| 9. Puede utilizar un solo ddo de la boca para masticar? | () Sí () A veces () No |
| 10. Usted siente dolor en la cara cuando te despiertas? | () Sí () A veces () No |

2.2.3. Adulto Mayor

Se define como Personas Adultas Mayores a la población a partir de los 60 a más años de edad.

2.2.3.1. Clasificación:

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores.

Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

2.2.3.1.1. Persona adulta mayor autovalente: es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.

2.2.3.1.2. Persona adulta mayor frágil: se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

2.2.3.1.3. Persona adulta mayor dependiente o postrada: se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.³⁴

³⁴ MINSA, Lineamientos Para La Atención Integral De Salud De Las Personas Adultas Mayores”, 2005, pág. 9 - 19

2.2.3.2. La salud oral en el anciano

La salud oral no es una consideración típica en el manejo de los pacientes geriátricos. Las enfermedades bucales no sólo tienen consecuencias locales, sino que afectan la calidad de las funciones vitales como comer, deglutir y hablar; también tienen consecuencias sistémicas las cuales pueden comprometer la salud general de los ancianos.

Algunos ancianos evitan realizar ciertas actividades sociales debido a problemas en su boca, ya sea de carácter estético o dificultades en la masticación. Las enfermedades de la cavidad bucal son de alta prevalencia y constituyen una de las primeras causas de consulta en el Sector Salud en nuestro país³⁵.

2.2.3.2.1. Cambios Bucales en el Adulto Mayor

Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son resultado de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos.

En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos

³⁵ **Matus** López Paola. Salud Oral. En En: D'Hyver, e y Gutiérrez-Robledo LM. Geriatria. México: Editorial El Manual Moderno; 2006. p. 335-347. '

fisiológicos que no provocan enfermedad. pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales.

Algunos de los más complejos y sofisticados de los movimientos humanos son realizados en la esfera oral. Los labios y la lengua realizan movimientos muy específicos que son modulados por un mecanismo de control neuromuscular. Los músculos masticatorios y de la piel pierden el 20 % de su eficacia al pasar de los 30 años a los 65 años. La musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la deshidratación y a un aumento del tejido fibroso. La debilidad muscular es un aspecto reconocido en el envejecimiento fisiológico.

El cambio motor oral más frecuentemente reflejado en el anciano es el relacionado con la masticación. Los ancianos completamente desdentados tienen menor habilidad para adecuar los alimentos para su deglución, comparados con individuos más jóvenes, ya que tienden a dejar los alimentos triturados distribuidos en partículas de mayor tamaño.

La deglución se caracteriza frecuentemente por mostrar una mayor duración en el tiempo de deglución de los alimentos, y en la realización de los movimientos innecesarios e inusuales.

El habla es la función motora que parece resistir más la influencia del envejecimiento, se afecta casi imperceptiblemente, la xerostomía puede impedir también la pronunciación de palabras.

A nivel de la lengua podemos encontrar reducción del epitelio, atrofia de papilas con mayor afectación de las filiformes, menos en

las gestatorias en las papilas calciformes, agrandamiento varicoso nodular de venas en la superficie ventral de la lengua. Se produce con frecuencia una hipertrofia relacionada generalmente con el grado de desdentamiento en el paciente. Esto es el resultado de la transferencia de parte de la función masticatoria y fonética a la lengua. La presencia de fisuras también es un acontecimiento frecuente, pudiendo estar relacionadas ambas manifestaciones con estados carenciales y enfermedades sistémicas.

En cuanto a la *función salival*, en las mujeres se nota más el cambio de la reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. La disminución del flujo salival no se reduce hasta aproximadamente los 60 años. La disminución del flujo salival afecta fonéticamente y puede hacer difícil la deglución de grandes porciones de alimentos. Para algunos investigadores, es producto de el envejecimiento o por medicamentos (antihipertensivos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, psicotrópicos y sedantes).

Los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neoformación tisular, etc.) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros). También debido al tipo de dieta, hábitos dureza de los números y posición que presentan, lo que conlleva a una pérdida en numerosas ocasiones de la dimensión vertical y determina una protrusión mandibular.

Los túbulos dentinarios se mineralizan, en la pulpa es afectada la calidad de los vasos sanguíneos por el proceso de envejecimiento,

disminuyendo de volumen y tamaño. El depósito de cemento continúa toda la vida y es menor cerca de la unión amelodentinaria y mayor en apical, aunque más grueso, tiene mayor susceptibilidad a las lesiones cariosas.

El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento de 2 formas: si existe poca higiene bucal el acúmulo de placas dentobacterianas provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento, y por lo tanto, disminuye la resistencia a las caries. En las encías ocurre la pérdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de la capa queratinizada.

En la mucosa bucal existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos.

En los labios es muy común la queilitis comisural relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y mordedura cerrada. Queilitis y boca de "tabaco" a causa de deshidratación.

En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas; también podemos encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad de fractura.

Esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada.¹⁹

2.2.3.2.2. Enfermedades bucales frecuentes en personas adultas mayores:

2.2.3.2.2.1. Caries Radicular:

La caries, aumenta su incidencia en los adultos mayores, sobre todo si se reduce la producción de saliva. Mientras que en las personas de menor edad la localización más frecuente de la caries se encuentra a nivel de las fisuras oclusales y de las áreas interproximales, en el adulto mayor la mayoría de las caries aparecen a nivel radicular. Cuando la caries se produce en esta situación, es muy difícil recuperar la pieza con un empaste, puesto que reaparecerá poco después.

La mayor incidencia de caries radicular se debe tanto al mayor consumo de azúcar que suelen realizar los pacientes de edad avanzada, como a la mayor recesión gingival que presenta este grupo poblacional. Se trata de un área cavitada o blanda de la raíz del diente, que puede o no afectar el esmalte dentario. Es debida a

la desmineralización producida por ciertos ácidos derivados de la placa bacteriana. Suele afectar con mayor frecuencia molares inferiores, seguido de los dientes anteriores y posteriores del maxilar superior.

2.2.3.2.2.2. *Enfermedad Periodontal:*

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades más frecuentes patologías del anciano, afectando al 90% de los ancianos que tienen dientes, ya que los adultos mayores acumulan más placa bacteriana y desarrollan más rápido y de forma más grave la gingivitis.

A medida que el paciente va perdiendo sus piezas dentales, el Odontólogo debe intentar sustituirlos por prótesis, para garantizar una buena función masticatoria, mantener la altura del hueso alveolar y frenar la aparición de problemas en la oclusión y en la ATM.

La pérdida gradual de los sus dientes, conlleva cambios en el tono muscular, descenso en la mandíbula, alteración de las relaciones verticales de la cara, crecimiento lingual, así como problemas de aislamiento social, alteración de la masticación, etc.

Todos ellos se agravan a medida que pasa el tiempo sin realizarse su restauración causando la inadecuada retención de la prótesis.

Por otra parte, el uso de prótesis dentales trae consigo otros problemas como el cuidado y conservación de los dientes remanentes de la propia prótesis y su ajuste periódico.

2.2.3.2.2.3. *Patología de la Articulación Temporomandibular (ATM)*

La pérdida de piezas dentales posteriores no reemplazadas puede provocar una disfunción de la ATM, siendo característico el chasquido que aparece al cerrar la boca. No obstante, en los pacientes portadores de prótesis completa, la prevalencia es mayor.

La artrosis y la artritis reumatoide pueden, aunque es muy infrecuente, afectar a la ATM.

2.2.3.2.2.4. *Dientes Quebradizos y Desgastados*

Las piezas dentales se vuelven quebradizas porque al disminuir los vasos sanguíneos y los nervios de la pulpa, reciben menor aporte nutricional. Las piezas dentales se desgastan porque el esmalte se adelgaza y deja al descubierto la dentina, que puede disolverse con los ácidos de la boca.

2.2.3.2.2.5. *Alteraciones De La Mucosa Oral*

Tanto los cambios atróficos como la respuesta a varios estímulos (prótesis, tabaco, alcohol, fármacos, etc.) aumentan considerablemente la variedad de lesiones de la mucosa oral en el anciano: leucoplasia, candidiasis, xerostomía. La xerostomía, muy frecuente entre los pacientes geriátricos, provoca sequedad bucal, dificultad para tragar, ardor lingual, etc.

- La incidencia de Cáncer oral aumenta con la edad. Si la neoplasia está muy extendida puede requerir un tratamiento quirúrgico agresivo que provoque desfiguraciones y dificultad para masticar. La radioterapia, además, disminuye la secreción salival.

- Algunas enfermedades sistémicas (por ejemplo, anemia, diabetes, etc.) pueden acompañarse de inflamación y en consecuencia, reducir la capacidad de curación de las encías.

- Determinados fármacos (por ejemplo, antihipertensivos, antidepresivos o antiparkinsonianos) pueden disminuir la producción de saliva y producir sequedad bucal. Algunas veces también aumentan el riesgo de caries y de enfermedad periodontal, y provocan problemas de anclaje de las prótesis.³⁶

2.2.3.2.3. Algunas de las principales enfermedades sistémicas que pueden tener efectos locales en la boca:

2.2.3.2.3.1. Diabetes:

Los diabéticos que no están compensados tienen más afecciones severas de la cavidad bucal; en tanto que los compensados tienen la misma frecuencia que los no diabéticos. La manifestación más común en los diabéticos es la enfermedad periodontal.

2.2.3.2.3.2. Enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis:

Los ancianos son susceptibles de presentar obstrucciones del tracto biliar. Existe una disminución del gusto y del olfato en los pacientes con cirrosis hepática, que puede influir en la nutrición de éstos. En la cirrosis alcohólica se ha descrito disfunción de la glándula parótida.

La disminución de los factores hemostáticos y la mala absorción de vitamina K producen prolongación del tiempo de protrombina y del tiempo parcial de tromboplastina, que ocasiona hemorragias

³⁶ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal, 2007. Web: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>

con facilidad tras procedimientos quirúrgicos, o con la presencia de gingivitis y enfermedades periodontales.

2.2.3.2.3.3. Artritis:

La causa más común de dolor es el de la articulación temporomandibular.

La degeneración articular puede producir un dolor único bilateral directamente sobre el cóndilo, que disminuye el movimiento y provoca dolor a la masticación. Se recomienda un manejo conservador y tratamiento para el dolor.

La artritis reumatoidea también puede afectar la articulación temporomandibular. Produce dolor al masticar y limitación para abrir la boca. Los ancianos son más susceptibles a desarrollar enfermedades periodontales.

2.2.3.2.4. Programas de promoción y prevención de salud en el adulto mayor

Tenemos como antecedentes a; *Budts Jorgensen* y colaboradores que han realizado varios estudios con la aplicación de programas de promoción y prevención de salud en el adulto mayor. Uno de ellos, realizado en 1998, tuvo como objetivo evaluar clínica y microbiológicamente los efectos de un programa preventivo de salud bucal a largo plazo aplicado a adultos mayores. En este utilizaron 116 pacientes, de los cuales la mitad fue incluida en un grupo experimental beneficiados con el programa.

Obtuvieron como resultados que a los 18 meses, el conteo de *Streptococos mutans* y las caries de raíz eran más bajos en el grupo experimental que en el otro grupo, llegando a la conclusión que este programa fue eficaz para reducir la colonización de *Streptococos mutans* y el predominio de caries. *Persson* realizó en 1998 un estudio de los efectos periodontales después de aplicar un programa de prevención, donde utilizó 237 ancianos entre 60 y 90 años, divididos en 5 grupos, demostrando también los beneficios de un programa preventivo de cuidado de la salud bucal. *Taani* realizó un estudio acerca del conocimiento periodontal y conocimiento y modelos de asistencia dental entre los adultos en Jordania, en el año 2002, llegando también a la conclusión de que se necesita más educación de salud para mejorar la salud bucal.

Honkala y colaboradores realizaron una investigación acerca del tratamiento dental entre las personas mayores finlandesas en el año 2002, ya que se percataron que había un aumento en los adultos mayores dentados, por lo que la demanda de los servicios restaurativos será más alta, y en ese lugar los cuidados dentales sistemáticos para las personas mayores no había sido organizado. El programa aplicado demostró la necesidad de un acercamiento apropiado al cuidado dental para el anciano y de hacer este servicio más rentable. *Nitschke* realizó en el año 2001 una revisión de la salud bucal emitida para el anciano en Alemania debido al rápido aumento del porcentaje de personas viejas y muy viejas en el total de la población y del porcentaje de población dentada debido a la norma alta de cuidado dental. El seguro social de salud y el de cuidado a largo plazo deben ajustar sus fondos a las necesidades dentales del anciano frágil. Muchos otros autores han realizado programas de promoción y prevención de salud bucal en el adulto

mayor para asegurarles unas mejores condiciones de salud general y maximizar su calidad de vida.³⁷

³⁷ **Castañedo JF.** Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular "Los Sitios", de Ciudad de La Habana, Cuba. Geriatrianet. Com. Rev Electrónica Geriatr Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46(1) <http://scielo.sld.cu> 7

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

- Por ser un Trabajo Observacional no se necesita hipótesis.

3.2 Operacionalización de las variables:

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Adultos mayores	60 – 75 años 75 a + años	Intervalos
Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino	Nominal
Patologías Bucodentales	Caries	1. CPOD Cariado Perdido Obturado	Nominal
	Índice de Enfermedad Periodontal (IEP)	0. Ausencia de inflamación. Sin alteración en la encía. 1. Gingivitis leve a moderada en	Nominal

“FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES Y VALIDACIÓN DE UNA PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA ODONTOESTOMATOLÓGICA PARA EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, ABRIL - MAYO 2011”.

		<p>algunas parte de la encía que rodea al diente.</p> <p>2. Inflamación de la encía leve a moderada alrededor del diente.</p> <p>3. Gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceración.</p> <p>4. Pérdida de la inserción de 3mm. Medido desde la línea amelocementaria.</p> <p>5. Pérdida de la inserción de 3 – 6 mm.</p> <p>6. Perdida de inserción superior a 6 mm.</p>	
	Disfunción Temporo Mandibular (DTM)	<p>1. Sin DTM</p> <p>2. Con DTM leve</p> <p>3. Con DTM moderada</p> <p>4. Con DTM severo</p>	Nominal
Historia Clínica Odontoestomatológica	Validación por Alfa de Crombach	Se evaluará cada uno de los Items de la Historia Clínica Odontoestomatológica	Razón

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño

El presente trabajo en una primera fase es de diseño descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

En una segunda fase de validación de confiabilidad.

4.2.Ámbito de estudio:

El HHUT Nivel II - 2, está ubicado en la calle Blondell S/N, consta de 5 pisos distribuidos en atención de pacientes de neonatología, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina y neumología; además de sala de partos y consultorios externos.

El objeto de nuestro de estudio está ubicado en el 4to. Piso, ala B con un total de 44 camas, atendándose a pacientes mayores de 14 años en cuidados intermedios y generales, generales e infectados con VIH. La estancia hospitalaria general promedio es de 7 a 10 días, variando las patologías desde enfermedades pluricarenciales, respiratorias, coronarias, metabólicas y VIH e infecciosas como meningitis.

El presente trabajo de investigación se realizó en adultos mayores en el período de Abril – Mayo en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3. Población y muestra.

El universo de estudio será el 100% de adultos mayores que estén hospitalizados al momento de desarrollarse el estudio. La unidad de estudio es el adulto mayor.

4.3.1 Criterios de Inclusión

Serán incluidos en el estudio pacientes con edad de 60 a más años de edad y de ambos sexos que acepten participar en el presente estudio.

4.3.2 Criterios de Exclusión

No se considerará a pacientes cuyo estado cognitivo no permita la aplicación de la evaluación odontológica.

Pacientes menores de 60 años.

4.4 Instrumentos de Recolección de datos.

El método aplicado en la recolección de datos fue la entrevista y el examen odontológico, utilizándose como instrumento la Historia Clínica Odontoestomatológica, que es parte fundamental de nuestros objetivos. Dicha Historia clínica fue aplicada a toda la población estudiada, la misma que consideró los siguientes items:

-Anamnesis completa y detallada incluyendo:

- ✓ Datos de filiación

- ✓ Motivo principal de consulta
- ✓ Anamnesis por aparatos
- ✓ Antecedentes personales incluyendo factores de riesgo y medicación actual
- ✓ Antecedentes familiares

-Exploración extraoral de cara y cuello (incluyendo la palpación de cadenas ganglionares)

-Exploración intraoral (incluyendo palpación de mucosa oral, orofarínge, lengua y glándulas salivales)

- Odontograma para poder hallar el CPO-D

- Grado de Disfunción Temporo-Mandibular

- Periodontograma para hallar a través del índice de Ramfjord la Enfermedad Periodontal

- En caso el paciente presente prótesis se desarrolla un cuestionario para poder conocer el grado la satisfacción o no de ella.

CAPÍTULO V

5.1. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS v.15, luego de haber ingresado la información recolectada, en la base de datos formulada para el estudio.

Se hizo uso de la estadística descriptiva, con frecuencias absolutas, frecuencias relativas, para las variables cuantitativas se usó las medidas de tendencia central, promedio, media, mediana desviación estándar.

Para evaluar la eficiencia de la historia clínica propuesta se hizo uso de indicadores de evaluación, las mismas que se analizaron en tablas, para su discusión, conclusiones y recomendaciones.

Para variables cualitativas además se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson y corrección de celdas con valores menores de 5 utilizando la prueba corregida de Fisher y/o Yates.

Para la validación del instrumento se midió su nivel de confiabilidad y consistencia, utilizando los siguientes procedimientos:

- 1- Juicio de Expertos
- 2- Prueba Piloto
- 3- Alfa de Cronbach

Para las mediciones respectivas se consideró un Alfa válido cuando sea mayor igual de 0.8 para cada elemento del test o instrumento así como para el test o instrumento en general.

Los cálculos se harán con un intervalo de confianza del 95%.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

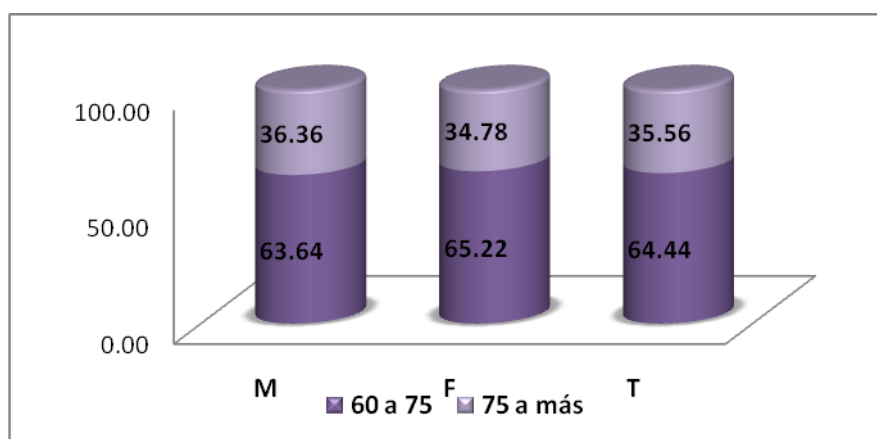
TABLA N° 1

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011.

Grupo Etáreo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
60 a 74	14	63.64	15	65.22	29	64.44
75 a más	8	36.36	8	34.78	16	35.56
Total	22	100.00	23	100.00	45	100.00

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011.

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	45	60	97	72.622	9.279



INTERPRETACIÓN:

La tabla N°1 nos muestra la distribución de la edad y sexo según la población de estudio de 45 adultos mayores, el promedio de edad fue de 72 años, de los cuales el 64.4% se ubica en el intervalo de 60 a 74 años, y el 35.56% con 75 a más años ($\pm 60-97$ años). Según distribución etárea y según sexo las frecuencias fueron casi similares (22/23).

TABLA N° 2

**DISTRIBUCION SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIALES DEL
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA.
ABRIL – MAYO 2011.**

		N	%
Estado Civil	No refiere	0	0.0%
	Soltero(a)	3	6.7%
	Casado (a)	33	73.3%
	Conviviente	5	11.1%
	Separado(a)	0	0.0%
	Viudo(a)	4	8.9%
	Divorciado(a)	0	0.0%
	Total	45	100.0%
N° de Hijos	Ninguno	2	4.4%
	1 A 2 hijos	4	8.9%
	3 A 5 hijos	23	51.1%
	Más de 6 hijos	16	35.6%
	Total	45	100.0%
Grado de Instrucción	No refiere	4	8.9%
	Analfabeto	2	4.4%
	Primaria	25	55.6%
	Secundaria	11	24.4%
	Técnico	1	2.2%
	Superior	2	4.4%
	Total	45	100.0%
Ocupación	Chofer	4	8.9%
	Ama de casa	22	48.9%
	Agricultor	5	11.1%
	Pescador	1	2.2%
	Empleado	4	8.9%
	Obrero	6	13.3%
	Tejedora	1	2.2%
	Guardia Civil	1	2.2%
	Comerciante	1	2.2%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N°2 nos evidencia la distribución de frecuencia del estado civil, número de hijos, grado de instrucción y ocupación del paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Se obtuvo que el estado civil de los pacientes tuvo en mayor frecuencia el 73.3% como casado, seguido con el 11.1% en estado civil de conviviente.

En referencia al número de hijos un 51.1% tiene de 3 a 5 hijos y un 35.6% más de 6 hijos.

Según grado de instrucción, predominó que un 55.56% cuenta con estudios de primaria y un 4.4% son analfabetos.

Por ocupación 48.89% de los adultos mayores tienen como ocupación ama de casa y los varones están distribuidos con un 13.33% como obreros, seguidos con un 11.1% como agricultor.

TABLA N° 3

DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011.

Antecedentes de Enfermedad		N	%
Tipo de Diabetes	No Pta. Enfermedad	39	86.7%
	Tipo 2	6	13.3%
	Total	45	100.0%
Enfermedades Cardiovasculares	No	38	84.4%
	Sí	7	15.6%
	Total	45	100.0%
Hipertensión Arterial	No	30	66.7%
	Sí	15	33.3%
	Total	45	100.0%
Artritis	No	36	80.0%
	Sí	9	20.0%
	Total	45	100.0%
Anemia	No	37	82.2%
	Sí	8	17.8%
	Total	45	100.0%
Enfermedades Hepáticas Crónicas y Cirrosis	No	44	97.8%
	Sí	1	2.2%
	Total	45	100.0%
Accidente vascular encefálico	No	39	86.7%
	Sí	6	13.3%
	Total	45	100.0%
Enfermedades Renales	No	41	91.1%
	Sí	4	8.9%
	Total	45	100.0%
Enfermedades Respiratorias	No	31	68.9%
	Sí	14	31.1%
	Total	45	100.0%
Transplante de Órganos	No	45	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	45	100.0%
Tratamiento Oncológico	No	45	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	45	100.0%
Otro	No	37	82.2%
	Si	8	17.8%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 3 que presentamos hace referencia a los antecedentes patológicos de los adultos mayores en estudio, predominó el antecedente de hipertensión arterial con el 33.3%, en segundo lugar enfermedades respiratorias con 31.1%, en tercer lugar Artritis con el 20% y el 17.8% con antecedentes de anemia.

TABLA N° 4

DISTRIBUCION SEGÚN MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011.

Morbilidad		n	%
Diagnóstico del paciente	Sistema Digestivo	14	33.3%
	Infecciones del Sistema Respiratorio	14	31.1%
	Hipertensión Arterial	14	31.1%
	Sistema Cardiovascular	12	26.7%
	Sepsis / Infecciones múltiples	7	15.6%
	Sistema Circulatorio	6	13.3%
	Enfermedad Cerebrovascular	4	8.9%
	Enfermedades Reumáticas	4	8.9%
	Desnutrición Pluricarencial/ Caquexia	4	8.9%
	Enfermedades neoplásicas	3	6.7%
	Diabetes	4	8.9%
	Policontuso	1	2.2%

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla N° 4 nos presenta la morbilidad del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue.

En donde la morbilidad de mayor frecuencia fue la alteración en el sistema digestivo con el 33.3%, le sigue en importancia las infecciones del sistema respiratorio e hipertensión arterial con el 31.11% ambas.

TABLA N° 5

DISTRIBUCION SEGÚN CPOD DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011.

		N	%
Valor CPOD	Muy bajo	0	0.0%
	Bajo	0	0.0%
	Moderado	10	22.2%
	Alto	18	40.0%
	Muy Alto	17	37.8%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontoestomatológica del autor.2011.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 5 donde observamos el nivel de riesgo según el CPO-D de los Adultos Mayores Hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue en el año 2011, nos damos cuenta que el 40% presenta Alto riesgo y el 37.8% representa al grupo que conforma al muy alto riesgo. Lo que nos demuestra que más de 77.8% de la población necesita atención adecuada.

TABLA N° 6

DISTRIBUCION SEGÚN ÍNDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011.

		n	%
ÍNDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	Ausencia de inflamación. Sin alteración en la encía	0	0.0%
	Gingivitis leve a moderada en alguna parte de la encía que rodea al diente	1	2.2%
	Inflamación de la encía leve a moderada alrededor del diente	7	15.6%
	Gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceración.	16	35.6%
	Pérdida de inserción de 3mm. Medido desde la línea amelocementaria.	5	11.1%
	Pérdida de inserción de 3 - 6 mm.	2	4.4%
	Pérdida de inserción superior a 6 mm.	0	0.0%
	Edéntulo.	14	31.1%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontoestomatológica del autor.2011.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 6 evidenciamos el índice de enfermedad periodontal según Ramfjord, donde nos muestra que el 35.6% de la población en estudio presenta gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia y ulceración y el 15% presenta inflamación de las encías leve a moderada alrededor del diente.

Además podríamos rescatar que el 0% de adultos mayores en estudio nos mostraron que no tenían la encía sana.

TABLA N° 7

DISTRIBUCION SEGÚN DTM DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011.

		n	%
Grado DTM	No es Portador de DTM	2	4.4%
	Portador Leve de DTM	6	13.3%
	Portador Moderado de DTM	21	46.7%
	Portador severo de DTM	16	35.6%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontoestomatológica del autor.2011.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar que el 46.67% de la población adulta mayor hospitalizada son portadores moderados de DTM, le sigue en importancia con el 35.56% los adultos mayores portadores severos de DTM. Llama la atención que aproximadamente el 80% presenta ser portadores moderados a severos de DTM.

TABLA N° 8

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA ODONTOESTOMATOLÓGICA DE ADULTOS MAYORES APLICADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0.968	0.962	36

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
DNI	89.93	208.352	0.451	0.968
Sexo	89.87	207.552	0.570	0.968
Fecha de nacimiento	90.27	204.781	0.654	0.967
Lugar de nacimiento	90.27	192.924	0.909	0.966
estado civil	90.40	194.543	0.779	0.967
Hijos, Cuántos	90.80	194.314	0.839	0.966
Grado de instrucción	90.20	201.743	0.681	0.967
Ocupación	90.07	200.067	0.990	0.966
Dirección	89.87	207.552	0.570	0.968
Teléfono celular	90.87	207.552	0.570	0.968
Distrito, Ciudad y País donde vive	90.27	192.924	0.909	0.966
Vive con familiares, parentesco	90.47	186.124	0.989	0.965
Enfermedad cardiovascular	89.87	207.552	0.570	0.968
HTA	89.87	207.552	0.570	0.968
Artritis	90.27	192.924	0.909	0.966
Anemia	90.27	192.924	0.909	0.966
Enf. HEpáticas	90.20	202.457	0.803	0.967
ACV	89.87	207.552	0.570	0.968
Enf. Renales	90.07	200.067	0.990	0.966
Enf. Respiratoria	90.07	200.067	0.990	0.966
Transplante de órganos	89.87	207.552	0.570	0.968
Otros	90.07	200.067	0.588	0.968
Tiempo de Enfermedad	89.87	207.124	0.607	0.968
Alergias	89.80	217.029	-0.254	0.970
Hábitos	90.07	200.067	0.990	0.966
Hábitos de higiene bucal	89.87	207.124	0.607	0.968
Exámen extrabucal	89.87	207.124	0.607	0.968
Examen intrabucal	89.73	215.352	-0.118	0.969
Diagnóstico clínico presuntivo	90.07	200.067	0.990	0.966
Exámenes complementarios	90.53	187.552	0.958	0.966
Diagnóstico clínico definitivo	89.73	216.210	-0.231	0.970
plan de tratamiento	89.73	216.352	-0.250	0.970
odontograma	89.87	207.552	0.570	0.968
Índice de Enfermedad Periodontal	89.87	207.552	0.570	0.968
Indicador de Disfunción de ATM	90.27	192.924	0.909	0.966
Validación de Prótesis según: Calidad, Función, Estabilidad, Estética y tiempo de uso.	90.40	207.257	0.535	0.968

INTERPRETACIÓN:

En los cálculos del índice de confiabilidad según Alfa de Cronbach, de la propuesta de una historia clínica odontoestomatológica para adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el alfa de Cronbach alcanzado fue de 0.968, lo que confirma el alto nivel de confiabilidad de los datos que se pueden obtener de los Items considerados en la propuesta de mi Historia Clínica Odontoestomatológica; dicho ajuste se realizó incluso con la propuesta de 15 profesionales Odontólogos en ejercicio actualmente.

Así mismo, se analizó Item por Item del nivel de confiabilidad de cada uno de ellos, encontrándose que en el 100% los datos que se consignan son muy necesarios alcanzando niveles de Cronbach por encima de 0.9.

DISCUSIÓN

El presente trabajo es un estudio de diseño descriptivo, de corte transversal y prospectivo, cuyo objetivo fue encontrar la frecuencia de Patologías Bucales y aplicar una propuesta de Historia Clínica Odontoestomatológica en el Adulto Mayor Hospitalizado en el servicio de Medicina en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de Abril – Mayo 2011.

En cuanto a la relación entre grupo etáreo y sexo en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, nos mostraron que el 64.4% fueron pacientes de ambos sexos entre 60 a 74 años, y el 35.6% pacientes de ambos sexos de 75 a más años, sin embargo, en el estudio realizado por el Dr. Carlos Araya et al. “Salud Oral en Pacientes Adultos Mayores del programa de postrados, Chillán 2008” nos demuestra lo contrario dando como resultado que el 27.7% fueron pacientes entre los 60 a 74 años y el 72.3% fueron pacientes hospitalizados de 75 años a más.

Además Observamos en la morbilidad de los pacientes hospitalizados la mayor frecuencia con el 33.3% al Sistema Digestivo y seguido con el 31.1% a las Infecciones del Sistema Respiratorio e Hipertensión Arterial; a diferencia de los estudios realizados por el Dr. Rolando Sáez Carriera sobre Cambios Bucales en el Adulto Mayor donde nos demuestra la diferencia en la morbilidad, rescatando con el 51.2% a la Diabetes y el 37.5 a la Hipertensión Arterial.

Se observó también en nuestro estudio relacionado con el índice de CPO-D los valores de alto con el 40% y con 37.8% a muy alto, los que coincidieron con el

estudio realizado por Eustaquio Raga, María Valencia sobre el estudio epidemiológico de Salud oral en adultos, en donde muestra con mayor prevalencia los grados altos y muy altos con el 38.7% a alto riesgo y con el 36% a muy alto riesgo. Siendo en este caso diferencias mínimas que estarían al nivel de nuestra sociedad.

En los resultados encontrados en la investigación sobre el grado de Disfunción Temporomandibular (DTM), se presentó que el 46.7% demostraba ser portador moderado de DTM y el 35.6% nos demostró ser portador severo de DTM, sin embargo en la investigación realizada por Andréa Maia Correa Joaquim, en su Análisis Comparativa de la Calidad de Vida de Adultos Mayores nos demostró que el 40% de la población mostraba ser portador leve de DTM y el 33.3% ser portador moderado de DTM.

En cuanto a la validación de la Historia Clínica Odontoestomatológica para adultos mayores hospitalizados, los resultados fueron favorables para su aplicación, donde el alfa de cronbach nos arrojó un 0.968, siendo también validado por 15 odontólogos en ejercicio dando como resultado un nivel de Cronbach por encima de 0.9. En la investigación realizada por Juan Alberto Fabián Gave sobre las interconsultas como actividad asistencial del odontólogo en un servicio hospitalario nos indicó también que es muy necesario el llenado de una ficha odontológica. Así mismo señaló que no existe un protocolo para que el odontólogo pueda dar unos diagnósticos certeros sobre las enfermedades del sistema estomatognático y observó que no se realiza una actividad asistencial conforme al modelo de atención integral en salud, señalado como un lineamiento fundamental para el período 2002 – 2012.

CONCLUSIONES

1. Las patologías bucales más frecuentes en los adultos mayores en estudio fueron: En el índice de CPOD encontramos que el 40% presenta un alto riesgo y el 37.8% presenta un muy alto riesgo; además en el grado de disfunción temporomandibular se ve que el 46.67% de adultos mayores en estudio presenta una DTM moderada, mientras que el 35.56% una DTM severa; finalmente en el índice de enfermedad periodontal según Ramfjord nos damos cuenta que el 35.6% presenta grado # 03 en el que se observa una gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia y ulceración.
2. El nivel de confiabilidad de la propuesta de una “Historia Clínica Odontoestomatológica” aplicada a los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna fue de 0.9.

RECOMENDACIONES

1. Promover y motivar la participación activa del cirujano dentista en el equipo multidisciplinario de salud durante la visita médica en la atención al paciente adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina, neumología, cirugía y gineco-obstetricia.
2. Desde el ingreso del paciente aplicar la Historia Clínica Odontoestomatológica a fin de identificar causantes bucodentales que no permitan una adecuada y pronta rehabilitación de la salud integral.
3. Favorecer durante una entrevista dirigida a pacientes y familiares, la implementación de los cuidados de salud oral necesarios.
4. Realizar un estudio similar en diferentes servicios para conocer la confiabilidad de la aplicación de la Historia Clínica Odontoestomatológica presentada.

BIBLIOGRAFÍA

1. **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA URUGUAY** 2005-2011.
Programa nacional del adulto mayor.
2. **Rangel Rivera**, Julio Cesar, Lauzardo García del Prado Gema, Quintana Castillo Maritzabel y Cols. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46.
3. **Medina-Solis** Carlo E., y Cols. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed Vol. 17/No. 4/Octubre-Diciembre,2006; 17:269-286.
4. **Spitzer Chang** Heidi, Perú 2006. Situación Actual del Adulto Mayor en el País, Asociación Adulto Feliz. Arequipa, 2 de junio del 2006.
5. **ASIS 2009 TACNA;**
www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/.../ASIS/ASIS_2009_FINAL.pdf -
6. **Montes S.** José Luis, Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile 2001; 92 (3): 29-31
7. **Visuerte Sánchez** j.m., nieto vera j., r. Pereiro hernández. Prevención de la patología bucodental en población mayor de 65 años.
8. **Botero de Mejia**, Beatriz. El cuidado integral, la familia y el cuidador. Revista de la asociación colombiana de gerontología y geriatría. Vol. 14. N°1 santa fe de bogotá enero marzo 2000.
9. **Asociación colombiana de facultades de odontología**, bogotá colombia 2007. Guía de práctica clínica en salud oral para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad gingival. Isbn: 978-958-8313-07-08.

10. **Diccionario Estadístico, 2010.**

http://www.ditutor.com/estadistica/frecuencia_absoluta.html

11. **Patología General, Conceptos Básicos, Capítulo I.**

http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/Patol_004.html

12. **Lic. Nut. Hilda Irene Novelo de López** , “Situación Epidemiológica Y Demográfica Del Adulto Mayor En La Última Década”, Vol. 12 N°2 2003.

http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm

13. **Ministerio de Salud**, Norma Técnica de la historia clínica de los Establecimientos de Salud, Lima 2005, N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

14. **Rangel Rivera** Julio Cesar, Lauzardo García del Prado Gema, Quintana Castillo Maritzabel y Cols. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46(1) <http://scielo.sld.cu>

15. **Visuerte Sánchez** J.M., Nieto Vera J., R. Pereiro Hernández. Prevención de la patología **Andre Maia** Correa bucodental en población mayor de 65 años.

16. **Brenes William**, Hoffmaister Federico. Costa Rica 2004. Situación de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos,

17. **Joaquim**, , “Análisis comparativa de condición bucal en brasileros y canadienses, relacionados con la calidad de vida”, Baurú 2009

18. **García Alpízar** Beatriz Arturo Guerra Alfonso 2. Dr. Mikhaíl Benet Rodríguez 3 Estado de salud bucodental en el adulto mayor. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2006; 4(2).

19. **Espeso Nápoles** Nelia, Mulet Garcia Mariela, Gomez Mariño Mercedes, Más Saravia, Mahelis. Cuba 2006. Enfermedad periodontal en la tercera edad. Revista “Archivo Médico de Camagüey” 2006; 10(1) ISSN 1025-0255.

20. **Fabián Gave**, Juan Alberto, Interconsultas como actividad asistencial del odontólogo en un servicio hospitalario público. Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, 2009.
21. **Sáez Carriera Rolando**, Carmona Maribel, Jiménez Quintana Zuilen, Alfaro Xiomara. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2011 Mar 21] ; 44(4):. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es.
22. **Eustaquio Raga**, María Vicenta, Estudio epidemiológico de Salud Oral en Adultos Mayores. Comunidad Valenciana 2006, I.S.B.N.:978-84-370-7345-3.

<http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9743/eustaquio.pdf?sequence=1>
23. **Chimenes Kustner Eduardo** . Masson la historia clínica en odontología Universidad de Barcelona España. Edit. MASSON, S.A.149 - 08022 Barcelona ISBN S4-42.
24. **Ministerio de Salud**, Buenos Aires la provincia, Dirección Provincial de Salud Oral, “Programa de Salud Bucal en Adultos Mayores”, Buenos Aires, Argentina, citado el jueves, 24 de marzo del 2011, web:
http://www.ms.gba.gov.ar/direcciones/Salud_Bucal/Adultos_Mayores.htm
1
25. **Colegio Odontológico del Perú**, Resolución Ministerial 593-2006/MINSA,

<http://www.col.org.pe/noticias/DIADIA/interiores/julio06/Odontograma>
26. **J. Philip Sapp,Lewis R. Eversole,George P. Wysocki**, Patología oral y maxilofacial contemporánea, segunda edición, pág. 24
27. **Barrancos Money**, Operatoria dental – Integración Clínica, 4 Edición, Editorial Médica Panamericana Perú, 2008
28. **Boj Quesada JR**, Catalá M, García- BallestaC, Odontología, I Edición, Editorial Masson, Barcelona 1995.

29. **Dra. Fernandez Pratz**, Miraliz. Índices Epidemiológicos para Medir la Caries Dental. Cuba 2007. Web: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>
30. **Guía de práctica Clínica en Salud Oral** para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la Enfermedad Gingival, Bogotá Mayo 2007, Pág. 46 – 50
31. **Herbert Wolf et al. E.** Atlas de color de odontología, Periodoncia, Edición 3°, Editorial Masson, Marzo 2005
32. **CD Garza Enríquez**, Marianela, “Índice de Enfermedad Periodontal en adultos de 20 a 74 años en el estado de Nuevo León, México”, Monterrey, N.L., México, Noviembre de 2009, web: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18695188.pdf>
33. **Jeffrey P. Okeson**, Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares, 6 Edición, pág. 15
34. **MINSA**, Lineamientos Para La Atención Integral De Salud De Las Personas Adultas Mayores”, 2005, pág. 9 - 19
35. **Matus López Paola**. Salud Oral. En En: D'Hyver, e y Gutiérrez-Robledo LM. Geriatria. México: Editorial El Manual Moderno; 2006. p. ·335-347. '
36. **MINISTERIO DE SALUD**. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal, 2007. Web: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>
37. **Castañedo JF**. Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular "Los Sitios", de Ciudad de La Habana, Cuba. Geriatrianet. Com. Rev Electrónica Geriatr Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46(1) <http://scielo.sld.cu>

ANEXOS

ANEXO N° 01

Fecha : _____

Ubicación: _____

Alérgico / tto: _____

1. DATOS PERSONALES

- 1.1. Nombre completo: _____
1.2. DNI: _____ Sexo: () M () F
1.3. Fecha de nacimiento: ____/____/____. País – Ciudad: _____
1.4. Estado Civil: _____ Hijos: () Sí () NO Cuántos: ____
1.5. Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____
1.6. Dirección: _____
1.7. Teléfono fijo: _____ Teléfono Celular: _____
1.8. Distrito _____ Ciudad: _____ País _____
1.9. Vive con familiares () Sí () No ¿Cuántas personas viven en su casa? _____
1.10. Nombre - Edad - Parentesco _____

2. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

- 2.1. Ha sufrido o Sufre de:
- | | | | |
|--|----|----|------------|
| Diabetes | SI | NO | TIPO _____ |
| Enfermedades Cardiovasculares | SI | NO | |
| Hipertensión Arterial | SI | NO | |
| Artritis | SI | NO | |
| Anemia | SI | NO | |
| Enfermedades Hepáticas Crónicas y Cirrosis | SI | NO | |
| Accidente Vascular Encefálico | SI | NO | |
| Enfermedades Renales | SI | NO | |
| Enfermedades Respiratorias | SI | NO | |
| Transplante de Órganos | SI | NO | |
| Tratamiento Oncológico | SI | NO | |
- Otro: _____
¿Cuánto tiempo la padece? _____
Toma algún medicamento (nombre y dosis) _____

- 2.2. Alergia
- | | |
|----------------|----------------|
| () Polvo | () Fumadores |
| () Látex | () Colorantes |
| () Las drogas | |
- Otros: _____
Toma algún medicamento (nombre y dosis) _____

- 2.3. Hábitos:
- 2.3.1 Consumo de alcohol - veces : _____
2.3.2 Fuma – veces: _____
2.3.3. Bruxismo: _____
2.3.4. otros : _____

Hábitos de Higiene: N° de cepillado al día: ____ veces al día
Usa seda dental: ____ Utiliza Enjuague bucal: _____

3. EXAMEN FÍSICO

3.1. Signos Vitales:

Presión Arterial (P.A.): _____ Frecuencia Respiratoria (F.R.): _____
 Pulso: _____ Temperatura: _____

3.2. Extrabucal

- a. Cráneo: _____ Braqui () Meso () Dólico ()
- b. Cara _____ Braqui () Meso () Dólico ()
- c. Cuello: _____
- d. Simetría de fascias _____ Simétrico () Asimétrico ()
- e. A.T.M.: _____
- f. Musculatura: _____
- g. Perfil: _____ Cóncavo () Recto () Convexo ()
- h. Respiración Nasal () Buconasal () Bucal ()
- i. Hábitos: _____ Presentes () Ausentes ()

**Sobre ATM
(Disfunción temporo-mandibular)**

- 1. Usted tiene dificultad para abrir la boca? () Sí () A veces () No
- 2. Usted tiene dificultad para mover la mandíbula hacia un lado? () Sí () A veces () No
- 3. ¿Siente dolor o molestias musculares al masticar? () Sí () A veces () No
- 4. Usted se siente dolores de cabeza con frecuencia? () Sí () A veces () No
- 5. Siente dolor en el cuello y / o los hombros? () Sí () A veces () No
- 6. Se siente dolor en el oído o cerca de ella? () Sí () A veces () No
- 7. ¿Ha notado algún ruido en la ATM? () Sí () A veces () No
- 8. ¿Considera que su oclusión es "normal"? () Sí () A veces () No
- 9. Puede utilizar un solo lado de la boca para masticar? () Sí () A veces () No
- 10. Usted siente dolor en la cara cuando te despiertas? () Sí () A veces () No

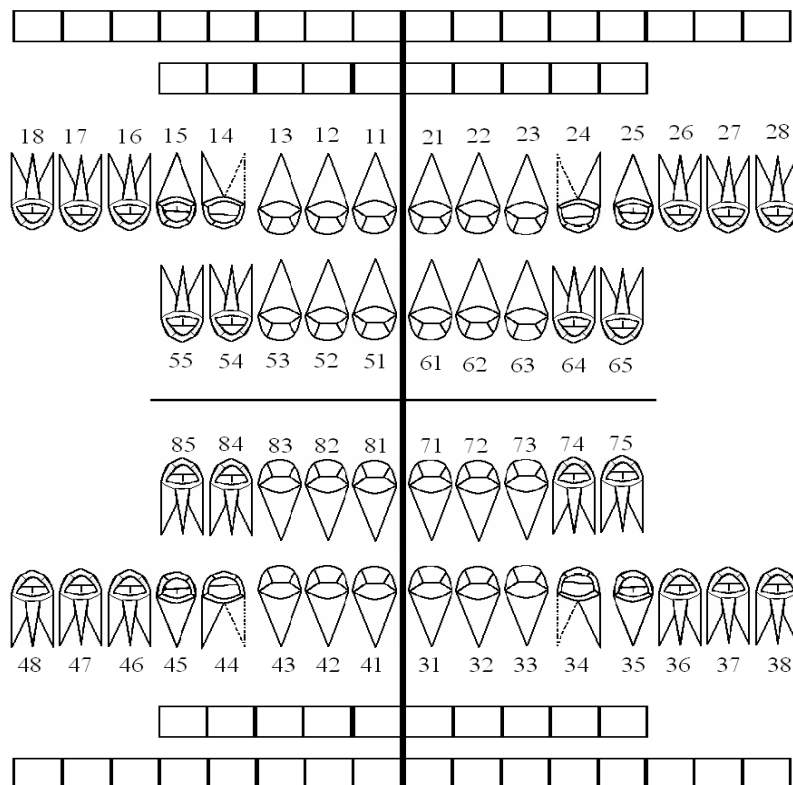
3.3. Intrabucal:

Labios : _____
 Carrillos: _____
 Vestíbulo: _____
 Frenillo : _____
 Paladar Duro: _____
 Blando: _____
 Orofaringe: _____
 Lengua : _____
 Piso de boca: _____
 Gíngiva : _____
 Saliva : _____
 Oclusión: _____
 LM. : _____. OB: _____. OJ: _____. RM: _____. izq. _____.
 RC: _____

Dientes:

- Tipo de dentición: _____
- Forma del diente: _____
- Forma de la arcada Superior: _____
 Inferior: _____
- Color: _____

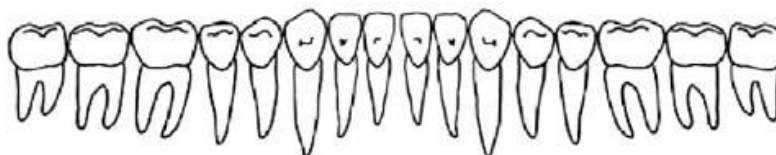
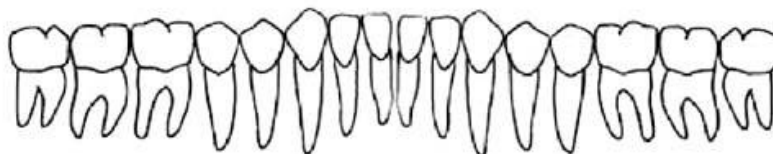
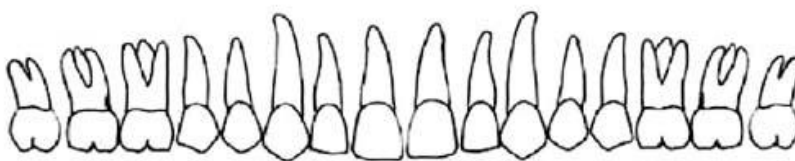
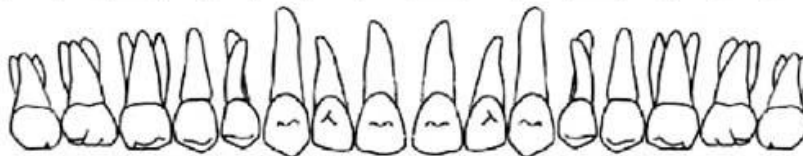
ODONTOGRAMA



Total do CPOD	
Cariados	
Perdidos	
Obturados (Restaurados)	

Índice de Enfermedad Periodontal

	PZA	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
P	MG																
	PS																
	NAC																
V	MG																
	PS																
	NAC																



V	MG																
	PS																
	NAC																
L	MG																
	PS																
	NAC																
PZA	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	

Grado	Descripción
0	Ausencia de inflamación. Sin alteraciones en la encía.
1	Gingivitis leve a moderada en alguna parte de la encía que rodea al diente.
2	Inflamación encía leve a moderada alrededor del diente.
3	Gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceración.
4	Pérdida de inserción de 3mm. Medido desde la línea amelocentría.
5	Pérdida de inserción de 3-6mm.
6	Pérdida de inserción superior a 6mm.

VALIDACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES

Tipo de prótesis	Función		Estabilidad		Estética		Tiempo de uso (años)		
	S	I	S	I	S	I	2	5	Más de 5
Prótesis Fija Superior									
Prótesis Fija Inferior									
Prótesis Parcial Removable Superior									
Prótesis Parcial Removable Inferior									
Prótesis Total Superior									
Prótesis Total Inferior									

S = Satisfecho
I = Insatisfecho

4.- DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNTIVO

1. _____

2. _____

3. _____

5.- EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

5.1.Examen radiográfico:

Panorámica () Periapical () Bite Wing () Oclusal ()
Reporte: _____

6.- DIAGNOSTICO CLINICO DEFINITIVO:

7.- PLAN DE TRATAMIENTO:

Firma del Doctor

Firma del paciente

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO

1.- Con respecto a los Datos generales:

	Muy útil	Bastante útil	No muy útil	Sin utilidad
Nombre completo				
DNI				
Sexo				
Fecha de nacimiento				
Lugar de nacimiento				
Estado civil				
Hijos, Cuántos?				
Grado de instrucción				
Ocupación				
Dirección				
Teléfono celular				
Teléfono fijo				
Distrito, Ciudad y País donde vive				
Vive con familiares, parentesco				

2.- Con respecto a los antecedentes de enfermedad:

	Muy útil	Bastante útil	No muy útil	Sin utilidad
Diabetes				
Enf. Cardiovasculares				
HTA				
Artritis				
Anemia				
Enf. Hepáticas				
ACV				
Enf. Renales				
Enf. Respiratorias				
Transplante de órganos				
Tto. Oncológico				
Otro				
Tiempo de Enf.				
Toma Medicamentos				

3.- Con respecto a:

	Muy útil	Bastante útil	No muy útil	Sin utilidad
Alergias				
Hábitos				
Hábitos de Higiene Bucal				

4.- Respecto a Examen físico:

	Muy útil	Bastante útil	No muy útil	Sin utilidad
Signos Vitales				
Examen Extrabucal				
Examen Intrabucal				

5.- Le parece necesario mencionar:

	Muy útil	Bastante útil	No muy útil	Sin utilidad
Dx. Clínico Presuntivo				
Exámenes Complementarios				
Dx. Clínico Definitivo				
Plan de Tratamiento				

6.- Aplicar lo siguiente es:

	Muy útil	Bastante útil	No muy útil	Sin utilidad
Odontograma				
Índice Enf. Periodontal				
Indicador de Disfunción de ATM				
Validación de Prótesis según: Calidad, Función, Estabilidad, Estética y tiempo de uso				

Sobre ATM
(Disfunción temporo-mandibular)

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Usted tiene dificultad para abrir la boca? | () Sí () A veces () No |
| 2. Usted tiene dificultad para mover la mandíbula hacia un lado? | () Sí () A veces () No |
| 3. ¿Siente dolor o molestias musculares al masticar? | () Sí () A veces () No |
| 4. Usted se siente dolores de cabeza con frecuencia? | () Sí () A veces () No |
| 5. Siente dolor en el cuello y / o los hombros? | () Sí () A veces () No |
| 6. Se siente dolor en el oído o cerca de ella? | () Sí () A veces () No |
| 7. ¿Ha notado algún ruido en la ATM? | () Sí () A veces () No |
| 8. ¿Considera que su mordedura "normal"? | () Sí () A veces () No |
| 9. Puede utilizar un solo diente de la boca para masticar? | () Sí () A veces () No |
| 10. Usted siente dolor en la cara cuando te despiertas? | () Sí () A veces () No |

VALIDACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES

Tipo de prótesis	Función		Estabilidad		Estética		Tiempo de uso (años)		
	S	I	S	I	S	I	2	5	Más de 5
Prótesis Fija Superior									
Prótesis Fija Inferior									
Prótesis Parcial Removible Superior									
Prótesis Parcial Removible Inferior									
Prótesis Total Superior									
Prótesis Total Inferior									

ANEXO N° 3

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011

		N	%
Medicamento que toma	No refiere	105	77.8
	Captopril	6	4.4
	Ceftriaxona	3	2.2
	Ranitidina	2	1.5
	Amikacina	2	1.5
	Clindamicina	2	1.5
	Furosemida	2	1.5
	Glibenclamida	1	0.7
	Ác. Fólico	1	0.7
	Sulfato ferroso	1	0.7
	Ketoconazol	1	0.7
	Ciprofloxacino	1	0.7
	Enalapril	1	0.7
	Glibenclamida	1	0.7
	Espironolactona	1	0.7
	Lactulosa	1	0.7
	Metronidazol	1	0.7
	Omeprazol	1	0.7
	Neurobion	1	0.7
	Insulina	1	0.7
Total	135	100.0	

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011.

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO APLICADO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE DTM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DETACNA. ABRIL – MAYO 2011

		N	%
¿Usted tiene dificultad para abrir la boca?	Sí	20	44.4%
	A veces	13	28.9%
	No	12	26.7%
	Total	45	100.0%
¿Usted tiene dificultad para mover la mandíbula hacia un lado?	Sí	23	51.1%
	A veces	11	24.4%
	No	11	24.4%
	Total	45	100.0%
¿Siente dolor o molestias al masticar?	Sí	18	40.0%
	A veces	16	35.6%
	No	11	24.4%
	Total	45	100.0%
¿Usted siente dolores de cabeza con frecuencia?	Sí	27	60.0%
	A veces	12	26.7%
	No	6	13.3%
	Total	45	100.0%
¿Siente dolor en el cuello u hombros?	Sí	26	57.8%
	A veces	15	33.3%
	No	4	8.9%
	Total	45	100.0%
¿Siente dolor en el oído o cerca de ella?	Sí	19	42.2%
	A veces	14	31.1%
	No	12	26.7%
	Total	45	100.0%
¿Ha notado algún ruido en la ATM?	Sí	26	57.8%
	A veces	13	28.9%
	No	6	13.3%
	Total	45	100.0%
¿Considera su mordedura normal?	Sí	4	8.9%
	A veces	4	8.9%
	No	37	82.2%
	Total	45	100.0%
¿Puede usar un solo lado de la boca para masticar?	Sí	27	60.0%
	A veces	3	6.7%
	No	15	33.3%
	Total	45	100.0%
¿Usted siente dolor en la cara cuando se despierta?	Sí	15	33.3%
	A veces	20	44.4%
	No	10	22.2%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011.

ANEXO N° 5

**USO DE PRÓTESIS DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO
EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DETACNA.
ABRIL – MAYO 2011**

		N	%
Usa prótesis	No	20	44.4%
	Sí	25	55.6%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontoestomatológica del autor.2011.

ANEXO N° 6

CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN O NO EN EL USO DE PRÓTESIS DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DETACNA. ABRIL – MAYO 2011

		Prótesis Fija Superior		Prótesis Fija Inferior		Prótesis Parcial Removible Superior		Prótesis Parcial Removible Inferior		Prótesis Total Superior		Prótesis Total Inferior	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Función	No usa	37	82.2%	43	95.6%	42	93.3%	43	95.6%	31	68.9%	36	80.0%
	Satisfecho	7	15.6%	1	2.2%	3	6.7%	2	4.4%	9	20.0%	5	11.1%
	Insatisfecho	1	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	5	11.1%	4	8.9%
	Total	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%
Estabilidad	No usa	37	82.2%	43	95.6%	42	93.3%	43	95.6%	31	68.9%	36	80.0%
	Satisfecho	7	15.6%	0	0.0%	1	2.2%	1	2.2%	2	4.4%	0	0.0%
	Insatisfecho	1	2.2%	2	4.4%	2	4.4%	1	2.2%	12	26.7%	9	20.0%
	Total	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%
Estética	No usa	37	82.2%	43	95.6%	42	93.3%	43	95.6%	31	68.9%	36	80.0%
	Satisfecho	3	6.7%	2	4.4%	2	4.4%	1	2.2%	8	17.8%	6	13.3%
	Insatisfecho	5	11.1%	0	0.0%	1	2.2%	1	2.2%	6	13.3%	3	6.7%
	Total	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%
Tiempo	No usa	37	82.2%	43	95.6%	42	93.3%	43	95.6%	31	68.9%	36	80.0%
	Meses	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	1 - 4 años	0	0.0%	0	0.0%	2	4.4%	2	4.4%	0	0.0%	0	0.0%
	5 - 10 años	4	8.9%	1	2.2%	1	2.2%	0	0.0%	8	17.8%	5	11.1%
	11 - 15 años	2	4.4%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	8.9%	2	4.4%
	16 - 20 años	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	1	2.2%
	+ 20 años	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	1	2.2%
	Total	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011.

ANEXO N° 7

CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DETACNA. ABRIL – MAYO 2011

		N	%
Consume Alcohol	No	39	86.7%
	Social	5	11.1%
	Costumbre	1	2.2%
	Total	45	100.0%
Fuma	No	42	93.3%
	Sí	3	6.7%
	Total	45	100.0%
Bruxismo	No	32	71.1%
	Sí	13	28.9%
	Total	45	100.0%
Otros	no presenta	42	93.3%
	Morder Objetos	3	6.7%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontoestomatológica del autor.2011.

ANEXO N° 8

CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ABRIL – MAYO 2011

		N	%
N° de cepillados al Día	0	2	4.4%
	1	19	42.2%
	2	19	42.2%
	3	5	11.1%
	Total	45	100.0%
Usa seda dental	No	44	97.8%
	Sí	1	2.2%
	Total	45	100.0%
Utiliza enjuague bucal	No	42	93.3%
	Sí	3	6.7%
	Total	45	100.0%

Fuente: Historia Clínica Odontostomatológica del autor.2011.