



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA

“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN UNA
POBLACION GERIATRICA EN UNA AREA URBANA Y UNA
RURAL DE SAN LUIS POTOSI, S.L.P. 2000-2001”

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PUBLICA

PRESENTA

C.D. MARIA DE LOS ANGELES TOVAR HERNANDEZ

COMITE DE TESIS

C.D. MARIA LOURDES RUIZ PUENTE MPB.

DR. RAUL MARTINEZ ZUÑIGA MSP.

SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

FEBRERO 2002



El triunfo está salpicado de tropiezos, caídas y dolores, para que así, cuando llegues a la meta, lo disfrutes con mayor intensidad, pero nunca pierdas el valor de buscarla y alcanzarla, aun cuando te sientas solo, no desfallezcas la felicidad esta cerca, ten fe, confianza, paciencia, trabaja, escucha y TRIUNFARAS.

Angeles Tovar.

Agradecimiento

A todas las personas que participaron y me apoyaron durante el tiempo en que ésta tesis fue elaborada.

A los centros de salud urbano Simón Díaz y rural Escalerillas por su apoyo y participación.

A mi familia por el tiempo necesario que le quite, para poder elaborar mi tesis agradezco su ayuda y comprensión.

A mis hermanos por el apoyo moral y económico que me brindaron para poder realizar esta meta.

Al mejor niño del mundo, por ser tan sincero, valiente y adorable que me enseña a vivir cada día: Andy.

A mi esposo, por su amorosa compañía, comprensión e ininterrumpido apoyo.

Gracias

INDICE

	Pagina
INTRODUCCION	1
1.- ANTECEDENTES	4
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION	13
3.- MARCO TEORICO	17
3.1.1 Patología bucal en la vejez.....	21
3.1.2 Alteraciones gingivales del adulto mayor.....	23
3.1.3 Cambios en mucosas orales.....	25
3.1.4 Cambios malignos.....	29
3.1.5 Patología de tejidos duros.....	29
3.1.6 Oclusión.....	35
4.- HIPOTESIS	36
5.- OBJETIVOS	37
5.1.1 Objetivo general.....	37
5.1.2 Objetivo específico.....	37
6.- METODOLOGIA	38
7.- RESULTADOS	43
8.- DISCUSIÓN	63
9.- CONCLUSIONES	71
10.- SUGERENCIAS	74
BIBLIOGRAFIA CITADA	75
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	79
ANEXOS	80

INDICE DE GRAFICAS

	Pagina
Gráfica 1: Edad y sexo de la población de 60 años y más en área de influencia del centro de salud rural Escalerillas.....	44
Gráfica 2: Edad y sexo de la población de 60 años y más en área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz.....	44

INDICE DE TABLAS

	Pagina
Tabla 1: Características sociodemográficas de la población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	45
Tabla 2: Población de 60 años y más con seguridad social, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	46
Tabla 3: Prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	46
Tabla 4: Uso de medicamentos y los más utilizados en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	47
Tabla 5: Consumo de tabaco por sexo en población de 60 años y más, área de influencia de centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	48
Tabla 6: Disponibilidad y uso de cepillo dental en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	49
Tabla 7: Percepción de costos y visitas al dentista en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	50
Tabla 8: Gingivitis por sexo y grado en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	51
Tabla 9: Placa dental bacteriana en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	51

Tabla 10: Calculo sub y supragingival en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	52
Tabla 11: Bolsas sub y supragingivales en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	53
Tabla 12: Organos dentarios cariados, perdidos y obturados en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	54
Tabla 13: Caries radicular en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	54
Tabla 14: Organos dentarios que requieren extracción en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	55
Tabla 15: Promedio de órganos dentarios perdidos en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	55
Tabla 16: Movilidad en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	56
Tabla 17: Grados de abrasión en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	57
Tabla 18: Patología de tejidos blandos en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	58
Tabla 19: Alteraciones en la articulación temporomandibular en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	58

Tabla 20: Uso de prótesis total en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	59
Tabla 21: Uso de prótesis fija en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	60
Tabla 22: Restauraciones irritantes en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas.....	60
Tabla 23: Medida de asociación (RR) y χ^2 en población de 60 años y más, área de influencia del centro de salud urbano Simón Díaz y centro de salud rural Escalerillas junio 2000 y julio 2001.....	62

INDICE DE ANEXOS

	Pagina
Anexo 1: Operacionalización de variables.....	80
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	87
Anexo 3: Implicaciones bioéticas en investigación con sujetos humanos.....	93
Anexo 4: Carta de consentimiento informado.....	94
Anexo 5: Recursos humanos, materiales y presupuestales.....	95
Anexo 6: Cronograma de actividades.....	98

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de patología bucodental en la población geriátrica de San Luis Potosí. Se realizó un estudio Transversal, observacional y comparativo con muestreo Probabilístico, para aportar información que permita a los planificadores de programas elaborar una estrategia de promoción y educación bucodental dirigida a este grupo. **Material y métodos.** Un total de 160 pacientes de ambos sexos del área urbana Simón Díaz y del área rural Escalerillas fueron revisados en los meses de octubre del 2000 a enero 2001, el examen consistió en la observación y palpación de los tejidos bucales de cabeza y cuello. El diagnóstico fue establecido a través de la correlación de los hallazgos clínicos y el interrogatorio. **Resultados.** El 84% del total de la población estudiada, presentó algún tipo de patología bucodental, el 20% del área urbana y el 18.75% del área rural son edentulos, a pesar de que el 85% de la población del área urbana cuenta con cepillo dental solo el 57.5% hace uso del mismo, mientras que en el área rural el 54% tiene cepillo pero solo un 10% lo utiliza. Con relación a las visitas al dentista un porcentaje tan elevado como el 71.25% (57) en el área urbana y un 93.75% (75) en el área rural, no acude.

Palabras Clave: Geriátrica, patología, bucodental.

SUMMARY

Objective. To determine the prevalence of oral/dental pathology in the geriatric population of San Luis Potosí. *Did a Cross-sectional, observacional and comparative study was made Probabilístico sampling, to contribute information that allows the planners these programs to process a strategy of promotion and bucodental education directed to this group.*

Material and methods. A total of 160 patients of both sexes of the Simon Diaz and Escalerillas were reviewed during the months of October 2000 to January 2001, the examination consisted of in the observation and palpation of the tissues of head and neck. The diagnostic was established by the correlation in the clinical findings and interrogation.

Results. 84% of the total of the population studied, presented some type of oral/dental pathology, 20% presented loss of teeth (edentulous) even though 85% of the urban area counts with a toothbrush only 57,5% make use of it, meanwhile in the rural area 54% have a brush but only 10% uses it. In relation to the visits to the dentist the percentage is as high as 71.2% in the urban area and 93.7% do not visit the dentist.

Key words: Geriatric, pathology, oral-dental.

INTRODUCCION

La evolución de la higiene y la medicina en todas sus ramas ha dado como resultado el incremento en la esperanza de vida del ser humano; el advenimiento de la inmunización ha permitido disminuir el número de muertes prematuras y de pacientes con secuelas de enfermedades que en otros tiempos fueron consideradas verdaderas plagas para la humanidad; la mejoría en las condiciones sanitarias del medio ambiente, el éxito de las campañas de prevención, el fomento de la salud y la detección oportuna de enfermedades condicionaron un cambio radical en el perfil epidemiológico de la población.

La transición demográfica provoca que México experimente un proceso de envejecimiento que incrementa las cifras absolutas y porcentuales de la población de edad avanzada. Es decir un número creciente de ancianos.

En San Luis Potosí, según datos del Consejo Estatal de Población (COEPO), en 1990 existían cerca de 84 313 personas mayores de 65 años, lo que equivale al 4.1% de la población total, para el año del 2000 se calculó que sería del 5.2%, de persistir esta tendencia, con base en las proyecciones realizadas por este mismo organismo se estima que en el año 2010 existirán 170 817 adultos mayores de 65 años, lo que equivale a un 6.6%.¹

Se espera que para el tercer milenio el perfil epidemiológico bucal se caracterice por la elevada incidencia de caries dental, parodontopatías y maloclusiones en el grupo de edad menor de 20 años y por un aumento en las necesidades de atención curativa: obturaciones, implantes y prótesis, en los adultos de 20-64 años de edad.² Para afrontar con éxito esta transición se deberán efectuar las adecuaciones pertinentes en las instituciones prestadoras de servicios, al incluir dentro de sus programas acciones dirigidas a la población mayor, orientadas a la disminución de los costos de la atención hospitalaria y a mejorar la calidad de vida de este grupo.³

Al anticipar esta modificación en el perfil epidemiológico de la población, las universidades, instituciones y organizaciones gremiales tendrán la oportunidad de preparar recursos humanos capaces de afrontar la nueva situación, por lo que es deseable que se inicien los trabajos para la impartición de cursos de actualización, diplomados y especialidades en el área de Odontogeriatría, programas que deberán considerar además del estudio de la patología señalada con anterioridad, un componente para el abordaje psicológico de esta población, frecuentemente soslayada.⁴

La base de la vejez exitosa es vivir una vida activa y adaptarse al medio en que se desarrolla. El envejecimiento activo es el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales: físicas, cerebrales, afectivas y sociales, un buen estado nutricional y un proyecto de vida motivante para prevenir déficits psicológicos y sustituir lo que ya no se puede hacer. Además, se deben emplear los paliativos apropiados (prótesis, equipo electrónico e informático) que permitan compensar las incapacidades y favorecer la consecución de un envejecimiento exitoso.⁵

Al adulto de 65 años o más se le ha dado poca o nula atención en cuanto al fomento de la salud, a la prevención y atención dirigida al riesgo; lo cual ha traído consigo el deterioro en la calidad de vida de este grupo de la población. En general, la patología bucodental de estos pacientes está representada por procesos crónicos, donde factores negativos acumulados por muchos años, actúan sobre el organismo en regresión, lo que favorece su progresión a estadios de mayor gravedad, especialmente cuando no se considera de importancia el adecuado estado de salud bucal como componente de la calidad de vida; además, es conocido que un número importante de adultos mayores presenta enfermedades de los tejidos de sostén y del aparato estomatognático en general.

Estos padecimientos se ven complicados por las alteraciones propias del envejecimiento o por la presencia de enfermedades crónico degenerativas, incluida la posibilidad de sufrir neoplasias malignas. Por las manifestaciones muy particulares de la patología bucal, el

paciente anciano requiere una atención multidisciplinaria, lo que constituye un reto para la odontología en sus diferentes niveles de atención.

En este trabajo se pretende conocer la frecuencia de patología bucodental del paciente geriátrico en dos comunidades (Escalerillas y Simón Díaz) del estado de San Luis Potosí y proporcionar información a los tomadores de decisiones para mejorar la atención a la salud bucodental de los adultos mayores.

1.- ANTECEDENTES

La vejez es la tercera etapa biológica del individuo según la clasificación de la OMS. Esta etapa contempla dos fases: la senilidad que va de los 60 a los 80 años, y la ancianidad que contempla de los 80 en adelante.⁶ Es un fenómeno biológico natural, no puede considerarse una enfermedad, aun cuando el paso de los años facilita la aparición de procesos discapacitantes. A medida que un individuo envejece su carga de salud se deprecia, existe una mayor probabilidad de que enfermedades crónico-degenerativas o neoplasias puedan presentarse, ya que la edad es un factor de riesgo para muchos de estos padecimientos.

En la teoría de la desvinculación, Rappaport en la salud mental de la tercera edad manifiesta que el envejecimiento óptimo lo logra quien resiste la reducción progresiva de su mundo social y mantiene actividades de la edad madura mientras le es posible, para después hallar sustitutos del trabajo cuando se ve forzado a retirarse, de los amigos y los seres amados cuando los pierde.⁷

No existe claramente un criterio de aceptación universal para el inicio de esta etapa, aunque en nuestra sociedad la jubilación laboral parece ser uno de los indicadores importantes sobre la llegada a la tercera edad.

La gerontología, considerada como ciencia madre de todo lo relacionado con la vejez, se inició a principios del siglo XX, cuando Merchnikov, premio Nobel en 1904, manifiesta su inquietud de desarrollar una rama científica encargada de estudiar el envejecimiento, aplicando los modernos criterios de la investigación.

El desarrollo de la Gerontología en México es muy reciente, aun cuando existen antecedentes de la asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, la cual manejaba los Hospicios y establecimientos de beneficencia del Gobierno de México. El antecedente más inmediato de la preocupación gerontológica como tal, no fue sino hasta 1977 con creación de una sociedad para el

estudio, investigación y difusión de la Geriatría y la Gerontología (Sociedad de Geriatría y Gerontología en México GEMAC). Posterior a ello, viene ya la formación de varias asociaciones, grupos y organismos oficiales y privados que se han preocupado por alguno de los múltiples aspectos de la Gerontología, entre ellos están DIVE (Dignificación de la Vejez). INSEN (Instituto Nacional de la Senectud) creado en noviembre de 1979; DIF (Sistema para el desarrollo Integral de la Familia) y de muy reciente creación, el Consejo Mexicano de Geriatría, en 1983. Más adelante se abrieron albergues, centros gerontológicos, clubes de la tercera edad (con más de un millón de afiliados), la Procuraduría de la Defensa del Anciano, la Bolsa de trabajo, el Club de Ecología, el Departamento Deportivo, el Voluntariado y los Cursos de Preparación al Retiro. Destaca la fundación del Centro Cultural de la Tercera Edad, que cuenta con más de 900 alumnos y la posibilidad de transformarse en Universidad de la Tercera Edad.

La importancia de la gerontología en México se ha elevado gracias a los programas de estas sociedades; más de 2000 profesionales médicos, psicólogos, odontólogos, abogados, enfermeras y estudiantes han participado en los cursos de “introducción a la gerontología”, con el objetivo de atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas.⁸

Los conocimientos actuales en materia de gerontología y geriatría han adquirido una magnitud tal que para su manejo correcto se requiere personal especializado; por ello, en otros países se han establecido universidades en este sentido, mediante las cuales se ha obtenido una mejor atención médica y una mayor calidad en las condiciones de vida de los ancianos.

En el país en 1985 se contaba con 10 o 15 gerontogeriatras, todos ellos egresados de universidades extranjeras, pues la gerontología y la geriatría no existían en ninguna institución de educación superior como especialización ni como materia curricular en las licenciaturas biomédicas (Medicina, Psicología, Odontología, Enfermería)⁹

En 1985 el Instituto Politécnico Nacional (IPN) forma los primeros geriatras mexicanos y crea la maestría en ciencias con especialidad en geriatría. La Universidad Iberoamericana (UIA), otorga el diplomado universitario en Gerontología, con una intensidad de 184 horas y se imparte desde 1990 en el Instituto de la Tercera Edad.

En noviembre de 1978, en la ciudad de México, se realizó el primer Congreso Nacional de Gerontología, y en 1991 en el mes de octubre se desarrolló el VII Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología y el Curso Internacional de Gerontología

La Norma Oficial Mexicana (NOM-013-SSA2-1994), establece métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios de prevención de la salud bucal, a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en el país. Pretende optimizar y actualizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención, la disminución de costos y la reducción en la mayor medida posible, de los problemas derivados de la mala práctica; todo esto, con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población mexicana, y de crear la nueva Cultura de la Salud.¹⁰

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo.

A pesar de que las personas de edad avanzada gozan de menos cuidados dentales y que las enfermedades dentales crónicas son más frecuentes en las personas de tercera edad que en las de cualquier otro grupo, la NOM no hace mención alguna de la atención específica que debe brindarse al paciente de la 3ra edad, como un grupo con características y necesidades particulares.

La información existente sobre la patología bucal en la población geriátrica de México es limitada y los reportes existentes generalmente provienen del extranjero, de estudios

realizados en pacientes institucionalizados. Estadísticas actuales muestran que prácticamente en casi todos los aspectos, las personas de mayor edad necesitan más servicios dentales que la contraparte de gente más joven en la población general.

Chile es uno de los países de América del Sur con mayor número de ancianos, su proporción de adultos de 60 y más años es de 10.2% (más de 1 200 000 personas), por lo que necesitan y utilizan más los servicios de salud. Un estudio realizado con 4 700 habitantes chilenos, para conocer la frecuencia con que asistían a consulta dental, obtuvo resultados desalentadores al conocer que sólo el 5.4% asiste a consulta dental, con una frecuencia superior en los hombres. Según el nivel socioeconómico, la diferencia fue altamente significativa entre los residentes en las comunas de alto nivel socioeconómico y el resto.¹¹

En una encuesta realizada a 491 personas jubiladas no institucionalizadas, de la tercera edad residentes del distrito Tetuán de Madrid, para conocer el estado de higiene bucodental, encontró que el 52.8% de los pacientes no se cepillaba los dientes, el 90.6% no acudía regularmente a su dentista y el 62.1% lo utilizaba como un servicio de urgencia, concluyendo que presentaban un gran desinterés por su salud oral, ya que no cepillan su boca y no acuden regularmente al dentista. Este desinterés no se atribuye a la edad sino más bien a la carencia de hábitos positivos adquiridos a edades más tempranas y a la creencia de que las alteraciones en sus bocas respecto a la pérdida de los dientes son debidas a la edad.¹²

En un estudio llevado a cabo en 1978 en Estados Unidos, casi dos tercios de los individuos entre 65 y 74 años de edad sufrían enfermedad periodontal; el mismo estudio comprobó una frecuencia de 41% en la población general. Las personas de edad avanzada tienen en promedio 22.5 dientes perdidos, cariados u obturados; nueve veces más que la cifra media para personas jóvenes. La presencia y la gravedad de la enfermedad parodontal y de la gingivitis también aumentan con la edad. El 50% de los estadounidenses han perdido parte de su dentadura a los 65 años y más, dos tercios carecen totalmente de dientes cuando

llegan a los 65 años. Las personas de 60 o más años de edad tienen cuatro veces mayor tendencia de haber perdido sus dientes naturales que los jóvenes; el 45.5% de ancianos no tiene dientes, en comparación con el 10.7% de la población general.¹³

Se estima que la enfermedad periodontal afecta al 90% de ancianos que tienen dientes naturales, puede deberse a un efecto acumulativo de la misma enfermedad y no a una mayor susceptibilidad a la enfermedad a causa del envejecimiento. En Estados Unidos el 90% de los individuos de más de 65 años está parcialmente edentulo y aproximadamente el 34% lo está completamente.¹⁴

En Estados Unidos, al cáncer bucal le corresponde el 5% de todos los cánceres en los varones, el 2% en las mujeres, y el 2.5% de todas las muertes por cáncer. En 1975 se descubrieron más de 23 000 casos nuevos, y se registraron unas 8 200 muertes. Casi el 90% de todos los cánceres bucales se presentaba en personas de más de 45 años, el promedio de edad cuando se establece el diagnóstico es de 60 años.¹⁵

La incidencia de cáncer oral es más alta en los ancianos y es la causa de casi 8 000 muertes anuales en la Unión Americana el cual fue diagnosticado en 30 000.¹⁶

Actualmente, el cáncer es uno de los padecimientos más severos que afligen a la humanidad, tanto por su elevada tasa de mortalidad como por las secuelas que su tratamiento produce. En algunas regiones del mundo la prevalencia y la incidencia de esta enfermedad constituye uno de los problemas prioritarios de salud pública, por lo que es fundamental conocer sus factores de riesgo.

La mayoría de las neoplasias malignas de la cavidad bucal son de origen epitelial y pueden manifestarse ya sea como lesiones ulcerativas, nodulares, en forma de placa o mancha blanca o bien, como un área eritematosa o eritematosa leucoplásica.¹⁷

El cáncer oral es una amenaza grave para los ancianos más que para otro grupo de edad, especialmente para los desdentados, lo que impone una responsabilidad más allá del

examen común para una orientación preventiva, ya que según Woodall el cáncer oral es la segunda causa de muerte en los individuos de más de 55 años, con más frecuencia en varones que en mujeres, con una relación de 2 a 1.¹⁸

En 1977 fallecía por cáncer de cavidad oral y orofaringe un habitante por cada 200 000. La mayor frecuencia de la enfermedad se localizó en la lengua en un 40%; seguido de piso de boca y partes no especificadas con 25%; glándulas salivales 15%; orofaringe 10%; labio y encía 5%.¹⁹

El departamento de patología del Centro hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE efectuó un estudio estadístico para conocer la frecuencia con que se presentan las neoplasias y otras lesiones que pueden simular tumores en la cavidad bucal, la revisión abarco un periodo de cinco años, de 1978 a 1982, revisándose un total de 45 956 biopsias. Cuyos resultados fueron 186 casos de tumores malignos, 269 de tumores benignos, 219 de Pseudotumores y 34 casos de tumores odontogénicos, quistes de los maxilares y lesiones afines.²⁰

Con el propósito de detectar las alteraciones de la cavidad bucal y de estructuras relacionadas más frecuentes en población geriátrica se llevó a cabo un estudio epidemiológico en 24 municipios del Estado de México. Un total de 10 561 domicilios fueron visitados, captándose 2 308 personas, de las cuales 699 (30.3%) fueron varones y 1,609 (69.7%) mujeres. Durante el estudio se detectaron 537 lesiones con una prevalencia de 232 x 1 000 correspondiendo el 66.6% de los casos al sexo femenino y el 33.3% al sexo masculino. Las patologías más frecuentes fueron: Hiperplasia fibrosa (7.8%), lengua geográfica (6.9%), nevo pigmentado (5.4%), hiperplasia epitelial focal (3.1%), leucoedema (3.16%), hipertrofia papilar (6.1%) y otras lesiones que en conjunto totalizaron un 29.79%. Estas prevalencias son diferentes a las reportadas en otros estudios.²¹

De acuerdo con Squier y cols. en la prevalencia de lesiones en mucosa oral en ancianos los cambios más significativos que se producen a nivel microscópico en la mucosa oral fueron:

atrofia del epitelio superficial, principalmente a nivel del dorso de la lengua, incremento en la queratinización, aplanamiento de la unión entre el epitelio y tejido conectivo, disminución en el número de células y degeneración de la fibras del tejido conectivo, aumento en la cantidad de glándulas sebáceas (puntos de Fordyce), atrofia progresiva de las glándulas salivales menores, disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, particularmente de encía y lengua, donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.

Los cambios macroscópicos encontrados por Rueda y cols. en 150 ancianos residentes de tres asilos de la ciudad Puebla fueron: aumento tisular, liquen plano, candidiasis atrófica crónica, leucoplasia, queilitis angular, pigmentación melánica gingival, torus palatino, varices linguales, puntos de fordayce, leucoedema, queratosis friccional, pigmentación melánica no gingival, pigmentación melánica focal, lengua fisurada, ulceraciones por prótesis total mal adaptadas, las entidades registradas con mayor frecuencia fueron las várices linguales con un (62.2%), los puntos de Fordyce (52.5%), leucoedema (47.5%) y la queratosis friccional (22.5%).²²

Una encuesta realizada en 1981 a 1537 senectos, 609 residentes de una área urbana y 928 de una suburbana, en cuatro estados de la República Mexicana, encontraron que las principales alteraciones odontológicas son las siguientes: anodoncia (47.1%) urbana y (37.3) suburbana, dolor en las encías o los dientes (0.3%) urbana y (0.2%) suburbana, dificultad para masticar (0.6%) urbana y (0.8%) suburbana, falta de dientes y dolor (4.8%) urbana y (3.3%) suburbana, falta de dientes y dificultad para masticar ((26.5%) urbana y (31.7%) suburbana, falta de dientes, dolor y dificultad para masticar (16.3%) urbana y (21.6%) suburbana, dolor en las encías o los dientes y dificultad para masticar (0.2%) urbana y (0.5%) suburbana, ningún problema (4.1%)urbana y (4.1%) suburbana. El estudio incluyó datos relacionados con la salud, la vivienda, el medio ambiente, el bienestar, los ingresos, el empleo, la educación, la familia y la participación en actividades comunitarias. Como resultado de la encuesta se vio que las necesidades objetivas y subjetivas de los ancianos eran coincidentes. En donde las necesidades prioritarias resultaron ser en orden de

importancia: atención primaria de la salud, educación comunitaria y programas voluntarios, accesibilidad a los servicios de salud y el entrenamiento de personal médico y paramédico para que atienda las necesidades específicas de los ancianos.²³

Los adultos que tienen superficies radiculares expuestas como resultado de la pérdida de inserción periodontal presenta un mayor riesgo de presentar caries radicular. Suele encontrarse con mayor frecuencia en los molares.²⁴ Las medidas recomendadas actualmente para prevenir la caries radicular son la eliminación mecánica de la placa bacteriana. Lamentablemente resulta difícil para el anciano llevar a cabo medidas de higiene oral efectivas debido a limitaciones funcionales, como las resultantes de artritis, y accidente vascular cerebral u otras enfermedades debilitantes.

Se realizó un análisis epidemiológico, en 1997 a 25 555 553 derechohabientes usuarios adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). De esta población, 2 141 793 (8.3%) correspondieron a los 65 años o más. El objetivo de este estudio era conocer las principales causas de demanda de servicio médico. Con respecto a la atención de estomatología, la población mayor de 65 años que demandó el servicio fue de 184 791 (3.9%). El motivo de consulta fue por enfermedad en tejidos dentarios duros 73 105 (2.9%), enfermedad periodontal 46 456 (6.7%), enfermedades de la pulpa 35 722 (5.6%), trastornos del desarrollo y erupción de los dientes 3 975 (1.8%), maloclusión 1321 (3.2%), enfermedades de maxilares 2 307 (7.1%), enfermedades de glándulas salivales 241 (9.5%) y afecciones de la lengua 84 (11.4%).²⁵

Un estudio realizado a 100 pacientes de 65 a 75 años, incluyó población abierta y del INSEN, los resultados fueron: ninguna enfermedad (18% mujeres y 16% varones), mordedura de carrillo (12% mujeres y 14% hombres,) estomatitis (10% mujeres y 1% varones), alteraciones de la articulación temporomandibular (12% varones, 10% mujeres), gingivitis (15% varones y 13% mujeres), enfermedad periodontal (18% varones y 17% mujeres), hábitos perniciosos (6% ambos sexos), alteraciones linguales varias (glosodinea

1% mujeres, candidiasis 2% ambos sexos, lengua saburral 12% ambos sexos), úlceras (herpes simple 2% mujeres), caries 2% ambos sexos.²⁶

2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

Los avances tecnológicos, el desarrollo de sistemas de atención más eficaces, la implementación de programas de promoción y prevención para la salud en el país han dado lugar a un aumento en la esperanza y nivel de vida. La transición demográfica provoca que México experimente un proceso de envejecimiento que incrementa las cifras absolutas y porcentuales de la población de edad avanzada, provocando un número creciente de ancianos en México.

Para dar más vida a los años, la Asamblea General de las Naciones Unidas recomienda que las personas de edad cuenten con la suficiente independencia sobre cómo y dónde vivir; participen activamente en la sociedad; puedan recibir los cuidados y la protección de sus familias y la comunidad; tengan acceso a recursos educativos, culturales y recreativos que les permitan su autorrealización y puedan enfrentar con dignidad los últimos años de la vida, así mismo se espera que tengan acceso a los servicios de atención de salud que les ayude a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados con el aumento en la esperanza de vida y de la formulación de políticas internacionales, se le ha brindado poca o nula atención a la salud bucodental. La caries y la enfermedad periodontal son las patologías de mayor prevalencia de la población pero no se les da la importancia que merecen debido a que no causan mortalidad.

La rehabilitación y prevención son actividades que no se consideran prioritarias a pesar de los graves problemas digestivos, nutricionales, estéticos y de lenguaje, lo que ha llevado a que las personas de más de 60 años tiendan a creer equivocadamente que es inevitable la pérdida de dientes, la movilidad, el acúmulo de cálculo, la caries y la disminución de saliva; además, están de acuerdo en que hay que esperar más enfermedades, molestias y dolores a medida que se envejece, por lo que generalmente están menos interesados en el cuidado

preventivo de su boca, lo que se ve reflejado en una disminución de salud bucodental. Es importante insistir en que tales enfermedades no son necesariamente función del envejecimiento, por el contrario, pueden ser indicación del poco acceso a los servicios sanitarios y de la baja cobertura en la satisfacción de las necesidades médicas y dentales de la población senecta, así como en la disponibilidad de cada individuo para recibir tratamiento.

En San Luis Potosí, según datos del Consejo Estatal de Población (COEPO), en 1990 existían cerca de 84 313 personas mayores de 65 años, lo que equivalía al 4.1% de la población total, para el año del 2000 se calcula que será del 5.2%; de persistir esta tendencia, con base en las proyecciones realizadas por este mismo organismo se estima que en el año 2010 existirán 170 817 adultos mayores de 65 años, lo que equivale a un 6.6%. Actualmente en el Municipio de San Luis Potosí, existen 689 925 habitantes de ellos, un grupo muy grande de 43 466 que corresponde al 6.3% son mayores de 60 años.

En el Estado se dispone de poca información sobre la prevalencia de enfermedades bucodentales, no se han realizado diagnósticos de salud bucal en mayores de 60 años y no existen programas en el área, con acciones específicas dirigidas a este grupo de edad. Sin embargo en México se realizó un estudio en 24 municipios a 2 308 personas con el fin de detectar las alteraciones de la cavidad bucal en población geriátrica. Las patologías más frecuentes fueron: hiperplasia fibrosa, lengua geográfica, nevo pigmentado, hiperplasia epitelial focal, leucoedema e hipertrofia papilar. También se han realizado encuestas en cuatro estados de la República Mexicana en 1537 senectos del área urbana y suburbana con el fin de conocer las principales alteraciones odontológicas, en donde se encontró que la anodoncia y dificultad para masticar eran los principales problemas.

Se realizó un análisis epidemiológico a 2 142 793 derechohabientes usuarios mayores de 65 años con el fin de conocer las principales causas de demanda de atención estomatológica, la población geriátrica que demandó el servicio fue 184 791 el motivo: enfermedad de tejidos duros, enfermedad de tejidos blandos, enfermedad de la pulpa,

maloclusión, enfermedades de los maxilares, enfermedad de las glándulas salivales y afecciones de la lengua.

Las alteraciones bucodentales de la población geriátrica son alteraciones de magnitud considerable, lamentablemente a nivel institucional, son un tema de poca prioridad, desplazado por alteraciones de la salud más graves, más urgentes o de mayor interés político. Sólo ha recibido una atención pasajera en diversos aspectos, dándole un mínimo grado de importancia a la población geriátrica y sólo en fechas recientes surge el interés por evaluar su salud oral, por lo que es de suma importancia conocer la frecuencia de enfermedad bucodental de la población geriátrica de una área urbana y una rural de San Luis Potosí.

El aumento de la esperanza de vida de la población en general y en particular la de los adultos mayores en todo el mundo, debe ser tomado como un resultado exitoso para la humanidad. El avance en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, aunado a la baja exposición a condiciones de riesgo, aumentan las expectativas de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud y vivir una vejez exitosa.

Debido al incremento acelerado de este grupo y a la alta frecuencia de problemas bucodentales en las personas de 60 años y más, es necesario conocer el estado de salud que permita a los tomadores de decisiones conocer la prevalencia enfermedades bucodentales, para la implementación de un programa de intervención que cubra sus necesidades de salud oral y de respuesta a sus principales problemas, ya que en la actualidad existen programas de salud oral dirigidos específicamente a niños, mujeres embarazadas y pacientes con problemas crónico degenerativos, dejando des protegido a un grupo de la población que va en aumento progresivo.

La prevención de enfermedades bucodentales y la conservación de la dentadura natural debe ser un fin primordial. Para lograrlo debe combatirse el mito de que la pérdida de

dientes es consecuencia necesaria de la edad. Tal pérdida no es inevitable ni debe ser aceptada como parte del deterioro emocional y físico el individuo.

La responsabilidad de cambiar actitudes hacia la higiene oral y los estados patológicos corresponden no sólo a los individuos sino también a los profesionales dentales, instituciones y organizaciones de salud porque éstos constituyen la principal vía de información acerca de las medidas preventivas.

El contar con mayor información respecto a la frecuencia y tipo de patología bucodental en adultos mayores permitirá estructurar programas de promoción, prevención y atención oportuna e integral dirigidos específicamente a esta población.

De igual manera proporcionará un diagnóstico basal para evaluar en un futuro la pertinencia y eficacia de las acciones implementadas.

3.- MARCO TEORICO

El término gerontología proviene del griego (gerón-anciano; logos-tratado) y se designa a la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales, psicológicos y sociales, se auxilia de la medicina, la sociología, la psicología, la psiquiatría, la economía y la odontología entre otras.

El envejecimiento es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica mundial. Así, mientras la población general crece a un ritmo de 1.7% anual, los individuos de 60 años y más experimentan un aumento de 2.5%. En un principio este proceso es característico de países industrializados, pero en la actualidad los incrementos en la proporción de adultos mayores respecto al total de la población tiende a ser más evidente en las llamadas naciones periféricas. Esto último puede atribuirse no sólo a una mayor esperanza de vida, sino a los descensos observados en la fecundidad.²⁷

En los comienzos del Siglo XX, en los países más desarrollados como Estados Unidos se tenía un promedio de vida de 47 años, en tanto que para países como México era de 36 años. A finales del siglo se ha observado en los países industrializados un gran aumento en la esperanza de vida, que sobrepasa el promedio de los 70 años; así, Suecia y Noruega ocupan el primer y segundo lugar respectivamente, con un promedio de 75 años, seguidos por Japón, países bajos y Dinamarca con 74 años. Otros países con menor desarrollo económico e industrial como es el caso de México con 76 años. Esto indica que la edad de la población muestra un cambio estructural en todo el mundo con respecto a la expectativa de vida. La "Revolución de la Longevidad" es un fenómeno amplio no sólo la esperanza de vida es mayor, sino también el número de personas mayores de 65 años.²⁸

El caso particular de México plantea un escenario interesante, en 1950 el grupo de 60 años y más representaba 5.6% de la población total, en 1990 la proporción llegó a ser del orden de 6.2% y, según algunas estimaciones, se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6%. La variación de 6.4% puntos porcentuales en el

periodo de 1990-2030 significará, en cifras absolutas, pasar de 5 016 000 individuos de más de 60 años a 17 404 000.²⁹

Al igual que el resto del mundo México experimenta un proceso de envejecimiento demográfico, caracterizado por el aumento en números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas. Este envejecimiento de la población viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí, la transición demográfica y la transición epidemiológica.

Definida brevemente la transición demográfica como los cambios que ocurren en la estructura de la población, producto principal de las bajas en la fecundidad y la mortalidad. La transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico degenerativas e incapacitantes.³⁰

El crecimiento del segmento de la población geriátrica considerada por muchos la gran marginada de la sociedad actual, indica la urgencia de que la sociedad dirija su atención a los problemas de los ancianos y esté preparada para atender sus necesidades. Ante esta situación es conveniente conocer la situación real, referido al área de odontología que nos obliga a investigar la odontología geriátrica. Este incremento sugiere a las escuelas o facultades de odontología incluir en sus planes de estudio de Pre o Pos-Grado, la odontología geriátrica, que abarque no solamente los procedimientos clínicos de construcción protésica, a la que se dedica el profesional la mayor parte del tiempo, con elevados presupuestos, sino a los aspectos biológicos, psicológico y social.

Los principales factores que fundamentan la capacitación del Cirujano Dentista en el área de la Odontogeriatría son el crecimiento lento y constante de la población de 60 años, el aumento de la esperanza de vida, así como la carencia de investigaciones y conocimientos de los aspectos biológicos de la salud oral en el senecto y su interrelación con el estado de

salud general, aunado a la falta de un modelo de interés académico odontogeriátrico, que permita a las instituciones responder adecuadamente a los procesos de evolución social, con profesionistas que solventen las necesidades y que reclaman estos cambios evolutivos, son los principales factores fundamentan la Odontogeriátrica como rama de la Odontología.

En el futuro los programas asistenciales deben orientarse a la rehabilitación del individuo, concientizando a la población a exigir este derecho, la profesión a nivel postgrado y pregrado deben recibir mayor información en geriatría y gero-odontología; el personal de salud y encargados de institutos de gerontología (enfermeras y auxiliares) deben entrenarse para aconsejar y ayudar a sus ancianos en el mantenimiento de la salud oral, reconociendo e identificar sus problemas bucales.³¹

Las enfermedades bucales y las necesidades de tratamiento en el anciano varían notablemente en cada país, en sus diferentes regiones, e incluso entre los pacientes hospitalizados, los institucionalizados y los que viven en comunidades. Estas diferencias pueden estar dadas por factores como el nivel socioeconómico, la historia médica dental del individuo, el costo del tratamiento, el acceso a los servicios dentales, la incapacidad física, los factores sociales, y la actitud negativa de algunos odontólogos, que creen o se les hizo creer, que el anciano es poco apto para la rehabilitación dental y tratamiento preventivo. La causa principal de estas actitudes es una falta de comprensión sobre la naturaleza y los procesos del envejecimiento humano y su relación con la salud bucal. Se exacerban más esas situaciones por la incapacidad de algunos odontólogos para comunicarse adecuadamente con personas mayores y para comprender sus circunstancias socioeconómicas.

Pacientes mayores de 60 años manifiestan no solicitar tratamiento dental porque perciben una falta de respeto y de consideración hacia sus necesidades por parte de los profesionales dentales. Los estudios han demostrado que los estudiantes médicos dentales y de enfermería tiene estereotipos mantenidos por personas independientemente del estado

socioeconómico y ocupacional o de la edad, a pesar de la creciente información disponible sobre los ancianos.

Estos mitos incluyen que la mayoría de los adultos mayores son frágiles y dependientes, el envejecimiento es una segunda infancia, la mayor parte de las personas mayores viven en un nivel de pobreza, son menos inteligentes conforme envejecen, están en instituciones, ya han dejado de ser creativos y miembros autosuficientes de la sociedad.³²

Estas barreras son causales de los problemas en la atención dental preventiva y de rehabilitación del anciano. Primero la actitud de los ancianos hacia la enfermedad dental, tienden a creer que se debe esperar una deficiente salud bucal con el envejecimiento y que nada puede hacerse. En consecuencia no buscan el cuidado dental preventivo y de restauración tanto como los individuos más jóvenes, ya que no creen requerirla.

En general la patología bucal del anciano está representada por procesos crónicos, donde factores negativos acumulados por muchos años, actúan sobre un organismo en regresión, lo que favorece su progresión a estadios de mayor gravedad. El anciano tiene un alto nivel de necesidades no cubiertas. Una tendencia alentadora es que la tasa de edentulos está disminuyendo, lo que significa que las personas conservan más dientes en fases posteriores de la vida. Esto se debe a una mayor exposición a medidas preventivas y tratamiento dental.

La educación preventiva es muy importante en este grupo edad, por lo que es de gran importancia diseñar estrategias de prevención para reducir el riesgo de caries dental y enfermedad periodontal.

Insistiendo en los aspectos positivos de la conducta preventiva es más probable que se despierte el interés del paciente que cuando se subrayan las posibilidades negativas. Las técnicas de motivación deben recalcar los aspectos positivos de la conducta sana y no centrarse en las consecuencias de la enfermedad y los propios temores del paciente.

También es importante que los ancianos crean en sus propias capacidades para ser autosuficientes y proporcionarse tratamiento en vez de ser animados a depender de otros, lo que disminuye su autoestima y sentimiento de dependencia, logrando actitudes más positivas hacia el tratamiento dental, provocando un aumento de la demanda de servicios dentales por parte de este grupo de la población.

Las personas ancianas deben ser abordadas con la esperanza de que son individuos inteligentes, responsables y capaces; ignorar las habilidades del anciano y tratarles o hablarles como si fueran niños dependientes, frágiles, seniles y dependientes, los de la segunda infancia, los menos inteligentes conforme envejecen, lo que deberían estar en instituciones, los menos productivos de la sociedad, puede conducir a una pérdida de la capacidad percibida por parte del individuo y resultar un círculo vicioso en el que los individuos pierdan su autosuficiencia debido a las menores expectativas que percibe a su alrededor.

No sólo se debe educar a los adultos mayores sobre la necesidad de un tratamiento adecuado de la cavidad bucal independientemente de la presencia de dientes naturales, sino que además se requiere capacitarlo con respecto a los problemas potenciales de nutrición que muchas ocasiones ocurren por la limitada o nula habilidad masticatoria; esto es importante por la gran cantidad de ancianos que no usan prótesis.

Las acciones preventivas del anciano pueden verse obstaculizadas por la falta de comprensión que existe acerca de la importancia del tratamiento preventivo o la falta de conocimiento referente a las medidas preventivas disponibles.

El éxito clínico del profesional con un adulto mayor depende más de la capacidad del profesional para comunicarse que de la competencia clínica o las capacidades técnicas.

3.1.1 Patología bucal en la vejez

El sistema estomatognático de los senectos está caracterizado por las siguientes condiciones:

Cambios de coloración de los órganos dentarios, atrición dental, anodoncia parcial o total, atrofia de hueso alveolar y basal, alteraciones gingivales, cambios en la mucosa oral, en la lengua, en la articulación temporomandibular, en la cantidad y composición de la saliva, en la ecología microbiológica y aumento en la incidencia de cambios malignos. Estas alteraciones están dadas por múltiples factores como son: los mecanismos propios de la masticación, estados de estrés; nutrición deficiente, higiene inadecuada, hábitos, acunulo de ataques patológicos como la caries, de sarro, y, lo que consideramos de mayor influencia, la nula o escasa atención odontológica durante el transcurso de la vida.³³

Cambios de coloración

En la coloración de los dientes de personas de edad avanzada existe una marcada tendencia a los pigmentos amarillos, castaños o grises, presentándose más oscuros. Esto se debe a un cambio en la dentina subyacente, en donde los alimentos y hábitos influyen de manera importante. A medida que avanza la edad, la dentina de la raíz se hace más transparente, este cambio probablemente está asociado con la pérdida mineral en los túbulos, parece comenzar en la región del ápice radicular y viene acompañado por un descenso en el número de odontoblastos.

Atrición dental

El cambio más obvio es la pérdida de sustancia dentaria causada por atrición oclusal, ya que reduce la altura e inclinación de las cúspides, a raíz de lo cual, aumenta la superficie masticatoria. En el grado de atrición influye la musculatura, la consistencia de los alimentos, los factores ocupacionales y los hábitos.

Anodoncia parcial o total

Esta condición da la clásica imagen del individuo viejo, con las mejillas hundidas, los labios retraídos o hipotónicos, la mandíbula prominente, dando un falso prognatismo, la nariz colgante y la mordida colapsada.

El cambio más notable en el sistema estomatognático de los senectos es la sucesiva pérdida de dientes que puede llevar al estado completamente edéntulo. Ahora bien, el estado

edéntulo no va necesariamente unido a la senectud, por lo que no debe tomarse como una secuela casi inevitable del envejecimiento. Dentro de las enfermedades que originan principalmente la pérdida de los órganos dentarios, está la caries, la periodontitis y por último, los traumatismos.

Atrofia de hueso alveolar y basal

La causa mas importante y posterior a una extracción o pérdida dentaria es la resorción o transformación del proceso alveolar. Esta resorción es lenta e irreversible, produce un cambio en las relacion intermaxilar que conducen a las disfunciones témporomandibulares como son: la dislocación condilar y chasquido. Algunos cambios de resorción pueden considerare de origen no patológico, sino como respuesta al esfuerzo de la presión masticatoria sobre la base de la dentadura. Se ha demostrado que la reducción del grosor o tamaño del borde alveolar es menor en individuos edéntulos con prótesis que en los que utilizan dentadura total.

3.1.2 Alteraciones gingivales del adulto mayor

Los cambios que se manifiestan en las encías producidos por el envejecimiento son los siguientes: disminución de la queratinización tanto en hombres como en mujeres, disminución del puntilleo característico de la encía en jóvenes, disminución de la cantidad de células en el tejido conectivo, aumento de sustancias intercelulares y descenso del consumo de oxígeno. Con el envejecimiento también se encuentra en el ligamento periodontal aumento de fibras elásticas, disminución de la vascularización, actividad mitótica, fibras colágenas y mucopolisacaridos.

Dentro de las alteraciones patológicas gingivales se encuentran diferentes tipos de gingivitis, casi siempre causados por placa dental bacteriana, acúmulo de sarro o lesiones sobre las encías producidas por la masticación de alimentos duros, también se presentan en un alto índice las dehisencias, fenestraciones y migración gingival produciendo una denudación radicular. Estos tipos de gingivitis son:

Etapa I.

Vasculitis clásica de los vasos subyacentes al epitelio de unión y surco gingival con cambio de color de rosa pálido a rojo brillante.

Etapa II.

Aparecen signos clínicos de eritema por la proliferación de capilares y aumento en la formación de asas entre las prolongaciones epiteliales, hay cambio en el tamaño y forma de la encía y puede presentarse hemorragia durante el sondeo.

Etapa III.

Los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan, el retorno venoso resulta impedido y el flujo sanguíneo se vuelve lento. Se presenta la hemorragia de manera espontánea, la encía esta enrojecida y puede presentar dolor.

Enfermedad periodontal

Los tejidos periodontales de los ancianos son más susceptibles a la inflamación, tienden a acumular más placa y desarrollar gingivitis más rápidamente y más grave. Estos hallazgos han conducido a la idea de que la prevalencia y la gravedad de la enfermedad periodontal activa es mayor en la población anciana que en adultos jóvenes.

El índice periodontal (I. P) de Russel. se utiliza para personas con dos o más dientes permanentes en la boca y se califica de la siguiente manera:

CÓDIGO	CRITERIOS
0	Negativo no hay inflamación gingival.
1	Gingivitis inflamación que no rodea al diente.
2	Gingivitis inflamación que rodea al diente pero sin ruptura aparente de la adherencia epitelial.
6	Gingivitis con formación de bolsa, ruptura de la adherencia epitelial. No hay interferencias con la función normal de masticación, diente firme en su alvéolo. No hay migración.

- 8 Destrucción avanzada con pérdida de función, el diente puede estar suelto, suena apagado a la percusión con instrumento metálico y puede comprimirse en su alvéolo.

Cuando no exista el diente se dictará guión (-).

3.1.3 Cambios en mucosas orales

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel, la cual se nota seca y muestra entre otras manifestaciones, una notable modificación en su grosor, así como la presencia de arrugas, pigmentaciones melánicas y telangiectásicas. Cambios similares ocurren en la mucosa oral, la cual se vuelve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

En las personas de edad avanzada las membranas de las mucosas orales están atrofiadas y frágiles, razón por la cual adquieren un aspecto brillante. Clínicamente estos efectos producen una reducción de la elasticidad de los tejidos, además de que el ascenso de los capilares superficiales y la consiguiente reducción de la irrigación sanguínea retrasa y deteriora la capacidad de cicatrización de las mucosas orales en los pacientes ancianos, lo que se compara con la cicatrización de las mucosas de un paciente joven.

El tipo de cambios de la mucosa oral que pueden observarse fueron enumerados por BHASKAR en 1968 en el tratado de patología bucal y las lesiones de acuerdo al orden de frecuencia son:³⁴

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ➤ Varices Linguales. | ➤ Ulceras (benignas). |
| ➤ Enfermedad de Fordyce. | ➤ Epulis fisurado. |
| ➤ Leucoedema. | ➤ Hiperplasia papilar inflamatoria. |
| ➤ Queratósicas traumática. | ➤ Lengua geográfica. |
| ➤ Pigmentación melánica. | ➤ Fibroma |
| ➤ Lengua blanca, vellosa o revestida. | ➤ Liquen plano |
| ➤ Estomatitis nicotínica. | ➤ Mucocele |

- Torus y exostosis.
- Lengua fisurada.
- Papiloma.
- Lesiones pigmentadas (benignas).
- Carcinoma escamoso celular
- Leucoplasia.
- Placas eritematosa

Varices linguales

Las várices son venas tortuosas, dilatadas, cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática con disminución de la resistencia de sus paredes, de color azul rojizo con escaso tejido de soporte. Localizadas en la superficie ventral y bordes laterales de la lengua, así como en el piso de boca.

Puntos de fordyce

Esta entidad se compone de múltiples pápulas bien definidas de 1 a 3 mm. de diámetro, elevadas de color amarillo, las cuales se encuentran aisladas o en grupos en la mucosa de carrillos o en labios. Estos gránulos son en realidad glándulas sebáceas ectópicas, por lo que debe considerarse esta situación como una variación de la normalidad y no una enfermedad. Diversos estudios sugieren que esta condición aumenta su incidencia conforme avanza la edad y tiende a ser más frecuente en la población de raza blanca.

Leucoedema

Es una anomalía de la mucosa bucal que clínicamente se asemeja a la leucoplasia, es una entidad relativamente común en población adulta y frecuentemente se ha observado en ancianos.

La OMS define al leucoedema como un velo blanco-grisáceo difuso sobre la mucosa del carrillo," la cual no pierde flexibilidad ni suavidad y desaparece al traccionar la mucosa.

Aunque la OMS la reconoce como una variación normal de la mucosa oral, la importancia epidemiológica de esta entidad radica en diferenciarla de la leucoplasia, ya que a diferencia de ésta, el leucoedema no sufre transformación maligna.

6 SELLADOR

- Se usa este código cuando se ha colocado un sellador en la cara oclusal del órgano dentario o cuando el diente ha sido tratado con una fresa redonda y colocado una resina.
- Si el órgano dentario con sellador tiene caries se le codificará como cariado.

7 PILAR DE APOYO O CORONA

- Este código se utilizará para identificar que un órgano dentario forma parte de un puente fijo.
- Puede ser utilizado para coronas que se colocan por otras razones excepto caries.

8 DIENTE NO ERUPCIONADO

- Se restringe a dientes permanentes y se utiliza para espacios donde no han erupcionado los dientes permanentes.

9 EXCLUIDO

- Se usa para cualquier órgano dentario que no pueda ser examinado, por ejemplo. Dientes con brackets, bandas, férulas.

W LESION BLANCA

- Es una fase del proceso de la caries, previa a la cavitación, donde el esmalte adquiere un aspecto cretáceo, blanquecino que contrasta con la apariencia translúcida del esmalte sano adyacente, para su mejor observación el diente debe estar limpio y seco.

Estos criterios se aplican para cada una de las superficies, considerando que ninguna de ellas debe tener doble código, si la lesión se observa sólo en la cara oclusal se debe anotar en el espacio central delimitado en el odontograma del diente en cuestión. Las superficies mesiales se ubican hacia la línea media, las caras linguales hacia la línea horizontal del odontograma.

Consideraciones especiales

- Un diente se considera erupcionado cuando cualquier parte del diente esté expuesta en la cavidad bucal y pueda ser tocada con el explorador.
- Un órgano dentario se considera presente, aún cuando la corona este totalmente destruida, quedando sólo las raíces.
- Los dientes supernumerarios no son clasificados.
- Cuando hay duda entre cariado y sano se clasifica como sano.

Placa dental bacteriana

La placa dental es una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y mucosa gingival y que esta formada principalmente por colonias bacterianas (que constituyen alrededor del 70% de la placa), agua, células epiteliales descamadas, glóbulos blancos y residuos de alimentos.

La colonización requiere la presencia de un adhesivo, función desempeñada por varios polisacáridos sumamente viscosos. Los más comunes son los denominados dextranos y levanos, que son sintetizados por los microorganismos a partir de hidratos de carbono, en particular sacarosa (azúcar común).³⁸

Bacterias + azúcar → ácido → caries dental

La facilidad con que la placa se acumula está ligada a factores como la malposición dentaria, la proximidad de los conductos salivales, la textura de las superficies dentarias y la anatomía de dichas superficies.

Criterios de evaluación

CODIGO

CRITERIO

0

Libre de placa dental bacteriana.

1	Hasta 1/3 de la superficie cubierta por placa dental bacteriana.
2	No más de 2/3 de la superficie cubierta por placa dental.
3	Más de 2/3 de la superficie cubierta por placa dental.

Cálculo

Es una masa en calcificación o calcificada adherente que se forma en la superficie de los dientes naturales y prótesis dentales. Se clasifica de acuerdo con su relación con el margen gingival como supragingival o subgingival.

El cálculo supragingival se refiere al cálculo coronal visible en la cavidad bucal, se puede localizar en un diente o en un grupo de dientes o estar generalizado en toda la boca, por lo general es blanco o amarillo blanquecino; tiene una consistencia dura arcillosa y se desprende con facilidad de la superficie dentaria. El color se afecta por el contacto con algunas sustancias como el tabaco y pigmentos alimenticios.

En cálculo subgingival ocurre con mayor frecuencia y en mayores cantidades en las superficies bucales de los molares superiores adyacentes al conducto de Stensen y en las superficies linguales de los dientes anteriores inferiores adyacentes al conducto de Wharton, y se refiere al cálculo que está debajo de la cresta de la encía marginal, por lo general en las bolsas periodontales y no es visible en un examen bucal de rutina.

Los cálculos supragingival y subgingival por lo general aparecen durante los primeros años de la pubertad y aumentan con la edad. De acuerdo con el criterio de diferentes investigadores después de los 40 años entre el 86 y 100% presentan cálculo subgingival y 47 a 100% supragingival.³⁹

CODIGO	CRITERIO
0	No existen cálculos.
1	Cálculos supragingivales que alcanzan hasta 1/3 de la superficie examinada.
2	Cálculos supragingivales que cubren más de 1/3 hasta 2/3 de la superficie examinada.

3

Cálculos supragingivales que cubren más de 2/3 de la superficie examinada.

3.1.6 Oclusión

Angle dividió la oclusión en tres clases:

CLASE I.- La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior (neutroclusión).

CLASE II.- La cúspide distovestibular del primer molar superior cae en el surco mesiovestibular del primer molar inferior (distoclusión). La arcada inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada dentaria superior.

CLASE III.- El primer molar inferior se encuentra mesial en relación con el primer molar superior.(mesioclusión).⁴⁶

4.- HIPOTESIS

Ho: "No existen diferencias en la prevalencia de enfermedad bucodental, de la población geriátrica del área urbana y rural de San Luis Potosí"

Ha: "Existen diferencias entre la prevalencia de enfermedad bucodental, de la población geriátrica del área urbana y rural de San Luis Potosí"

5.- OBJETIVOS

5.1.1 GENERAL

Conocer la prevalencia de patología bucodental en personas mayores de 60 años en una población urbana y una rural del municipio San Luis Potosí, S.L.P. durante el periodo 2000-2001.

5.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Conocer las principales patologías bucodentales en la población mayor de 60 años.
- ❖ Identificar factores asociados a la patología bucodental.
- ❖ Establecer comparaciones entre población urbana y rural.
- ❖ Obtener información que permita a los planificadores de programas asistenciales programar la atención bucodental de acuerdo con las necesidades de los adultos mayores.

6.- METODOLOGIA

6.1.1 Diseño del estudio

Transversal, Observacional, Comparativo, Prospectivo.

6.1.2 Universo de Trabajo

Población mayor de 60 años que reside en el área de influencia del Centro de Salud Rural Escalerillas y el Centro de Salud Urbano Simón Díaz.

6.1.3 Tipo de Muestreo

Probabilístico aleatorio simple

Ya que el 100% de la muestra de trabajo tuvo la misma probabilidad de ser elegidos, por que la elección fue al azar.

6.1.4 Tamaño de la Muestra

El cálculo de la muestra se realizó para cada una de las unidades, teniendo en cuenta el tamaño poblacional, un nivel de confianza del 95%, un error del 5% y considerando que el 6.3% de la población es mayor de 60 años, proporción determinada en el Dx. de Salud del 2000 de la Jurisdicción Sanitaria #1 de los Servicios de Salud de San Luis Potosí. Se utilizó el paquete estadístico de EPI INFO versión 6.6.

Delegación escalerillas

Tamaño Poblacional: 5,753

Tamaño Muestral : 80

Colonia satélite

Tamaño Poblacional: 13,500

Tamaño Muestral: 80

6.1.5 Espacio

Centro de Salud Urbano Simón Días y Delegación Escalerillas, S.L.P. (Mesa de Conejos, Colonia Insurgentes, Pozuelos, Casa Blanca, Goteras, La Maroma y La Placa).

6.1.6 Criterios de Inclusión

Mayores de 60 años

Que acepten participar en el estudio.

Que residan en el área de influencia.

6.1.7 Criterios de Exclusión

Pacientes epilépticos.

Pacientes en tratamiento con radiación o quimioterapia.

Pacientes con enfermedades inmunosupresoras.

6.1.8 Criterios de eliminación

Cambio de residencia.

Que no acepten participar de manera voluntaria en la investigación.

6.1.9 Prueba Piloto

Se aplicó en Julio del 2000 al 25% de la muestra en el área urbana, y área rural. La prueba permitió identificar las siguientes limitantes en el instrumento: en el apartado de examen extra oral solo se había considerado el chasquido bilateral, la prueba nos demando especificar el chasquido unilateral derecho e izquierdo, de la misma manera se había considerado la luxación que también se especifico por la demanda específica de luxación derecha e izquierda. las cuales fueron modificadas, lo que permitió el perfeccionamiento del instrumento, en este sentido fueron mínimas las correcciones realizadas al instrumento. Cabe señalar que los Odontólogos de las unidades en estudio, es personal de base y cuenta con 15 años de servicio, conoce los criterios de evaluación que son normados por la OPS/OMS, utilizados por el servicio odontológico de los Servicios de Salud. Lo que facilito el procedimiento ya que no fue necesario capacitarlo.

Procedimiento

- ❖ Los pacientes mayores de 60 años que acudieron a consulta, fueron interrogados por la alumna investigadora explicando el procedimiento, luego se llenó la ficha de identificación en la cual aceptaba de manera voluntaria participar en el estudio.
- ❖ Se aplicó la encuesta con 11 reactivos por la alumna investigadora.
- ❖ Exploración extraoral de la articulación temporomandibular por la alumna investigadora.
- ❖ Revisión intraoral de tejidos blandos y duros, por la alumna investigadora.
- ❖ Se informa de los resultados al paciente y se hacen recomendaciones para que acuda al servicio de odontología.
- ❖ Los registros los realizó el odontólogo de base de los centros de salud

6.2 Variables (Anexo 1)

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ➤ Edad | ➤ Anodoncia Parcial |
| ➤ Sexo | ➤ Dientes obturados sanos |
| ➤ Escolaridad | ➤ Dientes obturados con caries |
| ➤ Ocupación. | ➤ Gingivitis. |
| ➤ Derecho a seguridad social. | ➤ Placa dental bacteriana. |
| ➤ Costo de la consulta | ➤ Restauraciones irritantes. |
| ➤ Antecedentes patológicos | ➤ Bolsas periodontales. |
| ➤ Uso de medicamentos | ➤ Movilidad |
| ➤ Consumo de tabaco | ➤ Cálculo suopragingival. |
| ➤ Cepillo dental. | ➤ Cálculo subgingival. |

- Higiene oral.
- Cambio de cepillo dental.
- Prótesis.
- Visitas al dentista
- Abrasión
- Oclusión
- Absceso Periodontal.
- Varice linguale.
- Granulos de Fordyce.
- Lengua fisurada
- Leucoedema
- Queratosis traumática

6.2.1 Instrumento de recolección de la información

Se empleó el formato de Historia Clínica Odontológica de la SSA y se complementó con una cédula diseñada ex profeso (Anexo 2)

6.2.2 Análisis estadístico

Para el análisis de la información se utilizo:

Programa Stata para analizar los datos mediante medidas de frecuencia simple (media, moda, mediana) de tendencia central y de dispersión, para la comprobación de las hipótesis se empleo diferencia de proporción.

Programa Excel para la elaboración de tablas y gráficos.

Microsoft Word para la elaboración del informe final.

Programa Power Point para la presentación y defensa de la investigación

6.2.3 Implicaciones bioéticas

Este proyecto pretende obtener información científica acerca de la prevalencia de enfermedades bucodentales en pacientes geriátricos.

Garantizó el derecho de decidir la participación de la población con absoluta libertad y de manera informada, asegurando al máximo el carácter confidencial de la información obtenida y la protección contra daños físicos, psicológicos o sociales.

Se ajustó a los principios de ética establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 y Tokio en 1975, a las normas y criterios éticos de la Norma Técnica No. 313 (DOF 25/VII/1988) “Para la Presentación de Proyectos e informes Técnicos de Investigación en las instituciones de salud”.⁴¹ (Anexo 3 y 4).

6.2.4 Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos, materiales, presupuestales y el cronograma de actividades se desglosan en los anexos 5 y 6.

7.- RESULTADOS

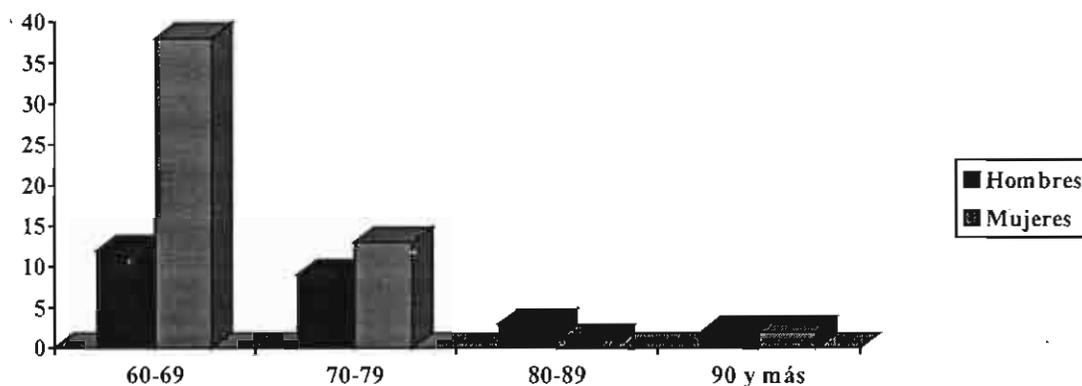
Como se puede ver, independientemente del grupo de edad, existen más mujeres que hombres. Vale la pena señalar que tal composición coincide con cifras y estimaciones del ámbito nacional. Las principales actividades laborales remuneradas a las que la población se dedica son: agricultor, obrero y comerciante. El nivel de escolaridad en esta población es bajo en ambas áreas de estudio.

Respecto a los padecimientos crónico degenerativos manifestados por la población los más frecuentes fueron: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad osteoarticular y enfermedad pulmonar. En cuanto a los problemas odontológicos, el estudio permitió poner en evidencia que las alteraciones más comunes son: gingivitis, cálculo, placa dental bacteriana, bolsas periodontales y caries.

7.1.1 Características sociodemográficas

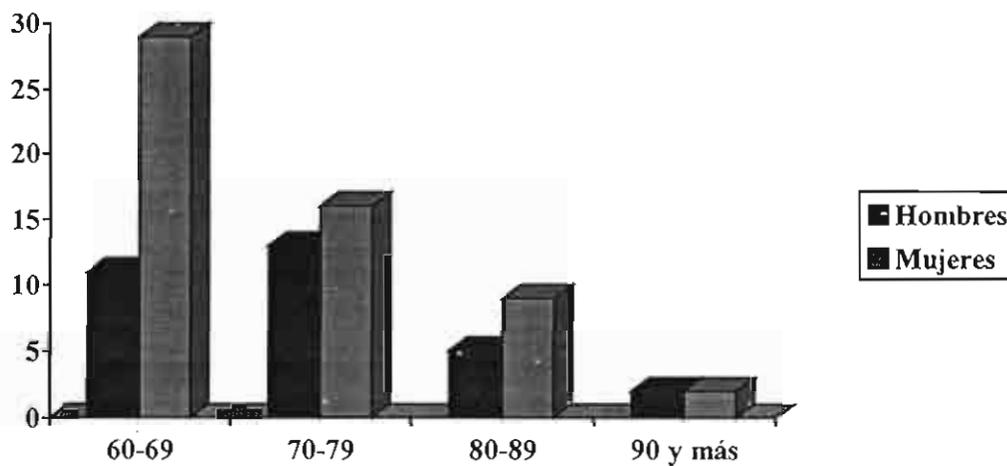
La población examinada incluyó a 160 adultos mayores de ambos sexos, 80 para cada una de las unidades en estudio, con una edad mínima de 60 años para ambas áreas y una máxima de 99 años para el área urbana con una desviación estándar de 8.8 y un promedio de edad de 68.4 años (gráfica 1), mientras que en el área rural la edad máxima fue de 102 años con una desviación estándar de 9.1 y un promedio de edad de 70.4 (gráfica 2); del total de individuos explorados, 63.8% (102) eran mujeres y 36.2% (58) varones.

GRAFICA 1
EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS
AREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD URBANO SIMON DÍAZ
JUNIO 2000 A JULIO 2001.



Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.
 N= 80

GRAFICA 2
EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS
AREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD RURAL ESCALERILLAS
JUNIO 2000 A JULIO 2001.



Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.
 N= 80

Con relación a la escolaridad, se encontró que: 38.1% (61) de la población EN estudio son analfabetas, 28.7% (23) en área urbana y 47.5% (38) en área rural, y solamente 10% (16) de la población en general tiene primaria completa, 13.7% (11) en área urbana y 6.2% (5) en área rural, grado máximo de escolaridad de esta área. Cabe mencionar que se sumaron los analfabetas y analfabetas funcionales (Ver tabla 1).

En cuanto a la actividad laboral, el total de la población en estudio reveló que, un 28.7% (23) a pesar de ser adultos mayores, trabajan recibiendo remuneración (agricultor, obrero y comerciante) y un 60% (96) trabaja sin recibir pago alguno.

Por lugar de residencia, 63.7% (51) de los que residen en el área urbana no reciben remuneración y 56.2% (45) de los del área rural. Es importante mencionar que un 7.5% en ambas comunidades son jubilados (Ver tabla 1).

El 50.6% (81) del total, cuenta con seguridad social y según los grupos de estudio, el 48.7% (39) de los residentes en el área urbana y el 52.5% (42) de los del área rural (Ver tabla 2).

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMON DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Variables	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
Escolaridad	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No	%
Analfabeta	17	21.25	25	31.25	42	26.25
Analfabeta funcional	6	7.5	13	16.25	19	11.87
Primaria incompleta	33	41.25	37	46.25	70	43.75
Primaria completa	11	13.75	5	6.25	16	10.00
Secundaria incompleta	3	3.75	0	0	3	1.86
Secundaria completa o más	10	12.5	0	0	10	6.25
Total	80	100	80	100	160	100
Ocupación						
Jubilado	6	7.50	6	7.50	12	7.5
Agricultor	1	1.25	10	12.5	11	6.8
Obrero	5	6.25	5	6.25	10	6.2
Comerciante	17	21.25	8	10.00	25	15.65
Desempleado	0	0	6	7.50	6	3.7
Labores del Hogar	51	63.75	45	56.25	96	60.00
Total	80	100	80	100	160	100

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana y una rural de San Luis Potosí.

TABLA 2 POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS CON SEGURIDAD SOCIAL AREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMON DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
POBLACIÓN URBANA			POBLACIÓN RURAL		Total	
Seguridad Social	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No.	%
Con seguridad social	39	48.75	42	52.50	81	50.63
Sin seguridad social	41	51.25	38	47.50	79	49.37
Total	80	100	80	100	160	100

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.

7.1.2 Antecedentes Patológicos

El 63.7% (102) de la población total manifestó tener alguna patología concomitante, 67.5% (54) en área urbana y 60% (48) en área rural. Las patologías de mayor frecuencia fueron: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad osteoarticular y enfermedad pulmonar; siendo mas frecuente la diabetes en el medio urbano, y las enfermedades osteoarticular y pulmonar, en el medio rural, (Ver tabla 3), misma que no presenta total de totales, ya que un 20.6% de la población presentó más de una patología. Del total, 63.7% (102) toman medicamentos siendo los utilizados con mayor frecuencia son: captopril, glibenclamida, diclofenaco y naproxen, los cuales están relacionados con las patologías que se reportaron (Ver tabla 4), la cual no presenta el total de totales, debido a que del total de pacientes, el 26.2% tiene prescritos por el medico más de un medicamento.

TABLA 3 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS AREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMON DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS JUNIO 2000 A JULIO 2001.					
Patología	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Sano	26	32.50	32	40.00	36.25
Diabetes	38	47.50	10	12.50	30.00
Hipertensión	27	33.75	21	26.25	30.00
Enf. Osteoarticular	12	15.00	22	27.50	21.25
Enf. Pulmonar	2	2.50	8	10.00	6.25

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.

N= 80

TABLA 4						
USO DE MEDICAMENTOS Y LOS MAS UTILIZADOS EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MAS						
AREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMON DIAZ Y RURAL ESCALERILLAS						
JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Variables	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No.	%
Uso de medicamentos						
Si	54	67.50	48	60.00	102	63.75
No	26	32.50	32	40.00	58	36.25
Total	80	100.00	80	100.00	160	100.00
Medicamentos						
Captopril	24	44.44	20	41.66	44	27.5
Glibenclamida	28	52.85	8	16.66	36	22.5
Diclofenaco	16	29.62	9	18.75	25	15.62
Naxen	5	9.25	11	22.91	16	10.00

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.

7.1.3 Actitudes y hábitos del paciente respecto a su salud oral

Para evaluar esta variable, se indagó sobre el consumo de tabaco, los hábitos de higiene oral y el uso del servicio de odontología.

El 21.2% (17) de la población en ambas áreas de estudio consume tabaco; al analizar por sexo, se encontró una proporción del 5% (8) en mujeres, significativamente menor que el 16.2% (16) encontrado en hombres. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la diferencia de proporción en el consumo de tabaco en mujeres del área urbana y rural, con una $p < 0.05$, lo que significa que el hábito del tabaquismo es mayor en las mujeres del área urbana que en las del área rural (Ver tabla 5).

TABLA 5						
CONSUMO DE TABACO POR SEXO EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS.						
ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMÓN DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS						
JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Consumo de Tabaco según sexo	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No.	%
Si en mujeres	7	8.75	1	1.25	8	5.00
Si en hombres	10	12.50	16	20.00	26	16.25
No consume	63	78.75	63	78.75	126	78.75
Total	80	100.00	80	100.00	160	100.00

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población genérica de un área urbana y una rural de San Luis Potosí.

Con relación a la disponibilidad de cepillo dental, el 31% (49) del total carece de éste, el 15% (2) son del área urbana y el 46% (37) de los del área rural. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la prueba de diferencia de proporción en la disponibilidad de cepillo entre las áreas urbana y rural, con una $p < 0.05$. Esto significa que la población del área urbana tiene mayor disponibilidad del insumo que la del área rural. A pesar de que el 85% de los encuestados del área urbana cuenta con cepillo, sólo el 67.6% (46) se cepillan; en el área rural, un 53.7% (43) cuentan con este, pero solo un 18.6% (8) hace uso del mismo, encontrando una diferencia estadísticamente significativa en la diferencia de proporción aplicada en cuanto al uso del cepillo dental entre el área urbana y rural, con una $p < 0.05$. Lo que manifiesta que la población rural tiene mayor riesgo de tener enfermedades orales, por el pobre hábito de cepillado bucodental que se encontró. (Ver tabla 6). En cuanto al cambio del cepillo dental solo el 26.8% de la población estudiada lo cambia cada tres meses tiempo establecido para el buen funcionamiento del mismo, 37.5% en el área urbana y 16.2% en el área rural, el 42.5% restante lo cambian cada seis meses o cada año. Lo que lleva a una higiene oral deficiente y por ende el desencadenamiento de patologías bucodentales.

TABLA 17						
GRADOS DE ABRASIÓN EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS						
ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMÓN DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS						
JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Abrasión	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No	%
Grado I	2	2.50	6	7.50	8	5.00
Grado II	8	10.00	23	28.75	31	19.37
Grado III	10	12.50	14	17.50	24	15.00
No presenta	60	75.00	37	46.25	97	60.62
Total	80	100.00	80	100	160	100

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí 2000-2001.

7.1.5 Tejidos blandos

Al evaluar los tejidos blandos, se encontraron como problemas más frecuentes en el total de la población de estudio: abscesos en tejidos blandos, varices linguales, enfermedad de fordyce, lesiones hiperqueratósicas, pigmentación melánica, lengua geográfica, lengua fisurada.

En el área urbana, predomina la lengua fisurada, la pigmentación melánica, las varices linguales y la enfermedad de fordyce y en el área rural, la pigmentación melánica, las varices linguales, los abscesos y la lengua fisurada. (Ver tabla 18).

TABLA 18						
PATOLOGÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS						
ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMÓN DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS						
JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Patología	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
	Frec	%	Frec	%	No	%
Varices Linguales	9	11.25	18	22.50	27	16.87
Enfermedad de Fordyce	8	10.00	0	0	8	5.00
Lesiones hiperqueratósicas por fricción	3	3.75	0	0	3	0.62
Pigmentación melánica	17	21.25	19	23.75	36	22.50
Lengua geográfica	4	5.00	6	7.50	10	6.25
Lengua fisurada	18	22.50	12	15.00	30	18.75
Lengua pilosa	0	0	3	3.75	3	1.87
Estomatitis nicotínica	6	7.50	6	7.50	12	7.50
Torus	3	3.75	0	0	3	1.87
Úlcera	3	3.75	9	11.25	12	7.50
Abscesos	2	2.50	14	17.50	16	10.10

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.
N=80

7.1.6 Estado extraoral

El 55% (44) de la población total presentó algún tipo de lesión en la articulación temporomandibular, porcentaje similar en el área urbana, como rural; siendo más frecuente el chasquido unilateral derecho y bilateral en el área urbana y el chasquido unilateral izquierdo en el área rural. Esto pudiera relacionarse con la pérdida dental, ya que se pierde la dimensión vertical normal y además, con el uso de prótesis mal adaptadas, ya que se modifica la oclusión (Ver tabla 19).

TABLA 19						
ALTERACIONES EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS						
ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMÓN DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS						
JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Alteraciones en la Articulación Temporomandibular	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No	%
Chasquido unilateral derecho	17	21.25	11	13.75	28	17.5
Chasquido unilateral izquierdo	9	11.25	21	26.25	30	18.76
Luxación mandibular izquierda	1	1.25	1	1.25	2	1.20
Chasquido bilateral	17	21.25	11	13.75	28	17.70
Normal	36	45.00	36	45.00	72	45.00
Total	80	100	80	100	160	100

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí 2000-2001.

7.1.7 Disponibilidad de Prótesis

Con relación a la disponibilidad de prótesis totales o parciales, 35% (28) de los entrevistados las utiliza en el área urbana y se encuentran bien adaptadas, a diferencia de un 15% (12) del área rural; el 53.7% de los participantes del área urbana no las utiliza, a pesar de necesitarlas y en el área rural, esta proporción aumenta considerablemente al 75%. (Ver tabla 20).

TABLA 20 USO DE PRÓTESIS TOTAL EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMÓN DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Prótesis parcial o total	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No	%
Adaptadas	28	35.00	12	15.00	40	25.00
Mal adaptadas	5	6.25	6	7.50	11	6.90
Requiere y no utiliza	43	53.75	60	75.00	103	64.37
No necesita	4	5.00	2	2.50	6	3.75
Total	80	100	80	100	160	100

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.

Respecto al uso de prótesis fija, en el área urbana el 21.2% (17) la utiliza y están bien adaptadas, a diferencia de un 2.5% del área rural; el 62.5% de pacientes del área urbana no la utiliza a pesar de necesitarla, cifra que se eleva en el área rural al 93.7% (Ver tabla 21).

Ya que como se mencionó antes, el 19.3% de los participantes es edéntulo y el 76.8% tiene pérdida de algún órgano dentario.

TABLA 21						
USO DE PRÓTESIS FIJA EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS						
ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMÓN DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS						
JUNIO 2000 A JULIO 2001.						
Prótesis Fija	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	No	%
Adaptada	17	21.25	2	2.50	19	11.87
Mal adaptada	9	11.25	1	1.25	10	6.25
Requiere y no utiliza	50	62.50	75	93.75	125	78.12
No necesita	4	5.00	2	2.5	6	3.75
Total	80	100	80	100	160	100

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.

Con respecto a las restauraciones irritantes, los resultados no fueron muy significativos ya que dichas restauraciones se presentaron únicamente en el área urbana en un 5% (4), (Ver tabla 22).

TABLA 22				
RESTAURACIONES IRRITANTES EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS				
ÁREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMÓN DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS				
JUNIO 2000 A JULIO 2001.				
Restauraciones irritantes	POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 - 5	4	5.00	0	0
No presenta	76	95.00	80	100
Total	80	100	80	100

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.

Las alteraciones que presentaron diferencia estadísticamente significativa, es decir que al aplicar una prueba de diferencia de proporción se obtuvo una p menor a 0.05 fueron colocadas en tablas de 2 x 2, de las cuales se obtuvo el Riesgo relativo. (Ver tabla 23).

- La no disponibilidad de cepillo dental, se presentó 3.08 veces más en el área rural que en el área urbana, esto significa que la población del área urbana tiene mayor disponibilidad del insumo. A pesar de que el 69% de los encuestados cuenta con cepillo dental, solamente un 34% hace uso del mismo (presentando una diferencia

estadísticamente significativa), lo que lleva a una higiene oral deficiente y por ende un mayor riesgo de presentar enfermedades orales. Como consecuencia trae un riesgo de 1.03 más para el área rural de presentar acumulo de placa dental bacteriana, variable directamente relacionada con el cepillado dental, misma que da respuesta a un mayor riesgo para el área rural de 1.20 de presentar gingivitis.

- El cálculo subgingival presentó una diferencia estadísticamente significativa entre el área urbana y rural, con un riesgo relativo de 1.49, lo que indica que existe mayor riesgo en el área rural de presentar cálculo subgingival.
- El promedio de órganos dentarios cariados fue del 50% en el área urbana y 67.5% en el área rural, con una diferencia estadísticamente significativa y un riesgo relativo de 1.3, lo que indica que el riesgo de tener caries es 1.3 veces más en el área rural.
- Con respecto a la extracción de piezas dentales, el 34% de la población urbana requiere dicho tratamiento y 56% en el área rural, hay diferencia estadísticamente significativa entre las áreas y un riesgo relativo de 1.67, lo que indica que el riesgo de perder los dientes es mayor en el área urbana.
- Con relación a la pérdida de tejido dentario ocasionado por la abrasión, el 25% de la población del área urbana lo presentó y 53% en área rural, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambas áreas con un riesgo relativo de 2.15, lo que indica que el riesgo de presentar algún desgaste en el área rural es 2.15 veces mayor.
- La movilidad dental se presentó en el 31% de la población del área urbana y 56% en el área rural, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambas áreas, y un riesgo relativo de 1.8, lo que indica que la probabilidad de presentar movilidad es 1.8 veces mayor en el área rural.
- Las varices linguales se presentaron en un 11% en el área urbana y 22% en área rural, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambas áreas con un riesgo de 2, lo que indica que es 2 veces mayor el riesgo de presentar varices linguales en el área rural.
- Las úlceras por fricción se presentaron en el 3% de la población urbana y 9% del área rural, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambas áreas de estudio y

un riesgo relativo de 3.3%, lo que indica que es 3.3 veces mayor el riesgo de presentar úlceras por fricción en el área rural.

TABLA 23 MEDIDA DE ASOCIACION (RR) Y EL VALOR DE (p) EN POBLACION DE 60 AÑOS Y MÁS AREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD URBANO SIMON DÍAZ Y RURAL ESCALERILLAS JUNIO 2000 A JULIO 2001.					
Patología	Rural	Urbana	RR	IC 95%	(p)
Disponibilidad de cepillo.	37	12	3.08	1.74 - 1.38	0.0000180
Visitas al dentista	75	57	1.32	1.13 - 1.53	0.0001803
Gingivitis	73	61	1.20	1.04 - 1.38	0.0101232
Placa dental bacteriana	65	63	1.03	0.88 - 1.20	0.692632
Calculo Supragingival	65	64	1.02	0.87 - 1.18	0.8414610
Calculo Subgingival	61	41	1.49	1.16 - 1.90	0.0010051
Caries coronaria	54	40	1.35	1.03 - 1.76	0.0245578
Organos dentarios perdidos	63	60	1.05	0.89 - 1.24	0.5737707
Caries radicular	19	21	0.90	0.53 - 1.55	0.7150007
Requieren extracción	45	27	1.67	1.16 - 2.40	0.0042312
Edentulos	15	16	0.94	0.50 - 1.56	0.8414610
Movilidad	45	25	1.80	1.23 - 2.63	0.004362
Abrasión	43	20	2.15	1.40 - 3.31	0.0001980
Abscesos	14	2	7.0	1.64 - 29.81	0.0015654
Varices linguales	18	9	2.0	0.96 - 4.18	0.0574669
Lengua geográfica	6	4	1.50	0.44 - 5.11	0.5136291
Úlceras por fricción	9	3	3.38	0.95 - 12.04	0.0442757

Fuente: Encuesta de salud bucodental en población geriátrica de un área urbana una rural de San Luis Potosí.

8.- DISCUSIÓN

Es frecuente entre la sociedad y los profesionales de la salud, la imagen de la edad avanzada como una etapa de la vida de dependencia, aislamiento social y problemas de salud invalidantes resultantes de la pérdida de función propia del envejecimiento

Las enfermedades bucales y las necesidades de tratamiento en el anciano varían notablemente en cada país, en sus diferentes regiones e incluso entre los pacientes hospitalizados, residentes en asilos y los que viven en medio urbano y rural.⁴² Estas diferencias, de acuerdo a Norlen y Tobias⁴³, pueden estar dadas por factores como el nivel socioeconómico, la percepción de gravedad de la enfermedad, el acceso a los servicios dentales, a la incapacidad física o mental y a los factores sociales, entre otros.

Del total de la población estudiada, el 84% presentó algún tipo de patología bucodental, dos puntos porcentuales por encima de lo reportado por Fuentes Servin en el año 2000 en la ciudad de México, en un estudio realizado sobre el Conocimiento Integral del Paciente en Odontogeriatría, en el cual se buscaba conocer las enfermedades médicas y bucales más frecuentes en personas de 60 y más años en una zona urbana del Distrito Federal. A pesar de ser dos poblaciones muy diferentes (México DF y San Luis Potosí), los resultados son muy similares y la pequeña diferencia puede ser explicada por la inclusión en este estudio de población del área rural.

Con respecto a la seguridad social, el 50.63% cuenta con servicios médicos de la seguridad social, cifra menor al 55% reportada por Luis Durán en México en 1996, en su estudio sobre el Financiamiento de la Atención a la Salud de la Población de la Tercera Edad .

El 7.5% de la población de adultos mayores estudiada, en ambas áreas de estudio, es jubilado y el 28.8%% son trabajadores que perciben un salario, cifra muy por debajo del 33.4% reportado por Roberto Tapia en 1993, en la Encuesta Nacional de Adicciones realizada 911 individuos de 60 a 65 años.

En México y en este Estado se dispone de poca información sobre la prevalencia de enfermedades bucodentales en mayores de 60 años, ya que no existen programas en el área de la salud oral, con acciones específicas dirigidas a este grupo de la población.

La higiene bucal ha mejorado en los últimos años, sin embargo, México aún está lejos de alcanzar a otros países, respecto al número de visitas realizadas al dentista y al cepillado dental. La población en estudio presentó un bajo porcentaje de cuidados en su cavidad oral, ya que el 30.6% no tienen cepillo de dientes (15% urbanos y 46.5% rurales) y el 66.3% no se cepilla la boca a pesar de disponer de él (28.2% del área urbana y 87.7% del área rural), cifra superior al 52% reportado por Casado en España en 1994, en un estudio epidemiológico de la salud dental en una población jubilada, donde se buscaba conocer el estado de salud bucodental de la Comunidad Urbana Autónoma de Madrid.

En el presente estudio se encontró que el 82.5% no busca atención odontológica (71.2% en el área urbana y 93.75% en el área rural), cifra menor al 95% encontrado por Cornejo Arias en Chile y al 90.9% reportado en el estudio de Casado, pero mayor a los resultados de una investigación sobre los hábitos de higiene dental de la población catalana realizada por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos, el Colegio Oficial de Protésicos Dentales y la Asociación de Higienistas y Auxiliares Dentales de Cataluña, en el que se comprobó que sólo el 30% de las 1.000 personas estudiadas se revisa los dientes dos o más veces al año, el resto reconoce que sólo acude al dentista cuando es indispensable. Con relación al mismo estudio, como conclusión el Presidente del Colegio de Odontólogos de Cataluña, Dr. José Luis Navarro afirma que "no existe un espíritu de prevención, como el que se da en revisiones oculares o de cáncer de mama".

El uso del servicio de odontología en un 16.5% encontrado en la población estudiada en San Luis Potosí, es superior al 8% encontrado por Modesto Ramírez en su investigación Modalidades Terapéuticas Odontológicas Recibidas por el Paciente Anciano, realizada en la escuela de Odontología de la Universidad del Bajío en León, Guanajuato, con el objetivo

de identificar los alcances terapéuticos que ha tenido la odontología institucional y privada en relación al tipo de tratamiento que ha recibido este grupo de la población.

Estas diferencias en los resultados acerca del cuidado de la salud bucal pueden obedecer a diferencias en las poblaciones de estudio de España, Chile e incluso al interior de México, desde el punto de vista sociocultural, económico, y de acceso a servicios de salud, tales como: problemas en el transporte y el desplazamiento a las clínicas dentales; presencia o ausencia de hábitos positivos, mal estado de salud general, miedo al tratamiento dental y auto percepción de la necesidad de dichos tratamientos.

En relación con las patologías más frecuentes encontradas en éste estudio, aparece la gingivitis en un 83% (76% urbana y 91% rural), superior al 27 % reportado por Fuentes Servin en México en el año 2000, en un grupo de 60 a 75 años cuyo propósito era saber el estado integral del paciente geriátrico, lo cual puede ser resultado de la elevada prevalencia de placa dental bacteriana encontrada, la cual se presentó en el 80% nuestra población de estudio, explicada a su vez, por los malos hábitos de higiene oral adquiridos a temprana edad y por la creencia de que las alteraciones en sus bocas son debidas a la edad, situación a considerar en la programación de actividades de odontología preventiva.

La caries aumenta su incidencia en la gente mayor, sobre todo si se reduce la producción de saliva. Es importante destacar que el 58.75% del total de la muestra en estudio presentó caries en la corona: 50% en área urbana y 67.5% en el área rural, cifras muy superior al 19.5% reportado por Casado en España (1994), al 23.4% por Fuentes Servin en México (2000) y al 38% reportado José Y. Ozawa Deguchi en un estudio sobre la importancia de la biología del envejecimiento en México en 1985. Las diferencias en las proporciones por caries antes mencionadas, pueden estar dadas por la disparidad de las poblaciones de estudio, ya que Casado trabajó con población jubilada, la cual tiene mayor acceso a los servicios de salud por ser derecho habiente, Servin trabajó únicamente con población del área urbana, mientras que en el presente estudio se incluyó población de una área urbana y una rural.

En cuanto a la afección radicular por caries, esta patología bucal se encontró en el 25% de la población de estudio, cifra igual a la encontrada por Castellanos en León, Guanajuato (1988), en donde se buscaron los cambios estomatológicos funcionales, involutivos y patológicos. su alta incidencia puede tener un origen multicausal relacionado con el consumo elevado de azúcar, la edad, la enfermedad periodontal, el cepillado traumático, una dieta alta en ácidos sin una adecuada higiene posterior a su ingesta, piezas dentales sin antagonista las cuales tienden a extruirse y la recesión gingival. Dicha patología trae como consecuencia cuadros de hipersensibilidad en presencia de alimentos fríos, ácidos o simplemente al paso del aire y en algunos casos pueden terminar en fractura de la pieza dental en el nivel cervical. Los resultados pueden ser iguales, porque Castellanos, al igual que en este estudio tomó, de manera aleatoria población adulta que arribó al departamento de diagnóstico de la Universidad del Bajío a solicitar algún tratamiento, sin importar si éstos tenían o no derecho a la seguridad social.

El 44% de las personas estudiadas presentó movilidad dental, 31.2% en área urbana y 56.2% en el área rural, situación que en la literatura consultada ningún autor menciona. Esta patología es resultado de la alta prevalencia de bolsas periodontales que fue del 80.6%, cifra muy por encima del 23% reportado por el Instituto de Salud Pública de los Estados Unidos en el año 2000, en la Evaluación de la Salud Oral de ese país⁴⁴ y del 50% reportado por Casado en Madrid (1994), pero por debajo del 91% de prevalencia estimada en la literatura por Linch en Estados Unidos en 1998. Dichas bolsas se producen por acúmulo de cálculo sub y supragingival, el cual se presentó en un 80.6% y 63.7% respectivamente, cifras mayores al 50% reportada por Casado en Madrid (2000) y similar a la reportada en la literatura por Carranza-Glikman en 1998 en México, pero por debajo del 91.7% reportados por Albert Cuñat en 1997 en un estudio realizado a 780 ancianos de un área urbana y un área rural, en donde se buscaba conocer los Hábitos Higiénicos en Personas Mayores de 65 años del área Sanitaria de Guadalajara, España, en donde los problemas periodontales fueron las patologías de mayor prevalencia, destacando la pérdida de inserción gingival, el cálculo, la formación de bolsas y la recesión gingival, afectando progresivamente a todas

las estructuras de soporte del diente, ocasionando diferentes grados de movilidad dental y por ende la necesidad de extracción dentaria, tratamiento requerido por el 45% de la población encuestada, 34% en el área urbana y 56% en el área rural, cifra mayor al 10% reportado por Castellanos (1988) y cercana al 40% reportado por Rodríguez en España en el 2001, para conocer el estado bucodental de un grupo de pacientes geriátricos institucionalizados.⁴⁵

La caries, la enfermedad periodontal y las indicaciones exodónticas son las causas principales del edentulismo. La ausencia parcial de dientes fue de 77%, 7% en área urbana y 79% en el área rural, mayor al 57.7% reportado por Casado en España (1994) y por debajo del 87% reportado por Ozawa en México en 1985. El 19.3% de la población estudiada es edéntula, 20% en área urbana y 18.7% en el área rural, cifra muy por debajo del 45.2% reportado por Ozawa en México en 1985 y del 45.5% reportado por Linch en Estados Unidos y menor al 68% reportado por Regalo H en un estudio realizado a 302 residentes del hogar del anciano en España 1995⁴⁶ y muy por debajo del 83.1% reportado por Cuñat, España, 1997, situación que puede explicarse debido a los diferentes criterios utilizados para definir al paciente edéntulo. Los estudios revisados muestran gran heterogeneidad en sus resultados, tanto en España como en México, lo cual puede explicarse por la diferencia de las poblaciones de estudio, ya que algunas fueron institucionalizadas, otras, población abierta y otras del área urbana y/o rural.

A medida que el paciente mayor va perdiendo dientes, 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 articulación temporomandibular (ATM). El paciente portador de prótesis deberá hacerse revisiones periódicas para evaluar el estado de la misma, así como los posibles trastornos que haya podido ocasionar en la cavidad oral, tales como irritación, inflamación e infección.

Del total de pacientes con pérdida dental parcial o total (154), sólo el 33.1% tiene prótesis parcial o total. La pérdida de dientes posteriores no reemplazados 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, presentándose dicha alteración en el 55% de los entrevistados, tanto en área urbana como rural, cifra mayor al 22% reportado por Fuentes Servin (México, 2000) y por debajo del reportado por González López (23%) en un estudio realizado en población geriátrica en 1995, con el fin de conocer la prevalencia de patología bucal, el cual se llevó a cabo en 24 municipios que constituyen la región I del Estado de México. Es importante tener en cuenta que las prótesis totales y parciales mal adaptadas pueden producir a largo plazo, alteraciones en la ATM que se manifiestan principalmente con chasquido doloroso y alteraciones funcionales; de hecho se encontró en esta investigación que del total de pacientes con prótesis mal adaptadas, el 13% presentaba chasquido, por lo que puede deducirse que el mayor porcentaje de los pacientes con chasquido son aquellos que tienen pérdida dental no reemplazada. Vale la pena mencionar que en la Secretaría de Salud no existen programas de prótesis para pacientes geriátricos.

El paciente de la tercera edad sufre múltiples enfermedades crónico degenerativas, mismas que se agravan con los problemas bucodentales y contribuyen significativamente al deterioro progresivo de su salud. El 64% de la población en estudio refirió alguna enfermedad crónica, 67.5% en área urbana y 60% en el área rural, cifras por arriba del 47.5% reportado por Cornejo Arias en Chile (1993) pero por debajo del 90% reportado por Fuentes Servin en México (2000). Al interior de los grupos, se encontró que la diabetes es cuatro veces mayor en el área urbana que en la rural, lo cual podría explicarse por una mejor oportunidad en el diagnóstico, al tener mayor accesibilidad a servicios de salud. Por su parte, la frecuencia de enfermedad pulmonar es cuatro veces mayor en medio rural que en el urbano, probablemente relacionado con la actividad artesanal de cantera que ahí se realiza, ya que la talla de piedra genera polvos que pueden producir enfermedades respiratorias.

Los tejidos de la boca, al igual que los de las otras partes del cuerpo, van cambiando con el paso del tiempo. Tanto los cambios atróficos como la respuesta a diversos estímulos

(prótesis, tabaco, alcohol, fármacos) aumentan considerablemente la variedad de lesiones de la mucosa oral en el anciano.

La pigmentación melánica se observó en un 22.5% de la población entrevistada, 21.21% en el área urbana y 23.75% en el área rural, mayor a lo reportado por Rueda y Mosqueda de 16.6% en un estudio realizado a 150 ancianos de un asilo de la Ciudad de Puebla en 1997, sobre Prevalencia de Lesiones en Mucosa Oral en Ancianos y muy por arriba del 0.4% reportado en Colombia por Jiménez y Bojanini en 1981 y citado por Rueda M, pero por debajo del 33.5% reportado por Ramírez y Mosqueda, Distrito Federal (1984), en un estudio realizado en 812 individuos, con el fin de detectar lesiones precancerosas. Esta alta frecuencia de pigmentación melánica en San Luis Potosí podría estar relacionada con la frecuencia en el consumo de tabaco (34%).

La prevalencia de lengua fisurada fue de 18.75% en la población total, 22.5% en el área urbana y 15% en la rural, mayor al 10% reportado por Rueda y Mosqueda (1997) y al 12.2% encontrado por Jiménez y Bojanni. Esta alteración puede deberse a deficiencias vitamínicas y algunos autores no la consideran como una patología, sino como una alteración propia del envejecimiento.

Las vórices linguales se observaron en el 16.87% de la población total, 17% en el área urbana y 22% en la rural, cifra por debajo de lo reportado en la República Dominicana de 46.3% por Jiménez y Bojanini citado por Rueda y mucho menor al 73.3% encontrado en México por Rueda y Mosqueda (1997). El desarrollo de las varices está dado por el aumento en la presión hidrostática, trayendo como consecuencia disminución en la resistencia de sus paredes con escaso tejido de soporte y mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos. Además se encontró un 30% de prevalencia de hipertensión diagnosticada lo cual puede explicar la diferencia con otros estudios.

Las úlceras con causa aparente, resultado de las prótesis totales y parciales mal adaptadas, se observaron en un 7.5% de los encuestados, 3.75% en el área urbana y 11.25% en la rural, mayor a los reportado por Rueda Mosqueda de 6.6%, y al 5.7% de Ramírez Mosqueda.

Entre la población estudiada con úlceras, 33% tenía prótesis mal adaptada y el resto requería prótesis, otra causa de las úlceras puede ser por las costumbres alimentarias de la población de San Luis, puede presumirse que consuman alimentos duros, además se encontró una alta prevalencia de diabetes en la población de estudio y de consumo de medicamentos, lo cual puede explicar la diferencia con los estudios en otras regiones.

9.- CONCLUSIONES

La elevada frecuencia de patología oral encontrada en la población de adultos mayores objeto de este estudio, tanto en medio urbano como en el medio rural nos permite invitar a la reflexión tanto a los profesionales de la salud bucal como a las instituciones de atención a la salud; acerca de la pertinencia de desarrollar estrategias que permitan dar respuesta a las necesidades de salud oral de este grupo de población, que gracias al aumento en las expectativas de vida que ha experimentado en los últimos años, representa el 7% de la población general. Durante los próximos años la organización de la atención médica y odontológica debe ser rediseñada racionalmente para contener el peso de los padecimientos bucodentales y crónico-degenerativos.

La realización de este estudio y el impacto que tendrá en la población senecta, sobre la pirámide poblacional, permite ver la importancia de desarrollar políticas, actividades y programas en beneficio de la población senecta, con lo cuál se dará una mejor calidad de vida a nuestra población mayor.

La evaluación bucodental realizada orienta sobre la dirección que deberán seguir nuestras actividades preventivas en un futuro, ya que del resultado de estas acciones se deriva la salud bucodental de la futura población geriátrica.

Los hallazgos obtenidos con el desarrollo de este estudio lograron obtener datos descriptivos confiables y un diagnóstico basal del estado de salud bucal de los adultos mayores, útil para futuras investigaciones en diferentes áreas del estado de San Luis Potosí, para obtener un panorama de morbilidad bucal y emprender un programa de promoción, prevención, detección oportuna y atención integral dirigido al paciente geriátrico.

La promoción de programas de atención odontológica dirigidos al adulto mayor, permitirá la detección precoz de incapacidades y distintos problemas de salud bucal, sobre los que se podría actuar para evitar el desarrollo de un deterioro mayor.

El presente estudio, descriptivo de corte transversal, ha sido realizado en una muestra de adultos mayores del área rural y urbana del Estado de San Luis Potosí, y al observar los resultados obtenidos en la presente investigación es evidente que el paciente de la tercera edad es una persona que enfrenta un gran número de problemas de índole odontológico, que pueden ser resueltos con los recursos disponibles en el primer nivel de atención de los servicios de salud oral.

Los problemas dentales más frecuentes encontrados en la población estudiada fueron: caries, gingivitis, cálculo, placa dental bacteriana, bolsas periodontales, los cuales pueden solucionarse, evitarse o al menos retardarse, con los recursos e insumos de las unidades de médicas de los Servicios de Salud del Estado, con un cuidado e higiene dental adecuados, así como con controles odontológicos regulares y atención preventiva odontológica. Una alternativa para dar respuesta a las necesidades del paciente geriátrico sería integrarlo al grupo de atención prioritaria de niños y mujeres embarazadas.

Existen diferencias en la prevalencia de patología bucodental en la población del área urbana y área rural, afectando en mayor grado al área rural, por lo que es necesario realizar mayor promoción educativa e inculcar hábitos positivos de higiene oral a temprana edad.

La higiene bucal tiene una influencia importante en la conservación de la salud bucodental, ya que en todas las alteraciones encontradas, esta desempeña un papel importante en el desencadenamiento de las patologías, donde los pocos cuidados preventivos y de mantenimiento de la salud oral hacen que el costo de la atención se eleve para sus familias, así como para las instituciones de salud.

El odontólogo tiene como principal función, contribuir a restablecer el estado de salud óptimo mediante la elaboración de una historia clínica completa y un tratamiento integral y útil para cada persona, mejorando la expectativa del pronóstico. La población de 60 años y

más requiere comprensión, apoyo, atención y cuidado, no en un afán de sobreprotección, sino de un verdadero interés por su bienestar .

Se puede concluir con certeza que el paciente geriátrico ha sido generalmente un individuo desprotegido por los servicios de Salud y que estos en su parte educativa y preventiva, lo han impactado someramente, por lo que se requiere reediseñar las políticas y programas de atención a la salud bucal de los adultos mayores.

Es indispensable reconocer que el avance de las ciencias de la salud es un proceso dinámico sujeto a modificaciones permanentes, aun cuando éste estudio permite identificar con claridad la magnitud del problema de salud, de un grupo en desventaja social como son los adultos mayores, estos hallazgos pueden ser interpretados desde múltiples perspectivas, pero quienes comparten y atestigüen los resultados de esta investigación, ya sea en posiciones directivas, académicas ó en la atención directa a pacientes, son inevitablemente responsables de la conducción de un proceso de cambio. Sea este estudio una propuesta que contribuya a reorientar la organización de la atención odontológica en México, hacia un futuro deseado.

10.- SUGERENCIAS

El cirujano dentista, debe estar consiente de su papel en el cuidado de la salud del paciente geriátrico y debe ofrecer una atención médica dental de calidad y humana.

Las Facultades y Escuelas de Estomatología del país, deben considerar la inclusión en la curricula de actividades encaminadas a capacitar a los alumnos para el tratamiento dental de los adultos mayores. Así mismo las instituciones de salud requieren diseñar y desarrollar actividades y programas preventivos, así como de atención, dirigidos a los adultos mayores, ajustados a sus necesidades logrando una disminución de patologías en la población de la tercera edad.

Sensibilizar a los odontólogos de las unidades de salud, ya que la patología encontrada puede ser abordada con los insumos de las unidades de primer nivel.

Educar a los pacientes ancianos e inculcar actividades preventivas y técnica de aseo bucal, técnicas de mantenimiento de las prótesis dentales, cuidado y revisión de sus tejidos blandos.

Proponer las modificaciones necesarias a la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales, para que incluya la atención dirigida a éste grupo vulnerable de la población, de la misma manera que se da atención prioritaria a los niños y mujeres embarazadas.

Finalmente, es necesario fomentar la información temprana y sostenida a todas las edades y así mismo crear una cultura preventiva, la cual disminuirá o retardará la problemática de salud oral en la población senecta, ya que no sólo es cuestión de crear más y mejores servicios de salud, sino también de inculcar una cultura de salud: informar, educar y practicar desde la infancia conductas de salud enfocadas a la prevención y diagnóstico temprano de patología bucodental.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- ¹ COEPO-SLP. Programa de Atención a Personas de Tercera Edad. Agosto de 1999.
- ² Gómez-García R, Lara-Navarro R. La transición demográfica en México y las especialidades odontológicas. *Práctica Odontológica* 1999;20(10):36-38.
- ³ González-Aragón CJ. Evaluación Geriátrica. *Boletín Epidemiología* 1997;14(7):1-2.
- ⁴ Aguirre-Gas H, Báez-Gallegos B, Soto-Arreola M, Valdivieso-Calderón, Galindo-Aparicio R, Wachter-Rodarte NI. Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2000;38(1):39-52.
- ⁵ Vellas P. Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Publica México* 1996;38:513-522.
- ⁶ Luna-Gómez JM. Principios de Odontogeriatría. *Práctica Odontológica México* 1986;7(7):10-12.
- ⁷ Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Aranda-Beltrán C, Alfaro-Alfaro N. Salud mental en la tercera edad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 1999;37(4):273-278.
- ⁸ Ozawa-Deguchi J.Y Estomatología geriátrica. México, trillas; 1994
- ⁹ Ozawa-Deguchi J.E importancia de la biología del envejecimiento. *Práctica odontológica* 1985;6(3):8-10.
- ¹⁰ Norma Oficial Mexicana. Para la prevención y control de enfermedades bucales. NOM-013-SSA2-1994.
- ¹¹ Goran-Nordstrom, Bo Bergman, Kenneth Borg, Hans Nilsson, Anders Tillberg, Hakan-Weslov. A 9 lonitudinal study of reported oral problems and dental and periodontal statun in 70- and 79-year cuty cohorts in northern Sweden. *Acta Odontologica Scandinava* 1998;56(2):76-84.
- ¹² Casado I, Gil M, López-Jimenez R, Descalzo-Fernández FJ, Del Rey-Calero J. Estudio epidemiológico de la salud dental en una población de jubilados. *Atención Primaria*. Madrid 1994;13(4):178-181.
- ¹³ Lynch-Malcolm A, brightman-Vernon J, Greenberg-Martin S. Patología bucal, tomo III, México. Interamericana 1986,pp. 547-561.

-
- ¹⁴ Ismail AIL. Findings from the dental care suplement of the national health interview survey 1983. JADA 1987;114:617.
- ¹⁵ Mc Carthy F.P. A clinical and pathological study of oral disease. JAMA 1978;116:16-19-
- ¹⁶ Examinations for oral cancer United states, 1992. MMWR Morb mortal wkly rep 1994;43:198-200.
- ¹⁷ Ramírez V, Mosqueda T, Hernández H. Diagnóstico precoz de cáncer oral. Práctica Odontológica 1984;5(7):8-16.
- ¹⁸ Woodall I, Yankell S, Dafoe B, Stutsman N, Wed L. Tratado de higiene dental Tom II. Barcelona 1992 Salvat 3era. Edición.
- ¹⁹ Escarzas-Mesetas E. La salud bucal del mexicano, en cifras. Práctica Odontológica 1984;5(1):27-28.
- ²⁰ Molina-Moguel JL, Paez-Valencia C, Galindo MS, Rivera FJ. Tumores y Neoplasias. Práctica Odontológica:19845(9);22-28.
- ²¹ González-López BS, González-Huidobro L, Bobadilla-Díaz A. Prevalencia de patología bucal y de estructuras relacionadas en pacientes geriátrico de la región I del estado de México. ADM México 1995;52:129-137.
- ²² Rueda A, Mosqueda JA, Zimbrón R, Vergara B. Prevalencia de lesiones en mucosa oral en ancianos. Práctica Odontológica 1987;8(12):38-47.
- ²³ Alvarez-Gutierrez R, Brown-J M. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. Salud Publica de México 1983;25:21-75.
- ²⁴ Carranza-Glikman F. Lesiones de las furcaciones. Periodontología clínica 7ª edición., interamericana México 1998 p.p 278-283.
- ²⁵ Aguirre-Gas H, Báez-Gallegos B, Soto-Arreola M, Valdiviesa-Calderón R, Galindo-Aparicio R, Wachter-Rodarte N. Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000;38(1):39-52.
- ²⁶ Fuentes Servín P. Conocimiento integral del paciente en odontogeriatría. Práctica Odontológica 2000;21(6):6-9.

-
- ²⁷ Ruíz-Arregui, Rivera-Márquez JA. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988. *Salud Publica México* 1996;38:430-437.
- ²⁸ Hernández-Zamora Z. Elaboración de un índice de calidad de vida para personas de la tercera edad. *Psicología y Salud*. México 1999; 1-13.
- ²⁹ Op. Cit 28: Hernández-Zamora.
- ³⁰ Ham-chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Publica México* 1996;38:409-418.
- ³¹ Calatrava L. A. El componente bucal de la salud en el anciano. *Acta Odontológica Venezolana* 1993;5:3-4.
- ³² Fuentes-Servín P, Anell-Zuñiga E, Hernández-López L, Pérez-Gómez A.M, Romero Quintero M. Reacción psicológica de las personas de la tercera edad ante un tratamiento odontológico. *Práctica Odontológica* 1994;5(5):51-53.
- ³³ Luna-Gómez JM. Patología bucal en la vejez. *Práctica Odontológica México* 1984;5(5):6- 12.
- ³⁴ Shafer Whine M, Levy B. Tratado de patología bucal, 4ª edición interamericana. México 1987 p.p 86-347.
- ³⁵ Escalona A; Acevedo M. Xerostomía, Diagnóstico y tratamiento. *Acta Odontológica Venezolana* 1993;5:37-40.
- ³⁶ Roisinblit R. Influencia de los factores sistémicos en los tejidos periodontales de los adultos mayores. *Revista de la A.O.A* 1997;85(4):239-244.
- ³⁷ S/A. Cáncer bucal .Sistema nacional de Vigilancia Epidemiologica 1998;33(5):1-4.
- ³⁸ Katz S, McDonald J, Stookey G. Odontología preventiva en acción, 3ª edición panamericana. México 1983 p.p. 81-92.
- ³⁹ Op. Cit 24 p.p. 418-430.
- ⁴⁰ Grabar T.M. Ortodoncia teoría y práctica, 3ª. edición interamericana. México 1991 p.p 209-230.
- ⁴¹ Norma Técnica No. 313 (DOF 25/VII/1988) "Para la Presentación de Proyectos e informes Técnicos de Investigación en las instituciones de salud".

-
- ⁴³ Stuck, et al. Dental treatment needs in an elderly population referred to a geriatric hospital in Switzerland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987;17:262-276.
- ⁴⁴ Tobias B, et al. Barriers to dental care and associated oral status and treatment needs, in an elderly population living in sheltered accommodation in Westh Essex. *Brit Dent J.* 1987;163-293.
- ⁴⁵ Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: La Salud Oral en los Estados Unidos: Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000
- ⁴⁶ Rodríguez Et al. Salud dental en la gente mayor. *Geodental* 2001.
- ⁴⁷ Regalo H, Cereza-Peppers G, Oldakowski R. Estado de la salud oral en residentes de una casa hogar en E.U 1995. *Gerodontology* 1997;14(2) 89-99.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Golobiewska M, Sierpiska T, Namiot D, Likeman P. Estado afectivo y aceptación de dentadura postiza en pacientes mayores. *Gerontodontology* 1998;15(2):87-92.

Kinsey J, Winstanley R. Utilización domiciliaria de servicios dentales. *Gerodontology* 1998;15(2):102-112.

McGrath C, bedi R. Impacto de la salud oral y la calidad de vida en personas viejas. *Gerodontology* 1998;15(2):93-98.

Nederfors T. Actitudes y la importancia de retener dientes naturales en una población adulta sueca. *Gerodontology* 1998;15(2):61-6.

Roisinblit R. La atención odontológica del anciano. *Revista de la A.O.A* 1996; 82(2):94-100.

Roisinblit R, Stranierr G. El anciano y los medicamentos. *Revista de A.O.A.* 1999;87(2):141-148.

Roisinblit R. Endodondia en la tercera edad "un aporte en la toma de decisiones". *Boletín de la asociación de Argentina de Endodoncia* 2000;11:45-47.

Roisinblit R. La desnutrición en la tercera edad y su repercusión en las enfermedades de la boca. *Revista de la A.O.A* 1995;83(2):143-148.

Villalobos-Jiménez R. Tratamiento de lesiones, erosiones, caries e Hipersensibilidad radicular. *Universidad de Costa Rica* 2000;65-76.

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	DIMENSION	CATEGORIAS
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Cuantitativa Continua	Años cumplidos	60 –69 70-79 80-89 90 y más.
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Cualitativa Dicotómica	Genero	a) Masculino b) Femenino
Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente.	Cualitativa ordinal	Grado de escolaridad	a)Analfabeta b)Analfabeta funcional c)Primaria incompleta d)Primaria completa e)Secundaria incompleta f)Secundaria completa g)Preparatoria incompleta h)Preparatoria completa i)Profesional y más.
Ocupación.	Empleo u oficio al que el individuo dedica, la mayor parte de su tiempo durante toda su vida.	Cualitativa categórica.	Actividad laboral a la que se dedica.	a) Jubilado. b) Agricultor. c)Obrero. d)Comerciante. e)Desempleado f)Labores del hogar.
Derecho a seguridad social.	Beneficiario de los servicios médicos otorgados por alguna institución gubernamental como IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX entre otras.	Cualitativa Dicotómica.	Si pertenece o no a alguna institución gubernamental o privada que le otorgue servicios médicos	a) Si. b) No.

Costo de la consulta.	Cantidad que se paga por recibir la atención odontológica.	Cualitativa Categórica.	De acuerdo a los ingresos del paciente como considera el costo.	a) Alto. b) Bajo. c) No sabe. d) Exento.
Antecedentes Patológicos: ❖ Diabetes ❖ Hipertensión ❖ Cardiopatías ❖ Enfermedad Osteoarticular ❖ Epilepsia ❖ Enfermedad Pulmonar	Alteraciones patológicas que desequilibran el bien estar integral de los individuos.	Cualitativa Dicotómica.	Enfermedades crónico degenerativas, referidas por el paciente con previo diagnóstico médico.	a) Si. b) No.
Uso de medicamentos.	Cualquier medicamento que este tomando el paciente para controlar alguna alteración.	Cualitativa Dicotómica	Ingesta de medicamentos.	a) Si. b) No.
Consumo de tabaco.	Hábitos negativos que afectan la salud general del paciente.	Cuantitativa Numérica.	Número de cigarros que fuma al día.	a) Si consume mujer. b) Si consume hombre. c) No consume.
Cepillo dental	Instrumento manual utilizado para la eliminación de placa dental. Durante el cepillado dental.	Cualitativa Dicotómica.	Si cuenta o no con cepillo dental.	a) Si. b) No.
Higiene oral	Hábitos de cepillado dental que tiene el paciente.	Cuantitativa Numérica.	Número de veces que realiza el cepillado oral al día.	a) 0. b) 1. c) 2. d) 3 o más.
Cambio de cepillo dental	Cada que cambia el cepillo dental el paciente.	Cualitativa Numérica	Tiempo transcurrido para hacer cambio de cepillo dental.	a) 3 meses. b) 6 meses. c) 1 año o más.
Hábitos perniciosos	Hábitos anormales de seccionar y mordisquear objetos como alfileres, clavos y mucosas	Cualitativa Dicotómica	Actividad que realice todos los días.	a) Si. b) No.

Visitas al dentista	Visitas realizadas en un año al dentista para en control, mantenimiento y curación de alteraciones bucodentales.	Cuantitativa Numérica.	Número de veces que visita al dentista en un año.	a) 0. b) 1. c) 2. d) 3. e) En caso de dolor.
Gingivitis.	Afección inflamatoria provocada por la placa bacteriana que se adhiere al diente.	Ordinal	Cambios en el color, forma y tamaño.	a) Grado I Cambio de color de rosa pálido a rojo brillante. b) Grado II Cambio en el tamaño y forma de la encía. c) Grado III Hemorragia espontánea y dolor. d) Sanos
Abrasión	Desgaste de las superficies incisales y oclusales debido a la función masticatoria.	Cualitativa Continua.	Número de capas dentarias perdidas.	Grado: a) I.- Desgaste de esmalte. b) II.- Desgaste que incluye esmalte y dentina. c) III.- Desgaste que alcanza la cámara pulpar. d) No presenta.
Prótesis	Es un aparato con piezas dentarias artificiales que sustituye la función normal de los órganos dentarios naturales y puede ser fija, total y parcial.	Cualitativa Categórica.	Presencia de prótesis total o removibles.	a) Adaptadas. b) Mal adaptadas c) Requiere y no utiliza. d) No necesita
Oclusión	Es la forma en que hacen contacto los dientes superiores con los inferiores.	Cualitativa Categórica.	Relación molar o canina que tenga el paciente al momento de ocluir.	Clase: a) I b) II c) III

Calculo supragival	Es una masa calcificada adherente que se forma en la superficie de los dientes y prótesis dentales cubierta por bacterias. Visible en la cavidad bucal.	Ordinal	Presencia de calculo en los órganos dentarios.	<p>A) Alrededor del margen Gingival.</p> <p>b) Alcanzan hasta 1/3 de la superficie dentaria</p> <p>c) Cubren de 1/3 hasta 2/3 de la superficie dentaria.</p> <p>d) Cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.</p> <p>e) Edentulos</p>
Calculo subgingival	Masa calcificada cubierta por bacterias que se encuentra por debajo del margen gingival.	Cualitativa Dicotómica	Presencia de calculo debajo del margen gingival.	<p>a) Si</p> <p>b) No</p> <p>c) Edentulos</p>
Bolsa periodontal	Espacio anormal que existe entre la encía y la raíz del diente con destrucción de los tejidos periodontales de sostén.	Cualitativa Dicotómica	Presencia de bolsas con pérdida de tejido óseo.	<p>f) Si</p> <p>g) No</p>
Placa dental bacteriana.	Es una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y mucosa gingival, esta formada principalmente por colonias bacterianas (que constituyen alrededor del 70% de la placa), agua, células epiteliales descamadas, glóbulos blancos y residuos de alimentos.	Ordinal	De acuerdo a la superficie dentaria que se encuentren cubiertas por placa dental bacteriana.	<p>a) 0 Libre de placa dental.</p> <p>b) Hasta 1/3 de la superficie cubierta por placa dental bacteriana.</p> <p>c) No más de 2/3 de la superficie cubierta por placa dental.</p> <p>d) Más de 2/3 de la superficie cubierta por placa dental.</p> <p>e) No aplica</p>

Absceso	Lesión localizada, dolorosa de rápida expansión y de principio repentino, por lo general presenta una fistula que se abre en la mucosa gingival o en algún otro lugar a lo largo de la raíz.	Cualitativa Dicotómica	Presencia de fistula en los tejidos blandos.	a) Si b) No
Restauraciones irritantes.	Restauraciones de malgama, resina, ionomero, coronas, puentes fijos y removibles que causen alteraciones en la mucosa.	Cuantitativa numérica	Número de restauraciones desbordantes.	a) 1-4. b) 5-6.
Movilidad	Desplazamiento anormal que presenta el órgano dentario de su alvéolo,	Ordinal	Desplazamiento de más de 1mm. del órgano dentario de su alvéolo.	Movilidad: a) Grado I Más de 1mm. Mecio-distal ó vestibulo-lingual. b) Grado II Más de 2mm. en sentido mecio-distal ó vestibulo-lingual. h) Grado III: Movilidad vestibulo-lingual o meciodistal o ambos combinado con esplazamiento vertical. d) No presenta movilidad
Varices linguales	Es una vena dilatada con soporte deficiente de tejido circundante, de color rojo azul rojizo localizadas en la superficie ventral o lateral de la lengua.	Cualitativa Dicotómica	Presencia de venas dilatadas o tortuosas en los bordes laterales y área ventral de la lengua.	a) Si b) No

Granulos de fordyce	Son glándulas sebáceas que se presentan como pequeñas manchas, se localizan con mayor frecuencia en la mucosa de los carrillos y en la superficie interna de los labios.	Cualitativa Dicotómica.	Presencia de placas blancas o amarillas en las áreas de mayor frecuencia de aparición	a) Si b) No
Lengua Fisurada	Es una malformación manifestada clínicamente por numerosas ranuras en la superficie dorsal de la lengua	Cualitativa Dicotómica.	Presencia de surcos en el dorso de lengua que se dirijan hacia fuera partiendo de una ranura central.	a) Si b) No
Luecoplasia	Flaca blanca que se presenta en la superficie de una membrana mucosa.	Cualitativa Dicotómica.	Mancha blanca que no se desprende al raspado.	a) Si b) No
Pigmentación melánica	Mancha difusa, de color púrpura oscura que se presenta frecuentemente en encía y carrillos.	Cualitativa Dicotómica.	Presencia de manchas en la mucosa.	a) Si b) No
Leucoedema	Velo blanco-grisáceo difuso sobre la mucosa del carrillo," la cual no pierde flexibilidad ni suavidad y desaparece al traccionar la mucosa.	Cualitativa Dicotómica.	Presencia de velo blanco-grisáceo que desaparezca al retrae la mucosa del carrillo	a) Si b) No
Queratosis traumática	Manchas blancas que no desaparecen al raspado, causadas por fricción con las prótesis o traumatismo con algún alimento duro.	Cualitativa Dicotómica.	Presencia de lesiones bucales con causa aparente	a) Si b) No

ANEXO 2



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
SERVICIOS DE SALUD EN SAN LUIS POTOSI
JURISDICCION SANITARIA No. 1



Fecha del Examen Día _____ Mes _____ Año _____

Numero de expediente _____ Establecimiento _____

Nombre del Paciente _____

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección _____

1.- Edad en años cumplidos.

2.- Sexo a) Femenino. b) Masculino.

3.- Escolaridad
 a)Analfabeta b)Analfabeta funcional c)Primaria incompleta
 d) Primaria completa e)Secundaria incompleta f)Secundaria completa
 g)Preparatoria incompleta h)Preparatoria completa o técnica. I)Profesional y más

4.- Ocupación
 a)Jubilado b) Agricultor c)Obrero d)Comerciante e)Desempleado
 f)Labores del hogar

5.- ¿Es derechohabiente de alguna institución? a) Si b) No

6.- ¿Cómo considera en general el costo de la consulta en relación con sus ingresos?

a) Alto b) Bajo c) No sabe d) Exento

7.- Antecedentes Patológicos

- a) Diabetes b) Epilepsia c) Hipertensión d) Cardiopatías
 e) Enf. Osteoarticular f) Enf. Pulmonar o asma g) Sano

8.- Uso de medicamentos a) Si b) No

Cuáles _____

9.- Frecuencia de consumo de tabaco

- a) Si consume mujer b) Si consume hombre c) No consume

10.- ¿Cuenta con cepillo dental?

- a) Si b) No

11.- Hábitos del paciente

Frecuencia de cepillado dental

- a) 0 b) 1 c) 2 d) 3

Intervalo de tiempo en que el cepillo dental es cambiado

- a) 3 meses b) 6 meses c) 1 año o más.

Hábitos perniciosos

Succión de objetos a) Si b) No

Mordisqueo de mucosas a) Si b) No

Frecuencia de visitas al dentista por año

- a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 o más e) En caso de dolor

12.- Gingivitis

a) Grado I Cambio de color de rosa pálido a rojo brillante en margen gingival

b) Grado II Cambio en el tamaño y forma de la encía.

c) Grado III Hemorragia espontánea y dolor.

d) Sano

13.- Abrasión

a) I Desgaste del esmalte

b) II Desgaste del esmalte y dentina

c) III Desgaste que alcanza la cámara pulpar.

d) No presenta.

14.- Uso de prótesis totales o parciales

- a) Adaptadas b) Mal adaptadas c) No utiliza d) No necesita

15.-Oclusión

- a) Clase I
- b) Clase II
- c) Clase III

EXAMEN EXTRAORAL

17.- Articulación Temporomandibular

- a) Chasquido unilateral derecho
- b) Chasquido unilateral izquierdo
- c) Luxación mandibular derecha
- d) Luxación mandibular izquierda
- e) Chasquido bilateral
- f) Normal

18.- EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS

- 1.- Labios
- 2.- Lengua
- 3.- Encías
- 4.- Carrillos
- 5.- Piso de Boca
- 6.- Paladar duro
- 7.- Paladar Blando
- 8.- Reborde alveolar

Lesión encontrada

- | | |
|--|--------------------------------------|
| a) Varices Linguales. | l) Estomatitis nicotínica. |
| b) Enfermedad de Fordyce. | m) Torus y exostosis. |
| c) Leucodema. | n) Papiloma. |
| d) Lesiones hiperqueratósicas por efricción. | o) Úlcera (benignas). |
| e) Pigmentación melánica. | p) Epulis fisurado. |
| f) Lengua geográfica. | p) Epulis fisurado. |
| g) Lengua fisurada. | q) Hiperplasia papilar inflamatoria. |
| h) Lengua atrofica | r) Placas eritematosas. |
| i) Lengua pilosa. | s) Fibroma. |
| j) Aumento tisular. | t) Mucocele. |
| k) Liquen plano. | u) Carcinoma escamoso celular |
| | v) Normal |

- a) 1-5 b) 6-10 c) 11-15

24.- Numero de órganos dentarios con extracción indicada por cualquier causa
 a) 1-5 b) 6-10 c) 11-15 d) 16-20 e) No requiere f) Edentulo

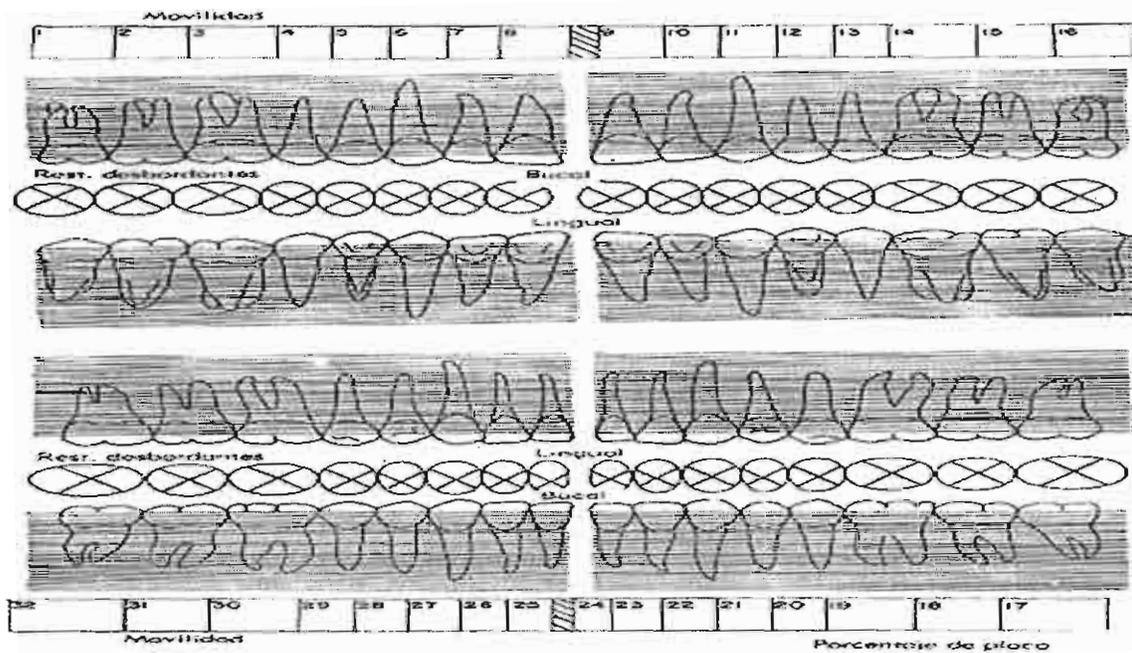
25.- Numero de órganos dentarios perdidos por cualquier causa
 a) 1-5 b) 6-10 c) 11-15 d) 16-20 e) 0 f) Edentulo

26.- Presencia de prótesis fija
 a) Adaptada b) Mal adaptada c) Requiere y no utiliza d) No necesita

27.- Numero de restauraciones irritantes
 a) 1-5 b) 6-10

28.- Calculo Supragingival.
 a) Si b) No

PARODONTOPATIAS



PLACA

29.- ___ Bolsa subgingival
 a) Si b) No

ANEXO 3

**IMPLICACIONES BIOÉTICAS EN INVESTIGACIÓN
CON SUJETOS HUMANOS**

Certificación y declaración de protección de los sujetos humanos participantes

Dictamen del Comité de Ética Institucional	
El Comité de revisión ética institucional resuelve que el proyecto de investigación:	
<p>Se ajusta a los principios establecidos por la Declaración "Helsinki II".</p>	<p><input type="checkbox"/> Presenta de manera satisfactoria, el consentimiento informado y la estrategia de obtención del mismo (anexos incluidos). <input type="checkbox"/></p>
<p>Se ajusta a las normas y criterios éticos establecidos en los códigos nacionales de ética y/o leyes vigentes.</p>	<p><input type="checkbox"/> Describe de manera satisfactoria, las razones de inclusión y/o exclusión de determinados sujetos humanos. <input type="checkbox"/></p>
<p>Describe satisfactoriamente la forma como se protegerán los derechos y bienestar de los sujetos involucrados en la investigación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Describe de manera satisfactoria, los procedimientos de vigilancia que serán aplicados y las previsiones de interrupción de la investigación por evidencias suficientes de riesgos o beneficios (en caso de que aplique). <input type="checkbox"/></p>

ANEXO 4



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A QUIEN CORRESPONDA

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **PREVALENCIA DE PATOLOGIA BUCODENTAL EN UNA POBLACION GERIATRICA DE UNA AREA URBANA Y UNA RURAL DE SAN LUIS POTOSI. 2000-2001**, que se realizará en la Jurisdicción sanitaria No. I, de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, cuyo objetivo consiste en conocer la prevalencia de patología bucodental en una población geriátrica del área urbana y una rural, proponer una estrategia de promoción y educación bucodental dirigido a este grupo de la población.

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consistirán en la aplicación de un cuestionario y la revisión de mi cavidad oral, sin existir riesgos para mi persona.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la momento que yo así lo desee. También se que puedo solicitar información adicional acerca de los beneficios y riesgos de mi participación en este estudio.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibe en esta Institución no se vera afectada.

Atte: _____
 Nombre y Apellido Firma

Nombre del testigo _____ Dirección _____

Nombre del testigo _____ Dirección _____

San Luis Potosí S.L.P., _____ de _____ de 200 _____

ANEXO 5

**RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y PRESUESTALES
PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

GASTOS DE PERSONAL PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN				
TIPO DE PERSONAL	No.	TOTAL SALARIO/ HONORARIOS	APOORTE INSTITUCIONAL	INSTITUCIÓN FINANCIADORA
Odontólogos	2	\$ 10.000.00	\$20.000.00	Servicios de Salud de SLP
Responsable del proyecto	1	0.00	0.00	0.00
Total		\$ 20.000.00	\$ 20.000.00	Servicios de Salud de SLP

GASTOS DE EQUIPO PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN			
Descripción	# de Unidades	Costo Unitario	Costo Total
Equipo de Computo	1	\$ 15.000.00	\$ 15.000.00
Impresora	1	\$ 3.000.00	\$ 3.000.00
Unidades dentales.	2	10.000.00	20.000
Total			\$ 38.000.00

MATERIALES E INSUMOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN			
TIPO	No.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Espejo	40	25.00	890.00
Pinzas de curación	40	20.00	800.00
Explorador	40	15.00	600.00
Esterilizador	2	1800.00	3.600.00
Cubre bocas	710	30	60.00
Guantes	710	50	400.00
Sondas periodontales	10	1500.00	1.500.00
Historia clínica 5 hojas por historia.	1.500	.20	750.00
Algodón	2 paquetes	35.00	70.00
Tabletas reveladoras de placa	500	.60	300.00
Abatelenguas	500	.20	100.00
Cinta testigo	2	40.00	80.00
Impresiones	80	1.50	120.00
Hojas de máquina	300	.10	15.00
Cartucho de tinta	2	500.00	1.000.00
Encuadernado	7	150.00	1.050.00
Lápiz	10	1.00	10.00
Bicolor	6	2.00	12.00
Rotafolio	2	100.00	200.00
Pasajes foráneos	120	5.00	600.00
Pasajes locales	100	2.40	240.00
COSTO TOTAL		12.397.00	

RESUMEN DEL PRESUPUESTO TOTAL				
Fuentes	Aporte Institucional	Otros Aportes	Total	Institución Financiadora
Personal	\$ 20.000.00		\$ 20.000.00	Servicios de Salud de San Luis Potosí
Materiales	\$ 12.397.00		\$ 12.397.00	Investigador
Equipo	\$ 38.000.00		\$ 38.000.00	Investigador y servicios de salud
Otros	\$ 2.000.00		\$ 2.000.00	Investigador
Total	\$72.397.00		\$ 72.397.00	Investigador y Servicios de Salud de San Luis Potosí

ANEXO 6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(En meses)

Mes y año de inicio: Enero 2000

Mes y año de terminación: Mayo 2001

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	ELABORACION DE PROTOCOLO									IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO			ANALISIS					ENTREGA	
	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jul	Dic
Definir el tema																			
Recopilación y análisis de bibliografía																			
Inicio de la elaboración del proyecto																			
Delimitación del problema																			
Determinar factibilidad y viabilidad																			
Elaborar planteamiento del problema																			
Elaborar Instrumento de recolección de datos.																			
Estructuración del marco teórico																			
Elaborar Objetivos																			
Desarrollo de metodología																			
Aprobación del proyecto																			
Revisión bibliográfica																			
Aplicación de prueba piloto																			
Recolección de información																			
Limpieza, codificación y captura de las encuestas																			
Análisis estadístico de los datos																			
Revisión y discusión exploratoria de la información																			
Elaboración del informe de resultados																			
Presentación de resultados de la investigación																			
Presentación de la investigación																			

CODIGO

Actividad realizada
Actividad programada



" La autora C.D María de los Angeles Tovar Hernández concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN UNA POBLACION GERIATRICA EN UNA AREA URBANA Y UNA RURAL DE SAN LUIS POTOSO. S.L.P. 2000-2001. Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca su reproducción parcial o total.

C.D María de los Angeles Tovar Hernández.

San Luis Potosí S.L.P febrero del 2002