



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN  
Y SALUD PÚBLICA ODONTOLÓGICA  
ASIGNATURA: INTERNADO ASISTENCIAL



**“ESTADO DE SALUD BUCAL DE ADULTOS MAYORES  
DE 60 AÑOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN  
DOMICILIARIA AL PACIENTE CON DEPENDENCIA  
SEVERA DEL CESFAM ROSARIO MARZO-JUNIO 2014”**

Oliva C, Achurra MJ, Berrios N, Chicago S, Rivera T.



## RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes en estado de postración no tienen posibilidad de atención odontológica primaria, ya que por sus dificultades físicas les es imposible acercarse por sí mismos a un Centro de Salud. Esto hace muy difícil su tratamiento y eliminación de focos infecciosos bucales, que actúan como un factor de riesgo permanente en su salud general.

**Materiales y métodos:** Se realizó estudio de prevalencia, de diseño descriptivo, y corte transversal que tiene por objetivo determinar el estado de salud oral de pacientes postrados severos mayores de 60 años en el período de marzo a junio del año 2014 y evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a cuidados de higiene oral por parte de sus respectivos cuidadores. Las mediciones se realizaron a través de un examen clínico y una encuesta escrita.

**Resultados:** El grado de edentulismo de los pacientes es de 55% y el 69% no usa prótesis dental. Un 97,9% de los pacientes nunca ha sido visitado por un dentista. El 89,8% de los cuidadores indica no haber recibido instrucciones de como higienizar la boca de los pacientes postrados severos. Existe poco conocimiento sobre cuidado de prótesis, donde el 70,8% de los pacientes portadores de prótesis removible relató dormir con ella. El 24% de los pacientes portadores de prótesis presentaban estomatitis sub-prótesis.

**Conclusión:** Se encuentra un deteriorado estado de salud bucal de los pacientes y poco conocimiento de cuidados en salud bucal por parte de sus cuidadores.

**Palabras clave:** “bedridden patients oral health”, “older people”, “oral health care”, “inmovilized”, “frail” y “elderly”.



## INTRODUCCIÓN:

De acuerdo al último Censo realizado el año 2012, existe una transición demográfica hacia el envejecimiento en nuestra población, el Índice de Renovación (cantidad de adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años) es 67,1% <sup>(1)</sup>.

El proceso de envejecimiento de la población se caracteriza por el aumento de las personas que tienen 60 años o más, definiéndose a ésta población como adulto mayor <sup>(2)</sup>. Actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco <sup>(3)</sup>. Esto provoca un impacto que repercute indudablemente en Salud Pública. <sup>(1)</sup> <sup>(4)</sup>.

El envejecimiento de la población ha generado grandes desafíos en salud, a medida que van progresando las enfermedades, las consecuencia de éstas convergen en la condición de paciente postrado <sup>(5)</sup>. Este problema de salud afecta en su mayoría a los adultos mayores y es frecuente que presenten enfermedades transitorias o permanentes, que los obligan a permanecer en cama, ya que hay una serie de condiciones propias del envejecimiento que los hace más vulnerables a ellas <sup>(5)</sup>.

Un análisis de la población afectada por discapacidades, indica que éstas van en aumento con la edad, concentrándose entre los adultos mayores <sup>(4)</sup>. Las estadísticas muestran que en países en vías de desarrollo, cerca de un 50% de los adultos mayores se encuentran en estado de postración y que un quinto de esta población tiene importantes dificultades en su desplazamiento.

En Chile, se estima que el 11,4% de la población supera los 60 años de edad <sup>(4)</sup>. Según los datos entregados por el Estudio Nacional de la Discapacidad realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el año 2004, de cada 5 adultos mayores 2 presentan algún grado de discapacidad <sup>(6)</sup> y del 3% al 7% se encuentra en estado de postración <sup>(5)</sup>.



En la región del Libertador Bernardo O'Higgins, destaca la prevalencia de discapacidad en el adulto mayor: La mitad de las personas mayores de 64 años en la Región, presentan discapacidad. Esta prevalencia es casi 3 veces más que la prevalencia general y que la prevalencia en adultos entre 15-64 años. Así cobra importancia los esfuerzos de mejorar el funcionamiento humano con este grupo etario. La atención al adulto mayor con Discapacidad de la VI Región, y la prevención de la discapacidad adquiere hoy en la región una gran relevancia epidemiológica (7).

Actualmente, los pacientes postrados severos, por sus limitaciones motoras, tienen pocas o ninguna alternativa de atención con el odontólogo en el centro de atención de salud familiar, es por esto que se hace necesario hacer un examen exhaustivo respecto a la salud oral de estos pacientes, pudiendo de esta forma evidenciar su estado de salud bucal y tratar con eficacia las patologías o derivar a un especialista cuando sea el caso.

En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, pero no en todos se presentan al mismo tiempo. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad, forman parte del envejecimiento general del organismo (8) (9).

Existen cambios bucodentales que ocurren con la edad que son naturales, como el cambio de coloración de las piezas dentales y desgaste de las mismas. Sin embargo existen otros cambios que obedecen a factores externos, como medicamentos que pueden producir xerostomía, enfermedades sistémicas que pueden incidir o perpetuar algunas enfermedades bucales como la periodontitis e incluso prótesis mal ajustadas que pueden producir lesiones en la mucosa bucal, además del nivel de higiene oral directamente relacionado con factores socioculturales y económicos (9)(10). Al iniciarse la discapacidad oral por la pérdida de los dientes, generalmente en la adultez media, el paciente se ve afectado también en su autoconfianza por el solo hecho de no poder sonreír (11).



Los dientes poseen múltiples funciones, tales como: la masticación, fonética, expresión facial y estética, y en su ausencia se puede ver afectada la nutrición y autoestima de los pacientes adultos mayores <sup>(12)</sup>, porque los dientes faltantes o cariados y prótesis mal ajustadas reducen la capacidad de masticar y disfrutar de los alimentos, disminuyendo notoriamente su calidad de vida <sup>(11)</sup>.

Sin salud bucal no puede haber envejecimiento saludable <sup>(13)</sup>, por esto es importante mantener los dientes naturales en boca, ya que ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes postrados, a través del sentido de realización, dignidad, sensación de control, función oral, comodidad y apariencia <sup>(14)(15)</sup>. Aún así, independientemente del estado dental, es recomendable que los adultos mayores hagan visitas al dentista por lo menos cada 6 meses para una reevaluación clínica, y profilaxis. Si estos poseen habilidades reducidas las visitas deberían ser con mayor frecuencia <sup>(12)</sup>.

La enfermedad crónica es más probable a medida que aumenta la edad, y con frecuencia afecta a la capacidad física y la función cognitiva. El deterioro de la salud física y mental hace que sea más difícil para las personas llevar a cabo una correcta higiene oral, lo que conlleva a un deterioro de la salud bucal <sup>(16)</sup>. Por esta razón no se puede pensar que la salud oral tiene poca importancia en las personas de mayor edad, no es éticamente aceptable si se encubre un menosprecio a la necesidad de tener función bucal adecuada y continuar una vida de relaciones afectivas y de integración <sup>(17)</sup>. Muñoz y cols. Declaran que las prácticas de higiene oral en adultos mayores postrados son realizadas por sus cuidadores, un 29,5% declaró realizarla sólo una vez al día, el mismo porcentaje indicó realizarla 2 o más veces al día, mientras que el 41,1% no le realizaba limpieza bucal. La frecuencia de higiene de la prótesis en estos pacientes se distribuye entre: nunca (25,6%), una vez al día (25,6%), dos veces al día (20,9%) y tres veces al día (23,3%) <sup>(18)</sup>. Si bien la mayoría de los cuidadores reconoce que los adultos mayores dependientes necesitan de cuidados especiales en su salud



oral, menos de la mitad de éstos se siente capacitado para proveer dicho cuidado de forma adecuada, por lo que es necesario contar con el apoyo de profesionales de la salud bucal <sup>(18)</sup>. La educación dental geriátrica debería ser enseñada también a otros profesionales de la salud como médicos y enfermeras, además de cuidadores y pacientes <sup>(12)</sup>, ya que la atención domiciliaria es prioritariamente médica y realizada por la enfermera de atención primaria <sup>(19)</sup>. La promoción de la salud oral y el cuidado pueden potencialmente ayudar a prevenir condiciones orales que pueden causar un malestar significativo, afectar la interacción social, la nutrición y reducir la capacidad de las funciones estomatognáticas.

Los pacientes mayores tienen tres características que los diferencian de otros grupos etarios: cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, polipatología y polifarmacia, siendo esta última la causa de diversas reacciones adversas en el cuerpo y en la cavidad oral. Además de las reacciones adversas medicamentosas, el ausentismo o abandono del tratamiento dental también influye en la pérdida de salud oral, ya que se le da prioridad a una situación que amerite internación hospitalaria, antes que al tratamiento con el odontólogo <sup>(20)</sup>.

Los datos de la Encuesta nacional de Salud 2009-2010 permiten saber que la población adulta mayor consume un alto número de medicamentos, con un promedio de 4,2 medicamentos por día, casi duplicando el grupo menor de 65 años. Las mujeres adultas mayores consumen en promedio 4,3 medicamentos por día versus 3,9 que es el número de medicamentos que consumen los hombres del mismo grupo etario. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010), el 34% de las personas mayores, utilizan entre 3 y 5 medicamentos al día, un 15% consume 6 o más, evidenciando la polifarmacia en este grupo etario <sup>(21)</sup>.

Desde el año 2007 se encuentra dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES) para las personas Mayores el programa de Salud oral integral para personas de 60 años, el cual trata a adultos mayores en centros de salud estatales, siendo imposible para los pacientes postrados -por su incapacidad



física- poder acceder a este programa.

Como describe el Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores del Ministerio de Salud (MINSAL) 2014 <sup>(22)</sup>, es necesaria la creación de políticas públicas en salud respecto a los cuidados de los adultos mayores; creación de soporte del medio ambiente y participación de la comunidad, especialmente en el caso de adultos de 60 años dependientes funcionalmente y con deterioro cognitivo, que requieren atenciones especiales de cuidadores <sup>(22)</sup>.

Estos pacientes con necesidades especiales son controlados en el programa de atención domiciliaria para pacientes con dependencia severa, por un equipo de salud multidisciplinario formado por Médico, enfermera, kinesiólogo, psicólogo y un técnico de enfermería de nivel superior, equipo que no incluye odontólogo(a) en su mayoría, dejando de lado la salud bucal de estos pacientes.

Un estudio sobre Salud Bucodental de Postrados Severos realizado en Valparaíso en el año 2012 arrojó como resultado que los dientes presentes en boca eran en promedio 3,6; de estos, 1,6 estaban cariados, esta es una situación alarmante, ya que son focos infecciosos activos, actuando como nichos ecológicos bacterianos, lo cual implica un riesgo latente de bacteremia y constituyen un factor de riesgo para múltiples enfermedades relacionadas con un mal estado de salud bucal <sup>(17)</sup>.

Actualmente, los pacientes postrados severos, por sus limitaciones motoras, tienen pocas o ninguna alternativa de atención con el odontólogo en el Centro de Atención de Salud Familiar de Rosario. Es por esto que se hace necesario hacer un examen clínico de salud oral del estado de salud bucal del paciente y tratar con eficacia las patologías o derivar a un especialista cuando sea el caso.



## OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado de salud oral de pacientes postrados severos pertenecientes al programa de atención domiciliaria al paciente con dependencia severa del CESFAM Rosario, en el período desde marzo a junio del año 2014.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cuantificar e identificar al usuario postrado según: edad, género, previsión, nivel de gravedad de su estado de postración y enfermedad base.
- Determinar la media y la Desviación Estándar (DS) de piezas cariadas, obturadas, perdidas y sanas.
- Determinar presencia o ausencia de sacos periodontales.
- Determinar el porcentaje de usuarios postrados según grado de edentulismo.
- Determinar si existe alguna lesión en tejidos blandos/mucosa.
- Clasificar a los pacientes desdentados parciales según clase de Kennedy.
- Identificar si el paciente es o no portador de prótesis removible.
- Determinar la higiene y el estado de la prótesis removible.
- Medir la higiene oral del paciente a través del Índice de Higiene Oral simplificado de Greene & Vermillion IHOS.
- Evaluar el conocimiento de los cuidadores respecto a la higiene oral de sus pacientes.
- Evaluar nivel de conocimiento de los cuidadores respecto al cuidado de prótesis de sus pacientes.



- Evaluar el conocimiento de los cuidadores respecto al estado de salud oral de sus pacientes.
- Conocer la frecuencia de las visitas del odontólogo a los pacientes postrados y la opinión de los cuidadores respecto a estas visitas.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

Se realizó un estudio de prevalencia de diseño descriptivo y corte transversal.

La población a estudiada corresponde a un universo de 50 adultos mayores de 60 años de edad discapacitadas severas, pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria al Paciente con Dependencia Severa del CESFAM Rosario, de marzo a junio del año 2014.

### **Criterios de Inclusión:**

- Usuarios incluidos en el programa de atención domiciliaria al paciente con dependencia severa del CESFAM Rosario.
- Tener la condición de postrado severo.
- Tener 60 años cumplidos al 1° de junio del año 2014 o más.
- Tener consentimiento informado firmado por él o su cuidador.
- Pasar de postrado leve o moderado a severo durante el período de estudio.

### **Criterios de Exclusión:**

- No consentir para el estudio.
- Fallecimiento del paciente durante el período de estudio.
- No encontrarse a la hora de la visita.
- Haber sido modificada su condición de severo a moderado o leve.
- Pacientes en condición agónica o terminal.



La recolección de la información se realizó en visitas domiciliarias en conjunto con el equipo de trabajo del programa de atención domiciliaria al paciente con dependencia severa del CESFAM Rosario, en las cuales, luego de firmar un consentimiento informado, se efectuó la evaluación de las variables en estudio las cuales son:

**Edad:** Se consideró la edad todos los pacientes postrados severos pertenecientes al programa de atención domiciliaria para pacientes con dependencia severa de 60 o más años del CESFAM Rosario.

**Género:** Se consideró si el paciente postrado es de género femenino o masculino.

**Previsión:** Cobertura de atención en salud, los pacientes fueron clasificados en los tramos A, B, C, D de acuerdo al Fondo Nacional de Salud (FONASA) consultado en los registros del CESFAM Rosario.

**Nivel de gravedad de su estado de salud general:** Se establece de acuerdo a la clasificación usada en CESFAM Rosario para el programa de atención domiciliaria al paciente con dependencia severa en evaluaciones realizadas por el equipo de salud a cargo, usando la escala de Barthel, se obtiene como resultado una clasificación de los pacientes según su grado de dependencia: leve, moderada, grave y total.

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria. Es así como Mahoney <sup>(24)</sup> la describe como la “necesidad de ayuda física si un paciente es incapaz de realizar cierta actividad”. Las actividades de la vida diaria o AVD están referidas a las tareas propias del auto-cuidado. El índice de Barthel valora: vestirse, deambular, bañarse, asearse, control de esfínteres, comer <sup>(25)</sup>.

Acorde al Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA), la definición de paciente con dependencia severa incluye a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda:

Individuos postrados, pacientes con algún grado de demencia, incapacidad



para efectuar 1 ABVD (actividades instrumentales de la vida diaria), excepto bañarse, e incapacidad para efectuar 2 AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) (26).

Es por esto que en nuestro trabajo la denominación de postrado severo es para los pacientes con dependencia grave y total según la escala de Barthel.

**Enfermedad de base:** Se entiende por enfermedad de base a la patología que determinó el estado de postrado del paciente, diagnosticada previamente por los médicos del CESFAM.

**Estado dentario:** Se clasificaron en piezas sanas, obturadas, cariadas y perdidas.

**Enfermedad periodontal:** Para la enfermedad periodontal se consideró presencia de ella cuando existiera una profundidad de saco igual o mayor a 3 mm y ausencia de ella cuando sea menor a 3 mm medible con sonda periodontal Goldmam Fox Williams por su extremo redondeado.

**Grado de edentulismo:**

Dentado completo: se consideró dentado completo a los pacientes que presentaban la totalidad de las piezas dentales en boca, incluyendo a los terceros molares.

Dentado parcial: Se consideraron a todos los pacientes que presentaron una o más piezas dentarias perdidas. Incluyendo a los terceros molares.

Desdentado total: Todos aquellos pacientes que no presentaban ninguna pieza visible en boca.

**Tejido blando/mucosa**

El examen clínico de la mucosa y tejidos blandos en busca de anomalías se realizará en:

- a) Mucosa y surcos labiales (superior e inferior).
- b) Parte labial de las comisuras y la mucosa bucal (derecha e izquierda).
- c) Lengua (superficies dorsal y ventral, y bordes).
- d) Piso de boca.



e) Paladar duro y blando.

f) Bordes alveolares, encías y fondo de vestíbulo (superiores e inferiores).

Los diagnósticos de lesiones bucales sólo serán presuntivos ya que sería necesaria una biopsia para dar un diagnóstico definitivo, ya que muchas veces el cuadro clínico puede simular varias lesiones, las cuales solamente el examen histopatológico puede determinar <sup>(28)</sup>.

**Clase de Kennedy:** Se fundamenta en la topografía, es decir, la relación que guardan las brechas desdentadas con los dientes remanentes. Consideramos las clases de Kennedy y las subdivisiones correspondientes.

### **Portador de prótesis**

Se consideraron dos posibilidades: **Sí** cuando el paciente usa prótesis, y **No** cuando no usa, en el caso de prótesis maxilar y mandibular indicando si posee una, las dos o ninguna prótesis.

**Higiene prótesis:** Se evaluó la presencia de depósito duro y blando en la prótesis dental, se consideró SI, si existe depósito duro y/o blando en la prótesis maxilar y/o mandibular y NO si no existe. La afirmación o negación de su existencia será por separado para el depósito duro y blando.

**Estado de la prótesis:** Durante el examen clínico se evaluaron las prótesis maxilar y mandibular por separado en cuanto a sus requisitos de soporte, estabilidad y retención, consignándole Si, cuando hay presencia de ellas y No, cuando están ausentes y se clasificó en: Bueno; si cumple con 3 requisitos, Regular; si cumple con 2 requisitos y Deficiente; si cumple con 1 o ningún requisito. Definiendo estos requisitos a continuación:

Retención: soportar las fuerzas de desalojo o desinserción una vez asentada la prótesis <sup>(29)</sup>.

Soporte: se define como la base sobre la cual descansa la dentadura y sirve de apoyo y sostén <sup>(30)</sup>.

Estabilidad: La cualidad de una prótesis de mantenerse firme, estable, y resistir desplazamientos por las fuerzas funcionales horizontales y de rotación <sup>(30)</sup>.



**Índice IHOS:** Para medir la higiene oral se usó el índice de higiene oral simplificado de Greene Vermillion o IHOS <sup>(31)</sup>.

**Escala para la valoración del IHOS.**

Clasificación	Puntuación
<b>Excelente</b>	0
<b>Buena</b>	0.1 – 1.2
<b>Regular</b>	1.3 – 3.0
<b>Mala</b>	3.1 – 6.0

**Frecuencia de cepillado del paciente:** Se entiende como el número de veces que el paciente se cepillaba los dientes al día o que su cuidador lo higienizaba. Se clasificaron en: 0, 1, 2, 3 y más veces. Completando un total de 4 opciones.

**Participación del paciente:** Se evaluó la participación del paciente en su cepillado dental como activa o pasiva, se considero activa cuando el paciente era capaz de cepillar sus dientes solo y participación pasiva cuando el paciente no era capaz de hacerlo solo y, por lo tanto, lo hacía su cuidador.

Para registrar la información se diseñó una ficha especialmente para el estudio incluyendo todas las variables mencionadas (ANEXO I).

El examen clínico lo realizó un solo operador y el otro actuó como secretario para evitar sesgos en la investigación. Se realizó en el mismo domicilio del paciente postrado severo usando luz artificial tipo LED.

Para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores respecto a la higiene oral de estos pacientes se realizó un cuestionario sobre higiene oral, técnica de cepillado y limpieza de prótesis (ANEXO II), realizado por un solo encuestador, donde se determinó la frecuencia de higiene y si lo realiza el paciente o el cuidador.

El paciente o, en su defecto, la persona a cargo de él o ella firmó un



consentimiento informado, que tenía por objetivo comunicar al paciente sobre el estudio en proceso y su participación en él, notificando que su identidad no será revelada y que los resultados de su examen clínico serán utilizados sólo con fines científicos (ANEXO III).

#### Procesamiento de datos y métodos estadísticos.

Los datos obtenidos fueron traspasados a una planilla Microsoft Excel (2010) para ser analizados en el programa InfoStat. Los resultados fueron representados en tablas y gráficos.



## RESULTADOS

**Tabla n° 1:** Distribución según sexo de pacientes postrados severos pertenecientes al programa de atención domiciliaria del CESFAM Rosario durante el año 2014.

Género	Nº	Porcentaje
<b>Femenino</b>	36	73,5%
<b>Masculino</b>	13	26,5%

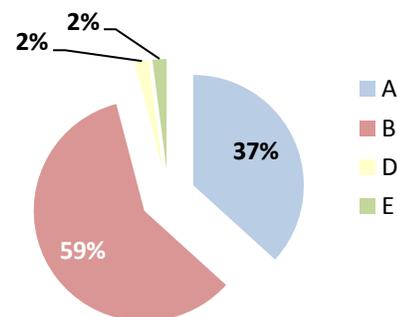
Se observa entre el rango de 80-89 años se encuentra el mayor porcentaje de pacientes postrados severos pertenecientes al género femenino (22,4 %), como detalla la tabla n°2

**Tabla n° 2:** Distribución de usuarios postrados según tramos de edad y género del CESFAM de Rosario, Rengo 2014.

Rango Etario	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	%
60-69	0	0 %	5	10,3 %	5	10,3 %
70-79	4	8,2 %	10	20,4 %	14	28,6%
80-89	7	14,3 %	11	22,4 %	18	36,7%
90-99	1	2 %	9	18,4 %	10	20,4 %
>100	1	2 %	1	2 %	2	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>26,5</b>	<b>36</b>	<b>73,5</b>	<b>49</b>	<b>100 %</b>

La distribución según el tramo de previsión de salud se detalla en el gráfico n°1, se observa que la mayoría de los pacientes pertenecen al tramo B de Fonasa (59%).

**Gráfico N° 1:** Distribución de usuarios postrados según tramo de previsión de salud.





En cuanto a la enfermedad base, encontramos que la más prevalente, con un 34% es AVE (Accidente vascular encefálico). En la tabla n°3 se detallan las enfermedades de base de los pacientes.

**Tabla N° 3:** Distribución de pacientes postrados según enfermedad de base del CESFAM Rosario, Rengo, 2014.

ENFERMEDAD BASE	Nº	Porcentaje
<b>ACCIDENTE VÁSCULO ENCEFÁLICO</b>	17	34%
<b>No Diagnosticada</b>	8	16%
<b>FX CADERA</b>	4	8%
<b>HTA</b>	3	6%
<b>ARTROSIS</b>	2	4%
<b>DEMENCIA SENIL</b>	2	4%
<b>ERC</b>	2	4%
<b>EPOC</b>	2	4%
<b>ARTRITIS REUMATOIDEA</b>	1	2%
<b>CA. MAMA METASTÁSICO</b>	1	2%
<b>CEGUERA</b>	1	2%
<b>ESCLEROSIS</b>	1	2%
<b>HTA-DLP</b>	1	2%
<b>DEPRESIÓN</b>	1	2%
<b>INFARTO AGUDO AL MIO.</b>	1	2%
<b>Insuficiencia Cardíaca</b>	1	2%
<b>Osteoartritis</b>	1	2%

**Tabla N° 4:** Del total de evaluados, se determinó la Media de Piezas Cariadas, Obturadas, Perdidas y Sanas de pacientes Postrados.

Estado dentario	Media	D.S.
<b>Dientes Cariados</b>	1,69	3,09
<b>Dientes Obturados</b>	0.18	1,15
<b>Dientes Perdidos</b>	27,90	6,58
<b>Dientes Sanos</b>	1,86	3,00



**Tabla N° 5:** Media y DS del total de piezas perdidas y presentes en boca. Se observa que lo pacientes tenían un promedio de 3,55 piezas en boca.

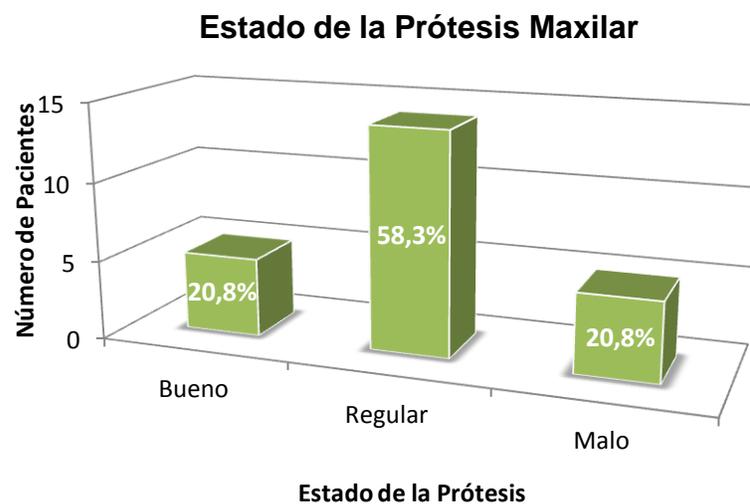
Piezas	Media	D.S.
<b>Perdidas</b>	27,9	6,58
<b>En Boca</b>	3,55	5,32

Edentulismo	N°	Porcentaje
<b>Parcial</b>	22	45 %
<b>Total</b>	27	55 %

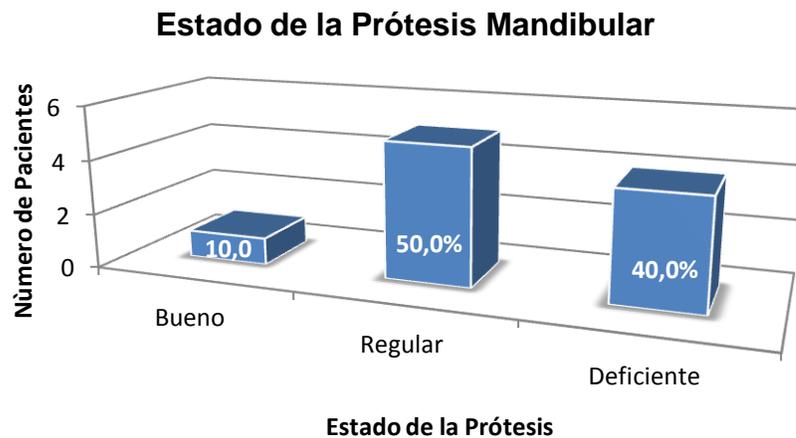
**Tablas N° 6:** Número y porcentajes de pacientes según rango de edentulismo, total o parcial.

Encontramos que el 69% de los pacientes no usa prótesis removible. Es decir sólo 15 pacientes eran portadores de prótesis removible.

**Gráfico N°2:** Porcentaje de pacientes postrados severos según estado de prótesis maxilar.



**Gráfico N°3:** Porcentaje de pacientes postrados severos según estado de prótesis mandibular.



En cuanto a la presencia de saco periodontal, gráfico n°4, se encontró que el 68% de los pacientes presentó sacos periodontales en las piezas examinadas.



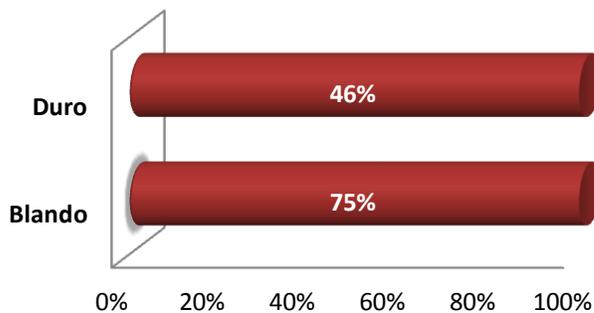
**Gráfico N°4:** Porcentaje de sacos periodontales en pacientes postrados severo. En frecuencia y porcentaje.



**Tabla N°8:** Porcentaje de lesiones de tejido blando o mucosa en pacientes postrados severos.

Categorías	Número	Porcentaje
<b>Ausente</b>	27	55%
<b>Estomatitis Subprótesis</b>	12	24%
<b>Úlcera Traumática</b>	2	4%
<b>Absceso Submucoso</b>	1	2%
<b>Eritroplasia</b>	1	2%
<b>Estomatitis Subprótesis + Mácula Labio</b>	1	2%
<b>Estomatitis Subprótesis + Queilitis Labial</b>	1	2%
<b>Fístula</b>	1	2%
<b>Hiperplasia Reborde</b>	1	2%
<b>Queratosis Friccional</b>	1	2%
<b>Tumoración</b>	1	2%

**Depósitos blandos y duros de prótesis dental**



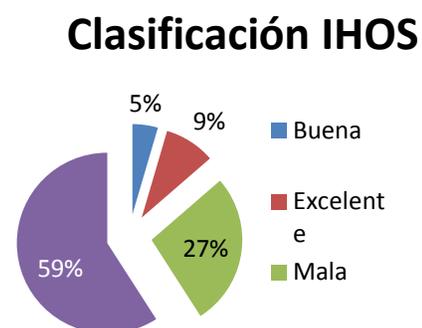
**Gráfico N°5:** Porcentaje de depósitos blandos y duros en las prótesis dentales.

**Tabla N°9:** Tipos de clases de Kennedy de los pacientes desdentados parciales postrados severos, de acuerdo al arco maxilar y mandibular.

Clase Kennedy	Nº de clases en el Maxilar	Nº de clases en la Mandíbula
I	0	4
I1	1	5
I2	0	1
I3	0	1
II1	2	1
II2	1	1
III1	1	0
III2	2	0
V	3	0

**Gráfico N°6:** Porcentaje de la clasificación IHOS de pacientes postrados severos, de acuerdo a su clasificación IHOS.

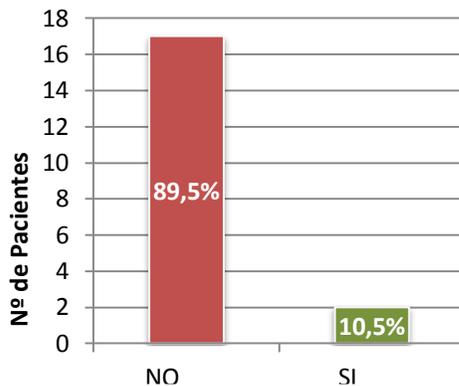
Sólo un 9% de los pacientes cae dentro del rango excelente en higiene oral, y un 5% tiene una higiene oral buena.





## Preguntas analizadas

¿Ha recibido instrucciones de cómo higienizar la boca de un paciente postrado?



**Gráfico Nº 7** Porcentaje de veces que los cuidadores de pacientes con dependencia severa recibieron algún tipo de instrucción para el cuidado bucal de sus pacientes.

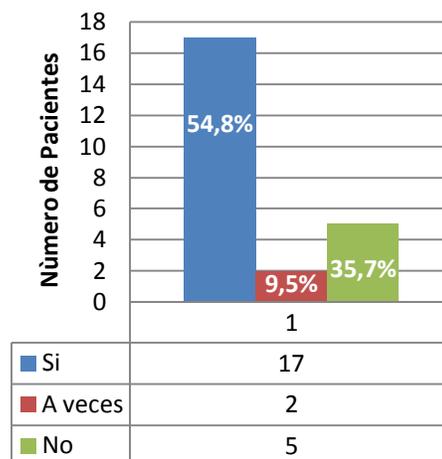
El 89,8% de los cuidadores responde no haber recibido instrucciones de como higienizar la boca de los pacientes postrados severos.

Si es desdentado. ¿Hace aseo de la mucosa (tejidos blandos)?

**Gráfico Nº 8:** Porcentajes de pacientes con dependencia severa del CESFAM de Rosario, que realizan aseo de la mucosa en el caso de ser desdentado.

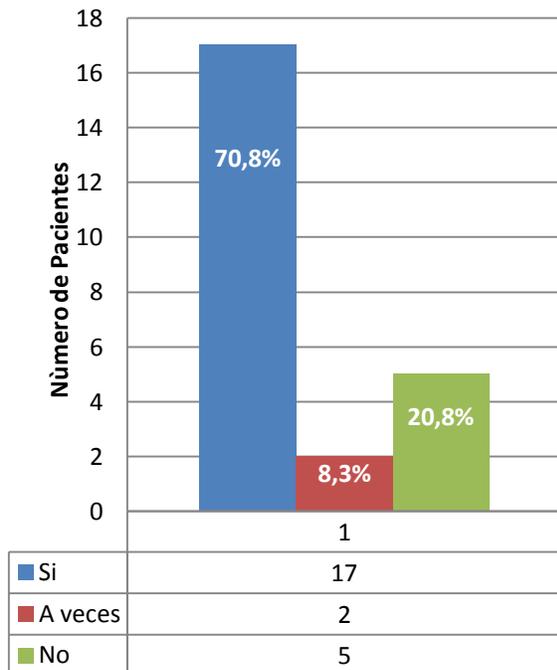
El 54,8% de los encuestados respondieron que se le realizaba aseo de las mucosas todos los días pacientes postrados severos y un 35,7% comenta no realizarlo.

## Aseo de la Mucosa





¿La persona a la que cuida duerme con la prótesis dental puesta?

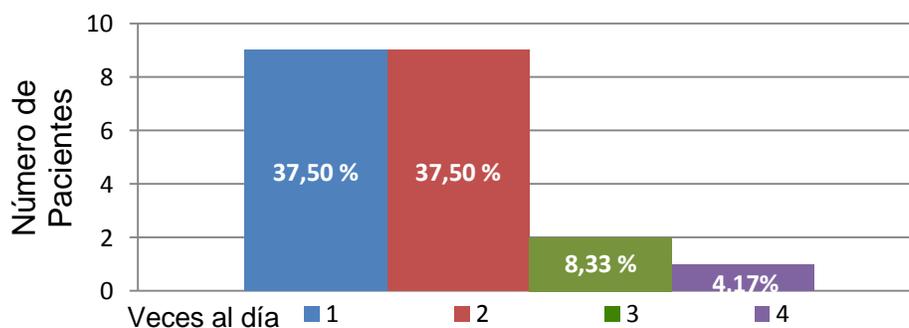


**Gráfico N° 9:** Porcentajes de paciente postrados severos pertenecientes al CESFAM de Rosario que duermen con la prótesis dental.

Se observa que el 70,8 % de los pacientes portadores de prótesis removible relatan dormir con ésta.

¿Cuántas veces al día limpia la prótesis dental de la persona a la que cuida?

**Gráfico N° 10:** Frecuencia en que los cuidadores higienizan las prótesis de sus pacientes postrados severos, representados en porcentajes.



Sólo el 12,5 % de los cuidadores de los pacientes portadores de prótesis removible dice limpiarla por lo menos 3 veces al día. Y el mismo porcentaje dice no limpiarla en absoluto.



De los medicamentos que consumían los pacientes, seleccionamos para analizar los que producen hiposialia, se detallan en la tabla n°10.

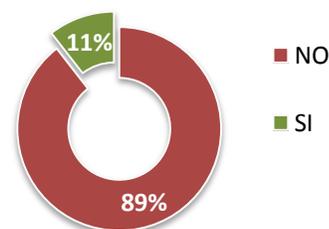
**Tabla N° 10**

Indicaciones	Medicamentos
<b>Antihistamínico</b>	Astemizol, Clorfeniramina, Duronfeniramina, Difenidramina, Loratadina
<b>Antihipertensivos</b>	Captopril, Enapril, Lisinopril, Metaprolol, Propanolol, Atenolol, Metildopaguanfacina, Clonidina
<b>Tranquilizantes y Ansiolíticos</b>	Diazepam, Alprozalam, Flurazepam, Trizolam
<b>Anoexígeno</b>	Sibutramina, DietilpropioN
<b>Antiepiléptico</b>	Carbamacepina
<b>Antidepresivo</b>	Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Venlafaxina
<b>Antiparkinsoniano</b>	Levodopa, Crbidopa
<b>Antisicóticos</b>	Fenotiazina, Flufenacina, Olanzepina, Tiapride, Litiopipamperone, Quetiapine, Risperidona
<b>Analgésicos</b>	Codeina, Meperinida, Metadona, Pentazocino, Tramadol, Diflunisal, Ibuprofeno, Naproxeno, Propoxifeno, Piroxicam
<b>Diuréticos</b>	Clorotiazida, Hidroclorotiazida, furosemida
<b>Anticolinérgicos</b>	Atoprina, Belladona, Escopolamina, Trihexifenidilo, Oxibutinina
<b>Relajantes musculares</b>	Ciclobenzaprina
<b>Broncodilatador</b>	Ipratropio
<b>Antiarrítmico</b>	Disopiramida

**Gráfico N° 11:** Porcentaje de pacientes postrados severos del CESFAM de Rosario que consumen al menos uno de los medicamentos considerados como generadores de hipo salivación como efecto secundario.

El 62 % de los pacientes consumen medicamentos que generan hiposialia.

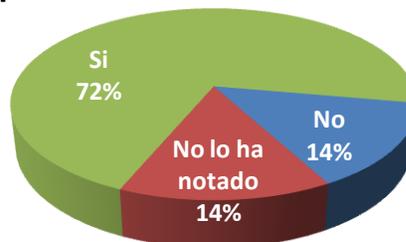
**Consumo medicamentos generadores de hiposialia**





**Gráfico N° 12:** Porcentaje de cuidadores de pacientes postrados del CESFAM de Rosario que a la encuesta mencionaron notar sequedad bucal de sus pacientes.

**Porcentaje cuidadores, cuyos pacientes presentan Xerostomía**

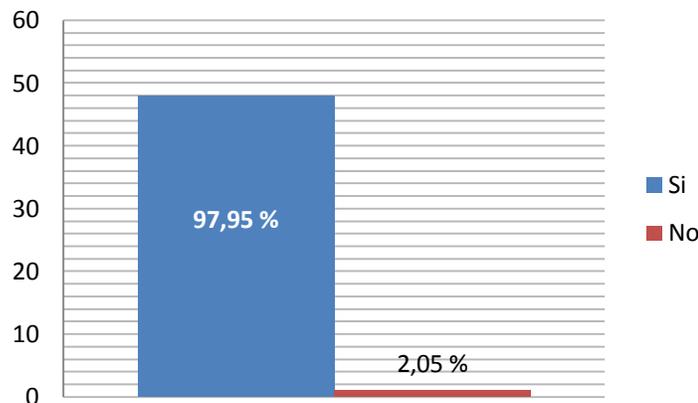


El 72% se percató de la sequedad bucal de sus pacientes.

¿Ha sido visitado por un dentista?

**Gráfico N° 13:** Porcentaje de veces que el paciente, en su calidad de postrado, fue visitado por un dentista.

**Visita del Odontólogo**

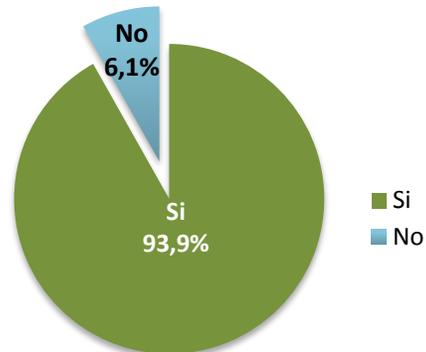


Se observa que el 97,95% de los pacientes, nunca ha sido visitado por un dentista y que solo uno de los pacientes recibió una visita domiciliaria, pero esta fue hace más de 10 años.



¿Ud. cree que es necesario que exista un programa dental para personas en estado de postración?

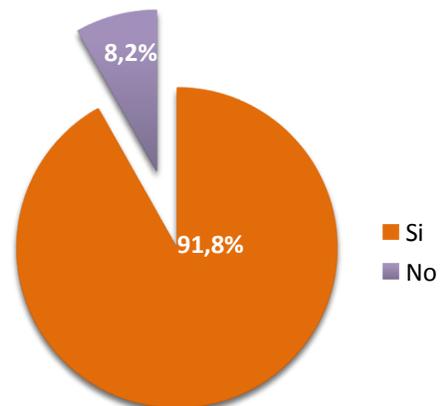
**Gráfico N°15:** Porcentaje de las respuestas de los cuidadores de pacientes postrados severos.



El 93,9% de los cuidadores, cree necesaria la existencia de un programa de atención domiciliaria odontológico para pacientes postrados severos.

¿Piensa que la salud bucal de la persona que cuida, está abandonada por el sistema de salud?

**Gráfico N°15:** Porcentaje de las respuestas de los cuidadores de pacientes postrados del CESFAM de Rosario.



El 91,8% de los cuidadores, opina que el sistema de salud abandona la salud bucal de pacientes postrados severos.



## DISCUSIÓN

Los pocos estudios de investigación respecto al estado de salud bucal a pacientes postrados severos evidencian la falta de atención odontológica que tiene este tipo de población.

De los pacientes postrados severos del CESFAM de Rosario el 73,5% corresponde al sexo femenino, superando al porcentaje de hombres. Se encuentra mayor cantidad de población de pacientes postrados severos en el rango entre 80-89 años, tanto hombres (14,3%) como mujeres (22,4%). Similares resultados arrojó el estudio realizado en Chillán <sup>(23)</sup>, donde la cantidad de mujeres también superó al porcentaje de hombres y los rangos etarios fueron equivalentes.

Considerando la Previsión de Salud de los pacientes postrados severos, se encontró que el 59% pertenecía a Fonasa tramo A y el 37% a tramo B, el porcentaje restante correspondió a tramos D y E.

En cuanto a las enfermedades debilitantes que presentaron los pacientes postrados, las más predominantes fueron los accidentes cerebro vasculares 34% y la fractura de cadera 8%.

El grado de edentulismo de los pacientes postrados severos del CESFAM de Rosario arrojó que el 55% de los pacientes eran desdentado total y el otro tanto por ciento tenía al menos un diente. De esta población el 69% no tiene prótesis dental, lo que evidencia la falta de atención a este tipo de pacientes.

El estado de las prótesis dentales, respecto a criterios de retención, estabilidad y soporte, se encontraban en su mayoría en estado regular, tanto maxilares 58,3% como mandibulares 50%, pese a esto las prótesis mandibulares deficientes fueron un porcentaje importante (40%).



De los pacientes desdentados parciales, fue evaluada la presencia o ausencia de sacos periodontales en al menos un sector, arrojando que el 27% de estos pacientes no tenía sacos periodontales, estos datos no descartan la existencia de enfermedad periodontal.

Respecto a la higiene oral del paciente encontramos que el 27% se fue clasificado malo, el 59% de los pacientes fue clasificado regular, y en un menor porcentaje se encontraban los pacientes clasificados bueno y excelente, con un 5% y 9% respectivamente.

Se observa que el 97,95% de los pacientes, nunca ha sido visitado por un dentista y que solo uno de los pacientes recibió una visita domiciliaria, pero esta fue hace más de 10 años.

Muñoz y cols. declaran que las prácticas de higiene oral en adultos mayores postrados son realizadas por sus cuidadores, si bien la mayoría de ellos reconoce que los adultos mayores dependientes necesitan de cuidados especiales de su salud oral, menos de la mitad de estos se siente capacitado para proveer dicho cuidado de forma adecuada, por lo que es necesario contar con el apoyo de profesionales de la salud bucal <sup>(14)</sup>. En esta investigación, el 89,8% de los cuidadores indicó no haber recibido instrucciones de como higienizar la boca de su paciente postrado severo.

Dentro de los medicamentos que consumían los pacientes de este estudio por su enfermedad base, el 62% consumía, por lo menos un fármaco generador de hipo salivación como efecto secundario. Una de las características de los adultos mayores es la polifarmacia, un 34% de las personas adultas consumen de 3 a 5 medicamentos al día según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010) <sup>(21)</sup>. Estos medicamentos pueden tener reacciones secundarias como, por ejemplo, la sensación de sequedad bucal o xerostomía. En relación a esto, el 72% de los cuidadores se percató de la sequedad bucal de sus pacientes,



el 14% restante dijo que no la presentaban y el 14% no advirtió si su paciente presentaba o no xerostomía.

Encontramos evidencia de amplia desinformación sobre cuidados de prótesis dentales, donde el 70,8 % de los pacientes portadores de prótesis removible relataban dormir con ella. Consecuencia de esto, el 24% de los pacientes portadores de prótesis presentaban estomatitis sub-prótesis.

Luego de la evaluación de los pacientes se educó a sus cuidadores cómo cuidar sus prótesis y la boca de sus pacientes.

## **CONCLUSIÓN**

En Rosario, se observa que el 97,9% de los pacientes, nunca ha sido visitado por un dentista y que sólo uno de los pacientes recibió una visita domiciliaria, pero esta fue hace más de 10 años. Recordando su imposibilidad física para acudir a un centro asistencial, se hace necesaria la existencia de un programa de atención domiciliaria dental para los pacientes en estado de postración. Se debe intervenir con actividades recuperativas y de prevención para interrumpir la marcha de estos pacientes hacia el edentulismo, lo que abate aún más su calidad de vida.

No se puede pasar por alto esta situación, ya que significa ignorar la imperiosa necesidad que ha sido evidenciada en este estudio.

Además, es necesario incluir contenidos educativos sobre cuidados odontológicos al paciente con necesidades especiales en los talleres de formación impartidos por el CESFAM Rosario, como parte del Programa de Atención Domiciliaria al Paciente con Dependencia Severa. Lo que tendrá un impacto positivo en salud bucal y calidad de vida de los pacientes en estado de postración.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. *Censo de Población y Vivienda 2012*.  
(Citado el 5 de Junio del 2014) Sitio web: [www.ine.cl](http://www.ine.cl)

(2) Ley N° 19828. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 27 de Septiembre de 2002.

Disponible al 28 de Abril 2014 en:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LhGeXoVQevYJ:www.leychile.cl/Navegar/scripts/obtienearchivo%3Fid%3Drecursoslegales/10221.3/35399/1/HL20523.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl>

(3) Enfoques Estadísticos. Adulto Mayor. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. 26 Septiembre 2007.

Disponible al 2 de mayo en:

[http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf)

(4) Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. *Censo de Población y Vivienda 2002*. Síntesis de resultados.

(Citado el 10 de Julio del 2014) Sitio web: [www.ine.cl](http://www.ine.cl)

(5) Ramírez Lafuente J. Perfil del paciente postrado atendido por el equipo de salud del CESFAM GIL de Castro de Valdivia [tesis doctoral]. Valdivia: Escuela de enfermería, Facultad de medicina, Universidad Austral de Chile; 2006.

Disponible al 15 de mayo en:

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmr173p/doc/fmr173p.pdf>

(6) Instituto Nacional de Estadísticas. Estudio Nacional de la Discapacidad. Resultados. Chile. 2014

(Citado el 10 de julio del 2014) Sitio web: [www.ine.cl](http://www.ine.cl)



(7) Estudio de la discapacidad en Chile INE 2004. Primer estudio nacional de la discapacidad e informes regionales 2004, VI región.

Disponible al 20 de julio en:

[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/encuestas\\_discapacidad/pdf/VIregion.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/VIregion.pdf)

(8) Córdova J y cols. Editores. Guía de Consulta para el Médico y el Odontólogo de Primer Nivel de Atención “Odontogeriatría”. México: D.F; Septiembre de 2010.

Disponible al 27 de abril en:

[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20ancia no/2parte2013/l\\_odontogeriatría.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20ancia%20no/2parte2013/l_odontogeriatría.pdf)

(9) Sáez R, Carmona M, Jiménez Q, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. Dic 2007; 44(4).

Disponible al 15 de mayo en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es)

(10) Olga M, Murillo B. Envejecimiento bucodental. Anales en Gerontología. 2010; 6: 59-67.

Disponible al 15 de mayo en:

<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8871>

(11) Niesten et al. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. BMC Public Health. 2012; 12:839.

Disponible al 5 de mayo en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3524040/pdf/1471-2458-12-839.pdf>

(12) A Systems Perspective for Dental Health in Older Adults. American Journal of Public Health. 2011 Oct; 101 (10): 1820-22.



Disponible al 18 de Julio en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222369/pdf/1820.pdf>

- (13) Miranda J. Salud bucal y envejecimiento saludable. Revista Cubana de Estomatología. 2012;49(2):88

Disponible al 20 julio en: <http://scielo.sld.cu>

- (14) Rai S, Kaur M, Goel S, Bhatnagar P. Moral and professional responsibility of oral physician toward geriatric patient with interdisciplinary management - The time to act is now!. J Midlife Health. 2011; 2(1):18-24.

(Citado el 10 de Julio del 2014) Sitio Web:

<http://www.symedicine.org/thesis/14063.html>

- (15) Yeh CK, Katz MS, Saunders MJ. Geriatric dentistry: Integral component to geriatric patient care. Taiwan Geriatr Gerontol. 2008; 3:182-92.

Disponible al 19 de Julio en:

<http://www.tagg.org.tw/DOWN/%E9%9B%9C%E8%AA%8C/3-3%E6%9C%9F/3-3-3.pdf>

- (16) Espinoza Santander I. Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile .Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 2011; 4(2): 80-82.

(Citado el 20 de Junio del 2014) Sitio Web:

<http://www.redalyc.org/pdf/3310/331028159008.pdf>

- (17) Muñoz D, Flores P, Cueto A, Barraza A. Salud bucodental de postrados severos. Int. J. Odontostomat. 2012; 6(2): 181-187.

Disponible al 20 de Julio en:

[http://www.ijodontostomat.com/v6n2/2012\\_v6\\_2\\_011.pdf](http://www.ijodontostomat.com/v6n2/2012_v6_2_011.pdf)

- (18) Shimoyama, K.; Chiba, Y. & Suzuki, Y. The effect of awareness on the



outcome of oral health performed by home care service providers. Gerodontology. 2007; 24(4): 204-10.

Disponible al 19 de Julio en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2007.00179.x/pdf>

- (19) Ferrer C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. Jano. 2006; 1612:47-8.

Disponible al 19 de Julio en:

<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1612/47/1v0n1612a13089894pdf001.pdf>

- (20) Güitron M, Carrillo M. Reacciones adversas a medicamentos en la boca del adulto mayor. Revista ADM. 2010 Dic; 67 (4): 163-70.

Disponible al 19 de Julio en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od104d.pdf>

- (21) Encuesta Calidad de vida en la vejez. Chile, 2010. Borrador documento Programa Nacional de Personas Adultas Mayores- 04-03\_14

Disponible al 10 julio 2014 en:

[http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)

- (22) Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2014.

(Citado el 20 de Julio del 2014) Sitio Web:

[http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)

- (23) Oliva C., Yáñez J., Moraga Y., Rodríguez P. Estado de Salud Bucal de Usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Postrados del Centro de Salud Familiar Los Volcanes de Chillán, Chile, durante el



período de Mayo a Julio 2012.

- (24) Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:56-61

Disponible al 19 de Julio en:

[http://www.strokecenter.org/wpcontent/uploads/2011/08/barthel\\_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/wpcontent/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf)

- (25) Fontana C, Estany J, Pujol J, Segarra I, Jordán Y. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. Enfermería Clínica. 2002; 12(2):47-53.

- (26) SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores; 2009.

Disponible al 19 de Julio en:

<http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>

- (27) OMS. Encuestas de Salud Bucodental del Minsal: Métodos Básicos. 4° ed. Malta. Interprint;1997.

Disponible al 19 de Julio en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb36ec58e04001011e011c36.pdf>

- (28) Cosio H, Lazo L. Biopsy in Dentistry. SITUA. 2006; 15(1-2): 37-41.

Disponible al 18 de Julio en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006\\_n1-2/pdf/a07.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a07.pdf)

- (29) Galaz S, Miranda F, García O, Acosta H, Carrasco L. Estudio comparativo de la retención en prótesis totales superiores elaboradas en impresiones de Alginato y Pasta Zinquenólica. Revista Dental de Chile. 2012; 103(2):23-8.

Disponible al 20 de Julio en:



[http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202012/pdf/retencion\\_en\\_protesis.pdf](http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202012/pdf/retencion_en_protesis.pdf)

- (30) Carr A, McGivney G, Brown D. Epidemiología, Fisiología y Termonología del edentulismo parcial. McCracken Prótesis parcial Removible. 11° ed. España. Elsevier; 2006: P. 8.
- (31) Gómez N, Morales M. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Rev Chil Salud Pública. 2012; 16 (1): 26-31.

Disponible al 20 de Julio en:

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/18609/19665>



## ANEXOS

### ANEXO I: Ficha clínica.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° ficha \_\_\_\_

### **FICHA CLÍNICA DE PACIENTES POSTRADOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL CESFAM ROSARIO.**

**Examinador:** Natalia Berríos

#### 1. **Antecedentes Biodemográficos:**

a) Nombre Completo del paciente:

\_\_\_\_\_

b) Rut: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

c) Fecha Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género: F / M

d) Domicilio: \_\_\_\_\_

e) Sector: \_\_\_\_\_

f) Previsión: Fonasa tramo \_\_\_\_\_

g) Nombre del cuidador:

\_\_\_\_\_

h) Gravedad: Estado de postración:

\_\_\_\_\_

#### 2. **Antecedentes médicos:**

a) Enfermedad de base: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

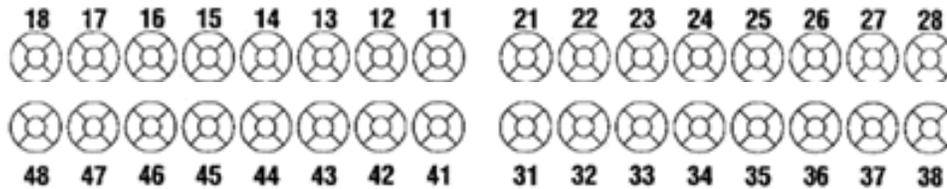
b) Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### 3. Examen dentario:

a) Odontograma:



<b>C:</b>	<b>O:</b>	<b>P:</b>	<b>Sanas:</b>	<b>Total:</b>
-----------	-----------	-----------	---------------	---------------

b) Estado Periodontal:

Presencia de Saco Periodontal Mayor a 3 mm

- SI
- No

c) Estado de la dentición:

- Dentado Natural Completo
- Desdentado Parcial
- Desdentado Total

d) Lesiones de Tejido Blando/Mucosa:

- Ausente

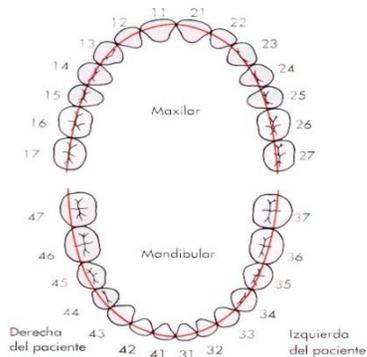
*Presente:*

---



---

e) Clase de Kennedy:



	Maxilar	Mandibular
Clase de Kennedy		

f) Portador de prótesis: Si / No

- Maxilar
- Mandibular

g) Higiene prótesis:

	Duro	Blando
Presencia depósito		

h) Si es portador de prótesis, presenta:

	ESTABILIDAD	RETENCIÓN	SOPORTE
PRÓTESIS MAXILAR	SI/NO	SI/NO	SI/NO
PRÓTESIS MANDIBULAR	SI/NO	SI/NO	SI/NO

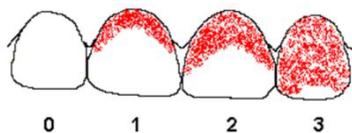
1. **Retención:** Soportar las fuerzas de desalojo o desinserción una vez asentada la prótesis.(1)
2. **SopORTE:** se define como la base sobre la cual descansa la dentadura y sirve de apoyo y sostén.(2)
3. **Estabilidad:** La cualidad de una prótesis de mantenerse firme, estable, y resistir desplazamientos por las fuerzas funcionales horizontales y de rotación.(2)

i) Estado de la prótesis:

<b>Maxilar</b>	Bueno	Regular	Deficiente
<b>Mandibular</b>	Bueno	Regular	Deficiente

**4. Higiene bucal**

- a) N° de veces en el día del cepillado del paciente: \_\_\_\_\_  
b) Participación del paciente en el cepillado: Activa / Pasiva  
c) IHOS= Suma de códigos/n° de dientes



<b>Depósito</b>	<b>Blando</b>	<b>Duro</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Puntuación</b>
Suma de superficies			Excelente	0
N° de dientes			Buena	0.1 – 1.2
<b>total</b>			Regular	1.3 – 3.0
			Mala	3.1 – 6.0

**Referencias:**

- (1) Galaz S, Miranda F, García O, Acosta H, Carrasco L. Estudio comparativo de la retención en prótesis totales superiores elaboradas en impresiones de Alginato y Pasta Zinquenólica. Revista Dental de Chile 2012; 103(2).  
(2) Carr A, McGivney G, Brown D. Epidemiología, Fisiología y Termonología del edentulismo parcial. McCracken Prótesis parcial Removible. 11° ed. España. Elsevier; 2006. P. 8.



## ANEXO II: Encuesta.

### ENCUESTA SALUD ORAL (entrevista)

N° \_\_\_\_

Nombre cuidador: \_\_\_\_\_ Nombre paciente \_\_\_\_\_

Edad/sexo: Cuidador \_\_/\_\_ Paciente Postrado \_\_/\_\_ Sector:

\_\_\_\_\_

Nivel educacional cuidador (último curso cursado):

\_\_\_\_\_

### Higiene Oral

1. ¿Ha sido visitado por un dentista?

a) No

b) Si

Si su respuesta es afirmativa indique fecha: \_\_\_\_\_

2. ¿Actualmente el paciente está en tratamiento dental?

a) no

b) si

¿Cuál? \_\_\_\_\_

3. ¿Le lava los dientes a la persona que cuida?

a) No

b) Si

Cuántas veces al día \_\_\_\_\_



4. ¿Ha recibido instrucciones de cómo higienizar la boca de un paciente postrado?
  - a) Si, hace tiempo
  - b) Sí, recientemente
  - c) No
  
5. Al cepillarlos ¿Usa pasta dental?
  - a) Sí
  - b) No
  
6. ¿Usa otro elemento de higiene además de la pasta dental?
  - a) No
  - b) Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_
  
7. Si le cepilla los dientes ¿usted nota que le sangran las encías?
  - a) Si
  - b) No
  
8. ¿Le cepilla la lengua?
  - a) Sí
  - b) No
  
9. Si es desdentado. ¿Hace aseo de la mucosa (tejidos blandos)?
  - a) Si
  - b) No
  - c) No, no sabía que tenía que hacerlo



## Cuidado de Prótesis

10. La persona a la que cuida, ¿Tiene prótesis dental removible? Si la respuesta es negativa conteste sólo hasta la pregunta 11 y salte al ítem de Estado de Salud Bucal.

- a) Si
- b) No
- c) Sí, pero no la usa

11. ¿Ud. Cree que la persona a la que cuida necesita una prótesis dental?

- a) Si
- b) No
- c) No lo sabe

12. ¿Cuáles son las condiciones de la prótesis de la persona a la que cuida?

- a) Buena
- b) Mala
- c) No tiene conocimiento

13. ¿Lava la prótesis dental?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

14. ¿Cuántas veces al día limpia la prótesis dental de la persona a la que cuida?

15. ¿Ha recibido instrucciones de cómo higienizar una prótesis dental?

- a) Si
- b) No



16. ¿La persona a la que cuida duerme con la prótesis dental puesta?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

### **Estado de Salud Bucal**

17. ¿Ha notado que la persona a la que cuida tiene mal aliento (halitosis)?

- a) No
- b) Sí

18. ¿Sabe si a la persona a la que cuida le duele algún diente?

- a) No
- b) Sí

19. ¿Ha notado que la persona a la que cuida tiene la boca seca?

- a) Si
- b) No
- c) No lo he notado

20. ¿La persona a la que cuida padece de irritaciones y lesiones bucales (aftas, herpes labial, manchas blancas o rojas...)?

- a) No
- b) Sí, pero si persisten durante una semana o más tiempo acudo al dentista
- c) Sí, pero nunca acudo al dentista
- d) No lo se



21. ¿Ud. cree que es necesario que exista un programa dental para personas en estado de postración?

- a) Si
- b) No

22. ¿Piensa que la salud bucal de la persona que cuida, está abandonada por el sistema de salud?

- a) Si
- b) no