

SALUD ORAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE POSTRADOS. CESFAM LOS VOLCANES, CHILLÁN, 2008.

Carlos Araya*, Patricio Oliva***, Eliana Canete**, Héctor Zapata***

***Departamento de Prevención y Salud Pública Odontológica. Facultad de Odontología. Universidad De Concepción. **Docente Guía CESFAM Los Volcanes. Chillán. Interno Odontología. Universidad de Concepción.

Resumen

Introducción: Entre los adultos mayores de la población chilena, un 7% se encuentra postrado y con presencia de una patología base. El escaso diagnóstico del estado de salud oral de este grupo, reveló la imperiosa necesidad de realizar un estudio, para diagnosticar y orientar la atención Odontológica. **Objetivo:** Conocer el estado de salud oral en pacientes adultos mayores en calidad de postrados, beneficiarios del CESFAM Los Volcanes, Chillán. **Método:** Estudio descriptivo transversal no probabilístico. Se realizó un examen clínico, encuesta y una entrevista, con consentimiento informado. Se estudiaron variables sociales, educacionales y clínicas. **Resultados:** El 66% de los pacientes postrados mayores de 65 años es de sexo femenino. El 66% pertenece al tramo A FONASA. La causa principal de dependencia, hipertensión arterial (55%), siendo de nivel moderado (41%). El 48.3% es desdentada total. El 100% de los pacientes necesitaba prótesis, con un 37,9% que las quería y 51,7% que ya las tenía, con sólo un 34,5% del total que las utiliza. El 86,7% de los pacientes con piezas dentales en boca, realizaba cepillado, y 80% por sí mismo. **Conclusiones:** Se determinó deficiencias en la integridad oral, con escasas piezas presentes en boca y con descuidadas prácticas de higiene oral. **Significancia y Proyecciones:** Modificar y proyectar las políticas de atención odontológicas, dentro de un programa de atención de salud integral, a través de una clínica móvil y así resolver sus necesidades de atención.

Introducción

Chile al igual que los países desarrollados está atravesando hacia un estado de continuo envejecimiento de su población, actualmente 1 de cada 10 personas pertenece al grupo *adulto mayor* (mayores de 65 años) y las estimaciones para el año 2025 proyecta que aumentará a 1 de cada 5 personas (INE adulto mayor)¹. Por su parte, la esperanza de vida (e.v.) a aumentado sustancialmente gracias a los avances científicos y tecnológicos al servicio de la salud. Es así que la e.v. para el año 1930 era de 45 años, y de 78 años en el 2000. Con éste último dato se extrae que también aumenta el número de personas con patologías crónicas que llega a esa edad, con lo cual tendríamos en la actualidad un número no despreciable de adultos mayores con problemas de salud^{2,3}. Por su parte, entre los ancianos de la población chilena, alrededor

de un 7% de ellos se encuentra en condición de postrado, situación que modifica la visión de lo que ocurre con nuestros ancianos^{4,5}

Respecto de la realidad mundial, hay disponibles algunos estudios en los cuales se describe la condición de salud bucal de pacientes postrados y de la dependencia de éstos para el correcto manejo de la salud bucal. En Japón, se muestra que un 37,6 necesita una total o parcial asistencia para el cepillado y que esta asistencia obviamente era mayor mientras aumentaba el grado de inmovilidad del paciente⁷. También se describe en Turquía que el estado de Salud Bucal y la necesidad de tratamiento en pacientes adultos mayores incluye la descripción para pacientes dentados son 32,6% que tenían 2,2 piezas con caries radiculares, el 20,7% tenía al menos una caries coronal no tratada, presentándose la caries como la principal razón de extracción⁸, acá también se obtuvo datos sobre edad, género, nivel educacional, práctica de higiene, acceso a cuidado dental, enfermedades sistémicas, caries, enfermedad periodontal, estado dental general y necesidad de tratamiento.

Para nuestra realidad, no se encuentran disponibles estudios masivos que evalúen el estado de salud bucal de nuestros pacientes postrados. Pero existe un estudio de salud bucal en pacientes adultos mayores postrados, desarrollado con pacientes inscritos en el Consultorio Dr. José D. Astaburuaga el año 2006 en la ciudad de Talca⁹. En el citado trabajo se revela el estado de salud oral, las medidas de higiene de estos pacientes, y el grado de importancia que conceden estos pacientes y sus cuidadores a la salud bucal⁹, de ellos, un 82,3 % de los pacientes se cepillaba los dientes en forma regular, de los cuales un 64,7% era capaz de realizarse solos el cepillado y un 35,3% requería asistencia. Éste dato revela los beneficios que podrían brindar los planes de atención, tal como lo describe un estudio que habla de los cambios en la salud general y oral del paciente adultos mayores que han recibido atención dental en sus casas¹⁰.

En la comuna de Chillán se encuentran 294 pacientes postrados severos beneficiarios del Programa de Postrados del Ministerio de Salud, inscritos hasta el 9 de abril de 2008¹².

Las causas de inmovilidad en pacientes postrados son variadas, clasificándose en enfermedades, trastornos de la marcha y otras causas. Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos⁶.

Dentro de los problemas de salud tenemos enfermedades Reumatológicas (artritis), Neurológicas (AVE), Cardiovasculares, Respiratorias y Neoplasias en fase terminal, Dentro de los Trastornos de la marcha tenemos Trastorno idiopático de la marcha, Vértigo posicional benigno, Síndrome poscaídas. Las otras causas de inmovilidad son Sobrepeso, Estados depresivos, Fármacos (hipnóticos, sedantes, antihipertensivos) y Falta de cuidado de los pies¹³. Las complicaciones de la inmovilidad son numerosas y se mencionan según el sistema o limitación que involucre^{6,13}.

Los problemas orales son frecuentes en los pacientes postrados y sin duda contribuyen de forma importante a aumentar su malestar, aislamiento y angustia. En un estudio de enfermería, de carácter multicéntrico sobre 175 enfermos terminales se detectaron problemas en la cavidad

bucal en el 75%, destacando boca seca en el 68%, además de estomatitis, boca sucia y halitosis, candidiasis oral, alteraciones del gusto, entre otras¹⁴.

Los objetivos de cuidar de la boca del paciente postrado¹⁵ son el control para prevenir el dolor, mantener la mucosa y labios húmedos, limpios suaves e intactos, eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios para evitar la halitosis, evitando perjudicar la mucosa y por último soslayar preocupaciones y molestias innecesarias y el aislamiento social. Así se recomienda que en la limpieza se utilice un cepillo infantil suave tanto para los dientes como para la lengua. Una torunda o el dedo índice protegido con el guante o gasa son menos efectivos para eliminar la placa, pero pueden ser más cómodos y de ayuda para la humidificación y ante signos de sangrado. Para la higiene después de las comidas, se efectúa cepillado y enjuagues normales¹⁴.

Unificando criterios sobre la definición, una persona postrada, ésta se define en función de abarcar un rango de limitaciones que van desde inmovilidad parcial hasta total¹⁶. Un paciente postrado es una persona dependiente para cualquier actividad básica, sin posibilidades de recuperación de un grado funcional por su enfermedad base^{11,17,18}. En base a ésta definición y concepto, se establece un grupo de estudio en el marco del programa para pacientes postrados del CESFAM “los Volcanes” en la ciudad de Chillán, Región del Bío Bío.

Objetivo Principal

Conocer el estado de salud oral de pacientes adultos mayores postrados beneficiarios del Programa de Postrados del CESFAM Los Volcanes, Chillán, durante el primer semestre de 2008.

Objetivos Específicos

- Caracterizar al paciente postrado según: género, edad, previsión, y patología base.
- Caracterizar al paciente postrado de acuerdo a: presencia de piezas dentarias, prevalencia de caries, portador de prótesis y necesidad de prótesis
- Describir prácticas de higiene bucal del paciente postrado en cuanto a requerimiento de asistencia y frecuencia de cepillado.

Materiales métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con un Universo de 57 adultos mayores (mayores de 65 años) inscritos en el programa de Atención Domiciliaria de Paciente Postrados del CESFAM “Los Volcanes”, Chillán, año 2008, de los cuales 29 pacientes cumplían con los criterios de inclusión para el estudio. Los pacientes participantes corresponden a los debidamente inscritos hasta abril del año 2008. Excluyéndose a todo paciente que estando

postrado, a la fecha del examen, presentó discapacidad cognitiva o verbal, o se encontró en estado pre-agónico, agónico o terminal.

Los pacientes fueron invitados a participar por medio de un consentimiento informado, que explicó en que consiste la entrevista, las acciones que fueron realizadas y el propósito del estudio, tal como lo establece al respecto la Declaración de Helsinki.

Para la obtención de los datos se realizó una revisión de la ficha clínica del paciente postrado donde se recogió datos como nombre, sexo, edad, previsión y patología base. Posteriormente se realizó una entrevista y el examen clínico.

Entrevista

La entrevista consistió de una conversación con el paciente donde se le pregunta por los datos necesarios para la confección de la ficha.

Examen clínico

Las observaciones orales se efectuaron por medio de una rigurosa inspección visual y exploración clínica de la cavidad oral del paciente con instrumental de examen (espejo y sonda de exploración), usando mascarilla y guantes de procedimiento. Ésta acción fue realizada tomando todas las medidas de bioseguridad y de control de infecciones vigentes para nuestro país. Todos los pacientes fueron examinados con iluminación natural más el apoyo de una lámpara portátil. El instrumento de recolección de datos consistió en una ficha clínica confeccionada para la investigación.

Los resultados obtenidos se expusieron a través de tablas y gráficos para lo cual se utilizó el software MS Excel de Microsoft.

VARIABLES A ESTUDIAR:

- **Sexo:** se consideró el género del paciente de acuerdo a la ficha clínica del paciente.
- **Edad:** se consideró los años cumplidos al momento del momento del examen clínico. Dato obtenido de la ficha clínica del paciente.
- **Previsión:** cobertura de atención en salud, los pacientes fueron clasificados en tramos A, B, C, D de acuerdo al fondo Nacional de Salud (FONASA). Dato obtenido de la ficha clínica del paciente.
- **Escolaridad:** cantidad de años completados en la educación formal, según la ficha domiciliaria integral del paciente. Fueron clasificados según su nivel de escolaridad en Sin estudios, Enseñanza básica incompleta, Enseñanza básica completa, Enseñanza media incompleta, Enseñanza media completa, Técnico y Universitario.
- **Historia de Caries:** Es la presencia de caries dental que un individuo tiene en el momento del examen clínico, incluyéndose el número de piezas con indicación de extracción por caries.
- **Patología Base:** enfermedad por la cual se desencadena el estado de dependencia del paciente, dato obtenido desde la ficha clínica del paciente.

- **Uso de prótesis dental:** aparato mediante el cual se recupera artificialmente la anatomía y función de las piezas dentarias perdidas, los datos fueron obtenidos durante la entrevista al paciente. Se clasificaron según tenencia (tiene o no tiene), tipo (parcial o completa), y uso (usuario y no usuario).
- **Estado de la prótesis:** caracterización de la prótesis en cuanto a sus requisitos de soporte, estabilidad y retención de la prótesis durante su examen. Se clasificaron en Ajustada, si presentaba buena retención, estabilidad y no causaba molestias en el paciente; o Desajustada si no cumplía con los requisitos anteriores.
- **Participación del paciente:** participación activa o pasiva del paciente en el cepillado, según lo referido en la entrevista.
- **Frecuencia del cepillado del paciente:** número de veces que el paciente realiza el cepillado de dientes en el día. Clasificándose en menos de 1 vez, 1 vez, 2 veces o más de 2 veces en el día.

Se asignó un valor numérico para cada uno de las variables con objeto de facilitar la tabulación y los gráficos.

Resultados

Caracterización del paciente postrado

a. Edad y género

Distribución de edad según sexo de los pacientes beneficiarios del programa de Postrados del CESFAM Los Volcanes, 2008.

	Hombre	Mujer	Total
Distribución en la población	34.5% (10)	65.5% (19)	100% (29 pac.)

Tabla N°1 distribución del grupo de estudio según género y rangos mínimos y máximos de edad encontrados.

Rango de años	Hombre	Mujer
65-69	7.0 %	3.4 %
70-74	10.3 %	7.0 %
75-79	3.4 %	13.8 %
80-84	0%	13.8 %
85-89	7.0 %	13.8 %
90-94	3.4 %	10.3 %
95-99	3.4 %	3.4 %
Total	34.5 %	65.5 %

Tabla N°2 distribución de pacientes postrados según rangos de edades y género.

b. Previsión social y escolaridad

La mayoría de los pacientes adultos mayores postrados pertenece a FONASA tramo A (66%) y en segundo lugar FONASA tramo B (31%), con un 3 % que responde a otro sistema de previsión.

En relación a la escolaridad de los pacientes postrados, se ve que un 57% realizó estudios en la enseñanza básica sin completarla, 13% tuvo acceso a la educación media, completándola. Obteniéndose, también, que un 13% de los pacientes postrados no recibió educación formal.

c. Patologías

La patología primordial que aqueja, según lo demarcado en las fichas clínicas, a los pacientes postrados corresponde a hipertensión arterial (HTA) con un 55%, mientras que en segundo lugar se encuentra diabetes mellitus (DM) con 28%, y dentro del 17% restante tenemos artrosis, ceguera, enfermedad de Parkinson, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca, entre otras.

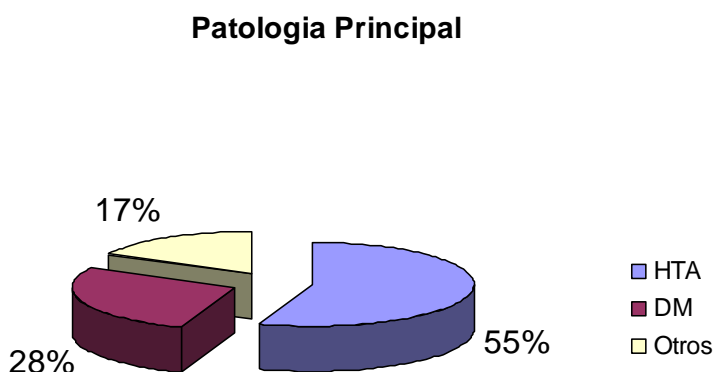


Gráfico N° 1: *Patologías principales, según lo expresado en la ficha clínica, de los pacientes beneficiarios del programa de postrados del CESFAM Los Volcanes, 2008.*

d. Estado de Salud Oral

Distribución de desdentados del grupo de adultos mayores beneficiarios del programa de postrados del CESFAM Los Volcanes, 2008.

	Desdentado Total	Desdentado Parcial	Total
	%	%	
Maxilar	65.5%	34.5%	100%
Mandibular	51.7%	48.3%	100%

Tabla N°3. Pacientes postrados total y parcialmente desdentados superiores e inferiores.

El 100% de los pacientes postrados presentó historia de caries mostrándose un índice COD de 2.24, presentándose un máximo de 9 piezas y un mínimo de 1. La prevalencia de caries correspondió a 44,83%.

El 100% de los pacientes encuestados necesita prótesis removible maxilar y un 93,3% mandibular. Para un 37,9% de los pacientes desea la confección de nuevas prótesis. Por su parte, un 51,7 % de los pacientes tienen prótesis, pero solo un 66,7% de ellos las utilizan.

En el caso del maxilar superior, un 34,5% de los pacientes usaba prótesis y un 13,8% a pesar de tenerlas, no las utiliza. En el caso del maxilar inferior 17,24% de los pacientes usaba sus prótesis y el 20,69% no lo hacía, aún teniéndolas. El total de los pacientes portadores de prótesis removibles tenían sus prótesis desajustadas.

e. Prácticas de Higiene Oral

Del 51,7% de los pacientes que presentaban alguna pieza dentaria en boca, el 86,7% se cepillaba los dientes (en su mayoría usando dentífrico), y un 13,3% no lo realizaba. En los pacientes postrados sólo el 3,45% utilizaban elementos accesorios para la higiene.

Por su parte, un 80% de los pacientes postrados es responsable de su propio cepillado dental, mientras que un 7% la responsabilidad pasa a manos del adulto responsable de ellos. Por último, un 13% de ellos no se cepilla los remanentes dentarios.

Dentro de los pacientes que presentaban alguna pieza dentaria en boca el 20% de los pacientes se cepillaban menos de una vez al día y un 60% que se cepilla por lo menos 2 veces al día. La duración del cepillado varía de un 53.33% que lo hace menos de 3 minutos y un 33.33% que utiliza mas tiempo que el mencionado

Conclusiones

De los pacientes postrados analizados, la mayoría corresponde a mujeres con una distribución según edad que difiere de lo entregado por los totales nacionales, estimados por el INE para el año 2007¹⁸, donde se expresa que solo un 28,21% de la población adulta mayor se encuentra sobre los 75 años de edad, en cambio para los adultos mayores postrados corresponde al 72,41%. La diferencia radicaría en que los pacientes postrados alcanzan la cuarta edad (80 años) y han aprendido a convivir más tiempo con las patologías que los aquejan, llegando a edades avanzadas en una precaria condición de salud, pasando de un estado de autovalencia a un estado de dependencia.

Respecto de la previsión social, los pacientes pertenecen mayoritariamente al tramo A de FONASA (66%), lo que concuerda con el perfil sociodemográfico de la población correspondiente al CESFAM Los Volcanes, Chillán. A pesar de su condición social, los

pacientes postrados, en su mayoría, percibe jubilación, pensión o subsidios monetarios¹⁹, lo que les permite acceder automáticamente a FONASA.

El análisis de la escolaridad de los individuos arrojó que un 13% es analfabeto lo que coincide con los resultados de la encuesta CASEN (caracterización socioeconómica) 1998 donde el 15% de los adultos mayores es analfabeto¹⁹. Esto debería a la pobreza y las escasas oportunidades de estudiar, situación acrecentada por la necesidad de cambiar las aulas por el trabajo.

Por otro lado, las patologías que presentan los beneficiarios del programa de postrados corresponden a las dos patologías crónicas de mayor prevalencia en Chile: Hipertensión Arterial (72,41%) y Diabetes Mellitus (27,58%), teniendo como principal consecuencia los Accidentes Vascular Encefálicos (AVE) presentándose en un 21% de la población, siendo esta la segunda causa de muerte de la población¹⁸. De ellos, la mayoría convive con 2 o más patologías, teniendo estos resultados con valores superiores a los entregados por el estudio SABE (salud Bienestar y Envejecimiento), donde 62,9% de la población adulta mayor presentaba Hipertensión arterial y 13,4% Diabetes Mellitus²⁰, esta diferencia responde a que este estudio corresponde rango más general de pacientes, en cambio los pacientes postrados presentan patologías de gran importancia, y a partir de estas pueden desarrollar otras que agraven su condición de dependencia.

En el área dental, la totalidad de la población había perdido piezas dentarias en el transcurso de la vida, en mayor o menor medida, es así que 48.3% era desdentado total y 51.7% parcial, esto se distancia un poco de lo obtenido en adultos mayores de 60 años de nivel socioeconómico bajo en el norte de Santiago, los cuales el 25,9 % era desdentado total¹⁹. Esta diferencia se debe a que los pacientes estudiados eran de menor edad que los pacientes postrados, donde el promedio de edad corresponde a 81,8 años, traduciéndose en un mayor tiempo de exposición del sistema estomatognático al daño causado por caries y enfermedad periodontal, llevando a una mayor pérdida de piezas dentarias.

Todos los pacientes necesitaban prótesis dental, ya sea por que no poseían o las que tenían se encontraban desajustadas. El 48,3% no contaba con prótesis a diferencia de lo mostrado por Misrachi en adultos mayores de 60 años de nivel socioeconómico bajo en el norte de Santiago donde el 18,6% no contaba con prótesis, debido por la mayor edad mostrada por los pacientes postrados¹⁹.

Las prácticas de higiene oral son deficientes, producto de la sumatoria de distintos factores tales como el nivel educacional, costo económico, autonomía limitada, escaso acceso a tratamiento preventivo y educación en salud bucal.

Bibliografía

1. Pearson, Gibson. Domiciliary denture services and quality of life British Dental Journal Vol. 203 NO. 2 JUL 28 2007.
2. Mardones F, Javet L, Valdivia G. El desafío del cambio demográfico en Chile. Santiago, Chile. Boletín de la Escuela de Medicina PUC, 2000; 29: 5-9.
3. Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile. Naciones Unidas, 2002; 28:9-13. Disponible en <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/10364/serie28.pdf>. Consultado 14 de abril 2008.
4. Jaime Pietrokovski and Avi Zini. The Yad Sarah geriatric dental clinic, a different model. Gerodontology 2006; 23: 237-241
5. Marín P. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. Santiago, Chile. Boletín de la Escuela de Medicina PUC, 2000. Disponible en www.sochire.cl/filemanager/download/458. Consultado 13 abril 2008.
6. Gac H. Inmovilidad en el adulto mayor. Santiago, Chile. Boletín de la Escuela de Medicina PUC, 2000. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/InmovilidadCaidas.pdf>. Consultado 16 abril de 2008.
7. Morishita M., et al. Oral health care status of homebound elderly in Japan. Journal of Oral Rehabilitation, 2001; 28 (8): 717-720.
8. Unlüer S, Gökalp S, Doğan BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. Gerodontology, 2007; 24(1):22-9.
9. Quinteros M., Nuñez L. Diagnóstico en Salud Oral en pacientes postrados inscritos en el Consultorio Dr. José D. Astaburuaga, Talca- 2006. 2006. Universidad de Talca. Talca, Chile.
10. Nishiyama Y. Changes of general and oral health status of elderly patients receiving home-visit dental services. Kokubyo Gakkai Zasshi, 2005; 72(2):172-82.
11. Dinamarca J. Reconceptualización del Síndrome de Inmovilidad. Limache, Chile. 2005. Disponible en http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Reconceptualizacion_Sindrome_Inmovilidad.pdf. Consultado 14 abril 2008.
12. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de información de cuidadores de pacientes postrados y/o con pérdida de autonomía. Santiago, Chile. 2008. Disponible en http://163.247.51.38/desarrollo/postrado_sistema/frames.php.
13. Poveda R. Cuidados a pacientes crónicos. Madrid, España. 2005. Disponible en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_ciudad_cronic_3.html. Consultado 18 abril 2008.
14. Martín A, Cano J. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 2ª edición. Madrid, España. Editorial Elsevier, 2003:1648-1685.
15. Adimark. Mapa Socioeconómico de Chile- Modelo Estimativo del N.S.E en lo Hogares de Chile. Santiago, Chile. 2003. Disponible en http://www.adimarkgfk.com/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf. Consultado 10 abril 2008. Consultado 15 abril 2008.

16. Michael S., Strayer MS. Dental Health Among Homebound Elderly. *Journal of Public Health Dentistry*, 1993;53 (1): 12–16.
17. Schkolnik M. Enfoque estadístico. Adulto Mayor en Chile. Santiago, Chile. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas, 2007; 1-4. Disponible en www.bcn.cl/.../documentos_pdf.2008-04-30.1359051441/archivos_pdf.2008-04-30.5075290492/archivo1/baja_archivo_ Consultado 10 Junio 2008.
18. Abdala C. Proyecto SABE Chile, Salud, bienestar y envejecimiento. Santiago, Chile. 2004. Disponible en http://200.29.21.4/~gerontol/postnukel/pdf/estudio_SABE_Chile. Consultado 15 Junio 2008.
19. Cabargas J. Salud Oral en el Adulto Mayor. Santiago, Chile. Universidad de Chile, 2005; 17-26.