

142
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EVALUACION DE CARIES RADICULAR Y USO DE
PROTESIS REMOVIBLES EN UN GRUPO DE
ANCIANOS DE LA CIUDAD DE MEXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

LOPEZ CRUZ SILVIA
SANCHEZ ADORNO ADRIANA



CIUDAD UNIVERSITARIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por haberme permitido llegar hasta este momento porque nunca me dejaste solo cuando yo más te - necesité y porque en tí encontré la luz que - - me guió durante todo este camino.

A MIS PADRES:

Por que gracias a su apoyo y comprensión he llegado a realizar una de mis metas.

A LA DRA. S. AIDA BORGES Y

Por la Asesoría Profesional que nos brindó.

Al motivo de mi vida a tí

GEOVANNA

TE AMO.

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio para conocer la prevalencia de edentulismo, caries radicular, así como el uso y cuidado de prótesis removibles en un grupo de personas de 60 años y más residentes en una zona urbana de la Ciudad de México. A través de una encuesta domiciliar se entrevistó y se realizó un examen clínico a 100 ancianos habitantes del Centro Urbano Presidente Alemán. La prevalencia de edentulismo fue de 36%. Se examinaron un total de 132 prótesis, de las cuales 72 fueron funcionales. Las prótesis fueron evaluadas tanto por el paciente como por el clínico. Se encontró que los pacientes evaluaron sus prótesis más favorablemente que los examinadores. La prevalencia de Caries Radicular fue de 65%. De los 100 pacientes examinados 56 no presentaron riesgo de desarrollar caries radicular. De los 44 pacientes con al menos una superficie en riesgo, 29 presentaron al menos una superficie radicular cariada u obturada.

INDICE

RESUMEN

I.	INTRODUCCION	3
II.	ANTECEDENTES	5
III.	PROPOSITO	6
IV.	OBJETIVOS	7
V.	METODOLOGIA	8
	POBLACION EN ESTUDIO	
	SELECCION DE LA MUESTRA	
	TIPO DE ESTUDIO	
	VARIABLES	
	METODOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	
	METODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO	
	ANALISIS ESTADISTICO	
VI.	RESULTADOS	12
VII.	DISCUSION	27
VIII.	CONCLUSIONES	28
IX.	BIBLIOGRAFIA	29
	ANEXOS	

INTRODUCCION

La disminución de la mortalidad ha implicado el incremento de la población de edad avanzada en México con el consecuente aumento de la esperanza de vida de la población. Esta situación refleja de las mejoras socioeconómicas registradas en el país en las últimas cuatro décadas, plantea necesidades de conocimiento específico sobre el grupo de población con mayor edad.

La población de la tercera edad, considerada como la de 60 años y más, ascendió en marzo de 1990 a casi 5 millones de personas que representan el 6.1% de la población total del país, proporción que supera la alcanzada en 1970, de 5.6%. En números absolutos, el aumento en ese período fue de 2.5 millones de personas, equivalente a una tasa de crecimiento medio anual de 3.1%, superior a la registrada por la población total en esos veinte años, de 2.6%.(1).

Comparando la distribución por grupos de edad de 1970 y 1990, se observan proporciones mayores en las edades avanzadas (de 75 años y más) para 1990, lo que refleja el aumento de la sobrevivencia de la población.(1).

Conforme a la distribución de la población de 60 años y más entre las entidades federativas, la mayor concentración se observa en el Distrito Federal con 11.8% del total; le siguen el estado de México con 9%; Veracruz con 7.7% y Jalisco con 7.3%. En el otro extremo se ubican Quintana Roo, Baja California Sur, Campeche y Aguascalientes, con proporciones por debajo del 1%.(1).

Diversos factores socioeconómicos y culturales influyen en menor grado sobre las personas de tercera edad dentro del conjunto de los residentes, siendo la variable migración la que más influye en dichas diferencias. Es así que mientras el Distrito Federal tiene 7.1% de su población en este grupo de edad, el estado de México tiene sólo 4.6%, lo que se explica por el hecho de que la población joven del primero, que está en proceso de formación familiar, migra hacia el segundo. Un caso similar ocurre entre Yucatán y Quintana Roo.

En cuanto al crecimiento de la población de la tercera edad en las entidades, se destaca Quintana Roo con la tasa de crecimiento medio anual más alta en el período de 1970-1990, de 7.9%. En contraste, Zacatecas registra el crecimiento más bajo, con una tasa de 2.2% en el mismo período. No obstante esto último, la población de 60 años y más en Zacatecas creció a una tasa mayor que la correspondiente a la población total, que es de 1.5% en los últimos veinte años, lo que refleja principalmente el efecto de la reducción en la fecundidad.(2).

Fuera de los valores extremos, el crecimiento de la población de 60 años y más en el resto de las entidades, se dio con tasas que se ubican en el rango de 2.4% en el Distrito Federal hasta el 4.7% en el estado de México.(2).

La población actual de ancianos es menos afectada a utilizar los servicios dentales que cualquier grupo, con la posible excepción de los niños menores de 6 años.(3)

La pérdida de dientes es el equivalente dental de mortalidad. Es el fin del producto de la enfermedad dental, pero también refleja las actitudes de los pacientes, la disponibilidad y accesibilidad del cuidado y las filosofías prevalentes sobre el tratamiento dental en el pasado. En años recientes ha habido un enorme progreso en las bases científicas de la práctica dental y la tecnología disponible para salvar los dientes (4).

Algunos reportes han sido publicados sobre la demanda y necesidad para el tratamiento protodóntico del anciano. Generalmente esos reportes indican que dos terceras partes de los sujetos examinados tienen problemas clínicos, y sólo un tercio se queja de dolor oral o alguna molestia dental. Debido a que sólo una de tres personas ancianas tienen dientes naturales y se cree que las personas que tienen dientes naturales viven mucho más que los adultos jóvenes, la discrepancia entre la demanda y necesidad para el tratamiento probablemente ocurre entre la población desdentada (5).

Actualmente el departamento de Salud Pública y Epidemiología de la División de Estudios de Posgrado esta llevando a cabo un estudio sobre las características bucodentales de tres grupos de población en zonas urbana, periurbana y rural así como un programa de educación para la salud de estos mismos grupos.

Esta investigación reporta los datos sobre caries radicular y uso de prótesis dentales de una submuestra de ancianos de la zona urbana.

ANTECEDENTES

Se ha predicho que la edad de la población y el incremento de la tendencia de los ancianos a retener sus dientes puede incrementar la necesidad y demanda del cuidado dental entre este segmento de la población. Para comprender este patrón de cambio de necesidad y demanda, han sido realizados numerosos estudios sobre el estado de salud de los ancianos. Los estudios que se enfocan sobre las caries en raíces y coronas han descrito su prevalencia e incidencia en poblaciones específicas y generales y han iniciado el proceso de desarrollo de indicadores de riesgo, marcadores de riesgo y modelos de factores de riesgo para estas enfermedades. Se ha proporcionado más atención a la caries radicular que a la coronal, aunque existe evidencia que sugiere ambas características para las poblaciones geriátricas, por ejemplo:

En un estudio realizado en Iowa se reportaron 0.9 superficies coronales por persona con caries sin tratar y 63 % con evidencia de experiencia en raíces cariadas. La incidencia de datos de 18 meses de estudio mostró un incremento anual de 0.8 superficies con caries coronal y 0.4 superficies de raíces cariadas. En un estudio más reciente de personas que se atendían en los centros antes mencionados en Florida, 25% tuvo caries sin tratar, 46% tuvo una o más raíces obturadas y 18 % tuvo al menos una raíz con caries sin tratar. Estas tasas de caries coronales son comparables con aquellas observadas en los grupos más jóvenes (6,7).

Mientras se acumula la prevalencia, incidencia y distribución de las caries en poblaciones ancianas, la influencia de factores sociales, conductuales y ambientales sobre la experiencia de caries en coronas y raíces deberá examinarse a futuro. Beck (8) ha revisado trabajos sobre caries radicular, resumiendo los resultados de estudios de prevalencia e incidencia en términos de identificación de indicadores y factores de riesgo. En estudios de prevalencia, la edad, número de dientes, experiencia de caries coronal, consumo de agua fluorada, nivel educacional y pérdida de dientes parecen ser los factores predictivos más consistentes de la caries radicular. Otros factores emergentes en uno o más estudios incluyen el uso de servicios dentales, higiene oral, estado de fluoración del agua de la comunidad, consumo de azúcar, condiciones médicas crónicas y el uso de medicaciones xerostómicas. Sin embargo, el desarrollo de un consenso con respecto a la influencia de estos factores es enmascarada por el hecho de que diferentes investigadores han incluido diferentes combinaciones de variables en sus análisis y no siempre usaron métodos estadísticos multivariados. Las relaciones encontradas en los análisis bivariados frecuentemente desaparecen cuando los datos son sujetos a técnicas estadísticas más sofisticadas tales como regresión lineal y logística. Por esta razón algunos estudios basados en las tasas de prevalencia tienen limitaciones en términos de identificación de factores de riesgo para la enfermedad (9).

Como es ampliamente conocido las poblaciones ancianas en muchos países tienen algunos dientes funcionales. Para la gente anciana especialmente, la promoción de salud oral y protección es esencial para incrementar la calidad de vida, física y mentalmente. (10).

Aunque la gente anciana requiere un tratamiento particularmente extenso, este grupo de población recibe un mínimo cuidado dental. Tal tratamiento no debe estar solamente basado en los hallazgos orales y dentales ya que también debe considerarse los problemas geriátricos (física, mental y conductual) para prevenir las enfermedades del sistema estomatognático (11).

PROPOSITO

La evaluación del estado de salud bucodental de la población anciana en México es de suma importancia ya que hay pocos estudios realizados al respecto por lo que éste estudio nos proveera de información que podrá ser comparada con otros datos. Se evaluará los recursos disponibles y así se podrá mejorar la atención dental de esta comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el tipo de prótesis dentales removibles y determinar la prevalencia de caries radicular entre la población de 60 años y más del Centro Urbano Presidente Alemán (CUPA).

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar la prevalencia de edentulismo entre las población de 60 años y más del Centro Urbano Presidente Alemán (CUPA).

Determinar el porcentaje de utilización de dentaduras superior e inferior, entre la población edéntula de 60 años y más por grupo de edad y sexo del CUPA.

Evaluar la calidad de las dentaduras que usan los ancianos de 60 años y más en el CUPA, tomando en cuenta el tipo de oclusión, retención, estabilidad, abrasión, y defectos de las mismas.

Encontrar la proporción de prótesis dentales (removibles) que necesitan ser reparadas o sustituidas entre la población de 60 años y más del CUPA.

Conocer las principales actividades de los ancianos de 60 años y más, que realizan para el cuidado de sus prótesis removibles residentes en el CUPA.

Estimar el tiempo promedio que las prótesis removibles permanecen sin ser revisadas, reparadas o sustituidas por un dentista entre los ancianos de 60 años y más del CUPA.

Estimar la prevalencia de caries radicular por grupo de edad y sexo.

METODOLOGÍA

POBLACION EN ESTUDIO

El Centro Urbano Presidente Alemán (CUPA) es una unidad habitacional multifamiliar establecida en 1949 por el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para sus derechohabientes. Consta de 9 edificios de 5 pisos y dos bloques de tres pisos que tienen un total de 1080 departamentos, en los que aproximadamente habitan 5,000 personas.

El CUPA está localizado en las calles de Félix Cuevas y Parroquia, en la colonia Del Valle de la Delegación Benito Juárez, en la Ciudad de México.

Existe una sociedad de Jubilados y Pensionados del CUPA, que cuenta con 489 miembros, según el registro de la Sociedad, 23.1% de los miembros son del sexo masculino. Datos de una muestra de 50 sujetos de 60 años y más residentes en el CUPA, mostró que 84% de los miembros era soltero, viudo o divorciado, mientras 56% viven solos.

MUESTRA:

Se estudiaron a 100 personas que se encuentran registradas en las Sociedad de Jubilados y Pensionados del CUPA, de 60 años y más.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional transversal descriptivo

VARIABLES.

VARIABLES DEMOGRAFICAS.

EDAD

Estimada en años de acuerdo al año de nacimiento.

ESTADO CIVIL

Situación jurídica que tiene un individuo soltero, casado, viudo divorciado, unión libre

ESCOLARIDAD.

Número de años de educación formal recibida, como lo reporta el paciente durante el interrogatorio.

OCUPACION

Si está trabajando actualmente, la última ocupación o empleo, si el paciente no trabaja. Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolla o desarrollo la persona en su trabajo principal.

VARIABLES BUCODENTALES

EDENTULISMO

Ausencia de todos los dientes naturales debido a cualquier razón, información obtenida por observación directa.

USO DE DENTADURAS

Utilización de cualquier aparatología protésica dental removible. Información obtenida por el examinador durante el examen clínico.

DENTADURA COMPLETA

Prótesis dental removible que sustituye a todos los dientes de la arcada superior e inferior o ambas.

DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE

Dentadura que sustituye los dientes de una arcada parcialmente edéntula y que puede ser removida de la boca.

ESTADO DE SALUD BUCODENTAL ACTUAL.

Por cuánto tiempo el paciente ha permanecido en el estado de salud bucodental registrado por el examinador, establecida en años, información obtenida por interrogatorio directo durante el examen clínico.

OCLUSION

Cualquier contacto entre las superficies oclusales, de los dientes inferiores y superiores en diferentes posiciones durante cualquier movimiento de la mandíbula sin considerar el número de dientes. Se clasifica en correcta e incorrecta. La correcta, oclusión balanceada bilateral: en donde hay contacto simultáneo entre los dientes anteriores y posteriores al menos en tres puntos durante los movimientos laterales. La incorrecta no hay oclusión bi-balanceada. Esta clasificación se determina en base a las observaciones del examinador durante el examen clínico.

ESTABILIDAD

La calidad de una prótesis para mantenerse firme, es decir, no estar sujeta a cambios de posición cuando se aplican fuerzas.

RETENCION:

Designa la cualidad inherente de la prótesis para resistir las fuerzas de desplazamiento.

CARIES RADICULAR:

Lesión suave, progresiva y destructiva, totalmente confinada a la superficie radicular o involucrando el esmalte cercano a la UCE pero clínicamente indicando que la lesión se inició en la superficie radicular. Se midió de acuerdo con el índice de caries radicular de Katz (Anexo 1)

METODOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

Se realizó el estudio con 100 pacientes de 60 años y más residentes en el CUPA (Centro Urbano Presidente Alemán) con características similares en cuanto a nivel social, cultural y económico, el cual primero se les envió una invitación para contar con su cooperación en el estudio; posteriormente se confirmó la cita por vía telefónica para realizar el estudio. Para llevar a cabo la revisión se necesitó del siguiente material: espejos, exploradores, algodón, guantes, abatelenguas, pinzas, lámpara frontal.

El estudio se realizó en cada casa de los residentes. Se visitaron diariamente de uno a tres pacientes a los cuales se les elaboró un cuestionario sobre sus datos generales y sobre salud dental que duró aproximadamente de 20 a 30 minutos. Un par de días antes se confirmó la cita personalmente o vía telefónica.

Dentro del interrogatorio general se tomaron en cuenta los siguientes datos: nombre, domicilio, teléfono, mes y año de nacimiento, edad, estado civil, con quien vive, ocupación, que institución le da servicio dental, todo esto con el fin de obtener una estadística promedio de los pacientes en cuanto a forma de vida.

Continuando con la historia clínica se realizó la exploración dental; se tomó en cuenta el número de piezas dentales que presenta el paciente, se valoró las prótesis que usó: cuántas y de que tipo, si son funcionales o no (se evaluó de acuerdo a las funciones de masticación, deglución, fonética), se tomó en cuenta el tiempo que tienen de ser usadas, se observó la retención, estabilidad, el tipo de oclusión que presenta, si existe defecto de estas prótesis (como son abrasión, desgastes, piezas faltantes, fracturas, pérdida de algunas partes de la dentadura).

Posteriormente se aplicó el interrogatorio al paciente sobre datos dentales; preguntando que tiempo tiene sin acudir a recibir atención dental, se le cuestiona sobre la funcionalidad de sus prótesis (el cómo las siente, si son cómodas, si se le atrapa la comida, si puede hablar con ellas, si puede comer bien, si le gusta como se le ven, si tiene alguna sensación de resequeidad o ardor en la boca); sobre el cuidado de sus prótesis (el cómo las lava, con qué, si se las quita para dormir); si ha recibido atención dental en el último año, por qué razón, si le gustaría recibir atención dental y de qué tipo (orientación preventiva, prótesis dental, operatoria).

Como paso final al estudio, se realizó la exploración dental por medio del cual se tomó cuenta el índice de caries radicular de Katz.

MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

La información se registró en un cuestionario que contenía las preguntas sobre cuestiones sociodemográficas y de utilización de prótesis dentales así como un odontograma para el registro de caries radicular (Anexo 2).

Después de codificar las respuestas en los cuestionarios de acuerdo al protocolo, los datos fueron capturados en una base de datos en DBASE III Plus y procesados estadísticamente con el programa SPSSPC V 5.0.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se obtuvo el promedio y la desviación estándar de las variables de edad y número de dientes funcionales, así como las frecuencias de las demás variables estudiadas. A través de la prueba de χ^2 se identificó si existía asociación entre la variable sexo y las características demográficas y dentales. Solo se reportan aquellos resultados estadísticamente significativos.

MATERIALES:

- 100 Cuestionarios impresos
- 20 espejos dentales
- 20 exploradores dentales
- Algodón
- 100 pares de guantes
- Lámpara frontal
- Toallas desechables
- Computadora
- Papel para impresión
- Diskettes

RESULTADOS

Se examinaron 100 personas mayores de 60 años de ambos sexos (tabla No.1), observándose una proporción más alta de mujeres; por grupo de edad se encontró que el 44% de las personas tenían entre 70 y 74 años de edad (Tabla No.2). El promedio de edad para toda la muestra fue de 73 años; y por sexo fue de 73.6 (d.e.= 7.4) para los hombres y 73.1 (d.e.= 8.5) para las mujeres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al promedio de edad por sexo. La tabla No.3 muestra la distribución de la población por grupo de edad y sexo en donde se aprecia claramente un porcentaje del 61.9 % del sexo masculino con una edad de 75 años y más.

La mayoría de las personas encuestadas (46%) son viudas, seguidas por las casadas (28%). La Tabla No.4 muestra la distribución por sexo y estado civil, además se observa que hay más mujeres viudas que hombres, diferencia que fue estadísticamente significativa ($\chi^2=12.6$; $p=0.01$). La prevalencia de viudos es mayor en la edad de 70 años y cabe mencionar que las personas de menor edad se encuentran casadas (Tabla No.5). Por grupo de edad no se observaron diferencias.

De las personas examinadas 99 saben leer y escribir, todos son jubilados y pensionados. Del total de los 100 sujetos, 96 son derechohabientes del ISSSTE y 4 pertenecen al IMSS, por lo cual tienen derecho a recibir atención dental en dichas instituciones.

Sólo 34 de los pacientes viven solos y 66 viven con algún familiar. Al observar estas características por sexo se encontró que más mujeres que hombres tienden a vivir solas (30 mujeres y 4 hombres) estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2=8.7$ $p=0.03$) (Tabla No.6). En cuanto a la distribución por edad, se observa que a mayor edad tienden a vivir solos (Tabla No.7).

La prevalencia de edentulismo fue de 36%, hay un porcentaje mayor de edentulismo en las personas de más de 75 años. (Tabla No.8) y en relación al sexo, hay una mayor proporción de mujeres edéntulas que hombres (Tabla No.9).

La Tabla No.10 muestra el número de dientes funcionales tanto superiores como inferiores, se aprecia claramente la cantidad de pacientes desdentados; en la zona inferior es menos que en la zona superior aunque en general cabe aclarar que el porcentaje de edentulismo es muy alto.

Se registró el uso de prótesis y dentaduras, y se valoró el estado funcional de éstas. Se examinaron un total de 132 prótesis, de las cuales 69 son superiores y 63 inferiores. Según el tipo de prótesis fija o removible, es claro el alto uso de prótesis removibles, observándose solo 2 prótesis fijas. En cuanto a su funcionalidad 72 son funcionales y 60 no funcionales (Tablas N° 11, 12, 13, 13A, 13B y 14).

El paciente evaluó sus prótesis de acuerdo a la comodidad, masticación, estética, estabilidad, fonética, atrapamiento de comida, facilidad para comer con la dentadura puesta. (Tabla 15.15 A y 15 B). Se aprecia claramente que en general los pacientes tienden a evaluar favorablemente sus prótesis aunque en algunas ocasiones estas no se encuentren en buenas condiciones.

Asimismo las prótesis removibles fueron evaluadas clínicamente por el odontólogo tomando en cuenta retención, estabilidad y oclusión observándose claramente que la mayoría de las prótesis se encuentran defectuosas tanto en estabilidad como en retención obteniéndose por lo tanto una oclusión incorrecta (Tablas N° 16 y 16A).

Del mismo modo, las dentaduras fueron evaluadas clínicamente según la presencia de defectos, encontrándose que la abrasión es el defecto más frecuente, seguido por los flancos rotos, en la Tabla 17 se muestra la frecuencia de los defectos que se evaluaron.

En cuanto a las actividades que realizan las personas para limpiar sus prótesis, encontramos que: la mayoría las lava con cepillo y agua corriente, solo 18 las remojan durante la noche y nadie reportó lavarlas con detergente, mostrando con estos datos que hay poca información sobre la correcta limpieza de las prótesis removibles (Tabla No.18).

La Tabla No.19, muestra el tiempo que el paciente ha dejado de acudir a visitar al dentista, observándose que 29% han acudido a visitar al dentista en los últimos 5 años, solo 15% acudieron de 6 a más de 10 años. Podemos decir que a mayor edad las personas acuden con mayor regularidad a consulta. Por sexo se observa que por una diferencia alta las mujeres visitaron más recientemente al dentista que los hombres (Tabla No.20).

La prevalencia de caries radicular fue determinada a través del Índice de Caries Radicular de Katz; la prevalencia fue de 65.0 %. Cabe mencionar que la prevalencia se calcula entre el N° de personas con al menos una superficie cariada u obturada entre el N° de personas con al menos una superficie en riesgo. 29/44

De los 100 pacientes estudiados 56 no tienen riesgo de caries radicular, de los cuales, 36 son edéntulos, 20 pacientes no tienen riesgo porque no tienen superficie con resesión

De los 44 pacientes con al menos una superficie en riesgo, 9 son del sexo masculino y 35 del sexo femenino (Tablas 21,22 y 23)

En la Tabla N°.24 se resumen los datos obtenidos en esta investigación.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SEXO. CUPA, 1995

SEXO	PACIENTES
Masculino	21
Femenino	79
Total	100

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POR GRUPO DE EDAD. CUPA, 1995.

EDAD	PACIENTES
60 - 64	20
65 - 69	13
70 - 74	44
75 y más	23
Total	100

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POR EDAD Y SEXO. CUPA, 1995.

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
60 - 64	4	19.05	16	20.25	20
65 - 69	1	4.76	12	15.19	13
70 - 74	3	14.29	20	25.32	23
75 y más	13	61.90	31	39.24	44
Total	21	100	79	100	100

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO. CUPA 1995.

ESTADO CIVIL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Casado	12	16	28
Soltero	4	17	21
Viudo	4	42	46
Divorciado	1	3	4
Unión Libre	0	1	1
Total:	21	79	100

$\chi^2=12,6$

$p<0,01$

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y GRUPO DE EDAD. CUPA, 1995

Estado Civil	Grupo de Edad				Total
	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 y más	
Casado	10	4	5	9	28
Soltero	5	2	5	9	21
Viudo	3	7	13	23	46
Divorciado	1	0	0	3	4
Unión Libre	1	0	0	0	1
Total	20	13	23	44	100

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
COMPOSICIÓN FAMILIAR Y SEXO. CUPA, 1995.

COMPOSICION FAMILIAR	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
	n	n	
Vive sólo	4	30	34
Vive con Familiar	17	49	66
Total	31	79	100

$\chi^2 = 8.7$	$p = 0.03$
----------------	------------

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
COMPOSICIÓN FAMILIAR Y GRUPO DE EDAD. CUPA, 1995.

COMPOSICION FAMILIAR	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 Y MAS	TOTAL
Vive sólo	1	5	9	19	34
Vive con Familiar	19	8	14	25	66
Total	20	13	23	44	100

TABLA 8. FRECUENCIA DE EDENTULISMO POR GRUPO DE EDAD.
CUPA, 1995.

GRUPO DE EDAD					
	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 Y MAS	TOTAL
Edéntulo	5	6	7	18	36
No Edéntulo	15	7	16	26	64
Total	20	13	23	44	100

TABLA 9. FRECUENCIA DE EDENTULISMO SEGÚN SEXO. CUPA,
1995.

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Edéntulo	6	30	36
No Edéntulo	15	49	64
Total	21	79	100

TABLA 10. DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE DIENTES FUNCIONALES PRESENTES. CUPA, 1995.

No. DIENTES SUPERIORES	Nº PACIENTES	No. DIENTES INFERIORES	Nº PACIENTES
0	51	0	39
1	2	3	3
2	4	4	4
3	4	5	7
4	2	6	3
5	2	7	3
6	5	8	8
7	2	9	4
8	2	10	3
9	5	11	9
10	5	12	6
11	4	13	5
12	3	14	3
13	2	16	2
14	3		
16	3		
121	99	118	99

TABLA 11. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS EN USO. CUPA, 1995.

Fijas	2
Removibles	130
Total	132

**TABLA 12. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS FUNCIONALES
SEGÚN LOCALIZACIÓN. CUPA, 1995.**

Fija Inferior	2
Removible Inferior	31
Removible Superior	39
Total	72

**TABLA 13. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS EN USO SEGÚN SU
FUNCIONALIDAD**

Funcional	72	54.5
No Funcional	60	46.5
Total	132	100

**TABLA 13 A. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES SEGÚN
SU LOCALIZACIÓN Y FUNCIONALIDAD**

	PRÓTESIS TOTALES		
	SUPERIOR	INFERIOR	TOTAL
Funcional	17	14	31
No Funcional	15	10	25
Total	32	24	56

TABLA 13B. CLASIFICACIÓN DE LAS PROTESIS REMOVIBLES
SEGÚN SU LOCALIZACIÓN Y FUNCIONALIDAD.

PRÓTESIS REMOVIBLES			
	SUPERIOR	INFERIOR	TOTAL
Superior	22	17	34
Inferior	15	20	35
Total	37	37	74

TABLA 14. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS EN USO DE
ACUERDO CON SU LOCALIZACIÓN. CUPA, 1995.

Funcional	69	52.3
No Funcional	63	47.7
Total	132	100

TABLA 15. EVALUACIÓN DE LAS PROTESIS POR EL PACIENTE
SEGÚN DIFERENTES CARACTERÍSTICAS. CUPA, 1995.

Comodidad	58	0	15	73
Masticación	44	15	14	73
Estética	43	12	18	73
Estabilidad	36	6	31	73
Fonética	32	9	12	73

TABLA 15 A. EVALUACIÓN DE LAS PROTESIS POR EL PACIENTE, EN RELACIÓN AL ATRAPAMIENTO DE COMIDA. CUPA, 1995.

Si	41
Regular	5
No	27
Total	73

TABLA 15 B. FRECUENCIA DE PACIENTES QUE COMEN CON LAS PRÓTESIS REMOVIBLES PUESTAS. CUPA, 1995.

Si	46
Regularmente	12
No	15
Total	73

TABLA 16. EVALUACIÓN DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES Y TOTALES SEGÚN RETENCIÓN Y ESTABILIDAD POR EL DENTISTA QUE LAS EXAMINÓ. CUPA, 1995.

	RETENCIÓN		
	SUPERIOR	INFERIOR	TOTAL
SATISFACCIÓN	44	29	73
INESTABILIDAD	25	30	55
TOTAL	69	59	128

Nota: Una prótesis inferior y una superior no pudieron ser evaluadas.

ESTABILIDAD			
	SUPERIOR	INFERIOR	TOTAL
	33	25	58
	34	35	69
TOTAL	67	60	127

Nota: Tres prótesis superiores no pudieron ser evaluadas.

TABLA 16 A. EVALUACIÓN DE LA OCLUSIÓN EN GENERAL POR EL EXAMINADOR. CUPA, 1996.

Correcta	35
Incorrecta	57
Total	92

Nota: no se pudo evaluar a 7 pacientes.

TABLA 17. CLASIFICACIÓN DE LOS DEFECTOS OBSERVADOS POR EL EXAMINADOR EN LAS PRÓTESIS TOTALES. CUPA, 1995.

Flancos Rotos	13	28
Dientes Faltantes	6	35
Dientes Fracturados	2	39
Pérdida de estructura	0	41
Abrasión	30	11
Total	51	154

TABLA 18. ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS PACIENTES PARA LA LIMPIEZA DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES.

Lava con cepillo dental	72
Lava con agua corriente	73
Usa limpiadores de dentaduras	4
Remoja durante la noche	18
No contestó	3
Total	170

TABLA 19. ULTIMA VEZ QUE EL PACIENTE ACUDIÓ AL DENTISTA SEGÚN GRUPO DE EDAD. CUPA, 1995.

Menos de un año	12	5	8	15	40
1 a 5 años	5	3	9	12	29
6 a 10 años	3	1	4	7	15
Más de 10 años	0	4	2	9	15
No sabe	0	0	0	1	1
Total	20	13	23	44	100

**TABLA 20. ULTIMA VEZ QUE EL PACIENTE ACUDIO AL DENTISTA
SEGUN SEXO. CUPA, 1995.**

Menos de un año	7	33	40
1 a 5 años	7	22	29
6 a 10 años	3	12	15
Más de 10 años	4	11	15
No sabe	0	1	1
Total	23	77	100

**TABLA 21. NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE
SUPERFICIES RADICULARES EN RIESGO DE PADECER CARIES
RADICULAR. CUPA, 1995.**

SUPERFICIES EN RIESGO	No. DE PACIENTES	SUPERFICIES EN RIESGO	No. DE PACIENTES
0	56	19	3
1	2	20	1
2	1	23	2
3	2	25	2
4	1	26	1
5	1	28	1
6	3	30	1
7	1	32	1
8	4	33	2
9	3	40	1
10	1	41	1
11	1	45	1
12	3	57	1
13	1	68	1
14	1		

TABLA 22. NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE SUPERFICIES RADICULARES CARIADAS U OBTURADAS. CUPA, 1995.

SUPERFICIES CARIADAS U OBTURADAS	No. DE PACIENTES
0	71
1	12
2	5
3	2
4	2
5	4
6	2
9	1
15	1
Total	45
	100

TABLA 23. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL RIESGO DE PADECER CARIES RADICULAR Y NÚMERO DE SUPERFICIES CON CARIES. CUPA, 1995.

RIESGO	No. DE PACIENTES
Sin riesgo	56
En riesgo y sin caries	15
1 - 5 Sup.	7
5 - 10 Sup.	7
10 - 20 Sup.	4
> 20 Sup.	11
Total	100

TABLA 24. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DENTALES EVALUADAS EN LOS PACIENTES DEL CUPA, 1995.

CARACTERÍSTICAS DENTALES	No. DE PACIENTES
Edéntulos	36
No Edéntulos	64
Con prótesis fijas	2
Con prótesis removibles Superiores	37
Con prótesis removibles Inferiores	37
Sin riesgo de caries radicular	56
En riesgo y sin caries radicular	15
Con caries radicular	44
Edéntulos con prótesis totales Superiores	32
Edéntulos con prótesis totales Inferiores	24

DISCUSIÓN

La necesidad de prevención y atención dental en geriatría es grande en esta población, ya que los datos que presentamos nos muestran una prevalencia grande de edentulismo comparada con la países más desarrollados; por ejemplo, en Japón en un grupo de ancianos institucionalizados se encontró una prevalencia de 27%, en Hong Kong fue del 12%. (10), una presencia de prótesis removibles que en su mayoría requieren ser cambiadas ya que han permanecido mucho tiempo en la boca de los pacientes. Se detectó que 55% de las prótesis parciales y totales no eran funcionales.

Cada sujeto tuvo la oportunidad de referir al examinador aquellos problemas relacionados con el uso de sus prótesis removibles antes de que estos fueran cuestionados específicamente acerca de ellos. Las respuestas obtenidas al inicio de la entrevista, corresponden a la frecuencia de quejas reportadas por otros investigadores (11,12,13,14,15 y 16). Esta observación sugiere que las personas ancianas no siempre identifican el malestar como son los problemas de fonética, comodidad, masticación y estética como causas para buscar atención dental. Porque la mayoría de estas personas han tenido este problema durante años sin buscar tratamiento, es claro que esta clase de quejas, que son muy infrecuentes no nos pueden ayudar a identificar los problemas del uso de prótesis removibles en los ancianos. Por otro lado esto también nos muestra que no existe el conocimiento suficiente y adecuado para saber cuando se requiere atención, esto es, para identificar los signos clínicos que indican un problema, así como, conocer cuando es necesario cambiar una prótesis y como limpiarla y cuidarla. Parece ser que las personas ancianas creen que la salud oral empeora con la edad de manera natural y que nada puede hacerse al respecto. Esto se refleja también en el tiempo que estas personas han dejado de acudir al dentista, en el que 41% no han visitado al dentista por más de cinco años. Entre los ancianos la tasa de utilización de servicios dentales es la más baja comparada con los demás grupos de edad y en contraste son los que más demandan servicios médicos (17). En los Estados Unidos, solo el 30% de los ancianos de 65 años y más visitan al dentista una o más veces al año y 50% no lo han visitado en los últimos cinco años (18).

La prevalencia de caries radicular fue del 65% que comparada con otros reportes es similar a algunos reportes pero diferente a otros. Los diferentes resultados obtenidos en otros estudios se deben principalmente a los criterios de diagnóstico, al tipo de población y a la metodología utilizada. Por ejemplo Vekhalati en 1983 (19) encontró una prevalencia de 33% en hombres y 21% en mujeres. Banting (17) reportó la presencia de caries radicular en 83% de los sujetos examinados en un hospital con edades entre 36 y 89 años.

¿Como se puede motivar a los ancianos a buscar atención dental cuando están satisfechos con sus condiciones orales?. Un estudio realizado por Kiyak (20) reveló que los ancianos pueden ser motivados a buscar atención dental, aprender conductas saludables y a mejorar su auto atención en higiene dental.

CONCLUSIONES

La necesidad de prevención dental en geriatría puede incrementarse grandemente en un futuro muy cercano. Más y más gente puede ser investigada a esta edad y una gran proporción de esas personas ancianas puede ser dentada. La gente anciana requiere un tratamiento particularmente extenso; bien se sabe que este grupo de personas recibe un mínimo cuidado dental.

El edentulismo se incrementa conforme la edad, sólo que en un futuro no muy lejano se piensa que esta situación disminuirá.

La necesidad de dentaduras completas puede ir disminuyendo, debido a la atención dental frecuente de cada persona, esto influye directamente con la educación, economía y manera de pensar de cada paciente.

Para un buen estado de salud dental a nivel protésico las dentaduras completas y prótesis removibles deben cumplir con ciertas características como son retención, estabilidad, estética y fonética; sin embargo muchas de las personas que se valoran en este estudio no cumplen con los requerimientos: Varios de los pacientes no estaban satisfechos con sus dentaduras y algunos se sentían satisfechos con las imperfecciones técnicas de las mismas. La posible influencia de factores psicológicos para adaptarse a una dentadura juega un papel muy importante en el funcionamiento de las mismas.

Con el estudio realizado nos damos cuenta que las iniciativas para mejorar la salud oral son requeridas en todos los grupos de edad sólo que en personas ancianas debe ser más intenso puesto que en nuestro país no hay realmente programas de salud dental en éste grupo de población.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La Tercera Edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda 1990
2. Secretaría de Salud. Mortalidad 1990. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dirección de Estadística e Informática y Evaluación. Secretaría de Salud, México 1992
3. Kiyak A. Explaining patterns of dental service utilization among the elderly. *Journal Dental Education*. 1986; 49 50: 679-687
4. Weintraub JA & Burt BA. Oral health status in the United States: Tooth loss and edentulism. *Journal of Dental Education*. 1985; 49 (6): 368-377
5. Mejon P, MacEntee MI. Discrepancy between need for prosthodontic treatment and complaints in an elderly edentulous population. *Community Dent Oral Epidemiology* 1992;20:48-52
6. Beck J. D., Hont R. J., Hand J. S., Field H.M. Prevalence of root and coronal caries in a older adult population. *J. Am Dent Assoc*. 1985; 111:964-7
7. Heft MW, Gilbert G.H. Tooth loss and caries prevalence in older Floridians attending senior activity centers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:228-32
8. Beck J. D. The epidemiology of root surface caries *J. Dent Res* 1990; 69:1216-21
9. David Locker, James L.Leake: Coronal and root decay experiency in older adults in Ontario, Canada. *Journal of Public Health Dentistry*. 1993; 53(3):158-64
10. Miyazaki H, Shirahama R, Ohtani I, Shimada N, Takehara T: Oral health conditions and denture treatment needs in institutionalized elderly people in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1992; 20:297 - 301
11. Banting DW. A study dental care cost, time and treatment requirements of elderly persons in the community. *Can J. Public Health* 1972; 63:508-14
12. Rise J, Heloe LA. Oral conditions and need for dental tratament in an elderly population in northern in an elderly population in northern Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978; 6:6-11

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

13. Mann J, Mersel A, Gabaie. Dental status and dental needs of an alderly population in Israel. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13:156-8
14. Hoad Reddick G, Grant AA. The dental health of an elderly population in North-WWest England: results of a sorvey undertaken in the Halton Health authority. *J. Dent* 1987; 15:139-46
15. Kandelman D, Lepagey. Demographic social and cultural factors influencing the elderly to seek dental treatment. *Int Dent J.* 1982;32:360-70
16. Manne S, Hehra R. Accuracy of perceived treatment needs among geriatric denture neareks. *Gerodontology* 1983; 2:67-71
17. Banting D, Ellen R., Fillery E. Prevalence of root surface caries among institutionalized older persons. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1980; 8:84-88
18. Ismail A, Bort B, Hendershot G, Jack S, Corbin B. Findings from the dental care supplement of the National Health Interview Survey 1983. *Journal of the American Dental Association* 1987; 114:617-621
19. Banting Uekhalati M, Rajala M, Tuominen R, paunio I. Prevalence of root caries in the adult finnish population *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1983; 11:188-190
20. Kiyak A. Psychological and social factors in the dental care for the elderly. *International Dental Journal* 1983; 33:281-291

ANEXOS

ANEXO 1

INDICE DE CARIES RADICULAR (ICR)

Es un método para reportar caries radicular que mide la severidad de la enfermedad e indica la verdadera población intraoral en riesgo (el denominador). La fórmula es la siguiente:

(No. lesiones cariosas radiculares / No. superficies dentales con recesión gingival por persona) X 100 = Calificación ICR.

En términos epidemiológicos el resultado es la tasa de ataque de la caries radicular.

Se examinan las cuatro superficies de una raíz (mesial, distal, bucal y lingual). Se reconoce que un diente con múltiples raíces y recesión extrema podría presentar dos o hasta tres de cada una de estas superficies. Sin embargo, esto es muy raro. Entonces, cuando hay múltiples raíces expuestas, deben registrarse las superficies más afectadas para ese diente. Las superficies pueden tener las siguientes características:

P perdida; No. R sin recesión gingival; presenta una de las tres subcondiciones asociadas con la recesión gingival - (1) recesión presente, superficie cariada (RC), (2) recesión presente, superficie obturada (RO), o (3) recesión presente, superficie sana (RS).

El cálculo es relativamente sencillo, todas las categorías son consideradas mutuamente excluyentes y solamente se asigna un código a cada una de ellas.

Se considera como perdido (P) a todo un diente, no a una superficie. Una vez que un diente ha sido clasificado como perdido, todas las superficies son registradas como perdidas.

Se considera como superficie sin recesión (NoR) aquella en que la unión cemento esmalte (UCE) no puede ser visualizada.

Las categorías de superficie cariada (RC) y superficie obturada (RO) están basadas en las observaciones clínicas descritas a continuación:

Definición de caries radicular: Lesiones suaves, progresivas y destructivas, totalmente confinadas a la superficie radicular o involucrando el esmalte cercano a la UCE pero clínicamente indicando que la lesión se inició en la superficie radicular.

$$RCI = \frac{(RC) + (RO)}{(RC) + (RO) + (RS)} \times 100$$

Superficie cariada.

1) Si las lesiones exhiben cavitación.

Cualquier superficie radicular que exhiba una franca cavitación y:

- a) Una apariencia oscura o descolorida, o
- b) Una superficie pegajosa o correosa (leathery) al sondeo ejercido con presión moderada.

2) Cuando la lesión no muestra cavitación.

Cualquier superficie radicular con apariencia descolorida u oscura y:

- a) Con apariencia pegajosa o correosa al sondeo ejercido con presión moderada (se asume que es una lesión activa), o
- b) Sin ninguna evidencia táctil (se asume que es una lesión inactiva).

Superficie obturada:

Superficie radicular restaurada con materiales tales como amalgama, oro, cementos y/o resinas sin evidencia de presentar caries secundaria asociada con la obturación.

Superficie sana

La superficie sana (RC) se registra cuando ninguna de las otras categorías aplica (no hay caries, no hay obturación y no está perdido).

La presencia de cálculo en ausencia de cualquiera de las otras categorías se clasifica a la superficie como sana, asumiendo que una superficie cariada no se encontrará debajo de una banda de cálculo.

Por definición el ICR se basa en la suposición de que la recesión gingival es una condición antecedente y necesaria antes de que se desarrolle caries radicular y que la recesión gingival debe ser evidente durante el momento del examen.

Condiciones especiales:

- 1. Si el diagnóstico de caries o superficie obturada es incierto o dudoso, registre la superficie como sana.

2. Todas las caries detectadas en superficies radiculares cercanas a la UCE deben ser registradas como cariadas sin considerar el estado del esmalte adyacente. (Si también se está registrando un índice de caries coronal, la presencia del componente coronal de esta lesión debe ser incluido en el índice coronal).
3. Para cualquier obturación coronal que se extiende a una superficie radicular, el material de obturación debe extenderse más de tres milímetros más allá de la UCE para poder registrar esa superficie como obturada. (Excepción: coronas totales que se extienden sobre una superficie radicular no deben registrarse como superficie radicular obturada).
4. Para que una obturación pueda considerarse múltiple, la obturación debe extenderse al menos en un tercio de cada superficie adicional.
5. La caries recurrente asociada con una obturación en una superficie radicular debe ser registrada como una enfermedad independiente denominada "caries radicular recurrente".
- 5a. La caries recurrente asociada con una obturación coronal (obturación coronal que se extiende más de tres milímetros sobre la superficie radicular) o una corona debe ser registrada en una categoría independiente denominada "caries radicular contigua a una obturación coronal".
6. Para cualquier superficie radicular que está cariada el evento de una lesión cariosa adicional pero separada de la lesión radicular debe ser registrada como "lesión cariosa radicular adicional".

[Para las condiciones 5, 5a y 6, el análisis primario de los datos debe incorporar cada una de las categorías dentro de la categoría de cariado (con la categoría cariado precediendo sobre obturado como regla), en un análisis secundario reportar con más detalle este grupo de subcategorías de caries.

7. Cualquier superficie radicular que parezca sano pero que tenga más del 20 % de su área inaccesible a examen clínico debido a la presencia de cálculo o a depósitos muy densos de placa debe ser registrado como "no se pudo observar".

ANEXOS

ANEXO 1

INDICE DE CARIES RADICULAR (ICR)

Es un método para reportar caries radicular que mide la severidad de la enfermedad e indica la verdadera población intraoral en riesgo (el denominador). La fórmula es la siguiente:

$$\frac{\text{No. lesiones cariosas radiculares}}{\text{No. superficies dentales con recesión gingival por persona}} \times 100 = \text{Cualificación ICR.}$$

En términos epidemiológicos el resultado es la tasa de ataque de la caries radicular.

Se examinan las cuatro superficies de una raíz (mesial, distal, bucal y lingual). Se reconoce que un diente con múltiples raíces y recesión extrema podría presentar dos o hasta tres de cada una de estas superficies. Sin embargo, esto es muy raro. Entonces, cuando hay múltiples raíces expuestas, deben registrarse las superficies más afectadas para ese diente. Las superficies pueden tener las siguientes características:

P perdida; No. R sin recesión gingival; presenta una de las tres subcondiciones asociadas con la recesión gingival - (1) recesión presente, superficie cariada (RC), (2) recesión presente, superficie obturada (RO), o (3) recesión presente, superficie sana (RS).

El cálculo es relativamente sencillo, todas las categorías son consideradas mutuamente excluyentes y solamente se asigna un código a cada una de ellas.

Se considera como perdido (P) a todo un diente, no a una superficie. Una vez que un diente ha sido clasificado como perdido, todas las superficies son registradas como perdidas.

Se considera como superficie sin recesión (NoR) aquella en que la unión cemento esmalte (UCE) no puede ser visualizada.

Las categorías de superficie cariada (RC) y superficie obturada (RO) están basadas en las observaciones clínicas descritas a continuación:

Definición de caries radicular: Lesiones suaves, progresivas y destructivas, totalmente confinadas a la superficie radicular o involucrando el esmalte cercano a la UCE pero clínicamente indicando que la lesión se inició en la superficie radicular.

$$RCI = \frac{(RC) - (RC) - (RC) \times 100}{(RC) - (RO) - (RS)}$$

Superficie cariada.

1) Si las lesiones exhiben cavitación.

Cualquier superficie radicular que exhiba una franca cavitación y:

- a) Una apariencia oscura o descolorida, o
- b) Una superficie pegajosa o correosa (leathery) al sondeo ejercido con presión moderada.

2) Cuando la lesión no muestra cavitación.

Cualquier superficie radicular con apariencia descolorida u oscura y:

- a) Con apariencia pegajosa o correosa al sondeo ejercido con presión moderada (se asume que es una lesión activa), o
- b) Sin ninguna evidencia táctil (se asume que es una lesión inactiva).

Superficie obturada:

Superficie radicular restaurada con materiales tales como amalgama, oro, cementos y/o resinas sin evidencia de presentar caries secundaria asociada con la obturación.

Superficie sana

La superficie sana (RC) se registra cuando ninguna de las otras categorías aplica (no hay caries, no hay obturación y no está perdido).

La presencia de cálculo en ausencia de cualquiera de las otras categorías se clasifica a la superficie como sana, asumiendo que una superficie cariosa no se encontrará debajo de una banda de cálculo.

Por definición el ICR se basa en la suposición de que la recesión gingival es una condición antecedente y necesaria antes de que se desarrolle caries radicular y que la recesión gingival debe ser evidente durante el momento del examen.

Condiciones especiales:

- 1. Si el diagnóstico de caries o superficie obturada es incierto o dudoso, registre la superficie como sana.

2. Todas las caries detectadas en superficies radiculares cercanas a la UCE deben ser registradas como cariadas sin considerar el estado del esmalte adyacente. (Si también se está registrando un índice de caries coronal, la presencia del componente coronal de esta lesión debe ser incluido en el índice coronal).
3. Para cualquier obturación coronal que se extiende a una superficie radicular, el material de obturación debe extenderse más de tres milímetros más allá de la UCE para poder registrar esa superficie como obturada. (Excepción: coronas totales que se extienden sobre una superficie radicular no deben registrarse como superficie radicular obturada).
4. Para que una obturación pueda considerarse múltiple, la obturación debe extenderse al menos en un tercio de cada superficie adicional.
5. La caries recurrente asociada con una obturación en una superficie radicular debe ser registrada como una enfermedad independiente denominada "caries radicular recurrente".
- 5a. La caries recurrente asociada con una obturación coronal (obturación coronal que se extiende más de tres milímetros sobre la superficie radicular) o una corona debe ser registrada en una categoría independiente denominada "caries radicular contigua a una obturación coronal".
6. Para cualquier superficie radicular que está cariada el evento de una lesión cariosa adicional pero separada de la lesión radicular debe ser registrada como "lesión cariosa radicular adicional".

[Para las condiciones 5, 5a y 6, el análisis primario de los datos debe incorporar cada una de las categorías dentro de la categoría de cariado (con la categoría cariado precediendo sobre obturado como regla), en un análisis secundario reportar con más detalle este grupo de subcategorías de caries.

7. Cualquier superficie radicular que parezca sano pero que tenga más del 20 % de su área inaccesible a examen clínico debido a la presencia de cálculo o a depósitos muy densos de placa debe ser registrado como "no se pudo observar".

ANEXO 2

**DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA Y EPIDEMIOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO,
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Estado de salud bucodental de la población anciana del Centro Urbano Presidente Alemán.

Identificación: /_//_//_//_//
Fecha: /_//_//_//_//_//_//_//
 mes día año

Nombre

Dirección

Teléfono

/_//_//_//_//_//_//_//_//_//

Mes y año de nacimiento

/_//_//_//_//_//_//
mes año

Edad (años cumplidos)

/_//_//_//

Sexo

/_//

1. Masculino

2. Femenino

Estado Civil

/_//

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Divorciado
5. U. Libre
6. Desconocido

Composición Familiar

/_/_/

1. Vive sólo
2. Vive con familia o amigos

Sabe leer y escribir

/_/_/

1. Sí
2. No

Escolaridad:

/_/_/

¿Número de años de educación formal alcanzados?

Ocupación

/_/_/_/

Institución a la que tiene derecho
de recibir atención dental:

/_/_/_/

- 01 SSA (no tiene)
- 02 ISSSTE
- 03 IMSS
- 04 PEMEX
- 05 DIF

- 06 SMDDF
- 07 SERVICIO DE BANCOS
- 08 OTROS
- 09 NO ESPECIFICADO
- 10 NO SABE

Edéntulo

/_/_/

1. Sí
2. No

Número de dientes funcionales:

Total

__/__/__

superiores

__/__/__

inferiores

__/__/__

USO DE PROTESIS Y DENTADURAS

Columna 1

1. Prótesis fija
2. Prótesis removible
- 3 Dentadura total

Columna 2

1. Funcional
2. No funcional

Columna 3

1. Inferior
2. Superior

No aplica

__/__/__/__
__/__/__/__
__/__/__/__
__/__/__/__

Uso de prótesis removible

__

1. Sí
2. No

Cuántas

__/__/__

De qué tipo:

1. Parcial
 2. Total
1. Inferior
 1. Superior

__/__/__
__/__/__

Tiempo que el entrevistado ha permanecido en el estado actual de salud bucal:

- 1 < 1 año
- 2 1 - 5 años
- 3 6 - 10 años
- 4 < de 11 años
- 5 No sabe

Evaluación de las prótesis por el paciente:

1. Sí 2. Regular 3. No 9. No sabe

Comodidad (¿siente cómodas sus dentaduras?)

/__/

Eficiencia masticatoria (¿puede masticar (triturar) los alimentos con facilidad?)

/__/

Estética (¿le gusta como se le ven las dentaduras?)

/__/

Atrapamiento de comida (¿se le mete la comida entre la dentadura y el paladar o el reborde alveolar cuando come?)

/__/

Estabilidad (¿se le mueve la dentadura cuando come o habla?)

/__/

Facilidad para comer (¿puede comer con la dentadura puesta?)

/__/

Capacidad para hablar (¿puede hablar sin molestias con la dentadura puesta?) /__/

EVALUACION POR EL DENTISTA

Retención

Columna 1

Columna 2

Superior

Satisfactoria

/__//__/

Inferior

Defectuosa

/__//__/

No aplicable

No aplicable

/__//__/

Estabilidad

Columna 1

Superior
Inferior
No aplicable

Columna 2

Satisfactoria
Defectuosa
No aplicable

/ / /
/ / /
/ / /

Oclusión

1. Correcta
2. Incorrecta

/ /

Defectos

1. Presente
2. Ausente

/ /

Si la respuesta es el número 1, responder sí o no a las siguientes:

1. Si
2. No

Flancos rotos

/ /

Dientes faltantes

/ /

Dientes fracturados

/ /

Pérdida de grandes partes de la dentadura

/ /

abrasión dental

/ /

CUIDADO DE LAS PROTESIS REMOVIBLES

Cómo cuida usted sus dentaduras y/o puentes

1. Sí
2. No

Las lava con cepillo dental

/_/_/

Las lava con agua corriente

/_/_/

Las lava con limpiadores para dentadura

/_/_/

Las remoja en agua durante la noche

/_/_/

Otras formas _____

/_/_/

No sabe

UTILIZACION DE SERVICIOS

Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses (desde enero de 1993)

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9

/_/_/

Si la respuesta es sí, ¿cuáles fueron las razones?

1. Sí
2. No
9. No sabe

/_/_/

Revisión

/_/_/

Para limpieza dental

/__/

Algo estaba lastimando (dolor)

/__/

Para reparar alguna parte de la dentadura, puente o colocar una restauración en algún diente

/__/

Otras _____

/__/

No sabe

/__/

Si la respuesta es sí, ¿en que lugar fue atendido?

/__//__/

01 SSA (no tiene)

06 SMDDF

02 ISSSTE

07 Servicio de Bancos

03 IMSS

08 Otros

04 PEMEX

09 No especificados

05 DIF

10 No sabe

Si no ha utilizado servicios dentales en los últimos doce meses, ¿cuáles son las razones para no haberlo utilizado?.

1. Sí

2. No

No hay razón todo está en orden

/__/

Miedo al dentista

/__/

Es muy caro el servicio, no tiene dinero para pagar

/__/

No tiene tiempo de ir (esta muy ocupado)

/__/

No hay servicio disponible

No hay servicios accesibles

No tiene dientes (por lo tanto no es necesario acudir)

Otras _____

Le gusta recibir orientación o tratamiento

1. Sí
2. No

Si la respuesta es sí:

1. Si
2. No
9. No sabe

Orientación preventiva

Dentaduras

Obturaciones

Otras _____

CLASIFICACION DE OCUPACION

1. **Profesionales**
2. **Técnicos**
3. **Trabajadores de la educación**
4. **Trabajadores del arte, los espectáculos y los deportes**
5. **Funcionarios y directivos de los sectores público, privado y social.**
6. **Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderos, silvícolas, de caza y pesca.**
7. **Supervisores, inspectores, contratistas y otros trabajadores de control en los procesos de producción artesanal o fabril en la industria de transformación.**
8. **Artisanos y trabajadores fabriles en la industria de transformación y trabajadores en actividades de reparación y mantenimiento.**
9. **Operadores de maquinaria fija de movimiento continuo y equipo en el proceso de producción industrial.**
10. **Ayudantes, peones y otros trabajadores no calificados en el proceso de producción artesanal o fabril en la industria de transformación.**
11. **Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y equipo de transporte.**
12. **Trabajadores administrativos y oficinistas de nivel intermedio e inferior.**
13. **Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas.**
14. **Vendedores ambulantes y trabajadores ambulantes en servicio.**
15. **Trabajadores en servicios al público y servicios personales, excepto trabajadores en servicios domésticos.**
16. **Trabajadores en servicios domésticos.**
17. **Trabajadores en servicios de protección y vigilancia, y fuerzas armadas.**
18. **Otros trabajadores con ocupación no clasificada anteriormente, insuficientemente especificado y no especificado.**
19. **Estudiantes**
20. **Personas dedicadas a los quehaceres de su hogar**
21. **Jubilados o pensionados**
22. **Incapacitados permanentemente para trabajar**
23. **Otro tipo de inactivos**

INDICE DE CARIES RADICULAR:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

- 1.- NO HAY RECESION
- 2.- RECESION CON SUPERFICIE RADICULAR SANA
- 3.- RECESION CON SUPERFICIE RADICULAR CARIADA
- 4.- RECESION CON SUPERFICIE RADICULAR OBTURADA
- 5.- DIENTE AUSENTE
- 9.- NO APLICA