

228
21.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PREVALENCIA DE CANDIDOSIS
EN PACIENTES GERIATRICOS
HOSPITALIZADOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N:

**YOLANDA REYES SILVERIO.
ADRIANA MARTINEZ GALICIA.**

DIRECTOR DE TESIS:

C.D.M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

ASESORES

C.D. ODONTOGERIATRA LUCIA MORALES MANCERA
M.C. GERIATRA ROSALÍA RODRÍGUEZ GARCIA

Vobos
Martinez
11/1

Ciudad Universitaria

1997



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**Por haber permitido nuestra formación como
profesionistas y así culminar el primero de
muchos sueños**

**A LA DRA. BEATRIZ C. ALDAPE
BARRIOS**

**Por su dedicación, empeño, interés y
cooperación para la realización de este trabajo**

**A LAS DRAS ROSALIA RODRIGUEZ G.
LUCIA MORALES MANCERA Y MARIA
DE JESUS**

**Por su apoyo, comprensión y disponibilidad
que siempre mostraron.**

**AL C.D. DANIEL QUEZADA R.
C.D. LILA DOMÍNGUEZ SANDOVAL
C.D. JOSÉ LUIS TAPIA VÁZQUEZ**
Por su análisis crítico y atinados consejos.

INDICE

CAP. I. INTRODUCCIÓN	1
CAP. II. ANTECEDENTES	5
CAP. III. CAMBIOS DE LA CAVIDAD BUCAL CON LA EDAD	8
TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO	8
CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LA CAVIDAD BUCAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	10
CAMBIOS ESTRUCTURALES	10
CAMBIOS FUNCIONALES	11
CAP. IV. FLORA BUCAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	13
FACTORES QUE ALTERAN EL DESARROLLO DE LA FLORA BUCAL	14
FLORA MICROBIANA NORMAL DE DIFERENTES SITIOS DE LA BOCA	14
CAP. V. CANDIDOSIS	17
ANTECEDENTES DE CANDIDOSIS	17
CANDIDOSIS BUCAL	20
DEFINICION	20
EPIDEMIOLOGÍA	21

ETIOLOGÍA	22
VÍAS DE ENTRADA	22
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	23
FACTORES PREDISPONENTES	24
FACTORES LOCALES	25
FACTORES SISTÉMICOS	26
CLASIFICACION TAXONÓMICA	27
CLASIFICACIÓN DE CANDIDOSIS	28
CLASIFICACIÓN DE CANDIDOSIS BUCAL	29
TRATAMIENTO	30
EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO A PACIENTES GERIÁTRICOS	
HOSPITALIZADOS CON CANDIDOSIS.....	32
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	33
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
JUSTIFICACIÓN	34
HIPÓTESIS	35
OBJETIVOS	35
DISEÑO DE ESTUDIO	35
METODOLOGÍA	36

SELECCIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO	36
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	36
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
VARIABLES	37
MATERIAL Y MÉTODO	39
METODOLOGÍA	40
PROCEDIMIENTO	40
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES A PACIENTES	
GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS	41
RESULTADOS	53
DISCUSION	68
CONCLUSION	70
GLOSARIO	71
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	77

INDICE DE TABLAS

No. de Tabla	Pag.
1. Distribución de la población en estudio por grupo edad y sexo	56
2. Distribución de la población en estudio por tabaquismo y sexo	56
3. Distribución de la población en estudio por consumo de alcohol y sexo	56
4. Distribución de la población por higiene bucal y sexo	56
5. Distribución de la población en estudio por uso de prótesis total y sexo.....	57
6. Distribución de la población en estudio por uso de prótesis removible y sexo	57
7. Distribución de la población en estudio por uso de prótesis fija y sexo	57
8. Distribución de la población en estudio por tiempo de uso de prótesis	58
9. Distribución de la población en estudio por ajuste del aparato protésico	58
10. Distribución de la población en estudio Por tipo de alimentación y sexo....	58
11. Distribución de la población en estudio por cantidad de saliva y sexo.....	59
12. Alteraciones de tejidos duros observados en la población en estudio	59
13. Alteraciones de tejidos blandos observadas en la población en estudio...	59
14. Cambio de coloración de mucosas	60

15. Células de descamación en labios	60
16. Halitosis	60
17. Sensación ardorosa	60
18. Ulceras traumáticas	61
19. Distribución de la población en estudio positiva a candidosis bucal y sexo	61
20. Sitio de localización de la candidosis dentro de la cavidad bucal	61
21. Distribución de la población en estudio positiva a candidosis de acuerdo a su higiene bucal	61
22. Tratamiento que se dio a pacientes positivos a candidosis	62
23. Distribución de la población en estudio positiva a candidosis con tabaquismo	62
24. Distribución de la población en estudio positiva a candidosis con alcoholismo	62
25. Distribución de la población positiva a candidosis por tipo de alimentación y sexo	62
26. Distribución de la población positiva a candidosis por escala de dependencia de higiene oral y sexo	63

27. Alteraciones en tejidos blandos en pacientes con candidosis	63
28. Enfermedades sistémicas con las que cursan los pacientes con candidiasis	64
29. Tratamiento de enfermedades sistémicas en pacientes positivos a candidosis.....	66

INDICE DE ANEXOS

No. de Tabla	Pag.
1.- HISTORIA CLÍNICA	77
2.- HOJA DE DATOS	78
3.- TECNICA DE EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL	79

CAP. I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso endógeno, deletéreo, intrínseco, universal, e irreversible, determinado por la acción del tiempo y que conduce a cambios morfológicos y fisiológicos de nuestro sistemas autoreguladores que producirán invariablemente su detención y con ello la muerte.¹

No es posible determinar con exactitud a que edad se es viejo, pero en países desarrollados se cree que es a los 65 años y en los no desarrollados a los 60 años². En la asamblea mundial sobre envejecimiento (Naciones unidas 1982) estableció a los 60 años como edad límite inferior de la etapa del envejecimiento.³

En la actualidad, poco más del 5% de nuestros pobladores tiene más de 65 años, de acuerdo con el INEGI (1990) y será del 7.8% para el año 2000 y habrá de triplicarse en los próximos 25 años.^{4, 5, 6}

Los adelantos científicos, tecnológicos y socioeconómicos han permitido el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias logrando avances en la alimentación y educación, además aumentaron los niveles del desarrollo económico y disminuyeron las altas tasas de crecimiento poblacional en la mayor parte del mundo. Dichos avances han traído consigo la cuestión del envejecimiento de la población que se manifiesta en una creciente proporción.⁵ Se calcula que los mayores de 60 años, pasarán de 23 millones en 1985 a 93 millones en 2025 esto significa que esta población aumentará.⁷

"La teoría de la transición Epidemiológica" se refiere a los cambios en los parámetros de la población y en los patrones de salud y enfermedad ha ocurrido a través de siglos o décadas.⁸

Como consecuencia de éstos cambios, probablemente se presenten dos patrones de salud-enfermedad en la población anciana; el primero implicaría que, aunque la supervivencia aumente, la morbilidad e incapacidades no necesariamente disminuirán en la misma proporción, por lo que las condiciones de salud para un gran porcentaje de adultos podrían no ser mejores o empeorar aún más, si bien la eliminación de alguna enfermedad únicamente permitiría que otra enfermedad fuera la causa de muerte.⁴

Al envejecimiento lo acompañan una serie de condiciones y particularidades sociales que son las que le otorgan relevancia política y social.⁹ En la salud aparecen retos de adaptación ante los cambios fisiológicos y el deterioro paulatino del organismo y de la mente, frecuentemente se sufre de una dependencia de los demás por falta de capacidad motora, visual o auditiva.¹⁰

Uno de los cambios más importantes que se han dado en relación con la salud de la población adulta es el aumento en la enfermedad, la incapacidad y la muerte debida a trastornos crónico degenerativos es así que en las cuatro primeras causas de muerte para la población de 65 años y más son los padecimientos del corazón, tumores malignos, diabetes y enfermedades cerebro vasculares.^{7,9,11,12,13}

Uno de los factores que predisponen a la persona de la tercera edad hacia este grupo de enfermedades son los relacionados con estilos de vida: una dieta inadecuada, excesiva o con insuficiencia de sal, carbohidratos y grasas. En caso de las dietas insuficientes, se les ha vinculado con la incidencia de algunos cánceres y enfermedades respiratorias y digestivas. Otras son las actividades autodestructivas como son el sedentarismo, estrés, tabaquismo, alcoholismo, cuyo efecto directo se traduce en enfermedades tales como la cirrosis hepática y cáncer de hígado, boca y esófago.^{11,13}

En comparación de las personas de menor edad, los de mayor edad padecen mas enfermedades crónicas y menos enfermedades agudas, es decir que presenta más de dos patologías que se potencializan que en lo general de la fenómeno conocido como "Polipatología". por tal razón, las personas de la tercera edad utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud ⁷ En relación a la salud la comprensión de la morbilidad, el apoyo social, la fragilidad homeostática y la falta de apoyo suficiente por parte del entorno inmediato, acrecientan un progresivo deterioro funcional y por frecuentes complicaciones que motivan a repetidas y prolongadas hospitalizaciones.¹⁴

Al ocupar un lugar hospitalario puede mostrar deterioro funcional, inmovilización, incontinencia o necesidad de ayuda para las actividades de la vida cotidiana, lo que sucede con mayor frecuencia entre los mayores de 80 años. Uno de los principales problemas sociales que afectan a una población anciana es el aislamiento del viejo ante los demás, muchos viven solos y padecen minusvalía. Esto es severamente debilitante y junto a la multipatología sistémica y el tratamiento farmacológico de estas patologías, es fácil de apreciar que tales pacientes presentan alto riesgo de desarrollar enfermedades de la mucosa bucal: Un alto nivel de higiene bucal, los cuidados del hospital pueden ayudar a contrarrestar tal predisposición, incluyendo la conformidad del paciente, esto no siempre es posible.¹⁵

Algunos fármacos pueden producir lesión en la mucosa bucal: por ejemplo, los que se usan en el tratamiento en la incontinencia urinaria, como el bromuro de emepromio puede producir erosión intensa de la mucosa bucal y del esófago. Cualquier trastorno o fármaco que reduce el flujo salival causa dificultades potenciales para conservar medidas rígidas de higiene bucal, los sedantes, los bloqueadores ganglionares, los medicamentos hipotensores y padecimientos como anemia, deabetes mellitus o insípida y varias deficiencias vitamínicas y

hormonales, producen una marcada xerostomía de cuyas complicaciones más frecuentes es la predisposición a candidosis, queilitis, leucoplasia, liquen plano y que pueden ser muy importante para quienes usan prótesis totales ya que tienen gran relación con estas patologías ¹⁶

Sin embargo es posible contemplar el llegar a esta etapa de la vida con nuestros órganos, a través de una adecuada educación dental, formando un hábito, al igual que una prevención y una correcta atención dental, asistiendo a las necesidades o infecciones que pudieran presentarse.²

El envejecimiento es una etapa amplia que si bien puede ser decadente, es posible vivirla con bienestar y con proyectos de desarrollo y creatividad.¹⁰ La calidad de vida significa en gran medida a la autonomía o independencia de la persona . Este tipo de enfoque requiere del manejo integral del anciano lo que se traduce en la necesidad de conocer al individuo, desde el punto de vista biológico psicológico, social, filosófico, cultural y espiritual.⁷

CAP II. ANTECEDENTES

Desde principios del siglo XIX se inicia uno de los cambios más notables que experimentan las sociedades: la transición demográfica. El proceso ha sido caracterizado por cuatro grandes etapas :

1. Mortalidad y natalidad altas y estables.
2. Descenso de la mortalidad como el mantenimiento de los elevados niveles de natalidad. En esta etapa el crecimiento de la población se acelera de manera considerable.
3. La mortalidad continúa descendiendo y la natalidad inicia su descenso con la correspondiente disminución del crecimiento demográfico.
4. La última etapa se caracteriza por estancamiento de la mortalidad y de la natalidad en bajos niveles y un crecimiento cercano a cero.

En México éste patrón se mantuvo hasta años muy recientes. Para 1960 la natalidad fue de siete hijos por mujer y solo en el decenio de 1970 se observó disminución. En 1980 se llegó a 4.4 hijos, con un descenso promedio de 2.6 por mujer. Para 1990, y de acuerdo con los datos del censo, la cifra era de 3.4 hijos por mujer. En solo 20 años el promedio de hijos fue menor en un 51%. Los especialistas coinciden en que los factores directos, en ésta disminución son el uso de los anticonceptivos, la esterilización y una estimación de 0.7 abortos por mujer en todo el curso de su vida reproductiva. Otros factores, los que más peso han tenido en el descenso de la fecundidad, son la educación, el lugar de residencia y la participación activas de la sociedad, mismos que actúan en la determinación del uso de los métodos anticonceptivos, la práctica de la lactancia y del aborto como mecanismos de los cuales se da la asociación entre los factores socioeconómicos y la natalidad

El descenso de la mortalidad se inicia entre 1910 y 1920, mismo que se acentúa después de la segunda guerra mundial debido a la incorporación de antibióticos y pesticidas, vacunación masiva contra las enfermedades epidémicas y avances en la curación y prevención de las enfermedades. La disminución es el índice mortalidad que se da con rapidez. En 1930 la esperanza de vida era de 32 años, a 54 en 1950, 64 en 1970 y hasta 70 años en 1990.

Este rápido descenso y el mantenimiento de la fecundidad de elevados niveles hasta 1960, durante la segunda etapa de transición, significó aumentos en el crecimiento de la población que, a principios de este decenio llegaron a ser de 3.4 % al año. Con el descenso rápido de la natalidad para 1990 se llegó a un índice de 2% al año. De continuar esa tendencia, la fecundidad bajará para el 2010 a un promedio de 2.2 hijos por mujer y se tendrá un crecimiento de 1%; es decir, que tan sólo se logrará el reemplazo de las generaciones. de seguir así, el crecimiento para el año 2000 será de 0.83 y en promedio se tendrán menos de dos hijos por mujer. En México, la información censal muestra un aumento de la población de 65 años y más, de 865,614 en 1950, 1,791,385 en 1970, 3,376,841 en 1990, es decir aumentó 290% en 40 años. Para el año 2000 se estima que llegará a 4.6 millones; para el año 2010, 6.5 millones; para el 2020, 9.5 millones, lo que significa que en los próximos 30 años la población mayor aumentará 180% mientras que la menor a los 65 años, sólo aumentará en el mismo periodo 50%.

La distribución por sexos y por grupos de edades, muestra una distribución de mayor proporción de mujeres en medida en que avanza la edad, como resultado de la mayor esperanza de vida de las mujeres que se acentúa en estas edades.

El envejecimiento en si mismo resulta de la interacción entre los factores genéticos o las influencias extrínsecas ligadas al medio . El papel determinante de los factores extrínsecos se ve ilustrado en la diversidad de patrones de envejecimiento observados en personas que viven en ambientes disímolos.¹⁷

CAP. III CAMBIOS DE LA CAVIDAD BUCAL CON LA EDAD

TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO

Las teorías biológicas que pretenden explicar los procesos íntimos del envejecimiento pueden dividirse en dos:

1.- ESTOCÁSTICAS: Esto es, relativas a procesos gobernados sólo por el azar que conducen a una serie de errores de consecuencias catastróficas y propiciados por la interacción de factores como los radicales libres, la capacidad de reparación del DNA y la eficiencia de los mecanismos antioxidantes.

2.- GENÉTICAS. En cuanto a los factores genéticos se refiere, numerosos indicios nos conducen a pensar que un número relativamente limitado de locus génicos ejercen un efecto importante del envejecimiento intrínseco, es decir, sobre los procesos que fijan la duración de la vida máxima potencial el hombre.

La compleja interacción entre los factores intrínsecos y extrínsecos es sin duda diferente para cada individuo, esto nos conduce a la necesidad de plantear la noción de "envejecimiento diferencial". A lo largo del curso de la existencia la exposición diferencial a las variables ambientales en interacción con cargas genéticas individuales conducen a una expresión única del proceso de envejecimiento para cada individuo.¹²

Rowe y Kahn,¹⁰ proponen un concepto novedoso: estratificar el envejecer "normal" en dos categorías:

1) ENVEJECIMIENTO EXITOSO: refiriéndose a los sujetos en quienes se observa sólo el decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento de curso considerado como inexorable.

2) ENVEJECIMIENTO USUAL: en donde se observan cambios determinados por el efecto combinado de la enfermedad y el estilo de vida, sobre el proceso de envejecimiento intrínsecos.

A pesar de las diferencias individuales, el envejecimiento fisiológico debe considerarse como un curso armónico de una evolución dirigida ; no existe un paso brusco de la juventud a la madurez , ni de esta a la senitud. La variable que en lo fundamental reviste la misma forma en todos los seres pluricelulares.

CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LA CAVIDAD BUCAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

CAMBIOS ESTRUCTURALES

DIENTES.

La característica más común de la dentición de los ancianos radica en la pérdida gradual de todos los dientes.

Hoy en día esta aumentando de manera gradual, el porcentaje de pacientes que conservan su dentición natural hasta la vejez.

En un tiempo se pensó que los ancianos perdían más dientes por enfermedad periodontal que por caries.

La pérdida de sustancia dentaria por desgaste o atrición es muy común en los ancianos, en particular cuando faltan algunos dientes.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

El ligamento puede reaccionar al proceso de envejecimiento en dos maneras, si no hay higiene bucal, la acumulación de placa bacteriana afecta a los tejidos y produce la pérdida de los dientes, con exposición radicular extensa cuando se pierde el apoyo óseo.

HUESO ALVEOLAR.

Cuando se pierde un diente con frecuencia el hueso alveolar que lo sostenía experimenta resorción osteoclástica, esta pérdida del reborde alveolar no funcional es parte de un patrón general de la biología ósea, por lo cual el hueso no funciona y se elimina por resorción.

MUCOSA.

En general la mucosa sufre atrofia en los ancianos, el epitelio se adelgaza, y su diferenciación es deficiente con el aumento de contenido de colágena. En los tejidos subyacentes, se reduce la queratinización de paladar y encías y por el contrario los carrillos y labios tienden a queratinizarse.

El borde bermellón de los labios se estrecha y se produce lesiones en las comisuras labiales por candidosis en un área que se conserva húmeda y blanda por la presencia de saliva o de deficiencia vitamínica.

El dorso de la lengua tiende a hacerse lisa, por la atrofia papilar, pudiendo aparecer fisuras profundas y extensas.

ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR.

Con la edad, la articulación temporomandibular se vuelve más susceptible a los cambios degenerativos, cuando éstos ocurren, la tendencia al aplanamiento de la superficie articular que se acompañan de una reducción del tamaño del cóndilo mandibular, se produce un mayor grado de laxitud en los movimientos de la articulación.

CAMBIOS FUNCIONALES

La actividad muscular se afecta hasta una edad avanzada, pero la pérdida de la dentición natural acelera su atrofia.

La ausencia de dientes o la pérdida de la substancia dentaria por enfermedad, afecta la capacidad masticatoria, y puede influir en la selección de los alimentos de la dieta existen muchos otros factores que se relacionan con la nutrición.

La percepción del sabor quizá mas que otras sensaciones se altera, probablemente por la disminución del número de papilas linguales en los ancianos.

La sensación táctil en la cavidad bucal tiende a disminuirse con la edad. Normalmente la función salival disminuye con la edad.^{15,18}

Los efectos directos de la edad sobre tejidos bucales están aumentados por los cambios que se presentan por el tiempo en otras partes del organismo.

Es importante para el odontólogo saber que se espera del envejecimiento en la cavidad bucal y examinarla con cuidado, ya que él puede ser el primero en detectar signos no sólo de lesiones locales, sino de enfermedades sistémicas.¹⁶

CAP. IV. FLORA BUCAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

La boca alberga innumerables microorganismos en un ecosistema de complejidad considerable que todavía no ha sido investigado en su totalidad. En la actualidad se reconoce que los dientes, el surco gingival, la lengua y otras superficies mucosas y la saliva, todos forman habitats o sitios diferentes donde los microorganismos se multiplican.

Se considera que la complejidad de la flora bucal del adulto es quizá su característica principal. Puede haber cantidades de placa dental y el grado de enfermedad periodontal crónica estará en relación al número y tipos de microorganismos encontrados.

Conforme los dientes se pierden, el número de sitios disponibles para la colonización microbiana disminuye; se reduce la cantidad de bacterias y varias especies disminuyen en cantidades desproporcionadas. Los individuos edéntulos albergan pocas espiroquetas y bacteroides pero aumenta el número de levaduras. Normalmente las levaduras se localizan en el dorso de la lengua y en el surco bucal superior. Las dentaduras, proporcionan un medio protegido en el cual las levaduras pueden multiplicarse y cubrir el paladar duro y la superficie acrílica de la prótesis dental.²⁰

FACTORES QUE ALTERAN EL DESARROLLO DE LA FLORA BUCAL

Para que un microorganismo se establezca en la boca debe:

- 1.- Introducirse.
- 2.- Ser retenido.
- 3.- Ser capaz de multiplicarse, en las condiciones existentes en boca.

El consumo abundante de carbohidratos en la alimentación tiene probablemente los efectos más importantes en el número creciente de bacterias bucales, en particular estreptococos.

PH. El metabolismo de los organismos depende con frecuencia del ph y las bacterias inhibidas por el ph bajo no pueden sobrevivir en las condiciones ácidas de la placa dental. Las especies *Lactobacillus* y *Candida albicans* pueden tolerar proporciones muy bajas de ph.²⁰

FLORA MICROBIANA NORMAL DE DIFERENTES SITIOS DE LA BOCA

LABIOS. Predominan el *Staphylococcus albus* y estreptococos. Si las comisuras de la boca se humedecen con la saliva, puede desarrollarse queilitis angular de cuyo raspado es posible cultivar *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.

MEJILLAS. La bacteria predominante en la parte interior de la mejilla es el *Streptococcus mitior*, le siguen *Streptococcus sanguis* y *salivarius*.

PALADAR. El paladar duro presenta una flora estreptocócica semejante a la de la mejilla. Las levaduras y los lactobacilus aumentan en personas que portan prótesis y la flora puede alterarse cuando el paladar es protegido de la acción de la lengua y la saliva por la base de una prótesis; el paladar blando alojará bacterias de vías respiratorias como *Haemophilus*, *Corynebacterium*, *Neisseria* y *Branhamella*. Los portadores de estreptococos hemolíticos con frecuencia tendrán los microorganismos en la úvula y en los pliegues palatogloso y palatofaríngeo.

LENGUA. La superficie dorsal queratinizada de la lengua es el sitio ideal para la retención de microorganismos que varía el número de streptococcus salivarius y representa 20-50% de la flora cultivable total. A menudo encontramos *Candida albicans*.

SURCO GINGIVAL. La población bacteriana del surco gingival es quizá la más numerosa en toda la boca, con 10^{10} (10^9) - 10^{11} (10^{10}) microorganismos por gramo de peso húmedo de detritus gingivales. Los microorganismos que encontramos en el surco gingival son: cocos grampositivos y gramnegativos, bacilos, filamentos grampositivos y gramnegativos y formas espirales.

DIENTES. Todos los dientes tienen microorganismos adheridos, usualmente en depósitos denominados placa dental. En la placa dental se encuentran: estreptococos, bacilos, filamentos grampositivos y algunos anaerobios gramnegativos.

SALIVA. Los reportes de la cuenta microbiana en la saliva son del orden de 10^7 (7^9) - 10^8 (8^9) microorganismos por ml. Las cuentas salivales pueden ser útiles para detectar a los portadores de *Candida albicans* o de esteptococos B - hemolíticos.

LEVADURAS. Aproximadamente 30 % de la población adulta incluye a las levaduras como parte de su flora bucal normal. Por lo general están situadas en el paladar duro, el dorso de la lengua y en el surco bucal superior

PRÓTESIS TOTALES Y APARATOS INTRABUCALES: Cualquier dispositivo usado en la boca por un período considerable será colonizado con microorganismos y esto puede alterar la flora bucal. Se multiplicaran en particular, las levaduras y los lactobacilos.

Se han realizado pocos estudios de la flora microbiana en los dispositivos usados en la boca, pero se sabe que las levaduras, en especial *Candida albicans* pueden ser cultivados en gran número de la superficie de ajuste de las prótesis de acrílico.

Las personas que usan prótesis totales o prótesis parciales pueden ser portadores de un índice mayor de levaduras. La levadura más común aislada de la boca es *Candida albicans*, pero también se han aislado *Candida tropicalis*, *Krusei parapsilosis* y *torulopsis glabrata*.²⁰

CAP. V. CANDIDOSIS

ANTECEDENTES DE CANDIDOSIS

La candidosis bucal se conoce como entidad clínica desde los tiempos de Hipócrates, que en su obra "EPIDEMICS" describe que en niños recién nacidos y pacientes debilitados, se presentan placas blanquecinas en la boca la cual denominó "ESTOMATITIS AFTOSA", la cual se publicó en el siglo IV A. C.^{21,22}

En 1747 Austruc (Pediatra) y en 1752 Smellie (Ginecólogo) describen las lesiones del "thrush" o estomatitis candidósica. Smillie la describió como "Una enfermedad que afecta a recién nacidos y se torna peligrosa cuando se descuida, en su inicio..." aparecen pequeños puntos blancos en los labios boca y lengua; y gradualmente aumenta su grosor, tamaño y adopta un color amarillento. La Real Sociedad de Medicina, en Francia describen en 1786 una investigación sobre úlceras bucales (THRUSH).²²

En Francia fueron descritas diversas variedades clínicas por Veron y Berg en 1835. En 1839 Langenbeck describió un microorganismo compatible con CANDIDA ALBICANS el cual cultivó a partir de la mucosa bucal de un paciente con Tifus.^{22,23}

En 1842 Gruby describió clínicamente la relación entre CANDIDA ALBICANS y las úlceras bucales (thrush) y su agente etiológico.

En 1846 Berg fue el primer investigador que describe adecuadamente la relación entre CANDIDA ALBICANS y ("Thrush").²²

En 1849 Wilkinson, describió la candidosis vaginal. En 1875 Haussmann, demostró que el microorganismo causal de la candidosis bucal y vaginal era el mismo.

En 1884 Bennet y en 1853 Robin, aislan el hongo y proponen de nueva cuenta que la enfermedad es propia de pacientes debilitados.

Ha sido sujeto de un gran debate por varias décadas como resultado de diferentes morfologías. En 1887 Audrey, fue el primero en describir a la candida albicans en dos formas morfológicas dependiendo del ambiente de crecimiento. En la actualidad la candidosis sigue siendo una de las enfermedades más estudiada a todos los niveles.²¹

En 1923 Christine Berkhout aclaró la taxonomía del microorganismo y le separó de las especies de monilia, la que se asociaba con las frutas y hojas podridas. Propuso el nombre de Candida que viene del latín. Toga "Candida"

El cual se refiere a las túnicas blancas que llevaban los candidatos al senado Romano. "Albicans", también proviene del latín albicare que significa "blanquear". El Index Medicus no ha reconocido el género monilia o el término "moniliasis" en referencia a la enfermedad humana desde 1981.²²

En 1875 Haussmann demostró que el organismo causal en la candidiasis orales y vaginales, era el mismo.

Zenker es acreditado por el primer reporte de candidosis sistémica en 1862. Otras formas de infecciones de candida comienzan a ser descritas a final del siglo XIX y a principios de siglo también la relación de estas formas hacia otras enfermedades sistémicas -fundamentales como la Diabetes Mellitus.

Zopf en 1890 denomina al hongo de la Estomatitis candidiasica como "monilia albicans" lo que condujo al término "moniliasis" para determinar las infecciones por hongos. El index medicus no reconoce el género monilia o el término "moniliasis" en referencia a enfermedades humanas desde 1981.²²

Al menos 20 géneros se han aislado y cerca de 90 especies de levaduras de los seres humanos y se han clasificado. Ocho especies de candida se conocen como patógenas especialmente en personas, inmuno deprimidas: son las siguientes candida albicans, candida guilliermondii, candida kefyr, candida krusei, candida tropicalis, candida parapsilosis, candida viswanathii y candida glabrata.^{21,22,24,25,26}

Las primeras cinco fueron descritas y clasificadas por Castellani en el género monilia la cual aumenta su confusión con respecto a la taxonomía de estos microorganismos.²²

Barnett 1983 han reportado 166 sinónimos para C. albicans.

El debate continúa sobre el uso del término candidiasis contra candidosis; Odds²⁷ (1988) Indica que cada término es aceptable aunque él sugiere que el más apropiado es el término candidosis es preferible. Rippon. (1982) Sugiere que la diferencia en terminología está basada geopolíticamente con candidiasis, como un termino americano y candidosis con un origen esencialmente europeo.

CANDIDOSIS BUCAL.

DEFINICION:

La candidiasis (candidosis) se refiere a un grupo de lesiones bucales causada, por una variedad de microorganismos levaduriformes pertenecientes al género de candida. Los cuales proliferan en la mucosa produciendo una irritación de moderada a severa por un aumento en su número.^{19,28,29} Candidosis, moniliasis, Thrush es una enfermedad causada por hongos como: Candida albicans y C. Tropicalis, C. Parapsilosis, C. Krusei y otras.^{19, 29, 30}

Las especies de candida son de microorganismos oportunistas más conocidos, sin embargo es relativamente común encontrar este organismo en mucosas, en el aparato respiratorio, digestivo y genital femenino,^{28,31} en tales lugares puede ganar dominio y relacionarse con otras enfermedades, algunas veces produce enfermedad general progresiva, enfermos debilitados con inmunosupresión, especialmente si hay trastornos en la inmunidad mediada por células. Candida puede producir infección en la sangre, tromboflebitis, endocarditis o infección en los ojos y otros órganos cuando es introducida por vía intravenosa (catéteres, agujas, hiper alimentación, toxicomanía etc.)³¹

Esta puede ser transportada por la sangre a muchos órganos, incluyendo las meninges, pero en general no esta capacitada para establecerse por si misma. y provoca abscesos miliares, excepto en un huésped muy debilitado, puede presentar diseminación y septicemia en enfermos con alteraciones de la inmunidad celular por ejemplo: los que están recibiendo quimioterapia, anticancerosa o los que padecen linfomas, sida u otros trastornos.³²

La candidiasis orofaríngea tiene una alta prevalencia en personas de mayor edad institucionalizados, particularmente relacionado con el uso de dentadura.^{26,29}

La incidencia de candidiasis a incrementado considerablemente desde el uso de antibióticos. La enfermedad es también común en pacientes con uso de medicamentos supresivos.^{19,30,31}

En cavidad bucal lo podemos localizar en lengua, encía, paladar, carrillos o invadir toda la boca, a lo que se llama estomatitis.

Su morfología típica es la presentación de placas pseudomembranosas, cremosas y blancas con fondo eritematoso que simula restos de leche o de crema. Los síntomas más frecuentes son ardor y dolor, lo que en pacientes ancianos les impide una buena alimentación y una higiene bucal inadecuada; además la candidiosis puede extenderse hacia la laringe, tráquea, etc.^{21,32}

Esto es frecuente en paciente leucémicos, linfomatosos y VIH positivos.^{21,22,24,25}

EPIDEMIOLOGÍA

La candidosis es una enfermedad que se presenta en todo el mundo.³⁴ Su **habitat es el hombre y algunos animales homeotérmicos.**

Afecta a ambos sexos y es más frecuente en lactantes, en adultos entre 30 y 40 años de edad y ancianos, la cual se relaciona a procesos o enfermedades por las que están cursando y en ocasiones al tratamiento terapéuticos que están recibiendo.^{21,34} Danish reportó que las mujeres son afectadas 3 veces más que los hombres.³⁵

ETIOLOGÍA.

Cándida albicans es un hongo levaduriforme, unicelular, saprófito, comensal y oportunista que se encuentra presente en un 30 y 50% de las bocas normales dentro de su flora bucal normal sin causar alteración. Su cambio de agente comensal a patógeno depende de una serie de factores predisponentes locales y sistémicos para el desarrollo de candidosis bucal.^{27,28}

La candidosis bucal es producida por *Candida albicans* y otras especies relacionadas como: *C. Parapsilosis*, *C. Tropicalis*, *C. Glabrata*, *C. Krusei*, *C. Kefyr*, *C. Viswanathii*, *C. Pseudotropicalis*, *C. Guillermondii* y *C. Stellatoidea*.^{28,29,30}

La *Candida albicans* es una levadura perteneciente al género *Cryptococcus*, tiene tres formas biológicas y morfológicas:

- 1.- Vegetativa o levadura de forma oval (blastospora) que mide de 1.5 a 5 micrones de diámetro.
- 2.- De forma elongada (pseudomicelio) son formas filamentosas que sobresalen de las levaduras, miden de 5 a 15 micrones.
- 3.- Clamidospora. Cuerpo celular que mide de 7 a 17 micrones de diámetro y posee una pared gruesa y retráctil.^{21,28}

VÍAS DE ENTRADA.

Candida albicans y otras especies oportunistas pertenecen a la flora bucal normal y solo actúan bajo condiciones y estados de inmunidad específicos; sin embargo puede presentarse la vía exógena por ejemplo: catéteres y jeringas no esterilizadas.²⁹

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La candidosis pseudomembranosa, muguet o algodocillo es la característica bucal más frecuente y afecta principalmente a lactantes y ancianos. Las lesiones se observan como placas o nódulos blancos, de consistencia blanda, gelatinosa, conformada por hongos, células inflamatorias, restos queratónicos y células epiteliales de descamación bacterias y fibrina etc.

Al desprender la placa o nódulo candidósico con una gasa o con algodón, regularmente se observa una superficie eritematosa, ulcerada o erosionada, dejando la mayor parte de las veces dolor, ardor o disfagia.^{22,26}

FACTORES PREDISPONENTES

Las infecciones de candidosis, pueden originarse, a las condiciones favorables para el crecimiento de los hongos, debido a una depresión de los mecanismos de defensa.

Los factores que predisponen a la candidosis bucal se divide en dos grupos: locales y sistémicos.^{19,28,29,30,31}

FACTORES LOCALES:

- **Portadores de prótesis en la cavidad bucal**
- **Deficiente higiene de los aparatos protésicos.**
- **Mal sellado y ausencia de estabilidad o retención de la prótesis**
- **Pérdida de la Dimensión vertical,**
- **oclusión inadecuada**
- **Inadaptación de las prótesis.**
- **Higiene bucal deficiente.**
- **Medicamentos tópicos como esteroides o antibióticos**
- **Fumadores crónicos.**
- **Traumatismos de los tejidos de soporte por las prótesis.**
- **Uso prolongado durante la noche del aparato protésico.**

FACTORES SISTÉMICOS:

Edad.- afecta en su mayoría a lactantes y ancianos.

Antibióticoterapia prolongada (de amplio espectro).

Neoplasias, principalmente afecta pacientes con leucemia, cáncer o linfomas.

Pacientes con Xerostomía, pues el ph disminuye, afectando el equilibrio de la flora bucal normal.

Con frecuencia se presentan en pacientes que reciben tratamiento de radio terapia (en cáncer, de cabeza y cuello),

En pacientes con síndrome de Sjögren.

Pacientes con alguna disfunción endocrina (como por ejemplo Diabetes Mellitus).

Deficiencias nutricionales. La desnutrición en pacientes geriátricos influye notablemente en su salud, además les pone a merced de las infecciones oportunistas como la candidosis bucal, además la falta de hierro o carencia de vitamina B12 junto con la desnutrición en pacientes con cáncer les predispone al desarrollo de candidosis bucal.

CLASIFICACION TAXONÓMICA

CLASE: Deuteromycetes

SUBCLASE: Blastomycetidae

ORDEN: Clitococal

FAMILIA: Criptococcaceae

GÉNERO: Candida (dimorfo)

C. Albicans (Robin, Berkhout, 1923)

C. Guillermondii (Castellani, Langeron y Guerra, 1938)

C. Parapsilosis (Ashford, Langeron y Talice, 1959)

C. Krusei (Castellani, Berkhout, 1923)

C. Tropicalis (Castellani, Berkhout, 1923)

C. Pseudotropicalis (Castellani, Basgall, 1939)

C. Stellatoidea (Jones y Martin, Langeron y Guerra, 1939).³⁴

CLASIFICACIÓN DE CANDIDOSIS

La candidosis bucal es referida como una variedad de las lesiones orales causadas por el hongo *Candida albicans*, además de otras especies relacionadas como: *C. krusei*, *C. Parapsilosis*, *C. Pseudotropicalis*, *C. Guillemondi*, *C. Tropicalis* y *C. Glabrata*.^{21,24,25,26,36}

Las presentaciones clínicas son:

CANDIDOSIS	TIPO CLÍNICO
CUTÁNEA	Intertígeos Del área del panal Granuloma Onicomycosis Pustulosis
MUCOCUTÁNEA	Broncopulmonar Bucal Gastrointestinal Genital Mucocutánea - crónica
SISTÉMICA	Septicemia Meningitis Endocarditis Tracto urinario. ²⁰

CLASIFICACIÓN DE CANDIDOSIS BUCAL

En 1966 Lehner propuso una clasificación sistemática, basada el aspecto histológico, micológico, serológico, terapéutico, y clínico, subdividiéndolas de la siguiente manera :

AGUDAS:

Candidosis pseudomembranosa aguda o thrush.

Candidosis atrófica aguda.

CRÓNICAS:

Candidosis atrófica crónica asociada al uso de dentaduras.

Candidosis hiperplásica crónica.

FORMAS CUTÁNEAS:

Localizadas en cara, boca, uñas y cuero cabelludo, familiar y relacionada con síndromes.,^{21,24,25,26,37}

TRATAMIENTO

El tratamiento depende si la candidosis es aguda o crónica, dentro de la terapia encontramos tratamientos tópicos, por vía sistémica y por tiempo prolongado^{21,34,38}

El tratamiento de la candida en pacientes geriátricos hospitalizados, incluye, una terapia antimicótica, agentes antimicrobianos, una eficiente higiene bucal, y de la prótesis y remoción de las mismas.

TERAPIA ANTIMICÓTICA:

La terapia local con varios fármacos antimicóticos ha sido usada frecuentemente para el tratamiento de la candidosis, produce una reducción significativa en los síntomas orales.

Los antimicóticos más utilizados en el tratamiento de candidosis bucal se dividen en:

1. **IMIDAZOLES** como por ejemplo Clotrimazole, Ketaconazole y Miconazole.
2. **POLIENOS** como Nistatina y Anfotericina B.
3. **TRIAZOLES** como por ejemplo: Fluconazole e Itraconazole.³⁶

AGENTES ANTIMICROBIANOS

El tratamiento con antimicrobianos, con enjuagues bucales con una solución de clorhexidina al 0.12%,sumergir la prótesis en hipoclorito diluido, estas sustancias, extra oralmente puede complementar la terapia antimicótica.

HIGIENE BUCAL

Una eficiente higiene bucal ya sea por medios mecánicos o químicos de limpieza, producen una significativa disminución de microorganismos tanto en la cavidad oral como en las prótesis.

EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO A PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS CON CANDIDOSIS ES EL SIGUIENTE

- 1.- Retirar la prótesis (si es portador), Colocarla en una solución de hipoclorito o una solución de clorhexidina al 0.12%.
- 2.- Previo aseo bucal, con enseñanza de técnica de cepillado e higiene bucal.
- 3.- Administración de nistatina
- 4.- Si el paciente no es dependiente por si mismo se le darán indicaciones al cuidador primario.

ATENCIÓN A LOS ANCIANOS.

El problema de atención a los ancianos es principalmente de organización y tratamiento.

También es necesario que el odontólogo acepte la responsabilidad de conservar las normas de higiene bucal y vigilar la posible aparición de algún trastorno.

El objetivo principal es verificar si existe una prótesis adecuada o alguna alteración en la cavidad bucal. El consejo del odontólogo es importante, ya que el paciente puede tener una dieta deficiente que le puede causar desnutrición.

El enfoque ideal podría ser estimular a los odontólogos generales a brindar atención a las personas de la tercera edad .

El servicio dental de la comunidad debe proporcionar atención de respaldo a quienes permanecen en su casa o instituciones y no pueden obtener tratamiento por otros medios.¹²

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La candidosis bucal deberá diferenciarse de otras enfermedades o alteraciones como: leucoplasia, herpes simple, úlceras traumáticas, placas mucosas sifiliticas, liquen plano, lengua saburral, pénfigo, estomatitis gangrenosa, nevo esponjoso, lesiones por quemaduras, reacciones medicamentosas y de quemaduras térmicas, lupus eritematoso discoide, eritema multiforme, así como las micosis oportunistas: geotricosis, bucal, criptococosis y paracooccidioidomicosis mucocutánea.²¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se considera que en ninguno de los hospitales cuenta con atención dental a pacientes hospitalizados geriátricos.

Es muy importante que dichos pacientes cuenten o traten de tener un estado de salud bucal lo mejor posible, pues el tiempo que están en hospitalización tienen mas probabilidad a que se presenten algunas patologías oportunistas en la cavidad bucal como: Candidosis, (la más frecuente), Liquefación Plano, Leucoplasia, Queilitis Angular, éstas a veces tienen relación con enfermedades sistémicas o falta de higiene bucal.

En este estudio se trató de dar un diagnóstico y un tratamiento preventivo adecuado para prevenir tempranamente, las infecciones oportunistas que se presentaron en estos pacientes y sus complicaciones posteriores y así mejorar su calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

El estado de salud bucal de los pacientes hospitalizados geriátricos se ve aún más afectado debido a la desnutrición que la mayoría de ellos sufre y a la presencia de diferentes alteraciones sistémicas lo cual lleva a la disminución considerable de un sistema inmunológico, que lo hace más susceptible a infecciones oportunistas en la cavidad bucal como la candidiasis cuyos signos y síntomas y complicaciones posteriores pueden ser ignorados por los médicos generales.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La candidosis en pacientes geriátricos hospitalizados es más frecuente que en pacientes no hospitalizados.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

El objetivo general es el diagnóstico clínico de candidosis bucal en pacientes geriátricos hospitalizados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Los objetivos específicos es la prevalencia de candida albicans en pacientes Geriátricos Hospitalizados en correlación con enfermedades sistémicas, dependencia de higiene bucal, uso de prótesis, tabaquismo, alcoholismo, tipo de alimentación, polifarmacia, etc

DISEÑO DE ESTUDIO

- 1.- Observacional prospectivo**
- 2.- Longitudinal**
- 3.- Comparativo**
- 4.- Clínico**

METODOLOGÍA

SELECCIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO

- 1.- Pacientes Hospitalizados en el servicio de geriatría en el hospital regional "Lic Adolfo López Mateos"
- 2.- Cualquier sexo
- 3.- Mayores de 65 años

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

100 pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital regional "Adolfo López Mateos"

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría, en el hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos".
- b) Cualquier sexo.
- c) Mayores de 65 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes que no estén hospitalizados.
- b) Pacientes que no estén en el servicio de geriatría
- c) Pacientes menores de 65 años

VARIABLES:

VARIABLES SIMPLES

- Pacientes geriátricos
- Edad
- Sexo

VARIABLES COMPLEJAS

- Escala de dependencia de higiene oral según Mc LERAN
- Enfermedades sistémicas que padecían pacientes positivos a candidosis y -su tratamiento.
- Polifarmacia: Más de cinco medicamentos que esta tomando actualmente
- Tabaquismo: Intoxicación por abuso del tabaco
- Alcoholismo: Abuso de bebidas alcohólicas
- Higiene bucal: Limpieza, aseo da la cavidad bucal
- Uso de prótesis (total, fija, removible, superior, o inferior): Procedimiento mediante el cual se sustituye artificialmente un órgano o parte de el.
- Tiempo de uso de la prótesis: Duración determinada de la prótesis
- Ajuste del aparato protético: Que tenga soporte, retención y estabilidad
- Tipo de alimentación:
- Sonda: Es un tubo especial de goma que se introduce a un conducto natural de nuestro organismo.
- Vía oral: El alimento es introducido por la boca
- Distribución de la población por cantidad de saliva. (Xerostomía, Sialorrea)

- **Xerostomía:** Disminución de la saliva. (boca seca)
- **Alteración de tejidos blandos:** Que hay alguna alteración en la mucosa bucal
Localización de candidosis: Determinar donde se haya la lesión.
- **Alteraciones de tejidos blandos en pacientes positivos a candidosis.**
- **Úlceras traumáticas:** Es una erosión circunscrita de la superficie cutánea o mucosas causada por traumatismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio clínico se llevo a cabo del 1 de julio al 30 de septiembre de 1996 de 9:00 am 12:00 am en el hospital regional "Adolfo López Mateos". se seleccionaron 100 pacientes del servicio de geriatría, sin importar sexo o motivo de hospitalización La asesoría de esta investigación esta a cargo de la C.D.M.O. Beatriz Aldape Barrios, Odontogeriatra Lucía Morales Mancera y Geriatra Rosalía Rodríguez

MATERIAL

- Historia clínica.(elaborada para este estudio)
- Ficha de registro de datos de pacientes con candidosis
- Expedientes
- Abatelenguas
- Guantes desechables
- Cubre bocas
- estuche de profilaxis
- Motor de baja velocidad
- Cepillos dentales
- Elevadores
- Jeringa carpule
- Anestesia
- Gasas
- cámara fotográfica 35mm
- Equipo de cómputo

METODOLOGÍA

Se realizaron visitas al hospital regional " Lic Adolfo López Mateos ", donde se seleccionaron 100 pacientes al azar del servicio de geriatría, se les realizo una historia clínica 3 veces por semana. La anamnesis consiste en la recopilación de datos del paciente, nombre, número de expediente, edad sexo, polifarmacia, si es portador de prótesis, alimentación, higiene bucal, xerostomia, alteración de tejidos blandos, factores predisponentes para la candidosis tales como la higiene oral (EIO según McLeran); antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, así como el tratamiento para la candidosis, para obtener la prevalencia de candidosis.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Se les revisaba la cavidad bucal, se tomaba en cuenta el exceso de saliva, por medio de una gasa estéril y la disminución era muy notoria por la brillantez de la lengua y la resequead de labios que presentaban.
- 2.- Se le daban técnicas de cepillado y de limpieza de sus prótesis, los que eran portadores, que consistía en retirar la prótesis de la cavidad bucal, se colocaba en una solución de hipoclorito al 6% y detergente por 20 minutos, procediendo a realizar la limpieza bucal.

Cuando habia manifestaciones de candidosis, a los pacientes se les administraba tratamiento farmacológico, como el uso de la clorhexidina al 0.12%, (cuando tenían dientes presentes), Nistatina y las indicaciones de administración. Cuando no eran dependientes las indicaciones se les daban al cuidador primario

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES A PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

ACIDOSIS METABÓLICA: Disminución Primaria de la concentración de HCO_3 en el LEC, el PH y el contenido de CO_2 están disminuídos.

ALTERACIONES DE LA MARCHA: La coordinación, la postura y la marcha normales requieren de la integridad de las vías motoras, vestibulares y propioceptivas. Una lesión de cualquier de estos sistemas produce déficit característicos.

ALTERACIONES DEL SUEÑO: Cualquier alteración en la duración, la profundidad o las propiedades restauradoras del sue

ANEMIA: Disminución de concentración de hemoglobina o del número de hematíes.

ARTRITIS REUMATOIDE: es una enfermedad sistemática crónica caracterizada por una inflamación inespecífica generalmente simétrica de las articulaciones periféricas que puede dar lugar a la destrucción progresiva de estructuras articulares y periarticulares también puede presentar manifestaciones generales.

ASMA: Enfermedad pulmonar obstructiva reversible caracterizada por un aumento de la capacidad de la respuesta de las vías aéreas frente a diversos estímulos.

BLOQUEO DE RAMA DERECHA: El impulso cardíaco originado en el nodo sinusal, sigue una via normal hasta alcanzar la trifurcación del haz de His. En este punto se entelrece o interrumpe la propagación del impulso en 1 o más de los 3

fascículos ocasionando un aspecto característico del complejo QRS, registrado en el ECG, dependiendo del tipo de bloqueo.

BRONQUITIS: INFECCIOSA AGUDA: Inflamación aguda del árbol traqueobronquial generalmente de curso clínico autolimitado con una eventual curación y normalización completa de la función pulmonar.

CÁNCER: Proceso maligno celular cuyas características únicas (pérdida de los mecanismos de control normales) tienen como resultado un crecimiento sin regulación, ausencia de diferenciación y capacidad de invadir los tejidos locales y metastatizar.

CARDIOPATÍA Término que denota cualquier patología cardíaca mucho más común en el anciano, es la lesión isquémica por arteroesclerosis coronarias, descrita a veces indistintamente con cualquiera de éstos términos en la que el daño al miocardio está condicionado por hipoxia tisular resultante de la obstrucción arterial descrita.

CATARATA: Opacidad del cristalino, degenerativa o del desarrollo.

CONJUNTIVITIS: Inflamación conjuntival aguda generalmente causada por virus, bacterias o alergias.

CONSTIPACION O ESTREÑIMIENTO: Explosión poco frecuente de heces duras y secas.

CRISIS CONVULSIVA: Se inician con una pérdida de conciencia y control motor y con convulsiones tónicas o clónicas de todas las extremidades.

DEPRIVACIÓN SENSORIAL AUDITIVA: Es la pérdida total o parcial de la agudeza auditiva.

DERMATITIS: Inflamación superficial de la piel, caracterizada por vesículas (cuando es agua) enrojecimiento edema, exudación formación de costras, descamación y habitualmente prurito.

DERRAME PLEURAL: Suele observarse en un 5% de los casos de neumonía neumocócica la cantidad de líquido, por lo general no es suficiente para determinar un desplazamiento evidente de los órganos mediastinales.

DESHIDRATACIÓN: Es la pérdida de líquidos corporales y electrolitos por origen multifactorial condicionado a una descompensación en el equilibrio hemodinámico de la persona.

DESNUTRICIÓN: Las desviaciones del estado nutricional normal proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo y las necesidades de dichos nutrientes. Una vez establecido el desequilibrio se producen síndromes de deficiencia, tóxica, toxicidad o dependencia.

DETERIORO INTELECTUAL: Es la pérdida progresiva de la capacidad cognoscitiva con repercusión neurológica.

DIABETES MELLITUS: Trastorno del metabolismo de los carbohidratos ocasionados por una secreción de insulina insuficiente. Para los requerimientos del cuerpo, manifiesta por cifras de glicemia sanguínea elevadas (140 en ayunas o 200 postprandial o más), o excepcionalmente por una curva de tolerancia a la glucosa normal.

DISLIPIDEMIA: Alteración de los niveles de los lípidos en sangre o tejidos debido a alteraciones metabólicas.

DISMINUCIÓN DEL SENSORIO: Es la pérdida de la capacidad de relación con el medio externo, debido a alteraciones de tipo neurológico.

ENCEFALOPATÍA: Se le denomina así a cualquier enfermedad del cerebro(Encéfalo)

ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA : Se caracteriza por pérdida de cartilago articular y por hipertrofia del hueso.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: Enfermedad neuropsiquiátrica progresiva que se observa en adultos de mediana edad y en particular en ancianos que afecta la sustancia cerebral y se caracteriza por la pérdida inexorable de la función cognocitiva, así como los trastornos efectivos de la conducta.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: Es una afección orgánica y lentamente progresivo del sistema nervioso central que comienza en el quinto o sexto decenio de la vida. Son movimientos trémulos involuntarios con disminución de la fuerza muscular en segmentos inmóviles o aún cuando estén bajo contención, con tendencia a la inclinación del troneo hacia adelante así como la marcha acelerada, no hay alteraciones intelectual ni de los órganos de los sentidos.

EPOC: Grupo de enfermedades que incluyen la bronquitis crónica, el enfisema, las bronquiectasias, el asma y la enfermedad de vías aérea pequeñas. Caracterizadas por una obstrucción crónica del flujo aéreo, es una reducción de la relación existente entre el volumen respiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada (FEV/CUF).

EVC: Se emplea para indicar cualquier enfermedad en la cual resultan afectados en un proceso patológico primario uno o más vasos cerebrales, por proceso patológico causal, se entiende cualquier anomalía de la pared vascular, una oclusión por trombo o émbolo, rotura de un vaso, riego sanguíneo cerebral

insuficiente por caída de la presión arterial, cambio del calibre de la luz, alteración en la permeabilidad de la pared del vaso o aumento de la viscosidad o cualquier otra cualidad de sangre.

EFISEMA PULMONAR: Se define como una distensión de los espacios aéreos distales de los bronquiolos terminales con destrucción de la pared alveolar.

EZQUIZOFRENIA: Trastornos mentales con tendencia hacia la cronicidad que altera el funcionamiento, caracterizado por síntomas psicológicos que incluyen alteraciones del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta.

ESTADO HIPERHOSMOLAR Es una descompensación aguda de la diabetes mellitus caracterizada por hiperglucemia grave ($>600\text{mg}/100\text{ ml}$). Deshidratación hiperhormolaridad ($>$ de $320\text{ mosm}/4$) en ausencia de cetacidosis significativa.

FALLA CEREBRAL: Es la disfunción progresiva de la actividad cerebral.

FIBRILACION AURICULAR: En esta disritmia está abolida la contracción eficaz de la aurícula y el nodo auriculoventricular a los ventrículos. Son bonbardeados con una serie muy rápida e irregular de estímulos.

FRACTURAS: En ancianos la FX, la localización anatómica intraósea y el tipo de fracturas son distintas a los observados en individuos más jóvenes. La mayoría de las fracturas son el resultado de traumatismo menores y afectan el hueso debilitado por la osteoporosis o por otras enfermedades.

GASTROENTERITIS: Inflamación conjunta de la mucosa del estómago. síntomas (anorexia, náuseas o vómito, diarrea y molestias abdominales).

HEMATURIA: Sangre en la orina.

HIPERURICEMIA: Es el aumento del contenido del ácido úrico en la sangre (GOTA).

HIPOACUSIA: Disminución de la facultad auditiva.

HIPOCALCEMIA .Ca. sérico total < 8.8 mg/dl en presencia de proteínas séricas normales, se produce como resultado de deficiencia o ausencia de PTH.

HIPOCALIEMIA: Pérdida excesiva de K por orina o heces.

HIPONATREMIA: Disminución en la concentración del NA sérico, por debajo de los límites normales (136 a 145 me g/c), usualmente indicativo de hipohsmolaridad del líquido) corporal debido a un exceso de agua en relación con los solutos.

HIPOPARATIROIDISMO: Tendencia a la hipocalcemia a menudo acompañada de tetania crónica, como consecuencia de deficiencia de la hormona, que se caracteriza químicamente por concentraciones séricas bajas de Ca y altas de P.Se produce por lo general después de la extirpación o lesión accidental de varias glándulas paratiroides durante una tiroidectomía.

HIPOPROTEINEMIA : Se caracteriza por la presencia de talangiectasia de los linfáticos intramucosos del intestino delgado.

HIPOTENSIÓN ARTERIAL (hipotensión ortostática idiopática: Síndrome de Shy- Drager). Disminución excesiva de la PA al adoptar la posición vertical. No es una enfermedad específica sin una manifestación de una regulación anormal de la PA debido a diversas causas.

HIPOTERMIA. Disminución inesperada de la temperatura corporal por debajo de 35°C.

INCONTINENCIA FECAL. Pérdida del control voluntario de la defecación.

INCONTINENCIA URINARIA. Pérdida involuntaria de la orina tanto en estado de vigilia como durante el sueño.

INESTABILIDAD: Pérdida de la homeostasis.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: Necrosis miocárdica isquémica habitualmente ocasionada por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria a un segmento del miocardio.

INFARTO AGUDO CEREBELOSO: Conjunto de manifestaciones clínicas neurológicas de instauración instantánea aguda o subaguda, que aparecen como consecuencia de la alteración o cualitativa del aporte circulatorio a un determinado territorio encefálica y que causa un déficit neurológico de unas 24h de duración.

INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS: Es un proceso inflamatorio agudo o crónico producido o causado por agentes virales o bacterianos.

:INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS: Infección ascendente causada por bacterias, en la mujer desde la vagina a través de la uretra y en el hombre por medio de la uretra o próstata.

INSUFICIENCIA CARDÍACA: Síndrome frecuente, que puede deberse a muchas causas diferentes, cuyas manifestaciones clínicas reflejan la presencia de una anomalía fundamental: una disminución del estado contráctil del miocardio que origina un volumen minuto (VM) inadecuado para las necesidades del

organismo; se produce cuando el gasto cardíaco es insuficiente para las demandas metabólicas.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA): Procesos clínicos asociados a azoemia que aumenta de manera rápida y continuada, con oliguria (<500 ml/d) o sin ella.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC): Situación clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que se conducen a un desajuste e insuficiencia de la función excretora y reguladora renales (uremia).

INSUFICIENCIA VASCULAR: Pérdida de la capacidad para transportar eficientemente la sangre en los vasos sanguíneos:

LEUCEMIA: Neoplasias malignas de los tejidos responsables de la formación de la sangre.

LINFOMA NO HODKING: Grupo heterogéneo de enfermedades que consiste en una proliferación neoplásica de células linfoides generalmente diseminadas por todo el organismo.

MICOSIS INGUINAL: Es una dermatosis producida por hongos denominados dermatofitos y se localiza en la región inguinal.

NEFROPATÍA: Se denomina así a cualquier infección de los riñones, ya sea de naturaleza inflamatoria,

NEUMONÍA: Infección aguda del parénquima pulmonar: el proceso puede afectar todo un lóbulo pulmonar (neumonía lobar), un segmento de un lóbulo (neumonía segmentaria) o bien los alvéolos yuxtaproquiales (bronconeumonía) o el tejido intersticial (neumonía intersticial). Las diferencias se establecen sólo en base a criterios radiológicos.

NEUROPATÍA: Afección relativa del aparato respiratorio, particularmente pulmones.

ONICOMICOSIS: Inflamación aguda o crónica de los tejidos periungueales.

OSTEOARTRITIS: Trastorno que afecta principalmente al cartilago hialino y el hueso subcondral, si bien todos los tejidos que se encuentran en las articulaciones afectadas o al rededor de ellas están hipertrofiados.

OSTEOPOROSIS: Disminución generalizada y progresiva de la masa ósea (es decir, reducción de la cantidad de hueso), que provoca una disminución de la resistencia del esqueleto a pesar de que la proporción de elementos minerales / elementos orgánicos esté inalterada en el hueso restante, morfológicamente normal.

PANCITOPENIA: Disminución de todos los componentes formes de la sangre.

PAREZIA: Pérdida parcial de la contracción por interrupción de una de las vías motoras que van del cerebro a la fibra muscular.

PIELONEFRITIS: Infección piógena agudas en placas a menudo bilateral del riñón, que produce atrofia y deformidad de los cálices con esclerosis parenquimatosa suprayacente.

POLIGLOBULIA: Es el aumento del número de glóbulos rojos en la sangre (el normal es de cinco millones por ml. cúbico de sangre).

RESERVA HOMEOSTÁTICA DISMINUÍDA: Pérdida o disminución de la capacidad o de la adaptación a las distintas formas de estrés, físico o psicológico del individuo.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO: Hemorragia que se produce a cualquier nivel de tubo digestivo alto o bajo.

Sx ANÉMICO: Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una disminución de glóbulos rojos de etiología multifactorial con repercusión hemodinámica.

SX ABANDONO SOCIAL: Es aquel en el cual el paciente está institucionalizado y no hay apoyo familiar, por lo general el paciente no puede realizar solo las actividades de la vida diaria.

Sx CAÍDAS: Presencia de más de dos caídas en menos de tres meses aparentemente sin justificación, puede ser originada por problemas de oído interno o por alteraciones metabólicas como anemia, hipotensión arterial severa, o bien bloqueos auriculo-ventriculares con repercusión en el gasto cardíaco. La complicación más frecuente es la fractura de cadera la cual nos lleva a la inmovilidad causando úlceras de presión, también se encuentran la fractura del hombro y de la muñeca.

SX CONVULSIVO: Pérdida de conciencia y del control motor con convulsiones tónicas o clónicas de todas las extremidades.

SX DELIRIUM: Es un estado de confusión, de iniciación aguda y naturaleza transitoria y que se caracteriza por desorientación manifiesta en estado de alerta y vigilancia, trastornos de la percepción en los cuales las ilusiones y las alucinaciones vividas son prominentes, hay hiperactividad de las funciones psicomotoras y del sistema nervioso autónomo. Se clasifica en Delirium Hipoactivo y Delirium Hiperactivo.

Sx DEMENCIAL: Pérdida de capacidades cognitivas. Alteran el estado cognitivo o de alerta del paciente, así como la pérdida de la memoria en diversos

grados. Causas: enfermedad de Alzheimer (dada por alteración en el brazo corto del cromosoma 21 y se caracteriza por el depósito de material amiloide y fibrosis perineuronal lo cual condiciona muerte neuronal).

: Sx **DEPRESIVO**: Conjunto de signos y síntomas de etiología, generalmente psicológica que se caracteriza por el deterioro en el estado de ánimo del paciente con carácter patológico.

Sx **DERRAME PLEURAL**: Colección de líquido anormal en la cavidad pleural pulmonar. Conjunto de signos y síntomas que se caracterizan por la presencia de líquido (sangre, pus, material citrino) entre las capas parietal y visceral del pulmón.

Sx **DESGLIZAMIENTO**: Es un término aún discutido en geriatría, corresponde a la pérdida de peso inexplicable y/o fragilidad extrema, en general con mal pronóstico a corto plazo. Cuando un paciente es frágil y vulnerable por una de la reserva homeostática y cambios en su entorno por el cual puede fallecer

Sx **ICTÉRICO**: Conjunto de signos y síntomas caracterizado por una elevación en los pigmentos biliares a nivel sérico, ocasionando una coloración amarillenta generalizada con mayor tendencia en escleróticas y tegumentos

Sx **INMOVILIDAD**: Falta total o imposibilidad de levantarse de la cama o de la silla sin la ayuda. Factores predisponentes: Óseos (fracturas, amputaciones); Osteomusculares (Miastenia gravis, artritis reumatoide, enfermedad articular degenerativa); S. N. C. (enfermedad vascular cerebral, hemorrágica, trombótica o embólica); S. N. P. (temblores, Parkinson); Estado cognitivo o de alerta (demencia, delirium); Insuficiencia cardíaca clase 4 que provoque edema.

Sx **URÉMICO**: Después de pródomas similares a una enfermedad viral, los pacientes se presentan con anemia homolítica. aguda, púrpura trombocitopénica,

hipertensión e insuficiencia renal, la mayoría de los pacientes sufre de hemoglobinuria o anuria.

TUBERCULOSIS: Infección aguda o crónica causada por *mycobacterium tuberculosis* y raramente (E.U.) por *M. bovis*. Se caracteriza patológicamente por la formación e tubérculos constituidos por células gigantes y células epiteloideas, con tendencia a formar fibrosis, y por caseificación, una forma particular de necrosis no licueficante.

ULCERA DE PRESIÓN: Aparición de una lesión de la epidermis, que puede abarcar tej. de células subcutánea, muscular, hueso provocado por la prolongada exposición de una superficie ósea y una superficie externa. Situada por lo común a menos de 3 cm. del píloro.

ÚLCERA DUODENAL: también de tamaño variable, tienen aproximadamente 1 cm. de diámetro. Las úlceras suelen ser redondas u ovaladas con bordes bien delimitados. La mucosa circundante está a menudo hiperémica y edematosa de las úlceras penetran en la capa submucosa o muscular.

ENFERMEDADES.^{39,40,41}

RESULTADOS

El presente estudio se realizó del 1° de julio al 30 de Septiembre a una población de 100 pacientes que ingresaron al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, solicitando el servicio de geriatría. De dicha población total en estudio obtuvimos los siguientes resultados:

El promedio de edad para toda la población fue de 82.5 años, en un rango de 65 años como mínimo y de 100 años como máximo. Con una proporción del 79% de casos femeninos y de un 21% de casos masculinos (Tabla No. 1).

Se encontraron 31% de casos con tabaquismo (Tabla No. 2), los pacientes que ingieren bebidas alcohólicas fueron 26% de la población total (Tabla No. 3). Respecto a su higiene se reportaron el 11% de los pacientes con buena higiene, 22% con higiene regular y 67% con higiene deficiente (Tabla No. 4).

Se observó el 31% con uso de prótesis total superior, y el 27% con uso de prótesis total inferior (Tabla No. 5). De acuerdo al uso de prótesis removible se reportaron 9% de superior y 8% de inferior (Tabla No. 6).

El uso de prótesis fija superior se encontró en el 2% e inferior en el 1% (Tabla No. 7). Se reportó como tiempo mínimo de uso de cualquier tipo de prótesis es de un rango de una semana hasta un tiempo máximo de 41 años (Tabla No. 8). La distribución de la población en estudio por ajuste de aparato protésico fue de 13% con buen ajuste, el 21% con ajuste regular y el 8% con ajuste deficiente (Tabla No. 9). Cabe señalar que el 18% de pacientes edéntulos no reportaron el uso de algún tipo de prótesis

En cuanto a la alimentación, se observó que el 86% realizaban alimentación por vía oral, un 13% por sonda y el 1% por vía parenteral (Tabla No. 10).

De acuerdo a la cantidad de saliva secretada se reportaron 27% con xerostomía y 4% con sialorrea (Tabla No. 11).

Se reportaron 7% casos de bruxismo y 8% casos de sarro (Tabla No. 12).

Dentro de las alteraciones en los tejidos blandos en menos del 5% se hallaron, 4% con aftas, el 1% con epulis fisuratum, 3% con herpes simple, 2% con petequias, el 3% con queilitis angular, el 4% con varices linguales (Tabla No. 13)

Las alteraciones observadas en más del 6% de la población se muestran en las tablas 14 a la 18.

En el 42% de la población se observó positivo a candidosis de los cuales el 80.9% pertenece al sexo femenino y el 19.1% al sexo masculino (Tabla No. 19). Los sitios de localización se muestran en la tabla 20.

En relación a la higiene bucal de los pacientes con candidosis, se reportó que el 4.8% presentan buena higiene, el 19.1% con higiene regular y el 76.1% con higiene deficiente (tabla No. 21). El tratamiento que se administró a los pacientes con candidosis positiva se muestra en la Tabla No. 22.

De acuerdo al consumo de tabaco, se registró el 28.5% de pacientes (Tabla No. 23) y con el mismo porcentaje de 28.5% que ingieren bebidas alcohólicas (Tabla No. 24).

El tipo de alimentación de los pacientes con candidosis se observó en un 83.3% con alimentación por vía oral, el 16.7% por sonda y no se presentó alimentación por vía parenteral (Tabla No. 25)

En la escala de dependencia de higiene oral de Mc Leran se encontró el 7.1% de Grado I, el 4.9% con Grado II, el 14.2% con Grado III y 73.8% con el Grado IV (Tabla No. 26).

Dentro de las alteraciones bucales más frecuentes se encuentran la halitosis con un 26.1%, un 26.1% con Queilitis angular, un 14.2% con sensación ardorosa, Aftas 7.1%, Epulis Fisuratum con 2.4% y Ulceras Traumáticas en un 4.7% (Tabla No. 27)

Las enfermedades sistémicas más frecuentes que cursan los pacientes positivos a candidosis son la deprivación sensorial auditiva o visual en un 50%, las Infecciones de vías respiratorias en el 42,9% de los pacientes, Infecciones de las vías urinarias en el 40,48%, hipertensión arterial sistémica 38,1 %, desnutrición 33,3%, síndrome de inmovilidad 33,3%, deshidratación en el 30,9% y falla cerebral en el 30,9% de los pacientes con candidosis (Tabla No. 28)

Con respecto a los tratamientos farmacológicos empleados con mayor frecuencia se encuentran en la tabla No. 29.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR GRUPO EDAD Y SEXO

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
65-69	6	2	8
70-74	14	2	16
75-79	10	2	12
80-84	18	4	22
85-89	20	4	24
90-94	9	6	15
95-100	2	1	3
TOTAL	79	21	100

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR TABAQUISMO Y SEXO

TABAQUISMO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
SI	18	13	31
NO	61	8	69
TOTAL	79	21	100

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR CONSUMO DE ALCOHOL Y SEXO

CONSUMO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
SI	9	17	26
NO	70	4	74
TOTAL	79	21	100

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
POR HIGIENE BUCAL Y SEXO

HIGIENE	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
BUENA	7	4	11
REGULAR	15	7	22
DEFICIENTE	57	10	67
TOTAL	79	21	100

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR USO DE PROTESIS TOTAL Y SEXO

USO DE PROTESIS	FEMENINO		MASCULINO	
	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR
SI	27	24	4	3
NO	52	55	17	18
TOTAL %	79	79	21	21

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR USO DE PROTESIS REMOVIBLE Y SEXO

USO DE PROTESIS	FEMENINO		MASCULINO	
	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR
SI	7	6	2	2
NO	72	73	19	19
TOTAL %	79	79	21	21

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR USO DE PROTESIS FIJA Y SEXO

USO DE PROTESIS	FEMENINO		MASCULINO	
	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR
SI	2	1	0	0
NO	77	78	21	21
TOTAL %	79	79	21	21

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR TIEMPO DE USO DE PROTESIS

TIEMPO DE USO	TOTAL	%
DE 0-5 AÑOS	9	21.5
DE 6-10 AÑOS	15	35.8
DE 11-15 AÑOS	6	14.3
DE 16-20 AÑOS	2	4.7
DE 21-25 AÑOS	2	4.7
DE 26-30 AÑOS	4	9.6
DE 31-35 AÑOS	2	4.7
DE 36-40 AÑOS	0	0
MAS DE 41 AÑOS	2	4.7
TOTAL	42	100

* 18 PACIENTES NO UTILIZABAN PROTESIS Y SON EDENTULOS TOTALES

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR AJUSTE DEL APARATO PROTESICO

AJUSTE	TOTAL	%
BUENO	13	31
REGULAR	21	50
DEFICIENTE	8	19
TOTAL	42	100

TABLA 9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR TIPO DE ALIMENTACIÓN Y SEXO

TIPO DE ALIMENTACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
PARENTÉRAL	1	0	1
POR SONDA	9	4	13
VIA ORAL	69	17	86
TOTAL	79	21	100

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POR CANTIDAD DE SALIVA Y SEXO

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
XEROSTOMIA	20	7	27
SIALORREA	4	0	4
NORMAL	55	14	69
TOTAL	79	21	100

TABLA 11

ALTERACIONES DE TEJIDOS DUROS OBSERVADOS EN LA
POBLACION EN ESTUDIO

		FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
BRUXISMO	SI	4	3	7
	NO	75	18	93
SARRO	SI	5	3	8
	NO	74	18	92

TABLA 12

ALTERACIONES DE TEJIDOS BLANDOS OBSERVADAS EN LA
POBLACION EN ESTUDIO

ALTERACION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
AFTAS	1	3	4
EPULIS FISURATUM	1	0	1
HERPES SIMPLE	1	2	3
PETEQUIAS	2	0	2
QUEILITIS ANGULAR	3	0	3
VARICES LINGUALES	4	0	4
TOTAL	12	5	17

TABLA 13

CAMBIO DE COLORACIÓN DE MUCOSAS

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL%
SI	8	2	10
NO	71	19	90
TOTAL	79	21	100

TABLA 14

CELULAS DE DESCAMACION EN LABIOS

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL%
SI	12	5	17
NO	67	16	83
TOTAL	79	21	100

TABLA 15

HALITOSIS

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
SI	21	0	21
NO	58	21	79
TOTAL	79	21	100

TABLA 16

SENSACIÓN ARDOROSA

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
SI	6	1	7
NO	73	20	93
TOTAL	79	21	100

TABLA 17

ULCERAS TRAUMATICAS

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
SI	7	0	7
NO	72	21	93
TOTAL	79	21	100

TABLA 18

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ESTUDIO
POSITIVA A CANDIDOSIS BUCAL Y SEXO

CANDIDOSIS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
SI	34	8	42
NO	45	13	58
TOTAL	79	21	100

TABLA 19

SITIO DE LOCALIZACION DE LA CANDIDOSIS
DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL

	CARRILLO	LENQUA	MUCOSA	PALADAR
FEMENINO	1	33	3	2
MASCULINO	1	8	0	1
TOTAL	2	41	3	3

TABLA 20

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO POSITIVA
A CANDIDOSIS DE ACUERDO A SU HIGIENE BUCAL

HIGIENE	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
BUENA	1	1	5
REGULAR	4	4	19
DEFICIENTE	29	3	76
TOTAL	34	8	100

TABLA 21

**TRATAMIENTO QUE SE DIÓ A PACIENTES POSITIVOS
A CANDIDOSIS**

TX	FEMENINO	MASCULINO
ASEO BUCAL Y TÉCNICA DE CEPILLADO	34	8
CLORHÉXIDINA	3	1
DAKTARIN GEL	12	1
MICOSTATIN	17	7
EXODONCIA	3	0
SOBREDENTADURA	1	0
CARBONATO	1	0

TABLA 22

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POSITIVA A CANDIDOSIS CON TABAQUISMO**

TABAQUISMO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
POSITIVO	7	5	28.5
NEGATIVO	27	3	71.5
TOTAL	34	8	100

TABLA 23

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
POSITIVA A CANDIDOSIS CON ALCOHOLISMO**

ALCOHOLISMO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
POSITIVO	5	7	28.5
NEGATIVO	29	1	71.5
TOTAL	34	8	100

TABLA 24

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POSITIVA A CANDIDOSIS
POR TIPO DE ALIMENTACIÓN Y SEXO**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
PARENTERAL	0	0	0
POR Sonda	6	1	16.7
VIA ORAL	28	7	83.3
TOTAL	34	8	100

TABLA 25

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POSITIVA A CANDIDOSIS
 POR ESCALA DE DEPENDENCIA DE HIGIENE ORAL Y SEXO

SEXO	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
FEMENINO	2	2	5	25
MASCULINO	3	0	1	6
TOTAL %	7.1	4.9	14.2	73.8

TABLA 26

ALTERACIONES EN TEJIDOS BLANDOS
 EN PACIENTES CON CANDIDOSIS

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
HALITOSIS	11	0	26.1
QUEILITIS ANGULAR	11	0	26.1
SENSACION ARDOROSA	5	1	14.2
AFTAS	1	2	7.1
EPULIS FISURATUM	1	0	2.4
ULCERAS TRAUMAT.	2	0	4.7

TABLA 27

**ENFERMEDADES SISTEMICAS CON LAS QUE CURSAN LOS PACIENTES
CON CANDIASIS**

ENFERMEDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	TOTAL%
DEPRIVACION SENSORIAL AUDITIVA O VISUAL	18	3	21	50,00
INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS	16	2	18	42,86
INFECCION DE VIAS URINARIAS	16	1	17	40,48
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	16	0	16	38,10
DESNUTRICION	11	3	14	33,33
SINDROME DE INMOVILIDAD	13	1	14	33,33
DESHIDRATACION	10	3	13	30,95
FALLA CEREBRAL	10	3	13	30,95
INSUFICIENCIA CARDIACA	10	2	12	28,57
DIABETES MELLITUS	11	1	12	28,57
INCONTINENCIA URINARIA	10	1	11	26,19
NEUMONIA	7	4	11	26,19
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO	10	1	11	26,19
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	8	2	10	23,81
ALTERACIONES DE LA MARCHA	5	1	6	14,29
FIBRILACION AURICULAR	5	1	6	14,29
INCONTINENCIA FECAL	5	1	6	14,29
ULCERAS DE PRESION	5	1	6	14,29
BLOQUEO DE RAMA DER. O IZO.	3	2	5	11,90
CONSTIPACION O ESTREÑIMIENTO	5	0	5	11,90
SINDROME DE CAIDAS	4	1	5	11,90
FRACTURAS	3	1	4	9,52
SINDROME ANEMICO	3	1	4	9,52
BRONQUITIS INFECCIOSA AGUDA	1	2	3	7,14
GASTROENTERITIS	3	0	3	7,14
INSUFICIENCIA VENOSA	3	0	3	7,14
RESERVA HOMEOSTATICA D.	3	0	3	7,14
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	3	0	3	7,14
ACIDOSIS METABOLICA	2	0	2	4,76
ANEMIA	2	0	2	4,76
ARTRITIS	1	1	2	4,76
CANCER	2	0	2	4,76
CARDIOPATIA	2	0	2	4,76
ENFERMEDAD DE PARKINSON	2	0	2	4,76
ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA C.	2	0	2	4,76
HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL	1	1	2	4,76

Parte 1 de 2

RESULTADOS

ENFERMEDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	TOTAL%
HIPOACUSIA BILATERAL	2	0	2	4,76
INFARTO DEL HEMISFERIO IZO.	2	0	2	4,76
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1	1	2	4,76
NEFROPATIA	2	0	2	4,76
OBESIDAD	2	0	2	4,76
ONICOMICOSIS	1	1	2	4,76
OSTEOARTRITIS	2	0	2	4,76
PANCITOPENIA	1	1	2	4,76
SINDROME DE DEMENCIA	2	0	2	4,76
SINDROME DE FRAGILIDAD	1	1	2	4,76
ALTERACIONES DEL SUEÑO	1	0	1	2,38
CATARATAS	1	0	1	2,38
DISPLIDEMIA	1	0	1	2,38
ENFISEMA PULMONAR	1	0	1	2,38
ENFERMEDAD ARTICULAR	1	0	1	2,38
DEGENERATIVA				
ESQUIZOFRENIA	1	0	1	2,38
HEMATURIA	1	0	1	2,38
HERNIA HIATAL	1	0	1	2,38
HIPERNATREMIA	1	0	1	2,38
HIPOCALCEMIA	1	0	1	2,38
HIPONATREMIA	1	0	1	2,38
HIPOPARATIROIDISMO	1	0	1	2,38
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	1	0	1	2,38
INFARTO ANTIGUO CEREBELOSO	1	0	1	2,38
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	1	0	1	2,38
LEUCEMIA	0	1	1	2,38
LINFOMA NO HODKING	0	1	1	2,38
PARESIA DERECHA	1	0	1	2,38
PIELONEFRITIS	1	0	1	2,38
SEPSIS PULMONAR	0	1	1	2,38
SINDROME CONVULSIVO	0	1	1	2,38
SINDROME DE DELIRIUM	1	0	1	2,38
SINDROME UREMICO	1	0	1	2,38
XIFOSIS	1	0	1	2,38

TABLA 28

Parte 2 de 2

**TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SISTEMICAS
EN PACIENTES POSITIVOS A CANDIDOSIS**

	MEDICAMENTO	No. DE PACIENTES	TOTAL %
1	RANITIDINA	26	61,90
2	CEFTRIAXONA	18	42,86
3	HEPARINA	18	42,86
4	AMIKACINA	11	26,19
5	SOL. PARENTERALES	9	21,43
6	CAPTOPRIL	8	19,05
7	DIGOXINA	7	16,67
8	FUROSEMIDE	6	14,29
9	ISOSORBIDE	6	14,29
10	ASA 500	5	11,90
11	SALBUTAMOL	5	11,90
12	ANTIMICROBIANOS	5	11,90
13	AMINOFILINA	4	9,52
14	CLINDAMICINA	4	9,52
15	DICLOFENAC	4	9,52
16	DIETA	4	9,52
17	AMBROXOL	3	7,14
18	AMPICILINA	3	7,14
19	GLIBENCLAMINA	3	7,14
20	INSULINA	3	7,14
21	CARBAMACEPINA	2	4,76
22	METOCLOPRAMIDA	2	4,76
23	METRODINAZOL	2	4,76
24	NIFEDIPINA	2	4,76
25	SOL. MIXTA	2	4,76
26	TOLBUTAMIDA	2	4,76
27	ACETAMINOFÉN	1	2,38
28	ÁCIDO FÓLICO	1	2,38
29	BIPER RIDEN	1	2,38
30	CEFOTAXINA	1	2,38
31	DALTIAZEM	1	2,38
32	DICLOXACILINA	1	2,38

TABLA 29

RESULTADOS

	MEDICAMENTO	No. DE PACIENTES	TOTAL %
33	PIRITU	1	2,38
34	SOL. GLUCOSADA	1	2,38
35	TRIMETOPRIM CON SULFAMETOXAZOL	1	2,38
36	TRIFLUOPERAZINA	1	2,38
37	METAMIZOL	1	2,38
38	PAQUETES GLOBURALES	1	2,38
39	NITRO PARCHÉ	1	2,38
40	SOL. CRISTALOIDES	1	2,38
41	BLOQUEADORES H2	1	2,38

PARTE 2 DE 2

TABLA No. 29

DISCUSION

Las personas de la tercera edad, portadores de dentadura, con antibioticoterapia, corticoesteroides con diabetes mellitus, xerostomia y malignidad, se encuentran predispuestos al desarrollo de candidosis bucal (Samaranayake y Lamey,1988)

La candidosis o estomatitis asociada al uso de dentadura es la lesión más común de la mucosa bucal en pacientes geriátricos prótesis total, (Ritchie,1973; Ambjornse, 1985 ; Kandelman et al,1986; Viglid,Budtz Jorgensen,1990). Budtz Jorgensen estima la prevalencia de estomatitis por dentadura en un 40 %, pero el estudio realizado por Piedmont a personas mayores de 65 años reporta un 4.8% Se considera a la edad como factor predisponente para el desarrollo de candidosis, sin embargo Berdicevsky reportó estomatitis similar a la estomatitis por dentadura en niños escolares con prótesis bucal.

El estudio realizado en abril de 1995 por el Dr. L. P.Samaranayake reportan 52% de dentaduras completas, 9% de dentadura parcial, 19% de dentadura parcial o incompleta, 20% de pacientes edéntulos sin uso de dentadura, 45% de problemas relacionados con la dentadura. Mientras que nosotros observamos 27% dentaduras totales completas, 4% dentaduras totales superiores, 9% parcial superior y 8% inferior y 3% de protesis fija, respecto a problemas relacionados con la dentadura observamos un 29%.

La patologia más común, la lengua saburral la reportaron en un 56%, la queilitis angular en 25% y candida asociada a estomatitis de la dentadura en un 19% y no se reportó ninguna úlcera, estos resultados fueron de toda la población en estudio mientras que nosotros obtuvimos los siguientes resultados: 42% de

Candidosis, 11% de queilitis angular 2% de úlceras traumáticas, además de otras patologías como: Halitosis, sensación ardorosa, aftas, sialorrea y xerostomía.

El Dr Samaranayake refiere enfermedades sistémicas como afectación cerebro vascular en un 54%, insuficiencia cardíaca en un 28%, artritis en 22%, afectación mental en un 20% y una polifarmacia en 15% de la población; observamos, como enfermedades predominantes a las siguientes: accidente cerebro vascular en 23.8%, falla cerebral en un 30.9%, hipertension arterial sistémica en un 37.6%, incontinencia urinaria en un 26.1%, infección de vías respiratorias bajas en 42.8%, insuficiencia cardíaca en 28.5%, neumonia en 26.1%, síndrome de inmovilidad en un 33.3% y pacientes con polifarmacia mas del 90%, se señala que estos resultados fueron solo de la población positiva a candidosis.

CONCLUSION

Es importante saber que los ancianos constituyen un grupo de personas con características y necesidades específicas y diferentes a las de otros grupos de edad. La razón para el incremento en la prevalencia de enfermedades de la mucosa bucal incluyen cambios en la mucosa bucal, edad, capacidad inmune reducida, prevalencia incrementada de enfermedades sistémicas y el uso aumentado de medicación. Su elevada frecuencia, las molestias locales, repercusiones estéticas, trastornos digestivos e incluso graves complicaciones sistémicas, justifican plenamente una particular atención por parte de odontólogo y salud pública.

La odontología sanitaria requiere de una sistemática preventiva y asistencial planificada a nivel de hospitalización para no solamente prevenir las enfermedades características de la boca, sino también, detener su avance y las posibles complicaciones que se llegaran a presentar. Por tal motivo al inspeccionar a los pacientes en hospitalización mayores de 65 años se diagnosticaron alteraciones bucales presentes y al mismo tiempo se brindó tratamiento para evitar posibles complicaciones; así mismo se orientó al paciente o en su caso al cuidador para mejorar el estado de salud bucal.

Los beneficios que el paciente recibe al brindarle atención odontológica son múltiples: erradicar focos sépticos, mejorar la calidad de alimentación, aumentar la posibilidad de que se comunique y sociabilice, además de elevar su autoestima.

Concluimos éste estudio confirmando que la candidosis bucal es más común en pacientes hospitalizados que en pacientes ambulatorios, debido a los factores asociados a la multipatología con la que cursan pues los hace más susceptibles

GLOSARIO

- 1.- **ATROFIA:** Falta de desarrollo de un cuerpo o de un órgano
- 2.- **CRIPTOCOCOSIS:** Enfermedad infecciosa debida al hongo *filobasidella neoformans*
- 3.- **CUF:** capacidad vital forzada.-
- 4.- **DECADENTE:** Ir a menos, disminuir., Decaer al animo en la salud
- 5.- **DEGENERATIVO:** Degradación, alteración de la estructura de una parte del cuerpo
- 6.- **DELETÉREO:** Venenoso que destruye la salud.
- 7.- **EROSIONADA:** Desgaste producido en un cuerpo por el roce del otro
- 8.- **FEV:** Volumen respiratorio forzado
- 9.- **GEOTRICOSIS:** Término empleado para incluir una variedad de patologías ninguna de ellas estudiada, en un paciente en el que se ha cultivado *Geotrichum* o *Candidum*
- 10.- **INEXORABLE:** Que no se deja vencer por súplicas, duro .
- 11.- **INGUINAL :** Perteneciente a la ingle
- 12.- **LAXITUD:** Aflojamiento, distensión
- 13.- **LEC:** Líquido extra celular
- 14.- **LEVADURIFORME:** Con forma de levadura
- 15.- **MASIVO:** que reúne gran número de personas
- 16.- **MORBILIDAD:** Porción de enfermos en lugar y tiempo determinados
- 17.- **OSTEOCLÁSTICA:** Son células destructoras especiales "devoradoras" del tejido óseo.

18.- **PARACOCCIDIOIDOMICOSIS:** Enfermedad infecciosa de la piel, mucosas, ganglios linfáticos y órganos internos causado por hongo Paracoccidioides.

19.- **POLIPATOLOGÍA:** Dos o mas patologías

20.- **RETRÁCTIL:** Que puede retirarse y quedar oculto

21.- **SAPROFITO:** Organismo vegetal que se desarrolla sobre las sustancias podridas

22.- **SEDENTARISMO** asentamiento en un lugar fijo de residencia

23.- **TROMBOFLEBITIS:** Inflamación de las venas

24.- **ULCERADA:** Perdida de substancia de la piel o de las mucosas debido a un proceso patológico de destrucción molecular.

25.- **VIGILIA:** Estado del que está despierto o en vela

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ozawa Deguchi José Y. Estomatología geriátrica. Editorial Trillas.1994. pág 58
- 2.- Montemayor Flores B., Barquin Calderon M. Gaceta de la Facultad de Odontología, 3(71) :9-12
- 3.- OPS 1990:1.23-24 * Documento preliminar (referencia).
- 4.- Borges Yañes Aida. Transición demográfica en México: Situación de la población anciana. Epidemiología 1993. 8(6): 81-90.
- 5.- Ham Chande R. Radiografía del envejecimiento: Envejece la población mundial. Observador, 1993. Vol 1:30-2
- 6.- Anzola Pérez E. Aging in latin American and the Caribbean. In: Toward the well-being of the Elderly. OPS Publicación No 492. Washington DC 1985. p.p.9-23
- 7.- Ortiz de la Huerta. Panorama sociodemográfico en América Latina. Siglo XXI. En la atención integral del anciano. Antología Facultad de Medicina. 1993, p.p 7-15
- 8.- Bobadilla, J.J., Frenk R., Lozano T, Frenjka y C. Stern. The epidemiologic transition and health priorities. Health Sector Priorities Review. Ed. The World Bank. S:P:I., 1992. p.p.1-36.
- 9.- Gómez de León J. Retos para México. Observador, 1993. Vol. 1: 34:35
- 10.- Zetina Lozano G. Vejez digna y activa. Observador, 1993. Vol. 1: 36
- 11.-Ruiz Arregui L. Estilos de Vida y Salud (Envejece la Población Mundial). Observador 1993. Vol. 1:37

- 12.-Gutiérrez Robledo Luis M. El Adulto Mayor, Aspectos Preventivos Antología para la unidad temática Salud del anciano. Fac. De Medicina UNAM. pág 46-53
- 13.-OPS. Salud del Adulto en las Américas: Situación actual y Propuesta para la acción. Documento preliminar, Programa de salud de los Adultos OPS, Washigton, D.C.,1989.
- 14.-Gutiérrez R. L. , Ortiz de la Huerta, Tlyver C., García G. J., Urbina C.C. La Población Geriátrica en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran". Antología para la unidad temática.Salud del anciano IV. Facultad de Medicina UNAM. 1995-96. p.p. 46-59.
- 15.- L. Samaranayake, L. Wikieson, P-J Lamey, TW Macfarlane. Real disease in the elderly in long term hospital care. Oral disease 1995; 147-150.
- 16.-Bates, J.F. Adams D Stafford. Tratamiento Odontológico del paciente Geriátrico. México: El manual moderno. 1986 pp. 63-73, 133-151
- 17.- Benitez Zenteno R. Envejecimiento; Suceso ineludible. Observador 1993. Vol. I. 1:41-42
- 18.- Rowe JW, Kahn RL. Human Aging: Ussual and Succesful Sciencice. 237:143-49, 1987
- 19.- Baum Bruce J. and Ship Jonathan. The Oral Cavity. Diseases Of the Organ Systems. Capitulo 38. pag.. 431-437.
- 20.- Ross P.W., Holbrook W P. Microbiología bucal y clínica. Editorial científica 1985 pág 78-89.
- 21.- Bonifaz Alejandro. Micología Médica Básica Editorial Francisco Méndez Cervantes. México, 1991. p.p. 275 -303

- 22.-Lynch Denis. P., Gibson Deborah, H. The Use O Cal Co Flour White In The Histopatologic Diagnosis Of Oral Candidiasis. Oral Surg Oral Med Pathol. 1987 63(6): 698-703.
- 23.-Santarpia, R Peter. An in Vivo replica method for the Site Specific detection of Candida albicans On the denture Stomatitis patients: Correlation with Clinical disease. J Prosthet Dent. 1990; 63(4): 437-443.
- 24.-Challamcombe, Stephen J. Inmunologic aspects of oral Candidiasis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994; 78(2): 202-210
- 25.Hay J Kalker. Superficial Candida Infections in Jacob Ph. Nal L Antifungal Drug therapy. New york. Basel. Marcet-Denker 1990; 31-42.
- 26.-Koneman Elmer W. Diagnóstico Microbiológico. Editorial Médica Panamericana. México , D. F.1989. pp.:433-463
- 27.- Lynch Denis P. Oral Candidiasis: History, Classification, and clinical presentation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994; 78(2):189-93
- 28.- D. Beck James y Watkins Catherine. Epidemiology of Nondental Oral Disease in the Elderly Oral y dental problems in the elderly. 1992; 8(3)
- 29.-Kenneth Shay., Ship Jonathan A. The Importance of Oral Health in The Older Patient. pp. 114-121.
- 30.- Barnet M Levy: Disease Related Changes in the Older Adults. Pág 83-102
- 31.-Beerkeley B. Douglas. Ronald Ettinger. Assesment. of the Older Adult. Págs 105-125
- 32.- Jawetz. Microbiología médica. Editorial Manual Moderno. México 1991. Capítulo 31. Pág 349-351.

- 33.-Allen Carl M, Animal Models Of Oral Candidiasis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994; 78(2): 216-221.
- 34.- Arenas Roberto, Micología Medica Ilustrada: Clínica, laboratorio y terapéutica, 1993, Edit. Inter Americana McGraw-Hill. México, pp. 223-9.
- 35.- Budtz. Jorgensen E. The Significance Candida Albicans in the denture Stomatitis. Scand J Den Res. 1974, vol. 82:pp 151
- 36.- Barret Antony P, Evaluation of nystatin in Prevention and elimination of oropharyngeal Candida in immunosuppressed Patients. Oral Sur, 1994; 52(2):148-51.
- 37.-Lucatoro Frank M. Al Treatment of. Refractory Oral Candidiasis With fluconazole. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991, 71(1): 42-44
- 38.- Skogund. A., Sunzel B. Comparison of tree test Methods used for the diagnosis of Candidiasis. J Dent Res. 1994, vol 102: 295-298.
- 39.- Merck & Co., Inc. Rahway. N.J El manual de Merck. Octava Edición en español Ediciones Doyma, S.A
- 40.- Harrison. Principios de medicina Interna tomo I 13a 1994 edición. Interamericana Mc Graw Hill
- 41.- Harrison. Principios de medicina Interna tomo II 13a 1994 edición. Interamericana Mc Graw Hill

ANEXO 1

NOMBRE

SEXO F. M. EDAD FECHA DE INGRESO

No DE EXPEDIENTE No DE CAMA

ALCOHOLISMO () TABAQUISMO ()

1 - ASECA BUCAL Y/O DENTAL () BUENO () REGULAR () DEFICIENTE

2 - ESCALA DE DEPENDENCIA HIGIENE ORAL I II III IV

3 - USA PROTESIS BUCAL () SI () NO

4 - PROTESIS TOTAL () SUPERIOR () INFERIOR

5 - PROTESIS REMOVIBLE () SUPERIOR () INFERIOR

6 - PROTESIS FIJA () SUPERIOR () INFERIOR

7 - TIEMPO DE USO

8 - AJUSTE DE PROTESIS () BUENO () REGULAR () DEFICIENTE

9 - ENFERMEDADES DE TEJIDOS BLANDOS
 () AFTAS () QUEILITIS ANGULAR () ULCERAS TRAUMATICAS
 () CANDIASIS () EPULIS FISURATUM

LOCALIZACION

10 - SINTOMAS ORALES
 () XEROSTOMIA () SENSACION DOLOROSA () HIALITOSIS
 () AGEUSIA () INCAPAZ DE RESPONDER () SIALORREA

11 - TIPO DE ALIMENTACION () PARENTERAL () POR SONDA () VIA ORAL

12 - TRATAMIENTO

13 - ENFERMEDADES SISTEMICAS

TRATAMIENTO



SANO

RESTO RADICULAR

MOVILIDAD

No	PROTESIS																	
	SEXO		EDAD	ALCOHOLISMO	TABAQUISMO	ASEO BUCAL			ESCALA DE DEPENDENCIA				TOTAL		REMOVIBLE		FIJA	
	M	F				B	R	D	I	II	III	IV	SUP	INF	SUP	INF	SUP	INF
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		

ANEXO 3

La técnica de examen de la mucosa bucal debe ser practicada rutinariamente siguiendo un orde.

Las características normales de cada zona de la boca estan descritas en todos los libros de anatomía e histología topográfica. A lo largo del texto, veremos cuáles son las lesiones que pueden afectar las diferentes zonas.

Describiremos a continuación la técnica de examen de la mucosa bucal.

Semimucosa labial. Es conveniente separar con los dedos la semimucosa, para observar con claridad pequeñas lesiones que pueden ocultarse entre los pliegues del labio.

Mucosa labial. En forma bimanual, realizamos la eversión del labio (superior o inferior), observando claramente hasta el fondo de surco.

Carrillo. Sector anterior. En forma bimanual, efectuamos la eversión del carrillo

Carrillo. Sector posterior. Una vez examinado el sector anterior, lo separamos con un espejo y por visión directa inspeccionamos el sector posterior.

Lengua. Punta, cara dorsal y bordes. Primero se debe examinar la punta. A continuación, tomándo con una gasa, traccionamos hacia afuera y hacia los lados, inspeccionamos el dorso y los bordes.

Lengua. Cara ventral y piso de la boca. Le pedimos al paciente que con la punta de la lengua toque la parte posterior del paladar

Paladar. Sector anterior. la inspección se realiza por visión indirecta con el espejo bucal.

Paladar. Sector Posterior. El examen se efectúa por visión directa, extendiendo el paciente su cabeza hacia atrás