



Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Cátedra de Salud Pública



“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y USO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CONSULTORIOS DE VILLA ALEMANA“

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano
Dentista

Profesor Guía:
Dr. Osvaldo Badenier Bustamante

Profesor Colaborador:
Dr. Alfredo Cueto Urbina

Alumnos:
Lily Bernales Pérez
María Eliana Lillo Vega
Patricia Pimentel Glaus

Valparaíso- Chile
2004

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO TEÓRICO.....	2
2.1.	ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL	2
2.2.	PERFIL PATOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR	4
2.2.1.	<i>Antecedentes generales.....</i>	<i>4</i>
2.2.2.	<i>Afecciones cardíacas.....</i>	<i>5</i>
2.2.3.	<i>Alteraciones Psiquiátricas.....</i>	<i>5</i>
2.2.4.	<i>Afecciones Diabéticas.....</i>	<i>6</i>
2.2.5.	<i>Afecciones Articulares.....</i>	<i>7</i>
2.2.6.	<i>Dislipidemia y Obesidad relacionadas con el adulto mayor.....</i>	<i>7</i>
2.3.	USO DE FÁRMACOS EN LOS ADULTOS MAYORES	12
2.4.	SERVICIO DE SALUD EN CHILE.....	18
2.4.1.	<i>ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.....</i>	<i>19</i>
2.5.	ADULTO MAYOR Y ODONTOLOGÍA	21
2.6.	OBJETIVOS.....	24
3.	MATERIAL Y MÉTODO	25
3.1.	MATERIAL	25
3.1.1.	<i>UNIVERSO.....</i>	<i>25</i>
3.1.2.	<i>MUESTRA.....</i>	<i>25</i>
3.2.	MÉTODO.....	26
3.2.1.	<i>RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</i>	<i>27</i>
3.2.2.	<i>VARIABLES.....</i>	<i>27</i>
3.2.3.	<i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</i>	<i>28</i>
3.2.4.	<i>LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....</i>	<i>28</i>
4.	RESULTADOS	29
4.1.	PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS.....	29
4.2.	CONSUMO DE FÁRMACOS	33
5.	DISCUSIÓN	37
5.1.	PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS.....	37
5.2.	CONSUMO DE FÁRMACOS	39
6.	CONCLUSIÓN	42
7.	SUGERENCIAS	43
8.	RESUMEN	44
9.	BIBLIOGRAFÍA	45
10.	ANEXOS.....	51

1. INTRODUCCIÓN

Los notables cambios demográficos observados en Chile, en especial el descenso brusco y sostenido de la natalidad a partir de 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida, han generado modificaciones en el tamaño y composición etárea de la población. Estos cambios demográficos se han visto reflejados en un envejecimiento poblacional que involucra un incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades sistémicas crónicas entre los adultos mayores, con el consiguiente aumento en el uso de fármacos.

Este factor junto con el desarrollo socioeconómico, hace previsible una creciente demanda de pacientes adultos mayores en un futuro cercano, en busca de tratamiento odontológico. Más evidente resulta esto en nuestra región, donde la proporción de adultos mayores (14%) supera la media nacional (11%).

Estos pacientes poseen en su mayoría una voluminosa historia clínica, con patologías que los han acompañado durante años. Sumado a lo anterior, debemos considerar que los cambios fisiológicos y patológicos asociados al proceso de envejecimiento pueden modificar la respuesta del individuo a diferentes estímulos y, entre ellos, la administración de fármacos.

El presente es un estudio descriptivo de la población mayor de 65 años que se atiende periódicamente en la ciudad de Villa Alemana, que busca determinar las prevalencias de enfermedades sistémicas y uso de medicamentos para conocer el perfil patológico y farmacológico de los adultos mayores de dicha ciudad, ya que para alcanzar una asistencia odontológica de calidad, resulta imprescindible y prioritario conocer el perfil patológico y farmacológico de ellos. Una exhaustiva anámnesis es fundamental para la comprensión de la salud general del paciente, por cuanto algunas enfermedades sistémicas y sus tratamientos farmacológicos, pueden influenciar la salud bucal y/o el tratamiento dental; al igual que el estado de salud bucal y su tratamiento, podrían tener algún grado de repercusión en las condiciones sistémicas. Únicamente así, sabremos el correcto manejo clínico de estos pacientes para lograr de esta forma un manejo integral de las patologías bucales, por las cuales nos consultan, disminuyendo en forma importante el riesgo de reacciones adversas relacionadas con la atención odontológica.

A continuación, será descrito el perfil del adulto mayor en Chile y el mundo; sus enfermedades más frecuentes y los fármacos más utilizados, junto con presentar un protocolo para el manejo de estos pacientes y sus enfermedades buco-dentales más prevalentes.

1.1. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas y uso de medicamentos en adultos mayores de 65 años de consultorios de atención primaria de la ciudad de Villa Alemana.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el perfil del adulto mayor.
- Determinar prevalencia de alteraciones sistémicas en adulto mayor de 65 años.
- Conocer los fármacos frecuentemente utilizados por los adultos mayores.
- Relacionar las enfermedades más comunes con las variables sexo y edad.
- Revisar bibliográficamente la interacción entre las enfermedades sistémicas, el uso de medicamentos y su repercusión en la cavidad bucal.

2. MARCO TEÓRICO

Basados en las estadísticas, podemos afirmar que la población mundial está aumentando su expectativa de vida acompañado con una mayor conciencia de los beneficios de tener una vida sana. Esto ha influenciado a la población adulta mayor de forma tal que sus visitas a los odontólogos y médicos en general presenta una creciente tendencia. Por ello, es importante estar más atentos a las condiciones médicas y los medicamentos tomados por los adultos mayores. Así también tener presente que algunas enfermedades sistémicas pueden influir en la salud bucal y en los tratamientos que se indican para sus alteraciones, y más aún, que éstas tienen repercusión en las condiciones sistémicas de nuestros pacientes. Es por tanto prioritario, conocer el perfil patológico del adulto mayor y las prevalencias de las enfermedades crónicas que los aquejan, para lograr de esta forma un manejo integral de las patologías bucales por las cuales nos consultan.

2.1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El concepto de adulto mayor corresponde a la etapa de la vida que, en forma convencional y arbitraria, se ha establecido sobre los 65 años. En este período gozar de buena salud implica conservar la independencia para vivir y poder desarrollar las actividades de su agrado, a pesar de la declinación psíquica y física (Gecele y cols., 2002).

La transición demográfica o envejecimiento es reflejo del traslado de una población de alta fertilidad y mortalidad hacia una de baja fertilidad y mortalidad y, en consecuencia, de una proporción baja a una alta de personas adultas mayores en la población general (Timiras, 1997), es uno de los triunfos más importantes de la humanidad, en el que se ven reflejados los avances de la sociedad en aspectos científicos, sociales y económicos, entre tantos otros orientados a disminuir la mortalidad infantil, a mejorar las condiciones de vida, de nutrición, de cuidados médicos, en prevenir, tratar y rehabilitar diferentes patologías y, en definitiva, a la declinación de la mortalidad general (Sarra, 1989), que en la actualidad se ve reflejada en el escaso 5% de muertes en menores de 15 años en contraste con el 70% de muertes en Adultos Mayores (INE, 1999). Esto implica, a su vez, importantes desafíos para los estados en aspectos tanto económicos como sociales entre los que están el contar con sistemas de pensión y jubilación capaces de absorber la demanda creciente, adecuar los sistemas de salud para dar respuesta a nuevas necesidades, crear nuevas instancias para el cuidado de los adultos mayores, etc (MINSAL, 2002a). Es por esto que la familia reviste gran importancia para la provisión de atención a las personas de edad avanzada. Aún más, los empleadores de los países desarrollados, cuya estructura poblacional ha visto un rápido incremento en la proporción de personas adultas mayores, han comenzado a otorgar beneficios especiales a quienes cuidan de los adultos mayores, incluyendo el reembolso por servicios formales, flexibilidad en las horas de trabajo y ausencias por emergencias (Anzola y Wallace, 1993)

El envejecimiento poblacional implica un incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades sistémicas crónicas entre los adultos mayores, con un incremento en el uso de fármacos (Heft y Mariotti, 2002; Hernández, 2001; MINSAL, 2002a).

Si se considera la población mundial en cuanto al porcentaje de individuos mayores de 65 años en países desarrollados fue del 8% en 1960, 11% en 1980 y se espera alcanzar el 16% en el año 2020, respectivamente (212 millones de personas mayores de 65 años, 43 millones de mayores de 80 años). En los países subdesarrollados, en tanto, el aumento en la proporción de individuos mayores de 65 años ha sido más lento, pero quizás será casi el doble entre el 4% en 1960 y el 7% para el año 2020 (436 millones de personas mayores de 65 años, 58 millones mayores de 80 años). Lo anterior implica entonces que a nivel mundial se espera una población de 649 millones de 65 años y 101 millones de mayores de 80 años. (Timiras, 1997).

Para el año 2020 se espera que sólo en Asia, por el gran aumento que experimentará China e India, el número de adultos mayores aumente en 270 millones, 20 millones en Brasil e Indonesia y en unos 10 millones en México, Nigeria y Paquistán. Por otra parte, se estima que el incremento absoluto en el número de adultos mayores será mucho menor en los países europeos, donde el proceso de envejecimiento de la población comenzó mucho antes. En consecuencia, los países en desarrollo gradualmente ocuparán el lugar de las naciones Europeas en la lista de países con mayor población de adultos mayores (OMS, 1989).

En Estados Unidos la media de la esperanza de vida ha aumentado de 50 años en 1900 hasta aproximadamente los 76 años en 1990, viviendo las mujeres de 5 a 7 años más que los varones siendo esta última una realidad presente en la mayoría de los países desarrollados. De igual forma, su población mayor de 65 años representaba en 1990 el 13% de la población habiéndose estimado un incremento equivalente al 18% para el año 2030 (Timiras, 1997).

En la India, en tanto, la expectativa de vida –que al final de la II Guerra Mundial era de entre 27 a 30 años— ha aumentado ahora hasta los 55-58 años (Timiras, 1997).

En Chile, los notables cambios demográficos observados, en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad a partir de 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida, más notorio desde 1950, produjeron modificaciones en el tamaño y composición étnica de la población. Lo anterior llevó al país a transitar hacia el envejecimiento demográfico de su población. En otras palabras, desde una relativa alta representatividad de jóvenes (menores de 15 años) y bajo porcentaje de personas mayores de 60 años, se pasó –en menos de 30 años– a un menor porcentaje de jóvenes y un aumento de los adultos mayores. Es así como a comienzos del siglo XX los adultos mayores eran algo más de 200.000 personas, en 1950 eran 417.000, en el 2000, 1.550.000 y se pronostica que al 2021 serán 3.100.000. Fueron necesarios 50 años (1900-1950) para que los adultos mayores se duplicaran; en los 50 años siguientes se cuadruplicaron, y estudios indican que en tan sólo 21 años más, se volverán a duplicar (INE, 1999; MINSAL, 2002a; MINSAL, 1999a; San Martín y Villanueva, 2002; Brizzolara y cols, 1998).

Según los datos obtenidos del último Censo en Chile, en el año 2002, un 25,7% de la población es menor de 15 años y el 11,4% tiene 60 años o más. En contraste con 1960, en donde estos grupos de edad representaban el 39,6% y el 6,8%, respectivamente (INE, 2002). Sin embargo, sólo cinco regiones, concentran una proporción de Adultos Mayores, mayor a la media (11%): la V Región (14%); la IV Región (12,3%); la VI Región (12,1%); la IX Región

(12,1%); y la X Región (11,2%) (MIDEPLAN, 2000). En Villa Alemana, localidad de la V Región en tanto, la proporción de adultos mayores es de un 12,71% (Censo 2002).

Las estadísticas indican que en Chile, en el año 2010 existirán 50 adultos mayores por cada cien menores de 15 años, y en el 2034 estos valores se igualarán; es decir, a partir de esa fecha, los jóvenes comenzarán a ser superados en número por los adultos mayores (INE, 1999; MINSAL, 2002a; MINSAL, 1999a; San Martín y Villanueva, 2002; Brizzolara y cols., 1998), según las actuales tendencias.

2.2. PERFIL PATOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR

Las enfermedades de la vejez, cuyos procesos mórbidos tienden a ser crónicos y debilitantes más que agudos y autolimitantes, presentan sintomatologías que tienden a ser más vagas y sutiles por cuanto están caracterizadas por enfermedades múltiples y discapacidades que afectan al individuo al unísono, de aquí la expresión de comorbilidad que aumenta con los años, tanto para varones como para mujeres. En las mujeres se describen dos o más enfermedades en un 45% entre los 60-69 años, un 61% entre 70-79 años y un 70% desde los 80 años en adelante. Para los varones, los porcentajes descritos para los mismos grupos de edades son del 35%, 47% y 43% respectivamente (Timiras, 1997).

Las enfermedades que están principalmente limitadas a los adultos mayores incluyen entre otros: Osteoporosis, Osteoartritis, Adenocarcinoma de la Próstata, Artritis Temporal y Polimialgia Reumática, Diabetes del adulto, enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Neoplasia, Enfisema e Hipertensión.

2.2.1. ANTECEDENTES GENERALES

En Japón han sido descritas una o más enfermedades sistémicas en el 64% de adultos mayores contrastando con estudios realizados en el año 2004 en Cataluña, España y en Minneapolis, Estados Unidos, en donde el 85% de los individuos mayores de 65 años tienen más de una enfermedad crónica y el 30% tiene tres o más (López y Giménez, 2004; Umino y Nagao, 1993; Little, 2004).

Datos obtenidos de las historias clínicas del área de Salud de Málaga, España, refieren que las enfermedades más frecuentes en adultos mayores corresponden al sistema cardiovascular, seguido del aparato locomotor, metabolismo y digestivo (Sarra, 1989; Lucena y González, 1994; Timiras, 1997).

En América Latina y el Caribe, en tanto la población de 60 años y más presenta un perfil epidemiológico complejo, al combinar peculiarmente condiciones infecciosas características de poblaciones que viven en situación de pobreza junto con condiciones crónicas no transmisibles (CEPAL, 2003).

2.2.2. AFECCIONES CARDÍACAS

Las enfermedades cardíacas afectan a más de un 30% de los mayores de 65 años (Sarra, 1989). Este antecedente se ve influido por el 15% de adultos mayores que en promedio presentan Hipertensión y no están sometidos a tratamiento. (CEPAL, 2003).

Los registros hospitalarios de Estados Unidos y otros países desarrollados muestra que la Aterosclerosis (incluyendo la Hipertensión, el Infarto del Miocardio y los Accidentes Cerebrovasculares) es una de las enfermedades más relacionadas con los adultos mayores (Timiras, 1997). Lo anterior coincide ciertamente con estadísticas que sitúan la prevalencia de Hipertensión Arterial en el grupo de 65 a 75 años hasta en un 53%, siendo más alta en mujeres. En personas mayores de 80 años, sin embargo, puede llegar hasta el 80% (OPS, 1994).

Estudios realizados en Tailandia encontraron que existe un 82,5% de prevalencia de alteraciones sistémicas. Los principales problemas obedecían a enfermedades Cardiovasculares con un 33,7% de prevalencia, con un componente de casos de Hipertensión cercana al 26,1% (Jainkittivong y cols., 2004). Así también Umino y Nagao, reportaron que los casos de Hipertensión se registran en el 30,9% de los adultos mayores japoneses (Umino y Nagao, 1993)

Por su parte, la prevalencia de Hipertensión obtenida en la encuesta SABE¹ cuyo promedio ponderado oscila en torno al 48%, es posible especular que no menos de 20 millones de adultos mayores en América Latina y el Caribe sufren de Hipertensión (CEPAL, 2003).

2.2.3. ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

La OMS señala que un 25% de los mayores de 65 años sufren de algún trastorno psiquiátrico, siendo la Depresión el trastorno más frecuente y sólo superado por la demencia a partir de los 75 años (Brizzolara y cols., 1998). Lo anterior resulta coincidente con la presencia de trastornos asociados a la demencia en más de un 15% de los mayores de 65 años (Sarra, 1989).

Se ha demostrado que hasta un 25% de pacientes con enfermedades crónicas desarrollan un episodio depresivo mayor durante su enfermedad (Alba y cols., 1999b).

En España, en tanto, se estima que el 10% de los adultos mayores que viven en su domicilio presentan tristeza o humor distrófico, y alrededor del 5%, un cuadro clínico de Depresión (Farreras y Rozman, 1997).

La prevalencia de la Depresión Mayor en Estados Unidos, a los 65 años y más, es de 1,4% en mujeres y 0,4% en hombres. No obstante, una cantidad superior de adultos mayores del orden del 15%, presenta una sintomatología depresiva. (Brizzolara y cols, 1998). Sin embargo, en contraste con Estados Unidos, en Chile, las cifras de Depresión Mayor aumentan en senescentes internados en hospitales generales con prevalencia de casos con Depresión mayor y menor equivalentes al 40%. En cambio, en la atención primaria, se han encontrado

1: SABE: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento.

cifras cercanas al 27,5% (Brizzolara y cols., 1998). La brecha existente entre los porcentajes obtenidos en ambas naciones podría estar fundamentada por diferencias metodológicas en la obtención de los datos.

Existen estudios que relacionan la Diabetes con la prevalencia de Trastornos Depresivos, por cuanto los adultos mayores con dicha dolencia manifiestan más de 5 síntomas depresivos siendo éstos, siempre más que en pacientes no diabéticos. Las proporciones más altas de dicho trastorno asociado, se encuentran en las ciudades de La Habana, México y Montevideo pudiendo llegar al 50% (CEPAL, 2003).

2.2.4. AFECCIONES DIABÉTICAS

Con la edad, se observa una elevación gradual de la glicemia en ayunas y un deterioro de la tolerancia a la glucosa, lo que la mayoría de los autores considera fisiológico y parte del proceso de envejecimiento. Cerca del 50% de los mayores de 60 años presenta intolerancia a la glucosa en ayunas (glicemia entre 110 y 125 mg/dl). No está claro que esto explique la mayor tasa de Diabetes con la edad, ya que en muchas poblaciones se ha observado una curva bimodal con dos grupos de población: una que se hace diabética y otra que sufre muy poca variación de la tolerancia a la glucosa con los años. (MINSAL, 1999c).

En Tailandia, un estudio encontró que la incidencia de Diabetes Mellitus es del orden del 14,5% (Jainkittivong y cols., 2004).

En Estados Unidos, se han reportado cifras del 10,4% (1993) en mayores de 60 años, y del 24% (1992) en mayores de 80 años (MINSAL, 1999c). Existe en todo caso una preponderancia leve del sexo femenino a partir de los 65 años en las prevalencias de Diabetes Mellitus (Alba y cols., 1999a).

No obstante, los porcentajes de prevalencia de Diabetes Mellitus observables en Estados Unidos difieren bastante al contrastarlos con el Continente Latinoamericano. Sus variados grupos étnicos se ven desproporcionadamente afectados por Diabetes, lo que resulta evidente al analizar los grupos de origen indígena y africano representados por México y Barbados, en donde la prevalencia de Diabetes reportada por adultos mayores sobrepasa el 22% (CEPAL, 2003).

En Chile, en tanto, se espera que hacia el año 2025, no menos del 15% de los adultos mayores de 60 años presente Diabetes, y otro 35% intolerancia a la glucosa (MINSAL, 1999c).

2.2.5. AFECCIONES ARTICULARES

La Artritis Reumatoidea es una enfermedad de distribución universal que afecta tres veces más a mujeres que a hombres, cuya prevalencia se estima en torno al 1% y su incidencia anual es de 0,5 - 3 nuevos casos por cada 1000 personas (Alba y cols, 1999b). La prevalencia de la Artritis aumenta hasta los 80 años. Estas estadísticas se suman a la de los estudios de prevalencia de Artrosis en donde una de cada dos mujeres de 60 años o más la padecen, siendo frecuente encontrar prevalencias bastante mayores, como en el caso de Buenos Aires y La Habana, donde cerca de dos tercios de las mujeres padecen de Artrosis. Estas cifras son de particular importancia por ser la Artrosis una de las enfermedades más discapacitantes para las personas adultas mayores. En Tailandia se encontró que la incidencia de desórdenes óseos es de 32,4%. Se estima que una de cada 5 personas entre 60 y 69 años que padecen Artrosis tiene alguna dificultad con una o más actividades de la vida diaria (21,8%), contrastando estas cifras con las de aquellas personas de la misma edad que no padecen de Artrosis, sólo una de cada 10 tiene dificultades con las actividades de la vida diaria (9,4%) (CEPAL, 2003; Jankittivong y cols., 2004).

2.2.6. DISLIPIDEMIA Y OBESIDAD RELACIONADAS CON EL ADULTO MAYOR

La Dislipidemia es altamente prevalente en adultos hipertensos, habiéndose comprobado en Estados Unidos, que 9 de cada 10 adultos hipertensos dislipidémicos están con nulo o bajo tratamiento contra la Dislipidemia siendo esta significativamente mayor en hombres (56,7%) que en mujeres (49,5%) (O'Meara y cols., 2004).

El sobrepeso, por su parte, ha demostrado ser otro de los problemas recurrentes del adulto mayor basado en la encuesta SABE en América Latina y el Caribe, arrojando un 61% de la población de 60 años y más portadora de dicha enfermedad. De éstos, aproximadamente el 50% son Obesos (CEPAL, 2003)

La Obesidad, en tanto, está asociada con un incremento en la prevalencia de Diabetes e Hipertensión sumada a otros síndromes metabólicos como la hipertrigliceremia y la resistencia a la insulina. Ejemplo de esto es Canadá, con un 31% de la población de adultos mayores obesos (Genest y cols., 2003) o Estados Unidos con cerca de un tercio de los adultos mayores hombres junto con la mitad de las mujeres con niveles de colesterol por sobre los 240 mg/dl (Wenger, 2004).

En síntesis, una de las características principales de la enfermedad en la vejez es la comorbilidad, es decir, la gran variedad de enfermedades que afectan de manera simultánea a un mismo individuo. Esto se ve reflejado en un aumento de la prevalencia de dos o más enfermedades con el paso de los años, tanto para hombres como para mujeres.

A continuación, en las tablas I, II y III, se observan las prevalencias de enfermedades crónicas comunes a los adultos mayores, a través de estudios en Latino América, Caribe, y Chile. Estos valores se obtuvieron a través de encuestas e interrogatorios, con preguntas de

tipo cerradas y abiertas. Es importante señalar que todo tipo de encuesta en calidad de vida y salud no basa sus resultados en exámenes y diagnósticos, sino más bien en la percepción del propio encuestado.

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (OPS, 2000), mencionada como bibliografía en este estudio, refleja realidades de Chile y otros países. Sus resultados son producto de la investigación de condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay).

Las tablas IV y V pretenden proporcionar las características diagnósticas y clínicas principales de las enfermedades de mayor prevalencia en los adultos mayores, según los valores entregados por los estudios nacionales e internacionales, de modo tal de contar con herramientas de fácil acceso para lograr detectar en etapas tempranas las enfermedades y realizar derivaciones oportunas a los especialistas pertinentes.

TABLA I. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
(Estudio SABE para Latino América y el Caribe, OPS-2000).

ENFERMEDAD CRÓNICA	PREVALENCIA		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
HIPERTENSIÓN	34,7%	49%	42,7%
ARTROSIS	15,9%	31,2%	24,5%
DEPRESIÓN	19,8%	27%	23,8%
DIABETES	22,3%	21,1%	21,6%
INCONTINENCIA	15,9%	24,9%	21%
DETERIORO COGNITIVO	8,3%	13%	10,9%
CARDIOPATÍA	10,1%	10%	10,1%
EPOC	8,1%	11,1%	9,8%
CÁNCER	1%	2,5%	1,8%

TABLA II. DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD
(Estudio SABE-CHILE, 1998-2000, MINSAL, 2002b).

ENFERMEDAD CRÓNICA	PREVALENCIA
	MAYORES DE 65 AÑOS
HIPERTENSIÓN	52,3%
ARTROSIS Y ARTRITIS	32%
DEPRESIÓN	25%
DIABETES	13,4%
DETERIORO COGNITIVO	9%
CARDIOPATÍA	18,6%
EPOC	12,6%

TABLA III. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
(Encuesta Nacional de Salud, MINSAL 2003).

ENFERMEDAD CRÓNICA	PREVALENCIA	
	NACIONAL	MAYORES DE 65 AÑOS
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	33,7%	78,8%
ENF. REUMATOIDEAS (ARTRITIS Y ARTROSIS)	41,1%	49,7%
DEPRESIÓN	17,5%	13,4%
DIABETES	4,2%	15,2%
DISLIPIDEMIA	11%	36%
OBESIDAD	21,9%	29%
TABAQUISMO	42,4%	10,5%

TABLA IV. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE MAYOR PREVALENCIA EN EL ADULTO MAYOR.

ENFERMEDAD	CARACTERÍSTICAS
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Etapa 1 Sistólica: 140-159 mmHg. Diastólica: 90 - 99 mmHg. Etapa 2 Sistólica: 160-179 mmHg. Diastólica: 100 - 109 mmHg. Etapa 3 Sistólica: 180-209 mmHg. Diastólica: 110 - 119 mmHg. Etapa 4 Sistólica: > 210 mmHg. Diastólica: > 120 mmHg.
DIABETES MELLITUS	* Glicemia a cualquier hora del día mayor o igual a 200 mg/dl. * Glicemia en ayunas (8hrs) de > o = 126 mg/dl.
ENF. REUMATOIDEAS	Artropatía con alteración del cartílago hialino y caracterizada por pérdida de cartílago articular e hipertrofia ósea, con producción de osteofitos.
DISLIPIDEMIAS	* Concentraciones séricas de colesterol total mayor a 200 mg/dl. * Concentraciones séricas de HDL-COL menores a 34 mg/dl. * Concentraciones séricas de LDL-COL mayores a 130 mg/dl. * Concentración plasmática de triglicéridos mayores a 200 mg/dl.
OBESIDAD	Normal: Índice de masa corporal (IMC) entre 20 –24 kg/m ² . Sobrepeso: IMC sobre 25 kg/m ² y menor a 30 kg/m ² . Obeso: IMC mayor a 30 kg/m ² y circunferencia de la cintura mayor de 101,6 cm (40 pulgadas) en varones u 88,9 cm (35 pulgadas) en mujeres. Obesidad Mórbida: IMC mayor a 40 kg/m ² . (IMC= Peso en kg/ talla al cuadrado en mts.)
DEPRESIÓN	Alteración global de uno o varios neurotransmisores (deficiencia de serotonina o noradrenalina) e influyen también factores aún no identificados.

(Alba y cols., 1999a; Alba y cols., 1999b; Brees y Berkow, 1999; Brizzolara y cols., 1998; Castellanos y cols., 1999; Cohen, 1980; Goodman, 2003; Guyton y Hall, 1997; MINSAL, 1995; MINSAL, 1999b; MINSAL, 1999c; MINSAL, 2002a).

TABLA V. SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE MAYOR PREVALENCIA EN EL ADULTO MAYOR.

ENFERMEDAD	SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PRINCIPAL
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Cefalea, tinnitus, fotopsias, mareos, edema de extremidades.
DIABETES MELLITUS	Poliuria por la glucosuria; polidipsia por la deshidratación; polifagia por la ausencia de glucosa que no permite la entrada de glucosa a la célula; pérdida de peso, debilidad y piel seca.
ENFERMEDADES REUMATOIDEAS	Dolor articular, rigidez matutina, afectación del estado general, debilidad muscular, limitación de movimientos articulares, deformidades en articulaciones, manifestaciones articulares peculiares (columna cervical comprometida, síndrome del túnel del carpo).
DISLIPIDEMIAS	Resistencia a la insulina, Obesidad, Hipertensión Arterial, xantomas eruptivos (dislipidemias congénitas), crisis de dolor abdominal y pancreatitis aguda.
OBESIDAD	Disnea de esfuerzo, intolerancia al calor, hipersudoración, dificultad de desplazamiento y movimiento. Aumento del volumen corporal, cambios psíquicos (angustia, inseguridad, depresión), cambios en la piel (micosis en pliegues).
DEPRESIÓN	Depresión del estado de ánimo y deterioro del funcionamiento. Insomnio, hipersomnias, anorexia, consumo excesivo de comida, decremento de la energía y de la libido, pensamiento recurrente de muerte.

(Alba y cols., 1999b; Brizzolara y cols., 1998; Castellanos y cols., 1999; Cohen, 1980; Goodman, 2003; Guyton y Hall, 1997).

2.3. USO DE FÁRMACOS EN LOS ADULTOS MAYORES

La medicación del adulto mayor es un proceso complejo que implica abordar terapéuticamente las enfermedades del individuo dentro del contexto de factores de índole psicológico y social. Es preocupante el uso irracional de fármacos, más recurrente en la población geriátrica, ya que en ella se da una delicada serie de circunstancias como: edad avanzada, polifarmacia, mayor grado de incumplimiento y cambios farmacodinámicos, que hacen que este fenómeno se acentúe (Martínez y García, 1992).

La prescripción de múltiples medicamentos con frecuencia y combinaciones a dosis fijas es práctica habitual en pacientes adultos mayores ambulatorios (Lucena y González, 1994). No es poco frecuente que los pacientes adultos mayores tomen 5 o 6 productos farmacológicos distintos al mismo tiempo (OPS, 1994).

Las estadísticas indican que el 70 a 80% de los pacientes sobre 70 años toman regularmente fármacos y lo peor de todo es que muchos de ellos se automedican (Sarra, 1989). Se ha determinado que dos de cada tres adultos mayores que habitan en casas de hospedaje reciben farmacología múltiple, superior a 10 drogas diferentes, con el agravante que un alto número de adultos mayores les ha sido prescrito cantidades, tipos y combinaciones inapropiadas de fármacos. Esta práctica incrementa los efectos adversos de sedación, confusión y un riesgo creciente de caídas ocurridas en esta población (Kragh, 2004).

Particularmente crucial resulta entonces la necesidad de terapia múltiple y estar atento al peligro asociado con la polifarmacia (Timiras, 1997).

El número de reacciones adversas e interacciones aumenta en los pacientes con alteraciones de la función renal, lo que es común en el senescente y, especialmente, en la mujer ya que habitualmente consume más medicamentos. La proporción de reacciones adversas en pacientes que reciben sólo un fármaco es de 10%, pero en los que reciben seis fármacos es de un 27% (Sarra, 1989).

En España, los sujetos de la tercera edad, aún cuando constituyen del 11-15% de la población total, son responsables de 35-40% del gasto en farmacia (Lucena y González, 1994).

Estudios en Málaga informan que el 98,2% de los adultos mayores consumen medicamentos. La media de medicamentos consumidos fue de $5,2 \pm 2,7$. Sin embargo, la media de principios activos por paciente fue de $7,03 \pm 4,44$. Las causas de este perfil de consumo quizás estriben en la asociación de diversas enfermedades en el anciano, con tendencia a la cronicidad y también a la presión excesiva sobre el médico prescriptor. En relación con la frecuencia del uso de los fármacos, los estudios realizados en esa ciudad refieren que el 87,2% de los fármacos fue administrado durante un período superior a 3 meses. El 84% de los casos se administraba diariamente (Lucena y González, 1994). En Zaragoza, en tanto, estudios señalan que la media de fármacos consumidos por los pacientes es de $3,08 \pm 1,57$. Encontrándose relación estadísticamente significativa entre mayor edad y fármacos totales consumidos. Las mujeres consumen ligeramente mayor cantidad de fármacos (58,1%). Se halló un alto consumo de fármacos de acción cardiovascular (hipotensores 13,2%,

diuréticos 7,3%) y psicotrópicos (benzodiazepinas 7%). Un 95,5% de estos fármacos eran de tipo monocomponente y un 4,5 eran asociaciones de varios componentes activos. (Martínez y García, 1992).

Otros estudios refieren que los cuatro grupos de drogas de más prevalencia son: agentes cardiovasculares (32%), endocrinológicos (14,5%), terapia nutricional (12,9%) y músculoesquelético (11,4%) (Jainkittivong y cols., 2004).

En Estados Unidos se estima que los adultos mayores consumen el 30% de todos los fármacos prescritos por los médicos sumados a aquellos de venta libre en el rango del 40% al 50%. El 20% de éstos corresponden a benzodiazepinas que son consumidas por el 21% de mayores de 65 años. Estos fármacos son los más consumidos en algunos países por los pacientes de edad avanzada. (Martínez y García, 1992; Timiras, 1997).

En síntesis, la enfermedad múltiple de la vejez presenta muchos problemas asociados en relación con el diagnóstico y tratamiento. Particularmente crucial es la terapia múltiple y los peligros asociados a la polifarmacia por cuánto los adultos mayores, tienen dos a tres veces más riesgo de presentar reacciones adversas a los fármacos que los pacientes más jóvenes debido, entre otras razones, al aumento en el número de medicamentos ingeridos y al aumento en la sensibilidad a los medicamentos por los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que se producen. Por estas razones, entre otras, los profesionales de la salud deben indagar los efectos colaterales adversos y deben animar al paciente a describir cualquier detalle no habitual que experimente durante la medicación.

Con el fin de conceptualizar las características generales de los fármacos de uso común en el adulto mayor, y las eventuales interacciones con fármacos frecuentemente utilizados en la práctica odontológica, se presentan las tablas VI y VII. Esta revisión busca ser un manual de rápido acceso para el odontólogo frente a pacientes con patologías sistémicas de base.

El objetivo de la tabla VIII en cambio, es clasificar los fármacos que podrían generar efectos adversos en la cavidad bucal. Estos datos deben ser de manejo del odontólogo general, para diagnosticar y diferenciar patologías en forma eficaz.

TABLA VI. CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS DE USO COMÚN EN ADULTOS MAYORES.

FÁRMACO	CARACTERÍSTICAS
ANTIHIPERTENSIVO <ul style="list-style-type: none"> • Hidroclorotiazida • Uren 	Diurético. Inhibición de la reabsorción de Na en los túbulos distales, causando un incremento en la excreción de Na, agua, K e iones hidrógenos.
<ul style="list-style-type: none"> • Atenolol 	Bloqueador beta adrenérgico. Bloquea competitivamente la respuesta a los receptores beta1 adrenérgicos. Mínimo efecto en los receptores beta2.
<ul style="list-style-type: none"> • Enalapril 	Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. Previene la conversión de angiotensina I en II, un potente vasoconstrictor. Esto causa incremento de actividad de renina plasmática y reducción de secreción de aldosterona.
<ul style="list-style-type: none"> • Nifedipino 	Bloqueador de canales de calcio. Del músculo liso del miocardio durante la despolarización, produciendo relajación del músculo liso vascular coronario y vasodilatación coronaria.
HIPOGLICEMIANTES <ul style="list-style-type: none"> • Glibenclamida 	Estimula la liberación de insulina desde las células beta del páncreas, reduce la salida de glucosa desde el hígado. Aumenta la sensibilidad a la insulina en los sitios de acción periféricos.
<ul style="list-style-type: none"> • Metformina 	Suprime la glucogénesis/glucogenolisis en el hígado. Estimula la recaptación de insulina en los tejidos periféricos. Inhibe la reabsorción intestinal de glucosa. Reduce los niveles de colesterol y triglicéridos.
<ul style="list-style-type: none"> • Tolbutamida 	Estimula la liberación de insulina desde las células beta del páncreas; reduce la liberación de glucosa desde el hígado; aumenta la sensibilidad a la insulina en sitios periféricos.
ANTIREUMATOIDEO <ul style="list-style-type: none"> * Ac. Propiónico (Ibuprofeno, Naproxén) 	Antinflamatorios no esteroideos. Inhiben la actividad de la enzima cicloxigenasa.
<ul style="list-style-type: none"> * Corticoesteroides 	Antinflamatorio esteroidal.
<ul style="list-style-type: none"> * Antireumáticos 	Auronofina, Cloroquina, Metotrexate Ciclosporina. Evitan la evolución del proceso de degeneración articular.
ANTICOAGULANTE <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina 	Antinflamatorios no esteroideos. Inhiben la actividad de la enzima cicloxigenasa La inhibición de la COX-1 plaquetaria ocasiona una disminución de la agregación plaquetaria con un aumento del tiempo de sangrado.

(Alba y cols., 1999b; IBQ, 2004; MINSAL, 1999b; MINSAL, 1999c; Uribe y cols., 2000).

FÁRMACO	CARACTERÍSTICAS
HIPOLIPEMIANTE <ul style="list-style-type: none"> • Lovastatina 	Estatina. Inhibidor competitivo de la reductasa de 3-hidroxi-3metilglutaril coenzima A (HMG-CoA), que cataliza un paso temprano, limitador de la tasa de la biosíntesis del colesterol.
<ul style="list-style-type: none"> • Lipotril • Gemfibrozilo 	Derivado del ácido fibrico, reduce las concentraciones plasmáticas de VLDL y en forma leve las de LDL. El mecanismo no se conoce por completo, está relacionado con la inhibición de la lipólisis periférica, disminución de la extracción hepática de ácidos grasos libres; inhibición de la síntesis de apoproteína portadora de VLDL, y se reduce la incorporación de ácidos grasos de cadena larga en los triglicéridos nuevamente formados; se acelera el recambio de colesterol y su eliminación del hígado y se aumenta la excreción de colesterol en las heces.
ANTIDEPRESIVOS <ul style="list-style-type: none"> • Imipramina • Aminotriptilina 	Antidepresivo tricíclico. Inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina.
<ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetina 	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

(Alba y cols., 1999b; IBQ, 2004; Uribe y cols., 2000).

TABLA VII. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS FÁRMACOS DE

USO COMÚN EN ADULTOS MAYORES.

FÁRMACO	INTERACCIÓN CON FÁRMACO DE USO ODONTOLÓGICO
ANTIHIPERTENSIVO	
* Hidroclorotiazida	AINE (disminuyen el efecto).
* Uren	Corticoides amplifican la hipopotasemia.
* Atenolol	Penicilinas (ampicilina) (disminuyen el efecto). AINE (disminuyen efecto). Adrenalina (disminuye efecto).
* Enalapril	AINE (disminuyen el efecto). Disminuye la absorción de Tetraciclinas hasta en un 37%.
* Nifedipino	En combinación con: Diclofenaco, Ibuprofeno, Piroxicam aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal.
HIPOGLICEMIANTE	
* Glibenclamida	AINE (aumentan el efecto). Tetraciclinas (aumentan su efecto). Corticoides (disminuyen su efecto).
* Metformina	Medios de contraste yodados. En asociación con corticoides aumenta la concentración de lactato sanguíneo.
ANTIREUMATOIDEO	
* Ac. Propiónico (Ibuprofeno, naproxén)	Corticoides (aumentan el efecto). AINES aumentan efectos tóxicos gástricos.
* Corticoesteroides	Aumentan problemas gastrointestinales producidos por AINE. Barbitúricos aumentan metabolización.
* Antirreumáticos	-----
ANTICOAGULANTE	
* Aspirina	Corticoides (aumentan el efecto). AINES aumentan efectos tóxicos gástricos
HIPOLIPEMIANTE	
* Lovastatina	Pacientes tratados con eritrosina provoca Rabdomiólisis. Corticoesteroides (aumentan el efecto).
* Gemfibrozilo	-----
* Lipotril	-----
ANTIDEPRESIVOS	
* Imipramina	Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos (se adiciona el efecto). Inhibir el metabolismo de, reduciendo eficacia y aumentando su concentración en la sangre. Potenciar los efectos de los simpaticomiméticos de acción directa adrenalina y noradrenalina).
* Aminotriptilina	
* Fluoxetina	Benzodiazepinas (aumentan el efecto).

(Goodman, 2003; IBQ, 2004; MINSAL, 1999b; MINSAL, 1999c; Uribe y cols., 2000).

TABLA VIII. FÁRMACOS CON POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE

SIGNIFICANCIA EN ODONTOLOGÍA.

EFECTO ADVERSO	DROGA
ALTERACIÓN DE LA HEMOSTASIA	Aspirina, Anticoagulante Cumarínico, AINE, Dipyridamol, Metildopa, Fenitoína.
ALTERACIÓN DE RESISTENCIA DEL HUÉSPED	Antibióticos, Insulina, Hipoglicemiantes orales, Corticoides.
ALTERACIÓN DE LA HEMATOPOYESIS	Barbitúricos, Sales de oro, Tolbutamida, Cloranfenicol, Fenotiazidas, Trimetadiona.
DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA AL ESTRÉS	Beta Bloqueadores, Bloqueadores de canales de Calcio, Nitratos, Corticoides, Glucósidos.
ERITEMA MULTIFORME	Antibióticos, Carbamazepina, Isoniazida, Clorpropamida, Fenitoína, Rifampina.
HIPERPLASIA GINGIVAL	Bloqueadores de canales de Calcio, Ciclosporina, Fenitoína.
REACCIONES LIQUENOIDES	Antibióticos, Antihipertensivos, AINE, Diuréticos, Sales de oro, Hipoglicemiantes orales Inmunosupresores, Penicilina, Metildopa, Ácido para amino salicílico, fenotiazinas.
LUPUS ERITEMATOSO	Antibióticos, Metildopa, Fenitoína, Rifampina, Hidralazina, Nitrofurantoina, Isoniazida, Piridona, Procaïnarnida, Hormona Tiroidea.
REDUCE LA CANTIDAD DE VASOCONTRACTOR	Beta Bloqueadores, Fenotiazinas, Antidepresivos Tricíclicos, Glucósidos.
DEPRESIÓN RESPIRATORIA	Barbitúricos, Relajantes Musculares, Narcóticos, Sedantes e Hipnóticos.
DISGEUSIA	Benzodiazepina, Metronidazol, Penicilina, Inhibidor ACE, Griseofulvina, Sulindaco.
XEROSTOMÍA	Anticolinérgicos, Antidepresivos, Antihistamínicos, Antihipertensivos, Antineoplásicos (Quimioterapéuticos), Antisicóticos, Antiespasmódicos, Broncodilatadores, Diuréticos, Narcóticos, AINES, Tranquilizantes, fármacos para el Parkinson.

(Jainkittivong y cols., 2004).

2.4. SERVICIO DE SALUD EN CHILE

La mayoría de los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo y/o pobres están impulsando un modelo basado en la atención primaria. Este modelo es desarrollado por médicos generales y está enfocado principalmente a la atención y solución de problemas materno-infantiles, siendo aún, éste el enfoque del sistema de salud Chileno, a pesar de estar ya en una transición demográfica avanzada, con una población de adultos mayores cada vez más numerosa (Marin y Hoyle, 2003; INE, 1999). No obstante, con fecha 17 de Septiembre de 2002, se promulga la ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, que inicia sus funciones en enero del 2003. Dicho organismo es el encargado de velar por la implementación y puesta en marcha de planes orientados al beneficio del adulto mayor tales como:

1. Eliminación del co-pago para los adultos mayores por prestaciones otorgadas en consultorios y hospitales adscritos al sistema público de salud en el sistema FONASA.
2. Entrega de elementos orientados a mejorar las discapacidades funcionales de los adultos mayores, en consultorios de atención primaria, de especialidades, hospitales públicos y postas, entre los que se incluyen: Lentes ópticos, Audífonos, Andador, Atención integral dental (incluye prótesis), Bastones y sillas de ruedas, Colchón y cojín antiescaras.
3. Atención oportuna, con tiempos de espera máximos de 3 meses para la realización de cirugías electivas de: Colelitiasis, Hernia abdominal, Prolapso uterino, Hiperplasia de la próstata, Cáncer de mama o cérvico-uterino (ésta debe realizarse antes de 30 días).
4. 100% de bonificación para atenciones de salud de alto costo en las siguientes intervenciones quirúrgicas: Cataratas, Implantes de marcapasos, Fotocoagulación, Prótesis total o parcial de cadera y fractura al cuello de fémur, Proporción de cuidados paliativos a pacientes con Cáncer terminal.
5. Bonificaciones preferentes para prestaciones otorgadas por médicos y establecimientos privados de salud en convenio con FONASA, en la modalidad de libre elección en las siguientes prestaciones:
 - Bonificación de lentes ópticos y audífonos, incluyendo la posibilidad de adquirir préstamos de salud para la adquisición de tales implementos
 - Atención Integral de enfermería en domicilio con bajo costo.
 - Atención Integral de Enfermería en Centros del adulto mayor a un bajo costo para las siguientes afecciones:
 - Diabetes.
 - Enfermedades pulmonares crónicas.
 - Enfermedades reumatológicas.
 - Epilepsia.
 - Enfermedades neurológicas.
 - Hipertensión Arterial.
 - Tumores malignos.

Se suma a los beneficios antes descritos, el desarrollo del Programa para Adultos Mayores del Ministerio de Salud en el ámbito del programa AUGE que incluye los siguientes beneficios a los Adultos mayores debidamente inscritos en un consultorio:

1. Control de Salud del adulto mayor.
2. Programa de Alimentación Complementaria para el adulto mayor (PACAM, desde 1999) consistente en la entrega de suplementos alimenticios.
3. Vacunación Gratuita contra la influenza para los mayores de 65 años (desde 1997).
4. Visita domiciliaria a pacientes dependientes o postrados.
5. Colocación extrahospitalaria en hogares adaptados para adultos mayores que requieren de cuidados especiales con posterioridad a una operación.
(SENAMA, 2003; MINSAL, 2002b).

2.4.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

En Chile, en el nivel de atención primaria, los adultos mayores acceden a prestaciones médicas por patologías crónicas, como:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- Artritis Reumatoide (AR).
- Alcoholismo (OH).
- Tuberculosis (TBC).
- Hipertensión Arterial (HTA).
- Diabetes Mellitus 2 (DM).
- Dislipidemias (DL).

Las últimas cuatro patologías mencionadas están dentro del Programa de Salud Cardiovascular, sumadas aquellas actividades complementarias como la Consulta Nutricional por malnutrición, por déficit o por exceso, junto con aquellas patologías donde el tratamiento dietoterapéutico juega un rol importante. Los pacientes con trastornos depresivos, son tratados en el Programa de Salud Mental.

En el caso específico de pacientes que padecen EPOC se cuenta con procedimientos de atención en salas ERA ² las que, por no estar presentes en todos los consultorios, obligan a derivarlos a centros habilitados para tales efectos.

Cabe destacar, que cualquier adulto mayor que lo requiera, accede a consulta por morbilidad (patologías agudas), con prioridad de atención.

Son derivados al nivel secundario patologías que no responden al tratamiento tradicional entregado en atención primaria como:

- Diabetes Mellitus descompensada o Hipertensión Arterial, que no responden al tratamiento farmacológico y dietético entregado y cuando se sospecha de Hipertensión Secundaria.
- Alteración de la función renal.
- Pacientes afectados por un Accidente vascular encefálico (AVE) o Infarto Agudo del Miocardio (IAM), que requieran tratamientos por especialistas como cardiólogos, neurólogos o nefrólogos.
- Pacientes con Cáncer, los cuales son derivados al policlínico del dolor, donde son atendidos en forma interdisciplinaria y derivados a los niveles primarios para la realización de procedimientos clínicos como: colocación de vías de acceso venoso, sondas, y realización de curaciones entre otros procedimientos.

2: Enfermedades Agudas Respiratorias.

En el caso de las patologías psiquiátricas, los beneficiarios son derivados a Centros de Salud Mental o al Hospital Psiquiátrico de referencia.

En la comuna de Villa Alemana, base de este estudio, de acuerdo a los datos proporcionados por el Consultorio y el área de Salud Ministerial, existe una prevalencia aproximada de Hipertensión Arterial equivalente al 57,5%, del cual un 83% tendría patología mixta, es decir, Hipertensión Arterial con Diabetes Mellitus. La prevalencia estimada de Diabetes Mellitus es del orden de un 10,4% del cual el 50% tendría patología mixta.

De los pacientes mayores de 65 años inscritos en el consultorio Eduardo Frei se espera que:

- El 57,5% (1071 pacientes) padezca Hipertensión Arterial, de los cuales, el 49,7% (533 pacientes) está en control de esta enfermedad. De éstos, el 56,8% (303 Pacientes) está compensado.
- El 10,4% (193 pacientes) padezca Diabetes Mellitus, de los cuales, un 85,4% (165 pacientes) está bajo control y el 35% (59 pacientes) está compensado.

De los pacientes mayores de 65 años inscritos en el consultorio Periférico se espera que:

- El 57,5% (3.233 pacientes) padezca Hipertensión Arterial, de los cuales, el 37,7% (1.220 pacientes) está en control de esta enfermedad.
- El 10,4% (584 pacientes) padezca Diabetes Mellitus, de los cuales, 81,8% (478 pacientes) está bajo control.

TABLA IX. PORCENTAJES DE PACIENTES EN CONTROL SEGÚN LOS PACIENTES INSCRITOS EN CADA CONSULTORIO.

ENFERMEDAD	EDO FREI	PERIFÉRICO	AMBOS CONSULTORIOS
HIPERTENSIÓN	28,6%	21,7%	23,4%
DIABETES	8,8%	8,5%	8,6%
DISLIPIDEMIA	15,8%	9,6%	11,2%
EPOC	0,05%	1,5%	1,1%
TABAQUISMO	0%	0,3%	0,2%
ALCOHOLISMO	0,05%	0,07%	0,06%

(Departamento de salud, corporación municipal de Villa Alemana, 2004).

2.5. ADULTO MAYOR Y ODONTOLOGÍA

Con el aumento de la esperanza de vida, el siglo XXI ofrece a los profesionales dentales la oportunidad para mantener por mucho más tiempo la salud bucal de sus pacientes (Niessen y Gibson, 2000). El manejo de problemas bucales en pacientes mayores, no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino más bien en el conocimiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el envejecimiento primario (relativos a la psicología o edad) y en el envejecimiento secundario (relativos a la patología y las enfermedades); presentaciones atípicas de las enfermedades; condiciones patológicas múltiples (polimorbilidad, polipatofisiología, polifarmacología); enfermedades no informadas; la importancia del estado funcional; y el rol de un equipo interdisciplinario (Koller, 1994).

La información que debe reunir el odontólogo que trata a pacientes mayores debe ser amplia, no sólo limitarse a la cavidad bucal. Debe considerar en el diagnóstico los tratamientos farmacológicos, las limitaciones funcionales polisistémicas. El tratamiento equivocado puede ser evitado, a través de la identificación temprana de complicaciones y la orientación correcta del tratamiento (Shay, 1994; Koller, 1994). Las condiciones crónicas así como su medicación son cada vez más común con el avance de la edad. Esto puede tener mayor implicación en la práctica dental tendiente a cambiar el comportamiento que en ocasiones generan efectos perjudiciales en la salud bucal (Koller, 1994). Estos datos son particularmente relevantes, ya que la mayoría de estos fármacos tienen potenciales efectos adversos sobre la cavidad bucal, interaccionan con la medicación odontológica prescrita y generan complicaciones en el tratamiento dental (Brindley y cols. 2003; Hernández, 2001). Es así como las enfermedades sistémicas y sus tratamientos afectan, entre otros, a la salivación, la función motora y sensorial oral (Shay y Ship, 1995).

Así también, la salud bucal o sus patologías tienen consecuencias en la salud sistémica del adulto mayor, como ejemplo podemos mencionar:

Una vez que se establece la enfermedad periodontal en un individuo diabético, la severidad de la Diabetes y la probabilidad de complicaciones relacionadas con ella crecen significativamente, comparadas con aquellos diabéticos con una enfermedad periodontal leve o sin ésta.

Existe evidencia que sugiere una relación entre la infección periodontal crónica y la contribución al estado de resistencia insulínica, esto se debe a que el TNF-alfa, es un antagonista de los sustratos de receptores insulínicos de la superficie celular. Es por ello que, la sobre regulación crónica del TNF-alfa en respuesta a los LPS y toxinas superficiales de la célula provenientes de las bacterias subgingivales del biofilm, conforma un mecanismo que perpetua el estado de resistencia insulínica.

Existe una consistente asociación entre enfermedad periodontal y cardíaca, existiendo una gradiente biológica entre la infección periodontal y la incidencia de la enfermedad cardíaca coronaria. De igual forma se ha reportado una estrecha relación tanto entre pérdida ósea y la incidencia acumulativa de angina e infarto al miocardio como entre la enfermedad coronaria fatal y el valor de pérdida ósea. La existencia de bacterias periodontales en placas

ateromatosas de carótida fundamentan la teoría de un contagio sistémico causado por infecciones periodontales (Grossi, 2001).

Finalmente, la tabla X describe las reacciones adversas que pueden originar para el paciente adulto mayor las enfermedades crónicas y el uso de medicamentos en la cavidad bucal. Así, se pretende ejemplificar como el tema de este seminario atañe al mundo de la Salud Bucal.

TABLA X. INTERACCIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS, USO DE MEDICAMENTOS Y SU REPERCUISIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL.

ENFERMEDAD	FÁRMACO	EFECTOS EN LA CAVIDAD BUCAL	
		FÁRMACO	ENFERMEDAD
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Hydroclorotiazida	Puede provocar sialoadenitis, disgeusia.	Xerostomía secundaria a diuréticos. Diuréticos mercuriales pueden causar úlceras orales, riesgo de hemorragias.
	Uren	Xerostomía, reacciones liquenoides. Eritema multiforme, Síndrome de Steven-Johnson (poco frecuente).	
	Atenolol	Xerostomía.	
	Enalapril	Se ha comunicado, raras veces, la aparición de edema angioneurótico, lengua, glotis y/o laringe. Disgeusia, eritema multiforme.	
	Nifedipino	Eritema multiforme. Hiperplasia Gingival.	
	Aspirina	Hemorragias.	
DIABETES MELLITUS	Glibenclamida	-----	Enfermedad periodontal acelerada. Xerostomía, prevalencia de caries.
	Metformina	Disgeusia.	Mala cicatrización, infecciones, candidiasis por función leucocitaria deficiente.
ENFERMEDADES REUMATOIDEAS	Ac. Propiónico (Ibuprofeno, Naproxén)	Hemorragias. Estomatitis. Eritema multiforme.	Afección de la ATM, dolor periauricular, hipersensibilidad. Tumefacción. Rigidez o reducción de la movilidad.
	Corticoesteroides	Estomatitis y glositis secundaria a uso de inmunosupresores.	
	Antireumáticos	Estomatitis secundaria a uso de sales de oro, penicilina.	

ENFERMEDAD	FÁRMACO	EFECTOS EN LA CAVIDAD BUCAL	
DISLIPIDEMIAS	Lovastatina	Mialgias difusas, dolor muscular a la palpación. Xerostomía (raras ocasiones). Eritema multiforme (síndrome de Steven-Johnson).	Al asociarse con Obesidad, puede existir un mal control de placa, y una mayor incidencia de caries.
	Gemfibrozilo Lipotril	Disgeusia.	
DEPRESIÓN	Imipramina	Estomatitis.	Pobre higiene oral. Aumento de caries y enfermedad periodontal. Dolor orofacial atípico. Xerostomía y Bruxismo.
	Aminotriptilina	Xerostomía.	
	Fluoxetina	Xerostomía	
OBESIDAD	—	—	Mal control de placa bacteriana. Mayor incidencia de caries. El aumento de la grasa corporal condiciona que los sedantes que se acumulan en la grasa como las benzodiazepinas vean alargada su vida media de acción, los efectos adversos serán más frecuentes y graves que en el resto de la población. (Varon y cols., 2000; Little y cols., 1999; castellanos y cols., 1996).

(IBQ, 2004; Castellanos y cols. , 1996; Little y cols., 1999; Misrachi y Cabargas, 1999; Varon y cols., 2000).

2.6. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas y uso de medicamentos en adultos mayores de 65 años de consultorios de atención primaria de la ciudad de Villa Alemana.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el perfil del adulto mayor.
- Determinar prevalencia de alteraciones sistémicas en adulto mayor de 65 años.
- Conocer los fármacos frecuentemente utilizados por los adultos mayores.
- Relacionar las enfermedades más comunes con las variables sexo y edad.
- Revisar bibliográficamente la interacción entre las enfermedades sistémicas, el uso de medicamentos y su repercusión en la cavidad bucal.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. MATERIAL

Este es un estudio de tipo descriptivo que busca determinar en la población de adultos mayores de la ciudad de Villa Alemana, las enfermedades crónicas y uso de medicamentos o fármacos.

La comuna de Villa Alemana tiene un población de 95,623 habitantes, de los cuales el 9,5% (9129) son mayores de 65 años; de ellos, el 41% hombres y el 59% mujeres. El 98,7% (9013) de los mayores de 65 años vive en la zona urbana y el 1.3% en la zona rural.

Esta comuna posee 2 consultorios: Consultorio Eduardo Frei y Consultorio Periférico, además de la posta Las Américas, y las avanzadas de salud. Estas últimas se encuentran en los lugares con menos acceso a los consultorios y poseen personal paramédico para realizar los procedimientos que indica el médico, el cual realiza rondas semanales.

Del total de los asignados al Consultorio Periférico, el 14,7% (5,833) son mayores de 65 años, de los cuales 96,4% (5,624) son beneficiarios de dicho establecimiento y el 69,8% (3,929) son activos, es decir, asisten a control en forma periódica.

En el caso del Consultorio Eduardo Frei, del total de la población asignada, el 7,8 % (3,073) son mayores de 65 años, siendo beneficiario el 60,6% (1864), de los cuales 96,5% (1,800) son activos. En ambos consultorios el 40% de los beneficiarios adultos mayores son hombres y el 60% son mujeres.

3.1.1. UNIVERSO

La población de estudio corresponde a los individuos mayores de 65 años de edad, hombres y mujeres, que asisten periódicamente (activos) a los consultorios periférico y área sur, y corresponde a un total de 5,729 personas.

3.1.2. MUESTRA

La muestra se seleccionó en forma aleatoria simple, se eligieron fichas clínicas de los pacientes activos inscritos en el servicio consultado. Se trabajó con una muestra de 122 fichas correspondientes al 2,1 % del universo.

La selección de fichas se hizo por medio de una tabla simple de números aleatorios, donde se consideraron los 3 primeros dígitos de cada número, los que debían coincidir con los dígitos de inicio de la cédula. En caso de no existir una cédula con estos dígitos se pasaba al número aleatorio siguiente, hasta encontrar coincidencia entre la cédula y el número aleatorio. En caso de existir coincidencia con más de un ficha, se seleccionaban aquellas con número de cédula

menor terminada en guión par. Ante la ausencia de números terminados en par se elegía aquella terminada en K o se elegía la de RUT menor.

De los 122 pacientes correspondientes a la muestra, 43 corresponden (35,2%) a pacientes del sexo masculino y 79 (64,7%) al sexo femenino, con una edad promedio de 75,8 años con una D.S. de 7,7. Al analizarlo, por sexo el promedio de edad en mujeres es 75,7 con una D.S. de 8,0 y el promedio de edad en hombres es de 75,9 con una D.S. de 7,2.

Los pacientes incluidos en la muestra corresponden a pacientes, cuyo último control no hubiese sido previo al año 2002. Se excluyeron todas aquellas fichas con número de cédula de identidad mayor a 5.200.000, asumiendo que estos pacientes eran menores de 65 años. También fueron excluidos aquellos pacientes cuya ficha médica no estaba presente al momento de la recolección de los datos.

3.2. MÉTODO

Se confeccionó una ficha para la recolección de datos, que fue necesario validar en el servicio consultado. Para ello se revisaron 20 fichas clínicas mejorando así el instrumento. Durante la prueba se consultaron las cartolas de farmacia con el fin de obtener los fármacos prescritos y excluir a los pacientes que no acudían a control desde el año 2002 por la probabilidad de que pudiesen haber fallecido.

Para obtener la información de los pacientes se consultaron las fichas clínicas médicas y cartolas de farmacias del servicio, consignando los datos en un instrumento diseñado para este fin. (Anexo 1)

Fueron registradas las siguientes variables:

- Identificación del paciente.
- RUT.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Anamnesis general: Enfermedades crónicas.
Medicamento utilizado.

Los datos definidos a continuación fueron obtenidos de los registros del consultorio:

- Ficha Médica Clínica: Registro médico legal, que tiene por objeto, registrar la historia médica de los pacientes, motivos de consultas, diagnósticos y tratamientos.
- Cartola de Farmacia: Consiste en una ficha archivada en Farmacia, donde se encuentran registrados los fármacos prescritos por el médico durante la última consulta, junto con un control del uso de éstos, puesto que debe ser firmada por el paciente cada vez que retire los medicamentos del consultorio.

3.2.1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

De la ficha médica se obtuvo los datos personales y las alteraciones sistémicas, consignándose sólo aquellas enfermedades crónicas diagnosticadas médicamente. Los datos referentes a fármacos, frecuencia y dosis se recogieron de las cartolas de farmacias.

Se optó por consultar las cartolas de farmacia cuando los pacientes presentaban fármacos prescritos consignados en la ficha médica, por corresponder a un registro fiable de los fármacos consumidos por los pacientes, puesto que la inexistencia de esta cartola significa que el médico tratante no indicó medicamentos.

3.2.2. VARIABLES

1.- Sexo: Corresponde a las categorías clínicas de masculino y femenino.

Operacional: Registro del dato en el instrumento "ficha clínica" del servicio consultado.

2.- Edad: Se considera a todos los nacidos antes del 1 de enero de 1940.

Operacional: Registro del dato consignado según cédula de identidad en el instrumento ficha clínica del servicio consultado.

3.-Alteraciones Sistémicas: Operacionalmente se consideraron las enfermedades crónicas diagnosticadas en la ficha clínica médica de cada consultorio. Las alteraciones sistémicas se clasificaron según cantidad de patologías diagnosticadas en:

a.- Simples: padece sólo una enfermedad.

b.- Combinadas: padece más de una enfermedad.

4.- Fármacos: Medicamentos utilizados por los individuos, registrados en cartola de farmacia.

5.-Número de Medicamentos: Se clasificaron según la cantidad de medicamentos consumidos, registrados en cartola.

6.- Grupo Farmacológico: Se clasificó, según tipo de acción terapéutica efectuada en el organismo. Para esto se utilizó la clasificación de la EPHMRA (clasificación anatómico-químico-terapéutica de la European Pharmaceutical Markets Research Association).

7.- Principio Activo: Es el o los componentes que le confiere su funcionalidad farmacológica. Se clasificó en:

a.- Monocomponentes: aquellos que poseen un principio activo.

b.- Policomponentes: aquellos que poseen más de un principio activo.

8.- Dosis: Cantidad de mg/día consumida por el paciente, registrada en cartola de farmacia.

3.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo, bivariante en el que se trabajo con planillas de cálculo Excel, aplicando sobre los datos el test estadísticos χ^2 .

3.2.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones del estudio se pueden nombrar las siguientes:

- Exclusión de pacientes que no se controlaron los años 2003 y 2004 de forma tal que no pudo consignarse si correspondían a pacientes sanos o enfermos durante el período estudiado.
- Algunas fichas médicas no contenían toda la información, razón por la cual, de las 130 fichas originales se trabajo sólo con 122.

4. RESULTADOS

4.1. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Del total de 122 pacientes que conformaban la muestra, se encontró un total de 96 enfermos (78,6%), 31 hombres (32,2%) y 65 mujeres (67,7%). Tabla XI.

Tabla XI: PREVALENCIA DE ADULTOS MAYORES ENFERMOS DE VILLA ALEMANA.

Género	Sanos		Enfermos		Total
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
Masculino	12	46,1	31	32,2	43
Femenino	14	53,8	65	67,7	79
Total	26	100	96	100	122

Del total de 96 pacientes enfermos se encontró que 42 presentan sólo una enfermedad (43,7%) y 54 más de una (56,2%). Tabla XII.

Tabla XII: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN ADULTOS MAYORES DE VILLA ALEMANA

Género	No		Si				Total
	Cantidad	%	Una enfermedad		Más de una		
			Cantidad	%	Cantidad	%	
Masculino	12	9,8	14	11,4	17	13,9	43
Femenino	14	11,4	28	22,9	37	30,3	79
Total	26	21,3	42	34,4	54	44,2	122

De los 96 pacientes un gran porcentaje es menor de 80 años, de los cuales el 80,7% padece al menos una enfermedad sistémica; en contraste con el 75% de los pacientes de 80 años y más. Tabla XIII.

Tabla XIII: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD.

Edad	Enfermos		Sanos		Total	%
	Cantidad	%	Cantidad	%		
Menores de 80 años	63	80,7	15	19,2	78	100
80 años y más	33	75	11	25	44	100
Total	96		26		122	100

Al analizarlo por género, el 75,8% de los hombres enfermos menores de 80 años presenta al menos una enfermedad sistémica contrastando con las mujeres con un porcentaje correspondiente a 83,6%. De los mayores de 80 años, el 64,2% son hombres y el 80% mujeres de ese rango de edad, padecen alguna enfermedad. Tabla XIV y XV.

Tabla XIV: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN ADULTOS MAYORES VARONES SEGUN EDAD.

Edad	Enfermos		Sanos		Total	%
	Cantidad	%	Cantidad	%		
Menores de 80 años	22	75,8	7	24,1	29	100
80 años y más	9	64,2	5	35,7	14	100
Total	31		12		43	100

Tabla XV: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN ADULTOS MAYORES MUJERES SEGÚN EDAD.

Edad	Enfermos		Sanos		Total	%
	Cantidad	%	Cantidad	%		
Menores de 80 años	41	83,6	8	16,3	49	100
80 años y más	24	80	6	20	30	100
Total	65		14		79	100

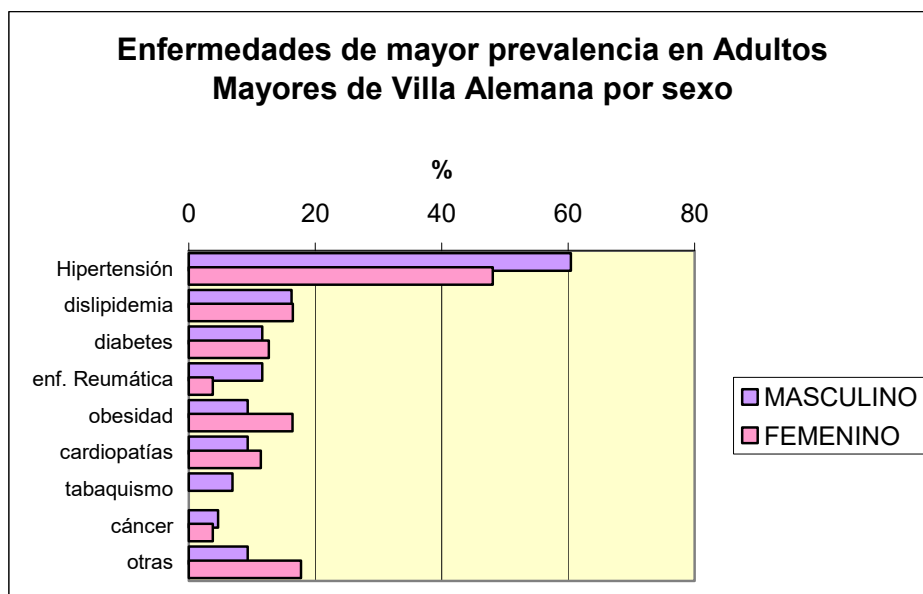
En relación con la prevalencia de enfermedades en la población total, se encontró que la Hipertensión (52,4%) es la de mayor prevalencia, seguida en orden decreciente por: Enfermedades Reumatoideas (20,4%), Diabetes Mellitus (14,7%), Dislipidemia (13,1%) y Obesidad (11,4%). Tabla XVI.

Tabla XVI: ENFERMEDADES MÁS PREVALENTES EN ADULTOS MAYORES DE VILLA ALEMANA.

	Si		No		Total
	Cantidad	%	Cantidad	%	
Hipertensión	64	52,4	58	47,5	122
Enf. Reumática	25	20,4	97	79,5	122
Diabetes	18	14,7	104	85,2	122
Dislipidemia	16	13,1	106	86,8	122
Obesidad	14	11,4	108	88,5	122
Cardiopatías	7	5,7	115	94,2	122
Tabaquismo	6	4,9	116	95	122
Cáncer	2	1,6	120	98,3	122
Otras	18	14,7	104	85,2	122
Total	170				

No obstante, la Hipertensión es la enfermedad de mayor prevalencia en ambos sexos, estos difieren en sus porcentajes respecto del resto de las enfermedades sistémicas. En los hombres siguiendo un orden decreciente, se encuentra la Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes, Enfermedad Reumatoidea y Obesidad. En cambio, en las mujeres, se observa un mayor porcentaje de Obesidad que de Dislipidemia. Gráfico 1.

Gráfico 1:



Considerando la distribución de estas enfermedades según rangos de edad, se observó que en los menores de 80 años la prevalencia de enfermedades está compuesta por un 40,1% con Hipertensión, 15,5% con Reumatismo, 11,4% de pacientes con Dislipidemia, 10,6 % con Diabetes, y un 9,0% con Obesidad. Es importante destacar que el 100% de los mayores de 80 años no fuma. Tabla XVII.

Tabla XVII: DISTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE MAYOR PREVALENCIA EN ADULTOS MAYORES DE VILLA ALEMANA SEGÚN RANGO ETARIO.

Edad	HTA	Enf Reumática	Diabetes	Obesidad	Dislipidemia	Tabaquismo	Depresión	Gastritis	cáncer	cardiopatías	otra	enf tot
menores de 80	49	19	13	11	14	6	3	4	2	3	11	135
80 y más	15	6	5	3	2	0	2	1	0	4	6	44
Total	64	25	18	14	16	6	5	5	2	7	26	179

La Hipertensión se presenta con mayor incidencia en hombres que en mujeres, aún cuando estas diferencias no son estadísticamente significativas. Tabla XVIII.

Las mujeres, en cambio, padecen 2,5 veces más de Enfermedades Reumatoideas que los hombres, encontrándose un 25% y 11% respectivamente. Esta diferencia es estadísticamente significativa. Tabla XVIII.

La Diabetes se observa en un porcentaje ligeramente superior en las mujeres (16,4% en contraposición con un 11,6% en los hombres). Las mujeres, además presentan mayor prevalencia de Obesidad (12,6%) que los hombres (9,3%). Sin embargo, estas diferencias encontradas no son estadísticamente significativas. Tabla XVIII.

Tabla XVIII: ENFERMEDADES MÁS PREVALENTES EN ADULTOS MAYORES DE VILLA ALEMANA SEGÚN SEXO.

	Si		No		Total
	cantidad	%	cantidad	%	
HIPERTENSIÓN					
Masculino	26	60,4	17	39,5	43
Femenino	38	48,1	41	51,8	79
	64		58		122
ENFERMEDAD REUMÁTICA					
Masculino	5	11,6	38	88,3	43
Femenino	20	25,3	59	74,6	79
	25		97		122
DIABETES					
Masculino	5	11,6	38	88,3	43
Femenino	13	16,4	66	83,5	79
	18		104		122
OBESIDAD					
Masculino	4	9,3	39	90,6	43
Femenino	10	12,6	69	87,3	79
	14		108		122

4.2. CONSUMO DE FÁRMACOS

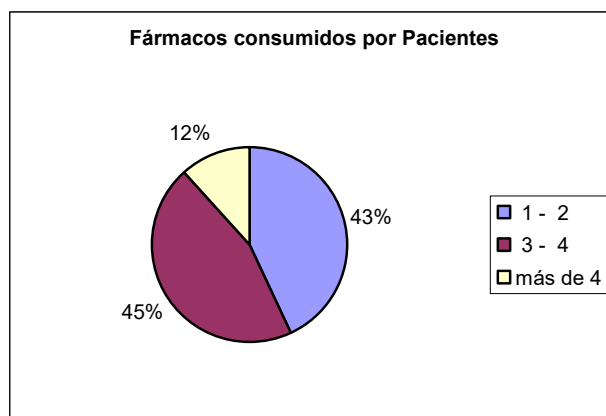
Considerando todos aquellos pacientes que consumían fármacos bajo prescripción médica se determinó que el promedio de fármacos consumidos es de 2,9 fármacos con una D.S. de 1,5.

En la distribución por género, el total de la muestra (122) arrojó que los hombres consumen una cantidad ligeramente superior de fármacos que en promedio es de 2,0 fármacos con una D.S. de 1,8. En relación a la media del consumo de fármacos, en el total de las mujeres que es de 1,9 fármacos con una D.S. de 1,6. Aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Sin embargo, si consideramos sólo a los pacientes enfermos estos promedios varían, encontrándose según la distribución por género un promedio de consumo en hombres enfermos correspondiente a 3 fármacos con una D.S. de 1,3 y en el caso de las mujeres enfermas de 2,6 fármacos con D.S. de 1,4.

En el gráfico 2 se observa que del total de pacientes que consumen fármacos el 45% de éstos consume de 3 a 4 y el 12% más de 4 medicamentos diferentes.

Gráfico 2:



De la muestra de 122 pacientes, 86 (70,4%) consumían fármacos, de los cuales 29 (33,7%) son hombres y 57 (66,2%) mujeres. Tabla XIX.

Tabla XIX: CONSUMO DE FÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE VILLA ALEMANA.

	Masculino		Femenino		Total
	Cantidad	%	Cantidad	%	
Si	30	66.6	56	72.7	86
No	15	33.3	21	27.2	36
Total	45	100	77	100	122

Se encontró a 10 (10,4%) pacientes que, aún cuando padecían enfermedades sistémicas, no registraban prescripción de fármacos. Tabla XX.

Tabla XX: CONSUMO DE FÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES ENFERMOS DE VILLA ALEMANA.

Consumo Fármacos	Sanos		Enfermos		Total
	Masculino	femenino	Masculino	Femenino	
Si	0	0	29	57	86
No	12	14	2	8	36
Total	12	14	31	65	122

Hipótesis nula: no existe diferencia estadística en la proporción de hombres y mujeres enfermos que no consumen fármacos.

Resultado: se acepta hipótesis nula con un 95% de confianza

El número total de fármacos incluidos en este trabajo es de 274, de los cuales un 91,6% son monocomponentes y 8,39% son asociaciones de varios componentes activos.

De los 27 medicamentos prescritos a los pacientes de este estudio, 2 están constituidos por más de un principio activo, éstos son el UREN® que presenta dos principios activos y el FERRANEM® con cuatro. Tabla XXI.

Tabla XXI: FÁRMACOS CONSUMIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN ADULTOS MAYORES DE VILLA ALEMANA.

	Masculino		Femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Enalapril	17	19,7	24	27,9	41	47,6
Ac. Acetilsalicílico	13	15,1	17	19,7	30	34,8
Nitrendipino	13	15,1	16	18,6	29	33,7
Uren	8	9,3	12	13,9	20	23,2
Atenolol	4	4,6	3	3,4	7	8
Glibenclamida	4	4,6	10	11,6	14	16,2
Calcio	3	3,4	18	20,9	21	24,3
Furosemida	3	3,4	6	6,9	9	10,3
Lipotril	3	3,4	5	5,8	8	9,2
Cloruro de potasio	2	2,3	4	4,6	6	6,9
Digoxina	2	2,3	4	4,6	6	6,9
Hidroclorotiazida	2	2,3	4	4,6	6	6,9
Trinitina	2	2,3	1	1,1	3	3,4
Amiodarona	1	1,1	2	2,3	3	3,4
Clorpromazina	1	1,1	3	3,4	4	4,5
Metformina	1	1,1	5	5,8	6	6,9
Paracetamol	1	1,1	5	5,8	6	6,9
Ferranem	0	0	3	3,4	3	3,4
Lovastatina	0	0	5	5,8	5	5,8
Otros	22	20,2	25	23,4	47	49,7
Total	102		172		274	

En relación con la dosis de los fármacos más consumidos es posible referir sin duda que la dosis de ácido acetyl salicílico (100mg) prescrita es la que se mantiene más estable, tanto en hombres como en mujeres menores de 80 años y en los de 80 años y más.

La dosis de UREN® es la que presenta una mayor variación principalmente en el sexo femenino donde, si bien la dosis promedio es menor que en los hombres, las dosis prescritas varían considerablemente.

Tabla XXII : DOSIS PROMEDIO DE LOS FÁRMACOS MÁS CONSUMIDOS POR ADULTOS MAYORES DE VILLA ALEMANA SEGÚN SEXO Y EDAD.

	Menores de 80 años		80 años y más	
	Media	D.S.	Media	D.S.
ENALAPRIL				
Masculino	16,0	6,7	16,6	4,7
Femenino	18,6	9,9	15	9,1
A. A. S.				
Masculino	100	0	100	0
Femenino	110	30	100	0
NITRENDIPINO				
Masculino	28,8	8,7	32,5	8,2
Femenino	21,2	3,3	23,7	6,9
UREN				
Masculino	69,6	13,1	75	0
Femenino	65,6	16,2	46,8	16,2

En la tabla XXIII se indica los medicamentos activos utilizados, distribuidos por grupo farmacológico siguiendo la clasificación EPHMRA modificada. Los fármacos cardiovasculares son los más utilizados (46,9%), seguidos por antiagregantes e hipolipemiantes representando en conjunto un 19,2% y los fármacos que actúan sobre el aparato digestivo y metabolismo equivalentes a un 18,9%.

Tabla XXIII.-GRUPOS FARMACOLÓGICOS (clasificación EPHMRA modificada) ³

	Nº	%	Intervalo	Confianza ⁴
A – Ap. Digestivo y Metabolismo				
Antidiabéticos Orales	20	7,2	19,7	20,3
Vitaminas	5	1,8	4,7	5,3
Sales Minerales	27	9,8	26,7	27,3
Total	52	18,9		
B – Sangre y O. Hematopoyéticos				
Anticoagulantes	30	10,9	29,7	30,3
Hipolipemiantes	23	8,3	22,7	23,3
Total	53	19,2		
C – Cardiovascular				
F. de acción cardíaca	9	3,2	8,7	9,3
Hipotensores	8	2,9	7,7	8,3
Diuréticos	35	12,7	34,7	35,3
Vasoter. Central y Periférica	77	28,1	76,7	77,3
Total	129	47,0		
D - Ap. Locomotor				
Antinflamatorios (Aines)	6	2,1	5,7	6,3
Total	6	2,1		
E - Sist. Nervioso Central				
Sedantes	4	1,4	3,7	4,3
Antidepresivos	5	1,8	4,7	5,3
Total	9	3,2		
F - Ap. Respiratorio				
Antiasmáticos	2	0,7	1,7	2,3
Total	2	0,7		
G - Varios	23	8,3	22,7	23,3
Total	274	100		

3: EPHMRA: Clasificación anátomo-químico-terapéutica de European Pharmaceutical Markets Research Association.

4: Intervalo de confianza del 95%.

5. DISCUSIÓN

5.1. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

En el presente estudio, para la obtención de los datos se utilizó la ficha médica considerando que ésta constituye un registro fidedigno de las patologías diagnosticadas por el equipo profesional tratante. Existen otros estudios que utilizan encuestas de salud arriesgando a consignar como enfermedad aquello que el paciente siente y percibe como tal y no al diagnóstico médico, existiendo por tanto sobrevaloración de ciertas patologías.

El total de la muestra arrojó un 78,6% de pacientes con alteraciones sistémicas, lo que resulta coincidente con un estudio similar realizado en Tailandia con 82,5% (Jainkittivong y cols., 2004), Barcelona con 85 % (López y Giménez, 2004) y Estados Unidos con 85% (Little y cols., 2004), pero difiere de Japón con 64,2% (Umino y Nagao, 1993). Esto se podría explicar por el nivel de desarrollo alcanzado por este país sumado a la prevención, detección y tratamiento precoz de las enfermedades; debemos considerar que en Japón, el 24,4% de la población es mayor de 60 años de los cuales el 21,7% tiene una esperanza de vida sana.

En cambio, en Málaga (Lucena y González, 1994), la prevalencia descrita es de 98,5%. Este resultado podía estar fundamentado por el tipo de estudio realizado, el cual fue combinado por cuanto, se interrogaron pacientes y se analizaron historias clínicas; al interrogar pacientes puede existir sobrevaloración de algunos cuadros sistémicos, percibiendo como patologías determinados síntomas. Sumado a lo anterior es importante agregar las diferencias en las poblaciones estudiadas ya que el estudio realizado en Málaga incluyó a pacientes de centros geriátricos, los cuales podemos deducir que si estuvieran sanos no estarían en este tipo de institución.

Encontramos discordancia en los porcentajes descritos para pacientes con dos o más enfermedades sistémicas mencionadas en la literatura, ya que Timiras el año 1997 publicó porcentajes de 61% para mujeres en los rangos de edad entre 70 a 79 años y 70% en mayores de 80 años. Para varones en cambio el 47% y 43%, respectivamente. Los resultados obtenidos en el presente estudio son significativamente más bajos para los mismos rangos de edad: mujeres 55,1% y 36,6% y hombres 63,1% y 14,2%. Estas diferencias pueden ser atribuidas a las diferencias entre las poblaciones de estudio; también se podrían explicar ya que se excluyó a los pacientes que no concurrían a controles y aquellos que no tenían su cartola de farmacia al día (quienes no habían retirado sus medicamentos), con lo que se pudo haber excluido a aquellos que, por el grado de deterioro de su salud, no asistieron a dicho centro asistencial.

No obstante, al considerar el rango de edad, el porcentaje de adultos menores de 80 años que padece al menos una enfermedad es del 80,7%. Este aumento en la prevalencia se debe a que un porcentaje aproximado del 65% de la muestra es menor de 80 años.

Según nuestra investigación las mujeres adultas mayores, menores de 80 años enferman más que los hombres. Esta tendencia se observa igualmente en mayores de 80 años donde los porcentajes son 64,2% en hombres y 80% en mujeres, esto concuerda con el estudio

realizado por Jainkittivong en el año 2004 en Tailandia, con prevalencia de enfermedades sistémicas del orden de un 86,5% en mujeres; valor más alto que el encontrado en el presente estudio.

En relación a la prevalencia de enfermedades, encontramos que la Hipertensión es la enfermedad sistémica con mayor prevalencia, lo que es concordante con todos los estudios antes revisados: Japón (Umino y Nagao, 1993), Tailandia (Jainkittivong y cols., 2004), Estados Unidos (OPS, 1994; Little y cols., 2004; Jainkittivong, 1995), América Latina y El Caribe (CEPAL, 2003), Barcelona (López y Giménez, 2004) y Chile (MINSAL 2002b), aún cuando existen diferencias en el porcentaje obtenido en dichos estudios. En Segundo lugar, siguiendo en escala decreciente, encontramos a la Enfermedad Reumatoidea (20,4%). Esto concuerda con el orden de prevalencia entregado por la encuesta Nacional de Salud del año 2003 en Chile, al igual que con la encuesta SABE de América Latina y El Caribe. Sin embargo, nuestro estudio arrojó diferentes porcentajes comparados con la encuesta nacional y SABE Chile, puesto que mencionan que un 49,7% y un 32% de la población respectivamente las padece. Esta diferencia en términos numéricos podría estar relacionada con la premisa que una encuesta interroga a las personas sobre sus dolencias y no se acompaña siempre de un diagnóstico médico, razón por la cual, los pacientes tienden a sobrevalorar este tipo de enfermedades. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de enfermedades reumáticas 25,3% sobre un 11,6% encontrado en hombres. Cabe destacar que las mujeres presentan alrededor de 2,5 veces más Enfermedad Reumatoidea que los hombres, resultado similar a los valores referidos por la CEPAL el año 2003. Siguiendo la escala de prevalencias determinadas en este estudio, se encuentran la Diabetes con un 14,7 %, la Dislipidemia con un 13,1 % y Obesidad con un 11,4%.

Los porcentajes obtenidos de Diabetes Mellitus concuerdan con la Encuesta Nacional de Salud, con los valores encontrados en Tailandia (14%) y con la encuesta SABE Chile (13,4%) no así con la prevalencia estimada por el MINSAL para la comuna de Villa Alemana en Chile (10,4%) y Estados Unidos (10,4%), país en que se ha descrito una prevalencia menor de dicha enfermedad y con los valores arrojados por la encuesta SABE Latinoamérica (21,6%). Este valor mayor se puede explicar por cuanto en América Latina se espera un porcentaje mayor de Diabetes Mellitus en parte reflejado por una mayor tendencia a presentar dicha enfermedad en los grupos étnicos indígenas (CEPAL, 2003).

En relación con los valores encontrados para la Dislipidemia (13,11%) resulta interesante observar que se encuentran muy por debajo de los que indicados en la Encuesta Nacional de Salud (36%) (MINSAL, 2003). Lo mismo sucede con un estudio realizado en Estados Unidos (Massardo, 2004) donde se concluye que 1/3 de los hombres mayores y 1/2 de las mujeres sufre Dislipidemia, sumado a esto, en este país se encontró que la Dislipidemia es de mayor prevalencia en los adultos que sufren Hipertensión.(Genest y cols., 2003). Estas diferencias en los porcentajes pueden ser atribuidas al bajo porcentaje de pacientes en control por esta enfermedad, en los consultorios estudiados.

La prevalencia de depresión encontrada (5,2% general, 7,6% en mujeres, 0% en hombres) es inferior a lo referido en las encuestas de salud (13,4% y 23,8%) (MINSAL, 2003 ; OPS, 2000), SABE Chile (25%) y en estudios de atención primaria en Chile, donde son

reportadas prevalencias del 27,5% (Brizzolara y cols., 1998). Sin embargo, concuerda con lo informado en España con un 5% (Farreras y Rozman, 1997).

Sin embargo, Brizzolara indica altos porcentajes de depresión en atención primaria. Los bajos porcentajes de este estudio por tanto, pueden deberse a: 1) Los pacientes con sospecha de depresión son atendidos en los módulos de salud mental para su diagnóstico y luego determinar la eventual derivación del caso a la especialidad correspondiente en el nivel secundario; 2) En una omisión diagnóstica debido a la carga asistencial que se genera en los servicios de atención primaria de la zona.

Analizando los valores descritos para la Obesidad, en el caso del presente estudio fue 14,5%, lo que no es concordante con los datos encontrados en la literatura puesto que la CEPAL el año 2003 indica que un 30% de los mayores de 60 años son obesos, según la Encuesta Nacional de Salud un 29% y en Canadá (Genest y cols., 2003) este valor sería del orden de un 31%. Las discrepancias en los valores obtenidos en este estudio en relación a la literatura, pueden explicarse por las siguientes causas: El paciente obeso no consultaría por esta condición, sino más bien lo hace cuando existe otra patología de base; hipótesis sustentada en que todos los pacientes de este estudio con diagnóstico de Obesidad, presentan al menos una enfermedad asociada, la cual en este estudio correspondió a la Hipertensión, seguida por la Dislipidemia. Otra explicación es la eventual subestimación del estado nutricional de los pacientes omitiendo el diagnóstico.

5.2. CONSUMO DE FÁRMACOS

Existen diferentes tipos de estudios publicados que intentan determinar el consumo de fármacos: unos mediante encuestas a la población, otros lo hacen a través de una revisión de la historia clínica y otros que revisan las fichas de prescripción de patología crónica (cartola de farmacia) (Matta y cols., 1990). Con la finalidad de asegurar datos consistentes en nuestro estudio revisamos tanto las historias clínicas como las cartolas de farmacia.

Las fichas de prescripción continuada permiten un mejor registro y control de fármacos disminuyendo el grado de incumplimiento y el consumo de asociaciones de fármacos que aumenten las reacciones adversas y las interacciones farmacológicas que pueden ocasionar dichos medicamentos. (Martínez y García, 1992). Permiten además un análisis cualitativo y cuantitativo de la prescripción por patologías crónicas. (Antoja y cols., 1987).

En el presente estudio, el número de pacientes consumidores de fármacos es de 86 equivalentes al 70,49% de la población total. Similares valores se encontraron en Chile en el año 1989 (Sarra, 1989) donde se reportó valores del 70% y en Tailandia 68,3%. En Cataluña, España (López y Giménez, 2004), se reportan porcentajes del orden del 41,0% de los mayores de 60 con consumo regular de fármacos.

Sin embargo, en Málaga (Lucena y González, 1994) el valor encontrado fue de 98,2%. Este alto porcentaje resulta por la inclusión de fármacos prescritos en tratamientos y fármacos

automedicados. En el presente estudio se incluyeron sólo aquellos fármacos prescritos médicamente, debidamente consignados en la cartola de farmacia.

La distribución por sexo muestra que el 67,4% de los hombres y el 72,1% de las mujeres, consume fármacos. Esto resulta coincidente con los resultados obtenidos en estudios realizados en Zaragoza (Martínez y García, 1992) y Tailandia (Jainkittivong y cols., 2004) en los que los resultados indican que el porcentaje en las mujeres es ligeramente superior que en los hombres. Esto puede tener explicación en función de una mayor preocupación de las mujeres por su salud y demandan por consiguiente mayor atención médica que los hombres (Jainkittivong y cols., 2004).

La media del consumo de fármacos por paciente es de 2,9 con DS de 1,5. Resultados similares se encontraron en Zaragoza, donde la media fue de 3,0 con una D.S de 1,5. No así en Málaga en donde la media fue de 5,2 con una D.S. de 2,7, muy por sobre lo esperado, debido a la inclusión no sólo de los fármacos prescritos, sino también de los automedicados.

En el presente estudio se encontró que la media del consumo fármacos de la muestra de hombres es de 2,0 con una D.S. de 1,8 y en la muestra de mujeres es 1,9 con una D. S. de 1,6.

Sin embargo, el promedio de fármacos consumidos por parte de los adultos mayores consumidores de fármacos es de 3 con una D.S. de 1,3 en hombres y de 2,6 con una D. S. de 1,4 en mujeres. La diferencia entre los promedios del total de la muestra difiere del promedio del grupo de consumidores de fármacos por cuanto en este último caso se consideraron sólo pacientes que al menos consumían uno.

El promedio encontrado, ligeramente superior en los hombres, podría explicarse porque en promedio de edad la muestra de hombres es mayor; o sea son más viejos. Sumado a lo anterior podemos decir, que en general los hombres solicitan atención cuando presentan un compromiso sistémico mayor, necesitando para su tratamiento un mayor consumo de fármacos.

El número total de fármacos incluidos en este trabajo es de 274, de los cuales un 91,60% son monocomponentes y un 8,3% son asociaciones de varios componentes activos. Valores similares se encuentran en Zaragoza (Martínez y García, 1992). Esto es el reflejo de la tendencia actual de las empresas farmacéuticas, las que incorporan la menor cantidad de principios activos en sus fármacos para disminuir el riesgo de reacciones colaterales.

De los grupos farmacológicos clasificados según la EPHMRA encontramos que el 47% de los fármacos consumidos por los pacientes de este estudio pertenecían al grupo de los medicamentos de acción cardiovascular, el 19,9% de acción sobre el aparato digestivo y metabólico en tanto que el 19,3% actúa sobre la sangre y órganos hematopoyéticos. En estudios similares los resultados encontrados indicaron que los fármacos de acción cardiovascular son de mayor consumo con porcentajes que fluctúan alrededor del 32%. Con respecto a los fármacos de acción sobre el aparato digestivo y metabólico encontramos que en Tailandia (Jainkittivong y cols., 2004) representan un 24,3% a diferencia de Zaragoza, España (Martínez y García, 1992) que constituye el 6,5%. La marcada diferencia en el consumo de

fármacos que actúan sobre el aparato digestivo y metabólico podría tener explicación basado en la idea que la diabetes y dislipidemia en países desarrollados como España, sería diagnosticada en forma precoz y es tratada mediante dietoterapia. No así en países como Tailandia donde la detección de estas enfermedades se haría en forma tardía, con lo que la medicación sería indispensable

Si bien existe un porcentaje importante de pacientes con Enfermedad Reumatoidea sólo un 2,8% del total de fármacos corresponden a AINES prescritos para tratar dicha enfermedad; la mayoría de los pacientes que padecen la enfermedad son tratados utilizando Calcio. Lo anterior podría explicarse por: 1) La eventual subevaluación del cuadro clínico y sintomatología que acompaña a estas enfermedades; 2) La sustitución de los AINE con el fin de evitar efectos adversos como hemorragia digestiva y eventos trombóticos cardiovasculares; 3) Preferencia del uso de calcio en conjunto a tratamientos no farmacológicos como el: control de peso, acondicionamiento aeróbico, ejercicios para reforzar la musculatura o disminuir los ejercicios con carga de peso (Massardo, 2004).

Existe una discrepancia entre la prevalencia de enfermedades y el consumo de fármacos para el tratamiento de las mismas, ésto podría explicarse porque:

- 1.) No todos los pacientes enfermos consumen fármacos.
- 2.) Existen enfermedades que se tratan mediante dietoterapia tales como: hipertensión, diabetes y dislipidemia.
- 3.) Los porcentajes por tanto, no son comparables ya que uno indica la prevalencia de la enfermedad (de un total de 122 pacientes) y el otro indica los fármacos consumidos (de un total de 274 fármacos).

6. CONCLUSIÓN

- 1 La prevalencia de las enfermedades sistémicas crónicas en los adultos mayores de ambos sexos en control médico en la comuna de Villa Alemana es del 78,6%.
- 2 Los adultos mayores presentan polimorbilidad en un 56,2% y un 43,7% padece sólo una enfermedad.
- 2 En relación a la prevalencia de cada una de las enfermedades estudiadas, se encontró que la Hipertensión (52,4%) es la de mayor prevalencia, seguida en orden decreciente por: Enfermedades Reumatoideas (20,4%), Diabetes Mellitus (14,7%), Dislipidemia (13,1%) y Obesidad (11,4%).
- 3 En relación al sexo, el 78,5% de los hombres enfermos menores de 80 años presenta al menos una enfermedad sistémica. En las mujeres este porcentaje corresponde al 83,6%, lo mismo se observa en los mayores de 80 años donde los porcentajes son 64,2% y el 80% respectivamente. De lo anterior, podemos deducir que las mujeres tienden a consultar más que los hombres.
- 4 Las diferencias por sexo no son estadísticamente significativas, excepto en el caso de las Enfermedades Reumatoideas que se presenta 2,5 veces más en mujeres que en hombres.
- 5 De acuerdo a los hallazgos encontrados, es de destacar que contrario a la opinión clínica generalizada, la Enfermedad Reumatoidea ocupa el segundo lugar dentro de las enfermedades sistémicas de importancia.
- 6 El 70,4% de la población estudiada consume fármacos, de los cuales 33,7% son hombres y 66,2% mujeres.
- 7 La media de los fármacos consumidos por el total de pacientes de la muestra es de 2,0 con DS de 1,8. En cambio, el promedio de los fármacos consumidos por pacientes con prescripción médica es de 2,9 con un D.S 1,5.
- 8 Los fármacos cardiovasculares (46,9%) son los más utilizados seguidos por los anticoagulantes (10,9%), hipolipemiantes (8,3%) e hipoglicemiantes (7,2%).
- 9 El 10,4% de los pacientes aun cuando padecen alguna enfermedad sistémica, no presentan prescripción de fármacos.
- 10 El mayor porcentaje de los fármacos consumidos posee sólo un principio activo (91,6%).

7. SUGERENCIAS

Se sugiere realizar un estudio similar en población adulta mayor no sólo ligada a centros de atención primaria de salud con la finalidad de conocer la prevalencia de otras enfermedades, tales como el Alzheimer, EPOC, Cáncer, Cardiopatías, Deterioro Cognitivo, entre otras, las que a pesar de su alto impacto en la población de adultos mayores, han quedado fuera de este estudio.

Sería conveniente en un futuro estudio agregar a los instrumentos ya utilizados (historia médica y cartola de farmacia) una encuesta tendiente a pesquisar la automedicación de fármacos, el grado de incumplimiento en el consumo de los mismos, además de relacionar enfermedad diagnosticada en contraste con enfermedad percibida, y cómo ésto, limita o afecta la vida cotidiana del paciente y el tratamiento de dicha enfermedad.

8. RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de enfermedades crónicas y uso de medicamentos en adultos mayores de 65 años.

Se realizó un estudio descriptivo seleccionando una muestra de 122 historias clínicas de individuos que asisten a 2 centros de atención primaria de Villa Alemana. Se analizaron las fichas clínicas y las cartolas de farmacia registrando los datos en un instrumento diseñado para tal efecto y se les aplicó el test estadístico χ^2 .

El 78,68% de la población estudiada padece enfermedades sistémicas, de los cuales 43,75% presentan una enfermedad y 56,25% más de una.

La enfermedad más prevalente es la Hipertensión (52,4%), seguida por Enfermedades Reumatoideas (20,4%), Diabetes Mellitus (14,7%), Dislipidemia (13,1%) y Obesidad (11,4%).

El 70,4% de la muestra consume fármacos.

De los 274 fármacos incluidos el 91,6% son monocomponentes y un 8,3% son asociaciones de varios componentes activos.

De los fármacos consumidos el 47% pertenece al grupo de los medicamentos de acción cardiovascular, el 19,9% de acción sobre el aparato digestivo y metabólico, el 19,3% sobre la sangre y órganos hematopoyéticos.

Junto con el envejecimiento, aumenta la incidencia y prevalencia de enfermedades sistémicas.

La Hipertensión es la enfermedad más prevalente seguida por: Enfermedades Reumatoideas, Diabetes Mellitus, Dislipidemia y Obesidad. La utilización de fármacos en general para estas enfermedades es de 2,06 en promedio, donde los fármacos para las enfermedades cardiovasculares son los más utilizados.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo, M. (1989), *Obesidad, Factores Condicionantes y tratamiento dietético*. En: *Nutrición, Prevalencia de riesgos y tratamiento dietético*. Santiago. Olivares. Pp:85-95.
- Alba, G., Altimiras J., Bara, B., Bonal de Falgás, J., Bravo, P., Cardenete, J., Cordona, D., Castro, I., Clopés, A., De Irala, C., Farré, R., Galduf, J., Gámez, M., González, M., López, S., Mangues, M., Montejo, O. (1999a): *Farmacia Clínica. Volumen I*. J. Bonal de Falgás. Madrid. Síntesis.
- Alba, G., Altimiras J., Bara, B., Bonal de Falgás, J., Bravo, P., Cardenete, J., Cordona, D., Castro, I., Clopés, A., De Irala, C., Farré, R., Galduf, J., Gámez, M., González, M., López, S., Mangues, M., Montejo, O. (1999b): *Farmacia Clínica. Volumen II*. J. Bonal de Falgás. Madrid. Síntesis.
- Antoja , P.; Grifell, M.; Cano, J.(1987): *Sistema de control de calidad de los tratamientos prolongados en un centro de asistencia primaria* .Atención Primaria. 2:67-73.
- Anzola, E.; Wallace, R. (1993): *Análisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela*. Cuaderno técnico N°38. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Pp: 1-17
- Araujo, R.B.; Dos Santos , I.; Cavaleti, M.A.; Da Costa, J.S.; Beria , J. U. (1999): *Assessment of diabetic patient management at primary health care level*. Rev Saude Publica. 33(1):24-32
- Aguilar , P; Cevallos, O.; Larrondo, M.(2001): *Prevalencia de pérdidas dentarias en personas de 65 años y más de la ciudad de Valparaíso*. Tesis de Título 2001. Facultad de Odontología. Universidad de Valparaíso.
- Beard ,K. (2003): *Are drugs really toxic for older people*. Expert Opin Drug Saf. 2(3):211-213.
- Beers, M.; Berkow, R. (1999), *El manual Merk de diagnostico y tratamiento*. Madrid. Harcourt Brace.
- Castellanos, J.; Gay, O.; Díaz, L. (1999), *Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. J.J. Avila. Santafé de Bogotá. El Manual Moderno.
- Brindley, M.J.; Longman, L.P.; Randall, C.; Field, E.A. (2003): *Drug profile of adult patients attending five general dental practices in Merseyside: oral side-effects and potential interactions with dentally prescribed medication*. Prim Dent Care. 10(4):113-118.
- Brizzolara, A., Carrasco, V., Fuentes, P., Grosman, M., Molina, J. (1998), *Compendio de geriatría Clínica*. Santiago. Max Besser.

- CEPAL (2003): La situación de las Personas Mayores. Santiago. Gobierno de Chile.
- Cohen, L. (1980), Enfermedades de huesos y articulaciones. Medicina para Estudiantes de Odontología.. San José de Bogotá. El Manual Moderno. pp174-186.
- Cohen, J.S. (2000): Avoiding adverse reactions. Effective lower-dose drug therapies for older patients. *Geriatrics* 55(2):54-6, 59-60, 63-4
- Cornejo-Arias, E. ; Medina-Lois, E. ; Kaempffer-Ramirez, A.M.; Hernandez-Araya, E. (1995): Health status of the population 60 years of age and older in Santiago, Chile, 1993. *Salud Publica Mex.* 1995 Sep-Oct;37(5):417-23.
- DeBiase, C.B.; Austin ,S.L. (2003): Oral health and older adults. *J Dent Hyg.* Spring. 77(2):125-145.
- Farreras, P., Rozman, C.(1997), Medicina Interna. R. Castillo, J. Estapé, M. Foz, E. Lience, E. Montserrat, LL. Revert, A. Urbano-Marquez. Madrid. Clamades S.L.
- Fullerton, C.; Florenzano , R.; Acuna, J. (2000): Comorbidity of chronic diseases and psychiatric disorders among patients attending public primary care. *Rev Med Chil.* 128(7):729-34.
- Furniss, L.; Craig, S.K.; Burns, A. (1998): Medication use in nursing homes for elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 13(7):433-9
- Gecele, C.; Valenzuela, S. (2002): Estudio del flujo salival y su relación con el daño dentario en pacientes mayores de 60 años, Tesis de Título 2002. Facultad de Odontología. Universidad de Valparaíso.
- Genest, J.; Frohlich, J.; Fodor , G.; McPherson R. (2003): Recommendations for the management of dyslipidemia and the preventionof cardiovascular disease: summary of the 2003 update. *Canadian Medical Association CMAJ .* 28:169 (9)
- Ghezzi, E. M.; Ship, J. A. (2000): Systemic diseases and their treatments in the elderly: impact on oral health. *J Public Health Dent.* 60(4):289-96.
- Gómez. (2000): Gerodontología: una perspectiva clínica (2ª parte). *Rev. electrónica de geriatría y gerontología.* 2 (2)
- Goodman, A. (2003), Las bases Farmacológicas de la terapéutica. Volumen I. McGraw-Hill Interamericana Editores. Ciudad de México. Litográfica Ingramex.
- Grossi, S. (2001): Ataque de la placa Dental: La conexión entre enfermedad periodontal, enfermedad cardiaca y Diabetes Mellitus. *Compendium of continuing education in dentistry: Mujeres y Odontología.* 22 (1): 15-24.

Guyton, A., Hall, J. (1997), Tratado de Fisiología Médica. McGraw-Hill Interamericana editores. México. Ofgloma.

Heft, M.W.; Mariotti, A.J. (2002): Geriatric Pharmacology . Dent Clin North Am. 46(4):869-885.

Hernández, M.(2001), Proceso de envejecimiento. Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Baquero, C. Unibiblos. Bogotá. Pp:17-27.

IQB (2004): Vademecum. Atlas de Interacciones Farmacológicas. Medicina multimedia. Madrid

INE (1999). Chile y los Adultos Mayores, impacto en La Sociedad del 2000. Santiago. Gobierno de Chile.

INE (2002). Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI de Vivienda. Santiago. Empresa periodística la Nación.

Jainkittivong, A.(1995): Evaluation of medical consultations in a predoctoral dental clinics. Oral surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod. 80(4):409-13.

Jainkittivong, A.; Aneksuk, V; Langlais , R.P. (2004): Medical health and medication use in elderly dental patients. J Contemp Dent Pract. 5(1): 31-41.

Kiyak , H.A. (2000): Successful aging: implications for oral health. J Public Health Dent. 60(4):276-81

Koller, M. M.; (1994): Geriatric dentistry: medical problems as well as disease- and therapy-induced oral disorders. Schweiz Rundsch Med Prax. 83(10):273-82.

Kragh A. (2004): Two out of three persons living in nursing homes for the elderly are treated with at least ten different drugs. A survey of drug prescriptions in the northeastern part of Skane. Lakartidningen. 101 (11): 994- 999.

Lauren, D.; Bennett, P.(1983), Farmacia Clinica. Santiago. Salvat Editores.

Little, J.; Falace, D.; Millar, C.; Rhodus, N. (1999), Tratamiento Odontológico del Paciente bajo Tratamiento Médico. Madrid, Harcourt Brace de España.

Little, J.W. (2004): Special medical concerns in the dental management of older adults. Gen Dent. 52(2): 152-60.

López, J; Giménez, M.J.(2004): Sedación en el paciente geriátrico. Med. Oral.9(1):45-55.

Lucena, M.; González, J. (1994): Análisis comparativo de la utilización de medicamentos en diferentes poblaciones ambulatorias de ancianos. Geriátrika. 3:24-30.

Maíz, A.; Arteaga, E.; Prat, H. (1996): Normas para el diagnóstico y tratamiento de las Dislipidemias. *Revista Chilena de Cardiología*. 15(1):32-36.

Maíz, A. (1997): Consecuencias Patológicas de la Obesidad: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia. *Boletín de la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile*. 26(1).

Marin, P.; Hoyl, T.(2003): Evaluación geriátrica inicial en una comunidad urbana y una rural en Chile con las “Escala de la Cruz Roja española y Social UC Chile”. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 38(5):251-7.

Martínez, P.; García, C. (1992): Estudio descriptivo de las prescripciones continuadas en población geriátrica. *Geriátrika*. 1(3): 109-112.

Massardo, L. (2004): Drogas antiinflamatorias no esferoidales y corticoesteroides, Apuntes de Reumatología. Santiago. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Matear, D. (1998): Why do we need education in geriatric dentistry ?. *J Can Dent Assoc*. 64(10):736-8.

Matta, M.; Antoja, P.; Hernández, J. (1990): Estudio de la prescripción de fármacos por patologías crónicas en un centro de atención primaria. *Atención primaria*. 7(2):119-26.

Medina, E.; Kaempffer, A.M.(2000): Adult mortality in Chile. *Rev Med Chil*. 128(10):1144-1149.

MIDEPLAN (2000): Resultados de la VIII encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN 2000). Documento N°12, Situación de los Adultos Mayores en Chile. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (1995): Hipertensión Arterial. Normas Técnicas. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (1999a). Guías de Alimentación para el Adulto mayor. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (1999b). Hipertensión Arterial en el adulto mayor. Serie guías clínicas del adulto mayor. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (1999c). Diabetes Mellitus en el adulto mayor. Serie guías clínicas del adulto mayor. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (2002a). Los Objetivos Sanitarios para Chile para la década 2000 –2010. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (2002b): Norma de la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (2003). Encuesta Nacional de Salud en Chile. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL (2003): Normas Técnicas de Urgencia Odontológica 2003, departamento de salud bucal división de rectoría y regulación sanitaria. Santiago. Gobierno de Chile.

MINSAL: Medidas Frente a Accidentes que puedan producirse durante la atención odontológica, departamento educación para la salud. Santiago. Gobierno de Chile

Misrachi, C; Cabargas, J. (1999): Salud oral en el adulto mayor. División Salud de las Personas, Programa salud del adulto, Minsal, Santiago, Gobierno de Chile

Niessen, L.C.; Gibson, G. (2000): Aging and oral health for the 21st century. *Gen Dent.* 48(5):544-9

Nitschke, I. (2000): Fundamentals of dentistry for geriatric rehabilitation--an introduction to geriatric dentistry. *Z Gerontol Geriatr.* 33 (1):45-9.

O'Meara, J.G.; Kardia, S.L.; Armon, J.J.; Brown, C.A.; Boerwinkle, E.; Turner, S.T. (2004): Ethnic and sex differences in the prevalence, treatment, and control of dyslipidemia among hypertensive adults in the GENOA study. *Arch Intern Med.* 164(12):1313-8.

OMS (1989). La salud de las personas de edad. Ginebra. Suiza.

OPS (1994): La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Washington. EE.UU.

OPS (2000): Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington. EE.UU.

Paunovich, E. D.; Sadowsky, J. M.; Carter, P. (1997): The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. *Dent Clin North Am.* 41(4):699-726

Santos, M.; Mesa, B.; Betancourt, A.; Curbeira, E.; Fernández, M. (2000): Urgencias clínico-estomatológicas. Guías para el diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana de Estomatología.* 37 (1):5-49

Sarra, S. (1989), Aspectos clínicos propios de la tercera edad. *Medicina Interna en Geriatría*, volumen VIII N°3. Santiago. Mediterránea. pp 11-26

San Martín, C.; Villanueva, J. (2002): Cambios Sistémicos en el Paciente Adulto mayor (parte I). *Rev.Dent.Chile.* 93(2):11-13.

Shah , N. (2001): Geriatric oral health issues in India. *Int Dent J*.51(3):212-218.

Shay, K. (1994): Identifying the needs of the elderly dental patient. The geriatric dental assessment. *Dent Clin North Am*. 38(3):499-523

Shay , K.; Ship, J.A. (1995): The importance of oral health in the older patient. *J Am Geriatr Soc*. 43(12):1414-22.

SENAMA (2003): Programas y beneficios sociales para el adulto mayor. Santiago. Gobierno de Chile

Sender Palacios, M.J.; Vernet, M.; Larrosa , P.; Figueras, E.; Sala, M.(2002): Socio-demographic and clinical characteristics of a patient population with diabetes mellitus. *Aten Primaria*. 29(8):474-480.

Timiras, P. (1997), *Bases Fisiológicas del envejecimiento y Geriátría*. Barcelona. Liberdúplex

Umino, M. ; Nagao, M. (1993): Systemic diseases in elderly dental patients. *Int Dent J*. 43 (3): 213-8.

Uribe, A.; Zarate, H., Ramírez, J. (2000): *PR Vademécum*. Santiago. RL Editora Ltda.

Varon, F.; Shipman; Lynn. (2000): The role of the dental professional in diabetes care. *J Contemp Dent Pract*. 1(2)

Vega, J.; Jadue , L. ; Escobar, M.C.; Jalil , J.; Espejo, F.; Delgado, I. ; Garrido, C. ; Lastra , P.; Peruga , A. (1999): Prevalence of hypertension in Valparaíso. Results of the base survey of the CARMEN project (Set of measures for the multifactorial reduction of non-transmissible diseases). *Rev Med Chil*. 127(6):729-38.

Wenger, N.K.(2004): Dyslipidemia as a risk factor at elderly age. *Am J Geriatr Cardiol*. 213(3 Suppl 1):4-9.

Willams, C. M. (2002): Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician*. 66(10):1917-24.

Wittchen, H.U.; Krause, P.; Hofler, M.; Pfister, H.; Ritz, E.; Goke, B.; Lehnert, H.; Tschope, D.; Kirch, W.; Pittrow , D.; Sharma, A.M.; Bramlage, P.; Kupper , B. ; Unger , T. (2003): Hypertension, Diabetes Mellitus and comorbidity in primary care. *Fortschr Med Orig*. 27 : 19-27.

10. ANEXOS

Anexo 1

Ficha Clínica																							
			N° <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
Identificación																							
RUT: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																							
Nombre : _____		Sexo : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																					
Fecha de Nacimiento : ___ / ___ / ___		Edad : _____																					
Anámnesis General																							
Alteraciones Sistémicas			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Diabetes Mellitus</td><td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hipertensión arterial</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dislipidemia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Obesidad</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Enfermedades Reumáticas</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Cardiopatías</td><td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tabaquismo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras :</td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td>_____</td></tr> <tr><td></td><td>_____</td></tr> </table>	Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Otras :	_____		_____		_____
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>																						
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>																						
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>																						
Obesidad	<input type="checkbox"/>																						
Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>																						
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>																						
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>																						
Cáncer	<input type="checkbox"/>																						
Otras :	_____																						

Uso de Fármacos			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																				
Fármacos utilizados :																							
Medicamento:	Dosis:	Medicamento:	Dosis:																				
Frecuencia:																							
<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> S.O.S <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otra																							
Antihipertensivo : <input type="checkbox"/> Diureticos <input type="checkbox"/> Vasodilatadores		Hipoglicemiantes : <input type="checkbox"/> Hipomiglicemiantes orales <input type="checkbox"/> Insulina																					
<input type="checkbox"/> Inmunosupresores <input type="checkbox"/> AINE <input type="checkbox"/> Antidepresivos <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos		<input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Antihistamínicos <input type="checkbox"/> Antiepiléptico																					

Anexo 2 SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES

Aunque lenta, pero progresivamente, la toma de conciencia por parte de la población en general y por el equipo de salud en particular, ha venido cambiando lentamente el cuadro general de salud bucal que presenta la población senescente. Motivo por el cual el clínico debe estar preparado para enfrentarse a todo el perfil de patologías que pueden presentarse hoy en día en el adulto mayor. De hecho, los nuevos fármacos compensatorios del estado de salud del adulto mayor, sumadas a las cada vez más sofisticadas y seguras técnicas de rehabilitación hacen aumentar considerablemente las variantes clínicas que deben evaluar en el examen de rutina de este tipo de pacientes. El envejecimiento de la salud bucal genera modificaciones en los dientes, sus tejidos de soporte, las mucosas, los músculos y las glándulas salivales.

La condición bucal del adulto mayor tiene gran impacto en la selección de los alimentos y, por ende en su condición nutricional (Misrachi y Cabargas, 1999).

La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de los alimentos. La eficacia masticatoria disminuye a medida que la persona pierde sus dientes, asimismo la atrofia de la mucosa bucal hace que los tejidos sean mas vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación (Misrachi y Cabargas, 1999).

Igualmente la atrofia muscular y la disminución de la saliva, producto de los medicamentos y de la edad, hacen que el adulto requiera más tiempo de masticación para preparar el bolo alimenticio. Esto hace que el paciente seleccione su comida en desmedro de su salud y estado nutricional (Misrachi y Cabargas, 1999).

A continuación, se analizarán algunas patologías bucales de alta prevalencia en el adulto mayor y que, ya sea por la incidencia, significación patológica o por la invalidez temporal que pueden provocar en el paciente, se ha considerado importante tratar en esta oportunidad.

1. Caries radicular (o caries cervical):

Se entiende por caries radicular aquel proceso patológico de desintegración y disolución gradual del esmalte y la dentina que se presenta en la zona cervical de las piezas dentales, en la superficie correspondiente al cemento, más allá del límite del esmalte y próxima al margen gingival, es una afección clásica del adulto mayor.

En términos generales, para que se produzcan debe haberse generado una pérdida de la inserción epitelial con migración de la encía marginal y la consecuente exposición de la superficie cementaria del diente, altamente vulnerable a las caries. Dicho proceso tarda tiempo en producirse por tanto es mucho más fácil de encontrar en personas de mayor edad. La histopatología de la caries radicular no difiere significativamente de la caries coronaria, encontrándose asociada a su etiología la misma flora de la placa bacteriana que se encuentra en el resto de la cavidad oral.

2. Enfermedad periodontal:

Si bien la relación entre la edad y la periodontitis es compleja, básicamente en el senescente se verá clínicamente la periodontitis del adulto (periodontitis crónica). Los trastornos generales inherentes a la edad, tales como tratamientos farmacológicos prolongados, disminución de la salivación, disminución de la destreza manual, pérdida del interés por el autocuidado pueden favorecer significativamente la aparición de enfermedades periodontales graves.

3. Alteraciones de la mucosa oral:

En los adultos mayores la mucosa oral generalmente presenta un aspecto brillante, la encía pierde su punteado, hay menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañadas más fácilmente. Algunas alteraciones de la mucosa que presentan estas personas son:

- **Candidiasis:**

Se define como tal a una sobrepoblación del hongo *Cándida Albicans*, el que normalmente está en la cavidad bucal. Las lesiones inducidas por la *Cándida* pueden presentarse como placas blancas que dejan una superficie cruenta y sangrante al raspado, semejando una mucositis eritematosa.

Los síntomas incluyen dolor, lengua urente, pérdida del gusto y queilitis angular. La Candidiasis generalmente está asociada con una gran cantidad de factores locales y sistémicos, incluyendo la xerostomía, restauraciones desajustadas, mala higiene bucal, disminución del estado defensivo general y polifarmacología.

Una de los factores más frecuentemente asociados a la Candidiasis en el adulto mayor es sin duda, además de una higiene bucal defectuosa, la existencia de un factor predisponente que se encuentra en un alto porcentaje de los adultos mayores; esto es la prótesis dental. Especialmente la prótesis total, y específicamente la superior, que condiciona una zona bajo ella que reúne todas las condiciones para que se desarrolle el hongo. El cuadro clínico es tan clásico que hay autores que lo nombran como una variante particular de la Candidiasis: la Candidiasis subprotésica, caracterizándose por la presencia, al retirar la prótesis, de múltiples puntos eritematosos, algo proliferativos, fácilmente sangrantes, que pueden llegar a confluir, y que se extienden solamente bajo el área que cubre la prótesis. El tratamiento, además del uso de antifúngicos, pasa por el retiro de la prótesis al menos durante la noche, lavándola con soluciones antisépticas.

- **Queilitis angular:**

Una variedad de factores se asocia con la presencia de dolorosas fisuras y grietas que aparecen en las comisuras bucales identificadas como queilitis angular. Se les ha asociado con la *Cándida Albicans*, con higiene defectuosa y restauraciones defectuosas. Otros factores identificados con la causa incluyen en virus herpes simples, deficiencia de minerales y deficiencias del complejo vitamínico B.

Sin embargo, ninguno de estos factores será suficiente para solucionar definitivamente las molestas queilitis angulares si no se trata el problema de base del sistema estomatognático, esto es la pérdida de la dimensión vertical del individuo. La queilitis angular se presenta más frecuentemente en pacientes adultos mayores, ya sean portadores o no de prótesis bucales, pero que por algún motivo han perdido dimensión vertical. El manejo por tanto, de este tipo de patología pasa por derivarlo al odontólogo protesista, sumado al control de las posibles causales antes mencionadas.

- Mucositis:

Mucositis es un término general que se refiere a la inflamación de los tejidos bucales. La inflamación de la lengua (glositis) o de los tejidos orales (mucositis) puede variar desde suaves enrojecimientos a ulceraciones extensas y dolorosas. Algunas de las causas más comunes incluyen la Leucemia, la Anemia y la Diabetes; deficiencias nutricionales (generalmente del complejo B); reacciones adversas a fármacos, quimioterapia, radioterapia, inmunosupresión y xerostomía. El tratamiento muchas veces es complejo reduciéndose a tratamientos paliativos.

4. Función salival:

Una adecuada función salival es esencial para todos los aspectos de la función oral. La producción salival basal ayuda a proteger los tejidos orales a través de la lubricación de la mucosa oral, previniendo así la desmineralización y favoreciendo la remineralización de los dientes. La estimulación del flujo salival es necesaria para la nutrición, al posibilitar la formación del bolo alimenticio y su posterior desplazamiento a través de la faringe hacia el esófago.

Los cambios en la función salival son atribuidos a desórdenes sistémicos o a tratamientos farmacológicos. Las causas más comunes de disfunción salival están asociadas a fármacos.

Los pacientes con alteraciones glandulares salivales reales, presentan ciertos síntomas típicos. Tienen dificultad para tragar alimentos secos, necesidad constante de beber líquidos para facilitar el acto de tragar, presentan sequedad de la boca y labios durante la comida y refieren dificultad para hablar por períodos prolongados. Un importante signo es el aumento inexplicable en el número de caries y úlceras, eritemas o mucosa agrietada.

Comúnmente la disminución del flujo salival en el adulto mayor es causada por los fármacos consumidos por éste utilizados para tratar las alteraciones sistémicas. La xerostomía es un potencial efecto colateral de más de 400 fármacos, muchos de los cuales son utilizados frecuentemente por los adultos mayores.

El síndrome de Sjögren, una exocrinopatología autoinmune que afecta fundamentalmente a las mujeres posmenopáusicas, es la enfermedad más común que afecta a las glándulas salivales del adulto mayor. Otras condiciones menos frecuentes que afectan las glándulas salivales son las infecciones bacterianas, la sialolitiasis, traumas y las neoplasias.

Las alteraciones de las glándulas salivales inducidas por medicamentos son, casi siempre, totalmente reversibles. Si la causa de las complicaciones orales es claramente un determinado fármaco, la reducción de los niveles de éste o el uso de algún medicamento alternativo pueden ser de gran utilidad para el enfermo.

Los sustitutos salivales pueden ser útiles en determinados problemas orales, teniendo muchas veces sólo resultados sintomáticos y discretas o nulas mejorías funcionales. Los enjuagues bucales, los antisépticos, los analgésicos tópicos y los antimicrobianos suelen ser de gran utilidad.

5. Cáncer oral:

La posibilidad de desarrollar un cáncer en o alrededor de la cavidad oral es un hecho real, pero generalmente el paciente lo ignora o no se lo cuestiona.

De todos los cánceres diagnosticados, el 5% son cánceres orales. Estos incluyen malignizaciones del labio, la lengua, la faringe, encías, paladar duro y blando y mucosas bucales en general. El cáncer oral ocurre más frecuentemente en la población masculina de edad avanzada y, el consumo de alcohol y tabaco ha sido identificado como un factor de alto riesgo. Los efectos combinados del tabaco y del alcohol son multiplicativos y dan cuenta del 75% de todos los cánceres orales que se diagnostican en Estados Unidos

En la boca, también pueden aparecer metástasis de cáncer de mamas, tiroides, riñones, pulmones, tracto gastrointestinal, próstata, ovarios y testículos (Misrachi y Cabargas, 1999).

El primer signo de advertencia de un cáncer oral es una herida que no sana espontáneamente y que sangra fácilmente. El cáncer oral no tiene una sola forma de presentación, pudiendo presentarse de muchas diferentes formas. Pueden ser una placa roja blanquecina en la mucosa o un aumento de volumen o engrosamiento que persiste por más de dos semanas. Se debe tener en cuenta que una herida puede estar en una zona que impida ser percibida fácilmente por el paciente o el clínico general.

Debido a que generalmente el dolor y la irritación no son síntomas muy precoces, muchos individuos no consultan al médico u odontólogo especialista sino hasta que aparece otro síntoma, generalmente más severo. Muy frecuentemente la persona ignora los síntomas precoces y consulta por primera vez recién cuando nota la aparición de un nódulo cervical causado por la metástasis ganglionar de la lesión bucal. Si hay dolor, generalmente se debe a la infección localizada o al aumento de la presión en una determinada área.

(Brizzolara y cols., 1998; Misrachi y Cabargas, 1999)

Anexo 3
**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES SISTÉMICAS CRÓNICAS**

La atención odontológica de los pacientes que padecen enfermedades crónicas, varía según el grado de compromiso sistémico que presenta el paciente, podemos realizar un tratamiento convencional o una modificación del mismo, teniendo siempre presente la compensación de la patología de base y las reacciones adversas que se pudieran presentar debido a la atención odontológica.

El primer paso en el tratamiento dental de un paciente médicamente comprometido es la evaluación de su estado físico, incluyendo dentro de ésta una historia médica, una exploración física, y si es necesario pruebas de laboratorios y interconsultas con su médico tratante. Los objetivos de esta evaluación son:

- Identificación de una enfermedad sistémica que obligará a modificar el tratamiento dental.
- Identificación de los fármacos que está tomando el paciente y que pudieran reaccionar de forma adversa con los fármacos o tratamiento administrados por el odontólogo.
- Provisión de una protección médico legal para el profesional. (Little y cols. , 1999)

En algunos casos estos pacientes complicados deben ser abordados conjuntamente con él o los médicos tratantes, con los cuales se debería acordar o discutir el plan de tratamiento.

Muchas veces, estos pacientes enfermos, serán pacientes no diagnosticados e ignorantes de su condición, por lo cual, debemos conocer algunos signos y síntomas típicos de cada una de estas patologías que nos permitan sospechar que estamos frente a un paciente comprometido sistémicamente, para así derivarlos a los especialistas médicos para su evaluación.

Sumado a lo anterior, debemos considerar que el proceso de envejecimiento produce cambios fisiológicos y patológicos que pueden modificar la respuesta del individuo a diferentes estímulos, como son, el estrés o la administración de fármacos. El paciente mayor de 60 años sano o con patología de base compensada, entraría en la clasificación que valora el riesgo médico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) como ASA II, son pacientes que presentan una peor tolerancia al estrés, por lo que a pesar de representar un riesgo mínimo, se deben extremar las precauciones para evitar la ansiedad y el dolor durante el tratamiento odontológico (López y Giménez , 2004), por ello debemos modificar el tratamiento convencional, debemos tener una conducta mucho mas cuidadosa, son pacientes al que tenemos que dedicarle más tiempo durante el tratamiento, citas más cortas, reducir el estrés de la atención, y modificar la terapia farmacológica, para asegurar una atención lo más óptima posible con el menor riesgo de complicaciones.

El estrés asociado al tratamiento odontológico puede ser el principal responsable de la descompensación y complicación de muchas patologías crónicas en cuadros agudos (cardiopatía isquémica, crisis hipertensivas, diabetes, etc.) (López y Giménez, 2004) Estos peligros, que no son despreciables, incluyen la sensibilidad a los fármacos, la depresión respiratoria grave, e incluso, el paro cardíaco. En consecuencia, es importante para el odontólogo estar completamente familiarizado con estos aspectos (Gómez, 2000) y manejar un protocolo de atención en caso de presentarse este tipo de urgencias clínico-estomatológicas.

A continuación se describirán las modificaciones del tratamiento convencional y el manejo de las urgencias clínico - estomatológicas producidas durante la atención odontológica.

MODIFICIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO CONVENCIONAL.

ENFERMEDAD	CUIDADOS DURANTE EL TRATAMIENTO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<p>Reducir estrés y ansiedad usando; premedicación, anestesia profunda, citas cortas y ambiente grato.</p> <p>Cambios lentos de posición para evitar hipotensión ortoestática.</p> <p>Evitar el reflejo del vómito y hipoxia para evitar alzas de presión.</p> <p>Anestesia al 3%, sin vasoconstrictor, en pacientes compensados se puede usar anestesia al 2%, con vasoconstrictor, que brindará una anestesia más profunda. Cuidar el uso de hemostáticos.</p> <p>Pacientes controlados realizar tratamiento convencional. (Little y cols. , 1999; MINSAL, 2003).</p> <p>Cifras diastólica menores a 105mm Hg tratamiento dental de urgencia, y derivar al médico tratante (Castellanos y cols. , 1996).</p> <p>Cifras diastólica entre 105 y 114 mm Hg sólo manejo farmacológico para control del dolor; la remisión al médico tratante es prioritaria (Castellanos y cols., 1996).</p> <p>Cifras diastólicas mayores a 115 mm Hg suspender cita y remitir de inmediato al paciente con el médico tratante (Castellanos y cols., 1996).</p> <p>Cuidar el uso prolongado de AINE (más de 5 días) ya que facilita la retención hidrosalina (Gómez, 2000).</p>
DIABETES	<p>Monitoree y controle la glicemia durante la atención.</p> <p>Indicar al paciente que tome sus medicamentos, que coma normalmente y programar la consulta temprano en la mañana.</p> <p>Pacientes compensado, realizar tratamiento convencional (MINSAL, 2003).</p> <p>Pacientes descompensado, (glicemia mayor a 200 mg/dl), compensar previo a tratamiento, sino realizar tratamiento bajo profilaxis (Varon y cols. , 2000).</p> <p>Tratamientos que afecten la función bucal (cirugía bucal o periodontal), dar las recomendaciones de dieta, para evitar descompensación.</p> <p>Pacientes insulino dependientes con infección oral, pueden necesitar aumento de la dosis de insulina, consulte al médico antes de administrar un tratamiento local y sistémico de la infección.</p>
ENFERMEDADES REUMATOIDEAS	<p>Estos pacientes se caracterizan por dolor, rigidez y pérdida de movilidad articular.</p> <p>Visitas cortas, asegurarse de la comodidad del paciente, permitir que el paciente cambie de posición, utilizar apoyos físicos, para sostener articulaciones afectadas. Paciente que padecen artritis, con prótesis articulares o que toman inmunosupresores, se recomienda el uso de profilaxis antibiótica.</p> <p>En caso de discapacidad física grave no está indicado el tratamiento amplio.</p> <p>Al realizar un tratamiento considerar que se debe facilitar la higiene bucal.</p> <p>Considerar los cambios en la oclusión por la erosión del cóndilo (Little, 1999).</p>

ENFERMEDAD	CUIDADOS DURANTE EL TRATAMIENTO
TABAQUISMO	<p>El tabaquismo es el factor etiológico más importante en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Little, 1999).</p> <p>Para evitar la sensación de ahogo, no usar anestesia troncular bilateral ni aislamiento absoluto.</p> <p>Considerar la posición en el sillón, ya que tienen una tendencia a la ortopnea, se debe mantener en la posición que respire más cómodamente (Normalmente en Trendelemburg, con el respaldo de 30 - 45° aproximadamente) (López, 2004).</p>
OBESIDAD DISLIPIDEMIAS	<p>Y</p> <p>Per se no presenta mayores complicaciones y no es necesario hacer modificaciones del tratamiento convencional, a no ser que esté asociada con hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus no insulino dependiente y aumento de algunos cánceres y otros problemas médicos (Maíz, 1997).</p> <p>Ante estos paciente debemos ser cuidadosos en cuanto a la anámnesis y sospechar la presencia de cualquiera de estas enfermedades que nos obligarán a tener cuidado o modificar, de ser necesario el tratamiento convencional.</p>

MANEJO DE LAS URGENCIAS PRODUCIDAS DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

ENFERMEDAD	CAUSAS PROBABLES	SIGNOS Y SÍNTOMAS	CONDUCTA A SEGUIR	MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR	FORMAS DE ADMINISTRAR
CRISIS HIPERTENSIVAS	Hipertensión no diagnosticada. Enfermo Hipertenso. Estrés por la atención. Abuso de vasoconstrictor.	Taquicardia. Zumbidos de oídos. Fotopsia. Cefaleas. Épistaxis.	Suspender atención odontológica. Soltar las ropas. Control de presión y pulso. Derivar a centro de atención de urgencias.	Furosemida en caso de hipertenso activo. Diazepam 10 mg. Nifedipino 10 mg 1 o 2 tabletas (cuidado ya que puede producir hipotensión brusca).	Endovenoso 5 mg endovenoso. Romper una cápsula y poner sublingual.
ANGINA	Paciente anginoso. Vaso constrictor adrenérgico. Estrés.	Dolor intenso opresivo en zona retroesternal. Dolor irradiado en brazo izquierdo.	Suspender atención odontológica. Soltar las ropas. Respirar aire fresco. Masajes en antebrazos.	Trinitrina. Nitroglicerina 0,5 mg. 3 tab. Hasta 3 dosis con intervalo máx. de 5 min. Nitrito de amilo. Oxígeno 4L/min. Pedir ECG control.	Disolver bajo lengua. Vía aérea.
INFARTO	Cardiopatía coronaria. Estrés.	Dolor intenso, prolongado retroesternal irradiado al cuello y brazo izquierdo. Disnea, cianosis, Sudoración fría, náuseas.	Suspender atención. Llamar a médico. Trasladar a centro asistencial.	Oxígeno 4 L/min. Trinitrina o Nitroglicerina 0,5 mg 1 tab. cada 5 min. hasta administrar 3 tab. Morfina 10 - 20 mg.	Vía aérea. Sublingual. Inyección IM.

ENFERMEDAD	CAUSAS PROBABLES	SIGNOS Y SÍNTOMAS	CONDUCTA A SEGUIR	MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR	FORMAS DE ADMINISTRAR
SHOCK HIPOGLICÉMICO (Síndrome Insulínico)	Diabetes descompensada. Falta de ingesta de alimentos. Exceso de medicación.	Semejanza con paciente bebido. Sensación de hambre. Dificultad para modular. Palidez, pulso rápido y sudor frío. Pérdida de la conciencia. Coma.	Beber agua con azúcar o glucosa. Comer un caramelo. Si el paciente no puede tragar inyectar suero glucosado. Si no reacciona trasladarlo a un centro asistencial.	Inyectar suero glucosado al 5%, o Dextrosa al 20 o 50 % 1 am. Mantener vía venosa con Dextrosa al 5 % o al 10 % a razón de 14 gotas/min. Si dispone glucagón 1 mg IM o SC y administrar inmediatamente después glucosa.	Endovenosa.
SHOCK HIPERGLICÉMICO DKA	Diabetes descompensada. Acción y secreción disminuida de insulina.	Piel rubicunda. Lengua seca. Movimientos torpes. Respiración dificultosa. Olor cetónico o a manzana. Polidipsia y poliuria. Vómitos y dolor abdominal. A veces pérdida de la conciencia.	Trasladar a un centro asistencial.	Se debe reemplazar todo lo que se ha perdido durante el desarrollo de DKA: líquidos, insulina, y potasio (Varon y cols., 2000).	
CRISIS ASMÁTICA	Obstrucción o inflamación de las vías aéreas. Hiperreactividad de la vía aérea a: metacolina, aire frío histamina, ejercicios, etc.	Tos, expulsión de tapones mucosos. Broncoespasmo, disnea con sibilancia. Cianosis de aparición tardía. Taquipnea y taquicardia.	Suspender atención. Tranquilizar al paciente, mantenerlo sentado en el sillón dental para ayudarse en la respiración con los músculos accesorios. Uso de broncodilatadores.	Salbutamol 1 ó 2 inhalaciones. Oxígeno 4 L/min. Hidrocortizona 100-300 mg. Prednisolona 40 - 60 mg. Aminofilina (amp 250 mg) 1 amp + 10 mL de Dextrosa al 5%.	Vía aérea. Inyección EV.

(Little y cols. , 1999; MINSAL, 2003; Gómez, 2000; Santos y cols. , 2000).

CONSIDERACIONES

1. El cirujano dentista y el personal auxiliar deben capacitarse en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, así como poseer un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse durante el ejercicio odontológico, Además de conocer la farmacocinética, reacciones adversas y contraindicaciones de los medicamentos a administrar.
2. Muchos de estos pacientes conocedores de su enfermedad, darán a conocer que se sienten descompensados. Además son pacientes que en su, mayoría están siendo tratados y se les han prescrito medicamentos en caso de S.O.S. Por ello antes de la atención debemos preguntarle al paciente si toma sus medicamentos y si anda con ellos.
3. Sin embargo, debemos tener en nuestra consulta un botiquín que conste con todos los fármacos necesarios en caso de urgencia, el cual se debe chequear por lo menos cada 6 meses, para ver el estado (vencimiento) y el stock de los medicamentos. Dentro de los fármacos necesarios están:

USO	FÁRMACO
CRISIS CARDÍACAS (hipertensión, angina, infarto)	Nitroglicerina 0,5 Mg. Furosemida. Nitrito de amilo. Nifedipino 10 mg. Diazepam 10 mg. Oxígeno.
CRISIS DIABÉTICA (hiper o hipo glicemia)	Glucagón amp. 1 Mg. Suero Glucosado al 5%.
CRISIS ASMÁTICA	Salbutamol inhalador. Oxígeno. Hidrocortizona 100-300 mg EV. Prednisolona 40 mg.
SHOCK ANAFILÁCTICO	Epinefrina (amp 1 mg IM). Hidrocortizona (100 y 500 mg). Oxígeno.

4. En la bibliografía consultada existe cierta discusión acerca de la administración de nifedipino sublingual, en muchos de los protocolos consultados ésta es una práctica muy generalizada, en el tratamiento de las crisis hipertensivas, pero existen antecedentes en cuanto al uso de nifedipino, que puede ser riesgoso, y estaría contraindicado, por el riesgo (especialmente alto en los ancianos) de hipotensión brusca, síncope e isquemia coronaria o cerebral aguda (Gómez, 2000).