



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL.
AREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**“PREVALENCIA DE LESIONES DE MUCOSA ORAL EN
ADULTOS DE 35-44 Y 65-74 AÑOS EN CHILE”**

Carlos Andrés Franch Salazar

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Iris Espinoza

TUTOR ASOCIADO

Dr. Jorge Gamonal

**Santiago - Chile
2017**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL.
AREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**“PREVALENCIA DE LESIONES DE MUCOSA ORAL EN
ADULTOS DE 35-44 Y 65-74 AÑOS EN CHILE”**

Carlos Andrés Franch Salazar

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Iris Espinoza

TUTORES ASOCIADOS

Dr. Jorge Gamonal

**Santiago - Chile
2017**

AGRADECIMIENTOS

Existen un millón de personas de las cuales estoy totalmente agradecido de haber compartido la vida. Cada personaje ha aportado algo en mí que ha derivado en la persona que soy actualmente. Agradezco y a la vez dedico este momento en especial a mi familia, la cual ha participado en este proceso de distintas maneras. Agradezco por sobre todo el amor entregado y la paciencia en esta etapa.

Agradezco a todos mis compañeros y amigos con los que compartí este camino. Me alegro por todos, tanto como sé que se alegran por mí. Sólo queda reírse de esos momentos difíciles.

Finalmente y no menos importante, agradezco a todos los profesores que compartieron su conocimiento con todos y conmigo. Un agradecimiento especial a la Dra. Iris Espinoza que me iluminó en este camino. Agradezco la casualidad que nos llevó a trabajar juntos. Muchas gracias por todo.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico	
Estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en Chile	3
Estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en el mundo	5
Factores de riesgo asociados a las lesiones de mucosa oral	7
Lesiones de mucosa oral relacionadas al uso de prótesis dental removible.	9
Hipótesis y objetivos	11
Materiales y métodos	
Diseño del estudio.	12
Características del estudio original.	12
Procedimiento para acceder a los individuos utilizado en el estudio original.	13
Entrenamiento y calibración.	14
Limitaciones del estudio base y de la presente tesis.	14
Análisis estadístico.	15
Resultados	
Características de la muestra	16
Prevalencia de lesiones según grupo de edad y género	17
Factores de riesgo asociados con la prevalencia de una o más lesiones en la mucosa oral	19
Prevalencia de cada una de las lesiones de mucosa oral incluidas en este estudio en adultos de 35-44 y 65-74 años	21
Discusión	23
Conclusiones	31
Referencias bibliográficas	32
Anexos	
Formulario de evaluación de salud bucodental	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Resumen de estudios de investigación de prevalencias de una o más lesiones de mucosa oral en Chile	4
Tabla 2	Prevalencias de una o más lesiones de mucosa oral en estudios publicados	5
Tabla 3	Prevalencias de lesiones de mucosa oral que incluyen pacientes institucionalizados.	6
Tabla 4	Distribución de la muestra de adultos de 35-44 y 65-74 años en el Primer Examen Nacional de Salud Bucal 2007-2008	13
Tabla 5	Características de la muestra según grupo de edad.	16
Tabla 6	Distribución de frecuencia de una o más lesiones de mucosa oral en ambos grupos de edad	18
Tabla 7	Distribución de frecuencia de dos o más lesiones de mucosa oral según grupo de edad	18
Tabla 8	Distribución de frecuencia de una o más lesiones según genero	18
Tabla 9	Distribución de los factores de riesgos asociados a prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral según grupo de edad	19
Tabla 10	Modelo multivariado de para prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en adultos de 35-44 años	21
Tabla 11	Frecuencia de lesiones de mucosa oral incluidas en el estudio en la muestra total y en cada grupo de edad	22

RESUMEN

Introducción: Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de lesiones de mucosa oral (LMO) son escasos a nivel mundial comparado con la investigación en caries y enfermedades periodontales. En Chile hasta la fecha existen sólo tres estudios publicados por lo que este estudio analizará los datos del Primer Examen Dental Nacional 2007-8 financiado por Fondecyt.

Objetivo: Determinar la prevalencia de LMO y factores asociados en adultos de 35-44 y 65-74 años en Chile.

Material y Método: Análisis secundario de la muestra del Primer Examen Nacional de Salud Bucal 2007-2008 que incluyó adultos de 35-44 años (n=866) y de 65-74 años (n=371) de todas las regiones de Chile con registro de examen de mucosa oral. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA 11.0, TX: StataCorp LP.

Resultados: La muestra final estuvo constituida por 1237 participantes de los cuales 429 (34,7%) presentaban una o más LMO. La prevalencia de una o más LMO es 29,5% en el grupo de 35-44 años y 46,9% en el de 65-74 años, diferencia estadísticamente significativa. Con un análisis multivariado se determinó que el uso de prótesis es la principal variable asociada con la prevalencia de una o más LMO; Razón de Prevalencia (RP): 2,8 (95% IC: 2,28-3,35) en 35-44 años y RP: 1,9 (95%IC: 1,36- 2,65) en 65-74 años. La lesión con mayor frecuencia fue quelitis angular 38,4%. La prevalencia de lesiones potencialmente malignas fue: leucoplasia 3,7% y liquen plano 1,4%.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de LMO en Chile, especialmente en adultos mayores. El uso de prótesis removible fue el principal factor de riesgo lo que demuestra que es necesario mejorar la educación a los pacientes y control posterior a la rehabilitación con prótesis dentales removibles. Las lesiones sospechosas de malignidad y potencialmente malignas deben ser atendidas en forma urgente y derivadas en lo posible al patólogo oral.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de la mucosa oral constituyen un grupo heterogéneo que incluye alteraciones o defectos del desarrollo, lesiones infecciosas (bacterianas, fúngicas, por protozoos y virales), lesiones por injurias químicas o físicas, reacciones alérgicas o de enfermedades inmunológicas, lesiones reaccionales y neoplasias benignas y malignas (Neville y cols., 2016). La importancia de su diagnóstico radica fundamentalmente en su proyección pronóstica y en sus distintos grados de benignidad o malignidad, los cuales determinan su manejo terapéutico. La prevención en relación con las lesiones de la mucosa oral tiene una importancia trascendental en aquellas lesiones potencialmente malignas como leucoplasia, eritroplasia, quelitis actínica y liquen plano (Warnakulasuriya y cols. 2007) que pueden detectarse previo al desarrollo de un carcinoma escamoso. Este carcinoma, es la lesión tumoral maligna más frecuente y se asocia principalmente con el consumo de tabaco, alcohol y con la mayor edad (Warnakulasuriya, 2009).

Las lesiones de la mucosa oral se pueden manifestar de muy diversas maneras, como lesiones elementales blancas, rojas, pigmentadas, úlceras, lesiones vesiculo-ulcerativas y nódulos o tumores. Una clasificación basada en la clínica nos orientará el diagnóstico y nos facilitará el diagnóstico diferencial inicial, que realizaremos mediante el desarrollo de una cuidadosa anamnesis, examen clínico y, en ocasiones, será necesario el uso de exámenes complementarios como citología exfoliativa, biopsia y exámenes de sangre. Los tipos de lesiones de mucosa oral más prevalentes y los factores de riesgo asociados a una mayor prevalencia de lesiones específicas en mucosa oral pueden ser diferentes en distintos contextos y deben ser reconocidos para realizar recomendación de prevención y desarrollo de programas preventivos.

MARCO TEÓRICO

Estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en Chile

Los estudios sobre las lesiones de mucosa oral en Chile son escasos y no son fáciles de comparar debido a las diferencias en la población en estudio, por ejemplo, los grupos de edad seleccionados, predominantemente jóvenes o por otro lado, adultos mayores, y porque la mayoría de ellos no serían representativos de la población general sino que han sido realizado en centros de salud a partir del examen de los pacientes en control o atención. La primera publicación encontrada es de los años 60` y su objetivo fue determinar la frecuencia de 14 anomalías de cavidad oral (Witkop y Barros, 1963). La población total examinada fue de 1906 voluntarios, de los cuales 906 eran militares y 1000 ciudadanos, predominando en la muestra individuos jóvenes, que en un 64% eran menores de 30 años y sólo 7% eran mayores de 50 años. Entre las anomalías detectadas, se destaca la mayor frecuencia de lengua fisurada y de lengua escrotal. En población pediátrica, el año 2016 se publicó una investigación sobre lesiones de mucosa oral en 219 pacientes de 3-13 años de edad, atendidos en la clínica dental pediátrica de la Universidad del desarrollo (Yañez y cols., 2016). La prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral fue de 37,6%, siendo la lesión más frecuente la úlcera menor 6,9%. En población adulto mayor, un estudio realizado en la Región Metropolitana publicado el año 2003, determinó una prevalencia de 53% de lesiones de mucosa oral (una o más lesiones en el momento del examen), siendo las más prevalentes la estomatitis subprotésica 22,3% y las lesiones reaccionales, tipo hiperplasias irritativas 9,4% (Espinoza y cols., 2003). En el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco se realizó un estudio en 300 pacientes mayores de 20 años y se determinó que la prevalencia total de lesiones de la mucosa oral fue de 66% (Raposo y cols., 2011), siendo la más frecuente la candidiasis atrófica 14,33%, mácula melanótica 13,67% y varices 7,33%. En la ciudad de Valparaíso, una investigación llevada a cabo en un centro de atención de salud entre el 2006 y 2009 en población adulto mayor de 60 años y más, la muestra total fue de 126 pacientes con un rango de edad entre 60 y 80 años de edad. La prevalencia de una o más lesiones de mucosa

oral fue de 67,5%, entre las más frecuentes se encuentran la estomatitis subprotésica 37,1%, las úlceras traumáticas 21,4% y el fibroma irritativo 12,9% (Cueto y cols., 2013).

En la Tabla 1 se presenta un resumen de los resultados de los estudios epidemiológicos que han determinado la prevalencia de “una o más lesiones de mucosa oral” realizados en Chile.

Tabla 1. Resumen de estudios de investigación de prevalencias de lesiones de mucosa oral en Chile

Autor	Año	Población en estudio	Edad (años)	Tamaño total de la muestra	Prevalencia una o más LMO n (%)
Espinoza y cols.	2003	Personas inscritas en Programa de adulto mayor de FONASA e ISAPRE, Provincia de Santiago, RM.	60+	889	471 (53,0)
Raposo y cols.	2011	Pacientes de Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco	20+	300	198 (66,0)
Cueto y cols.	2013	Pacientes de Consultorio Policlínica Diocesana	60-80	126	85(67,5)

Los resultados obtenidos en Chile se encuentran dentro del rango de prevalencia de una o más lesiones de la mucosa oral publicados en otros países. Sin embargo, el rango descrito es amplio entre 22,8 – 83,6% (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencias de una o más lesiones de mucosa oral en estudios publicados en otros países

Autor y año	Año	País	Grupo de edad (años)	Tamaño total de la muestra	Prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral (%)
Corbet y cols.	1994	China	65-74	537	36,0
Taiyeb y cols.	1995	Malasia	60+	486	22,8
Macentee y cols.	1998	Canadá	70+	225	43,0
Reichart y cols.	2000	Alemania	35-44	655	62,2
			65-74	1367	66,1
Kovac – Kovacic y Skaleric	2000	Eslovenia	25-75	555	61,6
Jainkittivong y cols.	2002	Tailandia	60+	500	83,6
Pentenero y cols.	2008	Italia	19-96	4098	25,0
Do y cols.	2014	Australia	15+	5505	20,5

Estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en el mundo

En Alemania un estudio usando los mismo grupos de edad considerados en el 1er Examen Dental Nacional en Chile, fuente de información de esta tesis, determinó una prevalencia de lesiones de mucosa oral de 66,2% en el grupo de 35-44 años (n=655) y de 66,1% en el grupo de 65-74 años (n=1367) (Reichart, 2000). Las condiciones o lesiones más frecuentes detectadas en el primer grupo fueron historia de lesión de herpes labial 31,7% y gránulos de Fordyce 26,6%. En el grupo de 65-74 años se halló, gránulos de Fordyce en un 23,7% e historia de herpes labial en un 20%. En Italia un estudio en 4098 participantes con un rango de edad entre 19-96 años de edad, determinó una prevalencia de lesiones de mucosa oral de 25%, siendo la lesión más prevalente las úlceras traumáticas con un 2,98% (Pentenero y cols., 2008). En China un estudio en 1573 sujetos de 35–44 años y 1515 entre 65-74 años de zonas urbanas y rurales de la provincia de Guangdong determinó mayor prevalencia en adultos mayores y participantes que vivían en zonas rurales. En

este estudio, en el grupo de edad de 35-44 años la prevalencia de lesiones de mucosa oral en las mujeres fue 6% y en hombres 13% a nivel de zonas rurales. En el mismo grupo de edad, pero de zona urbana, la prevalencia fue de 4% en mujeres y 15% en hombres. Entre las personas de 65-74 años la prevalencia fue mayor con un 12% en mujeres y 22% en hombres del área urbana, por otra parte, 19% en mujeres y 26% en hombres del sector rural (Lin y cols., 2001).

En estudios realizados en población institucionalizada, por ejemplo, personas en establecimientos de larga estadía, hogares de ancianos, casas de reposo, las prevalencias descritas son generalmente mayores, entre 50,7 - 98% (Tabla 3). En Venezuela se realizó una investigación sobre 340 pacientes, con un rango de edad de 60-104 años, de los cuales 266 eran institucionalizados y 74 no-institucionalizados (Mujica y cols., 2008). Se determinó la prevalencia de lesiones de mucosa oral en los 340 pacientes, la cual fue de 57%, la lesión más prevalente fue la estomatitis sub-prótesis con un 18%.

Tabla 3. Prevalencias de una o más lesiones de la mucosa oral en estudios que incluyen pacientes institucionalizados.

Autor	Año	País	Rango de edad	n	Prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral (%)
Jorge y cols.	1991	Brasil	54-85	270	58,9
Mujica y cols.	2008	Venezuela	60-104	340	57,0
Glazar y cols.	2010	Croacia	60 y más	280	50,71
Ferreira y cols.	2010	Brasil	60 y más	335	79,7
Mozafari y cols.	2011	Irán	60-105	202	98,0

El amplio rango de prevalencia se relacionaría con el tipo de lesiones de mucosa oral que han sido incluidas en los diferentes estudios, como por ejemplo, algunos excluyen variaciones de la normalidad o malformaciones como lengua fisurada, gránulos de Fordyce y varice lingual, que pueden no ser consideradas como lesiones o patologías de mucosa oral propiamente tal. Además existen diferencias en la población en estudio, por ejemplo, algunos realizados en poblaciones especiales, altamente seleccionadas, como clínicas

odontológicas, hospitales y en los estudios en la comunidad con representación nacional o regional son escasos. En criterios de diagnóstico establecido para lesiones de mucosa oral se ha utilizado la guía de la OMS para el diagnóstico de enfermedades de mucosa oral (Kramer y cols., 1980), pero este sólo incluye definiciones operacionales para lesiones específicas (“target lesions”) que son; carcinoma, leucoplasia, eritroplasia, leucoqueratosis nicotínica del paladar, liquen plano, fibrosis oral submucosa, gingivoestomatitis herpética aguda, gingivitis necrotizante aguda y estomatitis gangrenosa. Otros estudios mencionan que utilizan los criterios descritos por Axell (1976).

Factores de riesgo asociados a las lesiones de mucosa oral

La cavidad oral es propensa a un sinnúmero de cambios fisiológicos con el avance de la edad, así como también, por el resultado de factores relacionados al medio ambiente y al estilo de vida. Algunos de los factores socio-demográficos y de comportamiento que han sido relevados en estudios epidemiológicos son: la edad (Reichart, 2000), género y consumo de alcohol (García-Pola y cols., 2002) (Carrard y cols., 2011), hábito de fumar, estatus socioeconómico, uso de prótesis dental (Espinoza y cols., 2003) (Carrard y cols., 2011), y estado de salud (García-Pola y cols., 2002).

En el año 2008 se publicó un estudio sobre la desigualdad socioeconómica y cáncer oral, a través de una revisión sistemática de la literatura y meta-análisis de los estudios de casos y controles publicados y no publicados (Conway y cols., 2008). Se incluyeron 41 estudios de caso y control. Los análisis mostraron que el bajo nivel socioeconómico fue asociado significativamente con el aumento de riesgo de cáncer oral en países con altos y bajos ingresos. Los autores concluyeron que los esfuerzos para reducir la exposición a factores de riesgo por sí solos tienen pocas probabilidades de éxito a menos que sean apoyados por medidas destinadas a mejorar las circunstancias socioeconómicas y cambios en el comportamiento.

Diversos estudios han demostrado que la candidiasis es más frecuente en mujeres que en hombres y estas estimaciones de prevalencia más altas se asociaron con una mayor frecuencia de uso de prótesis removible en las mujeres (Espinoza y cols., 2003) (Kovac-Kovacic y Skaleric., 2000) (Carrard y cols., 2011) (Salonen y cols., 1990)

El estatus socioeconómico bajo, se asoció significativamente con lesiones proliferativas y candidiasis (Carrard y cols., 2011). Este hallazgo puede ser explicado por el uso de prótesis removible provisionales o inadecuadas, mala higiene de los aparatos protésicos o falta de control odontológico, como en el uso de prótesis desadaptadas.

Se ha documentado que el tabaquismo (Espinoza y cols., 2003) (Pentenero y cols., 2008) (Salonen y cols., 1990) (Jaber y cols., 1999) (Morse y cols., 2007) (Lubin y cols., 2009) y el consumo de alcohol (Pentenero y cols., 2008) (Jaber y cols., 1999) (Morse y cols., 2007) (Lubin y cols., 2009) (Chung y cols., 2005) son factores de riesgo importantes para la ocurrencia de lesiones premalignas y cáncer oral. Sin embargo, no existirían diferencias significativas en los parámetros de higiene oral (placa supragingival, sangrado gingival y cálculo supragingival), entre los sujetos con y sin lesiones premalignas orales (Carrard y cols., 2011).

Enfermedad crónica como la diabetes, es también una condición sistémica que favorece el desarrollo de patologías de la mucosa oral, como por ejemplo inflamación gingival y disminución de flujo salival. El paciente diabético también se ha asociado a una alta prevalencia de lesiones de mucosa oral. Un estudio realizado en un centro de salud de Campina Grande, Brasil, sobre una muestra de 51 pacientes con diabetes (tipo 1 y tipo 2), en el cual determinaron una prevalencia de 78,4% de lesiones de mucosa oral, siendo las úlceras traumáticas 16,4% y la quelitis actínica 12,7% las lesiones más prevalentes (Silva y cols., 2015). Las localizaciones más frecuentes fueron, labio 35,3% y la lengua 23,5%. El autor confirma también que las lesiones de mucosa oral, tienen una mayor asociación con la diabetes mellitus tipo 2. Esta prevalencia total de lesiones encontradas en pacientes diabéticos es similar a lo descrito

por Vasconcelos y cols. (2008), asociada a una prevalencia de 80% de lesiones de mucosa oral.

Lesiones de mucosa oral relacionadas al uso de prótesis dental removible

Varios investigadores han relacionado el uso de prótesis removibles con lesiones orales (Espinoza y cols., 2003) (Shulman y cols., 2004) (Mumcu y cols., 2005) (dos Santos y cols., 2004). La prevalencia de las lesiones de la mucosa oral se ha observado en mayor frecuencia en los pacientes portadores de prótesis que en los no portadores (Budtz-Jorgensen., 1985) (MacEntee y cols., 1998) (Freitas y cols., 2008) (Jainkittivong y cols., 2010). Las lesiones de la mucosa oral relacionadas con el uso de prótesis han sido asociadas con una mala higiene, pobre retención de la prótesis y el trauma mecánico (Freitas y cols., 2008) (Coelho y cols., 2004), antigüedad de las prótesis y uso continuo de la prótesis removibles (Espinoza y cols., 2003). Las prótesis removibles pueden predisponer a los pacientes a la aparición de lesiones de la mucosa del tipo candidiasis, hiperplasia inflamatoria y úlcera traumática (Coelho y cols., 2004) (Jainkittivong y cols., 2010). La prevalencia de la estomatitis inducida por la prótesis, hiperplasia relacionada a la prótesis y queilitis angular, fue mayor en los pacientes portadores de prótesis y casi duplicado en hombres (MacEntee y cols., 1998). Un estudio realizado sobre 380 pacientes portadores de prótesis removibles en USA se determinó una prevalencia de 45% de una o más lesiones de mucosa oral y el 60,8% tenían lesiones de mucosa oral no relacionadas con el uso de prótesis. Las lesiones de mucosa oral asociadas al uso de prótesis más comunes fueron úlcera traumática 19,5% y la estomatitis asociada al uso prótesis 18,1% (Jainkittivong y cols., 2010).

En Chile, la prótesis dental removible es un tratamiento de rehabilitación comúnmente elegido por los pacientes frente a la pérdida dentaria, esto se debe a su bajo costo, por lo que es frecuente en la población. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud determinaron que el 25% de los encuestados usa prótesis dental (Ministerio de salud, 2003). Cercano a lo descrito en la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2009-2010, que se determinó un 22,9%

de uso de prótesis dental (Ministerio de salud, 2009-2010). Además se ha descrito una prevalencia de estomatitis asociada al uso de prótesis de 34% (Espinoza y cols., 2003).

El aumento de la población adultos mayores es el cambio más importante en la población mundial. La salud oral es un factor importante que determina la calidad de vida en las personas de edad avanzada. El papel del odontólogo incluye el conocimiento de las manifestaciones orales sistémicas, nutricionales y farmacológicas con el fin de establecer un diagnóstico precoz y posteriormente un tratamiento preciso. La importancia de los factores de riesgo, como el tabaco, alcohol y prótesis dental removible, entre otros, en la patogénesis de las lesiones de mucosa oral, se pone de manifiesto más fuertemente en este grupo de edad. El hecho de que casi uno de cada cuatro sujetos adultos mayores puede ser susceptible a una lesión de mucosa oral, hace hincapié en la importancia de las inspecciones de rutina de la mucosa oral a fin de mantener una buena salud bucal en la etapa de prevención. Por lo tanto, aumentar el conocimiento de la prevalencia de las lesiones orales y de los factores asociados con su ocurrencia, son esenciales para el establecimiento de medidas preventivas y de promoción de la salud oral.

Los datos que se utilizaron fueron obtenidos del Primer Examen Nacional de Salud Bucal en adultos de 35-44 años y de 65-74 años de Chile realizado entre los años 2007 y 2008, lo cual permitió obtener el primer reporte a nivel nacional de la prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en los grupos de edad examinados, comparándolos con los registros existentes a nivel mundial. Hasta la fecha no existen estudios en Chile publicados en prevalencia de lesiones de mucosa oral en adultos de 35-44 años.

HIPÓTESIS

Los adultos de 65-74 años presentan una mayor prevalencia de lesiones de la mucosa oral que los adultos de 35-44 años

OBJETIVO

Objetivo general

Estimar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral y factores asociados en adultos de 35-44 y 65-74 años en Chile.

Objetivos específicos

- 1.- Estimar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral según sexo.
- 2.- Estimar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral según grupo de edad.
- 3.- Comparar la prevalencia de lesiones de mucosa oral según sexo y entre ambos grupos de edad.
- 4.- Analizar los factores de riesgo asociados con la prevalencia de lesiones de mucosa oral en cada grupo de edad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Diseño del estudio

El estudio de esta tesis corresponde a un análisis secundario a partir de los datos obtenidos del estudio epidemiológico transversal: Primer Examen Nacional de Salud Bucal en adultos de 35-44 años y de 65-74 años de Chile realizado entre los años 2007 y 2008 investigación financiada por FONDECYT (Proyecto N° 1070431). El análisis de prevalencia de lesiones de mucosa oral y factores relacionados no ha sido analizado hasta el momento.

Características del estudio original

El diseño del estudio original fue de tipo transversal y se realizó en la población adulta chilena de todas las regiones I a XV de Chile. El muestreo empleado fue probabilístico, multietápico y estratificado con criterio proporcional, tanto para el número de personas seleccionadas por región, grupo etario y sexo. Cada región fue representada por las capitales regionales, con excepción de la Región Metropolitana, IV y V Región que incluyeron además otras comunas.

La muestra del Primer Examen Nacional de Salud Bucal 2007-2008 incluyó personas de 35-44 años y de 65-74 años de Chile. Por lo tanto, participantes nacidos entre los años 1963 y 1973 en el grupo de adultos jóvenes de 35-44 años y participantes nacidos entre los años 1933 y 1943 en el grupo de adultos mayores de 65-74 años. Se seleccionaron estos grupos de edad siguiendo las recomendaciones del Manual para realizar Encuestas en Salud Bucodental: métodos básicos, cuarta edición de la OMS para evaluar salud bucal en adultos (World Health Organization, 1997).

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró una proporción esperada de 80% de enfermedad periodontal severa con un nivel de confianza de 95% y un error de estimación de 0,02. El tamaño de muestra calculado fue 1561 individuos.

El marco del muestreo se construyó con los datos del Censo 2002 del Instituto Nacional de Estadística (INE) referidos a la población urbana total a nivel de región distribuida por sexo y por edad. De las 1561 personas que conformaban la muestra, 1092 participantes fueron adultos de 35-44 años (70,0%) y mujeres 887 (56,8%), debido al criterio de selección proporcional. La distribución de los individuos de la muestra se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de la muestra de adultos de 35-44 y 65-74 años en el Primer Examen Nacional de Salud Bucal 2007-2008

Región	Capital Regional	35-44 años		65-74 años		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Metropolitana	Santiago	505	(46,2)	197	(42,2)	974	(62,4)
Arica y Parinacota	Arica	16	(1,4)	12	(2,5)	28	(1,8)
Tarapacá	Iquique	15	(1,3)	10	(2,1)	35	(2,2)
Antofagasta	Antofagasta	42	(3,8)	15	(3,1)	57	(3,7)
Atacama	Copiapó	17	(1,5)	12	(2,5)	29	(1,9)
Coquimbo	La Serena	39	(3,5)	23	(4,9)	62	(4,0)
Valparaíso	Valparaíso	95	(8,6)	64	(20,2)	159	10,2)
O'Higgins	Rancagua	50	(4,5)	14	(2,9)	64	(4,1)
Maule	Talca	44	(4,0)	24	(5,1)	68	(4,4)
Biobío	Concepción	122	(11,1)	40	(8,5)	162	(10,4)
Araucanía	Temuco	47	(4,3)	16	(3,4)	64	(4,1)
De los Ríos	Valdivia	28	(2,5)	8	(1,7)	36	(2,3)
Los Lagos	Puerto Montt	37	(3,3)	10	(2,1)	47	(3,0)
Aysén	Coihaique	18	(1,6)	12	(2,5)	30	(1,9)
Magallanes	Punta Arenas	17	(1,5)	12	(2,5)	29	(1,9)
Total		1092	(70,0)	469	(30,0)	1561	(100,0)

Procedimiento para acceder a los individuos utilizado en el estudio original

En el estudio base de acuerdo al tamaño fijado para la muestra total y usando los mapas censales elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas se procedió a seleccionar dentro de cada comuna las manzanas madres o centrales, utilizando un sistema aleatorio que garantizara que todas las manzanas tuviesen la misma probabilidad de ser incluidas. En cada manzana se registraron los hogares y se inició la encuesta de las personas. En cada hogar seleccionado se censaron todas las personas que cumplían con los

criterios de inclusión prefijados en el estudio (pertenencia a los grupos de edad 35-44 y 65-74 años), hasta completar la muestra, ajustada a la estratificación por edad y sexo. En esos lugares una asistente social realizó la encuesta e invitó a participar en un examen dental y de mucosa oral que se realizó en un centro de salud próximo al hogar de la persona, o en una clínica móvil para el caso de Rancagua.

Entrenamiento y calibración

Previo al inicio del trabajo de campo se realizó una sesión teórica de entrenamiento en los diferentes cuestionarios utilizados y en el diagnóstico clínico de caries, enfermedad periodontal y lesiones de mucosa oral en dependencias de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. A esta sesión de dos días de entrenamiento y calibración asistieron todos los examinadores quienes fueron cirujano- dentistas de Santiago y de equipos regionales locales.

Específicamente para el entrenamiento del examen de mucosa oral, la sesión teórica se realizó en dos horas, e incluyó definiciones operacionales sobre qué se consideraba lesión de mucosa oral, criterios de diagnóstico para las lesiones de mucosa oral más frecuentes y relevantes de incluir en estudios epidemiológicos y descripción de localización de estas lesiones, ambos aspectos basado en las recomendaciones de la OMS en el libro Oral health survey: basic methods, cuarta edición (1997). Posterior a la sesión de entrenamiento, se realizó una evaluación de la concordancia de los participantes con el experto en una serie de 30 fotografías clínicas de lesiones de mucosa oral.

Limitaciones del estudio base y de la presente tesis

El estudio base denominado Primer Examen Nacional de Salud Bucal 2007-2008 tiene limitaciones en su representatividad debido a que no incorporó población rural. Aunque todos los examinadores eran cirujano-dentistas no todos tenían especialidad en patología o medicina oral.

Análisis estadístico

En primer lugar se describe la prevalencia de lesiones y los factores de riesgo en cada grupo edad usando medidas absolutas y de resumen como porcentaje, promedio o mediana, desviación estándar o rango intercuartílico.

Para evaluar si existe diferencia en la prevalencia de lesiones (frecuencia de por lo menos una lesión en la mucosa oral y de cada una de las lesiones en forma independiente) entre los grupos de edad se usó prueba estadística Chi² o Test de Fisher.

Para evaluar los posibles factores de riesgo asociados se usó análisis multivariado y la variable respuesta (una o más lesiones de la mucosa oral).

Para todos los análisis se utilizó el programa Estadístico STATA 11,0 (Stata Statistical Software: Release 11, College Station, TX: StataCorp LP) y se consideró un valor p menor o igual a 0,05 para considerar una diferencia como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra final para esta tesis estuvo constituida por 1237 participantes con información completa de datos de examen de mucosa oral. Se excluyeron los casos que el registro de este examen estaba como dato perdido. No se realizó imputación de datos.

A continuación en la tabla 5 se presentan las características de la muestra final en ambos grupos de edad.

Tabla 5. Características de la muestra según grupo de edad.

	Grupo edad 35-44 años	Grupo edad 65-74 años	Total n (%)
Género			
Mujeres	476 (55,0)	233 (62,8)	709 (57,3)
Hombres	390 (45,0)	138 (37,2)	528 (42,7)
Nivel educacional			
Ninguno	11 (1,3)	20 (5,4)	31 (2,5)
Básico parcial o completa	186 (21,5)	202 (54,5)	388 (31,4)
Media parcial o completa	478 (55,2)	126 (33,9)	604 (48,8)
Técnica profesional	134 (15,5)	8 (2,2)	142 (11,5)
Universitaria	57 (6,6)	15 (4,0)	72 (5,8)
Ingresos personal			
< 200.000 pesos	693 (80,0)	327 (88,1)	1,020 (82,7)
201.000 - 338.000 pesos	131 (15,1)	32 (8,6)	163 (13,2)
> 339.000	42 (4,9)	12 (3,2)	54 (4,4)
Hipertensión			
Presencia	111 (12,8)	243 (65,5)	354 (28,6)
Ausencia	755 (87,2)	128 (34,5)	883 (71,4)
Diabetes			
Presencia	48 (5,5)	91 (24,5)	139 (11,2)
Ausencia	818 (94,5)	280 (75,5)	1,098 (88,8)
Cáncer			
Presencia	17 (2,0)	20 (5,4)	37 (3,0)
Ausencia	849 (98,0)	351 (94,6)	1200 (97,0)
Depresión			
Presencia	723 (83,5)	286 (77,1)	1,009 (81,6)

Ausencia	143 (16,5)	85 (22,9)	228 (18,4)
Consumo de medicamentos ¹			
Si	257 (29,7)	285 (76,8)	542 (43,8)
No	609 (70,3)	86 (23,2)	695 (56,2)
Hábito de fumar ²			
Fuma actualmente	374 (44,4)	55 (15,0)	429 (35,4)
Fumaba pero lo dejó	148 (17,6)	110 (29,9)	258 (21,3)
Nunca ha fumado	321 (38,1)	203 (55,2)	524 (43,3)
Uso de prótesis ³			
Uso	154 (18,4)	269 (73,3)	423 (35,2)
No uso	682 (81,6)	98 (26,7)	780 (64,8)

¹34 datos perdidos

²26 datos perdidos

³34 datos perdidos

Se observa que existe un porcentaje mayor de mujeres, en educación media parcial o completa y en rango de ingresos bajo. Respecto a las enfermedades crónicas, entre hipertensión, diabetes, depresión y antecedente de cáncer la más frecuente fue depresión. Todas estas enfermedades fueron más frecuentes en adultos mayores, a excepción de la depresión que fue mayor en los adultos jóvenes. En cuanto al consumo de medicamentos existe diferencia de porcentajes en el consumo entre los grupos de edad, siendo el doble en el grupo de edad más avanzado, al igual que el uso de prótesis removibles. Por último, el mayor porcentaje de hábito de fumar se encuentra en el grupo de edad entre los 35-44 años de edad.

Prevalencia de lesiones según grupo de edad y género

En la tabla 6 se presentan los resultados de prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en ambos grupos de edad y se puede apreciar que son más frecuentes en los adultos mayores ($p < 0,001$).

Tabla 6. Distribución de frecuencia de una o más lesiones de mucosa oral en ambos grupos de edad

Lesiones de mucosa oral	35-44 años (n=866) n (%)	65-74 años (n=371) n (%)	Total n (%)
Presencia de 1 o más lesiones	255 (29,5)	174 (46,9) ^a	429 (34,7)
Ausencia	611 (70,5)	197 (53,1)	808 (65,3)

^aTest Chi² menor a 0,05

Por otro lado, la presencia de dos o más lesiones de la mucosa oral en el momento del examen también es más frecuente en adultos mayores ($p=0,001$) (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de frecuencia de dos o más lesiones de mucosa oral según grupo de edad

Lesiones de mucosa oral	35-44 años (n=866) n (%)	65-74 años (n=371) n (%)	Total (n=1.237) n (%)
Presencia 2 o más lesiones	39 (4,50)	44 (9,16)	73 (5,90)
Ausencia	827 (95,50)	337 (90,84)	1.164 (94,10)

En la Tabla 8 se observa relación a la prevalencia de una o más lesiones según género, detectándose que no existen diferencias significativas (Chi², $p=0,179$)

Tabla 8. Distribución de frecuencia de una o más lesiones según género

Lesiones de mucosa oral	Mujeres (n= 709) n (%)	Hombres (n=528) n (%)	Total (n=1237) n (%)
Ausencia	452 (63,8)	356 (67,4)	808 (65,3)
Presencia 1 o más lesiones	257 (36,2)	172 (32,6)	429 (34,7)

La prevalencia de dos o más lesiones de la mucosa oral tampoco presenta diferencias significativas según género ($p=0,598$).

Considerando sólo a los pacientes con una o más lesiones, el mayor porcentaje tenía una lesión 355 (82,75%), 62 (14,5%) tuvieron dos lesiones, 11 (2,6%) tuvieron tres lesiones y uno (0,2%) tuvo cuatro lesiones de mucosa oral.

Factores de riesgo asociados con la prevalencia de una o más lesiones en la mucosa oral

A continuación se presenta un análisis de los potenciales factores sociodemográficos y condiciones de salud que pueden asociarse con la prevalencia de una o más lesiones de la mucosa oral en la población en estudio.

Tabla 9. Distribución de los factores de riesgos en la muestra con una o más lesiones de mucosa oral en cada grupo de edad

	35-44 años n (%)	65-74 años n(%)
Género		
Mujeres	144 (30,3)	113 (48,5)
Hombres	111 (28,5)	61 (44,2)
Nivel educacional		
Básico	71 (36,6) ^a	108 (49,5)
Media	143(29,9)	57 (45,2)
Técnica profesional	26 (19,4)	4 (50,0)
Universitaria	15 (26,3)	5 (33,3)
Ingresos personal		
< \$200.000.-	207(29,9)	152(46,5)
\$ 201.000 - 338.000.-	37(28,2)	18(56,3)
>\$339.000.-	11(26,2)	4(33,3)
Diabetes		
Presencia	22 (45,8) ^a	39 (42,9)
Ausencia	233 (28,5)	135 (48,2)
Consumo de medicamentos¹		
Si	83 (32,3)	135 (47,4)
No	172 (28,2)	39 (45,4)
Hábito de fumar²		

Fuma actualmente	110 (29,4)	27 (49,1)
Fumaba pero lo dejó	50 (33,8)	52 (47,3)
Nunca ha fumado	91 (28,4)	93 (45,8)
Uso de prótesis ³		
Uso	98 (63,6) ^a	146 (54,3) ^a
No uso	150 (22,0)	28 (28,6)

¹34 datos perdidos

²26 datos perdidos

³34 datos perdidos

^aTest Chi² menor a 0,05

En la tabla 9, se observa que en ambos grupos de edad se aprecia un mayor porcentaje de mujeres con lesiones de mucosa oral, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En el grupo 35-44 años edad se determinó una asociación significativa con un nivel educacional y diabetes. El uso de prótesis se asoció significativamente con un mayor prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en ambos grupos de edad.

Un modelo multivariado fue construido para analizar las variables asociadas con la mayor probabilidad de tener una o más lesiones de mucosa oral. Se seleccionaron sólo aquellas que tenían una asociación significativa en el análisis bivariado.

Se realizó un modelo multivariado para ambos grupos de edad en forma independiente calculando la razón de prevalencia (RP). En adultos de 35- 44 años sólo el uso de prótesis mantuvo una asociación significativa, RP = 2,76 (95% IC: 2,28 – 3,35) ajustado por las variables nivel educacional y diabetes (Tabla 10).

Tabla 10. Modelo multivariado de prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en adultos de 35-44 años

	RP (95% Intervalo de confianza)	p
Nivel educacional		
Básico ^a	1,08 (0.67 - 1.77)	0,743
Secundaria ^a	0,97 (0.60 - 1.55)	0,900
Tec. Professional ^a	0,77 (0.44 - 1.36)	0,370
Diabetes ^b	1,35 (0.98 - 1.87)	0,070
Uso de prótesis ^c	2,76 (2.28 - 3.35)	<0,0001

^aGrupo de referencia= Educación universitaria

^bGrupo de referencia: no reporta diabetes

^cGrupo de referencia= no usa prótesis

En adultos mayores sólo el uso de prótesis tuvo una asociación significativa y fue calculada una razón de prevalencia de RP = 1,89 (95% IC: 1,36 – 2,64, <0.0001).

En ambos grupos de edad el uso de prótesis es el principal factor de riesgo asociado con presencia de una o más lesiones de mucosa oral.

Prevalencia de cada una de las lesiones de mucosa oral incluidas en este estudio en adultos de 35-44 y 65-74 años en Chile

Un total de 513 lesiones (lesiones específicas incluidas para este estudio y otras lesiones) fueron diagnosticadas en 429 (34,7%) participantes.

La lesión más común fue queilitis angular en 197 participantes (38,4%), y en segundo lugar absceso en 53 participantes (10,3%). Un 13,2% de las lesiones fueron consignadas por el examinador como “otro trastorno” no especificado en el listado. En la tabla 11, se presentan las frecuencias de las lesiones de mucosa oral incluidas en el estudio.

En cuanto al grupo de edad las lesiones más frecuentes en el grupo de 35-44 fueron Quelitis angular (29,3%) y Gingivitis necrotizante aguda (11,3%). En el grupo de 65-74 años de edad las lesiones más reiteradas fueron Quelitis angular (51,2%); Absceso (15,5%); Gingivitis necrotizante aguda (7,5%).

Condiciones potencialmente malignas se observaron alrededor de un 5% de los participantes siendo la más frecuente la leucoplasia oral.

Tabla 11. Frecuencia de lesiones de mucosa oral incluidas en el estudio en la muestra total y en cada grupo de edad

Lesiones de mucosa oral	Total n (%)	Grupo de edad 35-44años n(%)	Grupo de edad 65-74años n(%)
Quelitis angular	197 (38,40)	88 (29,33)	109 (51,20)
Absceso	53 (10,31)	20 (6,70)	33 (15,50)
Gingivitis necrotizante aguda	50 (9,75)	34 (11,33)	16 (7,51)
Ulcera traumática	28 (5,50)	22 (7,33)	6 (2,82)
Glositis romboidal media	28 (5,50)	14 (4,70)	14 (6,60)
Ulcera herpética	21 (4,10)	17 (5,70)	4 (1,90)
Ulcera aftosa	20 (3,90)	14(4,70)	6 (2,82)
Leucoplasia	19 (3,70)	17 (5,70)	2 (0,94)
Hiperplasia irritativa	10 (1,95)	4 (1,33)	6 (2,82)
Liquen plano	7 (1,36)	6 (2,00)	1 (0,50)
Tumor maligno	4 (0,80)	3 (1,00)	1 (0,50)
Estomatitis subprotésica	7 (1,40)	4 (1,33)	3 (1,41)
Candidiasis pseudomembranosa	1 (0,20)	0 (0,00)	1 (0,50)
Otro trastorno	68 (13,23)	57 (19,00)	11 (5,20)
	513(100,00)	300 (100,00)	213 (100)

DISCUSIÓN

Este estudio determinó la prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en dos grupos de edad, 35-45 años y 65-74 años, en una muestra representativa a nivel nacional.

La comparación de los resultados obtenidos en esta investigación con otros estudios epidemiológicos similares revela que la prevalencia de una o más lesiones de la mucosa oral (37%) se encuentra dentro del rango observado (4,5 – 84,5%), aunque este es muy amplio, y estaría más cercano a la prevalencia observada en Turquía 41,7% (Mumco y cols., 2005).

Dentro de los estudios mencionados previamente, el único que utiliza los mismos grupos de edad de nuestro estudio fue realizado en Alemania y determinó una prevalencia de 62,2% en un grupo de edad entre 35-44 años y de 66,1% en el grupo de 65-74 años (Reichart, 2000); lo que es mayor a las prevalencias descritas en este estudio para ambos grupos de edad, 29,5% y 46,9%, respectivamente.

Para facilitar la comparación entre estudios epidemiológicos se debería promover el uso de estos grupos de edad, recomendados por la OMS para estudios epidemiológicos para representar a los adultos y adultos mayores mencionados tanto en la cuarta (World Health Organization, 1997) como quinta edición (World Health Organization, 2013) del libro Encuestas de la salud bucodental: métodos básicos de la OMS. El grupo de 35-44 años es el grupo de edad estándar para la vigilancia de condiciones de salud oral en adultos, aunque se ha descrito especialmente para evaluar el pleno efecto de la caries dental, el nivel de afectación periodontal y los efectos generales de la atención de la salud oral proporcionada. El grupo de 65-74 años se ha vuelto más importante con los cambios en la distribución por edades de las poblaciones y en el aumento mundial de la esperanza de vida. En este grupo de edad, es posible estimar la manifestación de la enfermedad oral desde una perspectiva de curso de vida. Los datos de este grupo son necesarios para la planificación de intervenciones adecuadas para las personas mayores y el efecto final de

los programas de salud bucal en la población (World Health Organization, 2013). La evaluación de población adulta y adulto mayor además se justifica por la importancia que adquieren la presencia de lesiones de mucosa oral y los trastornos temporomandibulares.

El amplio rango de prevalencia de LMO se explicaría por diferentes motivos. Principalmente, por el tipo de lesiones de mucosa oral que han sido incluidas en los diferentes estudios, como por ejemplo, algunos incluyen condiciones, variaciones de la normalidad o malformaciones como lengua fisurada, gránulos de Fordyce y varice lingual, que para otros autores no son considerados como lesiones o patologías de mucosa oral. Además, existen diferencias en la población en estudio, por ejemplo, algunos son realizados en poblaciones especiales, de mayor vulnerabilidad que pueden tener una mayor carga de enfermedades, como clínicas odontológicas u hospitales, y otros estudios son en grupos altamente seleccionados como de adultos mayores institucionalizados (denominados en Chile establecimientos de larga estadía para adultos mayores). En general, estudios de base poblacional de lesiones de mucosa oral en la comunidad con representación nacional o regional son escasos. Por último, también las diferencias podrían explicarse en los criterios de diagnóstico establecidos para definir lesiones de mucosa oral, siendo el más utilizado la guía de la OMS para el diagnóstico de enfermedades de mucosa oral (Kramer y cols., 1980), pero este sólo incluye definiciones operacionales para algunas lesiones específicas (target lesions). En relación a esto último se debería hacer un esfuerzo para incorporar descripción de los criterios de diagnóstico de lesiones en la sexta edición del manual Encuestas de salud bucodental: métodos básicos de la OMS.

Respecto a los factores de riesgo, se han asociado variables socio-demográficas y de comportamiento con la presencia de lesiones de mucosa oral. En nuestro estudio no se encontró una diferencia significativa en relación al género, consumo de medicamentos y hábito de fumar, a diferencia de los estudios de Carrad y cols. (2011) y García Pola y cols. (2002). Sin embargo, hallamos que existe una relación significativa entre la presencia de lesiones de mucosa oral y los grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 65-74 años.

Esto se relaciona con lo publicado por Reichart (2000) y Mumcum y cols. (2005), los cuales relacionan el aumento de edad con la mayor frecuencia de varias lesiones de mucosa oral por ejemplo, pigmentaciones, lengua fisurada, varices linguales, leucoplasia, estomatitis subprotésica, entre otras.

Considerando los grupos de edad por separado, encontramos una asociación estadísticamente significativa entre las personas que poseían una o más lesiones de mucosa oral pertenecientes al grupo de 35-44 años de edad y el nivel educacional básico parcial o completo (36,6%). Estudios epidemiológicos relacionan el nivel educacional con cierto tipo de lesiones. Reichart (2000) determinó que existe una relación significativa entre la frecuencia de leucoplasia y el bajo nivel educacional. También se ha descrito una asociación entre la quelitis actínica y el bajo nivel educacional en una campaña de prevención de cáncer bucal (Gueno y cols., 2015), al igual que en una población de trabajadores de zona costera (Souza y cols., 2012).

Enfermedades crónicas como la diabetes, son también condiciones sistémicas que favorecen el desarrollo de patologías de la mucosa oral, como por ejemplo inflamación gingival y disminución de flujo salival. En nuestro estudio encontramos una asociación entre la población con diabetes y el aumento de las lesiones de mucosa oral en el grupo de edad 35-44 años (45,8%). Esta relación entre el aumento de lesiones de mucosa oral y la diabetes ha sido descrita también por otros autores como Vasconcellos y cols. (2008) quien publicó que existe un 80% de prevalencia de lesiones de mucosa oral en pacientes con diabetes, lo cual se encuentra muy cercano a lo publicado por Silva y cols. (2015), con una prevalencia de 78,4%. Cabe destacar que la relación entre las lesiones de mucosa oral y la población diabética se encontró sólo en el grupo de edad de 35-44 años y no en el grupo de 65-74 años. Esto podría explicarse por la emergencia de otros factores en este grupo de edad como son el aumento de otras patologías sistémicas, envejecimiento fisiológico de mucosa oral, disminución de la función glandular tanto por el aumento de edad como por el mayor consumo de medicamentos relacionados con la hiposalivación. Por lo que creemos que la relación no resulto significativa en el grupo de 65-74 años de edad, debido a que esto

puede enmascararse con otros factores que producen aumento de la frecuencia de lesiones de mucosa oral.

En nuestra investigación encontramos que el uso de prótesis removible aumenta la probabilidad de tener una o más lesiones de mucosa oral en ambos grupos de edad con una razón de prevalencia $RP = 2,76$ (95% IC: 2,28 – 3,35) en el grupo de 35-44 años ($OR = 2.51$) y una $RP = 1,9$ en el grupo de 65-74 años (95% IC: 1,36 – 2,64. Esto se relaciona con lo publicado previamente por Espinoza y cols. (2003) quien halló un aumento cercano a 3 veces la probabilidad de tener una o más lesiones de mucosa oral en portadores de prótesis removible en una muestra de adultos de 60 o más años. Varios investigadores han relacionado el uso de prótesis removibles con lesiones orales (Espinoza y cols., 2003) (Shulman y cols., 2004) (Mumcu y cols., 2005) (dos Santos y cols., 2004). (Budtz-Jorgensen, 1985) (MacEntee y cols., 1998) (Freitas y cols., 2008) (Jainkittivong y cols., 2010). Las lesiones de la mucosa oral relacionadas con el uso de prótesis han sido asociadas con una mala higiene, pobre retención de la prótesis y el trauma mecánico (Freitas y cols., 2008) (Coelho y cols., 2004), antigüedad de las prótesis y uso continuo de la prótesis removibles (Espinoza y cols., 2003). Además las prótesis removibles pueden predisponer a los pacientes a la aparición de lesiones de la mucosa del tipo candidiasis, hiperplasia inflamatoria y úlcera traumática (Coelho y cols., 2004) (Jainkittivong y cols., 2010).

Consideramos que este aumento de lesiones de mucosa oral en los participantes portadores de prótesis dental removible está relacionado con el deterioro de esta o escaso control que llevan los pacientes posterior a recibir este tipo de tratamiento. A partir del Primer Examen Nacional de Salud Bucal 2007-2008 en Chile se evaluó el tipo de consulta de la última visita al odontólogo en los participantes, lo que determinó que el 33,7% solo consultó por una evaluación de su estado oral, mientras que un 62,0% consultó por algún episodio o problema dental y un 4,3% nunca ha visitado al dentista (Espinoza y cols., 2013). Lo que refleja la gran cantidad de pacientes que presentan problemas dentales y muchos de ellos sin control de sus tratamientos dentales. Otro estudio respecto al uso de las prestaciones

dentales en Chile basado en la Encuesta de Protección Social determinó un 15% a un 20% entre los años 2004 y 2009 (Cornejo y cols., 2015), lo que también demuestra que existe un escaso acceso a la atención odontológica, es decir, una gran cantidad de personas sin control odontológico de sus tratamientos u otras afecciones dentales.

En nuestro estudio hallamos que la quelitis angular era la lesión de mucosa oral más frecuente con un 39,1%, esto relacionado con los otros estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral que se han realizado en Chile, se encuentra sobre lo encontrado por Espinoza y cols. (2003) 2,9%, Cueto y cols. (2013) 3,6% y Raposo y cols. (2011) 2,67%.

Es interesante destacar el alto porcentaje de Gingivitis necrotizante aguda de 9,75%, lo cual nos lleva a pensar que parte de la población, sobretodo diabética, no estaban compensados. Al momento de la encuesta sobre las distintas patologías, sólo se preguntó si alguna vez le habían diagnosticado alguna de ellas, por lo que no existe un registro sobre si estaban en control de su enfermedad.

En cuanto a las lesiones potencialmente malignas encontramos que la leucoplasia se halló en un 3,7%, cercano a lo publicado por Raposo y cols. (2011) en Temuco (3%) y mayor a lo publicado previamente en adultos mayores de la Región Metropolitana 1,7% (Espinoza y cols., 2003) y a lo encontrado por Reichart (2000) el cual publicó una prevalencia de leucoplasia 1,6% en el grupo de 35-44 años y 1% en 65-74 años. La prevalencia de leucoplasia varía entre 1,7 a 2,7% en la población general (Petti, 2003). Esta estimación fue realizada a través de un meta-análisis que incluyó 23 estudios publicados en el mundo entre los años 1986-2002.

Por otro lado, la prevalencia de liquen plano fue 1,4%, la cual se encuentra cercano entre lo expuesto por Espinoza y cols. (2003) 2,1% y mayor a lo obtenido por Cueto y cols. (2013) 0,7%.

Es importante mencionar que se encontraron 4 participantes con tumor

maligno a través del diagnóstico clínico y si estos se suman a las lesiones potencialmente malignas comentadas previamente, se obtiene casi un 5%, lo cual es un porcentaje importante.

La estomatitis subprotésica en nuestro estudio fue de 1,4%, lo cual se encuentra por debajo por lo publicado por Espinoza y cols. (2003) 22,3% y Cueto y cols. (2013) 37,1%. Además hallamos una prevalencia de 1,3% en el grupo de 35-44 años y de 1,4% en el grupo de 65-74 años. Esto está más cercano a lo publicado por Reichart (2000) quien encontró una prevalencia de estomatitis subprotésica de 2,5% en el grupo de 35-44 años. Cabe destacar que en nuestra población hallamos que un 35,2% es portador de prótesis removible, lo que es bajo en relación a la población estudiada por Espinoza y cols. (2003) quienes utilizaban prótesis en un 65% y 77% por Cueto y cols. (2013). En este aspecto, el bajo uso de prótesis removible en nuestra población influiría en la baja frecuencia de estomatitis subprotésica, sumado a una posible baja detección de esta entidad patológica por los examinadores, que no son especialistas en patología o medicina oral, como fue mencionado, es una de las limitaciones de este estudio. De todos modos no podemos desestimar que pueden haber mejorado las medidas de higiene de prótesis en la población o el control respecto al estudio anterior, asociado al mayor acceso a programas de rehabilitación con prótesis, lo que sobrepasa la capacidad de análisis de esta tesis y que podría ser estudiado en otras investigaciones.

Por otro lado, creemos que el bajo uso de las prestaciones odontológicas en Chile, repercute en la salud oral de los pacientes, debido al bajo monitoreo de los distintos tratamientos dentales. Por lo que, sería imperioso avanzar en las estimaciones exactas de la epidemiología de las lesiones de mucosa oral y una mejor comprensión de los factores asociados con su ocurrencia, lo cual es esencial para el establecimiento de medidas preventivas y de promoción de la salud oral, por lo tanto, proponemos aumentar la cobertura de control clínico de lesiones de mucosa oral en este universo de pacientes que utilizan prótesis dentales removible y que no poseen monitorización de sus tratamientos, debido a que el deterioro y el mal cuidado de estas son un factor de riesgo asociado que aumenta la probabilidad de tener

una o más lesiones de mucosa oral.

Debido a la gran cantidad de lesiones que fueron agrupadas como otro trastorno, sugerimos incorporar fotografías, tanto de mucosa afectada como de mucosa sana, para apoyar el diagnóstico de las lesiones de mucosa oral en el caso que no sea realizado por especialistas en patología y medicina oral. Además, es importante señalar que se encontró una gran cantidad de lesiones de tipo reaccionales, por lo que sugerimos enfatizar en educar al paciente en la ejecución del autoexamen de la mucosa oral como una medida principal de prevención en salud.

Finalmente, cabe destacar que los especialistas en patología y medicina oral en Chile son escasos, según los datos entregados por la secretaria de dirección de la escuela de graduados de la Universidad de Chile, existen 34 graduados entre los años 1991-2015. Actualmente en la mayoría de los servicios públicos los profesionales que desempeñan el papel de diagnóstico de patologías bucomaxilo faciales son médicos con especialidad en patología, por lo que sugerimos incluir un mayor número de especialistas en patología oral, debido a la gran cantidad de lesiones que existen en el territorio maxilofacial que son de conocimiento odontológico y como se destacó anteriormente algunas poseen un potencial maligno.

Proyecciones

El relacionar los tipos de lesiones de mucosa oral con factores de riesgo y características de las prótesis removible no era objetivo de este estudio, por lo que se sugieren futuros estudios para vislumbrar este ámbito y agregarlo como parte de la promoción y prevención en el sistema de salud en Chile.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir a través de una población representativa a nivel nacional que:

- 1.- La prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en los grupos de edad de 35-44 y 65-74 años en Chile es alta.
- 2.- Se observa una mayor prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en el grupo de 65-74 años en comparación con el grupo de 35-44 años.
- 3.- El uso de prótesis dental removible fue la variable que presentó una mayor asociación con la prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral y tuvo una relación significativa en ambos grupos de edad.
- 4.- En el grupo de edad de 35-44 años el uso de prótesis se asoció con una probabilidad de casi 3 veces de presentar una o más lesiones de mucosa oral, ajustado por las variables nivel educacional y diabetes (RP = 2,76, 95% IC: 2,28 – 3,35).
- 5.- En el grupo adulto mayor la razón de prevalencia de poseer una o más lesiones de mucosa oral fue de casi 2 veces (RP = 1,89 (95% IC: 1,36 – 2,64) en portadores de prótesis dentales removibles.

El hecho de que casi uno de cada tres sujetos adultos y adultos mayores presentan una o más lesiones de mucosa oral, confirma la importancia de las inspecciones de rutina de la mucosa oral a fin de mantener una buena salud bucal, prevención y manejo terapéutico oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Axell T (1976). A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odontol Revy Suppl* 36:1-103.

Budtz-Jorgensen E (1981). Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 10:65–80.

Carrard VC, Haas AN, Rados PV, Sant'ana Filho M, Oppermann RV, Albandar JM y cols. (2011). Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. *Oral Dis* 17(2):171-9.

Corbet EF, Holmgren CJ, Philipsen HP (1994). Oral mucosal lesions in 65-74-year-old Hong kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemio* 22:392-5.

Coelho CM, Sousa YT, Dare AM (2004). Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil* 31:135–139.

Conway D, Petticrew M, Marlborough H, Berthille J, Hashibe M (2008). Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer* 122(12):2811–2819.

Cornejo M, Paraje G, Vásquez F, Pérez G, Paléncia L, Borrell C (2015). Changes in Socioeconomic Inequalities in the Use of Dental Care Following Major Healthcare Reform in Chile, 2004–2009. *Int J Environ Res Public Health* 12(3):2823-2836.

Cueto A, Martinez R, Niklander S, Deichler J, Barraza A, Esguep A (2013). Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaiso, Chile. *Gerodontology* 30:201–206.

Chung CH, Yang YH, Wang TY, Shieh TY, Warnakulasuriya S (2005). Oral precancerous disorders associated with areca quid chewing, smoking, and alcohol drinking in southern Taiwan. *J Oral Pathol Med* 34:460–466.

Do LG, Spencer AJ, Dost F, Farah CS (2014). Oral mucosal lesions: findings from the Australian National Survey of Adult Oral Health. *Australian Dental Journal* 59:114–120.

dos Santos PJ, Bessa CF, de Aguiar MC, do Carmo MA (2004). Cross-sectional study of oral mucosal conditions. *J Oral Pathol Med* 33:7-12.

Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J (2003). Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med* 32:571–575.

Espinoza I, Thomsom W, Gamonal J, Arteaga O (2013). Disparities in aspects of oral-health-related quality of life among Chilean adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 41(3):242-50.

Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira AN (2010). Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. *Braz Oral Res* 24(3):296-302.

Fleishman R, Peles DB, Pisanti S (1985). Oral mucosal lesions among elderly in Israel. *J Dent Res* 64:831–836.

Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MH, Ferreira E (2008). Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil* 35:370–374.

Garcia-Pola Vallejo MJ, Martinez Diaz-Canel AI, Garcia Martin JM, Gonzalez Garcia M (2002). Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 30(4):277-85.

Gheno J, Martins A, Munerato M, Hugo F, Santana Filho M, Weissheimer C y cols. (2015). Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Braz Oral Res* 29(1):1-6.

Glazar I, Urek MM, Brumini G, Pezelj-Ribaric S (2010). Oral sensorial complaints, salivary flow rate and mucosal lesions in the institutionalized elderly. *Journal of Oral Rehabilitation* 37;93–99.

Hashibe M, Jacob BJ, Thomas G, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R y cols. (2003). Socioeconomic status, lifestyle factors and oral premalignant lesions. *Oral Oncol* 39:664–671.

Jaber MA, Porter SR, Gilthorpe MS, Bedi R, Scully C (1999). Risk factors for oral epithelial dysplasia – the role of smoking and alcohol. *Oral Oncol* 35:151–156.

Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP (2002). Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 8:218–223.

Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP (2010). Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology* 27:26-32.

Jorge JJ, Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E (1991). Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 19:173-5.

Kramer IR, Pindborg JJ, Bezroukov V, Infirri JS (1980). *Guide to Epidemiology and Diagnosis of Oral Mucosal Diseases and Conditions 1980*. *Community Dent Oral Epidemiol* 8(1):1-26.

Kovac-Kovacic M, Skaleric U (2000). The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 29:331–335.

Lin HC, Corbet EF, Lo EC (2001). Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res* 80:1486-90.

Lubin JH, Purdue M, Kelsey K, Zhang ZF, Winn D, Wei Q y cols. (2009). Total exposure and exposure rate effects for alcohol and smoking and risk of head and neck cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Am J Epidemiol* 170:937–947.

Mallo L, Rodriguez G, Goiriena FJ, Lafuente P (2000). Patología de la mucosa oral en ancianos institucionalizados españoles. *Med Oral* 5:177-86.

MacEntee MI, Glick N, Stolar E (1998). Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Dis* 4:32–36.

MINISTERIO DE SALUD (2003). Primera Encuesta Nacional de Salud. <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/encnacsalres.pdf> Consultado el 27 de agosto de 2016.

MINISTERIO DE SALUD (2009-2010). Segunda Encuesta Nacional de Salud. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Consultado el 27 de agosto de 2016.

Morse DE, Psoter WJ, Cleveland D, Cohen D, Mohit-Tabatabai M, Kosis DL y cols. (2007). Smoking and drinking in relation to oral cancer and oral epithelial dysplasia. *Cancer Causes Control* 18:919–929.

Mozafari PM, Dalirsani Z, Delavarian Z, Amirchaghmaghi M, Shakeri MT, Esfandyari A y cols. (2012). Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology* 29(2):e930–34.

Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T (2005). Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis* 11:81–87.

Mujica V, Rivera Helen, Carrero M (2008). Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly Venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 13(5):E270-4.

Navalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A (1997). Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehab* 24:332-7.

Neville, Damm, Allen, Chi (2016) *Oral and Maxillofacial Pathology* 4ta edición. Ed Elsevier p,vii-ix.

Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S (2008). The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis* 14:356–366.

Petti S (2003). Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. *Oral Oncol* 39:770–780

Pizanty S, Mersel A, Markitziu A (1989). Oral Soft Tissue Status in an Elderly Institutionalized Population. *Gerodontology* 8(2):59-62.

Raposo A, Monsalves M J, Aravena P, Sanhueza A (2011). Prevalence of oral mucosal lesions at the Hernán Henríquez Aravena Hospital of Temuco. *Int J Morphol* 29(2):622-627.

Reichart PA (2000). Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 28:390–398.

Salonen L, Axell T, Hellden L (1990). Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult Swedish population. *J Oral Pathol Med* 19:170-176.

Silva MF, Barbosa KG, Pereira JV, Bento PM, Godoy GP, Gomes DQ (2015). Prevalence of oral mucosal lesions among patients with diabetes mellitus types 1 and 2. *An Bras Dermatol* 90(1):49-53.

Souza L, Costa D, Silveira E, Lima K (2012). Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. *Oral Diseases* 18(6):575-9.

Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F (2004). The prevalence of oral mucosal lesions in U.S, adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc* 135:1279–1286.

Taiyeb Ali T, Razak I, Raja Latifah R, Zain R (1995). An epidemiological survey of oral mucosal lesions among elderly Malaysians. *Gerontology* 12:37-40.

van de Mheen H, Stronks K, Looman CW, Mackenbach JP (1998). Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors?. *Int J Epidemiol* 27:431–437.

Vasconcelos BC, Novaes M, Sandrini FA, Maranhao Filho AW, Coimbra LS (2008). Prevalence of oral mucosa lesions in diabetic patients: a preliminary study. *Braz J Otorhinolaryngol* 74:423-8.

Vigild M (1987). Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 15:309-13.

Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 36:575–80.

Warnakulasuriya S (2009). Causes of oral cancer – an appraisal of controversies. *Br Dent J* 207(10):471-5.

Witkop C, Barros L (1963). Oral and genetic studies of Chileans. 1960. I. Oral anomalies. *Am J Phys Anthropol* 21:15-24.

World Health Organization (1997). *Oral Health Surveys: Basis Methods*. 4ta Ed pp 32-33.

World Health Organization (2013). *Oral Health Surveys: Basic Methods*. 5th Ed pp 53-55.

Yañez M, Escobar E, Oviedo C, Stillfried A, Pennacchiotti G (2016). Prevalence of oral mucosal lesions in children. *Int J Odontostomat* 10(3):463-468

EVALUACIÓN DE LA MUCOSA ORAL

Lesiones	Localización	Lesión	Localización
0= Ningún estado anormal	0= Borde bermellón		(20)
1= Tumor maligno	1= Comisuras		(22)
2= Leucoplasia	2= Labios (vista externa)		(24)
3= Liquen plano	3= Fondo de vestíbulo		(26)
4= Úlcera aftosa	4= Mucosa bucal		(28)
5= Úlcera herpética	5= Piso de la boca		(30)
6= Úlcera traumática	6= Lengua		(32)
7= Gingivitis necrotizante aguda	7= Paladar duro y/o blando		(34)
8= Estomatitis subprotésica	8= Bordes alveolares/encías		(36)
9= Queilitis angular	9= No registrado		(38)
10= Glositis romboidal media			(19)
11= Candidiasis pseudomembranosa			(21)
12= Candidiasis eritematosa			(23)
13= Hiperplasia irritativa (fibroma irritativo, epulis fisuratum)			(25)
14= Absceso			(27)
Especificar origen			(29)
15= Otro trastorno			(31)
Especificar			(33)
16= No registrado			(35)
			(37)

3. ¿Cuál es el nombre, edad y sexo de las personas que viven con usted?

Sexo 0 mujer
 1 hombre

Edad años cumplidos

	Nombre	Edad	Sexo
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Número de mujeres:

Número de hombres:

4. Durante el mes pasado, ¿cuál fue el ingreso que usted recibió?
 Identifique la categoría que corresponde a su ingreso mensual.

- 0 A Menos de 25.000 pesos
- 1 B Entre 26.000 y 40.000 pesos
- 2 C Entre 41.000 y 52.000 pesos
- 3 D Entre 53.000 y 68.000 pesos
- 4 E Entre 69.000 y 85.000 pesos
- 5 F Entre 86.000 y 107.000 pesos
- 6 G Entre 108.000 y 141.000 pesos
- 7 H Entre 142.000 y 200.000 pesos
- 8 I Entre 201.000 y 338.000 pesos
- 9 J 339.000 pesos y más
- 10 K No sabe

5. Si tuviera que sumar los ingresos del mes pasado de cada uno de los integrantes de su familia, ¿En cuál de las siguientes categorías identificaría ese valor?

- 0 A Menos de 110.000 pesos
- 1 B Entre 111.000 y 177.000 pesos
- 2 C Entre 178.000 y 220.000 pesos
- 3 D Entre 221.000 y 285.000 pesos
- 4 E Entre 286.000 y 325.000 pesos
- 5 F Entre 326.000 y 395.000 pesos
- 6 G Entre 396.000 y 505.000 pesos
- 7 H Entre 506.000 y 683.000 pesos
- 8 I Entre 684.000 y 1.094.000 pesos
- 9 J 1.095.000 pesos y más
- 10 K No sabe

6. La casa donde usted vive es:

- 0 Propia pagada
- 1 Propia pagando a plazo
- 2 Arrendada
- 3 Cedida por trabajo
- 4 Gratuita
- 5 Otra condición ¿Cuál?

7. ¿A qué sistema de previsión de salud pertenece usted?

- 0 Fonasa grupo A (Indigente)
- 1 Fonasa grupo B
- 2 Fonasa grupo C
- 3 Fonasa grupo D
- 4 Fonasa (no sabe el grupo)
- 5 Fuerzas Armadas y de Orden
- 6 Isapre
- 7 Otro ¿Cuál?:
- 8 Ninguno
- 9 No sabe

8. ¿Qué tipo de educación ha recibido usted?

- 0 Ninguna
- 1 Enseñanza básica incompleta
- 2 Enseñanza básica completa
- 3 Enseñanza media incompleta
- 4 Enseñanza media completa
- 5 Educación técnico profesional
- 6 Educación universitaria incompleta
- 7 Educación universitaria completa
- 8 Educación universitaria de postgrado

26. ¿Usa usted pasta de dientes?

- 0 No
- 1 Sí

27. ¿De qué marca es la pasta de dientes que está usando actualmente?

- 0 No sabe
- 1 Marca:

28. ¿Además de pasta y cepillo, usa usted regularmente otro elemento para lavarse los dientes?

- 0 Ninguno
- 1 Seda dental
- 2 Enjuagatorio
- 3 Otro ¿Cuál?

29. ¿Consume usted habitualmente chicle?

- 0 No
- 1 Sí

30. En la última semana, ¿Cuántos días ha masticado chicle?

días

31. ¿Qué tipo de chicle prefiere usted?

- 0 No tiene preferencia
- 1 Con azúcar
- 2 Sin azúcar

32. ¿Qué marca de chicle prefiere usted?

.....

USO Y ASEO DE PRÓTESIS

33. ¿Necesita usted usar prótesis para comer o hablar?

- 0 No
- 1 Sí

34. ¿Qué tipo de prótesis usa usted?

- 0 Ninguna
- 1 Parcial superior y parcial inferior
- 2 Total superior y parcial inferior
- 3 Total superior y total inferior
- 4 Sólo parcial superior
- 5 Sólo parcial inferior
- 6 Sólo total superior

35. ¿Hace cuánto tiempo tiene usted la(s) prótesis actuales?

años

36. ¿Usa usted su(s) prótesis en forma permanente durante todo el día?

- 0 No
- 1 Sí
- 3 Sí, pero sólo la superior
- 4 Sí, pero sólo la inferior

37. En la última semana, ¿cuántas noches ha dormido usted con las prótesis?

noches

38. ¿Lava usted su(s) prótesis?

- 0 No
- 1 Sí

39. En la última semana, ¿cuántas veces lavó usted su(s) prótesis?

veces

40. ¿En qué momento lava usted su(s) prótesis?

- 0 En cualquier momento
- 1 Sólo al levantarse
- 2 Sólo después de comer (desayuno, almuerzo, once, cena)
- 3 Sólo al acostarse
- 4 Al levantarse y después de comer
- 5 Al levantarse y al acostarse
- 6 Después de comer y al acostarse
- 7 Al levantarse, después de comer y al acostarse

41. ¿Con qué lava usted su(s) prótesis?

0 No

1 Sí

a Cepillo de prótesis

b Cepillo de dientes

c Sólo agua

d Pasta de dientes

e Pastillas limpiadoras

f Otro ¿Cuál?

HÁBITO TABÁQUICO

42. ¿Ha fumado usted alguna vez?

0 Nunca ha fumado

1 Fumaba pero lo dejó

2 Fuma actualmente

43. Si fuma, ¿Hace cuántos años lo hace?

--	--

años

44. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted en promedio al día?

--	--

cigarrillos/día

45. ¿Ha intentado usted alguna vez dejar de fumar?

0 No

1 Sí

46. Si ha dejado de fumar, ¿cuánto tiempo lleva sin fumar?

--	--

meses