

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **59**

Número
Number **3**




Mayo-Junio
May-June **2002**

Artículo:

Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Dental Mexicana, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica

Fernando Hernández
Suástegui,* Bertha Vivanco
Cedeño**

* Cirujano Dentista, Diplomado en Estomatología en Salud Pública y Administración de Servicios. Práctica privada.

** Cirujana Dentista. Mtra. en Investigación de Servicios de Salud.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino
Álvarez, S.S.

Resumen

Se presenta un estudio transversal de caries realizado en pacientes que se atendieron en el Servicio de Odontología del Hospital, estudio de noviembre de 1998 a marzo de 1999, cuyo objetivo es despertar el interés en los odontólogos hacia el tratamiento oportuno de la caries en pacientes con enfermedad mental y por consiguiente la prevención de patologías graves (como la celulitis), originadas por la misma; se concluyó que existe una alta frecuencia de pacientes psiquiátricos que presentan caries, sin importar el diagnóstico psiquiátrico que presenten, argumentando que las condiciones sistémicas y locales que presentan dichos pacientes pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de caries dental.

Palabras clave: Caries, enfermedad mental.

Abstract

A transversal study on caries in psychiatric patients that attended the Dental Service of a Psychiatric Hospital is presented. The study was performed from November 1998 to March 1999. The objective of the study is to awake the interest of the professionals in the opportune treatment of caries on patients with mental disease, will prevent pathology emerged from the same. It is concluded that a high number of psychiatric patients have caries, and systemic and local conditions are present in such patients that are a high risk factors for the development of dental caries.

Key words: Caries, disease psychiatric.

Introducción

El padecimiento estomatológico más frecuente en la población es la caries dental. Lo presenta el ser humano, abarcando el 99% de la población mundial, estimando que el 95% de la población de más de 25 años está afectada por caries.¹ En un estudio realizado en localidades de 7 estados de la República Mexicana se encontró que el promedio de dientes cariados en la población general fue de 7.17, con mayor incidencia en mujeres que en hombres (7.51% y 6.33% respectivamente), en este estudio la población mayor de 35 años presentó un índice de 7.85 dientes cariados.² El comportamiento de la caries es similar en los adultos que en la dentición infantil, en donde se

registra mayor incidencia de caries en edades tempranas y avanzadas conforme la vida.³

La caries es un proceso patológico multifactorial que afecta a los órganos dentales, se presenta en los humanos de todas las edades, de ambos sexos y de cualquier raza, por lo que es considerada como un problema de salud pública, contemplándose su prevención y atención dentro de los Programas del Sector Salud, por lo tanto es importante tener presente el proceso patológico y sus posibles consecuencias en la salud bucal y/o general.

La caries es causada por la desmineralización de la sustancia inorgánica (esmalte) y la destrucción de la sustancia orgánica (dentina); se clasifica por grados (1°, 2°, 3°) de acuerdo a la destrucción del tejido dental.

Clínicamente, se presenta como una zona de color marrón o café obscura con destrucción de la corona dentaria, aunque puede pasar desapercibida ya que también hay caries blanca.^{4,5} En su inicio, no hay molestias hasta que afecta la segunda capa (dentina), y finalmente el sistema nervioso (pulpa dental) en donde además de dolor origina inflamación y en pacientes con enfermedades sistémicas mal controlada puede generar cuadros patológicos graves en los tejidos adyacentes de cabeza y cuello (celulitis con o sin obstrucción de vías respiratorias altas, llamada angina de Ludwing cuando es bilateral y en piso de boca), hasta llevar a la muerte al paciente.

La caries dental no atendida oportunamente ocasiona abscesos periapicales y posteriormente celulitis. El tiempo en el cual se manifiesta este proceso depende de las defensas del propio individuo y por ende de su estado de salud general. Otras de las causas que pueden ocasionar celulitis son: la enfermedad periodontal y la pericoronitis. Dentro de las zonas anatomopatológicas más afectadas por la celulitis, que generan complicaciones y llevan al paciente hasta la hospitalización con alta estancia (8 días),⁶ en el tercer nivel de atención a la salud, son el absceso de origen dental con localización anatómica submandibular, sublingual y submentoniano, en donde hay espacios anatómicos que facilitan la expansión rápida de los microorganismos, involucrando espacios parafaríngeos y retrofaríngeos con afección de vías aéreas altas.⁷

Para prevenir tal proceso es conveniente recordar que entre los factores etiológicos de caries que refiere la literatura se encuentran: 1. los relacionados con la genética y su influencia en la estructura ósea, 2. la calidad de alimentación en la etapa de formación y desarrollo del individuo en donde el abasto de calcio genera una buena configuración ósea; y 3. finalmente los elementos que influyen en el medio ambiente bucal.

Dentro de los elementos que influyen en el medio ambiente bucal, se mencionan: a) el funcionamiento de las glándulas salivales en cuanto a la composición química y la cantidad de fluido que vierten a la cavidad bucal⁸ y que puede estar afectada por padecimientos orgánicos como diabetes mellitus o por retraso mental; b) los medicamentos administrados para el control y curación de enfermedades sistémicas, que tienen efectos secundarios sobre tejidos y glándulas anexas de la cavidad bucal, por ejemplo, los anticonvulsivantes del tipo de la fenitoina, que afectan la encía y c) los hábitos e higiene bucal de la persona, que crean el hábitat favorable para el desarrollo de bacterias como el *Streptococcus mutans*.⁹

Estos tres elementos generalmente se complementan en los pacientes psiquiátricos, ya que dichos pacientes pueden presentar comorbilidad como diabetes, cardiopatías, problemas tiroideos, SIDA y otros, que pueden alterar la cantidad y calidad de la saliva, y esto pro-

picia el desarrollo de caries. López y Maupomé¹⁰ mencionan que las causas de la disminución de la secreción salival pueden ser crónicas debido al uso prolongado de antidepresivos, anticolinérgicos, neurolépticos, antihipertensivos y también por enfermedades sistémicas como; síndrome de Sjögren tuberculosis, lepra, infecciones por VIH, fibrosis quística, diabetes mellitus, radiación terapéutica en las áreas de cabeza y cuello, ausencia por malformación congénita de las glándulas salivales, entre otras. Sin embargo Dawes en 1987¹¹ refirió que para considerar la hipofunción salival como maligna, el flujo de la saliva tiene que estar reducido a un 50% antes de que el caso se vuelva sintomático.

Dentro de las reacciones adversas que a nivel bucodental presentan los medicamentos ingeridos por los pacientes incluidos en el estudio y que debe tener en cuenta el odontólogo para la detección de enfermedades y en el tratamiento, se mencionan los siguientes:¹²

El biperiden que ocasiona: resequedad bucal, trastornos de la visión, aumento de la frecuencia cardíaca, trastornos de la micción y estreñimiento.

El clonacepam que ocasiona: hiposalivación.

La carbamacepina que ocasiona: hiposalivación, estomatitis y úlceras bucales, parestesia, disgeusia, hipotensión ortostática, hipertensión, trombocitopenia, leucopenia y agranulocitosis, alteraciones eritrocitarias como anemia megaloblástica y aplásica.

El haloperidol que ocasiona: hipotensión, síntomas extrapiramidales como: miastenia, distonía, temblores y rigidez. La distonía¹³ se puede presentar con corea y atetosis intensa, espasmos musculares faciales y tortícolis o la discinesia que se manifiesta con movimientos coreiformes de los músculos bucolinguofaciales y más raramente de las extremidades.¹⁴

Así mismo algunos de los pacientes psiquiátricos, sobre todo los diagnosticados con trastornos orgánicos, presentan problemas musculares y de coordinación, que producen un déficit en los hábitos higiénicos bucales, generando consecuentemente patologías bucales como la caries, la gingivitis y/o periodontitis.

De acuerdo al Instituto Nacional de Investigación de Salud Dental, existen aproximadamente 120 enfermedades físicas o mentales que presentan síntomas identificables a través de un examen cuidadoso y completo de la cavidad oral. No es extraño que se detecten padecimientos como la insuficiencia cardíaca por la coloración de los labios, la diabetes por el aliento cetónico (olor a manzana), epilepsia por el aspecto de la mucosa oral (hiperplasia gingival) o la existencia de fractura dental; entre estas enfermedades hay condiciones que afectan de forma adversa el habla, el gusto, la masticación y la deglución; problemas que pudieran acrecentar la susceptibilidad a las enfermedades bucodentales que al no

ser atendidas, se han vuelto crónicas, no sólo más difíciles de atender sino que repercuten a través de serias complicaciones en todo el organismo.¹⁵

En un estudio realizado en Barcelona, España, se encontró que la caries en personas disminuidas psíquicamente aumenta en un lapso de cinco años cuando no se combina la curación con la prevención.¹³

De los hospitales que atienden los padecimientos mentales, en México, se encuentran hospitales de segundo y tercer nivel. Existen hospitales para derechohabientes y población abierta de toda la república, con padecimientos mentales en cuadro agudo y crónico; el hospital de este estudio cuenta con los servicios de hospitalización y de atención ambulatoria, así como de atención en especialidades afines a la psiquiatría.

Dentro de los servicios de especialidades que se otorgan, se encuentra el servicio dental que brinda atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios, con un enfoque destinado principalmente a la atención, curación o eliminación del problema dental que demande el paciente (generalmente por causa de dolor y en algunas ocasiones por infección).

Por estas razones, los hospitales realizan estudios referentes a la prevalencia de las afecciones estomatológicas en los pacientes que acuden a los diversos servicios, entre ellos se encuentra el servicio dental que tiene como función el de eliminar las patologías dentales y sus consecuencias, siendo la más frecuente la caries. Este estudio se realizó con el objetivo de despertar el interés por la detección oportuna de caries y evitar que el proceso cariogénico avance a absceso o cuadros más graves como la celulitis.

Material y métodos

Se revisaron 115 pacientes que acudieron al servicio de odontología del Hospital en estudio durante los meses de noviembre de 1998 a marzo de 1999. A los pacientes se les realizó una exploración clínica de los tejidos dentales y de soporte. Se revisó la estructura de órganos dentales con espejo, pinzas y explorador. Se identificó en el expediente clínico, el diagnóstico psiquiátrico y el medicamento que estaban tomando en el momento del estudio. Los datos obtenidos se registraron en una ficha de concentración previamente elaborada que contenía: N° de expediente, sexo, edad, enfermedad psiquiátrica (trastorno orgánico, incluida la epilepsia, trastornos afectivos, esquizofrenia y otros como demencia, psicosis etc.), medicamento psiquiátrico administrado y diagnóstico de caries, sin importar el grado o tipo. Los resultados se analizaron con estadísticas descriptivas de frecuencia y porcentaje de cada variable y por las patologías psiquiátricas en estudio. Los resultados se

obtuvieron concentrando los datos en una base de datos (DBASE III PLUS) y después se analizaron con el programa EPI 6.

Resultados

Del total de pacientes que se presentaron a consulta dental, 115 fueron revisados en este estudio, de ellos 39.2% fueron diagnosticados con trastorno orgánico y en menor porcentaje acudieron los pacientes con trastornos agrupados en otros, como lo muestra el *cuadro I*:

Del total de pacientes estudiados, el 88.82% presentaron caries, con un rango de edad de 28 a 40 años, el 29% tenían entre 36 y 40 años de edad.

En cuanto a sexo encontramos, que las mujeres presentan mayor prevalencia de caries (55.4%), solicitando más el servicio dental, mientras que el 44.6% fueron hombres.

Dentro de los problemas bucodentales que se identificaron y que tienen relación con problemas graves en la salud bucal, ya sea como factor de riesgo para la caries radicular, la pérdida de dientes y/o infecciones como la celulitis, fueron *las afecciones de la encía y tejidos anexos*, encontrando en forma general que arriba del 40% de los pacientes presentó gingivitis; más del 3.7% de los pacientes estudiados presentó absceso periodontal y mínimo el 8.2% presentó periodontitis, finalmente como máximo el 36.3% de los pacientes explorados presentaron otras lesiones en tejidos blandos (*Cuadro II*).

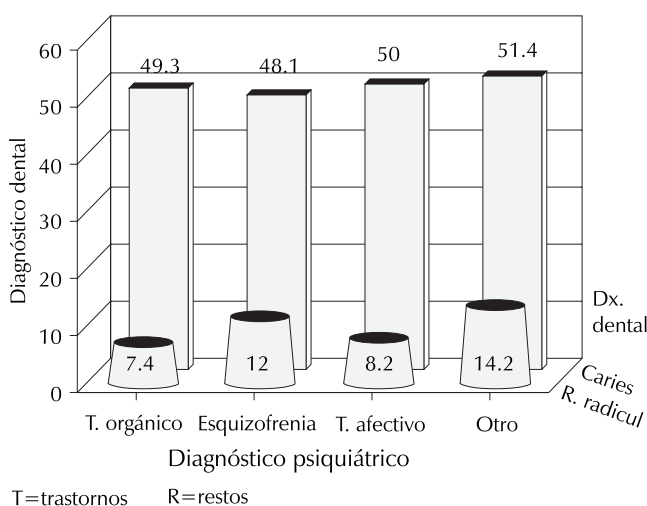
La *caries* se presentó con porcentajes similares en cada trastorno psiquiátrico; encontrando que el 49.3% de pacientes con caries fueron diagnosticados con trastornos orgánicos, el 48.1% presentó diagnóstico de esquizofrenia, el 50% fue diagnosticado con trastornos afectivos y el 51.4% con otros padecimientos psiquiátricos.

La consecuencia más común por caries es la existencia de *restos radiculares* y abscesos periapical con destrucción de hueso alveolar. Por lo que, en la exploración de los pacientes integrados al estudio además de caries se encontró que el 14.2% de los pacientes agrupados en el rubro de otros diagnósticos psiquiátricos presentaban restos

Cuadro I. Porcentaje de pacientes según enfermedad psiquiátrica.		
Dx psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos orgánicos	45	39.2
Esquizofrenia	31	26.9
Trastornos afectivos	20	17.4
Otros (psicosis, demencias, etc.)	19	16.5
Total	115	100.0

Cuadro II. Porcentaje de pacientes según diagnóstico psiquiátrico y padecimiento dental.

Dx psiquiátrico	Gingivitis	Absceso periodontal	Periodontitis	Otras (tej. blando)
Trastornos orgánicos	40.9	6.4	16.4	36.3
Esquizofrenia	55.6	3.7	8.2	32.5
T. afectivos	75	5.8	11.7	7.5
Otros	71.4	0	11.4	17.2

**Figura 1.** Pacientes con Dx. psiquiátrico y Dx. dental.

radiculares, siguiéndoles en frecuencia los pacientes con esquizofrenia con 12%, el grupo de trastornos afectivos y finalmente los pacientes con diagnóstico de trastornos orgánicos presentaron 7.4%, restos radiculares (*Figura 1*).

En forma general los pacientes incluidos en el estudio, se encontraban tomando en ese momento uno o más medicamentos que según la bibliografía revisada pueden ocasionar entre sus efectos secundarios xerostomía. Aunque en este estudio no se analizó la relación causa efecto, se registró el dato para futuros estudios. Así, encontramos que el biperiden lo tomaban los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, trastornos orgánicos y trastornos afectivos, estos últimos en menor porcentaje que los primeros (45%). Otro de los medicamentos administrado en la mayor parte de los pacientes fue el clonacepam, que lo ingerían los pacientes con trastornos orgánicos, con otros trastornos psiquiátricos y los pacientes con trastornos afectivos (estos últimos en 55%).

En la bibliografía revisada se menciona que la xerostomía es un factor de riesgo en la caries dental, por lo que se registró cuántos pacientes presentaban en ese momento tal alteración. Se encontró una incidencia de xerostomía de 52.2% distribuida por diagnóstico psiquiátrico como se observa en el *cuadro III*.

Discusión

En 1998, año en que se realizó este estudio, las enfermedades bucales ocuparon el 1er. lugar de morbilidad no psiquiátrica en el hospital de referencia, generando 795 tratamientos restaurativos (amalgamas y resinas) y 206 extracciones, en contraposición sólo se realizaron 211 tratamientos preventivos mediante odontoxesis,¹⁶ cifras que son superiores al 86% de la población que presentó caries (235 individuos) con respecto a la población total atendida en el Hospital Fernando Ocaranza.* En este estudio, los 115 pacientes que se estudiaron, sólo representan el 3.40% de los 3,374 tratamientos efectuados en el servicio de odontología en 1998, lo que hace pensar que el resto de pacientes que atiende el hospital también tienen caries. Aunque la prevalencia detectada tiene un sesgo de realidad, debido a que la población integrada es aquella que por iniciativa propia acudió al servicio, podemos pensar que el resto de la población puede agruparse en tres casos:

- Población sana odontológicamente.
- Población con caries pero sin dolor.
- Población con dolor pero sin conocimientos para saber que la caries puede ser un inicio de una patología tan grave que los lleve a la muerte.

Los pacientes que acudieron al servicio dental y que fueron incluidos en este estudio, no necesariamente solicitaron atención porque sabían que tenían caries, sin embargo, los resultados revelan que la caries afecta a más del 48% de los individuos atendidos en el hospital, siendo un mayor porcentaje al que refiere la OMS para la población general (5%) como rango aceptable.

Los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo y otros (trastorno psicótico, trastorno obsesivo compulsivo y demencias) fueron en los que se presentaban el mayor porcentaje de caries en el grupo de estudio, lo que nos hace pensar que realmente, los debidos a la de-

* Informes Internos 1999. Hospital Fernando Ocaranza. SSA.

Cuadro III. Medicamentos ingeridos, según diagnóstico psiquiátrico y xerostomía.			
Diagnóstico psiquiátrico	Medicamento administrado	Pacientes ingieren	Con xerostomía
Trastornos orgánicos	biperiden y clonacepam carbamecepa	64.4% 57.7%	19.7%
Esquizofrenia	biperiden haloperidol	74.1% 61.2%	16.6%
Trastornos afectivos	clonacepam biperiden	55% 10% 45%	
Otros	clonacepam	63.1%	7.1%
		Total	52.2%



Figura 2. Celulitis en paciente psiquiátrico.

presión pueden ser un factor de riesgo para la caries, debido a la falta de interés por la higiene bucal.

En los pacientes con epilepsia, que toman medicamentos del tipo de fenitoína que pueden producir alteraciones en boca,¹⁷ dentro de las que se menciona la hiperplasia gingival y la xerostomía como predisponentes a caries.

Por otro lado se puede observar en la *figura 1* que la presencia de restos radiculares alcanzó el mayor porcentaje en pacientes agrupados en otros trastornos psiquiátricos, dentro de los que se encuentra la demencia, y es probable que sean pacientes en edades cercanas a la tercera edad. Este dato es muy importante ya que refleja la falta de atención odontológica en etapas tempranas del proceso cariogénico y es un factor predisponente a infecciones como la celulitis, ya que es cuando la mayor parte de los pacientes presenta comorbilidad. Cabe mencionar que estas infecciones no se registran en los informes institucionales odontológicos, pero eso no quiere decir que no se presenten en los pacientes psiquiátricos, sino que se atienden en la fase de absceso y son solucionadas rápidamente.

Simultáneamente, la presencia de restos radiculares afecta al individuo en dos aspectos: A) dificulta la masticación en los pacientes con sus consecuentes alteraciones digestivas y esto es importante ya que el paciente pudiera negarse a comer para no lastimarse, pero no relacionarlo con la afección bucal, B) a nivel psicoló-

gico, se observa que los pacientes no psiquiátricos presentan vergüenza al hablar y tienden a colocarse la mano en la boca para que no se les vea o definitivamente hablan poco, conducta que creemos que también la pueden manifestar los pacientes con enfermedad mental.

En tejidos blandos pudimos observar que existe un alto porcentaje de pacientes con problemas de tejidos blandos como la gingivitis y periodontitis, afecciones que son factores etiológicos para la caries radicular y la celulitis en los pacientes no atendidos oportunamente. Los pacientes que más problemas de este tipo presentaron, fueron diagnosticados con trastornos orgánicos.

El objetivo de este estudio no fue analizar la relación entre xerostomía y medicamento, pero se observó que los pacientes se encontraban tomando medicamentos que la causan. Habría que analizar con un mayor grupo de pacientes en forma controlada, el biperiden, ya que fue el medicamento que estaban tomando los pacientes con trastorno orgánico, con esquizofrenia y con trastornos afectivos y quienes presentaron los mayores porcentajes en xerostomía.

Cabe recordar que los estudios epidemiológicos por muy sencillos que sean, nos inducen a analizar los costos generados por la presencia de caries, por lo que se puede decir que éstos son mayores debido a que se tiene que realizar tratamientos restaurativos o mutilantes (extracción dental) en lugar de la prevención (técnicas de cepillado u odontoxesis). Siendo necesario reforzar las medidas preventivas de caries dental dentro y fuera del hospital para procurar su disminución en los pacientes psiquiátricos y realizar una estrecha vigilancia en el uso de medicamentos que producen sialorrea o xerostomía, para ajustar la dosis y mantener la cantidad de saliva para impedir condiciones patológicas y en caso necesario recomendar estimulante salival o sustitutos de saliva.

Otra razón que es importante conocer para la elaboración de programas preventivos, es el hecho de que los

pacientes psiquiátricos utilizan las cavidades ocasionadas por caries para mantener la pastilla y no ingerirla (según comentarios de las enfermeras). Esta acción genera lesiones en la mucosa adyacente a la zona, tales como quemaduras de diferente grado dependiendo del tipo (ácido o no) de sustancia química del medicamento y del tiempo que permanezca en contacto con la mucosa.

Los resultados revelan la importancia de que el médico encargado del tratamiento en estos pacientes explore aunque sea en una forma somera la cavidad bucal y envíe al paciente al servicio dental.

Así mismo, el cirujano dentista debe elaborar o revisar la historia clínica para detectar padecimientos orgánicos o sistémicos que pudieran influir en cambios fisiológicos generales y/o locales que generan consecuentemente enfermedades bucodentales registrando e identificando el medicamento que está tomando y que debe tenerse en cuenta para el tratamiento odontológico, el profesional que se enfrenta a pacientes que toman medicamentos neuroreguladores por diversas causas, (como son aquéllos para el insomnio, relajantes musculares por padecimientos articulares, dolor facial por afección del trigémino, astenia por depresión u otros padecimientos psicósomáticos), que debe tener presente el odontólogo para el diagnóstico nosológico de la patología bucal, la ingesta de estos medicamentos ocupa el quinto lugar de fármacos surtidos en los pacientes odontológicos en los Estados Unidos.¹⁸

Por lo tanto el odontólogo debe poseer conocimientos de patología, fisiología general y de medicina interna para llevar un buen tratamiento integral de medicina odontológica, debe poner mayor énfasis en la prevención mediante la detección temprana de caries. Debe tener en cuenta que el estado emocional y las características propias de la enfermedad psiquiátrica, pueden alterar el umbral del dolor disminuyéndolo de tal forma que la caries se presente sin causar síntomas de dolor dental y por lo tanto el paciente acostumbrado a acudir al servicio dental sólo en caso de dolor, no asista, mientras la caries avanza gradualmente hasta provocar la destrucción completa del diente y abscesos periapicales o problemas infecciosos cervicofacial de alto riesgo como la celulitis, (*Figura 2*) cuadro agudo infeccioso que puede afectar la orofaringe y llevar al paciente hasta el internamiento con estancia prolongada en hospitales de alta especialidad y quizá llevar al paciente a la muerte (6.6%).¹⁹ En algunos casos como en la depresión puede ser a la inversa, es decir se puede manifestar el dolor dental irradiado sin causa aparente, mismo que el paciente somatiza de tal manera que lo lleva a solicitar el servicio dental.

Es necesario decir que dentro de las acciones de la odontología está la prevención de las patologías bucales, originadas por lesiones dentales o de tejidos gingivales y

que aunque los estudios epidemiológicos requieren de recursos con los que generalmente no se cuenta, se pueden realizar análisis de las características epidemiológicas que presentan nuestros pacientes cautivos con la finalidad de detectar grupos en riesgo de presentar patologías graves (infecciones cervicofaciales).

El problema de caries en pacientes psiquiátricos se podrá resolver a medida que el interés por la prevención aumente tanto en instituciones públicas de salud, como en la práctica privada. Básicamente, se recomienda no esperar a que el paciente llegue al consultorio a solicitar atención, sino que es importante realizar revisiones continuas en pacientes hospitalizados para otorgarles atención oportuna preventiva y multidisciplinaria, y clínicamente darle una importancia relevante a la caries que afecta molares inferiores ya que es la zona anatómica con mayor probabilidad de infección grave rápida.

Hace falta que las propuestas antes mencionadas se discutan con énfasis y se promueva el interés de los cirujanos dentistas para ahondar más sobre este tipo de pacientes, ya que existe muy poca información relacionada entre las enfermedades bucales y los pacientes con enfermedades sistémicas y más aún con pacientes psiquiátricos.

Conclusiones

La caries es una enfermedad multifactorial y deben tomarse en cuenta las alteraciones motoras y fisiológicas de los trastornos mentales que pudiese tener el paciente como un factor de riesgo de la enfermedad dental y sobre todo tener en cuenta que la caries es un proceso patológico que puede desarrollarse lentamente en una persona "sana", pero que en una persona con enfermedad mental puede avanzar en menos de 5 años.

La prevalencia de caries encontrada en los pacientes psiquiátricos es alta, sobre todo en los pacientes con demencia y otros trastornos, por lo que hay que tener una mayor vigilancia en ellos para evitar el progreso a lesiones más graves, como la celulitis que genera costos para los pacientes y para instituciones de salud, atendiendo las infecciones de este tipo en tercer nivel, en los servicios correspondientes (en algunas instituciones en infectología y en otras en cirugía maxilofacial).

Se recomienda integrar y promover la investigación epidemiológica aunque sea con los pacientes cautivos, en forma constante, para conformar programas de atención preventiva intrahospitalarios, en donde se asignen funciones y responsabilidades del personal dental y de los técnicos. Se incrementa la cooperación con los centros educativos, para la solución de las necesidades de salud de los distintos grupos en riesgo, incluidos los pacientes con trastornos psiquiátricos.

Bibliografía

1. OMS. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington D.C. 1998: 202-210. 403-418.
2. Maupomé CG y col. Prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas. *Salud Pública Méx.* 1993; 35: 357-367.
3. Sánchez PL y col. Análisis de las tendencias en la prevalencia de caries dental en dos delegaciones de la ciudad de México. *Revista ADM* 1993; Vol. I No. 2: 93-96.
4. Regezi H y cols. *Patología oral*. 1ª ed. México. Ed. Interamericana. 1990: 47-54, 115-120, 171-174, 511-514, 533-545.
5. Shafer WG y cols. *Tratado de patología bucal*. 4ª ed. México Ed. Interamericana. 1994: 34, 35, 323-328, 415, 443-449, 556-558, 574, 575.
6. Ramírez-Roa GA, Vivanco CB y col. Días estancia de las infecciones cervicofaciales en un tercer nivel de atención. *Revista IMSS Educación e Investigación Clínica* 2000; Vol. 1. No. 3.
7. Chow AW, Roser SM, Brady F. *Orofacial odontogenic infections*. *Annals of Internal Medicine*. 1978: 392-401.
8. Sáenz ML. Secreción salival estimulada y caries en estudiantes de odontología. *Revista ADM*. 1996; Vol. LIII(5): 237-240.
9. Domínguez CA y col. Secreción salival, *Streptococcus mutans* y caries dental en adultos jóvenes. Reporte preliminar. *Revista ADM* 1995; Vol. LII(4): 189-194.
10. López R, Muapomé G. Hipofunción salival y caries dental. *Rev Práctica Odontológica* vol. 19 No. 2: 12-15.
11. Dawes C. Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and the sensation of dry mouth in man. *J Dent Res* 1987; 66 Spec No. 64(8): 53.
12. Díaz GLM, Castellanos SJL. Farmacia y multifarmacia en odontología. Estudio en 2,313 pacientes. Tercera parte. Psico y neuroreguladores. *Rev ADM* 1998; 55(2): 102-113.
13. Uriarte V. *Psicofarmacología*. 2ª edición México (1997). ED. Trillas 343-387.
14. Tintinalli J, Ruiz E. *Medicina de urgencias* 4º ed. México Ed. McGraw-Hill-Interamericana 1997; Vol. II: 919-921, 1625.
15. Boletín informativo de la Clínica Centauro. 27/10/00.
16. Informes mensuales intrahospitalarios 1999 del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.
17. López R et al. Hipofunción salival y caries dental. *Pract odont* 1998; 19(2): 12-15.
18. Pyle M, Faddoul FF, Terezhalmay Gt. Repercusiones clínicas de los tratamientos farmacológicos. En: Dambrosio JAJ, y fotos, PG. *Clin Odont Nort diagnóstico bucal* 11. 199; 1: 67-83.
19. Ramírez RG. Impacto de las infecciones cervicofaciales odontogénicas en el hospital CMRIMSS, *Tesis de Especialidad de Cirugía Maxilo-facial*. 1999.

Reimpresos:
C.D. Fernando Hernández Suástegui
Cadena No. 295 Col. Modelo
Col. Nezahualcóyotl
Edo. de México. C.P. 57530