



UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DE GRADO

TEMA

“Enfermedades Geriátricas y su Incidencia en las Patologías Bucales”

AUTORA

Silvia Daniela Bonilla Moreira

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Sc.

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2012

CERTIFICACIÓN

Yo, Dra. Nelly San Andrés Plúa **CERTIFICO:** Que la alumna Silvia Daniela Bonilla Moreira es la autora de la tesis titulada **“Enfermedades Geriátricas y su Incidencias en las Patologías Bucales”**

Dra Nelly San Andrés Plúa. Mg. Sc.

Directora de Tesis



Unidad Académica de Salud

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Enfermedades Geriátricas y su Incidencia en las Patologías Bucales”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Dra. Ángela Murillo Almache Mg. SP

PRESIDENTA

Dra. Nelly San Andrés PluaMg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Julia Morales Loor

SECRETARIO ACADÉMICO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

Agradecimiento

Esta tesis, si bien ha requerido de esfuerzo y dedicación, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que me ayudaron para cumplir todas las metas trazadas.

Y sobre todo a Dios que me supo guiar y dar la paciencia y el conocimiento necesario para cumplir acertadamente con éxitos mi proyecto de tesis.

Dedicatoria

Durante tiempo luche por conseguir mi meta, ahora con tanto esfuerzo y dedicación lo he logrado, es por esto que no puedo pasar por alto el dedicárselo a las personas que me ayudaron a que esto sea posible.

A mis padres Sr. Rene Bonilla Demera y Lic. Beatriz Moreira Zambrano, que con su esfuerzo, dedicación y lucha constante día a día ayudaron a que pueda cumplir esta meta tan anhelada, quiero dedicárselos principalmente porque sin ellos nada de esto fuera posible.

A mis hermanos Luigy, Xavier y Santiago, que siempre me han apoyado de una u otra manera y que forman parte muy importante en mi vida.

Y a mis familiares y amigos más cercanos, que continuamente han estado pendientes de mí, deseándome siempre cosas positivas para mi progreso y felicidad.

Introducción

El ser humano pasa por distintas etapas durante su desarrollo y dentro de los cuales sufre muchos cambios tanto a nivel físico como también psicológico, en este trabajo se buscó destacar una de las etapas del desarrollo que es la del adulto mayor o también llamado senectud, esta es la etapa donde el cuerpo humano empieza a degenerar provocando muchas molestias para el individuo.

La odontogeriatría se encarga de la atención de la salud bucal para personas de más 65 años y para adultos de cualquier edad, cuyo estado general esté significativamente influenciado por procesos degenerativos y enfermedades que se asocian habitualmente con la persona mayor. Los problemas odontológicos repercuten física y psíquicamente en el anciano.

Uno de los sistemas que más sufre cambios es el sistema estomatognático o cavidad bucal, estos cambios provocan por ejemplo la pérdida y mal estado de los dientes que se deben a caries o trastornos de las encías y/o raíces dentarias. Estas alteraciones pueden acompañarse de sequedad de boca, halitosis, pérdida del gusto y otros trastornos.

Al concluir esta investigación la tesis quedará estructurada en dos partes, una parte teórica, producto de la investigación bibliográfica actualizada y una parte práctica que será resultante de la investigación de campo, que permitirá verificar las variables de hipótesis, logrando ensamblar un trabajo teórico-práctico coherente entre sí.

Antecedentes

El adulto mayor es una persona con características propias de la edad avanzada. Pueden tener distintas patologías que se relacionan en mayor o menor grado entre sí (médicas, psicológicas, derivadas del alto consumo de medicamentos, e incluso nutricionales) a las que frecuentemente pueden sumarse otros problemas que repercuten en su salud.

En Latinoamérica se han realizado numerosos estudios, con el objetivo de determinar el estado de salud bucal en la población geriátrica, José A Barnet Mattila realizó una investigación observacional descriptiva transversal en los consultorios odontológicos en la Clínica Santa Cruz del Este, Municipio Baruta, perteneciente del Distrito Metropolitano de Caracas desde octubre del 2009 a febrero del 2010. De un universo de 139 pacientes se utilizó una muestra de 41 gerentes. Se identificaron los factores de riesgo y los principales problemas de salud bucal mediante la historia clínica de familiar e individual de estomatología y la aplicación de una encuesta semiestructurada de siete preguntas de respuestas cerradas y abiertas. Predominó el grupo de edad de 60-64 años, la mayoría presentó higiene bucal deficiente y más de la mitad, enfermedad periodontal. La totalidad del grupo estudiado presento halitosis y xerostomía.

En el Ecuador, es muy común que los pacientes mayores de 65 presenten enfermedades sistémicas, como la hipertensión arterial, accidentes cerebro vascular, enfermedades cardíacas, disminución del flujo sanguíneo, incluso enfermedades mentales, lo que conlleva que consuman diversos tipos de

medicamentos para su tratamiento. Este hecho puede repercutir sobre la salud bucodental de estos pacientes y hay que tenerlas en cuenta a la hora de efectuar cualquier tratamiento odontológico.

A nivel local, los pacientes geriátricos atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, donde aproximadamente 88% de pacientes de la tercera edad, presentan enfermedades sistémicas con repercusiones en la cavidad bucal; ante lo cual se hace necesario realizar un estudio para determinar las causas que provocan esta alta incidencia de patologías bucales.

ÍNDICE

Introducción	<i>i</i>
Antecedentes	<i>ii</i>
CAPITULO I	
1. Planteamiento del problema	1
1.1. Formulación del problema	2
CAPITULO II	
2.1. JUSTIFICACIÓN	3
CAPITULO III	
3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	5
3.1. Objetivo general	5
3.2. Objetivos específicos	5
CAPITULO IV	
4. Hipótesis	6
4.1. Hipótesis general	6
CAPÍTULO V	
MARCO TEÓRICO	7
5.1. Marco institucional	7
5.2. Enfermedades geriátricas	8
5.2.1. Odontología geriátrica	9

5.2.1.1. Etiología	10
5.2.2. Cambios corporales	11
5.2.3. Condiciones de vida de los adultos mayores	13
5.2.4. Alteraciones motoras del adulto mayor	14
5.2.4.1. Confusión	14
5.2.4.2. Obnubilación	14
5.2.4.3. Delirio	15
5.2.4.4. Enfermedad de Parkinson	15
5.2.4.5. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	16
5.2.4.6. Artrosis.	16
5.2.5. Alteraciones visuales	17
5.2.5.1. Cataratas	17
5.2.5.2 Pterigio	17
5.2.6. Factores farmacológicos	17
5.2.6.1. Modificaciones farmacocinéticas	18
5.2.6.2. Excesivo consumo de fármacos	18
5.2.7. Problemas digestivos	20
5.2.7.1. Nutrición	22
5.2.7.2. Pérdida y/o deterioro de las piezas dentales	23
5.2.7.3. Discromía Dental	24

5.2.8. Disminución de la saliva	24
5.2.8.1. Causas por la disminución de saliva	26
5.2.8.2. Síntomas que presenta el adulto mayor	26
5.3. PATOLOGÍAS BUCALES	27
5.3.1 Caries dental	27
5.3.2. Enfermedad periodontal	29
5.3.2.1. Gingivitis	31
5.3.2.1.1. Tratamiento de gingivitis	32
5.3.2.1.2. Intervenciones no quirúrgicas: pulido radicular	32
5.3.2.1.3. Intervenciones quirúrgicas	33
5.3.2.2. Periodontitis	33
5.3.3. Xerostomía	34
5.3.3.1 Protocolo de prevención y tratamiento	36
5.3.4. Halitosis	37
5.3.4.1. Causas de la halitosis	37
5.3.4.2. Halitosis y su relación con las enfermedades digestivas	39
5.3.4.3. Origen psiquiátrico	40
5.3.4.3.1. Halitosis psicomatico o pseudohalitosis	40
5.3.4.3.2. Halitofobia	40

5.3.4.4. Tratamiento de la halitosis	41
5.3.5. Cepillado dental	42
5.3.5.1. Técnicas de cepillado	43
5.3.5.2. Frecuencia de cepillado	45
5.3.6. Limitaciones de orden socio-económico.	46
CAPITULO VI	
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
6.1. Métodos	47
6.1.1. Modalidad básica de la investigación	47
6.1.2. Técnicas	48
6.1.3. Instrumentos	48
6.2. Recursos	48
6.2.1. Materiales	48
6.2.2. Humano	49
6.2.3. Tecnológicos	49
6.2.4. Económicos	50
6.3. Población y muestra	50
CAPÍTULO VII	
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	51
7.1. Análisis de la encuesta realizado a los adultos mayores del	

Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo del Instituto	
Ecuatoriano de Seguridad Social	51
7.2. Ficha clínica realizada a los pacientes geriátricos que asisten al Centro de Atención Ambulatoria del IESS Portoviejo.	72
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	79
PROPUESTA	
ANEXOS	

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores, los cuales guardan relación con asuntos fisiológicos, tales como alteraciones mentales, motoras y visuales, que debido a la falta de coordinación en su andar, se lo relaciona con las enfermedades periodontales, por una higiene deficiente que por ende presentan este tipo de pacientes.

A pesar de que la salud oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores, se sabe que un alto porcentaje de la población geriátrica tiene condiciones de salud oral precarias. Existen factores considerados predisponentes a las patologías bucales, debido a que tienden a aumentar el riesgo de ocurrencia o favorecer su progresión cuando ya está presente, especialmente a través de un cambio en la respuesta del huésped a los microorganismos. Entre ellos cabe mencionar enfermedades sistémicas como son problemas digestivos, diabetes y otros.

El exceso de consumo de fármacos conlleva problemas bucales, como es la sequedad bucal (xerostomía), boca ardiente, hipo salivación, ya que los fármacos terminan afectando a la digestión en general, dentro de las patologías bucales que causan los problemas digestivos, se encuentra

lahalitosis o mal aliento, siendo uno de los tanto factores para inducir a la disminución del flujo salival.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo inciden las enfermedades geriátricas en la aparición de patologías bucales en los pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La atención primaria en el paciente adulto mayor, debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientada hacia la instrucción tanto del paciente como del personal o familiar que se encuentre a cargo de su cuidado, por lo que la relevancia de la investigación es precisamente crear un protocolo que permita disminuir la incidencia de las patologías bucales en los adultos mayores.

La elevada prevalencia de las patologías bucales es muy común en los pacientes geriátricos que asisten al Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es por ello que la factibilidad consiste en que la autora tiene la predisposición de tiempo, recursos económicos y materiales, para llevar adelante la investigación, a esto se suma, la voluntad de quien dirige el centro geriátrico y de todo el personal del mismo, para brindar las facilidades del caso.

Por ello impulsa a estudiar el índice de las patologías bucales en pacientes adultos mayores, lo cual ayuda a establecer acciones de carácter institucional para la prevención, diagnóstico y tratamiento de estas patologías, siendo los beneficiarios directos los adultos mayores; mientras que los indirectos, serían los familiares y la sociedad en general, ya que se enfoca un trabajo en un segmento de la población considerado como de riesgo.

La Odontología como una rama de la medicina, para que tenga la efectividad que se desea, debe estar interrelacionada con otras ciencias, ya que la dinámica en la cual se desarrolla las ciencias relacionadas con la salud del ser humano, así lo ameritan, ante lo cual la investigación propuesta por la autora, va de la mano con la Medicina Geriátrica y Odontología Geriátrica entre otras.

Tomando en cuenta lo antes descrito, la importancia de realizar este tipo de estudio, permitirá tener claro la existencia de las diferentes patologías bucales que se presentan en los pacientes geriátricos, a la vez, esta información servirá de insumo para tomar medidas que promuevan la prevención de esta problemática.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

La siguiente investigación se proyectó a cumplir los siguientes objetivos:

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de las enfermedades geriátricas con las patologías bucales.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar las enfermedades mentales, motoras y visuales de los adultos mayores y su influencia en las enfermedades periodontales.
- Establecer la incidencia de xerostomía en los pacientes con excesivo consumo de fármaco.
- Identificar los diferentes problemas digestivos geriátricos y su relación con la halitosis.
- Elaborar una propuesta que permita solucionar la problemática identificada.

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS

4.1.HIPÓTESIS GENERAL

Las patologías bucales se pueden prevenir en los pacientes que presentan enfermedades geriátricas.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) implementó un Área de Especialidad Geriátrica, en la cual los jubilados tienen más facilidades para acceder a los servicios y atenciones médicas. El Centro Geriátrico funciona hace tres años en la Unidad Ambulatoria del IESS en Portoviejo, ubicada en la calle Colón y Olmedo esquina. Desde enero del 2008, cuenta con áreas totalmente remodeladas.

Allí se atiende entre 13 a 15 jubilados diariamente, pero la demanda supera los 30 por día en consulta externa. El área de geriatría del IESS brinda atención en medicina general para personas adultas, así como enfermedades comunes en los ancianos, siendo las más comunes pulmonares obstructivas crónicas, deterioro de memoria y patologías crónicas como artrosis, artritis y otros. Se brinda atención en medicina general, odontología, gineco obstetricia, geriatría, rehabilitación física, laboratorio y farmacia.

Laboran 16 personas, entre ellas seis médicos, dos tecnólogos, un auxiliar de enfermería, un auxiliar de farmacia, un auxiliar de servicio y personal administrativo. La unidad ambulatoria Portoviejo del IESS la dirige el Dr. Jorge

Chávez, quien además es el ginecólogo de la institución médica ubicada en el centro de la ciudad, que es muy concurrida por los afiliados al IESS.

5.2.ENFERMEDADES GERIÁTRICAS

El término geriátrico se refiere a las personas mayores de 65 años, se toma esta edad, como base con la finalidad de unificar este término entre los diferentes grupos médicos e instituciones gubernamentales. El envejecimiento es un proceso que se inicia alrededor de los 30 años y avanza en el transcurso de la vida.

Las enfermedades de base que debemos considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión.

Sobre los pacientes geriátricos, Redin George dice:

La población geriátrica está en aumento, y se constituye en uno de los principales usuarios del sistema nacional de la salud. El paciente geriátrico presenta enfermedades o traumas con manifestaciones clínicas atípicas, es decir, la presencia clínica de las patologías puede ser diferentes a varios factores, entre ellos los cambios fisiológicos secundarios del envejecimiento. La presencia de enfermedades crónico-degenerativas asociadas y los múltiples tratamientos farmacológicos¹.

¹ REDIN, George. Valoración geriátrica integral (I). En: NAVARREZ, Jhon. Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Bogotá: Unilibros, 2009.p.63

Las características especiales del adulto mayor y la forma especial de presentación de sus enfermedades, hicieron necesaria una modificación sustancial de los modelos tradicionales de valoración clínica. La OMS reconoce la importancia de la Valoración Geriátrica y menciona que la mejor manera de medir la salud en los ancianos es en términos de función.

A propósito de la definición de la valoración geriátrica, Alleyne Georcedice:

En este contexto se puede definir la valoración geriátrica integral (VGI) como “un proceso de diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, especialmente los más frágiles, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía².

5.2.1. ODONTOLOGÍA GERIÁTRICAS

La Odontología Geriátrica es la rama de la Odontología que estudia y asiste a personas de la tercera edad. En los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo la población está envejeciendo rápidamente. Las personas que están transitando la tercera edad componen hoy el segmento de la población que más crece en términos proporcionales.

Uno de los principales criterios utilizados para valorar la salud de una persona de edad es el estado de su dentición natural, saludable y funcional,

²ALLEYNE, George. La salud en las Américas. Volumen II. Washington: Editorial MDA. 2007. p.1204.

incluyendo todos los aspectos sociales y beneficios biológicos, tales como la estética, el confort, la habilidad para masticar, sentir sabor y hasta la capacidad de comunicación a través de la palabra.

En esta etapa de la vida requiere cuidados especiales para conservar en buen estado las piezas dentales y la salud en general, debido a que el adulto mayor puede presentar muchas enfermedades bucales como son, las caries, la enfermedad e inclusive el cáncer oral, siendo la mas destacada la enfermedad periodontal, cuya infección ataca las encías y el hueso que mantienen sus dientes en su lugar³.

En realidad existen pocos estudios dirigidos a los problemas dentarios en la tercera edad, no obstante dentro de la odontología, se desarrollo en los últimos años una subespecialidad, llamada Odontología Geriátrica, que trata de dar respuestas a las demandas de tratamiento más habituales de las personas añosas: la falta de piezas dentarias, la caries dental, halitosis, xerostomía, y enfermedad periodontal.

5.2.1.1 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES GERIÁTRICAS

Según la teoría de la senectud programada, los genes predeterminan la velocidad del envejecimiento de una especie porque contienen la información sobre cuánto tiempo vivirán las células. A medida que éstas mueren, los órganos comienzan a funcionar mal y con el tiempo no pueden mantener las funciones biológicas necesarias para que el individuo siga viviendo. La senectud programada contribuye a la conservación de la especie ya que los

³RODRIGUEZ, LUIS. Manual del Técnico Auxiliar de Geriátrica. España: Editorial Sanfoncez 2007.p.45

miembros más viejos mueren a la velocidad requerida para dejar paso a los jóvenes.

Por otro lado, la teoría de los radicales libres expone que la causa del envejecimiento de las células es el resultado de las alteraciones acumuladas debido a las continuas reacciones químicas que se producen en su interior. Durante estas reacciones se producen los radicales libres, sustancias tóxicas que acaban dañando las células y causan el envejecimiento.

Boxaca Martha presenta la siguiente definición de la etiología de las enfermedades geriátricas “la gravedad de la afección aumenta con la edad, hasta que varias células no pueden funcionar normalmente o se destruyen y, cuando esto ocurre, el organismo muere. Las distintas especies envejecen a un ritmo diferente según la producción y la respuesta por parte de las células a los radicales libres”⁴.

5.2.2. CAMBIOS CORPORALES DEL ADULTO MAYOR

Sobre los cambios corporales, Morales Fernando dice:

Con la edad cambian varios aspectos perceptibles en el cuerpo humano. Tal vez, la primera indicación de envejecimiento aparece cuando el ojo enfoca con dificultad los objetos cercanos (presbicia). La capacidad auditiva también cambia con la edad, siendo frecuente la pérdida de cierta capacidad para oír los tonos más agudos (hipoacusia). En la mayoría de los individuos la proporción de grasa corporal aumenta con la edad en más del 30 por ciento. Su distribución también varía. En efecto, hay menos grasa bajo la piel y más en la zona abdominal y en consecuencia la piel se vuelve más fina, arrugada y frágil, y también cambia la forma del cuerpo⁵.

Por ello, no es sorprendente que disminuyan con la edad casi todas de las funciones internas, cuyo pico máximo de eficacia se sitúa en la franja de los

⁴BOXACA, Martha. Medicina Interna, Uruguay, Editorial Medica Panamericana, 2009, p. 86

⁵MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriátrica y Gerontología, Tomo III, Costa Rica, Editorial Estatal a Distancia, 2008, p. 45

treinta años. A partir de esa edad se inicia un descenso gradual pero continuo. A pesar de esta pérdida, la mayoría de las funciones continúan siendo adecuadas durante el resto de la vida porque la capacidad funcional de casi todos los órganos es superior a la que el cuerpo necesita (reserva funcional).

Por ejemplo, aunque se destruya la mitad del hígado, el tejido hepático restante es suficiente para mantener un funcionamiento normal. Por lo general, son las enfermedades, más que el envejecimiento normal, las que explican la pérdida de la capacidad funcional en la vejez. Aun así, el decaimiento de las funciones incide en la predisposición de los ancianos a sufrir los efectos adversos de los fármacos, los cambios ambientales, el efecto de las sustancias tóxicas y las enfermedades.

Aunque la calidad de vida se altera poco con el decaimiento de las funciones de algunos órganos, el deterioro de ciertos órganos puede afectar seriamente a la salud y al bienestar. Así como sucede en todo el organismo, las estructuras bucales sufren los efectos del envejecimiento, de tal manera que los tejidos de la cavidad bucal reflejan las alteraciones de la edad. Los dientes se diferencian de los demás componentes calcificados del esqueleto por su interacción con el medio externo y por la ausencia de intercambio químico activo, que constituye parte de la fisiología básica del hueso. Varias son las adaptaciones fisiológicas que se procesan durante el ciclo de la dentición normal y que su evaluación, prevención y tratamiento está a cargo de la Odontología Geriátrica⁶.

⁶CERVILLA Ballesteros Jorge. Odontología Geriátrica. Segunda Edición. España, Editorial Masson. 2006, p. 79

5.2.3. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

El envejecimiento de la población es un proceso mundial y la magnitud y proporción de las personas de 60 y más años han ido en aumento, especialmente en los países más desarrollados y en los que están en una fase más avanzada de la transición demográfica (es decir, los que tienen bajas tasas de fecundidad y de mortalidad). La situación de las personas mayores en sus aspectos demográficos en su conjunto es el resultado de un proceso vital continuo en el que han incidido numerosos y variados factores económicos, laborales, sanitarios, sociales, culturales y políticos.

La educación y el nivel de instrucción son factores muy relacionados con la dependencia de los ancianos. Las personas mayores que tuvieron bajos niveles de educación han tenido mayores privaciones a lo largo de su vida, estando más expuestas a la adversidad social y económica y teniendo menor acceso a recursos tales como una buena nutrición y una buena vivienda.

Sobre la condiciones de vida del adulto mayor, Rodríguez Sandalio dice:

Si bien en los países en desarrollo el proceso de envejecimiento ocurre con mayor rapidez que en los países desarrollados y con menos recursos económicos para afrontar sus consecuencias, los primeros tienen la ventaja de aprovechar la experiencia de los países cuya población es más envejecida y de estar a tiempo para tomar medidas y anticipar algunos ciertos acontecimientos⁷.

⁷RODRIGUEZ, Sandalio, La Vejez: Historial y Actualidad, España, Ediciones Editex, 2008, p. 13

5.2.4. ALTERACIONES MOTORAS DEL ADULTO MAYOR

Sobre las alteraciones motoras del adulto mayor, López Antonio dice:

Las alteraciones motoras del adulto mayor por lo general van ser unos de los factores primordiales que causen gingivitis y periodontitis al no haber coordinación por parte del patientegeriátrico durante el aseo bucal, lo que puede causar una inadecuada y deficiente higiene bucal, por ende la acumulación de microorganismos, de placa bacteriana, restos de alimentos, cálculo, que van a provocar que en el paciente se presenten diferentes patología bucales a parte de las mencionadas⁸.

5.2.4.1. CONFUSIÓN

La depresión o confusión es probablemente el más común de los trastornos psiquiátricos en la personas mayores, su diagnóstico en el adulto mayor, para que sea preciso, debe evitar esquemáticamente simplistas, ya que las enfermedades del humor pueden manifestarse a través de frecuentes y llamativos síntomas y signos físicos como: pérdida de peso, boca seca, alteración de la conciencia, el humor, la percepción y el pensamiento. La OMS calcula que, entre los mayores de 65 años, un 25% padece de algún tipo de trastorno psiquiátrico. De estos, los de tipo depresivo son los más frecuentes, siendo solo superados por la demencia a partir de los 75 años⁹.

5.2.4.2. OBNUBILACIÓN

El paciente se encuentra desorientado en el tiempo (no sabe la fecha) o en el espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra); indiferente al medio ambiente (reacciona escasamente frente a ruidos intensos o situaciones inesperadas y está indiferente a su enfermedad). Es capaz de responder preguntas simples. Para conocer el nivel de alerta de una persona se puede recurrir a otros estímulos: ruidos, mover al paciente, tocarlo, aplicar un pellizco suave en la región infra clavicular, presionar con un dedo el lecho ungueal o en la región retroauricular, sobre el proceso

⁸ LOPEZ, Antonio, Salud Oral del Paciente Adulto Mayor, México, Editorial Masson, 2006, p. 31-32

⁹ ALIX, Mathius, Salud y Residencia Geriátrica, Volumen II, España, Editorial Elsevier, 2008, p. 66

mastoides. Se trata de evaluar el grado de respuesta que se obtiene con estímulos de distinta intensidad, algunos de los cuales puede llegar a producir dolor, pero teniendo el cuidado de ser prudente, saber dosificar el estímulo y no infligir un daño¹⁰.

5.2.4.3. DELIRIO

El síndrome confusional agudo, llamado también delirio corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. El delirio es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su implicancia pronóstica. El delirio tiene también consecuencias importantes en los aspectos económico y social. Los enfermos con confusión requieren mayor atención del personal de salud, mayor y más cuidadoso manejo de enfermería, y generalmente tienen una estadía intrahospitalaria más prolongada. El enfermo agitado es de difícil manejo y está en riesgo de caídas y fracturas.

5.2.4.4. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Enfermedad degenerativa del cerebro que causa temblor, rigidez, muscular, dificultad en los movimientos e inestabilidad postural. La mayoría de los pacientes geriátricos que padecen de esta penosa enfermedad, necesitan de ayuda para realizar diferentes actividades, como es la del aseo bucal, y a pesar de eso son muy propensos a padecer de diferentes patologías bucales debido a su falta y deficiente salud bucal.

¹⁰ MORGAN, Sarah, Examen Físico General: Conciencia y estado psíquico de los pacientes geriátricos <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/.htm>. (citado en 13 de noviembre del 2010).

5.2.4.5. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Trastornos del cerebro que provocan una pérdida progresiva de la memoria de otras funciones cognitivas. Las personas con ciertos desordenes, como la enfermedad de Alzheimer o los que han sufrido una embolia, y que no sienten humedad en la boca, pueden pensar que tienen la boca seca aunque no sea así. Este tipo de paciente geriátrico es más propenso a presentar diferentes tipos de patologías bucales.

5.2.4.6. ARTROSIS

Degeneración del cartílago de las articulaciones que produce dolor. Algunas personas con artritis u otras condiciones que limitan el movimiento pueden tener dificultad para cepillarse los dientes. En estos casos es aconsejable recurrir a aparatos especiales, como cepillos eléctricos, para facilitar su higiene diaria. Si tiene artritis, se le puede dificultar el cepillado y el uso del hilo dental. Ciertos productos dentales están diseñados para hacer que el cuidado oral sea más cómodo. Quizás podría atar el cepillo de dientes a un objeto más grande, como una pelota, para que sea más cómodo manipular el cepillo. Los cepillos de dientes eléctricos hacen un buen trabajo eliminando la placa y pueden serle de ayuda a este tipo de paciente geriátrico. La mayoría de las farmacias tiene accesorios disponibles para ayudar a que el uso del hilo dental sea más fácil.

5.2.5. ALTERACIONES VISUALES

5.2.5.1. CATARATA

Una catarata es una nubosidad (opacidad) en el cristalino del ojo que dificulta la visión. Las cataratas producen una pérdida de la visión progresiva e indolora. Su origen en general no se conoce, a pesar de que en ciertos casos se producen debido a la exposición a los rayos X o a la luz solar muy intensa, ciertas enfermedades oculares inflamatorias, algunos fármacos (como los corticosteroides) o como una complicación de otras enfermedades, como la diabetes¹¹.

5.2.5.2. PTERIGIO

El Pterigio es un tejido que crece sobre la conjuntiva (capa transparente que cubre al globo ocular), siendo el principal factor para que se produzca la radiación ultravioleta del Sol, la cual es aun más intensa en regiones a nivel del mar. Las posibilidades de que se desarrolle aumentan si el habitante de las costas está expuesto constantemente a polvo y viento, lo cual sucede con frecuencia en trabajadores del campo¹².

5.2.6. FACTORES FARMACOLÓGICOS

Todo fármaco administrado a un paciente adulto mayor, junto con ejercer su acción farmacológica benéfica, lleva asociada la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración. Además se ha determinado que son capaces de interactuar con otros fármacos administrados en forma concomitante, pudiendo modificarse el metabolismo de ambos y por ende su

¹¹HERNANDEZ, Marilia, Paciente Geriátrico, Colombia, Editorial Glosa, 2008, p.186

¹²Burns, Isacs, Enfermedad Geriátrica, España, Edición Morata, 2009, p. 345

acción final en el paciente. Estos fenómenos deben ser ampliamente conocidos por el profesional que los indica, para controlar su efecto y contrarrestarlos cuando sea posible y su eventual aparición debe ser explicada al paciente antes de iniciar la terapia, para que esté prevenido en caso de que ocurran.

5.2.6.1. MODIFICACIONES FARMACOCINÉTICAS

El envejecimiento puede producir cambios en la estructura y funciones de la cavidad bucal, aunque estos varían entre los individuos y pueden o no causar alteraciones en la función. Entre los cambios principales están: La boca tiende a secarse por la disminución de la saliva, mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados, quebradizos y de color amarillo, disminución del gusto, se reduce el tejido nervioso y los vasos sanguíneos, provocando mayor sensibilidad, las encías se adelgazan favoreciendo la pérdida de los dientes, se reduce la capacidad para soportar presión de una prótesis dental y disminuye la capacidad para masticar, menos capacidad defensiva y reparadora de los tejidos frente a la agresión bacteriana, con frecuencia de infecciones por hongos y, en caso de lesión retardando la cicatrización, lo que precipita la pérdida de los dientes, la piel de los labios en edades muy avanzadas se arruga¹³.

5.2.6.2. EXCESIVO CONSUMO DE FÁRMACOS

El uso de medicamentos constituye para el anciano una parte importante del medio en el que se desenvuelve y múltiples son los factores que pueden llevarle a consumir varios fármacos simultáneamente. Se han señalado como indicadores de dicho consumo a la propia edad en sí, a la presencia de enfermedades crónicas y su repercusión sobre el estado de salud percibido. El consumo excesivo de fármacos presentan una disminución del flujo salival, por ende no hay una eliminación continua de

¹³ALVAREZ, Joaquin, Acción Farmacocinética en Pacientes Geriátricos, Colombia, Editorial Panorama, 2010, p. 109

bacterias, con el consiguiente problemas de xerostomía y la aparición de caries¹⁴.

La ingesta de medicamentos en los adultos mayores es un problema y un reto para los médicos, debido a que confluyen varios factores que se unen para hacer difícil el diagnóstico y la terapéutica, como son: los cambios en la farmacocinética y la farmacodinámica, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia y la automedicación. Esto aumenta el riesgo de interacciones y reacciones adversas medicamentosas en comparación con adultos jóvenes. Los adultos mayores, en promedio, utilizan 3.7 medicamentos diarios. La diferencia que se asocia entre la disposición del fármaco y la edad es multifactorial y se ve influenciada por factores ambientales, genéticos, fisiológicos y patológicos.

La población adulta mayor se caracteriza por el consumo de variados fármacos para tratar distintas dolencias. Más de 400 medicinas pueden ser causantes de que las glándulas que crían la saliva no funcionen bien, como por ejemplo algunos analgésicos, antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, antihipertensivos, que disminuyen como efecto secundario la cantidad de saliva, enfermedad denominada xerostomía. Cuando esta condición es de larga duración, es común que exista un recrudecimiento en la aparición de caries radicales y candidiasis oral, además de molestias en las personas portadoras de prótesis removible. Por esto resulta importantísima la colaboración en conjunto del médico tratante con el

¹⁴GARZON, Robert, Consumo de Medicamentos en Adulto Mayores de 65 años: Problemas Potenciales y factores asociados, Volumen II, México, Editorial Primaria, 2007, p. 67

Odontólogo al momento del tratamiento dental. Cuando el paciente está consumiendo fármacos anticoagulantes y el odontólogo debe realizar algún procedimiento que implique hemorragia, este fármaco debe suspenderse, siendo el médico quien determine cuándo y por cuánto tiempo se suspenderá, quedando el odontólogo supeditado a la decisión de éste.

Si la patología oral que presenta la persona mayor se deriva del tratamiento farmacológico, es lógico pensar que la actitud terapéutica más razonable sea retirar el fármaco de dicha patología. Sin embargo, esta actitud no siempre puede ser adoptada bajo la sola responsabilidad del dentista, ya que las reacciones adversas y efectos farmacológicos colaterales con repercusión oral son muchas veces un mal menor que permite la supervivencia del paciente.

La eliminación de terapias se harán siempre bajo las máximas precauciones y, cuando sea posible, en coordinación con el médico de familia o los especialistas de otra rama de la medicina responsable de los tratamientos a los que está sometido el paciente geriátrico. En resumen los medicamentos que la mayoría de los ancianos consumen, les provocan la sequedad de la boca. Este es un problema que afecta a los dientes y a las encías, además de causar un mal aliento.

5.2.7. PROBLEMAS DIGESTIVOS

El sistema digestivo, es aquel conjunto de aparatos y órganos encargados del procesamiento de los alimentos y de todo aquello que ingerimos;

comienza en la boca. Por esto, hay que entender que la digestión comienza en la boca, y que todo lo que afecte la función de la cavidad oral va a afectar directamente la digestión. No crea usted que cuando falta uno o varios dientes o todos, el proceso digestivo se lleva a cabo de la misma manera que cuando tenemos todos los dientes.

Cada diente tiene una función específica en el proceso de la masticación, y es así como los dientes incisivos sirven para incidir y cortar un trozo de alimento; los caninos sirven para desgarrar las comidas fibrosas, y los premolares y molares sirven para machacar, para moler o triturar cada bocado. Durante este ciclo de masticación, está funcionando todo el sistema que incluye la lengua, con sus movimientos muy precisos llevando el bocado de un lado a otro de la boca.

Los músculos masticatorios que mueven armónicamente la mandíbula, de forma muy precisa y coordinada; y las glándulas salivales que están produciendo la saliva con todas sus enzimas, de trascendental importancia a la hora de preparar el bocado adecuadamente para que llegue al estómago y sea de fácil absorción y asimilación. Pero cuando faltan los dientes, todo este maravilloso proceso se altera, se trastorna; y es ahí cuando todo el proceso digestivo sufre también consecuencias a corto y largo plazo; presentándose entonces todo tipo de enfermedades, desde dispepsias y malestares, hemorroides, estreñimiento, y obviamente mala nutrición y mala salud en general.

Las enfermedades del sistema digestivo en los adultos mayores son comunes, productos de la edad y de factores socio-económicos, lo que conlleva a presentar molestias en la cavidad bucal, como es la aparición de mal olor de la boca o halitosis, así también el cambio de color de las piezas dentarias debido a efectos de la edad¹⁵.

La producción excesiva de ácido estomacal que sube hacia el esófago hasta llegar a la boca e irrita las encías, la garganta, la boca y daña los dientes.

Una de las maneras para disminuir el daño que causa el ácido a los dientes y la boca es el enjuagarse la boca después de que esto ocurre.

5.2.7.1.NUTRICIÓN DEL ADULTO MAYOR

Tener la nutrición apropiada es importante para todos, jóvenes y viejos. Muchos adultos mayores no comen una dieta balanceada y evitan las carnes, los vegetales crudos y las frutas frescas porque tienen problemas al masticar y al tragar. Estos problemas pueden ser causados por los dolores de dientes, las dentaduras desajustadas, la boca seca o por cambios en los músculos de la cara. Otros notan que su sentido del gusto ha cambiado, en ocasiones debido a una enfermedad o a ciertos medicamentos. Por estos y otros factores, las dietas de los adultos mayores a menudo carecen de calcio, proteínas y otros nutrientes esenciales para la salud dental y la general. El adulto mayor necesita una dieta balanceada basada en los cinco grupos de alimentos—leche y productos lácteos; panes y cereales; carnes y frijoles secos; frutas y vegetales. Puede que usted necesite un suplemento de multivitaminas o minerales.

¹⁵Burns, Isacs, Enfermedad Geriátrica, España, Edición Morata, 2009, p. 506

Las personas con problemas orales, tales como el desdentamiento total o parcial, consumen menos fibras y micronutrientes contenidos en frutas y verduras y, en cambio, consumen mayor cantidad de azúcares y grasas contenidos en alimentos de consistencia blanda. La pérdida de dientes afecta la calidad de los nutrientes consumidos, lo que incrementaría el riesgo de presentar enfermedades sistémicas¹⁶.

5.2.7.2. PÉRDIDA Y/O DETERIORO DE LAS PIEZAS DENTALES

Los especialistas en odontología geriátrica aclaran que cuando se presenta la pérdida de alguna de las piezas dentarias no se debe a cambios estructurados de la edad, sino que por el contrario se debe a malos cuidados a través de la vida. El impacto que se presenta en estos en el ámbito estético es de menor cuantía si se compara con el desequilibrio que produce en la vida y en la salud la ausencia de las piezas dentales, lo cual hace que se evidencie una pérdida en la distribución de la fuerza de masticación, afectando a los dientes presentes debido al exceso de esfuerzo que estos deben realizar.

La pérdida de dientes es lo que marca la forma facial de la mayoría de los ancianos, sobre todo en aquellos que tienen como soporte la musculatura facial. Esta realidad, de falta de higiene presente en la población, es lo que hace que el uso de las prótesis dentales sea cada vez más común. Un alto porcentaje, la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total. Las personas con prótesis totales tienden a consumir alimentos blandos, fácilmente masticables, pobres en fibras y generalmente con pobre calidad nutricional¹⁷.

¹⁶ PALMA, Ascension, Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica, España, Editorial Parainfo S.A., 2010, p. 122

¹⁷ALVAREZ, Gregory, Salud oral del paciente adulto mayor <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/SaludOral.pdf>

5.2.7.3. DISCROMÍA DENTAL

Uno de los cambios que el adulto mayor puede notar según envejece es que es más difícil mantener los dientes limpios y blancos. Esto pasa porque la capa pegajosa e incolora de bacterias, llamada placa, puede acumularse más rápidamente y en mayor cantidad según envejecemos. Los cambios en la dentina, el tejido parecido al hueso que está debajo del esmalte, pueden hacer que sus dientes luzcan un poco más oscuros¹⁸.

5.2.8. DISMINUCIÓN DE LA SALIVA

La principal función de las glándulas salivales es la producción de saliva. La calidad y cantidad de componentes de ella depende la hora del día, de la edad, el sexo, de la talla y el peso del individuo, y de las condiciones en que se toman las muestras. Si la saliva disminuye en la cavidad oral se produce una sensación de sequedad de la boca o xerostomía. La cantidad disponible de saliva depende de un equilibrio entre su producción y consumo.

Si la cantidad de saliva se reduce o aumenta su consumo, se produce un balance negativo, que resultará en una disminución de la cantidad de saliva en la cavidad oral. La humectación insuficiente de las mucosas, dada por una deficiencia de mucinas salivales, provoca la sensación de boca seca (xerostomía subjetiva), lo que no necesariamente indica sequedad objetiva de la mucosa oral (hipofunción glandular).

La gravedad de la disminución de la cantidad de saliva se comprende a la luz de las funciones que ella cumple en la cavidad oral, a saber: proteger los

¹⁸SERRA, Luis Javier, Higienistas Dentales, México, Editorial Sacyl, 2007, p. 76

tejidos duros y blandos de la boca, facilitar la fonación, la masticación y la deglución. Existen funciones antimicrobianas específicas mediadas por enzimas como lisozima, lactoferrina y lactoperoxidasa y por mucinas, histatinas, cistatinas e inmunoglobulinas específicas.

Los efectos de los anticuerpos y otras glicoproteínas presentes en la saliva son la prevención de la colonización e infección microbianas al interferir en la adhesión a los tejidos orales. La prevención de las caries dentarias se debe al sistema buffer de iones fosfato y bicarbonato, además de ciertas proteínas inespecíficas, y a la capacidad de remineralización, dada por la supersaturación con fosfato de calcio, a la presencia de fluoruro y glicoproteínas como la estaterina. La integridad de la mucosa, por otro lado, se mantiene gracias al constante flujo salival y a las mucinas, electrolitos y agua presentes en la saliva.

La saliva hace más que mantener la boca húmeda.

Ayuda a la digestión de los alimentos.

Protege de caries los dientes.

Evita la infección controlando la bacteria y los hongos en la boca.

Ayuda a masticar y tragar.

Sin suficiente saliva se pueden crear las caries y otras infecciones en la boca. También es posible que no obtengamos los nutrientes necesarios si no podemos masticar y tragar ciertos alimentos. A las personas se les reseca la boca cuando las glándulas en la boca que crían la saliva no están funcionando

bien. Por esta razón, es posible que no haya suficiente saliva para mantener la boca húmeda. Hay varias razones por las cuales estas glándulas (glándulas salivares) no funcionen bien¹⁹.

5.2.8.1. CAUSAS POR LA DISMINUCIÓN DE SALIVA

Puede causar dificultad para saborear, masticar, tragar y hablar.

Puede incrementar la posibilidad de caries dentales y otras infecciones en la boca.

Puede ser señal de que existen ciertas enfermedades o condiciones.

Puede ser causa de ciertas medicinas o tratamientos médicos.

5.2.8.2. SÍNTOMAS QUE PRESENTA EL ADULTO MAYOR POR LA DISMINUCIÓN DE LA SALIVA

Una sensación seca y pegajosa en la boca.

Problemas para masticar, tragar, saborear o hablar.

Una sensación de ardor en la boca.

Una sensación de sequedad en la garganta.

Labios partidos.

La lengua seca y dura.

Llagas en la boca.

¹⁹LOPEZ, JorgetPia, Alteraciones de las Glandulas Salivares, Espana, Editorial Universidad de Murcia, 2007, p. 58

Infección en la boca.

5.3. PATOLOGÍAS BUCALES

La Patología Bucal o Patología Oral es una rama de la Odontología, que se encarga de la naturaleza, identificación y tratamiento de las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandíbula y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman), así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos.

Es una ciencia que estudia las causas, procesos y efectos de las enfermedades que aquejan al complejo oral y maxilofacial. La práctica de la Patología Bucal incluye la investigación y diagnóstico usando exámenes clínicos, radiográficos, microscópicos y bioquímicos así como el manejo de la entidad patológica. La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento de elección. Como todo sistema, éste puede presentar alteraciones de orden degenerativo, patología tumoral, traumatismos y enfermedades de origen infeccioso²⁰.

5.3.1 CARIES DENTAL

La caries dental se define como la pérdida de estructura del diente debida a una desmineralización de las estructuras duras que lo componen. Para que este fenómeno se produzca es necesaria la presencia de placa bacteriana, entidad definida como una película de bacterias adherida al diente y de hidratos de carbono, sustrato sobre el cual la placa bacteriana ejerce su

²⁰BORDAS, Javier, Patologías Bucales, Tomo III, Mexico, Editorial Medica Panamericana, 2010, p. 1302

metabolismo. Cuando se inicia este proceso metabólico, da como resultado productos ácidos que en contacto con el esmalte dental, provocan una sucesiva pérdida de minerales y posterior formación de una cavidad, por todos ampliamente conocida como “caries”.

La caries dental, es por lo tanto una enfermedad infecciosa, ya que es producida por microorganismos, multifactorial, debido a que deben coincidir varios elementos para que se produzca y en función de esta última característica, también es prevenible pues existen varios niveles dentro de su curso, en los cuales se puede intervenir. Cabe destacar que la caries es la primera causa de pérdida dentaria y que en el caso de los pacientes adultos mayores su ubicación es predominantemente a nivel radicular²¹.

La caries dental se ha estudiado extensamente, determinándose con certeza ciertos factores que aumentan el riesgo de que se produzca. Así, mientras mayor sea la concentración de microorganismos cariogénicos en la boca de un paciente, mayor será su probabilidad de tener caries. Por otro lado, mientras más frecuente sea el consumo de hidratos de carbono fermentables, mayor también será el riesgo de caries en ese paciente, riesgo que disminuye proporcionalmente de acuerdo al número de veces con que realice su cepillado dental.

Además existen factores que modifican la incidencia de caries:

Flujo salival: Un buen flujo salival ejerce un efecto de barrido constante sobre la superficie dentaria y gracias a las propiedades neutralizantes de la saliva, contrarresta el pH ácido del metabolismo bacteriano.

²¹GONZALES, Elena, Conceptos Básicos de Odontología para el Médico, México, Editorial Medica Panamericana, 2010, p.89

Uso de productos fluorados: El flúor en adecuadas concentraciones actúa frenando el proceso de desmineralización dentaria, y produce una remineralización de lesiones incipientes que aún no han formado una cavidad.

5.3.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La mayoría de las personas no se da cuenta de lo importante que es cuidar las encías al igual que los dientes. La enfermedad de las encías es una infección del tejido de la encía que sostiene a los dientes y es la principal causa de la pérdida de dientes en los adultos. La mayoría de los adultos muestra algunas señales de enfermedad en las encías.

La enfermedad de las encías (enfermedad periodontal) a menudo progresa lentamente, sin dolor, por largo tiempo. Esta es una de las razones por la cual es común entre los adultos mayores. Mientras más tiempo siga la enfermedad sin detección y sin control, más daño causa en las encías y en otros tejidos de soporte. Aunque la enfermedad periodontal es causada por la placa, hay otros factores que pueden aumentar el riesgo o la severidad de la condición, entre éstos están los alimentos atrapados entre los dientes, fumar, usar tabaco de mascar, los dientes mal alineados, los puentes o dentaduras parciales desajustados, la dieta pobre y enfermedades sistémicas.

La enfermedad periodontal es considerada la segunda causa de pérdida dentaria, sin embargo, en el adulto mayor puede igualar y en muchos casos

superar a la caries dental como primera causa. Aunque existen mecanismos inmunológicos estrechamente asociados a su génesis y progresión, su etiología primaria es bacteriana, por lo que al igual que la caries dental es clasificada como una patología infecciosa. En consecuencia las medidas terapéuticas tanto preventivas como curativas, están orientadas a eliminar la mayor cantidad de microorganismos que sea posible, básicamente a través de instrucción de técnicas de higiene adecuadas a cada paciente, en combinación con terapias de remoción de placa bacteriana y otros depósitos por parte del odontólogo.

Existen factores considerados predisponentes de la enfermedad periodontal porque pueden aumentar su riesgo de ocurrencia o favorecer su progresión cuando ya está presente, especialmente a través de un cambio en la respuesta del huésped a los microorganismos. Entre ellos cabe mencionar diabetes, tratamiento con fármacos inmunosupresores y cambios hormonales, por ejemplo aquellos derivados de terapias farmacológicas. Esto debe considerarse porque un importante porcentaje de adultos mayores presenta alguna de estas condiciones. También se ha descrito un fenómeno de agrandamiento gingival producido por ciertos fármacos como la fenitoína, nifedipino y cefalosporinas, que se manifiesta como un considerable aumento de volumen y cambio de forma de las encías, llegando incluso en algunos pacientes a cubrir por completo la superficie dentaria. A pesar de que por su apariencia esta condición puede semejar inflamación, no implica la presencia

de enfermedad periodontal, aunque puede gatillar su aparición al dificultar un adecuado aseo dental.

Aunque la enfermedad periodontal es común, se puede controlar o detener, en las etapas tempranas, se le puede dar marcha atrás, el tratamiento de los casos avanzados requiere cirugía. El adulto mayor debe estar al tanto de señales de aviso y visitar a su dentista si nota cualquiera de estos síntomas: le sangran las encías cuando se cepilla, tiene las encías rojas, doloridas o hinchadas; las encías se han separado de los dientes; sale pus entre los dientes y las encías cuando se las aprieta; si tiene los dientes flojos o que se mueven; cualquier cambio en su mordida; cualquier cambio en el ajuste de su dentadura parcial; tiene mal aliento o mal sabor constante. En sí, el sangrado de las encías es el principio de una alteración bucal que podría desencadenar en una periodontitis o enfermedad periodontal. El fenómeno de hemorragia gingival o sangrado de encías va acompañado normalmente de una inflamación localizada o generalizada de las encías²².

El concepto de enfermedad periodontal como entidades localizadas que afecta sólo a los dientes y tejidos de soporte está siendo progresivamente cuestionado, ya que la enfermedad periodontal puede producir amplios efectos sistémicos. Mientras que en algunos individuos estos efectos son limitados, en otros, las infecciones periodontales pueden significar impactos en el estado salud general, y pueden servir de indicador de riesgo para ciertas condiciones o enfermedades sistémicas, entre estos individuos mas propensos están presentes los adultos mayores.

5.3.2.1. GINGIVITIS

La inflamación de las encías o gingivitis es la etapa inicial de la enfermedad de las encías que se puede revertir con una buena higiene oral y tratamiento profesional. La gingivitis es causada

²²Navarro, Manau, Odontología Geriátrica, España, Editorial SEPA, 2008,p.311

por las bacterias que se encuentran en la placa. Los síntomas de la gingivitis incluyen inflamación y enrojecimiento de las encías y posible sangrado al cepillar. Si no se trata, la gingivitis puede avanzar y convertirse en una periodontitis. La inflamación de las encías en los adultos mayores se puede dar por el acumulo de placa bacteriana, la formación de calculo, la diabetes, la utilización de placas removibles y fijas²³.

5.3.2.1.1 TRATAMIENTO DE GINGIVITIS

La prevención y tratamiento de la gingivitis consiste en conseguir que el paciente conozca y asuma las medidas de autocuidado de higiene bucal. El tratamiento de la gingivitis se realiza un control mecánico de la infección combinado con colgajos quirúrgicos, eliminan entre un 10 a 15% la profundidad de sacos de más 4mm. Que sólo el control mecánico de la infección. El uso de terapia de antibióticos sistémicos administrados junto con el control mecánico de la infección, no disminuye la profundidad del saco o el nivel de inserción epitelial, comparado con sólo el control mecánico de la infección.

5.3.2.1.2. INTERVENCIONES NO QUIRÚRGICAS: PULIDO RADICULAR

El pulido radicular es la única forma de terapia periodontal efectiva que permite la eliminación del factor etiológico, resolviendo la inflamación y favoreciendo la cicatrización de los tejidos. Al eliminar los irritantes, se logra la

²³HERNANDEZ, Piero, Sangrado de Encías o Sangrado Gingival: Causas y Concejos, Madrid, Editorial Elsma S.L., 2007, p. 70

inserción del tejido conectivo. La evidencia indica que es un procedimiento terapéutico efectivo para controlar la enfermedad periodontal cuando se acompaña de un control de placa bacteriana por parte del paciente.

Sus objetivos son:

Biocompatibilizar la superficie radicular con los tejidos blandos

Eliminar la infección y detener la progresión de la enfermedad

Disminuir la profundidad del sondaje

Mejorar o mantener los niveles de inserción

Favorecer los procedimientos de higiene bucal

5.3.2.1.3. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Los pacientes adultos mayores que necesiten técnicas regenerativas, tales como injertos de encías; injerto de tejido conectivo, regeneración tisular guiada; injertos óseos, autoinjerto, heteroinjerto; hidroxiapatita, fosfato tricálcico; factores de crecimiento y proteínas morfogenéticas, deben ser enviados al especialista.

5.3.2.2. PERIODONTITIS

La periodontitis, una forma más grave de la enfermedad de las encías, afecta a más de la mitad de las personas de entre 65 y 74 años de edad. En esta afección, la infección bacteriana causa el daño de las encías y del hueso que

sirve de soporte a los dientes. Es posible que sus encías comiencen a retroceder, retraerse de los dientes. En los casos más graves, el hueso que sostiene a los dientes se destruye y, si no recibe tratamiento, puede llevar a la pérdida de los dientes.

La periodontitis ocurre cuando la inflamación y la infección de las encías (gingivitis) se deja sin tratamiento o cuando el tratamiento se demora. Dicha infección e inflamación se disemina desde las encías (gingiva) hasta los ligamentos y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la causa principal de la caída de los dientes en los adultos. No es un trastorno común en la niñez, pero se incrementa durante la adolescencia²⁴.

La placa y el sarro se acumulan en la base de los dientes. La inflamación hace que entre la encía y los dientes se formen bolsas que se llenan de sarro y de placa. La inflamación del tejido blando atrapa la placa en la bolsa. La inflamación continua causa finalmente la destrucción de los tejidos y el hueso alrededor de los dientes. Debido a que la placa contiene bacterias, es probable que se presente infección y también se puede desarrollar un absceso dental, lo cual aumenta la proporción de la destrucción ósea.

5.3.3. XEROSTOMÍA

La xerostomía es una condición inconfortable para los pacientes que la padecen y para el odontólogo cuando otorga atención dental. Las complicaciones de la xerostomía incluyen las caries dentales, aparición de

²⁴ TOREEL, Ramon, Periodontitis <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/htm> (citado en 14 de agosto del 2010)

candidiasis o dificultades para el uso de las prótesis dentales. El tratamiento de la xerostomía es paliativo pero ofrece protección para otras complicaciones.

La disminución de la secreción salival provoca la sequedad bucal o xerostomía que puede alterar la calidad de vida de las personas. La causa más frecuente de xerostomía en los ancianos es por los efectos secundarios que provocan los medicamentos, pudiendo provocar alteraciones de la masticación, de la deglución y problemas incluso de fonación, halitosis, y otros²⁵.

La principal complicación derivada de xerostomía de larga duración es el aumento de incidencia de caries radicales y de candidiasis oral, además de la aparición o aumento de las molestias en pacientes portadores de prótesis removible. Cuando un paciente padece esta alteración del flujo salival, es prioritario determinar la causa que la genera, antes de indicar cualquier producto. Así, en el caso de alteraciones reversibles como el stress y la ansiedad, pacientes con deshidratación, casos de diabetes no compensada o cuando la xerostomía es debida a determinados fármacos, la resolución del problema a menudo radicará en estabilizar la condición primaria, por ejemplo disminuyendo la dosis de un fármaco o remplazándolo por uno no xerostomizante, cuando sea posible.

²⁵MASACARO, Francesc, Xerostomía en el paciente anciano. En: Revista multidisciplinar de gerontología, Vol. 13, Nº. 1, 2007.

Pacientes bajo terapia con anticoagulantes, requieren la suspensión temporal del fármaco, cuando el odontólogo requiera realizar procedimientos que provoquen algún grado de hemorragia. Todo el proceso ha de efectuarse en estrecha comunicación con el médico tratante, pues es él quien determina cuándo y por cuánto tiempo el paciente suspenderá la terapia.

Si la xerostomía que presenta la persona mayor se deriva del tratamiento con medicamentos, es lógico pensar que la actitud terapéutica más razonable sea retirar el fármaco de dicha patología. Sin embargo, esta actitud no siempre puede ser adoptada bajo la sola responsabilidad del odontólogo, ya que las reacciones adversas y efectos farmacológicos colaterales con repercusión oral son muchas veces un mal menor que permite la supervivencia del paciente²⁶.

5.3.3.1.PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA XEROSTOMÍA

Lo primero que hay que hacer es identificar la causa de la Xerostomía y si encontramos algún factor etiológico específico tratarlo. Hay que conocer todos los medicamentos que están utilizando el paciente y sus efectos secundarios por si fuera necesario valorar su sustitución o modificar la dosis en el caso de que el tratamiento sea el responsable del problema.

Los pacientes con xerostomía deben evitar las comidas ácidas o con especias que irritan la mucosa ya inflamada. Es importante que beba mucho y tenga una buena hidratación. En pacientes con dientes, con xerostomía severa, son fundamentales una dieta libre de azúcar, una higiene oral meticulosa y la aplicación tópica de fluoruros. La utilización de saliva sintética

²⁶NIETO, Vera Juan, Prevención de Patología Bucodental en los Adultos Mayores, España, Editorial Panorama, 2008, p.55

es recomendable. Por último los pacientes con xerostomía deberán utilizar sus prótesis removibles durante periodos cortos o sólo para comer o por motivos estéticos, nunca se debe utilizar mientras duermen.

5.3.4. HALITOSIS

Puede ser, en general, provocada por la descomposición bacteriana de partículas de alimentos, células, sangre y algunos componentes de la saliva.

De este modo, 90% de las causas de halitosis se originan en la boca. Como las proteínas y otros agentes químicos en estos materiales se van descomponiendo en componentes más simples como aminoácidos y péptidos, se producen muchas sustancias volátiles (ácidos grasos y componentes de sulfuro) relacionadas con su descomposición. Entre ellas podemos mencionar el ácido propiónico (olor del vómito), ácido butírico (olor de la mantequilla rancia o carne pútrida), ácido valérico, acetona, acetaldehído, etanol, propanol y diacil. Otros productos de descomposición pueden pasar a formar parte de las vías metabólicas de las bacterias en la boca que se van desdoblado en compuestos volátiles.

5.3.4.1 CAUSAS DE LA HALITOSIS

Enfermedad periodontal, estomatitis, faringitis, tumores. En un 85-90% de los pacientes con halitosis (tanto fisiológica como patológica), el olor se origina en la cavidad oral. El mal olor que procede del efecto de las bacterias de la

boca, es producido por higiene oral deficiente, por caries, placa dentaria (sarro) y partículas de comida que permiten el crecimiento bacteriano. Una caries simple no tiene por qué producir olor, pero sí puede originarlo una caries de gran tamaño con acúmulo de comida. Cualquier lugar donde exista acumulación y putrefacción puede ser origen de halitosis: lengua, espacios interdentes, área subgingival, abscesos. La lengua es la localización de la mayor parte de las bacterias anaerobias en la boca, y producen la mayoría del mal olor. El origen lingual de la halitosis es el más frecuente en caso de ausencia de enfermedad periodontal.

Reconstrucciones dentales deterioradas (puentes, dentaduras postizas, materiales protésicos).

Enfermedad crónica periodontal y gingivitis: es la causa más frecuente, pero un importante porcentaje de pacientes con halitosis no la padecen. La lengua puede oler peor si existe enfermedad periodontal. Se produce por el depósito de microorganismos orales en la placa de los dientes o en la bolsa periodontal. La presencia de inflamación activa y hemorragia acentúan el proceso de putrefacción.

Fármacos: Existen medicaciones que producen xerostomía, principalmente en ancianos, como los anticolinérgicos. Los antineoplásicos favorecen la candidiasis oral, el sangrado gingival y las úlceras orales. Otras medicaciones que causan halitosis son los compuestos iodados, nitrato de

amilo, antianginosos (dinitrato de isosorbide), antihipertensivos, antihistamínicos, ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos.

5.3.4.2. HALITOSIS Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Es menos frecuente de lo que se piensa. El esófago normalmente está colapsado, aunque ocasionalmente puede dejar escapar olor procedente del estómago, pero es raro que sea de forma permanente.

Divertículo de Zenker: En la unión de hipofaringe posterior y esófago, se produce una pequeña formación que puede ir acumulando saliva y comida, que al descomponerse puede producir halitosis. El olor no es continuo y depende del peristaltismo esofágico.

Personas con dispepsia (gastritis, esofagitis, úlcera péptica), reflujo gastroesofágico o hernia de hiato pueden tener aliento fétido (aunque en caso de reflujo, el olor suele recordar a la comida más recientemente ingerida). Un esfínter esofágico debilitado permite la salida de olores gastro-intestinales. La achalasia (trastorno motor consistente en la pérdida o alteración del peristaltismo) puede producir retención de alimento, líquido y saliva, que origina halitosis.

La hemorragia digestiva presenta un aliento a sangre coagulada.

Infección por Helicobacter Pylori: El papel del HP en la patogenia de la halitosis, sólo o asociado a otras bacterias, viene determinado por la

producción de sulfuros u otros gases como el amonio a nivel oral (ya que la placa dentaria es su reservorio), gástrico o intestinal. La erradicación del HP conlleva un descenso de marcadores de halitosis en un 80% en pacientes dispépticos. El efecto del tratamiento en la erradicación del *HP* oral está por demostrar. .

5.3.4.3. ORIGEN PSIQUIÁTRICO

5.3.4.3.1 HALITOSIS PSICOSOMÁTICA O PSEUDOHALITOSIS

El paciente percibe un mal olor en su aliento que otros no detectan y no se puede objetivar con las pruebas diagnósticas disponibles. Suelen ser personas con tendencia a auto-observación, autocrítica, con dificultad para expresar emociones. Se vio que en la mayoría de estos casos era debido a una interpretación errónea de las actitudes de otras personas (taparse la nariz, volver la cara, dar un paso atrás) y que interpretan como rechazo a su supuesta halitosis, lo que reforzaría su creencia. Por el contrario, se ha demostrado que estos gestos son accidentales y no tienen relación con el mal aliento²⁷.

5.3.4.3.2. HALITOFOBIA

Es un miedo exagerado a sufrir mal aliento: el paciente cree que persiste la halitosis incluso tras tratamiento adecuado. Frecuentemente, evitan actos sociales (fobia social), están preocupados por el aliento continuamente con lavados de boca frecuentes, uso de chicles, caramelos, mantienen una distancia de seguridad al hablar, discuten mucho sobre el tema. En los casos extremos llegan al aislamiento social con interrupción de vida laboral o

²⁷BASCONEZ, Martin, Etiología de la Halitosis, <http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis2.htm>

académica, procedimientos médicos invasivos innecesarios, extracción de todas las piezas dentarias o incluso el suicidio.

El adulto mayor genera respeto, comprensión, calidez, pero hay que ser realista y reconocer que también puede generar rechazo, los malos olores en general son parte de ese rechazo, por lo que se debe contribuir a que esto no ocurra, sabiendo que la mayor parte, en este caso de las halitosis son de origen bucal²⁸.

5.3.4.4. TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS

El tratamiento costo-efectivo y seguro del mal aliento debe incluir el cepillado regular de los dientes, hilo dental y limpieza de la capa de recubrimiento de la lengua. Estas técnicas ayudan a controlar la microflora oral que es la causa de la halitosis y de la caries dental. La investigación ha demostrado que las concentraciones salivales de tiol (como mercaptano), que son los precursores del olor bucal desagradable, pueden ser considerablemente reducidas mediante el uso de soluciones o pastas dentífricas que contienen peróxido de hidrógeno. Los colutorios que contienen gluconato han demostrado ser efectivos para controlar los microbios orales, aunque producen efectos secundarios, como la tinción dentaria. Los tratamientos más avanzados, como el uso de antibióticos, están raramente indicados, salvo en los casos de infecciones orales postoperatorias.

²⁸ROSANES, Rosa, Halitosis: Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria, Uruguay, Editorial Universidad Católica de Uruguay, 2009, p.88

La limpieza de la lengua así como del paladar debe ser igualmente una rutina diaria, ya que la región posterior del dorso de la lengua es con frecuencia el origen de la halitosis. Un cepillado vigoroso de la lengua por la noche y por la mañana ayuda a reducir el mal olor matutino. Una lengua sana se caracteriza por su intenso color rosado.

También se deben retirar y limpiar al menos una vez al día las dentaduras postizas y demás materiales protésicos. El cambio a una *dieta* vegetariana especialmente rica en frutas frescas y verdura, baja en grasas y carne, reduce la halitosis. Se recomienda evitar alimentos que producen mal aliento como los ajos, las cebollas o bebidas alcohólicas.

Los chicles también reducen el mal olor, pero se aconseja masticar sólo unos minutos para evitar problemas de la articulación temporomandibular. Su mecanismo se basa en la estimulación del flujo de saliva y la limpieza mecánica. Si no poseen ingredientes activos, a las 3 horas de su uso pierden su efecto.

El enmascaramiento de los olores mediante el uso de soluciones de aceite de clorofila o con esencia de galauteria es efectivo durante poco tiempo.

Los enjuagues y gargarismos con colutorios eficaces son otra alternativa. El mejor momento de utilizarlos es antes de ir a dormir, ya que los restos del producto quedan en la boca por la noche, que es cuando la actividad bacteriana es mayor, y el flujo de saliva menor. Se debe mantener en la boca durante 30 segundos. Muchos colutorios contienen productos perjudiciales

para los tejidos blandos por su efecto irritante, como son el alcohol, el sulfato sódico o agentes oxidantes potentes.

5.3.5. CEPILLADO DENTAL

Una buena higiene bucal para una buena salud oral, implica que no sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta de dientes, sino una buena técnica, ya que muchas veces es mejor el cepillado incluso sin pasta, asegurándose que se elimine la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales²⁹.

El cepillado dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales. Aparte del cepillado dental existen también otros métodos que ayudan a eliminar la placa bacteriana tales como la seda dental, los cepillos interproximales o las limpiezas profesionales, pero en este artículo vamos a centrarnos principalmente en las técnicas de cepillado dental. Así pues, hablaremos de las características y tipos de cepillos, así como de las distintas técnicas de cepillado, indicando cuál de todas resulta más eficaz tanto para adultos como para niños.

5.3.5.1. TÉCNICAS DE CEPILLADO

²⁹Técnica de cepillado dental, <http://www.saludalia.com/Saludala>

Existen muchas técnicas, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas. Aunque está claro que existen casos en que debido a determinadas patologías o factores como la falta de cooperación o falta de destreza manual se recomienda una técnica determinada. Es importante en todas las técnicas seguir un orden que deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria.

Cabe destacar las distintas técnicas existentes aunque no todas ellas son utilizadas:

Técnica de fregado u horizontal. Es una técnica sencilla y la más recomendada en niños. Consiste simplemente en “fregar” los dientes con movimientos horizontales.

Técnica circular o de Fones. Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.

Técnica vertical. Con los dientes contactando se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

Técnica del rojo al blanco. Se cepilla desde las encías hacia el diente. Los penachos se sitúan en la encía y vamos haciendo movimientos de arriba hacia abajo en la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior.

Técnica de Bass. Es la más efectiva, situamos el cepillo con una inclinación de 45°. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Así conseguimos desmenuzar la placa bacteriana, que asciende por el penacho, por lo cual cada vez tenemos que lavar bien el cepillo porque los penachos se cargan de placa bacteriana. Es una técnica muy recomendada en adultos. Se deben ir cepillando de dos o tres piezas, siguiendo la secuencia que hemos explicado antes. En la cara masticatoria de los dientes hacer movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos.

5.3.5.2. FRECUENCIA DE CEPILLADO

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado

después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama.

En pacientes portadores de prótesis parcial o total removible se deben extraer las mismas de la boca y realizar el cepillado tanto de la mucosa, como de los dientes remanentes y también cepillar las prótesis con agua y jabón. En pacientes discapacitados se pueden confeccionar mangos especiales para facilitar el cepillado, como por ejemplo fijar el cepillo a la mano con una banda elástica; doblar el mango del cepillo; alargar el mango con un trozo de madera o plástico y agrandarlo con la empuñadura de un mango de bicicleta o usar un cepillo eléctrico. Aunque la mayoría de las veces es recomendable llevar a estos pacientes a clínicas dentales donde exista personal especializado en pacientes disminuidos, donde se les realiza técnicas de higiene oral que son necesarias en este tipo de pacientes.

En conclusión, una buena higiene bucal para una buena salud oral. No sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta de dientes, sino una buena técnica, ya que muchas veces es mejor el cepillado incluso sin pasta, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales.

5.3.6.LIMITACIONES DE ORDEN SOCIO-ECONÓMICO.

El “adulto mayor”, han sido también caracterizados en el ámbito social como un grupo que en su gran mayoría se encuentra en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Este hecho debe considerarse al

momento de indicar tratamientos dentales, pues suelen ser de alto costo, limitando su accesibilidad a gran parte de los pacientes.

Por su parte los elementos de higiene dental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchos pacientes, en relación a otros productos de carácter indispensable. Es conveniente entonces, analizar tratamientos dentales alternativos de menor costo y adecuar al presupuesto del paciente los artículos de higiene oral ha indicar.

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Bibliográfica. Porque se hará uso de libros, códigos, leyes así como de material de corte científico bajado del internet.

De campo. La investigadora tendrá que visitar el Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo, donde llegará con fichas de observación y encuesta, para determinar el nivel de higiene dental que tienen los adultos mayores.

Exploratoria. Exploración de las causas del problema

Descriptiva. Porque se procede a realizar una descripción de las diferentes causas del problema identificado.

Analítica. Ya que se realizará un análisis profundo de los factores existentes.

Sintética. Se hará una síntesis de todo lo investigado, de tal manera que quede extractada la información.

Propositiva. Al final de la investigación el autor presentará una propuesta para solucionar el problema identificado, contribuyendo así a resolver la problemática previamente identificada.

6.2. TÉCNICAS

Encuesta dirigida a los adultos mayores.

Observación directa dirigida a los adultos mayores.

6.3. INSTRUMENTOS

Formulario de encuesta

Ficha de Observación

6.4. RECURSOS

6.4.1. MATERIALES.

Textos

Libros

Esferográficos

Resaltadores

Marcadores

Guantes

Mascarillas

Espejos

Materiales de oficina

Fotocopias

6.2.2. HUMANO

Tutor de tesis

Investigador.

Pacientes

6.2.3.TECNOLOGICOS

Computadora de escritorio

Laptop

Impresora

Pen drive

Scanner

Cámara fotográfica

Filmadora

Internet

6.2.4. ECONÓMICOS

Los gastos serán asumidos por el autor, siendo el total \$1,200.00

6.3. POBLACION Y MUESTRA

POBLACION

La población a investigar la constituyen los pacientes geriátricos atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo IESS.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra está conformada por 85adultos mayores del Centro de Atención Ambulatoria de Portoviejo IESS.

CAPÍTULO VII

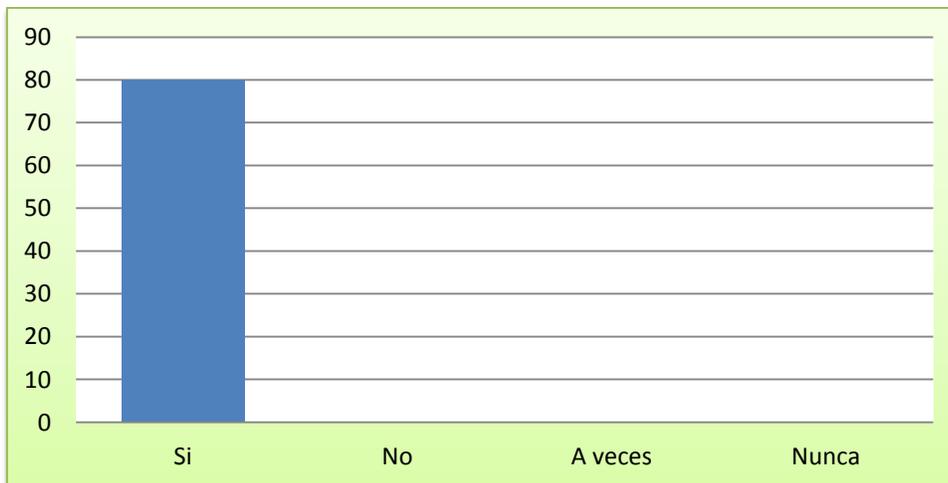
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADO A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA PORTOVIEJO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

GRAFICUADRO # 1

1.- ¿Toma regularmente medicinas?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	80	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Nunca	0	0 %
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadroNo. 1 se encontró que los 80 pacientes geriátricos encuestados, la totalidad de ellos, que corresponden al 100% indicaron que toman regularmente medicinas.

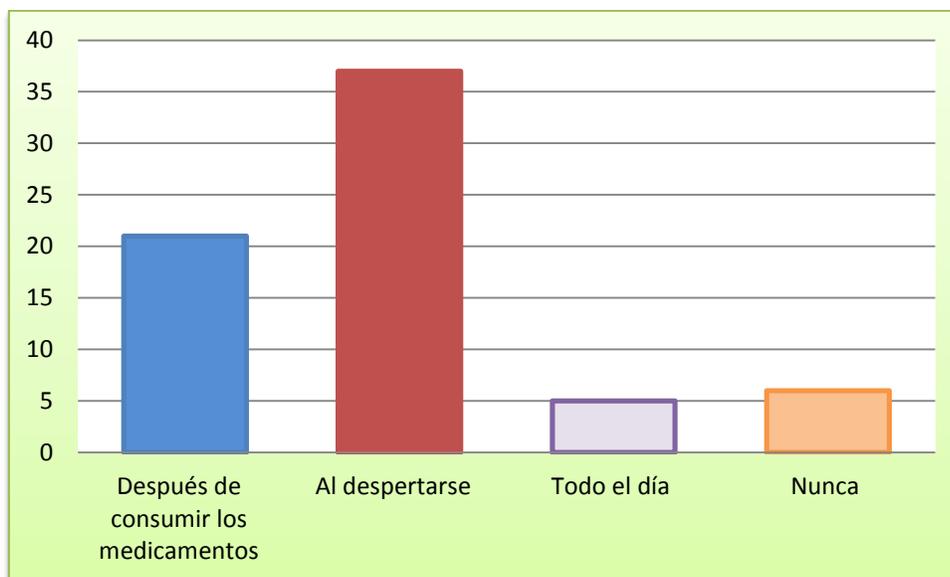
Según: GARZÓN, Robert, Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados, p.19: **“El uso de medicamentos constituye para el anciano una parte importante del medio en el que se desenvuelve y múltiples son los factores que pueden llevarle a consumir varios fármacos simultáneamente. Se han señalado como indicadores de dicho consumo a la propia edad en sí, a la presencia de enfermedades crónicas y su repercusión sobre el estado de salud percibido”**.

Lo que da como resultado que toda la población de adultos mayores toma regularmente medicina producto de la presencia de enfermedades asociadas a la edad.

GRAFICUADRO # 2

2.- ¿Cuándo siente sequedad en su cavidad bucal o en la boca?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Después de consumir los medicamentos	21	26%
Al despertarse	47	59%
Todo el día	5	6%
Nunca	7	9%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuarro No. 2 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 26% siente sequedad en su cavidad bucal o en la boca después de consumir los medicamentos que corresponde a 21 de los pacientes encuestados. El 59% al despertarse que corresponde a 47 de los pacientes encuestados. El 6% todo el día que corresponde a 5 de los pacientes encuestados. El 9% nunca que corresponde a 7 de los pacientes encuestados.

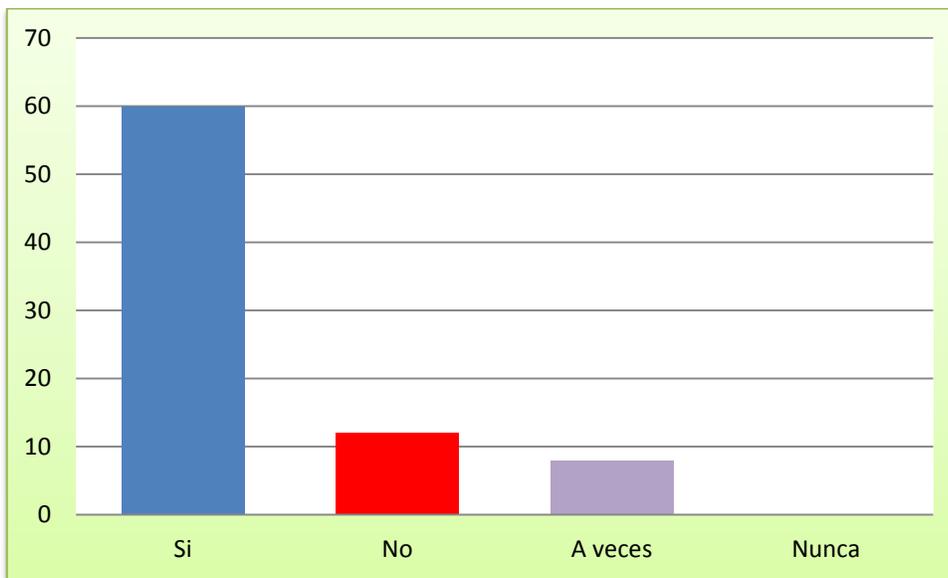
Según: MASACARO, Francesc, Xerostomía en el paciente anciano. En: Revista multidisciplinar de gerontología, p. 36: **“La disminución de la secreción salival provoca la sequedad bucal o xerostomía que puede alterar la calidad de vida de las personas. La causa más frecuente de xerostomía en los ancianos es por los efectos secundarios que provocan los medicamentos, pudiendo provocar alteraciones de la masticación, de la deglución y problemas incluso de fonación, halitosis, y otros”**.

Esto da como resultado que un alto porcentaje de los adultos mayores siente sequedad en su cavidad bucal al despertarse, debido al consumo excesivo de fármacos lo que altera la producción salival, con el consecuente apareamiento de caries y halitosis.

GRAFICUADRO # 3

3.- ¿Presenta molestias al sentir su boca reseca?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	60	75%
No	12	15%
A veces	8	5%
Nunca	0	0%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuarro No. 3 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 75% de los adultos mayores presentan molestias al sentir su boca reseca que corresponde a 60 de los pacientes encuestados. El 15% de los adultos mayores no presentan molestias al sentir su boca reseca que corresponde a 12 de los pacientes encuestados. El 5% de los adultos mayores a veces presentan molestias al sentir su boca reseca que corresponde a 8 de los pacientes encuestados. El 0% de los adultos mayores nunca presentan molestias al sentir su boca reseca.

Según: NIETO, Vera Juan, Prevención de Patología Bucodental en los Adultos Mayores, p.37: **“Si la xerostomía que presenta la persona mayor se deriva del tratamiento con medicamentos, es lógico pensar que la actitud terapéutica más razonable sea retirar el fármaco de dicha patología. Sin embargo, esta actitud no siempre puede ser adoptada bajo la sola responsabilidad del odontólogo, ya que las reacciones adversas y efectos farmacológicos colaterales con repercusión oral son muchas veces un mal menor que permite la supervivencia del paciente”**.

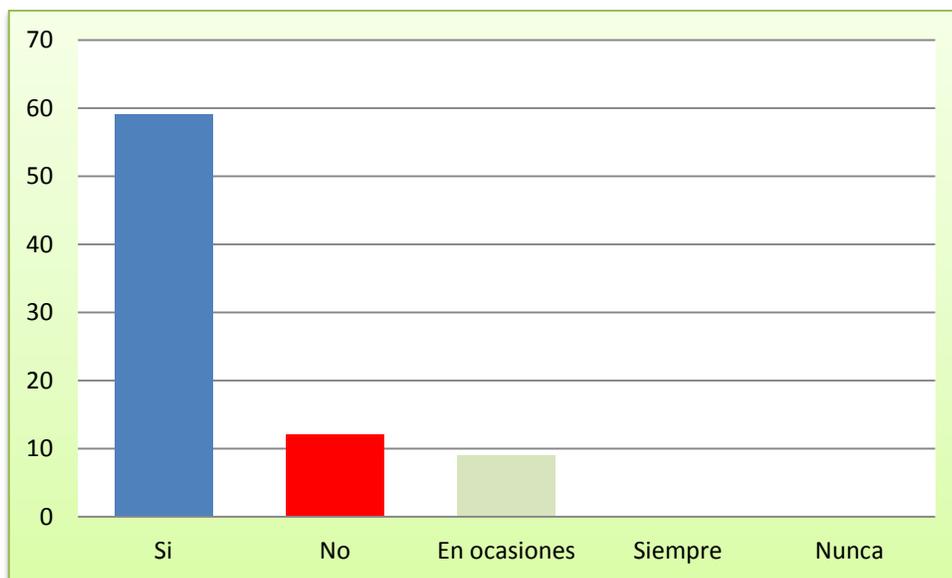
Esto da como resultado que el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan molestias al sentir su boca reseca debido al consumo excesivo de fármacos, teniendo como repercusión la aparición de patologías bucales, las

cuales deben ser tratadas sabiendo que el consumo de fármacos es primordial para este tipo de pacientes.

GRAFICUADRO # 4

4.- ¿Presenta regularmente problemas digestivos?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	59	74%
No	12	15%
En ocasiones	9	9%
Siempre	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 4 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 74% de los adultos mayores presentan regularmente problemas digestivos que corresponde a 59 de los pacientes encuestados. El 15% de los adultos mayores no presentan regularmente problemas digestivos que corresponde a 12 de los pacientes encuestados. El 9% de los adultos mayores en ocasiones presentan regularmente problemas digestivos que corresponde a 9 de los pacientes encuestados. El 0% de los adultos mayores siempre presentan problemas digestivos. El 0% de los adultos mayores nunca presentan problemas digestivos.

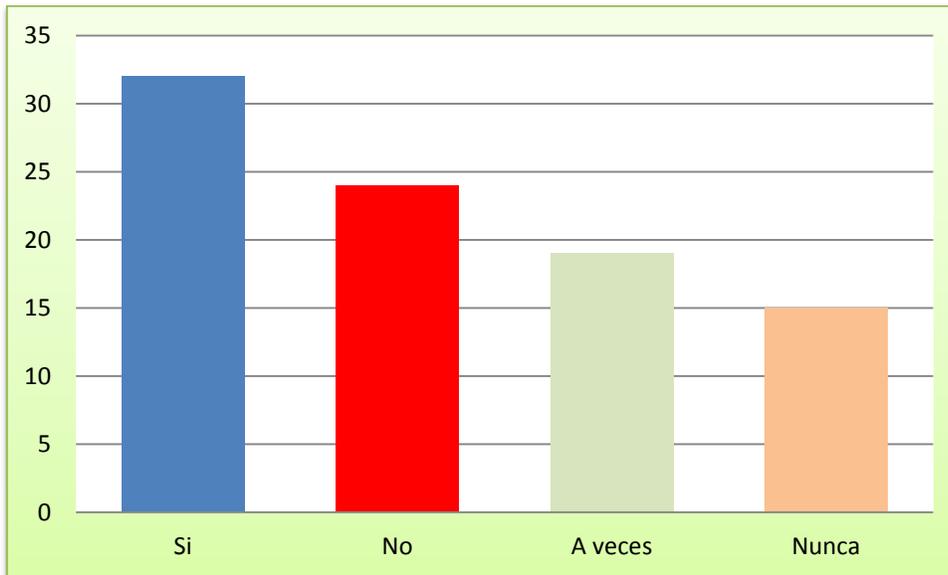
Según: Burns, Isacs, Enfermedad Geriátrica, p. 22: **“Las enfermedades del sistema digestivo en los adultos mayores son comunes, productos de la edad y de factores socio-económicos, lo que conlleva a presentar molestias en la cavidad bucal, como es la aparición de mal olor de la boca o halitosis, así también el cambio de color de las piezas dentarias debido a efectos de la edad”**.

Lo que da como resultado que el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan problemas digestivos, por diversos factores, lo que conlleva a que presenten patologías bucales como es la halitosis, cambio del color de las piezas, siendo la edad uno de los factores que mas influyen.

GRAFICUADRO # 5

5.- ¿Siente que de su boca sale un olor desagradable?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	32	40%
No	24	30%
A veces	13	16%
Nunca	11	14%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 5 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 40% de los adultos mayores sienten que de su boca sale un olor desagradable que corresponde a 32 de los pacientes encuestados. El 30% contestaron que no sienten que de su boca sale un olor desagradable que corresponde a 24 de los pacientes encuestados. El 16% contestaron que a veces sienten que de su boca sale un olor desagradable que corresponde a 13 de los pacientes encuestados. El 14% contestaron que nunca sienten que de su boca sale un olor desagradable que corresponde a 11 de los pacientes encuestados..

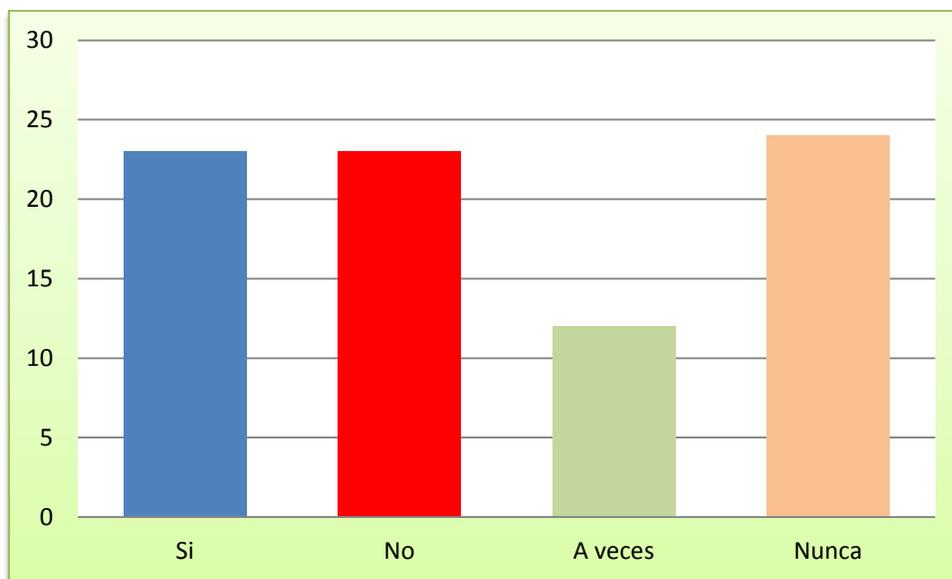
Según: BASCONEZ, Martin, Etiología de la Halitosis, p.41: **“El paciente percibe un mal olor en su aliento que otros no detectan y no se puede objetivar con las pruebas diagnósticas disponibles, suelen ser personas con tendencia a auto-observación, autocrítica, con dificultad para expresar emociones”**.

Lo que da como resultado que un alto porcentaje de los adultos mayores si sienten que de su boca sale un olor desagradable, lo que dificulta la interrelación con otras personas.

GRAFICUADRO # 6

6.- ¿Al dialogar con las personas ha notado que se alejan de usted por la existencia de mal olor de su boca?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	23	29%
No	23	29%
A veces	12	30%
Nunca	24	12%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 6 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 29% contestaron que al dialogar con las personas han notado que se alejan por la existencia de mal olor de su boca. El 29% contestaron que al dialogar con las personas no han notado que se alejan por la existencia de mal olor de su boca. El 30% contestaron que al dialogar con las personas a veces han notado que se alejan por la existencia de mal olor de su boca. El 12% contestaron que al dialogar con las personas a veces han notado que nunca se alejan por la existencia de mal olor de su boca.

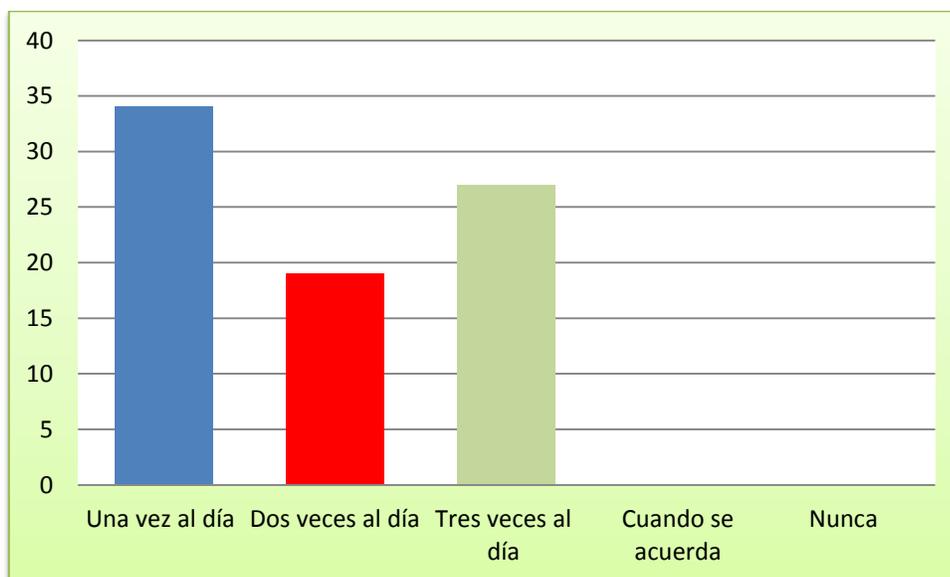
Según ROSANES, Rosa, Halitosis: Diagnostico y tratamiento en Atención Primaria, p. 41: **“El adulto mayor genera respeto, comprensión, calidez, pero hay que ser realista y reconocer que también puede generar rechazo, los malos olores en general son parte de ese rechazo, por lo que se debe contribuir a que esto no ocurra, sabiendo que la mayor parte, en este caso de las halitosis son de origen bucal”**.

Esto da como resultado que un mayor porcentaje de los adultos mayores han notado que las personas se alejan por la existencia de mal olor de su boca, ante lo cual como profesional de la salud hay que contribuir a que esto no ocurra más.

GRAFICUADRO # 7

7.- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una vez al día	34	43%
Dos veces al día	19	24%
Tres veces al día	27	33%
Cuando se acuerda	0	%
Nunca	0	%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
 Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 7 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 43% de los adultos mayores contestaron que se cepillan los dientes una vez al día lo que corresponde a 34 de los pacientes encuestados. El 24% de los adultos mayores contestaron que se cepillan los dientes dos veces al día que corresponde a 19 de los pacientes encuestados. El 33% de los adultos mayores contestaron que se cepillan los dientes tres veces al día que corresponde a 27 de los pacientes encuestados. El 0% de los adultos mayores que cuando se acuerdan se cepillan los dientes. El 0% de los adultos mayores que nunca se cepillan los dientes

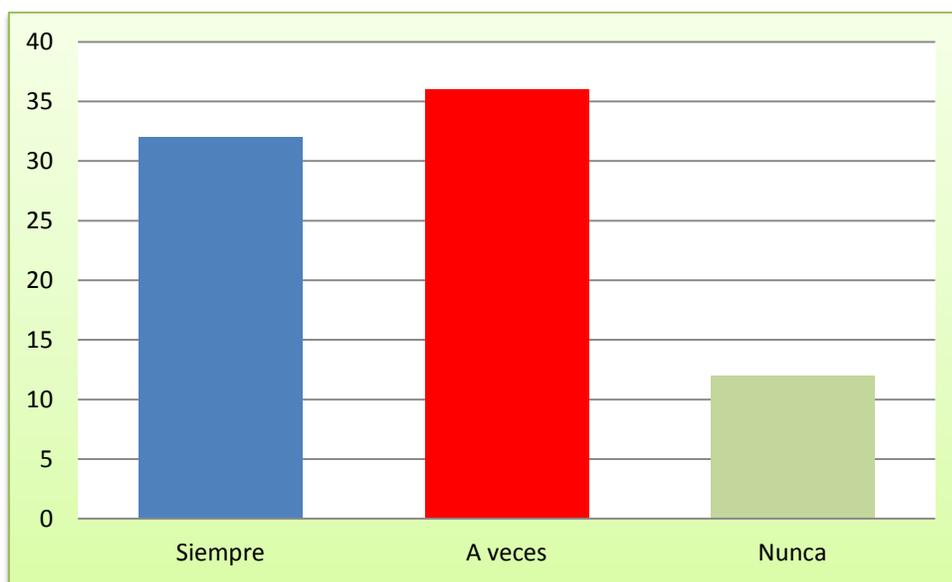
Según la página <http://www.saludalia.com/Saludala> Técnicas de cepillado dental. P.43: **“Una buena higiene bucal para una buena salud oral, implica que no sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta de dientes, sino una buena técnica, ya que muchas veces es mejor el cepillado incluso sin pasta, asegurándose que se elimine la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales”**.

Esto permite apreciar que un alto porcentaje de los adultos mayores contestaron que se cepillan los dientes una vez al día, dando como resultado un déficit en la higiene bucal con el consiguiente apareamiento de patologías bucales. Por ello hay que instruir a los adultos mayores a cepillarse los dientes de una manera correcta y después de cada comida creándoles un hábito de higiene bucal diario.

GRAFICUADRO # 8

8.- ¿Al cepillar los dientes le sangran las encías?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	32	40%
A veces	36	45%
Nunca	12	15%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 8 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 40% de los adultos mayores contestaron que al cepillar los dientes siempre le sangran las encías, que corresponde a 32 de los pacientes encuestados. El 45% de los adultos mayores contestaron que al cepillar los dientes a veces le sangran las encías, que corresponde a 36 de los pacientes encuestados. El 15% de los adultos mayores contestaron que al cepillar los dientes nunca le sangran las encías, que corresponde a 12 de los pacientes encuestados.

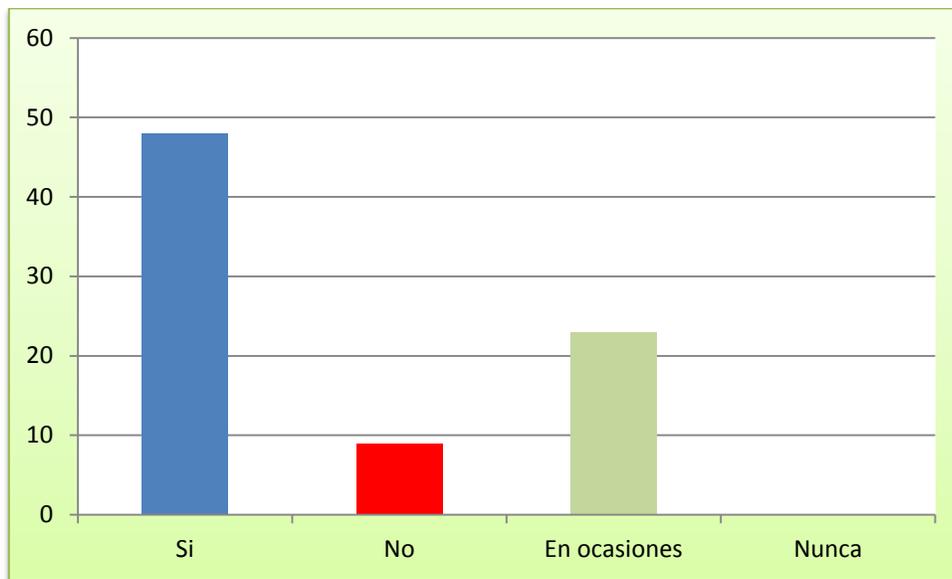
Según: Navarro, Manau, Odontología Geriátrica, p.32: **“El sangrado de las encías es el principio de una alteración bucal que podría desencadenar en una periodontitis o enfermedad periodontal. El fenómeno de hemorragia gingival o sangrado de encías va acompañado normalmente de una inflamación localizada o generalizada de las encías”**.

Dando como resultado que el mayor porcentaje de los adultos mayores al cepillar los dientes a veces le sangran las encías, pudiendo evidenciar que la mayoría de los adultos mayores sufren de enfermedades periodontales, es decir, de un cambio de coloración que hace que las encías estén rojas y más abultadas de lo normal.

GRAFICUADRO # 9

9.- ¿Ha notado que sus encías se ven enrojecidas?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	48	60%
No	9	11%
En ocasiones	23	29%
Nunca	0	0%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 9 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 60% de los adultos mayores contestaron que han notado que sus encías se ven enrojecidas, que corresponde a 48 de los pacientes encuestados. El 11% de los adultos mayores contestaron que no han notado que sus encías se ven enrojecidas, que corresponde a 9 de los pacientes encuestados. El 29% de los adultos mayores contestaron que en ocasiones han notado que sus encías se ven enrojecidas, que corresponde a 23 de los pacientes encuestados. El 0% de los adultos mayores que nunca han notado que sus encías se ven enrojecidas

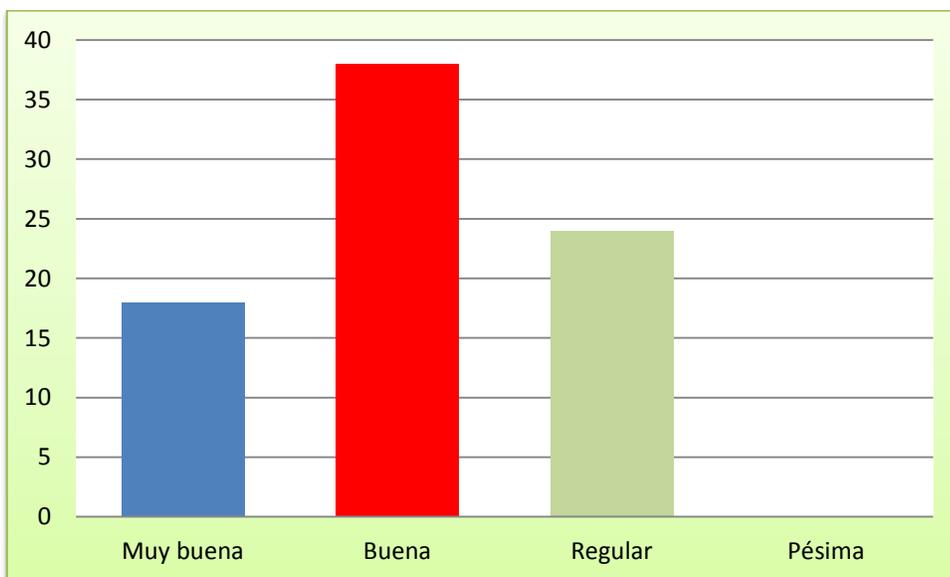
Según: HERNANDEZ, Piero, Sangrado de Encías o Sangrado Gingival: Causas y Concejos, p.33: **“La inflamación de las encías en los adultos mayores se puede dar por el acúmulo de placa bacteriana, la formación de cálculo, la diabetes, la utilización de placas removibles y fijas”**.

Dando como resultado que el mayor porcentaje de los adultos mayores contestaron que han notado que sus encías se ven enrojecidas, debido a diferentes factores endógenos y exógenos.

GRAFICUADRO # 10

10.- ¿Su salud bucal es?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy buena	18	23%
Buena	38	47%
Regular	24	30%
Pésima	0	0%
TOTAL	80	100%



Fuente: Encuesta realizada a los Adultos mayores del Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuarro No. 10 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados el 23% su salud bucal es muy buena, que corresponde a 18 de los pacientes encuestados. El 47% es buena, que corresponde a 38 de los pacientes encuestados. El 30% es regular, que corresponde a 24 de los pacientes encuestados. El 0% de los adultos mayores que tiene una pésima salud bucal..

Según: RODRIGUEZ, LUIS. Manual del Técnico Auxiliar de Geriatria, p.10:"**En esta etapa de la vida requiere cuidados especiales para conservar en buen estado las piezas dentales y la salud en general, debido a que el adulto mayor puede presentar muchas enfermedades bucales como son: las caries, xerostomía, halitosis, la enfermedad periodontal e inclusive el cáncer oral, siendo la más destacada la enfermedad periodontal, cuya infección ataca las encías y el hueso que mantiene sus dientes en su lugar**".

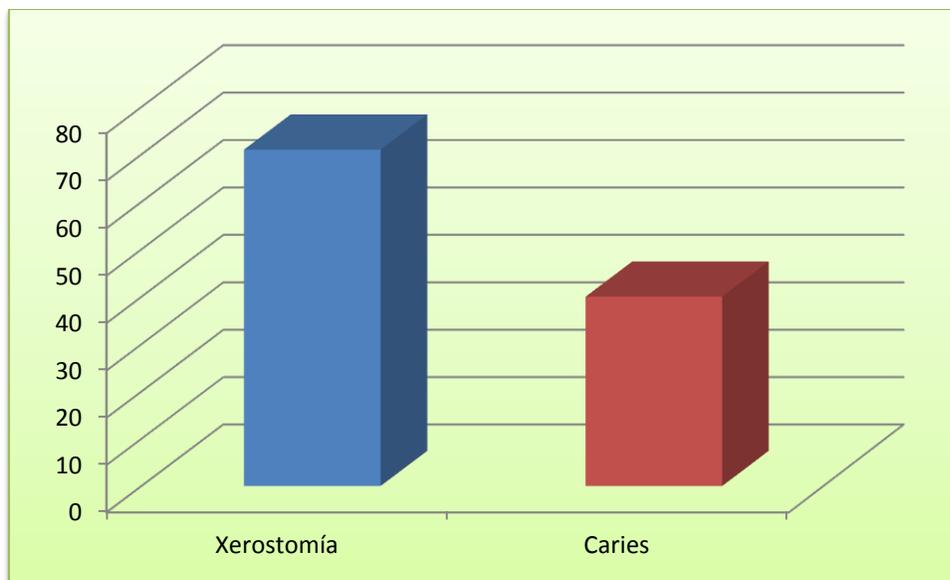
Dando como resultado que el mayor porcentaje de los pacientes geriátricos presentan una buena salud oral.Es importante, reforzar las técnicas de higiene bucal que incluyen el uso del cepillo dental con cerdas suaves, pastas dentales con fluoruros, el uso del hilo dental y los enjuagues bucales que son muy recomendables cuando se trata del auto cuidado del adulto mayor para así tener una mejor calidad de vida.

7.2. FICHA CLÍNICA REALIZADA A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS PORTOVIEJO.

GRAFICUADRO # 1

CONSUMO DE FÁRMACOS

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Xerostomía	71	64%
Caries	40	36%
Total	111	100%



Fuente: Ficha de observación a pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 1 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados. El 64% de los adultos mayores, que corresponde a 71 de los pacientes encuestados presentan xerostomía, y con el 36% de los adultos mayores, que corresponde a 40 de los pacientes encuestados presentan caries.

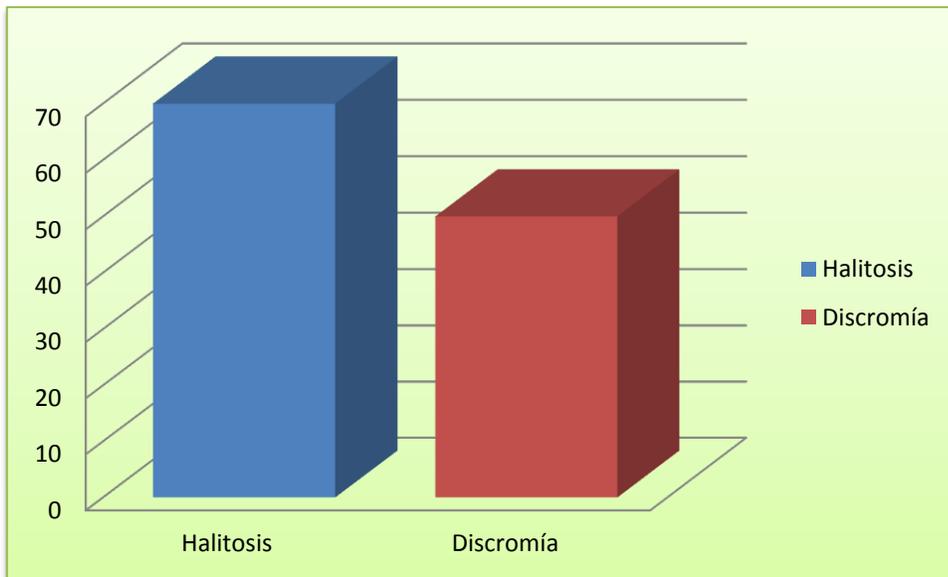
Según: GARZON,Robert, Consumo de Medicamentos en Adulto Mayores de 65 años: Problemas Potenciales y factores asociados, p. 20:"**El consumo excesivo de fármacos presentan una disminución del flujo salival, por ende no hay una eliminación continua de bacterias, con el consiguiente problema de xerostomía y la aparición de caries**".

Dando como resultado que el mayor porcentaje de los pacientes geriátricos presentan xerostomía, debido a un consumo diario de fármacos, lo que dificulta la eliminación de las bacterias de la boca y por ende la aparición de patologías orales como caries y enfermedad periodontal.

GRAFICUADRO # 2

ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Halitosis	70	58%
Discromía	50	42%
Total	120	100%



Fuente: Ficha de observación a pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 2 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados. El 58% de los adultos mayores presentan halitosis como producto de las enfermedades del sistema digestivo que corresponde a 70 de los pacientes encuestados. Y el 42% discromía que corresponde a 20 de los pacientes encuestados.

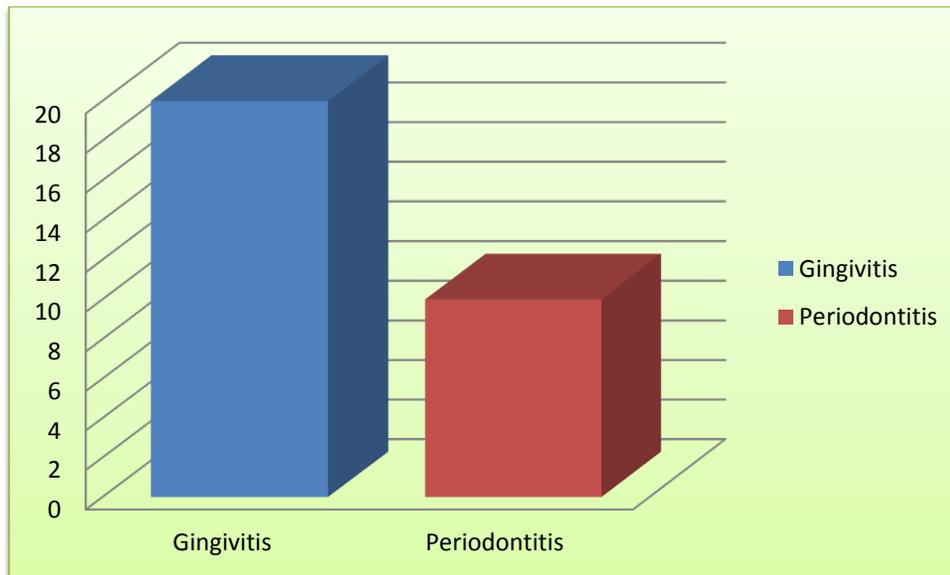
Según: Burns, Isacs, Enfermedad Geriátrica, p. 22: **“Las enfermedades del sistema digestivo en los adultos mayores son comunes, productos de la edad y de factores socio-económicos, lo que conlleva a presentar molestias en la cavidad bucal, como es la aparición de mal olor de la boca o halitosis, así también el cambio de color de las piezas dentarias debido a efectos de la edad”**.

Dando como resultado que el mayor porcentaje de los pacientes geriátricos, presentan problemas digestivos, algo que es propio de la edad y por la presencia de enfermedades gastrointestinales, provocando la aparición de patologías bucales como es la halitosis, discromía dental, entre otros

GRAFICUADRO # 3

ALTERACIONES MOTORAS Y VISUALES

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Gingivitis	20	67%
Periodontitis	10	33%
Total	30	100%



Fuente: Ficha de observación a pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Atención Ambulatorio Portoviejo
Elaboración: Daniela Bonilla

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario No. 3 se encontró que de los 80 pacientes geriátricos encuestados El 67% de los adultos mayores presentan gingivitis producto de las alteraciones motoras que corresponde a 20 de los pacientes encuestados. Y el 33% periodontitis, que corresponde a 10 de los pacientes encuestados.

Según: LOPEZ, Antonio, Salud Oral del Paciente Adulto Mayor, P. 14:“**Las alteraciones motoras del adulto mayor por lo general van ser unos de los factores primordiales que causen gingivitis y periodontitis al no haber coordinación por parte del paciente geriátrico durante el aseo bucal, lo que puede causar una inadecuada y deficiente higiene bucal, por ende la acumulación de microorganismos, de placa bacteriana, restos de alimentos, cálculo, que van a provocar que en el paciente se presenten diferentes patologías bucales a parte de las mencionadas”.**

Esto da como resultado que el porcentaje de los adultos mayores que presentaron alteraciones motoras y visuales, presentan gingivitis producto de estas alteraciones, debido a la falta de coordinación para realizar el cuidado de la salud bucal de una manera eficiente.

CONCLUSIONES

Las enfermedades mentales como el Alzheimer, síndrome de Parkinson, son las enfermedades más recurrentes que se observaron por parte de la investigadora en los adultos mayores que asisten al Centro Geriátrico del IESS en Portoviejo, afectando la higiene bucal del paciente geriátrico, debido a la poca coordinación durante el aseo bucal, con lo cual hay el apareamiento de enfermedades periodontales como gingivitis y periodontitis.

La mayoría de los pacientes geriátricos presentan xerostomía debido al excesivo consumo de fármacos, lo que conlleva a un deterioro de la salud bucal y por concomitancia aparición de caries, enfermedad periodontal y halitosis.

En los pacientes geriátricos existe una producción excesiva de ácido estomacal, irritando las encías, la garganta, la boca y daña los dientes. Los problemas digestivos son productos de la edad, lo que implica la presencia de molestias en la cavidad bucal, como es la aparición de mal olor de la boca o halitosis, así también el cambio de color de las piezas dentarias.

BIBLIOGRAFÍA

ALIX, Mathius, Salud y Residencia Geriátrica, Volumen II, España, Editorial Elsevier, 2008, p. 66.

ALLEYNE, George. La salud en las Américas. Volumen II. Washington: Editorial MDA. 2007. p.1204.

ALVAREZ, Gregory, Salud oral del paciente adulto mayor
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/SaludOral.pdf>

ALVAREZ, Joaquin, Acción Farmacocinética en Pacientes Geriátricos, Colombia, Editorial Panorama, 2010, p. 109.

BASCONEZ, Martin, Etiología de la Halitosis,
<http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis2.htm>.

BORDAS, Javier, Patologías Bucales, Tomo III, México, Editorial Medica Panamericana, 2010, p. 1302.

BOXACA, Martha. Medicina Interna, Uruguay, Editorial Medica Panamericana, 2009, p. 86.

BURNS, Isacs, Enfermedad Geriátrica, España, Edición Morata, 2009, p. 345-506.

CERVILLA Ballesteros Jorge. Odontología Geriátrica. Segunda Edición. España, Editorial Masson. 2006, p. 79.

GARZON, Robert, Consumo de Medicamentos en Adulto Mayores de 65 años: Problemas Potenciales y factores asociados, Volumen II, México, Editorial Primaria, 2007, p. 67.

GONZALES, Elena, Conceptos Básicos de Odontoestomatología para el Medico, México, Editorial Medica Panamericana, 2010, p.89.

HERNANDEZ, Marilia, Rehabilitación Oral en el Paciente Geriátrico, Colombia, Editorial Glosa, 2008, p.186.

HERNANDEZ, Piero, Sangrado de Encías o Sangrado Gingival: Causas y Concejos, Madrid, Editorial Elisma S.L., 2007, p. 70.

LOPEZ, Antonio, Salud Oral del Paciente Adulto Mayor, México, Editorial Masson, 2006, p. 31-32.

LOPEZ, JornetPia, Alteraciones de las Glándulas Salivares, España, Editorial Universidad de Murcia, 2007, p. 58.

MASACARO, Francesc, Xerostomía en el paciente anciano. En: Revista multidisciplinar de gerontología, Vol. 13, Nº. 1, 2007.

MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología, Tomo III, Costa Rica, Editorial Estatal a Distancia, 2008, p. 45.

MORGAN, Sarah, Examen Físico General: Conciencia y estado psíquico de los pacientes geriátricos
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/.htm>.
(Citado en 13 de noviembre del 2010).

Navarro, Manau, Odontología Geriátrica, España, Editorial SEPA, 2008, p.311.

NIETO, Vera Juan, Prevención de Patología Bucodental en los Adultos Mayores, España, Editorial Panorama, 2008, p.55.

PALMA, Ascensión, Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica, España, Editorial Parainfo S.A., 2010, p. 122.

REDIN, George. Valoración geriátrica integral (I). En: NAVARREZ, Jhon. Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Bogota: Unilibros, 2009.p.63.

RODRIGUEZ, LUIS. Manual del Técnico Auxiliar de Geriátría. España: Editorial Sanfoncez 2007.p.45.

RODRIGUEZ, Sandalio, La Vejez: Historial y Actualidad, España, Ediciones Editex, 2008, p. 13.

ROSANES, Rosa, Halitosis: Diagnostico y tratamiento en Atención Primaria, Uruguay, Editorial Universidad Católica de Uruguay, 2009, p.88.

SERRA, Luis Javier, Higienistas Dentales, México, Editorial Sacyl, 2007, p. 76.

Técnica de cepillado dental, <http://www.saludalia.com/Saludala>.

TOREEL, Ramón, Periodontitis
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/htm> (citado en 14 de agosto del 2010)

PROPUESTA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA ALTERNATIVA

“MOTIVACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES PARA FOMENTAR LA CULTURA EN LA PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL”

ENTIDAD EJECUTORA

Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

CLASIFICACIÓN

Educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

El Centro Geriátrico funciona desde hace tres años en la Unidad Ambulatoria del IESS en Portoviejo, el cual está ubicado en la calle Colón y Olmedo esquina.

2. JUSTIFICACIÓN

Una vez que se realizaron las encuestas y las fichas de observación se pudo apreciar que los adultos mayores encuestados, presentan deficiencia relacionada con la cultura preventiva bucal, presentando una escasa higiene oral, motivado por la presencia de enfermedades que contribuyen a la aparición de patologías bucales, tales como problemas del sistema digestivo, problemas psicomotrices, la ingesta diaria y continua de fármacos; esto viene dado por condiciones culturales, el poco interés de asistir al Odontólogo y por inadecuada dieta.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El Centro Geriátrico cuenta con áreas totalmente remodeladas, en la cual los jubilados que asisten por atención lo hacen en número de 13 a 15 jubilados diariamente, aunque la demanda supera los 30 por día en lo relativo a consulta externa. El área de geriatría del IESS brinda atención en medicina general para personas adultas, así como enfermedades comunes en los ancianos, siendo las más comunes pulmonares obstructivas crónicas, deterioro de memoria y patologías crónicas como artrosis, artritis y otros.

El Centro Geriátrico del IESS-Portoviejo es un centro polifuncional de características únicas en el país, cuenta con el primer coro de adultos mayores de la provincia, un grupo de danza, taller de teatro y talleres de memoria convirtiéndose en un programa pionero en el país. Están innovando el tratamiento a los adultos mayores jubilados estimulando lo cognitivo, trabajando con el equilibrio, la parte osteomuscular, la socialización y la autoestima.

Laboran 16 personas, entre ellas seis médicos, dos tecnólogos, un auxiliar de enfermería, un auxiliar de farmacia, un auxiliar de servicio y personal administrativo. La unidad ambulatoria Portoviejo del IESS la dirige el Dr. Jorge Chávez, quien además es el ginecólogo de la institución médica ubicada en el centro de la ciudad, que es muy concurrida por los afiliados al IESS.

4. OBJETIVOS

Objetivos General

Concienciar en los adultos mayores sobre la importancia de la salud oral.

Objetivos específicos

Incentivar a través de métodos educativos apoyados con material didáctico para que los adultos mayores conozcan la importancia y las ventajas de su higiene oral.

Informar a los adultos mayores sobre las medidas de prevención oral a través de la entrega de trípticos.

Dar a conocer la relación existente entre las enfermedades geriátricas y la salud bucal y de qué medidas debe tomar para disminuir la aparición de patologías bucales.

4. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Considerando la relación que existe entre las enfermedades geriátricas y las patologías bucales, a lo que se suma el escaso conocimiento de las medidas de prevención oral, esta propuesta está encaminada a mejorar los hábitos de higiene bucal de la población estudiada y por concomitancia la calidad de vida de los adultos mayores, a través de la enseñanza de técnicas de cepillado, el uso de hilo dental, uso de enjuague bucal y conocimientos básicos de una dieta balanceada. Es decir, la investigadora, tiene como propósito que los adultos mayores c

asisten al Centro Geriátrico del IESS en Portoviejo, se conciencien en la importancia de la salud oral.

5. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los adultos mayores que acuden al centro de Atención Ambulatoria Portoviejo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Los beneficiarios indirectos el personal de salud y familiares de los adultos mayores.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta se la desarrolló en dos etapas:

Primera etapa:

Se llevó a cabo en la tercera y cuarta semana del mes de diciembre del 2011.

Se realizó la socialización de los resultados obtenidos de la investigación.

Luego se hizo entrega de pastas y cepillos dentales a cada uno de los adultos mayores, indicando la correcta técnica de cepillado.

Al final se efectuó la coordinación de las charlas educativas.

Segunda etapa

Se efectuó en la primera y segunda semana de enero. Siendo las actividades:

1. Elaboración de material de apoyo con la que se brindaron las charlas.
2. Se diseñó el material educativo (trípticos).
3. Se realizaron las charlas educativas con los siguientes temas:
 - Salud oral en los adultos mayores
 - Educación preventiva de la salud oral
 - Técnicas de cepillado dental
 - Uso del hilo dental
 - Uso del enjuague bucal
 - Dieta balanceada

8. CRONOGRAMA DE LA EJECUCIÓN

Primera etapa

Actividades de la primera etapa	Mes	
	DICIEMBRE	
	Tercera	Cuarta
Socialización de los resultados obtenidos de la investigación.	X	
Entrega de pastas y cepillos dentales a cada uno de los adultos mayores, indicando la correcta técnica de cepillado.	X	
Coordinación de las charlas educativas.		X

Segunda etapa

Actividades de la primera etapa	Mes	
	ENERO	
	Primera	Segunda
Elaboración de material de apoyo con la que se brindaron las charlas.	X	
Se diseñó el material educativo (trípticos).	X	
Se realizaron las charlas educativas		X

9. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento
Trípticos	80	Unidad	\$1.00	\$80.00	Autogestión
Material didáctico	20	Unidad	\$1.50	\$30.00	Autogestión
Pasta	80	Unidad	\$1.20	\$96.00	Autogestión
Cepillo dental	80	Unidad	\$1.00	\$80.00	Autogestión
Subtotal				\$286.00	Autogestión
Imprevisto				\$ 28.60	Autogestión
TOTAL				\$314.60	Autogestión

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con el compromiso de las autoridades del Centro de Atención Ambulatoria Portoviejo, en continuar con las replicas de esta temática periódicamente.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

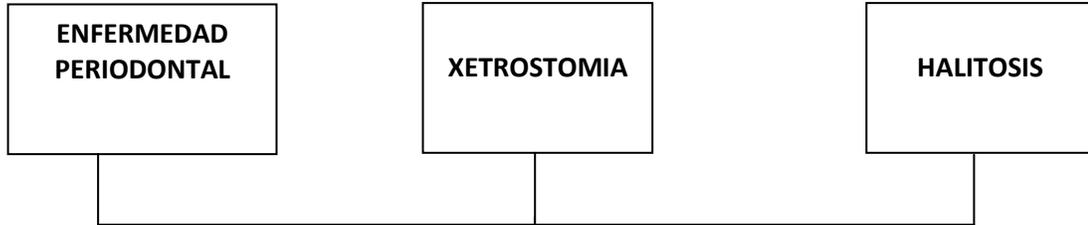
Esta propuesta es financiada en su totalidad por la autora.

ANEXOS

ANEXO 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA

EFECTOS



PROBLEMA CENTRAL



CAUSAS

PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD	COSTO	COSTO	F AUTOGESTIÓN UENTE	A.P
COMPUTADORA	1	Unidad	900,00	900,00	900,00	
FOTOCOPIAS	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
PAPEL	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET	1000	Mbps	0,10	100,00	100,00	
TINTA NEGRO	2	tóner	37,00	74,00	74,00	
TINTA COLOR	2	tóner	41,00	82,00	82,00	
CD	2	Unidad	0,75	1,50	1,50	
Resaltador	1	Unidad	1,00	1,00	1,00	
Corrector	1	unidad	1,00	1,00	1,00	
Lápiz	1	unidad	0,25	0,25	0,25	
BOLÍGRAFOS	2	unidad	0,45	0,90	0,90	
CUADERNO	1	unidad	2,88	2,88	2,88	
CARPETAS	5	Unidad	0,15	0,75	0,75	
TABLERO PORTA HOJA	1	Unidad	3,50	3,50	3,50	
PEN DRIVE	1	unidad	10,00	10,00	10,00	
VIÁTICOS		dólar		250,00	250,00	
Guantes	2	caja	8,00	16,00	16,00	
Baberos	60	Unidad	0,15	9,00	9,00	
PORTA BABEROS	2	Unidad	2,50	5,00	5,00	
CAMPOS DE TELA	5	Unidad	1,00	5,00	5,00	
GORROS DESCARTABLES	1	Paquete	10,00	10,00	10,00	
MASCARILLAS	1	caja	4,00	4,00	4,00	
ANILLADOS	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
EMPASTADOS	4	Unidad	5,00	20,00	20,00	
SUBTOTAL				1755,66		
IMPREVISTOS		dólar		175,56		
Total				\$1931.22		

ANEXO 2



ENCUESTA REALIZADO A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA PORTOVIEJO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

1.- ¿Toma regularmente medicinas?

Si

No

A veces

Nunca

2.- ¿Cuándo siente saquead en su cavidad bucal o en la boca?

Después de consumir los medicamentos

Al despertarse

Todo el día

Nunca

3.- ¿Presenta molestias al sentir su boca reseca?

Si

No

A veces

Nunca

4. ¿Presenta regularmente problemas digestivos?

Si

No

En ocasiones

Siempre

Nunca

5.- ¿Siente que de su boca sale un olor desagradable?

Si

No

A veces

Nunca

6.- ¿Al dialogar con las personas ha notado que se alejan de usted por la existencia de mal olor de su boca?

Si

No

A veces

Nunca

7.- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

Una vez al día

Dos veces al día

Tres veces al día

Cuando se acuerda

Nunca

8.- ¿Al cepillar los dientes le sangran las encías?

Siempre

A veces

Nunca

9.- ¿Ha notado que sus encías se ven enrojecidas?

Si

No

En ocasiones

Nunca

10.- ¿Su salud bucal es?

Muy buena

Buena

Regular

Pésima

FICHA CLÍNICA PARA DETERMINAR LA RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GERIÁTRICAS Y LAS PATOLOGÍAS BUCALES

1.- DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Profesión: _____

Apellidos: _____

Edad: _____

Dirección domicilio: _____

Tel.: _____

2.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

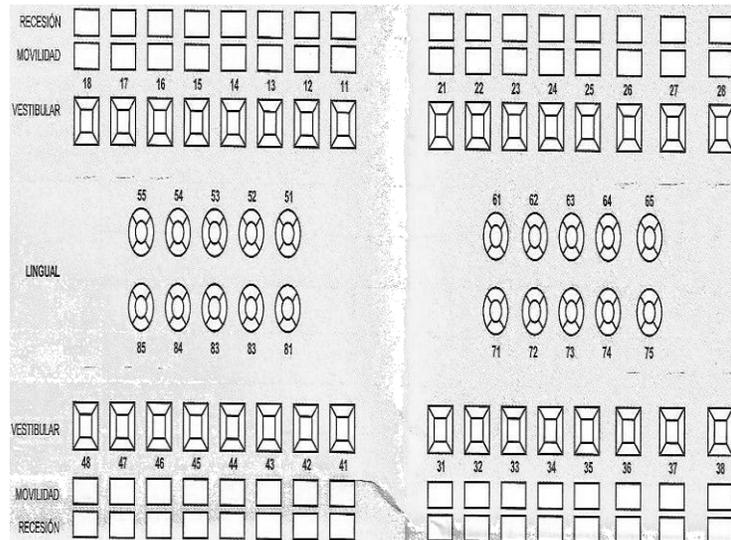
Enfermedades del sistema digestivo

Alteraciones motoras

ODONTÓGRAMA

OTROS _____

HALLAZGOS	SI	NO
Xerostomía		
Caries		
Halitosis		
Discromía		
Gingivitis		
Periodontitis		



INDICE CPO				
	C	P	O	TOTAL
D				

ANEXO 3



REALIZANDO LAS ENCUESTAS A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS



ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS



ENCUESTA A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS



**OBSERVACION DE LA CAVIDAD BUCAL DE LOS PACIENTES
GERIÁTRICOS**



CHARLA A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS



ENTREGA DE ENCUESTA A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS