



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, en el periodo marzo- agosto 2014.

Autor:

Carlos Alfredo Vizueta Vargas.

Directora de tesis:

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

Cantón Portoviejo –Provincia Manabí - República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Gs. certifico que la tesis de investigación titulada: Estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, es trabajo original de Carlos Alfredo Vizueta Vargas. La misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana. Tesis de grado, sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana.

Directora de la carrera.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano.

Director de tesis.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza.

Miembro del tribunal.

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Carlos Alfredo Vizueta Vargas, egresado de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la carrera de odontología, tengo a bien declarar que la presente investigación y posterior elaboración de la tesis, previo a la obtención del título de odontólogo, así como las expresiones vertidas en la misma, son de mi autoría. La he realizado a base de investigación bibliográfica, doctrinaria y consultas en internet, cuyo tema es: Estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, por la que, asumo la originalidad y autoría de la misma. Además cedo mis derechos de autoría de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Carlos Alfredo Vizueta Vargas.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Mi más profundo agradecimiento a la Universidad San Gregorio de Portoviejo, porque me ha dado la oportunidad de superarme profesionalmente proporcionándome conocimientos que irán en beneficios de los adultos mayores y de nuestra sociedad. A las autoridades por permitirme realizar mi investigación dentro del centro de salud del cantón Santa Ana, a la doctora Tatiana Moreira, docente de la Universidad San Gregorio de Portoviejo cuyo apoyo incondicional me ha guiado en la realización de esta tesis, y en especial al doctor Jorge Villacreses Arteaga, odontólogo del Centro de Salud Santa Ana, gran profesional y mucho mejor persona.

El autor.

DEDICATORIA.

Dedico mi tesis a Dios, la virgen María y al divino niño Jesús por su apoyo y protección. Con el más profundo amor a mis padres, el señor Freddy Vizqueta Sánchez, mi más grande ejemplo de esfuerzo y superación y la señora Ofelia Vargas Solórzano, sinónimo de amor y protección, una mujer incondicional, llena de virtudes y cualidades propias de la mejor madre del mundo. A mis dos hermanos: Dr. Freddy Adrián Vizqueta, mi ejemplo y motivación profesional, sendero de mis logros y aspiraciones estudiantiles y Paola, siempre apoyándome, siempre presta ayudar a su amado hermano.

A la señorita Samara Isabel Cedeño Moreira, la mujer que inspira mis anhelos, que crea en mí los más grandes deseos de superación, principal apoyo en mis días de tristezas, principal aliada en mis días de felicidad. Junto a ella no existe lo imposible, junto a ti mi amada Sami, todo será posible. A mis amigos y compañeros, personas que marcaron mi vida estudiantil e hicieron de esta experiencia mucho más que una carrera.

Carlos Vizqueta Vargas.

Autor.

RESUMEN.

El propósito de este estudio fue determinar el estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, a través del análisis del índice CPO-D, los indicadores de salud bucal y el sondaje periodontal. Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal. Se incluyeron 92 adultos mayores, el 70,7% correspondían al sexo femenino y el 29,3% al sexo masculino. De acuerdo al análisis del índice CPO-D el 97,8% de los pacientes presentaron caries dental, con una media de 6,70; el 100% presentó pérdida dentaria con una media de 12,79 y las obturaciones dentarias se presentaron en el 55,4% de los atendidos con una media de 2,37. Se determinó que el principal nivel de placa bacteriana evidenciado en los adultos mayores fue el de placa bacteriana en más de $1/3$ y menos de $2/3$ de la superficie dentaria con un 72,8%. En cuanto al cálculo dental su estado más prevalente fue presencia de cálculo supragingival en no más de $1/3$ de la superficie dentaria. De la misma manera la gingivitis se presentó en 75 de los casos, representando un elevado 81,5% mientras que la enfermedad periodontal se presentó mayoritariamente de manera leve con un 41,3%.

ABSTRACT.

The purpose of this study was to determine the oral health status of older adults who attend the health center of Canton Santa Ana, through the analysis of DMFT index, indicators of oral health and periodontal probing. A descriptive, cross-sectional study. 92 older adults were included, 70.7% were female and 29.3% male. According to the analysis of decayed, 97.8% of patients had dental caries, with a mean of 6.70; 100% present tooth loss with an average of 12.79 and dental fillings occurred in 55.4% of those treated with an average of 2.37. It was determined that the main level of plaque shown in seniors plaque was more than 1/3 and less than 2/3 of the tooth surface with a 72.8%. As for calculating the most prevalent dental status supragingival calculus was present in no more than 1/3 of the tooth surface. Similarly gingivitis occurred in 75 of the cases represented a high 81.5% while the periodontal disease was present mostly mild manner 41.3%.

ÍNDICE.

Certificación.....	II
Certificación del tribunal.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.4. Interrogante de investigación.....	4
1.5. Objetivos.....	5
1.5.1. Objetivo general.....	5
1.5.2. Objetivos específicos.....	5
1.6. Delimitación del problema.....	5
1.6.1 Delimitación espacial.....	5
1.6.2. Delimitación temporal.....	5
1.7. Justificación.....	6

Capítulo II.

2. Marco teórico conceptual.....	8
2.1. Manifestaciones bucales.....	8
2.2. Prótesis dental removible.....	21

Capítulo III.

3. Metodología.....	32
3.1. Diseño metodológico.....	32
3.2. Técnicas.....	32
3.3. Instrumentos.....	32
3.4. Recursos.....	32
3.4.1. Talento humano.....	32
3.4.2. Materiales.....	33
3.4.3. Tecnológicos.....	33
3.5. Económico.....	33
3.6. Población y muestra.....	34
3.7. Criterios de inclusión y exclusión.....	34
3.8. Recolección de información.....	35
3.9. Matriz de operacionalización de las variables.....	36
3.10. Procesamiento y análisis de datos.....	37
3.11. Ética.....	37

Capitulo IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.....	38
---	----

Capítulo V.

5. Conclusiones y recomendaciones.....	70
5.1. Conclusiones.....	70

5.2. Recomendaciones.....	71
Capítulo VI.	
6. Propuesta.....	72
6.1. Tema.....	72
6.2. Justificación.....	73
6.3. Marco institucional.....	74
6.4. Objetivos.....	74
6.4.1. Objetivo general.....	74
6.4.2. Objetivos específicos.....	74
6.5. Descripción de la propuesta.....	75
6.6. Beneficiarios.....	75
6.7. Diseño metodológico.....	75
6.8. Presupuesto de la propuesta.....	76
6.9. Sostenibilidad.....	76
Bibliografía.....	77
Anexos.....	86

INTRODUCCIÓN.

Indagando la obra del Ministerio¹ (2010) puedo conocer que:

Los adultos mayores son el grupo más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su Salud Bucal, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal. (p. 11).

Analizando la obra de Bacallao² (2013) puedo citar que:

Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. El adulto mayor requiere un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios fisiológicos dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal. Muchos de estos cambios, que en un tiempo se consideraron naturales y asociados con la vejez, en realidad son procesos patológicos específicos. (párr. 4).

¹ Ministerio, S. (2010). *Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 Años*. República de Chile: MINSAL.

² Bacallao, Y. G., Correa, J. M. A., Roger, M. G., & Díaz, O. M. (2013). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos Francisca Navia Isla de la Juventud 2011. *Revista Médica de la Isla de la Juventud*. 2. Consultado el 08 de enero, 2014. En: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

CAPITULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, en el periodo marzo- agosto 2014.

1.2. Formulación del problema.

No se conoce cuál será el estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, en el periodo marzo- agosto 2014.

1.3. Planteamiento del problema.

Consultando la obra de Ruiz³ (2009) puedo referir que:

Desde 1948 la ONU ha planteado especial preocupación por el envejecimiento a nivel mundial señalando la necesidad de proteger los derechos de los adultos mayores como garantía de su bienestar. La población envejece y el interés por la geriatría y la gerodontología cobra cada día más importancia. La Estomatología Geriátrica aborda todo lo relacionado con las afecciones bucales y condiciones crónicas que suelen ser comunes en edades avanzadas y que generan complicaciones en la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal del anciano. (párr. 3).

³Ruiz Candina, H. J., & Herrera Batista, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 28. Consultado el 22 de abril, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

El bienestar del adulto mayor es cada día más importante, dándole mayor cabida al cuidado de su salud bucal. Se reportan estudios a nivel global del mal estado de salud bucal de los adultos mayores, que en su mayoría son causadas por el poco conocimiento acerca de correctas técnicas de higiene bucal. Se desconoce si existen malos estados de salud bucal en los adultos mayores que acuden al centro de salud Santa Ana. También se desconoce si el comportamiento fisiológico de los cambios de sus cuerpos afecta sus funciones de higiene bucal, y producen alteraciones en sus estados de salud bucal.

1.4. Interrogante de la investigación.

¿Cuál será el estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud Santa Ana?

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo general.

Determinar el estado de salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, marzo- agosto 2014.

1.5.2. Objetivos específicos.

- Cuantificar la prevalencia de caries en los adultos mayores a través del índice CPOD.
- Identificar el estado de los indicadores de salud oral: Nivel de placa bacteriana, cálculo dental y gingivitis.

-Evaluar el estado de los tejidos periodontales a través del sondaje periodontal.

1.6. Delimitación del problema.

1.6.1. Delimitación espacial.

El estudio se realizará en los adultos mayores, que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana.

1.6.2. Delimitación temporal.

Se ejecutará desde marzo hasta agosto de 2014.

1.7. Justificación.

Analizando la obra de Cardentey⁴ (2011) puedo referir que:

Las sociedades actuales se caracterizan por un crecimiento de las poblaciones de la tercera edad. Ello demanda una atención multidisciplinaria y estomatológica necesaria. Los diferentes cambios normales del envejecimiento son una parte de la odontogeriatría conocida como envejecimiento orofacial, que está definido por los cambios normales presentados en la mayoría de los adultos mayores. En las estructuras orales se dan cambios propios del envejecimiento, la pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud oral del paciente. Los cambios que se observan clínicamente en la apariencia de las coronas dentarias se relacionan, básicamente, con el proceso de atrición y con el de abrasión del esmalte dentario. (párr. 8).

⁴ Cardentey García, J., Trujillo Otero, P. E., Silva Contreras, A. M., Sixto Iglesias, M., & Crespo Palacios, C. L. (2011, abril). Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 15. Consultado el 05 de enero, 2014. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>

Por tal razón el proyecto de investigación sobre el estado de salud oral de los adultos mayores, es de una importancia relevante, considerando que a través de su estudio se podrá determinar las principales manifestaciones y afecciones que sufren los adultos mayores a nivel de la cavidad oral, por lo que tendrá un impacto social significativo, por las consecuencias que pueden tener si los adultos mayores no son tratados a tiempo. Por lo antes expuesto, este estudio es factible, de realizar porque existe el interés y preocupación de los directivos del Centro de Salud Santa Ana, familiares y odontólogos, en mejorar el estado de la salud oral de los adultos mayores a través de una educación en higiene oral adecuada.

La investigación es factible por que se cuenta con el apoyo de las autoridades de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y sobre todo por el apoyo de los pacientes, para encontrar soluciones más acertada. Existe una gran cantidad de manual bibliográfico, se tienen los recursos adecuados e idóneos que nos permiten obtener mejores resultados.

CAPITULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1. Adulto mayor.

El adulto mayor en la sociedad.

Analizando la obra de Bartolotti⁵ (2007) puedo citar que:

El levantamiento de datos estadísticos relativos a la composición de la población evidenció que, en nuestra sociedad, los individuos adultos son más numerosos que aquellos pertenecientes a los sectores en edad infantil y de adolescencia.

Este es un dato comúnmente similar, tanto que en la Asamblea General sobre el envejecimiento, organizada por las Naciones Unidas (Madrid, abril de 2002), se subrayó que en el mundo se está produciendo una transformación demográfica sin precedentes, debida al consistente aumento del número de sujetos ancianos. Son definidos ancianos todos aquellos que hayan cumplido 65 años de edad. (p. 1).

Salud oral.

Examinando la obra de Peña⁶ (2012) puedo conocer que:

Hoy en día el concepto de salud oral se ha ampliado y engloba no solo la ausencia de dolor, si no la higiene, la función, la estética y el confort subjetivo que experimenta el paciente. Por lo tanto, debemos tener muy presente la necesidad de aplicar diversos procedimientos terapéuticos rehabilitadores. (p. 120).

⁵ Bortolotti, L. (2007). *Prótesis Removible Clásicos e Innovaciones*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁶ Peña, C. L. (2012). Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano. *Gaceta Dental*. 239. Consultado el 22 de abril, 2014. En: http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/239_CIENCIA_Tratamiento_multidisciplinar_ancianos.pdf

Analizando la obra de Jaritzon⁷ (2011) puedo conocer que:

La salud general y en este caso la bucodental, la podemos medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que nos permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y autopercepción de su estado de salud que generalmente nos lleva a la utilización de un cuestionario para llevarlo a cabo. (p. 66).

Investigando la obra de Ramos⁸ (2013) puedo entender que:

La salud bucal, no solamente está relacionada con la presencia de los dientes de forma natural o artificial, está relacionada con el estado en que se encuentran los mismos, además el estado de los tejidos blandos de la cavidad bucal que no perturben la capacidad funcional de la cavidad bucal en específico y la salud general del individuo. Es de importancia primordial, la conservación de la salud bucal, para tener una correcta nutrición y una relación con los semejantes. Los adultos mayores en su mayoría le restan importancia a su conservación y a la relación que puede existir con la salud general. (párr. 6).

Estudiando la obra de Moya⁹ (2012) puedo entender que:

Los adultos mayores representan un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su salud bucal y al acelerado crecimiento que han presentado en las últimas décadas en la mayoría de los países. La importancia radica principalmente en la necesidad de contar con información válida para la correcta planificación de programas asistenciales, así como también, la de generar evidencia respecto a resultados de la asistencia prestada durante todo el ciclo vital. (p. 198).

⁷ Jaritzon, E. (2011). *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores*. Reino de España: Servicio de Publicaciones.

⁸ Ramos, R. M. G., Ordaz, D. E. M., & Nuñez, M. O. (2013). Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. *Revista Cubana de Estomatología*. 50. Consultado el 22 de abril, 2014. En: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/138/32>

⁹ Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J. C., & Monsalves, M. J. (2012, octubre). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*. 22. Consultado el 05 de enero, 2014. En: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n4/reh_vol22_n4_12_art01.pdf

Envejecimiento fisiológico de la cavidad bucal.

Considerando la obra de Laplace¹⁰ (2013) puedo conocer que:

La atención estomatológica a los ancianos es uno de los sectores de la salud mayormente involucrados, debido a los altos valores de prevalencia e incidencia de las patologías bucales. Los gerontes tienen un alto riesgo de afección buco dental, aunque se dispone de los conocimientos necesarios y actualizados sobre el envejecimiento, la sociedad en general y los mismos ancianos, se continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento. La interrelación entre la salud oral y la general, es particularmente estrecha en el adulto mayor, sin embargo, las barreras para obtener una buena salud bucal son considerables. (párr. 8).

Estudiando la obra de Roisinblit¹¹ (2010) puedo entender que:

El envejecimiento puede definirse como el efecto causado por el transcurso del tiempo sobre cualquier organismo viviente. Es un proceso que comienza en la concepción y termina en la muerte e implica alteraciones morfológicas y funcionales progresivas en los tejidos y órganos vitales propios de la evolución biológica. Sin embargo, es difícil distinguir una frontera neta entre lo fisiológico y patológico. (p. 55).

Investigando la obra de Jaritzon¹² (2011) puedo entender que:

El estudio del envejecimiento a nivel de la cavidad oral, se ha basado en la creencia general de que existe de un deterioro progresivo de la fisiología oral con el paso del tiempo.

Estos conocimientos erróneos se han fundamentado en estudios comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas médicamente, y personas jóvenes sanas, concluyendo que muchas estructuras estaban alteradas como consecuencia del envejecimiento.

¹⁰ Laplace Pérez, B. D. L. N., Legrá Matos, S. M., Fernández Laplace, J., Quiñones Márquez, D., Piña Suárez, L., & Castellanos Alместoy, L. (2013, octubre). Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*, 17. Consultado el 22 de enero, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400008&script=sci_arttext

¹¹ Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las Personas Mayores*. República de Argentina: Ebook.

¹² Jaritzon, E. (2011). *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores*. Reino de España: Servicio de Publicaciones.

Para cuestionar este concepto es importante indicar que algunos cambios que ocurren con la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes.

Otros cambios se presentan como consecuencia de algunas enfermedades, tales como la periodontitis o la xerostomía, a veces relacionada con el consumo de medicamento. También efecto de factores socioculturales y económicos son determinantes para que se presente un aumento en el número de tratamientos como las exodoncias y las restauraciones sobre la persona que envejece.

En este sentido, las modificaciones orales relacionadas con la edad pueden tener dos orígenes:

1. Como expresión del envejecimiento propiamente dicho.
2. Otros, como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedades pero que inducen a cambios bioquímicos, funcionales y estructurales. Entre los cambios más característicos que pueden ser vistos en las personas a medida que la edad avanza se encuentran:
 1. La modificación de la mucosa oral que generalmente se manifiesta en forma de atrofia.
 2. La disminución de la secreción salival debida a la atrofia en las glándulas salivares.
 3. La pérdida de adherencia a nivel de los tejidos gingivales, los cambios de tamaño, de forma y de color de la estructura dental, debido al desgaste y los efectos de las sustancias con contenidos colorantes y químicos.
 4. A nivel de los tejidos de soporte vemos que en el ligamento periodontal se produce la anquilosis, algo que puede ser normal por la edad, aunque puede presentarse aflojamiento de los dientes como consecuencia de la enfermedad periodontal.
 5. A nivel articular, se aumenta la susceptibilidad a los cambios degenerativos y en los músculos periarticulares se puede presentar atrofia asociada a problemas masticatorios.
 6. La retracción mandibular, el prognatismo, la pérdida de la dimensión vertical, la lengua prominente y los labios hendidos, son otros de los cambios fisiológicos que pueden aparecer acompañando el proceso de envejecimiento.

Así mismo se presentan como consecuencia de procesos patológicos algunos estados que afectan la calidad de vida de las personas como el caso de la ausencia de piezas dentarias hasta llegar en algunos casos al edentulismo completo.

Afectan también la calidad de vida de las personas la presencia de caries principalmente caries radicular, los restos radiculares con focos infecciosos, la enfermedad periodontal manifestada en gingivitis y periodontitis, la xerostomía, la poli medicación y sus efectos secundarios, y las lesiones orales de tipo viral, además de otras lesiones que se encuentran clasificadas en el grupo de lesiones precancerosas. (p. 25).

Indagando la obra de Murguiondo¹³ (2011) puedo conocer que:

La boca se considera un espejo de la salud o la enfermedad, un modelo accesible para el estudio de otros órganos y tejidos, y una fuente potencial de padecimientos que afectan a otros órganos y sistemas.

Las enfermedades orales son progresivas y acumulativas, y se hacen más complejas con el tiempo. Pueden afectar nuestra capacidad de comer, nuestro aspecto y la forma en que nos comunicamos.

La boca no escapa a los efectos del envejecimiento, y se ha tratado de establecer un vínculo con otros padecimientos. En todo el mundo se ha estudiado la relación entre enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, y las alteraciones de los tejidos duros y blandos de la boca. La caries dental y las afecciones periodontales son las causas principales de la pérdida de dientes en la población.

En diversos estudios se ha demostrado que muchos adultos mayores enfrentan problemas para masticar, dolor y dificultades para comer y para relacionarse con los demás debido a las alteraciones que tienen en la boca.

Esta situación afecta su satisfacción y su calidad de vida, por todas las implicaciones que conlleva. (p. 111).

Odontología en la tercera edad.

Inspeccionando la obra de Liendo¹⁴ (2011) puedo entender que:

Al analizar el concepto de salud en la tercera edad, vemos que varía con respecto al concepto de salud general, la salud en esta etapa de la vida se define como salud funcional y es la que permite que el individuo viva en plenitud de acuerdo con sus posibilidades y capacidad; si cumple con sus expectativas, esa persona está viviendo de forma saludable; por lo tanto la salud oral forma parte esencial de la salud en general y calidad de vida de los ancianos.

A lo largo del siglo veinte se ha avanzado sustancialmente en el conocimiento de la salud oral y su promoción.

Desde un enfoque estomatológico, se observa que la boca es un centro de tejidos y funciones vitales, siendo estas fundamentales para la salud general y el bienestar de las personas a lo largo de toda la vida.

Es importante señalar que gracias a este énfasis que se le ha impuesto recientemente a la odontología y a los progresos en procedimientos restauradores con el advenimiento de diferentes materiales, se ha ampliado la longevidad de la dentición natural.

¹³ Murguiondo, M. S., Velásquez, M. R., Mendoza, R. D., & Avilés, A. G. P. (2011, abril). Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 16. Consultado el 22 de enero, 2014. En: <http://132.248.9.34/hevila/Revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2011/vol16/no2/10.pdf>

¹⁴ Liendo, L. (2011). *Hablemos entre Dientes*. República del Perú: Milatem.

Esta evolución también se ve reflejada en el creciente interés de este grupo de pacientes no sólo en mantener una salud bucal que les permita una buena alimentación, sino también en una marcada tendencia hacia lo estético.

La mayoría de estos pacientes se presentan a la consulta en situaciones comprometidas, tales como enfermedad periodontal avanzada, movilidad de piezas dentarias, procesos cariosos que afectan la integridad de dichas piezas, y en muchos casos ausencia parcial o pérdida inminente del sistema dentario.

Generalmente estas situaciones límites son consecuencia de falta de prevención, inadecuada higiene dental o tratamientos odontológicos fracasados. (p. 73).

2.2. Salud bucal.

La salud bucodental del anciano.

Indagando la obra de Palma¹⁵ (2007) puedo conocer que:

Hoy día sabemos que la edad no tiene por qué conllevar la pérdida de piezas dentales, pero hay que procurar que la situación oral de estos pacientes desdentados no desemboque en otros problemas que puedan afectar a la vida cotidiana del individuo. (p. 13).

Examinando la obra de Gutiérrez¹⁶ (2009) puesta entender que:

La pérdida de los dientes (edentulismo) requiere de un cambio en los hábitos de la masticación. Esta discapacidad se intenta restaurar por medio de prótesis. Sin embargo, la eficacia de la masticación y el número de dientes presentes no están relacionados necesariamente. Muchas personas, a pesar de tener todos sus dientes, no mastican apropiadamente y degluten trozos muy grandes de comida por lo que esta circunstancia también influye en el estado nutricional del individuo, incluso puede llegar a producir atragantamientos y asfixias por cuerpos extraños. El ejemplo de prótesis puede influir decisivamente en la masticación adecuada y en la pérdida de la sensibilidad en la cavidad bucal.

Las instrucciones relativas a la higiene bucal del anciano con dientes naturales son similares a las que se dan a los adultos más jóvenes. Los principales problemas son la habilidad manual de la persona (por patologías diversas como

¹⁵ Palma, A. (2007). *Técnica de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. Reino de España: Paraninfo.

¹⁶ Gutiérrez L., E., y Iglesias, E. P (2009). *Técnicas de ayuda odontológica estomatológica*. Reino de España: Editex.

la artritis y la artrosis) y la dificultad para limpiar dientes aislados. En estos casos los mangos de los cepillos deben ser adaptados o se debe recurrir a los cepillos eléctricos. Es conveniente que usen pastas que combatan la sensibilidad dentaria. (p. 15).

Trastornos odontológicos en el adulto mayor.

Comparando la obra de Lauzardo¹⁷ (2009) puedo conocer que:

Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios hísticos dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal. El estomatólogo no puede alterar los efectos de la edad pero sí ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos. (párr. 3).

Estudiando la obra de Torres¹⁸ (2009) puedo conocer que:

La estructura maxilofacial del ser humano cambia con el tiempo. A medida que pasan los años toda la estructura facial crece y se produce un avance de la mandíbula, tanto en longitud como en sentido transversal; esto ocurre hasta cierta edad. Para que se produzca este crecimiento es fundamental la presencia de piezas dentarias en los procesos alveolares y si ellas se pierden el hueso alveolar se reabsorbe y la altura facial disminuye, lo que ocasiona la facies típica de los adultos mayores que han sufrido esta pérdida.

Es muy frecuente que los adultos mayores lleguen al odontólogo con varias piezas dentarias perdidas, obturaciones en mal estado y caries, debido a la acumulación de daño en su salud bucal durante la vida y a la escasa cobertura de la atención odontológica, especialmente entre los adultos que se atienden en el sistema público de salud. Ocasionalmente llegan pacientes que han podido acceder a una atención odontológica durante su vida, pero en ellos podemos apreciar grandes sistemas rehabilitadores. Lamentablemente es frecuente que los pacientes adultos mayores lleguen sin ninguna pieza dentaria y, peor aún, sin los aparatos protésicos rehabilitadores o con éstos en el bolsillo debido a la ausencia de rebordes que permitan afirmar una prótesis. En suma, lo más

¹⁷ Lauzardo García del Prado, G., Gutiérrez Hernández, C. M., Quintana Castillo, M., Gutiérrez Hernández, N., & Fajardo Puig, J. (2009). Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricua. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 8. Consultado el 22 de abril, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400020

¹⁸ Torres, M. A., & Espinoza, I. (2009, septiembre). Trastornos odontológicos en el adulto mayor. *Medwave*. 9. Consultado el 2 de febrero, 2014. En: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4124>

frecuente es encontrar pacientes desdentados parciales, que traen las prótesis en mal estado y pacientes desdentados totales, que por lo general vienen rehabilitados con prótesis totales con buena apariencia estética de su prótesis superior y una prótesis mandibular que generalmente no pueden usar. (párr. 1-3).

Sistema Estomatognático.

Inspeccionando la obra de Morales¹⁹ (2007) puedo entender que:

Aun cuando los dientes son los tejidos más duros de nuestros cuerpos, la pérdida acelerada de los mismos a tempranas edades, a causa de la caries y la enfermedad periodontal, ha sido una constante en nuestro país y la población adulta mayor presenta actualmente, las secuelas que producen estas dos enfermedades orales; es así como la mayoría, ostenta algún grado de edentulismo y requiere de una adecuada rehabilitación protésica y oral, para recuperar en alguna medida las funciones afectadas fonética, estética y masticatoria. (p. 81).

Características clínicas de la encía en su estado de salud.

Investigando la obra de Cruz²⁰ (2012) puedo entender que:

1- COLOR.

Rosado coral.

Depende de: Aporte sanguíneo.

Espesor de los tejidos.

Grado de queratinización.

Células con pigmentación.

(Melanina) según raza.

2- TAMAÑO.

Aumenta con el edema debido a procesos inflamatorios.

Aumenta por desarrollo de hiperplasias gingivales (aumento del número de células).

3- CONTORNO.

¹⁹ Morales, F. (2007). *Temas Prácticos en Geriatría y Gerontología*. República de Costa Rica: Euned.

²⁰ Cruz, C. (2012). *Estomatología Integral Comunitaria*. República del Perú: Milatem.

Depende de la forma de los dientes:
Alineación en la arcada (labioversión, linguoversión).
Nichos gingivales.
Puntos de contacto dentales.
4- FORMA.
Depende del contorno de los dientes.
La altura de la encía varía según el contacto proximal.
La forma Interdental es piramidal en sector anterior y trapezoidal en sector posterior, siendo más aplanada.
5- CONSISTENCIA.
Firme y resilente, sus fibras contribuyen a la firmeza.
El edema debido a la inflamación la hace más friable.
6- TEXTURA.
Encía adherida punteada (en cáscara de naranja), no así la encía marginal, en la enfermedad gingival, ésta desaparece.
El puntilleo aparece desde los 5 años de edad y en la vejez disminuye, es producido histológicamente por las proyecciones reticulares del tejido conectivo.
A mayor queratinización, mayor puntilleo.
7- POSICIÓN.
Nivel en que se une la encía al diente, por lo general la encía cubre la línea cervical, es decir la Unión cemento – esmalte. (p. 10).

Qué puede ocurrir específicamente en la boca al envejecer.

Indagando la obra de Murillo²¹ (2011) puedo conocer que:

El envejecimiento bucodental se comporta de manera más lenta y, en la mayoría de las veces, puede pasar desapercibido e inobservable para las otras personas.

Solamente cuando se han perdido varias piezas dentales o, en el peor de los casos, la totalidad de los dientes sin una adecuada rehabilitación protésica, es entonces, cuando se adquiere una apariencia envejecida independientemente de la edad. Este aspecto es más dramático porque el tono de los músculos de la cara se pierde o se atrofia, situación que suele empeorarse, todavía más, si la comisura de los labios se arruga, pues esto propicia que se infecte y se ulcere.

La sensación de fealdad y de vejez ante la ausencia de los dientes fue extensamente manifestada en un grupo focal constituido por ocho mujeres mayores del cantón Barva de Heredia (Murillo, 1997).

Un hecho es cierto, pese a todos los mitos existentes, el envejecimiento en sí no induce a la pérdida de las piezas dentales, ya que el esmalte es el tejido más duro del organismo, el cual está estructurado con minerales de excelencia,

²¹ Murillo, O. M. (2011). Envejecimiento bucodental. *Anales en Gerontología*. 6. Consultado el 2 de febrero, 2014. En: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8871/8351>

como es la hidroxiapatita de calcio, con el fin de mantenerse íntegro y que perdure toda la vida del ser humano, aun en un medio tan expuesto y séptico como es la boca. Lo que sí ocurre en los dientes al envejecer, es un cambio de coloración, ya que con los años estos tienden a tornarse amarillentos o marrones. En algunos casos, el esmalte, a pesar de que se ha mencionado que es el tejido más duro del cuerpo, por su pequeño grosor se llega a fracturar como si fuera un cristal.

La falta de conocimientos de muchas personas hace que, lastimosamente, la caries del cuello de los dientes, así como las enfermedades periodontales sean las mayores responsables de la pérdida de piezas en las personas mayores.

En la dentadura pueden ocurrir algunos cambios caracterizados por el desgaste mecánico irreversible del tejido dental. Uno es la llamada atrición, desgaste que ocurre como resultado del contacto de las superficies dentales entre sí; por ejemplo, las personas que sueñan los dientes (bruxismo).

Otro es la abrasión que está relacionada con el grado de dureza de los alimentos que se consumen, como, por ejemplo, el maíz crudo. Finalmente se encuentra la erosión, que es el otro tipo de desgaste que depende de la acidez del medio bucal, debido a la cantidad y el grado de acidez de algunos alimentos, bebidas o relacionada con el vómito, la bulimia y la regurgitación o el reflujo gástrico que, al contacto continuo de los ácidos con el esmalte, hace que este llegue a disolverse de manera crónica. La regurgitación por sí misma es un posible riesgo para provocar bronco aspiración, con la consecuente sensación de ahogo. (p. 62).

Comparando la obra de Hernández²² (2012) puedo entender que:

Las principales enfermedades que afectan a los adultos mayores son la caries dental y las enfermedades periodontales y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos. Estas enfermedades son influenciadas por múltiples factores como la edad, género, enfermedades sistémicas, consumo de múltiples fármacos, factores socio demográficos, forma de vida, factores psicológicos y sociales y carencia de servicio dental. (p. 70).

Enfermedades más comunes de la cavidad oral.

²² Hernández, M. R. I. E., & Férrez, M. J. J. (2012, marzo). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *REVISTA ADM.* 69. Consultado el 2 de febrero, 2014. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>

Comparando la obra de Neira²³ (2012) puedo conocer que:

La boca es un órgano muy importante que tiene varias funciones, es la vía de entrada de los alimentos, es un órgano de comunicación y de expresión de afecto y conecta con los sistemas digestivo y respiratorio. Pero también su cuidado refleja belleza.

Las enfermedades de la boca pueden afectar a los dientes y muelas, las encías, las mucosas, la lengua o los labios. Las principales y más frecuentes son infecciosas, es decir producidas por bacterias, virus u hongos, aunque también las hay crónicas como el cáncer de boca o las causadas por accidentes.

El funcionamiento adecuado de la boca es fundamental, ya que cualquier problema afecta de forma integral, impidiendo también una adecuada digestión y con ello la nutrición. (p. 10).

Placa bacteriana dental.

Examinando la obra de Robertson²⁴ (2010) puedo entender que:

En lo que se refiere a la placa dentobacteriana, ahora reconocida como una biopelícula, hay también conocimientos innovadores. Mencionaremos que actualmente, ya no se estudian los microorganismos que la componen por separado, sino en su conjunto, entendiendo así mejor su formación, estructura y comportamiento. (p. 221).

Estudiando la obra de Doncel²⁵ (2011) puedo entender que:

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis crónica por ser el contacto mantenido de los microorganismos con la encía.⁶ Estos microorganismos y sus productos inician el proceso, pues al acumularse en las proximidades gingivales estimulan la respuesta inmunoinflamatoria en la que los elementos celulares, vasculares y humorales, intentan destruir, neutralizar o reducir la acción irritante de ellos y a su vez

²³ Neira, M. (2012). *Hablemos entre Dientes*. República del Perú: Milatem.

²⁴ Robertson, J. P., Tofiño, M. P., Leyva, E. H., & Parlange, A. O. (2010). Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. *Revista Odontológica Mexicana*. 14. Consultado el 22 de abril, 2014. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2010/uo104d.pdf>

²⁵ Doncel Pérez, C., Vidal Lima, M., & del Valle Portilla, M. D. C. (2011). Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 40. Consultado el 22 de abril, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100006

estos tratan de reparar los daños, lo que provoca una respuesta de carácter defensivo, pues el hospedero en sus esfuerzos por contrarrestar las bacterias libera diversas sustancias que pueden causar un mayor daño a los tejidos periodontales. (párr. 4).

Cálculo dental.

Inspeccionando la obra de Ferro²⁶ (2007) puedo entender que:

El cálculo dental no es más que biopelícula calcificada que se deposita sobre la superficie dental, bien sean coroneales o radiculares y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula. En si no es considerado un factor etiológico de la enfermedad periodontal; sin embargo, es de suma importancia que el clínico sea capaz de detectarlo, ya que las bacterias que lo cubren permanece en intimo contacto con las superficies de los tejidos periodontales induciendo la enfermedad periodontal. El cálculo se adhiere a la superficie dental por medio de la interacción con la película adherida y estableciendo una traba mecánica con las irregularidades de la superficie. A nivel radicular puede incluso estar en estrecho contacto con el cemento.

Sus características clínicas son muy variadas y su color puede ir entre blanquecino y café oscuro de acuerdo con diferentes factores especialmente la dieta –hábitos- del paciente porque los pigmentos contenidos en los alimentos pueden determinar su coloración. Puede formarse en cualquier diente pero se encuentran más frecuentemente en las caras libres de los dientes localizados en las áreas adyacentes a la salida de los conductos de las glándulas salivales; esto es en vestibular de los molares superiores (parótida/conducto de Stenon) y en las caras linguales de los anteriores inferiores (sublinguales/conductos de Wharton). (p. 65).

²⁶ Ferro C., M., y Gómez, G. M (2007). *Periodoncia Fundamentos en Odontología*. República de Colombia: Javeriana.

Efecto del cálculo sobre los tejidos periodontales.

Investigando la obra de Caballero²⁷ (2011) puedo conocer que:

La presencia de cálculo está invariablemente asociada a la enfermedad periodontal, sin embargo, como el cálculo está siempre cubierto por una capa de placa no mineralizada, podría ser difícil de determinar si el cálculo como tal, tiene un efecto perjudicial sobre el tejido periodontal. Los estudios epidemiológicos muestran que la correlación entre placa y gingivitis es mucho más fuerte que entre cálculo y gingivitis. Se ha propuesto que el cálculo puede ejercer un efecto perjudicial sobre los tejidos blandos del periodonto a causa de su superficie áspera, pero se ha demostrado claramente que la aspereza de una superficie no inicia gingivitis.

El efecto primario del cálculo en la enfermedad periodontal parece ser su papel de punto de retención para la placa, grandes cantidades de cálculo pueden obstaculizar la eficacia de la higiene bucal diaria y por lo tanto acelerar la formación de placa. Además el depósito calcificado puede contener productos tóxicos para los tejidos blandos. Esos productos pueden persistir en el cálculo desde el período previo a su calcificación o puede entrar en su superficie porosa desde la capa de placa suprayacente. (p. 3).

Caries dental.

Examinando la obra de Henostroza²⁸ (2006) puedo entender que:

Tan antigua como el ser humano, la caries es una de las enfermedades cuyo índice la ubican entre las de más alta frecuencia, al punto de haberse constituido en el más grave y constante problema para los programas de salud oral en el mundo. Al inicio del siglo XXI, su manejo se sustenta -antes que en las destrezas restauradoras del detrimento que ocasiona- en el rigor diagnóstico y, a su vez, en su etiología. (p. 13).

²⁷ Caballero, A. J. D., Ricaurte, M. A. F., & Conrado, C. E. P. (2011). Cálculo dental una revisión de literatura y presentación de una condición inusual. *Acta Odontológica Venezolana*. 49. Consultado el 22 de abril, 2014. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/3/pdf/art11.pdf>

²⁸ Henostroza, G. (2006). *Diagnóstico de Caries Dental*. República del Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Estudiando la obra de Martignon²⁹ (2006) puedo entender que:

La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinamica cronica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depositos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destruccion localizada de tejidos duros.

La caries dental se considera como una enfermedad en los tejidos dentales duros, cubriendo un continuo desde la primera perdida de mineral a nivel ionico, pasando por las primeras manifestaciones clínicas y finalmente hasta la perdida de estructura dental. Actualmente es ampliamente aceptado el hecho de que el inicio del proceso carioso sea inevitable a nivel de los cristales. Sin embargo, la progresión de una lesion microscopica a una lesion clinicamente detectable y la progresion en sí de lesiones tempranas clínicamente detectables aun no es una certeza, debido a que en sus estadios iniciales el proceso puede ser detenido y una lesión de caries puede volverse inactiva. (p. 65).

Considerando la obra de Herazo³⁰ (2003) puedo conocer que:

La caries dental es una enfermedad dieto-bacteriana. Numerosos mecanismos se han sugerido para que ocurra la caries dental. De acuerdo al concepto más ampliamente aceptado, los microbios específicos presentes en la placa bacteriana fermentan los carbohidratos dietarios y producen ácidos orgánicos, los cuales desmineralizan al diente causando la caries del esmalte.

Esta misma placa bacteriana también utiliza carbohidratos para producir el gel viscoso que forma parte del material de la placa. De acuerdo con este concepto, los carbohidratos dietarios contribuyen al proceso cariogénica de dos formas: a) sirviendo de base para la producción de ácido orgánico los cuales desmineralizan al diente y b) sirviendo como una fuente para el desarrollo de la matriz placa. (p. 153).

Investigando la obra de Reyes³¹ (2010) puedo entender que:

La caries dental y las enfermedades periodontales se encuentran entre los trastornos más comunes del género humano, y no hay en el mundo, país o territorio que esté libre de ella. Esto se evidencia en el resultado de numerosas encuestas epidemiológicas, según estudios del comité de expertos de la OMS.

²⁹ Martignon, S. (2006). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico Prevención y Tratamiento de la Caries Dental*. República de Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá.

³⁰ Herazo, B. (2003). *Clínica del Sano en Odontología*. República de Colombia: EcoeEdiciones.

³¹ Reyes, C. M. E. S. (2010). El cuidado de la salud bucodental mediante la promoción de salud. *Medicentro Electrónica*. 14. Consultado el 2 de febrero, 2014. En: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/119/148>

La caries dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejido duro, junto a las enfermedades periodontales –que pueden involucrar solamente la encía– constituye la principal causa de pérdida de los dientes. De cada diez personas, nueve presentan caries dental o sus secuelas, por lo que presenta una alta prevalencia en el mundo entero (afecta del 95% al 99% de la población); aparece casi desde el principio de la vida y progresa con la edad.

Cuando la enfermedad periodontal afecta la encía, es denominada gingivitis; también puede involucrar estructuras más profundas, como las óseas, y en este caso se denomina periodontitis. A partir de los 35 años de edad los dientes se pierden más por dicha afección que por caries dental. (p. 118).

Detección de las lesiones cariosas.

Indagando la obra de Lanata³² (2008) puedo conocer que:

Como en toda enfermedad, cuanto más temprano se establezca su diagnóstico, mayor será su trascendencia y valor; no obstante al mismo tiempo casi siempre esto demanda recursos más calificados, tanto humanos como materiales. Esto es en particular evidente en el caso de la caries, cuyo diagnóstico en sus etapas terminales –al contrario de lo que sucede en sus estados incipientes- ni siquiera requiere estudios o conocimientos elementales, mucho menos armamentarium. En estas condiciones, basta estar medianamente dotado del sentido de la vista o incluso tan solo del olfato. (p. 5).

Exploración dental.

Comparando la obra de Chimenos³³ (1999) puedo conocer que:

La exploración de los dientes pretende evidenciar los datos semiológicos que, complementando los obtenidos en la anamnesis, nos permitan efectuar un diagnóstico de certeza de las distintas entidades nosológicas dentales o un diagnóstico de presunción; en este último caso debemos recurrir a los exámenes complementarios para alcanzar el de certeza.

En la exploración de los dientes evaluaremos tanto los signos que corresponden a enfermedades o alteraciones de los tejidos calcificados (esmalte, dentina y cemento) como los propios de la patología pulpoperiapical. Esta cursa con frecuencia de forma asintomática, por lo que en la exploración

³² Lanata, E. (2008). *Atlas de Operatoria Dental*. República de Argentina: Alfaomega.

³³ Chimenos, E. (1999). *La Historia Clínica en Odontología*. Reino de España: Masson.

hay que ser muy cuidadosos para hallar signos que la puedan poner de manifiesto. (p. 95).

Gingivitis.

Inspeccionando la obra de Chavera³⁴ (2012) puedo conocer que:

Es la primera etapa de la enfermedad periodontal donde la encía se observa ligeramente enrojecida, inflamada y lo principal hay sangrado al sondeo y ocasionalmente al cepillado.

Esta enfermedad es reversible (si es diagnosticada a tiempo) con un tratamiento profesional además de buenos hábitos de higiene por parte del paciente. (p. 40).

Examinando la obra de Hurtado³⁵ (2011) puedo entender que:

Es muy frecuente que su origen sea causado por el crecimiento de las muelas del juicio, que produce una concavidad, que es donde se deposita el agente patógeno o bacteria.

Esta enfermedad se puede desarrollar después de tres días de no realizar la higiene oral (cepillado de dientes y lengua).

Cuando esta enfermedad evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes, con la gran posibilidad de perder piezas dentales.

Existen varios tipos de gingivitis, todas con las mismas manifestaciones clínicas.

Un tipo de gingivitis especialmente destructiva es la denominada Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda (GUNA).

Enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes.

La bacteria presente en la placa causa la enfermedad periodontal.

Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro).

Las toxinas, que se producen por la bacteria en la placa, irritan las encías.

Al permanecer en su lugar, las toxinas provocan que las encías se desprendan de los dientes y se forman bolsas periodontales, las cuales se llenan de más toxinas y bacteria.

³⁴ Chavera, D. (2012). *Estomatología comunitaria II*. República del Perú: Milatem.

³⁵ Hurtado, V. (2011). *Hablemos Entre Dientes Tomo I*. República del Perú: Milatem.

Conforme la enfermedad avanza, las bolsas se extienden y la placa penetra más y más hasta que el hueso que sostiene al diente se destruye. Eventualmente, el diente se caerá o necesitará ser extraído. (p. 15).

Enfermedad periodontal en la tercera edad.

Indagando la obra de Rangel³⁶ (2009) puedo entender que:

La enfermedad periodontal es la de más frecuencia en los adultos, y es la causa más importante de pérdida dental después de los 35 años. Se observa entre el 7 y 15 % de la población y se inicia en la juventud. Las consecuencias de la pérdida dental son graves, pues limita la gama de alimentos a ser consumidos, así como el impacto sobre la autoestima y la comunicación. Establecer medidas preventivas de higiene bucal para atender la salud, puede redundar en grandes beneficios para la población de la tercera edad. (párr. 3).

Inspeccionando la obra de Meller³⁷ (2008) puedo conocer que:

Con el envejecimiento se producen variaciones en la estructura de los tejidos periodontales que se expresan en la retracción gingival, denudando el cemento radicular. En el hueso alveolar, es común observar un menor trabeculado, éste se presenta osteoporótico, más frecuentemente en mujeres postmenopáusicas. El ligamento periodontal se presenta atrófico, en especial cuando el diente está en desoclusión. Estos cambios contribuyen a la susceptibilidad periodontal del paciente de edad avanzada. (p. 75).

³⁶ Rangel Rivera, J. C., Lauzardo García del Prado, G., Quintana Castillo, M., Gutiérrez Hernández, M. E., & Gutiérrez Hernández, N. (2009). Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. *Revista Cubana de Estomatología*. 46. Consultado el 22 de abril, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

³⁷ Meller, C. (2008). Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor una aproximación personal. *Odontol Prev*. 1. <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf>

Periodonto del adulto mayor.

Considerando la obra de Ferro³⁸ (2007) puedo entender que:

Con el aumento de la edad, se ha evidenciado una mayor prevalencia de recesiones gingivales. Esto parece estar relacionado con una acumulación de efecto ambientales como lo es un cepillado dental muy vigoroso y con una atrofia periodontal que es normal debido al proceso de envejecimiento. Al mismo tiempo, se ha observado una disminución en el hueso alveolar relacionado también con el mismo.

El grosor del cemento en la superficie radicular de estos pacientes, aumenta con la edad. Al mismo tiempo, se da una fibrosis y una disminución en la celularidad del ligamento periodontal. Sin embargo, no se ha establecido aun si el cambio en el ancho del ligamento periodontal esté relacionado con la edad. (p. 55).

Exploración Periodontal.

Analizando la obra de Chimenos³⁹ (1999) puedo entender que:

La inspección de la encía permite conocer sus características generales, pero no es una exploración que garantice si quiera un diagnóstico de gingivitis en la mayoría de los casos.

La exploración clínica del periodonto mediante una sonda periodontal es fundamental para detectar la inflamación y la destrucción alveolar y migración del epitelio de inserción.

Sondaje Periodontal.

La sonda periodontal es un instrumento con una parte activa alargada y fina, generalmente de sección circunferencial y calibrado en milímetros, que adecuadamente utilizado permite determinar la presencia de lesión periodontal. Aunque su uso no está exento de errores (en forma de resultados falsos positivos y quizá con más frecuencia falsos negativos), continúa siendo el sistema más utilizado de diagnóstico de actividad periodontal.

La sonda periodontal permite identificar:

La presencia o ausencia de una inflamación periodontal.

La profundidad de sondaje de la bolsa.

El nivel aproximado de inserción clínica. (p. 103).

³⁸ Ferro C., M., y Gómez, G. M (2007). *Periodoncia Fundamentos en Odontología*. República de Colombia: Javeriana.

³⁹ Chimenos, E. (1999). *La Historia Clínica en Odontología*. Reino de España: Masson.

Alteraciones en la masticación.

Investigando la obra de Borrás⁴⁰ (2011) puedo conocer que:

Cuando la masticación es unilateral y/o anterior, es decir, si masticamos marcadamente más de un lado que de otro y si utilizamos solo la zona premolar, caninos e incisivos, se producen alteraciones musculares en las articulaciones, y también en la oclusión. Así es frecuente observar mordidas cruzadas por una masticación unilateral, dolores en la articulación temporomandibular y chasquidos o crepitaciones asociados a estos desequilibrios. Si la masticación es demasiado lenta o demasiado rápida, puede que no trituramos bien los alimentos que se produzcan desequilibrios musculares o ambas cosas.

Las causas de una masticación insuficiente y o unilateral pueden ser:

Ausencia de piezas dentarias por cambios en la dentición, por extirpación, traumatismo, etc.

Alteraciones o desequilibrios en la oclusión por dichas ausencias o por desequilibrios musculares.

Respiración oral con lengua adelantada con las consiguientes dificultades para la trituración del alimento.

Factores psicológico-conductuales relacionados con malos hábitos. (p. 32).ionados con malos hábitos. (p. 32).

⁴⁰ Borrás S., S., y Rosell, C. V (2011). *Guía para la Reeducción de la Deglución Atípica y Trastornos Asociados*. Valencia, Reino de España: Nau Libres.

CAPÍTULO III.

3. Metodología.

3.1. Diseño metodológico.

Se realizó una investigación de campo, tipo descriptivo, de corte transversal, en adultos mayores que acudieron al centro de salud del cantón Santa Ana, durante el periodo marzo- agosto 2014. Se incluyeron a 100 pacientes adultos mayores.

3.2. Técnicas.

Observación: Examen dental, examen periodontal.

3.3. Instrumentos.

-Ficha periodontal.

-Ficha dental.

-Historia Clínica.

3.4. Recursos.

3.4.1. Talento humano.

- Investigador.
- Tutora de tesis.

3.4.2. Materiales.

- Instrumentos de exploración odontológica.
- Fotocopias.
- Fotografías.
- Materiales de Oficina.
- Suministros de impresión.
- Textos relacionados al tema de investigación.

3.4.3. Tecnológicos.

- Cámara fotográfica.
- Computadora.
- Flash memory.
- Impresora.
- Internet.
- Scanner.
- Software.

3.5. Económico.

La investigación tendrá un costo aproximado de \$ 285,45.

3.6. Población y muestra.

El universo poblacional estuvo constituido por el total de adultos mayores atendidos durante el mes de abril del 2014 en el centro de salud Santa Ana, que corresponde a un total de 92 pacientes adultos mayores.

3.7. Criterios de inclusión y exclusión.

3.7.1. Inclusión.

- Pacientes adultos mayores que acudieron al centro de salud del cantón Santa Ana.
- Pacientes dispuestos a colaborar.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes de ambos sexos.

3.7.2. Exclusión.

- Pacientes negados a colaborar.
- Pacientes menores de 60 años.

3.8. Recolección de la información.

Se examinó a los adultos mayores que acudieron al centro de salud del cantón Santa Ana, en el periodo marzo- agosto 2014. Los cuales fueron invitados a cooperar bajo consentimiento informado. Se realizó un examen clínico bucal a los adultos mayores seleccionados, utilizando los criterios establecidos en los indicadores de salud

bucal: como son el índice de higiene oral simplificado y el índice CPOD de Klein y Palmer para dientes permanentes. Además se realizó el sondaje gingival para determinación del estado de salud periodontal. Estos procedimientos fueron realizados en el centro de salud, los datos obtenidos fueron anotados en historias clínicas odontológicas.

3.9. Matriz de operacionalización de las variables.

Cuadro 1.
Operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo.	Definición.	Categoría.	Indicador.
Edad.	Cuantitativa discreta.	Según años cumplidos en el momento de la encuesta.	60-64. 65-69. 70 y más.	Frecuencia absoluta y %.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Sexo biológico de pertenencia.	Femenino Masculino	Frecuencia absoluta y %.
Índice CPO-D.	Cuantitativa discreta.	Diente con destrucción tisular u obturación con recidivas.	Dientes cariados.	Frecuencia absoluta y %.
		Morfología dentaria restaurada.	Dientes obturados.	Frecuencia absoluta y %.
		Ausente o indicado para extracción.	Dientes perdidos.	Frecuencia absoluta y %.
Placa bacteriana.	Cuantitativa politómica.	Película incolora pegajosa, sobre la superficie dentaria.	0 1 2 3	Frecuencia absoluta y %.
Calculo.	Cuantitativa politómica.	Solidificación de la placa bacteriana, color negrozco amarillento.	0 1 2 3	Frecuencia absoluta y %.

Gingivitis.	Cuantitativa politémica.	Inflamación e infección de los tejidos periodontales.	0 1	Frecuencia absoluta y %.
Enfermedad periodontal.	Cualitativa nominal politémica.	Inflamación e infección de los tejidos periodontales. Incluye destrucción de los tejidos de sostén.	Leve. Moderada. Severa.	Frecuencia absoluta y %.

Nota: Cuadro de las variables.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 31.

3.10. Procesamiento y análisis de los datos.

Los datos obtenidos de las fichas de observación, fueron introducidos en el programa Microsoft Office Excel 2010. Se realizaron distribuciones de frecuencia y se calculó el porcentaje en todas las variables. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.

3.11. Ética.

A todos los adultos mayores incluidos en la investigación, se les ofrecerá información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contará con el consentimiento oral y escrito de los que resulten seleccionados o en su defecto con la aprobación de personas responsabilizadas con estos, para lo cual se confeccionará una planilla de consentimiento informado.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

Cuadro 2.

Sexo.

Sexo.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Masculino.	27	29,3 %
Femenino.	65	70,7 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

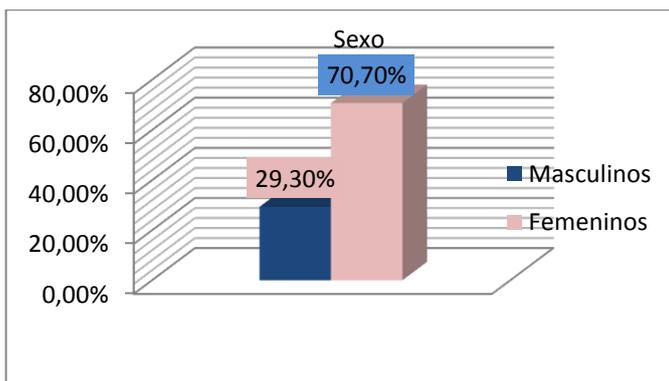


Grafico N°. 1. Datos obtenidos del cuadro 2.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 32.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 1, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 65 que representan el 70.7% son mujeres y 27 que representan el 29,3% son hombres. Lo que muestra como en la población examinada predomina el número del sexo femenino.

Consultando el sitio web de INEC⁴¹ (2010) puedo entender que:

Los resultados del censo poblacional realizado en la República del Ecuador en el año 2010 fueron de 14.483.499 habitantes, dando como resultado al sexo femenino como el de mayor número con 7.305.816 lo que representa un 50.44% de la población total y otorgándole al sexo masculino un número menor con 7.177.683 lo que representa el 49.56% de la población total. Además se determinó el número poblacional de 680.481 mujeres en toda la provincia de Manabí y 689.299 hombres. De igual manera en el cantón Santa Ana se estableció el total de 23.292 mujeres y 24.093 hombres. (p. 1).

Indagando el sitio web de INEC (2009)⁴² puedo entender que “A nivel nacional existe una diferencia porcentual mínima entre hombres y mujeres, 6.8%. 46,6% para las mujeres adultas mayores y 53,4% para los hombres adultos mayores” (p. 6).

⁴¹ INEC. (2010). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [17, enero, 2014]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

⁴² INEC. (2009). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [19, enero, 2014]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf

Cuadro 3.
Grupo según edades.

Grupo según edades.	Frecuencia.	Porcentaje. %
60- 69 años.	49	53,3 %
70- 79 años.	30	32,6 %
80 años y más.	13	14,1 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

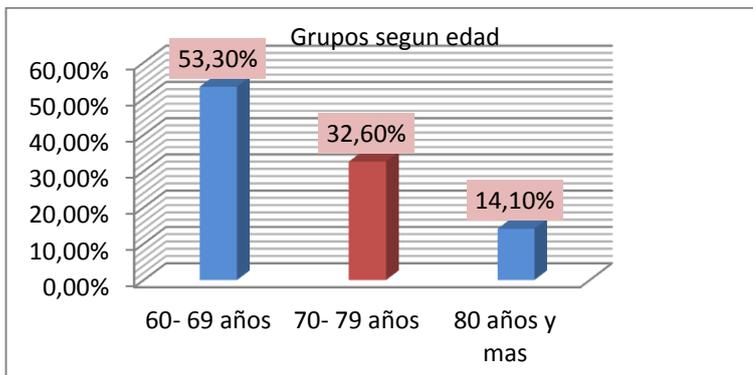


Grafico N°. 2. Datos obtenidos del cuadro 3.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 34.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 2, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 49 que representan el 53.3% tienen entre 60 y 69 años, 30 que representan el 32,6% tienen entre 70 y 79 años de edad y 13 que significan el 14,1% tienen 80 o más años. Lo que muestra como en la población observada y examinada el mayor número de pacientes tienen entre 60 y 79 años.

Analizando la obra de Rodríguez⁴³ (2014) puedo entender que:

El envejecimiento poblacional es en la actualidad uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial, el 11,5% de la población tiene 60 o más años de edad, considerándose que en el año 2050 alcanzará el 22%; este proceso se produce por el aumento de la esperanza de vida secundaria a la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil y por edades, entre otros factores, producto de las mejoras ocurridas en los sistemas de salud. Este hecho está presente tanto en los países desarrollados donde los ancianos constituyen aproximadamente el 20% de la población, y en aquellos en vías de desarrollo donde viven alrededor de las tres cuartas partes de este grupo poblacional. (p. 35).

⁴³ Rodríguez, J. (2014). *Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/6/pdf>

Cuadro 4.
Medida del índice CPO-D.

Media del índice CPO-D.	Cariados.	Perdidos.	Obturados.	CPO-D.
Media.	6,70	12,79	2,37	21,88

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

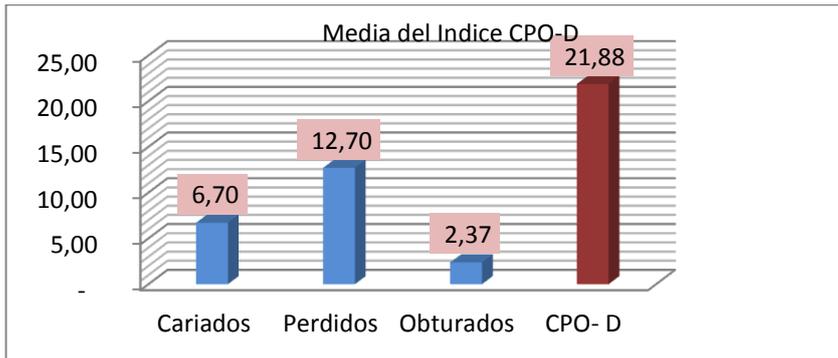


Grafico N°. 3. Datos obtenidos del cuadro 4.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 36.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 3, partiendo de la muestra de 92 adultos mayores examinados, se expresa que existe una prevalencia de 6,70 para caries dentales, 12,70 para piezas perdidas y 2,37 para piezas obturadas. En cuanto al índice CPO-D en general se determinó que existe un nivel de Media del 21,88. Determinando de esta manera que la dentición de los adultos mayores del cantón Santa Ana se encuentra muy afectada, con una escala de gravedad según la OMS por encima de muy alta.

Analizando la obra de Ríos⁴⁴ (2012) puedo entender que:

La Organización Mundial de la Salud define el índice CPO-D en dentición permanente a los 12 años como indicador de salud bucal de una población y de acuerdo con su valor establece una escala de gravedad de la afección con cinco niveles:

Muy bajo 0.0 – 1.1

Bajo 1.2 – 2.6

Moderado 2.7 – 4.4

Alto 4.5 – 6.5.

Muy alto +6.6

Esta metodología señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues considera los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. (p. 27).

⁴⁴ Ríos, N. (2012). *Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.avancesveterinaria.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>

Cuadro 5.
Pacientes con dientes cariados.

Pacientes con dientes cariados.	Frecuencia.	Porcentaje. %
Sin caries.	2	2,2 %
Con caries.	90	97,8 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

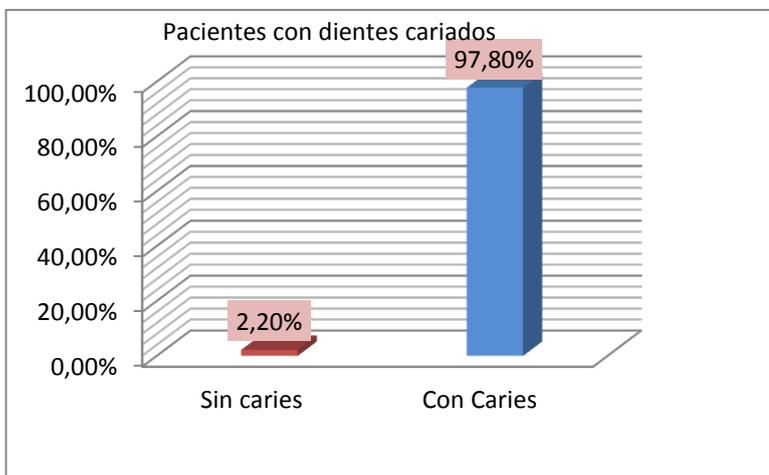


Grafico N°. 4. Datos obtenidos del cuadro 5.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 38.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 4, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 90 que representan el 97,8% presentan caries dental y solo 2 que significan el 2,2% no tienen caries dental. Lo que muestra como en la población observada y examinada el mayor número de pacientes presenta por lo menos una lesión cariosa en boca.

Examinando la obra de Laplace⁴⁵ (2013) puedo comprender que:

En un estudio realizado con una muestra de esqueletos portugueses de personas fallecidas a finales del siglo XIX y principios del XX se encontró que tanto el porcentaje de dientes cariados, como la gravedad de las lesiones se incrementaban con la edad, con ello se demostró que la actividad cariogénica se mantenía durante toda la vida.

Actualmente, las caries dentales se hace más recurrente en las poblaciones de adultos mayores, debido a que estos tienen un perfil diferente al de las generaciones que les precedieron, y al mantener su propia dentadura durante más tiempo, la prevalencia de caries se incrementa: la incidencia de caries de la raíz en personas mayores de 60 años es casi el doble de la reportada en adultos en su tercera década de vida; el 64% de las personas mayores de 80 años presentan caries radicular y más del 96% presentan lesiones de la corona. (p. 4).

⁴⁵ Laplace, B. (2013). *Enfermedades bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400008&script=sci_arttext

Cuadro 6.
Pacientes con piezas dentales perdidas.

Pacientes con piezas dentales perdidas.	Frecuencia.	Porcentaje. %
Sin piezas perdidas.	0	0,0 %
Con piezas perdidas.	92	100,0 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

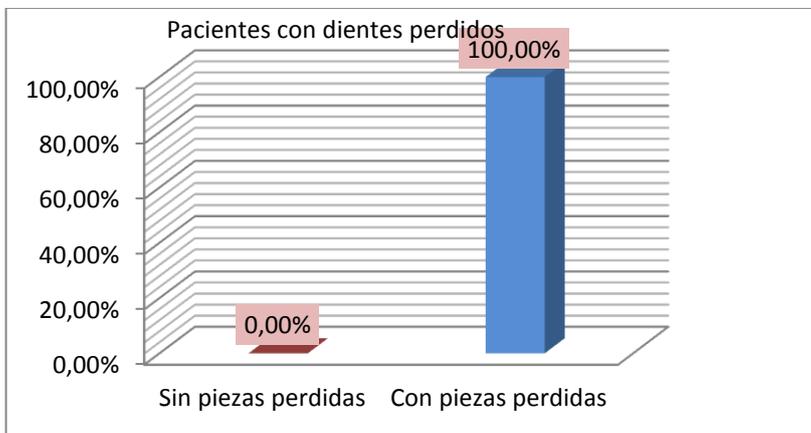


Gráfico N.º 5. Datos obtenidos del cuadro 6.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 40.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 5, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 92 que representan el 100,00% de la muestra han perdido por lo menos una pieza dentaria.

Indagando la obra de Castillo⁴⁶ (2012) puedo entender que:

Siendo más prevalente la pérdida de piezas dentarias, el impacto es más negativo en personas edéntulas ya que la pérdida de dientes reduce el rendimiento de la función masticatoria afectando en la elección de los alimentos, consecuentemente causando la pérdida de peso en las personas afectadas. El edentulismo además de causar problemas masticación, trae desventajas sociales como en la comunicación. Es más prevalente en los adultos mayores en todo el mundo y está asociado al nivel socio-económico. La pérdida de dientes afecta a las personas de diferentes edades, pero se observa más en los adultos ya que por el tiempo de vida han desarrollado enfermedades crónicas como la caries dental y la periodontitis. Sin embargo no es un resultado inevitable del envejecimiento. (p. 77).

⁴⁶ Castillo, D. (2012). *Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh.pdf#page=6

Cuadro 7.

Pacientes con piezas dentales obturadas.

Pacientes con piezas dentales obturadas.	Frecuencia.	Porcentaje. %
Sin obturaciones.	41	44,6 %
Con obturaciones.	51	55,4 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

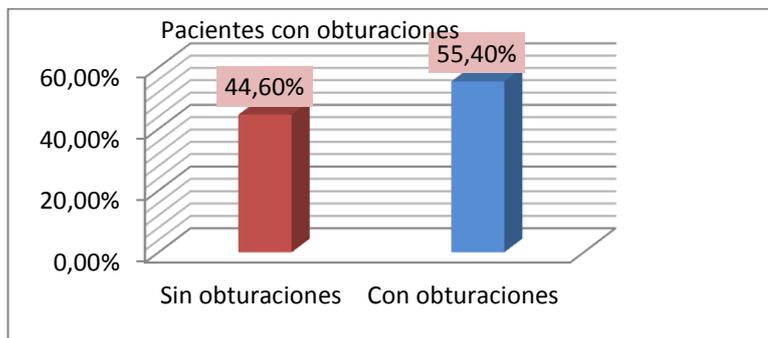


Grafico N°. 6. Datos obtenidos del cuadro 7.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y grafico n° 6, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 41 que representan el 44,6% nunca se realizaron ninguna obturación dental, mientras que 51 que representan el 55,4% si se han realizado obturaciones alguna vez. Lo que muestra como en la población observada hace falta educación en salud oral e incentivación para realizarse obturaciones dentales.

Cuadro 8.
Niveles de placa bacteriana.

Niveles de placa bacteriana.	Frecuencia.	Porcentaje. %
Ausencia de placa bacteriana.	3	3,3 %
Cubre no más de 1/3 de la superficie.	19	20,7 %
Cubre más de 1/3 y menos de 2/3 de la superficie.	67	72,8 %
Cubre más de 2/3 de la superficie.	3	3,3 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

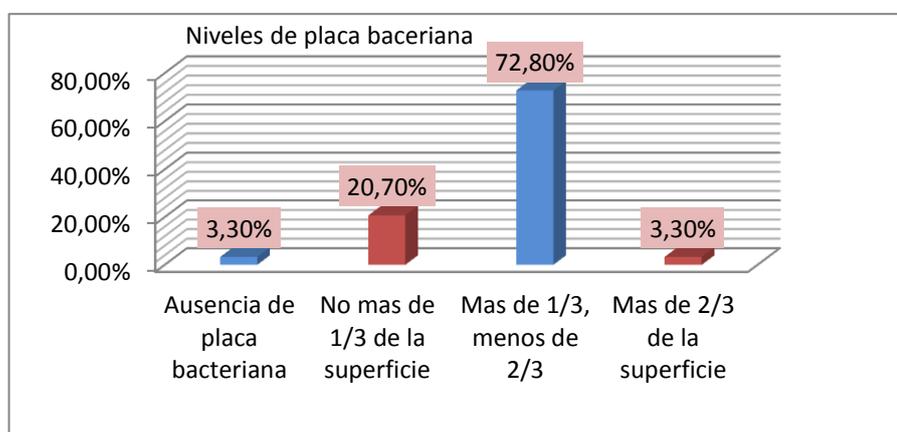


Gráfico N° 7. Datos obtenidos del cuadro 8.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 43.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 7, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, solo 3, que representan el 3,3% no evidenciaron placa bacteriana dental, mientras que 19 que representan el 20,7% presentaba un índice de placa bacteriana no mayor a 1/3 de la superficie dental. El mayor índice con 67 casos que representan el 72,8% fue el de placa bacteriana dental en más de 1/3 y

menos de $\frac{2}{3}$ de la superficie dental. Además el estado más agravado de placa bacteriana en la superficie dentaria cubriendo más de sus $\frac{2}{3}$ se presentó en 3 casos que representan el 3,3%.

Cuadro 9.
Niveles de cálculo dental.

Niveles de cálculo dental.	Frecuencia.	Porcentaje. %
Ausencia de cálculo.	6	6,5 %
Cálculo supra en no más de 1/3.	56	60,9 %
Cálculo supra en más de 1/3 y menos de 2/3.	25	27,2 %
Más de 2/3 o cálculo subgingival.	5	5,4 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

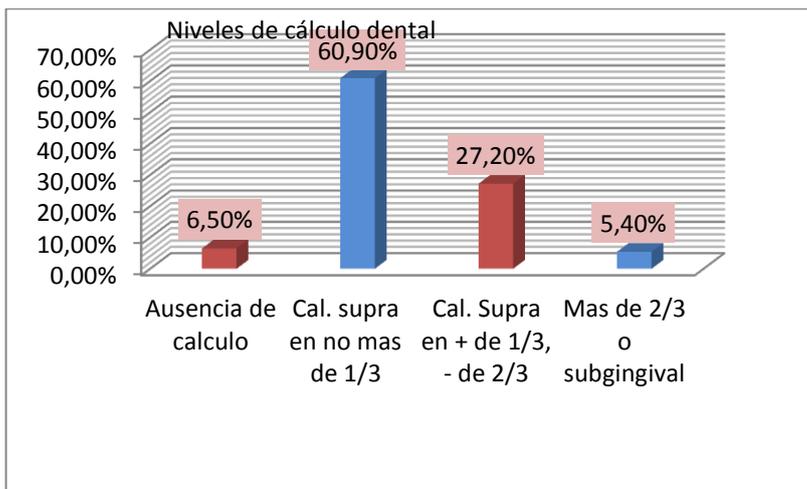


Grafico N°. 8. Datos obtenidos del cuadro 9.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 45.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 8, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 6 que representan el 6,5% no evidenciaron cálculo dental, mientras que 56 que representan el 60,9% presentaban un índice de cálculo dental supragingival no mayor a $1/3$ de la superficie dental. Además con 25 casos que representan el 27,2% se presentó cálculo supragingival en más de $1/3$ y menos de $2/3$ de la superficie dental. Además el estado más agravado de cálculo dental ya sea supragingival cubriendo más de $2/3$ o presencia de cálculo subgingival, se presentó en 5 casos que representan el 5,4% de la muestra total.

Cuadro 10.
Gingivitis.

Gingivitis.	Frecuencia.	Porcentaje.
Ausencia.	17	18,5 %
Presencia.	75	81,5 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

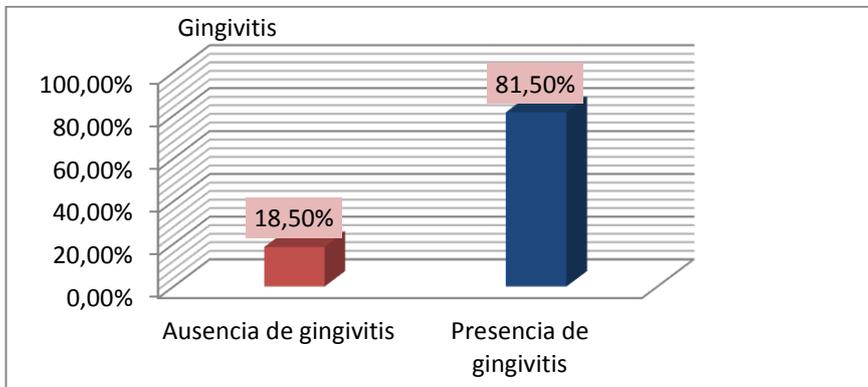


Grafico N°. 9. Datos obtenidos del cuadro 10.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 47.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 9, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 17 que representan el 18,5% no presentan gingivitis, mientras que 75 que representan el 81,5% presentan gingivitis. Lo que muestra como los adultos mayores presentan un alto índice de gingivitis.

Analizando la obra de Rios⁴⁷ (2013) puedo entender que:

Actualmente se sabe que la gingivitis es la enfermedad bucal de mayor prevalencia. La misma es diagnosticada prácticamente en el 100 % de los individuos dentados. La prevalencia de la enfermedad periodontal ha sido estimada hasta en un 70 % en adultos en los Estados Unidos, en Alemania los segmentos afectados llegan a ser de 3,6 a la edad de 35 a 44 años y de 2,6 en los de 65 a 74, mientras que Japón tiene 4,2 y 3,6 respectivamente. Están muy asociadas a los estilos de vida y condiciones socioeconómicas, son la segunda causa de pérdida dentaria. En Cuba 52 % del total tiene algún grado de afectación. El grupo de 35-44 es el que mayor afectación presenta con un 74,5 %. El sexo más afectado fue el femenino con un 54 %3. (p. 2).

⁴⁷ Rios, G. (2013). *Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.\(1\)_07/p7.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.(1)_07/p7.html)

Cuadro 11.
Enfermedad periodontal.

Enfermedad periodontal.	Frecuencia.	Porcentaje. %
Ausencia.	36	39,1 %
Leve.	38	41,3 %
Moderada.	15	16,3 %
Grave.	3	3,3 %
Total.	92	100,0 %

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

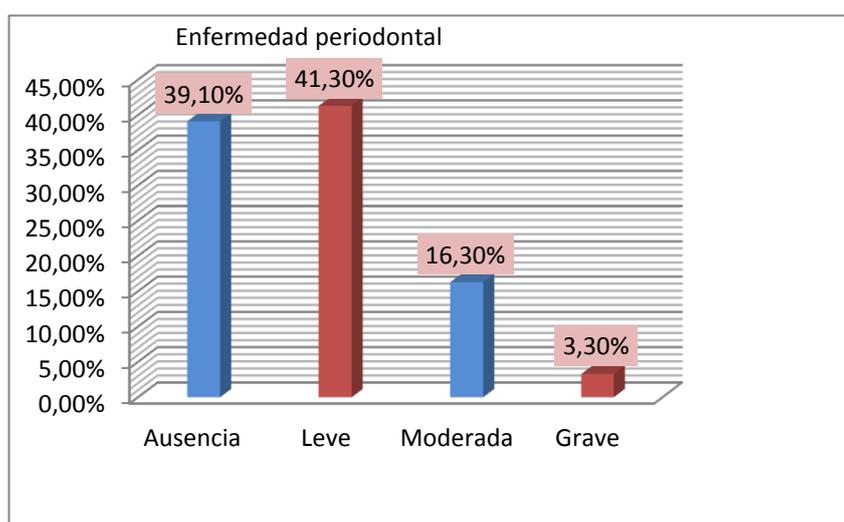


Grafico N°. 10. Datos obtenidos del cuadro 11.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 10, se expresa que del total de la muestra de 92 adultos mayores observados y examinados, 36 que representan el 39,1% no presentan enfermedad periodontal, 38 que representan el 41,3% evidencian enfermedad periodontal leve, 15 representados en 16,3% con enfermedad periodontal moderada y 3, lo que considera un 3,3% con enfermedad periodontal grave. Lo que muestra como en la población observada la enfermedad periodontal moderada es la más prevalente.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Entre los adultos mayores que acudieron al centro de salud del cantón Santa Ana en el periodo marzo- agosto 2014 existió una deficiente salud bucal, siendo la caries dental, el índice de enfermedad bucal de mayor prevalencia.

Entre los adultos mayores que acudieron al centro de salud del cantón Santa Ana en el periodo marzo-agosto 2014 los indicadores de salud bucal; placa bacteriana, calculo dental y gingivitis se demuestran muy afectados en los, siendo la placa bacteriana que cubre más de $1/3$ pero menos de $2/3$ de la superficie dentaria la de mayor prevalencia. Así mismo el nivel de cálculo dental más encontrado fue cubriendo no más de $1/3$ de la superficie dentaria. Con respecto a la gingivitis podemos determinar que fue la más prevalente encontrándose en casi el total de los pacientes de la muestra.

Entre los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana en el periodo marzo- agosto del 2014 el sexo con mayor prevalencia de deficiente salud bucal fue el femenino.

5.2. Recomendaciones.

Realizar un programa de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud bucal de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana.

Planificar un programa educativo para los representantes de las personas adultas mayores, que no se pueden valer por sí solos, para promover buenos hábitos de higiene y el correcto mantenimiento de sus cavidades orales.

Continuar con el seguimiento del estado de la salud bucal de los adultos mayores que acuden a dentro de salud Santa Ana después de aplicados los programas de intervención para prevenir que su salud bucal siga siendo afectada.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Proponer la realización de charlas informativas dirigidas a los adultos mayores que son atendidos en el centro de salud del cantón Santa Ana.

Entidad ejecutora:

Centro de salud pública del cantón Santa Ana.

Clasificación:

Intervención social.

Localización geográfica:

Calles: Pedro Carbo, entre Ángel Rafael Álava y Horacio Hidrovo.

6.2. Justificación.

Analizando la obra de Gutierrez⁴⁸ (2014) puedo entender que:

Los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito social, particularmente aquellos que han evolucionado de una relación emisor-receptor a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable.

La educación sanitaria es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones en el seno de la familia. (p. 1).

Investigando la obra de Bacallao⁴⁹ (2013) puedo conocer que:

Por tener los ancianos características y necesidades particulares y como grupo priorizado en el modelo de atención estomatológica integral, se debe conocer la prevalencia de enfermedades bucales y los factores de riesgo a que están sometidos, para así planificar acciones dirigidas a mejorar su estado de salud, bienestar, calidad de vida y satisfacer sus demandas de servicios, teniendo en cuenta además, que nos estamos enfrentando al extraordinario crecimiento demográfico de dicho grupo. (p. 2).

De acuerdo con lo investigado se concluye que existe un gran deterioro de la salud oral de los adultos mayores que acuden al centro de salud Santa Ana. Es por esto que los adultos mayores deben ser educados en bien de mejorar su higiene oral, para de esta manera proporcionar una adecuada salud oral.

⁴⁸ Gutierrez, B. (2014). *Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos en prótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942014000200008&script=sci_arttext

⁴⁹ Bacallao, Y. (2013). *Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos Francisca Navia Isla de la Juventud 2011*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

6.3. Marco institucional.

Consultando la página de CSSA⁵⁰ (2014) puedo conocer que:

Debido al aumento poblacional del cantón Santa Ana en el año de 1965 se reunieron un grupo de personas preocupadas por la salud del pueblo santanense, conformándose el comité de caballeros, quienes consiguieron que el consejo cantonal donara el terreno y gracias a la decisiva intervención del doctor Francisco Vásquez Balda- Director del programa integral de salud de Manabí se creó el PISMA el 2 de agosto de 1967.

El 12 de Marzo de 1992 este centro asistencial se lo denominó centro de salud materno infantil, siendo su director el Dr. Hilario Cedeño Cantos quién se mantuvo en este cargo por más de 30 años.

En abril de 1992 pasa a ser área de salud N.10, dependiendo administrativamente de la dirección provincial de salud, en diciembre de 1999 se descentraliza teniendo autonomía en la administración de sus recursos; a pesar que desde noviembre de 1999 ya existía un decreto de descentralización de todas las 12 Áreas de la provincia de Manabí, no aplicándose al área 10 por falta de recursos humanos.

El 30 de marzo del 2012 el área de salud es denominada distritos 4 de acuerdo al registro oficial N.279. (p.1).

6.4. Objetivos.

6.4.1. General.

Prevenir una disminución de los estados de salud oral de los adultos mayores.

6.4.2. Específicos.

Capacitar a los adultos mayores acerca de la correcta higiene oral que deben tener.

⁵⁰ CSSA. Antecedentes. [En línea]. Consultado [22, marzo, 2014]. Disponible en: http://www.d4santaanamsp.gob.ec/appweb/?page_id=90

Implementar afiches pancartas en el centro de salud, que ayuden a informar sobre la correcta higiene oral que debe seguir el adulto mayor.

Incentivar la promoción de salud oral en el adulto mayor por parte de los odontólogos de la unidad.

6.5. Descripción de la propuesta.

La presente propuesta, de tipo social y de orden educativo, dirigido a los adultos mayores que acuden al centro de salud Santa Ana. Con el objetivo de evitar una deficiente e incorrecta salud oral. Los adultos mayores estudiados mostraron una alta incidencia de patologías orales relacionadas con la deficiente higiene oral. Este patrón de alteraciones bucales hace que surja la necesidad de prevenir y capacitar a los adultos mayores en el correcto aseo y preservación de sus bocas.

6.6. Beneficiarios.

Los Beneficiarios son:

Directos: Adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana.

6.7. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se debe de contar con la colaboración de la directora del centro de salud del cantón Santa Ana y con los odontólogos del centro de

salud. Para que de forma organizada se brinde información necesaria para mejorar la salud oral de los adultos mayores.

6.8. Presupuesto de la propuesta.

Cuadro 12.
Presupuesto de la propuesta.

Acciones.	Recursos.	Cuantía.	V. unitario.	V. total.	Inversión.
Diseño de trípticos.	Ingeniero gráfico.	1	\$ 20	\$ 20	Autor.
Elaboración de trípticos.	Copias a color.	150	\$ 0,55	\$ 82,50	Autor.
Viáticos.	Movilización.			\$ 60	Autor.
Subtotal.				\$ 162,50	Autor.
Imprevisto.			10 %	\$ 13,50	Autor.
Total.				\$ 176	Autor.

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

6.9. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible por que los resultados que ofrece la investigación realizada indica la urgencia de prevenir y capacitar sobre la salud oral de los adultos mayores. Es sostenible en el tiempo, además de que es ideal en la parte económica como para la salud de la población adulta mayor que se atiende en el centro de salud del cantón Santa Ana. La propuesta es sustentable pues usando los recursos

adecuados no es nocivo para el medio ambiente, ni compromete el entorno, todo lo contrario, mejora la calidad de vida de la población adulto mayor e impacta positivamente en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1-Borras S., S., y Rosell, C. V (2011). *Guía para la Reeducción de la Deglución Atípica y Trastornos Asociados*. Valencia, Reino de España: Nau Libres.
- 2-Bortolotti, L. (2007). *Prótesis Removible Clásicos e Innovaciones*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.
- 3-Chavera, D. (2012). *Estomatología comunitaria II*. República del Perú: Milatem.
- 4-Chimenos, E. (1999). *La Historia Clínica en Odontología*. Reino de España: Masson.
- 5-Cruz, C. (2012). *Estomatología Integral Comunitaria*. República del Perú: Milatem.
- 6-Ferro C., M., y Gómez, G. M (2007). *Periodoncia Fundamentos en Odontología*. República de Colombia: Javeriana.
- 7-Gutiérrez L., E., y Iglesias, E. P (2009). *Técnicas de ayuda odontológica estomatológica*. Reino de España: Editex.
- 8-Henostroza, G. (2006). *Diagnóstico de Caries Dental*. República del Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 9-Herazo, B. (2003). *Clínica del Sano en Odontología*. República de Colombia: EcoeEdiciones.
- 10-Hurtado, V. (2011). *Hablemos Entre Dientes Tomo I*. República del Perú: Milatem.
- 11-Jaritzon, E. (2011). *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores*. Reino de España: Servicio de publicaciones.

- 12-Lanata, E. (2008). *Atlas de Operatoria Dental*. República de Argentina: Alfaomega.
- 13-Ministerio, S. (2010). *Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 Años*. República de Chile: MINSAL.
- 14-Morales, F. (2007). *Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología*. República de Costa Rica: Euned.
- 15-Neira, M. (2012). *Hablemos entre Dientes*. República del Perú: Milatem.
- 16-Palma, A. (2007). *Técnica de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. Reino de España: Paraninfo.
- 17-Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las Personas Mayores*. República de Argentina: Ebook.
- 18-Bustillos, L. (2012). *Envejecimiento bucofacial, terapéuticas y conductas*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://proyectos.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/3968/3802>
- 19-Caballero, A. (2011). *Cálculo dental una revisión de literatura y presentación de una condición inusual*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/3/pdf/art11.pdf>
- 20-Bacallao, Y. (2013). *Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos Francisca Navia Isla de la Juventud 2011*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

- 21-Cardentey, J. (2011). *Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>
- 22-Care, D. (2010). *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ImpactoDeLaSaludBucalEnLaCalidadDeVidaDeAdultosMay-3987263%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ImpactoDeLaSaludBucalEnLaCalidadDeVidaDeAdultosMay-3987263%20(2).pdf)
- 23-Castillo, D. (2012). *Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh.pdf#page=6
- 24-Cherrez, G. (2011). *Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del Instituto Tecnológico Benito Juárez de la Ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>
- 25-CSSA. Antecedentes. [En línea]. Consultado [22, marzo, 2014]. Disponible en: http://www.d4santaanamsp.gob.ec/appweb/?page_id=90
- 26-Doncel, C. (2011). *Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100006
- 27-Espeso, N. (2006). *Enfermedad periodontal en la tercera edad*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211118179005.pdf>

28-Gutierrez, B. (2014). *Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos en prótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942014000200008&script=sci_arttext

29-Hernández, M. (2012). *Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>

30-INEC. (2009). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [19, enero, 2014]. Disponible en:

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf

31-INEC. (2010). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [17, enero, 2014]. Disponible en:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

32-Laplace, B. (2013). *Enfermedades bucales en el adulto mayor*. [En línea].

Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400008&script=sci_arttext

33-Lauzardo, G. (2009). *Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuaao*. [En línea]. Consultado: [05, enero,

2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400020

- 34-Meller, C. (2008). *Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor una aproximación personal*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf>
- 35-Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador. (2007). [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2013]. Disponible en: http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf
- 36-Moya, P. (2012). *Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n4/reh_vol22_n4_12_art01.pdf
- 37-Murguiondo, M. (2011). *Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2011/vol16/no2/10.pdf>
- 38-Murillo, O. (2011). *Envejecimiento bucodental*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8871/8351>
- 39-Peña, L. (2012). *Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano*. *Gaceta Dental*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/239_CIENCIA_Tratamiento_multidisciplinar_ancianos.pdf
- 40-Ramos, R. (2013). *Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/138/32>

41-Rangel, J. (2009). *Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

42-Reyes, C. (2010). *El cuidado de la salud bucodental mediante la promoción de salud*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/119/148>

43-Rios, G. (2013). *Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.\(1\)_07/p7.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.(1)_07/p7.html)

44-Ríos, N. (2012). *Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.avancesveterinaria.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/1966>

5

45-Robertson, J. (2010). *Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2010/uo104d.pdf>

46-Rodríguez, J. (2014). *Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/6/pdf>

47-Romero, L. (2013). *Determinación del índice de higiene oral simplificado en relación al grado de conocimiento de higiene oral en niños de 07 a 12 años en la*

población de Patacamaya, octubre a diciembre del 2007. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3633/1/T-PG-607.pdf>

48-Ruiz, J. (2009). *La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor.* [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864->

[03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en)

49-Torres, M. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor.* [En línea].

Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4124>

Anexos.

Anexo n° 1.

Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en, _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Estado de salud bucal de los adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, en el periodo septiembre 2013- mayo 2014. El egresado Vizqueta Vargas Carlos, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado.

Estoy de acuerdo con que mis datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados del autor de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades odontológicas y por el investigador. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Vizueta Vargas Carlos Alfredo.

Egresado de la carrera de odontología.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma de testigo.

Anexo n° 2.

Cuadro 13.
Presupuesto.

Fotocopias.	800	hojas	\$ 0,02	\$ 16,00
Papel.	2	resma	\$ 5,00	\$ 10,00
Tinta Negra y de color.	2	cartuchos	\$ 30,00	\$ 60,00
Caja de mascarillas.	1	caja	\$ 3,50	\$ 3,50
Caja de guantes.	2	caja	\$ 9,00	\$ 18,00
Exploradores Bucales.	15	unidad	\$ 1,25	\$ 18,75
Espejos Bucales.	15	unidad	\$ 1,25	\$ 18,75
Empastados.	4	unidad	\$ 10,00	\$ 40,00
Movilizacion.			\$ 70,00	\$ 70,00
Anillados.	3	unidad	\$ 1,50	\$ 4,50
Subtotal.				\$ 259,50
Imprevistos.				25,95
TOTAL.				\$ 285,45

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 69.

Anexo n° 3.

Cronograma

ACTIVIDAD.	HORAS.	FECHA.
Taller de titulación.	120 horas.	10 de Junio – 16 de Septiembre de 2013.
Trabajo con los especialistas del área de competencia del proyecto.	80 horas.	25 de Octubre de 2013. (30 días)
Entrega de proyectos.	-----	05 – 20 de Diciembre de 2013.
Revisión de proyectos por lectores.	2 horas.	02 – 10 de Enero de 2014. (15 días)
Sustentación de proyecto.	1 hora.	13 – 14 de Enero de 2014.
Correcciones.	10 horas.	14 de Enero – 28 de Febrero de 2014. (30 días)
Discrepancia miembros dirime director carrera. (Aprobación)	-----	03 – 05 Marzo de 2014. (72 horas)
Entrega proyecto final.	-----	05 – 06 de Marzo del 2014.
Oficios aprobación proyectos.	-----	24 – 25 – 26 de Febrero de 2014.
Designación tutor.	-----	(1 día) 06 – 07 de Marzo de 2014.
Acompañamiento al desarrollo de tesis.	50 horas. (10 horas semanales, 2 presenciales y 8 autónomas)	Lunes, 10 de Marzo – viernes, 06 de Junio de 2014.
Entrega de borradores de tesis.	-----	Lunes, 09 de Junio de 2014.
Designación de lectores.	-----	Miércoles, 11 de Junio de 2014.
Entrega de oficios y tesis a los lectores.	-----	Viernes, 13 de Junio de 2014.
Revisión de tesis por parte de lectores.	2 horas.	Lunes, 16 de Junio – viernes 18 de Julio de 2014.
Predefensa de tesis.	1 hora.	Martes, 22 de Julio – viernes 01 de Agosto de 2014.
Entrega de borradores de tesis corregidas.	-----	Miércoles, 23 de Julio – miércoles 06 de Agosto de 2014.
Revisión gramatical y control antiplagio.	10 horas.	Lunes, 11 de Agosto – viernes, 22 de Agosto de 2014.
Entrega de carpetas con documentación.	-----	Lunes, 18 de Agosto – viernes, 22 de Agosto de 2014.
Sustentación de tesis.	1 hora.	Lunes, 25 de Agosto – viernes, 25 de Septiembre de 2014.
Incorporación.	-----	Sábado, 13 de Septiembre de 2014.

Autora: Carlos Vizueta autor esta tesis.

Anexo n° 4.

NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA								
		M	F										
<p>SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA</p> <p>Caries O Restaurac. / Retos radic. f Corona C Prótesis remov. ☺ Prótesis total □ Sellante * Estracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0</p> <p>Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados</p>													
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL					CARIES								
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	ENF. PERIODONTAL	MALOCCLUSION	FLUOROSIS	D	C	P	O	TOTAL
PIEZAS			0-1-2-3-9	0-1-2-3	0-1	LIEVE	ANGLE I	LIEVE		d	c	e	o
16	17	55				MODERADA	ANGLE II	MODERADA					
11	21	51				SEVERA	ANGLE III	SEVERA					
26	27	65											
36	37	75											
31	41	71											
46	47	85											
TOTALES													

Grafico N°. 11. Historia clínica.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 72.



Grafico N°. 12. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 73.



Grafico N°. 13. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 73.



Grafico N°. 14. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 74.

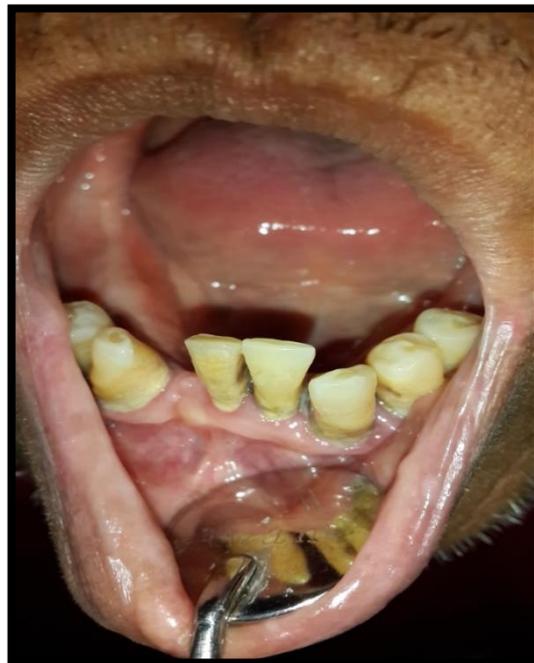


Grafico N°. 15. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 74.



Grafico N°. 16. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 75.



Grafico N°. 17. Historia clínica.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 75.