



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 Horas
Andrés de Vera, del cantón Portoviejo, Período abril – agosto de 2014.

Autora:

María Luisa Delgado Vera.

Director de tesis:

Dr. Miguel Carrasco Sierra. Esp.

Cantón Portoviejo- Provincia Manabí- República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dr. Miguel Carrasco certifica que la tesis de la investigación titulada Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera del cantón Portoviejo período Abril 2014 Agosto 2014 es trabajo original de María Luisa Delgado Vera. La misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Miguel Carrasco Sierra. Esp.
Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tesis de grado.

Tema.

Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera, del cantón Portoviejo, período abril 2014 - agosto de 2014. Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal:

.....
Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.
Directora de la carrera.

.....
Dr. Miguel Carrasco Sierra. Esp.
Director de tesis.

.....
Dra. Bernardita Navarrete Menéndez. Mg. Gs
Miembro del tribunal.

.....
Dr. Fabricio Loor Alarcón
Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera del cantón Portoviejo, período abril 2014 - agosto de 2014. Pertenece exclusivamente a la autora: María Luisa Delgado Vera, y el patrimonio intelectual de la tesis de grado corresponderá a la universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Luisa Delgado Vera.

AGRADECIMIENTO.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por permitir formarme como profesional y persona. A las autoridades y a los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y de la Carrera de Odontología por los conocimientos impartidos.

Al personal médico y administrativo del centro de salud 24 horas Andrés de Vera por las facilidades brindadas. A los adultos mayores por la colaboración para que pudiese desarrollar la investigación.

A todos quienes de una u otra forma coadyuvaron a que pueda cumplir con este objetivo.

María Luisa Delgado Vera.

DEDICATORIA.

“No tengas miedo, porque estoy contigo. No mires por todos lados, porque soy tu Dios. Yo ciertamente te fortificaré. Yo cierta y verdaderamente te ayudaré. Sí, yo verdaderamente te mantendré firmemente asido con mi diestra de justicia”. (Isaías 41:10).

A mis padres Raúl Delgado Armijo y Azucena Vera Macías por el apoyo incondicional, que me brindan día a día, porque han sido ejemplos de perseverancia, y me han dado ánimo para seguir adelante en mi carrera profesional y personal. A mis hermanos Josué y Mateo Delgado Vera, son mi luz y fuente de alegría que contribuyen en el renovar de cada día.

Todos mis familiares que de alguna u otra manera han estado conmigo apoyándome a lo largo de estos años de estudio.

María Luisa Delgado Vera.

RESUMEN.

La investigación del estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera, del cantón Portoviejo período abril 2014 - agosto de 2014, es de vital importancia para determinar las causas y efectos de una problemática que deteriora su calidad de vida. Este estudio conlleva a identificar las alteraciones de los tejidos duros y de los tejidos blandos de la boca de los adultos mayores de esta zona urbana popular de la capital manabita.

La utilización de una investigación bibliográfica y de campo permitió aplicar instrumentos como historias clínicas y cuestionarios para obtener información directa de los beneficiarios de esta tesis, cuyos resultados contribuyó a exponer las conclusiones y recomendaciones de los cuales se desprende una propuesta que brinde solución y prevención para la buena salud bucal en los gerontes. Dado la importancia que tiene la salud bucal en una población considerada vulnerable, se invita a leer esta tesis de investigación donde podrán analizar los resultados obtenidos y contribuyan al diseño de nuevas alternativas de solución de acuerdo al problema encontrado en el sector.

ABSTRACT.

ÍNDICE.

Páginas preliminares.	
Certificación del director de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1
Capítulo I.	3
1. Problematización.	3
1.1. Tema de la investigación.	3
1.2. Formulación del problema.	3
1.3. Planteamiento del problema.	3
1.3.1. Preguntas de la investigación.	5
1.4. Delimitación de la investigación.	5
1.4.1. Delimitación espacial.	6
1.4.2. Delimitación temporal.	6
1.5. Justificación.	6

1.6. Objetivos.	8
1.6.1. Objetivo general.	8
1.6.2. Objetivos específicos.	8
Capítulo II.	
2. Marco Teórico conceptual: Referencial y conceptual.	9
2.1. Envejecimiento de la boca.	9
2.2. Enfermedades sistémicas que influyen en la salud oral del adulto mayor.	13
2.2.1. Diabetes mellitus.	13
2.3. Fármacos causantes de trastornos bucales en el adulto mayor.	16
2.4. Problemas bucales del adulto mayor.	18
2.5. Edentulismo.	22
2.6. Higiene bucal del adulto mayor.	36
2.7. Unidades de observación y análisis.	40
2.8. Variables.	40
2.9. Matriz de operacionalización de las variables.	41
Capítulo III.	
3. Marco metodológico.	43
3.1. Modalidad y tipo de la Investigación.	43
3.2. Tipo de investigación.	43
3.3. Métodos.	43
3.4. Técnicas.	44
3.5. Instrumentos.	44
3.6. Población y muestra.	44

3.7. Recolección de la información.	45
3.8. Procesamiento de la información.	45
3.9. Ética.	45
Capítulo IV.	
4. Resultado de la investigación.	46
4.1. Análisis e interpretación de los resultados.	46
Capítulo V.	
5. Conclusiones y recomendaciones.	59
5.1. Conclusiones.	59
5.2. Recomendaciones.	60
Capítulo VI.	
6. Propuesta.	61
6.1. Identificación del proyecto.	61
6.2. Justificación.	61
6.3. Marco Institucional.	63
6.4. Objetivos.	64
6.4.1. Objetivo general.	64
6.4.2. Objetivos específicos.	64
6.5. Descripción de la propuesta.	65
6.6. Beneficiarios.	66
6.7. Diseño metodológico.	66
6.8. Presupuesto.	67
6.9. Sostenibilidad.	68

Bibliografía.	69
Anexos.	77

INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) el cáncer bucal y de faringe son un problema de salud de alcance mundial. Afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres.

El envejecimiento es un proceso inevitable e irreversible propio que todo ser vivo debe pasar. Durante esta etapa aumentan enfermedades debido al envejecimiento del organismo y se corre el riesgo de adquirir complicaciones en la salud e incapacidades, muchas de éstas son comunes por la edad avanzada y generan mayores problemas especialmente en el área dental, por lo cual en este proceso el odontólogo desempeña un papel muy importante en la salud bucal del adulto mayor.

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera de la parroquia urbana Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí. Recibiendo apertura, información y recursos bibliográficos, así como también demostrando interés en conocer sus resultados, que refleja la realidad de la salud bucal, lo cual repercute en la calidad vida de los adultos mayores.

En el desarrollo del Capítulo I se formula y se plantea el problema que generó la presente investigación. La justificación se centra en los cambios que se van produciendo con la edad, los cuales se establecen en los objetivos. En referencia al

marco teórico, Capítulo II, se describen algunas enfermedades, higiene bucal y medicamentos relacionados con el problema identificado.

La metodología aplicada se detalla en el Capítulo III, describiendo los métodos, tipos de investigación, técnicas e instrumentos, en la población estudiada. Se procedió a describir los resultados de la investigación de campo en el Capítulo IV. En el Capítulo V se exponen las conclusiones y recomendaciones que sirviendo como base para el diseño de la propuesta detallada en el Capítulo VI, proponiendo alternativas de solución al problema identificado.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera, del cantón Portoviejo, período marzo 2014 - agosto de 2014.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es el estado de salud bucal que presenta la población de adultos mayores atendida en el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera?

1.3. Planteamiento del problema.

Consultando la página web de Hernandez, De la Fuente, Sumaro, Sifuentes y Aguiler¹ (2010), puedo citar que:

Estudios realizados en Australia y Estados Unidos sobre el impacto de las condiciones bucales en adultos mayores han reportado que las enfermedades bucales muestran disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés clínico, así como impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento. (p. 85)

Analizando el estudio antes citado puedo evidenciar que las enfermedades bucales no solo afectan a la población proveniente de países en vía de desarrollo o de baja economía; las consecuencias de una mala higiene y de prevención bucal perjudican también a habitantes de países desarrollados. Pese a que en ellos hay una

¹Hernandez, De la Fuenete, J., Sumano, Moreno, O., Sifuentes, Valenzuela, M.C, y Aguilar, Zelociatecatl, A. *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental universitas Odontológica*. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>.

mayor preparación académica relacionado a la salud bucal y de mayor acceso a los servicios médicos.

Analizando la obra de Moya, Chappuzeau, Caro y Monsalves² (2012), puedo citar que:

A nivel mundial un alto porcentaje de la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, viéndose reflejado por el hecho manifiesto de la ausencia en mayor o menor número de sus piezas dentales, y esto se ha dado como consecuencia de no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su salud bucal. (p. 200)

Analizando la obra Álvarez, Pazmiño, Villalobos y Villacís³ (2010), se puede referenciar que:

En el Ecuador El 40% de las personas adultas mayores reside en las áreas rurales, situación que es desventajosa a limitar el acceso a los servicios básicos incluidos los de salud.

Las condiciones materiales de vida de las personas se reflejan, de una manera muy decisiva, en la vivienda que ocupan y en los servicios con los que ella cuenta, lo que a su vez impacta sobre su estado de salud y bienestar y el de sus familias. (p. 23)

La autora de la presente investigación considera que en La República del Ecuador la salud bucodental en pacientes adultos mayores suele presentar estado crítico (se puede apreciar en los indígenas, en zona urbano marginal y en el área rural), en quienes se observa una alta prevalencia de edentulismo.

Según un diagnóstico previo a la investigación, la autora del presente estudio de carácter científico concluye que a nivel local no existen investigaciones que hagan

²Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J. C, y Monsalves, M. J. (2012). *Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014] Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n4/reh_vol22_n4_12_art01.pdf

³Álvarez, Yáñez, P., Pazmiño, Figueroa, L., Villalobos, A, y Villacís, J. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. República del Ecuador: Ministerio de Salud Pública..

referencia al estado de salud bucal de los adultos mayores. Por tanto se desconocen las alteraciones bucales que presentan los pacientes de este grupo etario vulnerable, en la población atendida en el centro de salud 24 Horas de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

-¿Cuál es el índice de caries que presentan los adultos mayores?

-¿Qué enfermedades de tejidos blandos son más frecuentes en los adultos mayores?

¿Cuál es el tipo de edentulismo que prevalece en los adultos mayores?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontológico.

Aspecto: Salud bucal.

1.4.1. Delimitación espacial:

Este trabajo investigativo se lo realizó en el Centro de Salud 24 Horas de la parroquia

Andrés de Vera del cantón Portoviejo, ubicado en la calle Vicente Macías antiguo

Lucha Ecuatoriana Antituberculosa LEA en la ciudad de Portoviejo. Provincia Manabí en La República del Ecuador.

1.4.2. Delimitación temporal:

Este trabajo se desarrolló durante el período marzo-agosto 2014.

1.5. Justificación.

Durante el envejecimiento se producen cambios en todo el organismo, el sistema cardiovascular, músculo esquelético, genitourinario entre otros sufren estos procesos degenerativos. La boca con sus órganos no es la excepción, sobre todo cuando se ha visto afectada por factores externos o internos que de una u otra manera agravan la salud bucodental.

Los cambios sean estos, fisiológicos, propios de la edad o patológicos traen consecuencias en la apariencia, fonación, masticación, incluso provocando dolor y dificultades para la alimentación.

La investigación del estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera permitirá identificar cuáles son las principales alteraciones que ellos presentan. Contribuyendo científicamente con información formal con respecto a la problemática planteada, pudiendo servir de referente para nuevas investigaciones.

La factibilidad del estudio radica, en la posibilidad de trabajar en este centro de salud, donde a diario acuden adultos mayores por sus respectivos controles

médicos. Se aprovechará esta situación, para realizar los exámenes clínicos odontológicos y las encuestas, Obteniendo de esta manera la información que se necesita para el desarrollo de la investigación.

Los beneficiarios directos serán todos los adultos mayores ya que el problema identificado afecta a este segmento de la población considerada de alto riesgo, en quienes por diversos factores se producen cambios en su salud bucal. Por lo tanto, de no realizarse el estudio, no se podrán tomar medidas científicamente justificadas para mejorar la atención y evitar complicaciones que afectan la calidad de vida de los adultos mayores que acuden por los controles dentales.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo General.

Caracterizar el estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera del cantón Portoviejo período marzo-agosto 2014.

1.6.2. Objetivos Específicos.

-Identificar los cambios en los tejidos duros de la boca que presentan los adultos mayores atendidos en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera.

-Identificar los cambios en los tejidos blandos de la boca que presentan los adultos mayores atendidos en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera.

CAPITULO II.

2. Marco teórico conceptual.

2.1. Envejecimiento de la boca.

Analizando la obra de Prichard⁴ (1981), puedo conocer que:

La edad cronológica del paciente es menos importante que su edad biológica y emocional. Idealmente la edad avanzada debería ser un estado en que continuara el desarrollo sin parecido con la enfermedad. Sin embargo, los pacientes más viejos tiene más problemas generales, y a medida que la edad aumenta se eleva constantemente el porcentaje de pacientes con complicaciones generales. Con todo, una persona anciana ha de ser tratada como individuo, peculiar en sí mismo; no se pueden formular reglas aplicables a todas las personas ancianas. (p. 987)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis basada en lo anteriormente citado puedo concluir que a medida que pasan los años en las personas, su estado de salud va decayendo. Presentándose complicaciones en el organismo, aunque no es una regla que esto ocurra en todos los individuos, de una u otra manera todos padecen de alguna dolencia. Si pasa de 4 renglones es un párrafo.

Analizando la obra de Roisinblit⁵ (2010), puedo conocer que:

Hay aspectos del envejecimiento que se dan por igual en todos los tejidos del organismo y por lo tanto, también en la boca: deshidratación, alteración de la permeabilidad celular y disminución de la capacidad de respiración. Estos cambios, a su vez, pueden exacerbarse, por malos hábitos como el tabaco y el

⁴Prichard, J.F. (1981). *Enfermedad periodontal avanzada*. (3ª ed.) Estados Unidos de América: Editorial Labor. S.A

⁵Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República Argentina: E-Book.

alcohol, ya que sus efectos irritantes se superponen y acrecientan los fenómenos normales del envejecimiento. (p. 71)

Investigando la obra de MacEntee, Muller y Wyatt⁶ (2012), puedo citar que:

Los cambios normales de envejecimiento en la boca y las estructuras asociadas se dan en forma relativamente leves mientras que la capacidad fisiológica es reducida en comparación con la mayoría de las reacciones extremas precipitadas por la enfermedad. Hay por ejemplo, pérdida de la elasticidad de la mucosa asociada a la edad, tejido de la submucosa y sensibilidad táctil alrededor de la boca. La sensación del gusto también disminuye un poco, al igual que la masa y la fuerza de los músculos de la mandíbula. (pp. 5, 6)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis basada en lo anteriormente citado, los cambios normales que ocurren en la cavidad oral debido al envejecimiento son leves. Mientras que los que se producen como consecuencia de una enfermedad son más notorios, ya que las reacciones que producen son extremas.

Analizando la obra de Roisinblit⁷ (2010), puedo referenciar que:

Hay cambio progresivo en el color que van adquiriendo las piezas dentarias en las personas mayores incrementándose los tonos amarillos y marrones. Éste se hace más intenso en el borde incisal, donde el esmalte se ha adelgazado considerablemente y por lo tanto es más fácil la penetración y la visualización del color dentinario, modificado por la penetración de los pigmentos de los alimentos que forman parte de la dieta y de los hábitos de los pacientes. Al transparentarse el esmalte, también se pueden apreciar los pigmentos endógenos que afectan a la dentina, causadas por el apósito de dentina peritubular. (pp. 75, 76)

⁶MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁷Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República Argentina: E-Book.

Investigando la obra de Sánchez, Román, Dávila y Pedraza⁸ (2011), puedo conocer que:

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. (p. 111)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, basándose en lo anteriormente citado, puede opinar que algunas de las enfermedades sistémicas guardan una estrecha relación con los problemas que se presentan en la boca, además que las principales razones por las que se produce la pérdida dental son las caries y la periodontitis.

Consultando la página web de Sánchez, et al.⁹ (2011), puedo citar que:

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)

Analizando la obra anteriormente citada, deduzco que las alteraciones bucales que presentan muchos adultos mayores afectan su calidad de vida, ya que ellos no pueden realizar con normalidad muchas de las funciones que ejercían sin ningún problema en los días de su mocedad.

⁸Sánchez, Murguiondo, M., Román, Velásquez, M., Dávila, Mendoza, R, y Pedraza, Avilés, A.G. (2011). *Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>.

⁹Sánchez, Murguiondo, M., Román, Velásquez, M., Dávila, Mendoza, R, y Pedraza, Avilés, A.G. (2011). *Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>.

Analizando la página web del Ministerio de salud pública de Chile¹⁰ (2010) se puede citar 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: pérdida de la mayoría de sus piezas dentales; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal. Además, pueden producirse cánceres bucales y observarse manifestaciones orales de enfermedades. (p. 11)

Investigando la página web de Ruiz y Herrea¹¹ (2009), puedo referenciar que:

Los ancianos son propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades. (párr. 4)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis basada en los conceptos anteriormente citados, con el paso de los años se producen una serie de cambios en la cavidad oral. Algunos cambios son normales propios de la edad, por ejemplo debido al aumento de dentina secundaria, se ve comprometida la capacidad del diente para recuperarse de traumas físicos y caries; también en las superficies oclusales de los dientes se producen desgastes, otros cambios bucales que ocurren en el adulto mayor son producto de la enfermedad como la periodontitis y la xerostomía.

¹⁰Ministerio de Salud Pública de Chile. (2010). *Guía clínica: salud oral integral para adultos de 60 años*. República de Chile: Serie Guías Clínica Minsal.

¹¹Ruiz, Candina, H. J, y Herrera, Batista, A. (2009). *Prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [1, mayo, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002009000300007&script=sci_arttext&lng=en

Analizando la página web de Sáez, Carmona, Jiménez y Alfaro¹² (2007) puedo citar que “los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal” (p. 44).

Cabe indicar que ciertos cambios en la cavidad bucal ocurridos en esta edad son naturales (oscurecimiento y desgaste dental). Por el contrario hay cambios que se producen como resultado de la acción de ciertas enfermedades como la periodontitis, medicamentos que causa xerostomía, así como consecuencias relacionadas a factores económicos.

2.2. Enfermedades sistémicas que influyen en la salud oral del adulto mayor.

2.2.1. Diabetes mellitus.

Analizando la obra de Sabán¹³ (2012), puedo conocer que:

El número de personas con diabetes mellitus (DM) está aumentando en todo el mundo. Este incremento, cuya tendencia continua, sería debido a varias causas, entre las que destaca el aumento de la población mundial, el envejecimiento de dicha población por la mayor expectativa de vida, la urbanización y el desarrollo, y por último, el incremento de la prevalencia de obesidad y de inactividad física. La llamada por algunos *diabesidad*, como suma de diabetes y obesidad, se está convirtiendo en una epidemia mundial, “la epidemia del siglo XXI”. (p. 303)

¹²Sáez, R., Carmona, M., Jiménez, Z, y Alfaro, X. (2007). *Cambios bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [22, abril, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol28_3_09/ibi07309.htm.

¹³Sabán, Ruiz, J. (2012). *La diabetes mellitus como enfermedad sistémica*. Reino de España: Díaz de Santos.

Analizando la obra de MacEntee et al.¹⁴ (2012), puedo citar que:

La diabetes se caracteriza por la hiperglicemia debido a una deficiencia absoluta o relativa de la insulina. Se clasifica como tipo 1 ó dependiente de insulina, la cual ocurre a una edad temprana, y el tipo 2 ó no insulino dependiente, la cual es mucho más frecuente y ocurre generalmente en la vejez, cuando la insulina no promueve la ingesta metabólica de la glucosa. (pp. 99,100)

Es normal que con el paso de los años, determinadas enfermedades empiecen a aparecer en los adultos mayores, pudiendo darse el caso por factores genéticos o hereditarios.

Analizando la página web de Galvis et al.¹⁵ (2012), puedo referenciar que:

La diabetes mellitus es una de las enfermedades sistémicas con mayor prevalencia en la población mundial y, a su vez, es considerada un problema de salud pública. Esta alteración es catalogada como uno de los factores de riesgo más importantes asociados a la enfermedad periodontal. Se realizó entonces una revisión de literatura sobre la relación diabetes-enfermedad periodontal. (párr. 1)

Examinando la obra de Genco y Williams¹⁶ (2011), puedo conocer que:

La salud oral es hoy en día reconocida como una parte importante del manejo de la diabetes; existe relación mutuamente recíproca entre el control de la glicemia y la salud oral. La infección periodontal empeora el control metabólico de la DM mientras que la mejoría de la higiene oral ayuda al control glicémico. Las personas con DM pobremente controlada son más propensas a desarrollar enfermedad periodontal, boca seca, abscesos dentales e infecciones micóticas, y cicatrización lenta. (p. 68)

¹⁴MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

¹⁵Galvis, M.M., Montoya, Zuluaga, Y.P, y Saldarriaga, A. (2012). *Diabetes y enfermedad periodontal: hacia un modelo clínico bidireccional*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014]
Disponible en:

<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/285>

¹⁶Genco, R. J, y Williams, R. C. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico*. República de Colombia: Copyright.

La investigación permitió comprobar a través de un análisis que existe una relación directa entre la diabetes mellitus y la enfermedad periodontal. Se han encontrado muchos casos de enfermedad periodontal en personas diabéticas que en los no diabéticos, así mismo existen muchos pacientes con diabetes que presentan enfermedad periodontal.

Analizando la obra de MacEntee et al.¹⁷ (2012), puedo citar que:

Los diabéticos en general son propensos a la gingivitis y periodontitis severa como la sexta complicación de la diabetes, pero un manejo eficaz de la periodontitis ayuda al control de los niveles de la glicemia. Los pacientes frágiles con diabetes mal controlada tendrán un aumento de la infección y una lenta curación de las heridas; por lo tanto es prudente, cuando sea posible evitar la cirugía. (p. 100)

Analizando la obra de MacEntee et al.¹⁸ (2012), puedo citar que:

La presencia de diabetes puede incrementar al doble o al triple el riesgo a la periodontitis, mientras que se aumenta seis veces el riesgo de un control deficiente de la glicemia en pacientes diabético con periodontitis severa. Así, hay la creciente evidencia de que la presencia de periodontitis indica que el paciente está en peligro de diabetes. (p. 103)

Analizando la obra de Roisinblit¹⁹ (2010), se puede conocer que:

El Odontólogo puede detectar en forma prematura la diabetes mellitus y alertar al paciente para que consulte con su médico, ya que se presenta en la boca con las siguientes características:

Enfermedad periodontal acelerada, especialmente cuando no está controlada;

Abscesos periodontales;

Xerostomía;

¹⁷MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

¹⁸MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

¹⁹Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República Argentina: E-Book.

Ulceraciones orales;
Candidiasis;
Insensibilidad, quemazón o dolor en los tejidos bucales en el 50% de los casos (neuropatía diabética);
Hiperplasia gingival;
Liquen erosivo y liquen plano;
Aumento de glucosa en saliva y;
En la tipo I disminución del mineral óseo. (p. 71)

2.3. Fármacos causantes de trastornos bucales en el adulto mayor.

Glucocorticoides.

Analizando la obra de Velásquez²⁰ (2010), puedo conocer que:

Se utilizan para disminuir la respuesta inmunológica en enfermedades autoinmunitarias, respiratorias, dermatológicas y hematológicas. Son de ayuda en liquen plano, úlceras aftosas, penfigoide mucomembranoso benigno, neuralgia postherpética y alteraciones temporomandibulares. Se utilizan sistemáticamente para reacciones alérgicas, gingivitis descamativa, pénfigo bucal, artritis ATM, inflamación posoperatoria. Tópicamente para gingivitis, recubrimiento pulpar, úlceras aftosas, pulpotomía e hipersensibilidad dentinal. (p. 107)

Investigando la página web de Da Costa²¹ (2012) puedo conocer que “Enfermedades vasculares del colágeno: LES, artritis reumatoidea, polimiositis, dermatomiositis. Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, lesiones traumáticas de la médula espinal o cerebro, edema cerebral vasogénico, miastenia gravis” (p. 52).

²⁰Velásquez, Gaviria, O. J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. República de Colombia: Health Book's.

²¹Da Costa, Días, M. C. (2012). *Corticoesteroides. Médico de familia*. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en:
http://www.sovemefa.com/revistas_sovemefa/medico_de_familia_20_1_2012.pdf

Examinando la obra de Chang et al.²² (2009) puedo referenciar que “Las indicaciones de los glucocorticoides son amplias; sin embargo, en la mayoría de los casos los glucocorticoides son únicamente un componente del tratamiento global” (p. 169).

Comparando la página web de Da Costa²³ (2012), puedo conocer:

Uno de los efectos más importantes de los glucocorticoides y posiblemente el más valioso en cuanto a sus aplicaciones terapéuticas, es su capacidad de modular la respuesta inflamatoria, independientemente del estímulo desencadenante, y la inmunología, tanto humoral como celular. Debido a los numerosos efectos secundarios que pueden ocasionar el tratamiento prolongado es necesario considerar la relación riesgo-beneficio en cada paciente, y aplicar una serie de principios antes de prescribirlos; sin embargo, pueden administrarse con seguridad en tratamientos cortos (inferiores a una semana) aun en dosis altas, siendo la hidrocortisona el más indicado en esta situación. (p. 48)

Consultando la obra de Velásquez²⁴ (2010) puedo citar que “Entre las manifestaciones intraorales que se dan por el uso de este medicamento están la candidiasis oral, sequedad bucal e interferencia en la cicatrización de heridas” (p. 107).

En la investigación llevada a efecto la autora resume que los glucocorticoides son medicamentos esenciales, utilizados para tratar muchas enfermedades que se presentan en el organismo, pero a la misma vez estos pueden traer efectos secundarios en el mismo.

²²Chang, C., Barrera, A., Demeyer, M, y de la Marche, L. (2009). *Vademécum farmacoterapéutico del Ecuador*. (2ª ed.). República del Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

²³Da Costa, Días, M. C. (2012). *Corticoesteroides. Médico de familia*. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: http://www.sovemefa.com/revistas_sovemefa/medico_de_familia_20_1_2012.pdf.

²⁴Velásquez, Gaviria, O. J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. República de Colombia: Health Book's.

Investigando la página web de Aguirre²⁵ (2002), puedo referenciar que:

La mayor presencia de candidiasis oral en las edades extremas de la vida se asocia a una serie de factores que inciden con más intensidad o mayor frecuencia en estos periodos. La inmadurez del sistema inmunitario, la aparición de infecciones que conllevan el uso de antibióticos de amplio espectro, la existencia de deficiencias inmunitarias congénitas y el estrecho contacto con la madre y los cuidadores, favorecen el contagio en la infancia. En los pacientes ancianos, son la xerostomía junto a los tratamientos con antibióticos y corticoides y la presencia de prótesis dentales desajustadas, los factores que permiten la incidencia de candidiasis. (p. 18)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, basada en el concepto anteriormente citado, el uso de glucocorticoides puede tener efectos secundarios en la cavidad oral, como es la presencia de candidiasis y la sequedad bucal.

2.4. Problemas bucales del adulto mayor.

Caries.

Consultando la obra de Brenna²⁶(2010) puedo citar que “La Organización Mundial de la Salud define la lesión cariosa como un proceso patológico externo y localizado, que se presenta tras la erupción del diente y que supone un reblandecimiento de los tejidos duros, con la consiguiente formación de cavidad” (p. 30).

La autora de la investigación basada en el concepto antes citado analiza que la caries no se presenta de manera espontánea, más bien es un proceso que produce la destrucción del diente.

²⁵Aguirre, Urizar, J. M. (2002). *Candidiasis orales*. [En línea]. Consultado: [11, septiembre, 2013] Disponible en:

<http://www.reviberoammico1.com/2002-19/017021.pdf>.

²⁶Brenna, F. (2010). *Odontología restauradora: procedimientos terapéuticos y perspectivas de futuro*. Reino de España: Editorial Masson.

Investigando la página web de López²⁷ (2006), puedo conocer que:

En este rubro no podemos dejar de hablar de la caries ya sea coronal o radicular. En países desarrollados, se ha encontrado que la caries coronal es la principal causa de extracción dental. En cuanto a la prevalencia, más del 90 % de los ancianos ha tenido experiencia de caries coronal. La caries dental es un proceso infeccioso en el que varios microorganismos de la placa dentobacteriana producen ácidos que atacan principalmente el componente inorgánico del diente, provocando su desmineralización, lo cual ocasiona pérdida de sustancia dentaria y se forman cavidades en los dientes. (p. 83)

Se puede concluir que la higiene bucal y la resistencia que tenga el diente antes los ácidos juega un papel importante para el control de la caries, ya que son los microorganismos presentes en la placa bacteriana los que producen ácidos que desmineralizan al diente.

Consultando la obra de MacEntee et al.²⁸ (2012), puedo referenciar que:

El colapso y la destrucción de la dentición natural como consecuencia de este proceso de caries por lo general conducen a las dificultades para masticar y origina la desfiguración. Sin embargo, solo rara vez se asocian los dientes viejos con el dolor dental, probablemente porque el aislamiento de la dentina secundaria depositada a lo largo de los años permite el colapso de la estructura sin la sensibilidad aguda y el dolor que surge de los dientes más jóvenes. (p. 147)

Analizando la obra de Cardenas y Radi²⁹ (2011), puedo referenciar que:

La caries radicular o caries del cemento clasificada por la CIE – OE con el código KO2.2, se define como la destrucción de la raíz del diente (cemento) en la zona cervical expuesta al medio bucal, producida por la acción prolongada de ácidos orgánicos fermentados por microorganismos (*Streptococcus mutans*) a partir de carbohidratos y albergados en la biopelícula madura, El desenlace

²⁷López, M.P. (2006). *Salud oral en geriatría*. Estados Unidos Mexicano: Editorial El Manual Moderno.

²⁸ MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

²⁹Cárdenas, Jaramillo, D, y Radi, Londoño, J. N. (2011). *Aspectos claves: urgencias odontológicas*. (1ªed.) República de Colombia: Editorial Cib.

final de la caries radicular es la fractura de dientes (coronaria) (CIE-OE: KO8.3), que motiva la consulta de urgencia del paciente por razones estéticas o por dolor cuando en la fractura quedan fragmentos agudos que causan úlcera traumática de la mucosa de labios, carrillos o lengua. (p. 409)

Analizando la obra MacEntee et al.³⁰ (2012), puedo referenciar que:

Streptococcus mutans, *Streptococcus sobrinus*, *Streptococcus cricetus*, Lactobacilos y posiblemente algunos otros microorganismos viven en la placa bacteriana adherida a los dientes. Ellos producen ácido a partir de azúcares fermentados en la placa dental, y el ácido desmineraliza el esmalte, el cemento y la dentina. La desmineralización ácida es más probable en las superficies radiculares de los dientes a medida que la pérdida e inserción gingival expone la estructura menos resistente de cemento y dentina. Y así, la probabilidad de caries aumenta con la edad y la recesión gingival cuando la frecuencia del consumo de azúcar es alto y la efectividad del cepillado es baja. (p. 100)

Analizando la obra de Barrancos y Barrancos³¹ (2008), puedo conocer que:

Desde el punto de vista epidemiológico se ha demostrado que la caries radicular se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores de 50 años, en pacientes con enfermedad periodontal y con recesión gingival, y los factores de riesgo de este tipo de caries deben identificarse. (p. 350)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis basada en el concepto anteriormente citado la caries radicular o de cemento se produce sobre la raíz expuesta del diente, afectando en la mayoría de los casos a los a adultos mayores. Este tipo de caries provoca la destrucción de la raíz del diente e incluso la fractura del mismo, lastimando la mucosa de labios y carrillos del paciente.

Examinando la página web de Fuentes et al.³² (2012), puedo conocer que:

³⁰MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

³¹Barrancos, M, y Barrancos, J. (2008). *Operatoria dental integración clínica*. República Argentina: Editorial Panamericana.

³²Fuentes, S. A., Tinoco, A. M., Quiroz, Pavón, A. E., Barrueco, Noriega, G. S., Guerrero, I. S., Rivero, López, J. A., y Taboada, O. S. (2012). *Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor*. Estados Unidos Mexicanos: Copyright cenetec.

En los adultos mayores que presentan caries radicular se debe considerar la presencia de los factores de riesgo para su inmediata atención:

Recesión gingival

Exposición radicular (aun cuando no exista recesión, pero que existan bolsas periodontales, donde las bacterias tengan contacto directo con la superficie radicular del diente.)

La acumulación de placa bacteriana sobre la superficie radicular.

Dieta cariogénica

Hábitos deficientes de higiene bucal

Xerostomía

Disminución de las habilidades motoras requeridas para una higiene adecuada

Factores médicos, psiquiátricos y sociales agregados. (p. 14)

Examinando la obra de López³³ (2006) puedo conocer que “Existen factores que aumentan el riesgo de caries en el adulto mayor, estos son: xerostomía, el tabaquismo, hábitos dietéticos, enfermedades demenciales” (p. 83).

Además de la higiene bucal, existen otros factores que influyen ya sea de manera directa o indirecta en la aparición de la caries dental, presencia de xerostomía, determinados medicamentos, entre otros.

2.5. Edentulismo.

Investigando la página web de Fuentes et al.³⁴ (2012), puedo conocer que:

La idea de que la edad es el único factor por la cual se pierden los dientes ha quedado descartada, dicha pérdida dependerá principalmente de los cuidados, de la higiene bucal, alteraciones en la nutrición y de las enfermedades concomitantes durante toda su vida (diabetes mellitus mal controlada). (p. 18)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis basada en el concepto anteriormente citado conoce que esta etapa de la vida no es la única razón por la que se

³³López, M.P. (2006). *Salud oral en geriatría*. Estados Unidos Mexicano: Editorial El Manual Moderno.

³⁴Fuentes, A., Alexandro, S. A., Tinoco, A. M., Quiroz, Pavón, A. E., Barrueco, Noriega, G. S., Guerrero, I. S., Rivero, López, J. A., y Taboada, O. S. (2012). *Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor*. Estados Unidos Mexicanos: Copyright cenetec.

produce la pérdida de las piezas dentales, existen ciertos factores que dependerán de la persona misma. Otros que no se pueden evitar como la aparición de enfermedades que causan la caída de los dientes.

Consultando la página web de Belaúnde et al.³⁵ (2012) puedo referenciar que “El edentulismo además de causar problemas en la 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” (p. 77).

Según lo mencionado en el concepto anterior, puedo resumir que por esto que los adultos mayores con un nivel socioeconómico bajo presentan mayor edentulismo, que las personas adultas mayores con un nivel socioeconómico alto.

Investigando la página web de Belaúnde et al.³⁶ (2012), puedo conocer que:

El edentulismo afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas afectadas ya que varía la dieta alimenticia, puede variar el gusto de los alimentos trayendo como consecuencia la malnutrición y desnutrición. Aún las personas que usan prótesis ya sean parciales o totales no tienen la misma efectividad masticatoria que teniendo todas las piezas dentarias. Siendo los principales contribuyentes al edentulismo la enfermedad periodontal crónica y la caries dental. (pp. 77, 78)

Consultando la página web de Torres y Espinoza³⁷ (2009), puedo citar que:

³⁵Belaúnde, Gomez, A., Salazar, S. F., Castillo, Andamayo, D., Manrique, Chavez, J., C., Orejuela, Ramírez, F., Zavaleta, Boza, C, y López, Pinedo, M.L. (2012). *Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh_art01.pdf.

³⁶Belaúnde, Gomez, A., Salazar, S. F., Castillo, Andamayo, D., Manrique, Chavez, J., C., Orejuela, Ramírez, F., Zavaleta, Boza, C, y López, Pinedo, M.L. (2012). *Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh_art01.pdf.

³⁷Torres, Valenzuela, M. A, y Espinoza, Santander, I. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [3, mayo, 2014] Disponible en:

Falta de piezas dentarias produce las siguientes consecuencias: Exclusión de actividades sociales como reuniones, fiestas o comidas familiares, sea por falta de piezas o por tener piezas dentarias mal rehabilitadas, con prótesis que se mueven lo que les impide usarlas con seguridad. Dificultades para hablar. Alteraciones en la actividad afectiva y sexual: hay pruebas de que el adulto mayor puede tener una buena actividad sexual si tiene prótesis o buena rehabilitación bucal, porque adquiere seguridad en sí mismo. (párr. 5, 6, 9, 10)

Analizando la página web de Sánchez et al.³⁸ (2011), puedo conocer que:

La condición nutricional reducida tiene repercusiones notables en la salud de la población anciana, y es probable que anteceda a la aparición de la afección dental y, quizá, que lo propicie. El menor número de dientes funcionales acentúa la modificación de la capacidad de comer, lo cual podría alterar el estado nutricional de los ancianos con estos padecimientos. (p. 111)

Investigando la página web de Sánchez et al.³⁹ (2011) puedo referenciar que “el edentulismo afecta el estado nutricional del adulto mayor, ya que su efectividad masticatoria no será la misma que tenía al poseer todas sus piezas dentales, además la calidad de vida y relaciones interpersonales del individuo también se verá afectada” (p. 111).

Consultando la página web de Araneda et al.⁴⁰ (2009), puedo conocer que:

Dentro de este esquema, la ausencia de piezas dentarias afecta el equilibrio emocional, en especial si estas no son repuestas en forma artificial, debido a que se altera el bienestar físico, por no poder cortar ni triturar los alimentos, y el bienestar social, al tener impedimentos estéticos para relacionarse con su entorno. (p. 14)

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

³⁸Sánchez, Murguiondo, M., Román, Velásquez, M., Dávila, Mendoza, R, y Pedraza, Avilés, A.G. (2011). *Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>

³⁹Sánchez, Murguiondo, M., Román, Velásquez, M., Dávila, Mendoza, R, y Pedraza, Avilés, A.G. (2011). *Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>

⁴⁰Araneda, S, J., Rochefort, Q, C., Matas, C, J, y Jiménez, S, L. F. (2009). *Prioridad para el adulto mayor que utiliza prótesis removible. ¿Estética o función? estudio realizado en pacientes adultos mayores que concurren a la facultad de odontología de la universidad de Chile*. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014] Disponible en: [http://www.revistadentaldechile.cl/temasagosto2009/pdf/prioridad para el adulto mayor.pdf](http://www.revistadentaldechile.cl/temasagosto2009/pdf/prioridad_para_el_adulto_mayor.pdf).

Analizando la página web de Araneda et al.⁴¹ (2009), puedo referenciar que:

Otro factor a considerar es la “calidad de vida”, que se refiere a una evaluación global de todos los aspectos de la vida y que con relación a la salud abarca aquellas facetas que están dominadas o influenciadas de modo significativo por la salud personal. (p. 15)

Consultando la página web de Fuentes et al.⁴² (2012) Puedo conocer que “Se recomienda de reforzar la promoción en la prevención para el control de las enfermedades bucales principalmente en los grupos más vulnerables así como mejorar el acceso a los servicios odontológicos” (p. 17).

Analizando la obra de Fuentes et al.⁴³(2012) puedo conocer que “Debido a la alta prevalencia de edentulia sin rehabilitación protésica se recomienda fomentar medidas educativas y sociales para fomentar el uso de prótesis entre los adultos mayores” (p. 17).

Candidiasis bucal.

Investigando la obra de López⁴⁴ (2006), puedo conocer que:

La *Candida albicans* es un microorganismo oportunista que tiene una gran prevalencia de infección en los ancianos. Se señala que tiene 90 % de patogenicidad en relación con otras especies de candida. Se encuentra con mayor frecuencia en la mucosa del paladar, lengua y el resto de la mucosa

⁴¹Araneda, S. J., Rochefort, Q. C., Matas, C. J, y Jiménez, S. L. F. (2009). *Prioridad para el adulto mayor que utiliza prótesis removible. ¿Estética o función? estudio realizado en pacientes adultos mayores que concurren a la facultad de odontología de la universidad de Chile.* [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014] Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temasagosto2009/pdf/prioridad_para_el_adulto_mayor.pdf

⁴²Fuentes, Alexandro, S. A., Tinoco, A. M., Quiroz, Pavón, A. E., Barrueco, Noriega, G. S., Guerrero, I. S., Rivero, López, J. A, y Taboada, O. S. (2012). *Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor.* Estados Unidos Mexicanos: Copyright cenetec.

⁴³Fuentes, Alexandro, S. A., Tinoco, A. M., Quiroz, Pavón, A. E., Barrueco, Noriega, G. S., Guerrero, I. S., Rivero, López, J. A, y Taboada, O. S. (2012). *Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor.* Estados Unidos Mexicanos: Copyright cenetec.

⁴⁴López, M.P. (2006). *Salud oral en geriatría.* Estados Unidos Mexicano: Editorial El Manual Moderno.

bucal. La presentación clínica de la infección por candida puede ser subdividida en aguda, crónica y mucocutánea. (p. 86)

Basada en el concepto anteriormente citado puedo resumir que los ancianos son uno de los grupos de personas propensas a padecer de candidiasis, esta infección se localiza usualmente en los tejidos blandos de la cavidad oral.

Analizando la obra de Goldsmith, Gilcrest y Leffell⁴⁵ (2009), puedo citar que

La candida seudomembranosa aguda o muguet es la forma más frecuente de candidiasis oral. Entre los factores predisponentes están la diabetes mellitus, el uso de esteroides sistémicos o antibióticos, la anemia perniciosa, los procesos malignos y la aplicación de radioterapia en cabeza y cuello, y los trastornos en inmunidad celular. (p. 1823)

Analizando la obra de Fuentes et al.⁴⁶ (2012), puedo referenciar que:

Con frecuencia se presenta en pacientes ancianos con trastornos médicos y con estados de inmunosupresión, algunas de las posibles causas que hacen se presente la candidiasis:

Uso de quimioterapia.

Radioterapia de cabeza y cuello.

Leucemia y otros trastornos linfoproliferativo.

Infección por VIH.

Uso de corticoides inhalados y sistémicos.

Diabetes mellitus de larga duración.

Mal nutrición.

Uso crónico de antibióticos.

Uso de prótesis bucales desajustadas.

Ancianos frágiles (inmunosenescencia). (p. 31)

Consultando la página web de Gazel y Amenabar⁴⁷ (2009), puedo citar que:

⁴⁵Goldsmith, W, y Gilcrest, P, y Leffell, P. (2009). *Dermatología en medicina general*. (7a ed.) República Argentina. Editorial medica Panamericana.

⁴⁶Fuentes, Alejandro, S. A., Tinoco, A. M., Quiroz, Pavón, A. E., Barrueco, Noriega, G. S., Guerrero, I. S., Rivero, López, J. A, y Taboada, O. S. (2012). *Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor*. Estados Unidos Mexicanos: Copyright cenetec.

⁴⁷Gazel, Bonilla, J, y Amenabar, Cespedes, J.M. (2009). *Cuidados odontológicos preoperatorios en adultos mayores con cáncer de boca*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3242/324227910005.pdf>.

Los pacientes irradiados tienen mayor tendencia a desarrollar infecciones orales causadas por hongos y bacterias. La candidiasis bucal es una infección común en pacientes con tratamiento para cáncer de las vías aéreas superior. El mayor riesgo de candidiasis oral probablemente siguiente de la caída del flujo salival consiguiente radioterapia. Clínicamente, la candidiasis puede verse como eritematosa y pseudo-membranosa. Este último puede ser difícil de diagnosticar y puede confundirse con la mucositis, debido a la radiación. Los pacientes manifiestan dolor y / o una sensación de quemazón. (p. 65)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis basada en el concepto anteriormente citado puede concluir que existen algunos factores que causan la aparición de candidiasis bucal en los ancianos. Uno de ellos es la ingesta de ciertos medicamentos y la presencia de ciertas enfermedades que exponen al adulto mayor a padecer esta patología.

Consultando la página web de Torres y Espinoza⁴⁸ (2009), puedo referenciar que:

Las micosis son frecuentes en el adulto mayor debido a la relación de la homeostasis de la cavidad bucal respecto al estado sistémico de salud del paciente, generalmente inmunodeprimido por el envejecimiento, además las mucosas se adelgazan en forma importante, aumentan las varicosidades en la mucosa bucal y labial y aumenta la frecuencia de fisuras linguales, y bajo los aparatos protésicos con mala higiene pueden proliferar bacterias y hongos saprófitos que normalmente no dan problemas, pero pueden causar procesos infecciosos si penetran a través de estas lesiones. (párr. 11)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, los adultos mayores que se encuentran inmunodeprimidos, tiene mayor posibilidad de presentar candidiasis, además lo aparatos protésicos que no reciben una higiene adecuada también pueden causar la aparición de esta infección.

⁴⁸Torres, Valenzuela, M. A, y Espinoza, Santander, I. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [3, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4124>

Consultando la obra de Bates, Adams y Stafford⁴⁹ (1986) puedo conocer que “El borde bermellón de los labios se estrecha y se producen lesiones en las comisuras labiales por candidiasis en un área que se conserva húmeda y blanda por la presencia de saliva, o como un signo de deficiencia vitamínica” (p. 70).

Enfermedad periodontal.

Analizando la obra de Langlais, Miller y Nield-Gehrig⁵⁰ (2012), puedo citar que:

La periodontitis es la inflamación del periodonto causada por una placa microbiana persistente, que se caracteriza por pérdida progresiva de la fijación epitelial y destrucción del ligamento periodontal y el hueso alveolar. Esta precedida por gingivitis y placa dental, y contiene muchas especies anaerobias. La forma más común, la periodontitis crónica, aumenta en prevalencia con la edad, y progresa episódicamente. (p. 86)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, pudo concluir que la periodontitis es una patología progresiva que afecta los tejidos blandos y duros de la boca. Los causantes principales de este problema, son ciertos microorganismos presentes en la placa dental.

Consultando la obra de Anguita et al.⁵¹ (2010), puedo citar que:

Respecto a la edad la evaluación de grandes poblaciones generalmente demuestra una mayor incidencia de enfermedad periodontal severa en los grupos poblacionales más ancianos. Sin embargo no existe ninguna indicación clara de cómo se asocia el proceso de envejecimiento con la enfermedad periodontal. Los datos de los que disponemos parecen indicar que la presencia de enfermedad periodontal más severa en poblaciones ancianas se debe a la destrucción tisular acumulada durante toda una vida. (p. 67)

⁴⁹Bates, J., Adams, D, y Stafford, G. D. (1986). *Tratamiento odontológico del paciente geriátrico*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El manual moderno.

⁵⁰Langlais, R.P., Miller, C.S., y Nield-Gehrig, J. (2012). *Atlas color de enfermedades bucales*. (1ªed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial El manual moderno.

⁵¹Anguita, Sanchez , M., Argibay, Lorenzo, O., Blanco, Carrión, J., Bullón, Fernández, P., Carral, Freire, C., Castillo, Domínguez, J. C., De Teresa, C., De Teresa, E., Enrile de R. F., Diz de D. P., Fernández, Avilés, F.A., Figueroa, Ruiz, E., Gómez, Melero, P, y Gómez, Dobles, J. J (2010). *Patología periodontal y cardiovascular*. Reino de España: Editorial Panamericana.

Investigando la obra de Llarena⁵² (2012), puedo citar que:

La severidad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad ya que con ella van asociados otros factores de riesgo como son: cambios microbiológicos en la flora oral, xerostomía, efectos secundarios a tratamientos farmacológicos a los que suelen estar sometidos las personas de mayor edad, cambios en los patrones alimenticios, ciertos hábitos (tabaco) y una mayor dificultad para la higiene oral. Además hay que tener en cuenta que, en caso de producirse este proceso patológico, la inflamación se desarrolla más rápidamente y la curación es más lenta. (p. 121)

Consultando la obra de Llarena⁵³ (2012) puedo referenciar que “Se considera a esta patología la causa principal de pérdida dentaria en la edad adulta, siendo los molares los dientes más susceptibles, seguido de los premolares maxilares” (p. 121).

Investigando la página web de Laplace et al.⁵⁴ (2013), puedo conocer que:

La edad, no es un factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad periodontal, está asociada a una disminución en la higiene bucal, así como, a ciertos hábitos y deficiencias nutricionales que constituyen elementos de riesgo. Además, existe una fuerte asociación entre enfermedades generales frecuentes en el anciano como la diabetes mellitus y el desarrollo de la enfermedad periodontal. (párr. 48)

Como parte de esta investigación la autora de esta tesis opina que los pacientes adultos mayores es un grupo de la población propensa a padecer problemas periodontales, aunque no se conoce exactamente cuál es la relación que existe entre la

⁵²Llarena, Peña, C. (2012). *Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano*. República de Chile: Gaceta Dental.

⁵³Llarena, Peña, C. (2012). *Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano*. República de Chile: Gaceta Dental.

⁵⁴Laplace, Pérez, B.N., Legrá, Matos, S.M., Fernández, Laplace, J., Quiñones, Márquez, D., Piña, Suárez, L, y Almeyda, Castellanos, L. (2013). *Enfermedades bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400008&script=sci_arttext

edad y la periodontitis. Se la asocia a enfermedades generales que son frecuentes en el anciano y la deficiente higiene bucal.

Analizando la obra de MacEntee et al.⁵⁵ (2012), puedo citar que:

La investigación de los pacientes ancianos que podrían tener enfermedad periodontal debe incluir (1) la evaluación de las capacidades físicas y cognitivas, (2) la exploración en busca de signos o síntomas de xerostomía e hipofunción de las glándulas salivales, lesiones mucocutaneas, hiperplasia gingival, hemorragia gingival excesiva, hemorragias, u otras patosis agudas y crónicas, y (3) la identificación de medicamentos, el consumo de tabaco, la dependencia química y los trastornos psicológicos o emocionales (Anónimo, 2008b). El examen clínico debe incluir la evaluación de la higiene bucal y la profundidad de la bolsa periodontal, aunque la fragilidad puede aumentar la dificultad de este examen tanto para el paciente como par el clínico. (pp. 136, 137)

Gingivitis.

Analizando la obra de Langlais et al.⁵⁶ (2012), se pudo conocer que:

La gingivitis es una infección bacteriana mixta que produce inflamación y daño reversible de los tejidos gingivales, sin pérdida de tejido conectivo de fijación. Ocurre a cualquier edad, pero con suma frecuencia se origina durante la adolescencia. Requiere la presencia y maduración de una placa dental. La gingivitis se diagnostica por la presencia de sangrado y cambios en el color, contorno y consistencia de la encía. Sus características incluyen una encía marginal hinchada roja, pérdida de puntilleo, papilas interdentes bulbosas rojo- moradas, y aumento del flujo de líquido de la hendidura gingival. Con el cepillado de los dientes y con el sondeo ligero se inducen sangrado y dolor. (p. 84)

Consultando la obra de MacEntee et al.⁵⁷ (2012), puedo conocer que:

Aproximadamente uno de cada cinco personas tratadas con medicamentos bloqueadores de los canales de calcio como la nifedipina o amlodipina para los

⁵⁵MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁵⁶Langlais, R.P., Miller, C.S., y Nield-Gehrig, J. (2012). *Atlas color de enfermedades bucales*. (1ªed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial El manual moderno.

⁵⁷MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

espasmos de la arteria coronaria pueden adquirir hiperplasia gingival, sobre todo los ancianos con mala higiene bucal y severa gingivitis. (p. 99)

Examinando la obra de Gonzales, Meta, Sercombe⁵⁸ (2009), puedo citar que:

En contraste con los niños y los adultos jóvenes, la inflamación gingival en poblaciones de adultos mayores es más pronunciada al margen de la cantidad de placa bacteriana presente. La razón de la diferencia en adultos mayores puede ser resultado de una diferencia relacionada con la edad en la respuesta inflamatoria relacionada con la placa. (p. 408)

Para la autora de esta tesis según lo analizado la gingivitis es una patología bucal, que afecta a los tejidos blandos, y puede ser diagnosticada realizando un examen clínico, ya que se manifiesta con ciertos signos que nos permiten identificarla. Existe una diferencia entre la gingivitis presente en adultos jóvenes y adultos mayores, además hay ciertos medicamentos que influyen en la presencia de problemas gingivales.

Consultando la página web de Laplace et al.⁵⁹ (2013) puedo citar que “Independientemente de la edad, es la acumulación de la placa la que conduce a la inflamación gingival que provoca el desencadenamiento de los eventos antes referidos. Este proceso es reversible con una adecuada higiene bucal y un óptimo cuidado estomatológico” (párr. 49).

Analizando la obra del Ministerio de Salud Pública Chile⁶⁰ (2010), puedo citar que:

⁵⁸Gonzales, M., Meta, I, y Sercombe, J. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ª ed.) República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁹Laplace, Pérez, B.N., Legrá, Matos, S.M., Fernández, Laplace, J., Quiñones, Márquez, D., Piña, Suárez, L, y Almeyda, Castellanos, L. (2013). *Enfermedades bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400008&script=sci_arttext.

⁶⁰Ministerio de Salud Pública de Chile. (2010). *Guía clínica: salud oral integral para adultos de 60 años*. República de Chile: Serie Guías Clínica Minsal.

Los factores de riesgo para enfermedad periodontal son los siguientes:
Aumento o cambio en la carga de placa bacteriana específica (P. gingivalis, A. Actinomyces, T. Forsythensis, P. Intermedia y F. Nucleatum).
Tabaquismo, dado por el efecto que éste tiene sobre algunos aspectos de la respuesta inflamatoria e inmune. Estudios histológicos han mostrado alteraciones en la vascularización de los tejidos periodontales en personas fumadoras.
El tabaco afecta tanto la inmunidad celular como la humoral, aumentando la susceptibilidad a sufrir periodontitis, así como también, reduciendo la respuesta a las terapias periodontales.
Diabetes.
Factores genéticos asociados (polimorfismo para la secreción aumentada de mediadores inflamatorios, es decir, algunos sujetos, frente a la misma composición microbiana, responderían secretando altas cantidades de mediadores inflamatorios, con la subsecuente destrucción de los tejidos periodontales). (p. 18).

Xerostomía.

Analizando la obra de López ⁶¹ (2006), puedo citar que:

La saliva desempeña un papel importante en la salud bucal, ya que da mantenimiento y protección a los tejidos, manteniéndolos lubricados y limpios; auxilia a la masticación, deglución, digestión, promueve el gusto y ayuda al mantenimiento y remineralización dental. La mayoría de las personas ancianas tienen disfunción de las glándulas salivales, lo cual se complica, dando origen a la xerostomía; esta se define como una sensación subjetiva de sequedad bucal. (p. 84).

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, la saliva desempeña un rol muy importante, ya que no solo mantiene la salud oral en buen estado, sino que la salud en general, pues interviene en otras funciones que realiza nuestro organismo.

Consultando la obra de Krammer⁶² (2012), puedo conocer que:

En el caso de la xerostomía no existe generalmente una real deshidratación del cuerpo, sino un mal funcionamiento de las glándulas salivales, lo que provoca sequedad bucal y consecuentemente, activa el mecanismo de alarma que

⁶¹López, M.P. (2006). *Salud oral en geriatría*. Estados Unidos Mexicano: Editorial El Manual Moderno.

⁶²Krammer, R. (2012). *Dientes propios para toda la vida*. Estados Unidos Mexicanos: Kindle.

mencionamos anteriormente. Variadas causas son capaces de provocar esta disfunción. (párr. 39)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis conoce que la xerostomía también es conocida como sequedad en la boca, esto ocurre cuando las glándulas salivales dejan de funcionar correctamente y no producen suficiente saliva como para mantener la boca húmeda.

Analizando la obra de Roisinblit⁶³ (2010) puedo referenciar que “El paciente tiene necesidad de beber agua en todo momento; sensación de boca y garganta seca; dolor; alteración del gusto; dificultad para hablar; masticar y deglutir; sensación de quemazón; sabor salado o amargo; dificultad para usar la prótesis” (p. 153).

Analizando la obra de Roisinblit⁶⁴ (2010), puedo citar que:

Las lesiones descamativas dolorosas en mucosa bucal y labial, mucositis, glositis y glosodínias son frecuentes y pueden ser severas. La mucosa seca, pierde su brillo, los guantes de látex se adhieren fácilmente a los tejidos, la lengua presenta un aspecto fisurado y/o lobulado y hay dilatación de las glándulas salivales. (p. 154)

Investigando la obra del Ministerio de Salud Pública Chile⁶⁵ (2010), pudo conocer que:

Una disminución en el flujo salival lleva, comúnmente, a personas mayores a quejarse de sensación de boca seca (xerostomía). Esta disfunción en la edad adulta es, en la mayoría de los casos, una consecuencia de enfermedades

⁶³Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República de Argentina: E-Book.

⁶⁴Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República de Argentina: E-Book.

⁶⁵Ministerio de Salud Pública de Chile. (2010). *Guía clínica: Salud oral integral para adultos de 60 años*. República de Chile: Serie Guías Clínica Minsal.

sistémicas, uso de medicamentos o radioterapia de cabeza y cuello. Los síntomas más frecuentes corresponden a: sed, boca seca, dificultades en la realización de las funciones bucales, disfagia, problemas en el habla, dificultad para portar prótesis, incomodidad nocturna, infecciones orofaríngeas, ardor orofaríngeo, acumulación de mucus, retención de comida en la boca, acumulación de placa, cambios en la flora bucal, alteraciones en el gusto. (p. 17)

Consultando la obra de Krammer⁶⁶ (2012), puedo referenciar que:

Entre el 14% - 46% de la población adulta se queja de tener la boca seca. Es más frecuente entre las mujeres (33%, contra 21% entre los hombres), y su prevalencia aumenta con la edad al punto que entre los mayores de 60 años entre un 30% - 40% se queja de xerostomía. Esto último puede deberse a dos causas: a medida que un individuo envejece aumenta el número de medicamentos que tiene que tomar; también, estudios microscópicos muestran que con la edad el elemento noble de las glándulas es progresivamente reemplazado por tejido adiposo y fibroso. (p. 40)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis puede conocer que la xerostomía afecta a la población adulta, y quienes se ven más afectadas son las mujeres que los hombres, además con la edad es más usual que se presente esta patología, ya que en muchos casos la xerostomía se da como efecto secundario de ciertos medicamentos.

Analizando la obra de Cawson y Odell⁶⁷ (2009), puedo referenciar que:

En los animales, la eliminación o la inactivación de las glándulas salivales mayores determina un aumento de la actividad de las caries en una proporción aproximada a la reducción de la producción de saliva. La caries dental también puede aumentar de manera espectacular en el ser humano con la xerostomía secundaria a las enfermedades de las glándulas salivales. (p. 47)

Consultando la obra de Krammer⁶⁸ (2012), puedo referenciar que:

⁶⁶Krammer, R. (2012). *Dientes propios para toda la vida*. Estados Unidos Mexicanos: Kindle.

⁶⁷Cawson, R.A, y Odell, E.W. (2009). *Fundamentos de medicina y Patología Oral*. (8ª ed.) Reino de España: Elsevier.

Como se trata la sequedad bucal:

El tratamiento de la sequedad bucal dependerá de la causa que este provocando el problema.

Si es causado por el efecto colateral de algún medicamento el medico podrá estudiar su eventual reemplazo por otro que no cause el problema o ajustar la dosis. Si la causa reside en una insuficiente producción de saliva se debe averiguar la causa de ello y tal vez indicar medicamentos que la estimulen. (p. 39)

Analizando la obra de Krammer⁶⁹ (2012), puedo citar que:

Que pueden hacer por si mismos los que sufren de boca seca para aliviar sus síntomas:

Tomar frecuentemente pequeños sorbos de agua o bebidas sin azúcar (diet); chupar cubos de hielo.

Evitar el consumo de bebidas que contengan cafeínas tales como el café, te, y algunas colas. La cafeína puede provocar sequedad bucal.

Tomar pequeños sorbos de agua durante la comida; esto facilitara la masticación y deglución y también puede contribuir a apreciar mejor el gusto de la comida.

Emplear un bálsamo labial para evitar partiduras en los labios. (p. 40)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, conoce que el síndrome de boca seca o xerostomía, tiene cura, esta puede ser tratada dependiendo de lo que la esté causando, además quien la padece puede seguir ciertas recomendaciones, para aliviar los síntomas.

Cuadro 1.

Criterio de terminología común para eventos adversos (CTCAE).

	Sintomático ejemplo: Saliva seca o espesa.	Síntomas moderados alteraciones en la ingestión oral ejemplo:	Incapacidad de alimentarse adecuadamente por vía oral.
--	---	---	---

⁶⁸Krammer, R. (2012). *Dientes propios para toda la vida*. Estados Unidos Mexicanos: Kindle.

⁶⁹Krammer, R. (2012). *Dientes propios para toda la vida*. Estados Unidos Mexicanos: Kindle.

		Abundante agua u otros.	
Boca seca	Sin alteración dietética significativa fluido de saliva no estimulada> 0.2 ml/mm	Lubricantes, dieta limitada a purés y/o alimentos suaves, húmedo, saliva no estimulada 0,1 a 0,2 ml/mm.	Saliva no estimulada <0,1 ml/mm.

Nota: Criterio de terminología común para eventos adversos (CTCAE).

Departamento de salud y servicios humanos. (2009). *Criterio de terminología común para eventos adversos*. Estados Unidos de América: Instituto Nacional de salud. Cap. II, p. 36.

2.6. Higiene bucal del adulto mayor.

Investigando la obra de Calleja et al.⁷⁰(2010) puedo citar que “Recuerde a los adultos mayores que la higiene bucal es la clave para prevenir y mantener la salud de los dientes, encía y lengua” (p. 5).

Analizando la obra de Llarena⁷¹ (2012), puedo referenciar que:

Se ha demostrado una mayor incidencia de caries en pacientes con una mala higiene bucal o con una cantidad de saliva menor que la habitual (disminución de la autoclisis), y en los que, por tanto, se produce una acumulación de placa bacteriana que favorece el desarrollo de lesiones cariosas. Asimismo, uno de los factores de riesgo más prevalentes en la boca del anciano es el hecho de ser portadores de prótesis parciales removibles, ya que favorecen la retención de placa bacteriana con sus consiguientes consecuencias anteriormente explicadas. (p. 122)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, la higiene bucal es importante para mantener una buena salud oral, y evitar la presencia de molestias

⁷⁰Calleja, Olvera, J.A., Mazariegos, Cuervos, M.L., Lozano, Dávila, M. E., Quiroz, Pavón, A., Luna, Bañuelos, A.J, y Sanz, Berd, C. (2010). *Guía de consulta para el médico y el odontólogo de primer nivel de atención*. Estados Unidos Mexicano: Secretaria de Salud.

⁷¹Llarena, Peña, C. (2012). *Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano*. República de Chile: Gaceta Dental.

tanto en los dientes como en las encías. Además en los adultos mayores existen ciertos factores, que si el anciano o quienes están a cargo de su cuidado no toman la atención necesaria, van a impedir una correcta higiene oral, como por ejemplo el uso adecuado de las prótesis dentales.

Consultando la obra de Calleja et al.⁷² (2010) puedo citar que “La placa bacteriana se forma mediante dos factores: la acumulación de restos de alimento y una deficiente higiene bucal que conllevan a la aparición de la caries dental y enfermedad periodontal” (p. 4).

Consultando la obra del Ministerio de Salud Pública de Chile⁷³ (2010), puedo conocer que:

Se recomienda un cepillado sistemático, dos veces al día, con un cepillo de cabeza pequeña y filamentos redondeados y mango confortable (grado de recomendación c) (7,8); o cepillo eléctrico con movimiento de oscilación/rotación, los que han mostrado ser efectivos en el corto plazo de 3 meses. (p. 6)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, para mejorar la higiene bucal del adulto mayor, es necesario darles ciertas recomendaciones en cuanto a la frecuencia en que deben cepillarse los dientes, y cuáles son las características ideales que debe tener un cepillo dental.

Investigando la obra de Calleja et al.⁷⁴ (2010), puedo citar que:

⁷²Calleja, Olvera, J.A., Mazariegos, Cuervos, M.L., Lozano, Dávila, M. E., Quiroz, Pavón, A., Luna, Bañuelos, A.J, y Sanz, Berd, C. (2010). *Guía de consulta para el médico y el odontólogo de primer nivel de atención*. Estados Unidos Mexicanos: Secretaria de Salud.

⁷³Ministerio de Salud Pública de Chile. (2010). *Guía clínica: salud oral integral para adultos de 60 años*. República de Chile: Serie Guías Clínica Minsal.

Aconseje al adulto mayor que debe usar hilo dental después del cepillado por lo menos una vez al día, de otra manera solo se realizará la mitad del trabajo para mantener una boca sana. Otras alternativas en caso de no disponer de hilo dental son el uso de hilo para coser o nylon. Infórmeles que el uso del hilo dental es indispensable para el cuidado de los dientes ya que el cepillo por el grosor de sus cerdas no llega a limpiar los espacios interdentarios y que las primeras veces que se use, la encía puede doler o sangrar un poco, ya dominada la técnica esta molestia desaparece. (p. 5)

Como parte de la investigación la autora de esta tesis, aparte del cepillo dental existe otros elementos auxiliares que les serán útiles a los adultos mayores para mantener una correcta higiene bucal, como el uso del hilo dental y colutorios. Es importante explicarles porque es indispensable el uso de estos elementos, y cuando hay que hacerlo.

Consultando la obra de Calleja et al.⁷⁵ (2010), puedo referenciar que:

En caso de que los adultos mayores usen prótesis dental removible (prótesis que el paciente puede retirar de la boca y colocar nuevamente por sí mismo), infórmeles sobre algunos aspectos tales como: La importancia de lavar la prótesis después de cada comida para evitar la acumulación de restos de alimento, con cepillo dental convencional, un cepillo especial para prótesis que se puede adquirir en cualquier farmacia, o bien con un cepillo de los que se usa en casa para usos diversos. (p. 6)

Los adultos mayores portadores de aparatos protésicos removibles también deben cuidar su higiene bucal, para ello es importante que limpien frecuentemente la prótesis, y de esta manera evitar que se acumulen restos de comida en ella.

⁷⁴Calleja, Olvera, J.A., Mazariegos, Cuervos, M.L., Lozano, Dávila, M. E., Quiroz, Pavón, A., Luna, Bañuelos, A.J, y Sanz, Berd, C. (2010). *Guía de consulta para el médico y el odontólogo de primer nivel de atención*. Estados Unidos Mexicano: Secretaria de Salud.

⁷⁵Calleja, Olvera, J.A., Mazariegos, Cuervos, M.L., Lozano, Dávila, M. E., Quiroz, Pavón, A., Luna, Bañuelos, A.J, y Sanz, Berd, C. (2010). *Guía de consulta para el médico y el odontólogo de primer nivel de atención*. Estados Unidos Mexicano: Secretaria de Salud.

Investigando la obra del Ministerio de Salud Pública de Chile⁷⁶ (2010), puedo referenciar que:

Una gran mayoría de los pacientes adultos poseen restauraciones realizadas en diferentes épocas de su vida, realizadas por diferentes profesionales que utilizaron diferentes técnicas y materiales, que suelen presentar márgenes defectuosos y alteraciones de contornos, los que a su vez, favorecen la acumulación de placa bacteriana. Es fundamental reparar estas alteraciones. (p. 23).

Consultando la obra de Roisinblit⁷⁷ (2010), puedo conocer que:

Muchos adultos mayores tienen escasas expectativas referidas a su salud. Esperan ser menos saludables y físicamente menos activos a medida que transcurre el tiempo. En síntesis, esperan sentirse mal como norma. La valoración del autocuidado como la higiene personal, incluyendo la higiene oral, ocurre cuando el individuo está bien consigo mismo. (p. 165)

La autoestima también influye en la higiene oral del adulto mayor, si tiene una autoestima baja, para él no va a ser importante lavar sus dientes, por el contrario si su autoestima está bien, le va a prestar mayor interés a su salud, por lo tanto va a cuidar más sus dientes porque quiere sentirse bien consigo mismo.

2.7. Unidades de observación y análisis.

Los pacientes que incluirá la investigación son personas mayores de 65 años que acuden a la atención odontológica en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera.

2.8. Variables.

⁷⁶Ministerio de Salud Pública de Chile. (2010). *Guía clínica: salud oral integral para adultos de 60 años*. República de Chile: Serie Guías Clínica Minsal.

⁷⁷Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República Argentina: E-Book.

Edad, sexo, gingivitis, caries, periodontitis, diabetes mellitus, edentulismo, uso de esteroides, xerostomía, candidiasis bucal.

2.9. Matriz de operacionalización de las variables.

Cuadro 2.
Operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo.	Escala.	Definición.	Indicador.
Edad.	Cuantitativa discreta.	65 años en adelante.	Años cumplidos al momento de la encuesta.	Media. Desviación Estándar.
Sexo.	Cualitativo nominal dicotómico.	Femenino. Masculino.	Simple inspección de género.	Frecuencia absoluta. Por ciento.
Gingivitis.	Cualitativo nominal dicotómico.	0-1.	Enfermedad bucal que provoca inflamación y sangrado de las encías (Ficha clínica periodontal).	Frecuencia absoluta. Por ciento.
Índice de caries.	Cualitativo ordinal.	Valores: Muy bajo. Bajo. Moderado. Alto. Muy alto.	Según la OMS el índice CPO: 0-1.1 1.2-2.6 2.7-4.4 4.5-6.5 6.6 y más.	Media. Desviación estándar.
Periodontitis.	Cualitativa ordinal dicotómica.	Presenta periodontitis. No presenta periodontitis.	Se refiere a una serie de enfermedades inflamatorias que afectan al periodonto - es decir, los tejidos que rodean y sostienen los dientes (Ficha clínica periodontal, se medirá por medio del sondaje).	Frecuencia absoluta Por ciento.
Diabetes Mellitus.	Cualitativa Nominal dicotómica.	Sí. No.	Enfermedad metabólica. Se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la	Frecuencia absoluta. Por ciento.

			sangre, (Historia clínica).	
Edentulismo.	Cualitativa ordinal dicotómica.	Sin edentulismo. Edentulismo Parcial. Edentulismo Total.	Pérdida de algunos de los dientes. Pérdida de todos los dientes. (Historia clínica CPO).	Frecuencia absoluta Porcentaje.
Uso de glucocorticoides.	Cualitativa nominal dicotómica.	Usa esteroides. No usa esteroides.	Medicamento utilizado para disminuir la respuesta inmunológica en enfermedades auto-inmunitarias respiratorias, dermatológicas y hematológicas. (Historia clínica).	Frecuencia absoluta. Porcentaje.
Xerostomía.	Cualitativa nominal dicotómica.	Manifiesta Xerostomía. No manifiesta xerostomía.	Disminución de la cantidad de saliva. (Historia clínica, sialometría, prueba de terrón de azúcar).	Frecuencia absoluta. Porcentaje.
Candidiasis bucal.	Cualitativa nominal dicotómica.	Manifiesta candidiasis. No manifiesta candidiasis.	La candidiasis bucal es una infección micótica de la boca causada por un crecimiento excesivo de la levadura <i>Cándida albicans</i> . (Ficha clínica, examen sistema estomatognático).	Frecuencia absoluta. Porcentaje.

Nota: Operacionalización de las variables. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 2, p. 41.

CAPITULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad de la Investigación.

La investigación fue de campo ya que se realizó encuesta a los adultos mayores que acudieron atenderse en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera, a los cuales se les realizaron las respectivas encuestas y examen odontológico.

3.2. Tipo de investigación.

Descriptiva de corte transversal.

3.3. Métodos.

Para el desarrollo del trabajo de investigación se realizaron encuestas, y examen clínico odontológico a la población de estudio, lo cual permitió conocer cuáles son las principales enfermedades que presenta el paciente geriátrico. El tipo de medicación que está tomando, el índice de caries presente, por la ausencia de piezas dentales, se estableció el tipo de edentulismo, también determinaron la presencia de xerostomía y candidiasis bucal. La ficha clínica periodontal fue utilizada para el diagnóstico de gingivitis y periodontitis mediante el sondaje de bolsas periodontales.

3.4. Técnicas.

-Encuesta: para determinar el uso de esteroides.

-Ficha de observación: para establecer hallazgos clínicos de la cavidad oral.

3.5. Instrumentos.

-Cuestionario para encuesta.

-Historia clínica.

-Ficha para diagnóstico de gingivitis y periodontitis.

3.6. Población y muestra.

Población: 180 adultos mayores de 65 años atendidos en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera cantón Portoviejo en el periodo de Marzo 2014- Agosto 2014.

Muestra: se trabajará con el total de la población.

3.7. Recolección de la información.

La información primaria se la obtuvo mediante la aplicación de cuestionarios y el examen clínico, lo cual se realizó en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera. La información secundaria provino de textos, artículos de revistas científicas.

3.8. Procesamiento de la información.

Esto se lo realizó en el programa Microsoft office Excel 2010. En el cual se calculó mediante las funciones de media, mediana, desviación estándar, por ciento y frecuencia absoluta y de esta manera poder procesar la información estadística.

3.9. Ética.

A todos los adultos mayores incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó 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 confeccionó una planilla. (Ver en Anexos 4, página 79).

CAPÍTULO IV.

4. Resultado de la investigación.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados.

Cuadro 3.
Distribución de pacientes por sexo.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Femenino.	111	62%
Masculino.	69	38%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes por sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Historia clínica realizada a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 74.

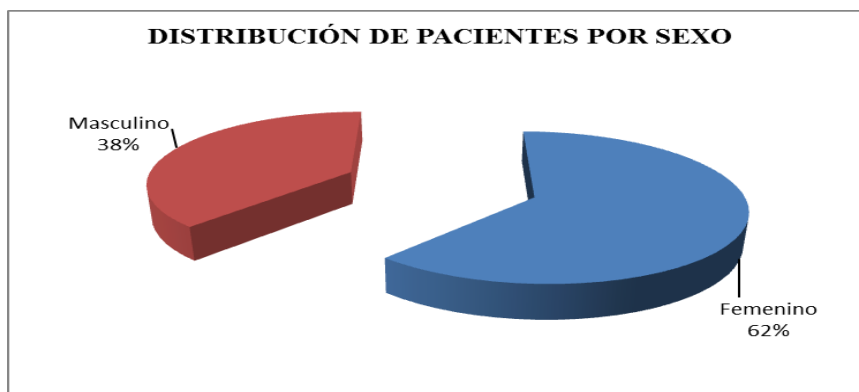


Gráfico N°. 1. Distribución porcentual de los pacientes por sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Información obtenida del cuadro 3. Cap. IV, p. 46.

Según la información del dpto. De Estadística del Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera la población adulto mayor atendida durante el año 2013 fue de 527, de los cuales, la muestra calculada y luego investigada determina que el 62% corresponde

a 111 adultos mayores de sexo femenino. Y el 38% es decir 69 adultos mayores son de sexo masculino.

Cuadro 4.
Distribución de pacientes por edad.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
65-75 años.	119	66%
76-86 años.	53	29%
87-99 años.	8	7%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes por edad. Realizado por la autora de esta tesis. Historia clínica realizada a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 74.

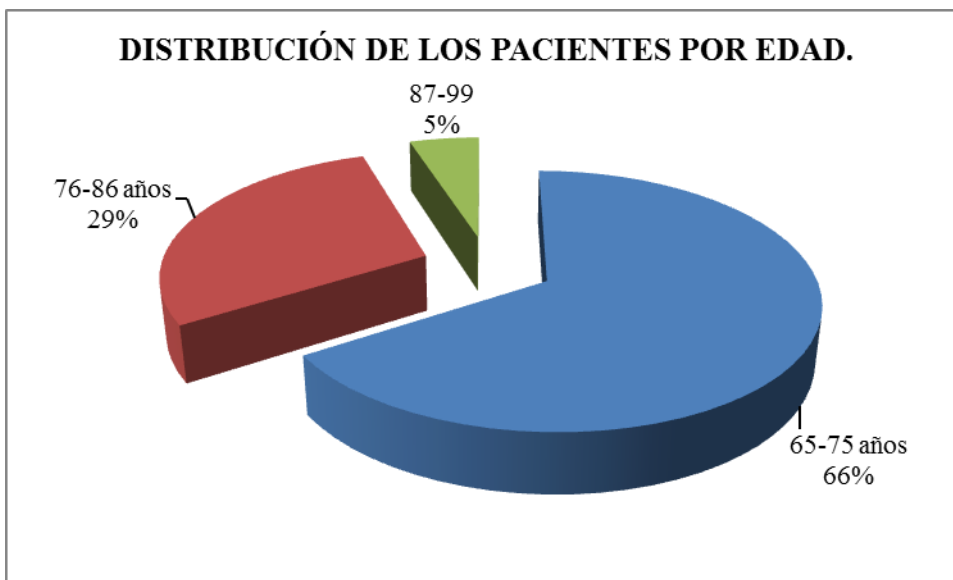


Grafico N^o. 2. Distribución porcentual de los pacientes por edad. Realizado por la autora de esta tesis. Información obtenida del cuadro 4. Cap. IV, p. 47.

El 66% de los encuestados que corresponden a 119 adultos mayores están en la edad comprendida entre 65-75 años. El 29% de los encuestados que corresponden a 53 adultos mayores están en la edad comprendida entre 76-86 años. El 7% de los encuestados que corresponden a 8 adultos mayores están en la edad comprendida entre 87-99 años.

Analizando la obra de Prichard⁷⁸ (1981), puedo citar que:

La edad cronológica del paciente es menos importante que su edad biológica y emocional. Idealmente la edad avanzada debería ser un estado en que continuara el desarrollo sin parecido con la enfermedad. Sin embargo, los pacientes más viejos tiene más problemas generales, y a medida que la edad aumenta se eleva constantemente el porcentaje de pacientes con complicaciones generales. Con todo, una persona anciana ha de ser tratada como individuo, peculiar en sí mismo; no se pueden formular reglas aplicables a todas las personas ancianas. (p. 987)

Cuadro 5.
Pacientes que presentan Diabetes Mellitus.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	53	29%
No.	127	71%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que presentan Diabetes Mellitus. Realizado por la autora de esta tesis. Historia clínica realizada a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 74.

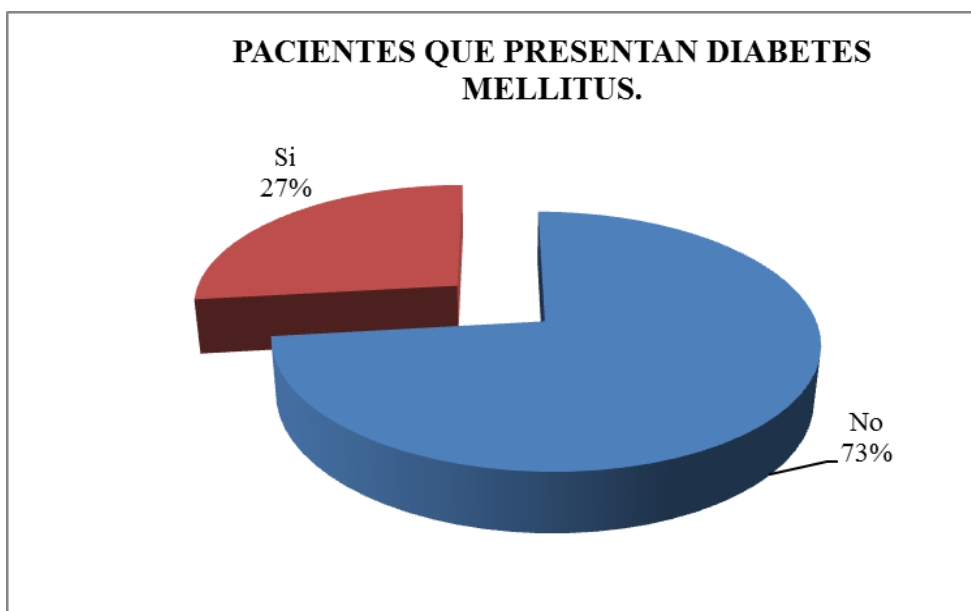


Grafico N^o. 3. Distribución porcentual de los pacientes que presentan y no presentan Diabetes Mellitus. Información obtenida del cuadro 5. Cap. IV, p. 48.

⁷⁸Prichard, J.F. (1981). *Enfermedad periodontal avanzada*. (3^a ed.) Estados Unidos de América: Editorial Labor. S.A.

El 29% de los encuestados que corresponden a 53 adultos mayores si presentan diabetes mellitus. El 71% de los encuestados que corresponden a 127 adultos mayores no presentan diabetes mellitus.

Consultando la página web de Galvis⁷⁹ (2012), puedo conocer que:

La diabetes mellitus es una de las enfermedades sistémicas con mayor prevalencia en la población mundial y, a su vez, es considerada un problema de salud pública. Esta alteración es catalogada como uno de los factores de riesgo más importantes asociados a la enfermedad periodontal. Se realizó entonces una revisión de literatura sobre la relación diabetes-enfermedad periodontal. (párr. 1)

Cuadro 6.
Pacientes que usan glucocorticoides.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Usa.	3	2%
No usa.	177	98%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que usan glucocorticoides. Realizado por la autora de esta tesis. Encuesta realizada a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 75.

⁷⁹Galvis, M.M., Montoya, Zuluaga, Y.P, y Saldarriaga, Saldarriaga, A. (2012). *Diabetes y enfermedad periodontal: hacia un modelo clínico bidireccional*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/285>

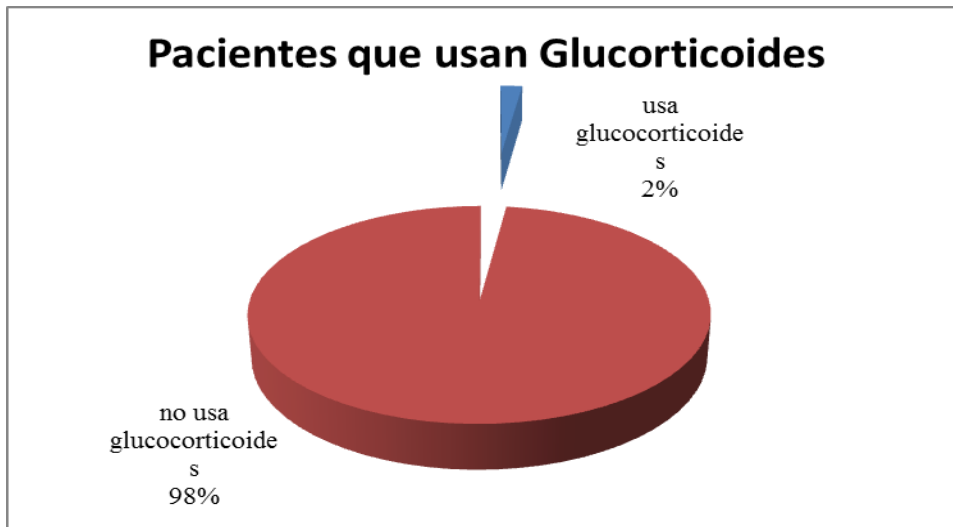


Grafico N°. 4. Distribución porcentual de los pacientes que usan glucocorticoides. Realizado por la autora de esta tesis.
 Información obtenida del cuadro 6. Cap. IV, p. 49.

El 2% de los encuestados que corresponden a 3 adultos mayores si utilizan glucocorticoides. El 98% de los encuestados que corresponden a 177 adultos mayores no utilizan glucocorticoides.

Analizando la obra de Velásquez⁸⁰ (2010) puedo conocer que “Entre las manifestaciones intraorales que se dan por el uso de este medicamento están la candidiasis oral, sequedad bucal e interferencia en la cicatrización de heridas” (p. 107).

⁸⁰Velásquez, Gaviria, O. J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. República de Colombia: Health Book's.

Cuadro 7.
Pacientes que presentan edentulismo.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sin edentulismo.	6	3 %
Edentulismo Total.	49	27%
Edentulismo parcial.	125	70%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que presentan edentulismo. Realizado por la autora de esta tesis. Encuesta realizada a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 74.



Grafico N°. 5. Distribución porcentual de los pacientes que presentan edentulismo. Información obtenida del cuadro 7. Cap. IV, p. 51.

El 3% de los encuestados que corresponden a 6 adultos mayores no presentan edentulismo. El 27% de los encuestados que corresponden a 49 adultos mayores presentan edentulismo total. El 70% de los encuestados que corresponden a 125 adultos mayores presentan edentulismo parcial.

Investigando la página web de Belaúnde et al.⁸¹ (2012) puedo citar que “El edentulismo además de causar problemas en la 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” (p. 77).

Cuadro 8.
Pacientes que manifiestan candidiasis.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Manifiesta.	3	2%
No manifiesta.	177	98%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que manifiestan candidiasis. Realizado por la autora de esta tesis. Historia clínica realizada a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 74.

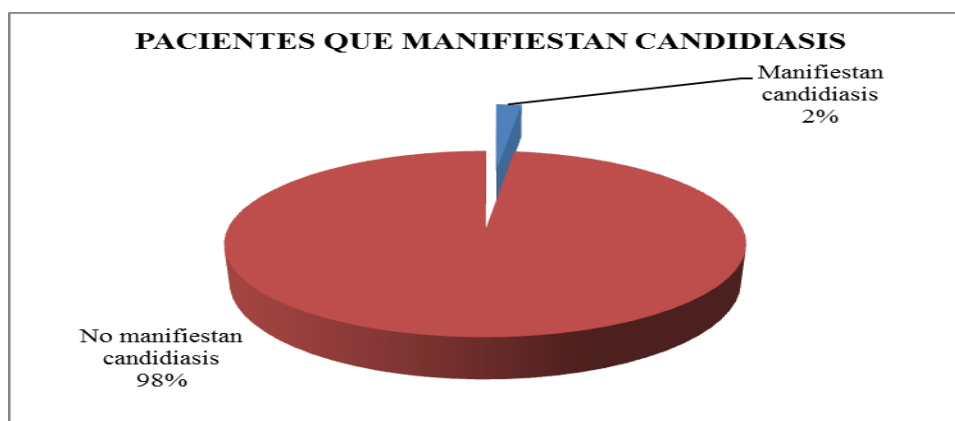


Grafico N°. 6. Distribución porcentual de los pacientes que manifiestan candidiasis. Información obtenida del cuadro 8. Cap. IV, p. 52.

El 2% de los encuestados que corresponden a 3 adultos mayores manifiestan candidiasis. El 98% de los encuestados que corresponden a 177 adultos mayores no manifiestan candidiasis.

⁸¹Belaúnde, Gomez, A., Salazar, S. F., Castillo, Andamayo, D., Manrique, Chavez, J., C., Orejuela, Ramírez, F., Zavaleta, Boza, C, y López, Pinedo, M.L. (2012). *Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh_art01.pdf

Analizando la obra Fuentes et al.⁸² (2012), puedo conocer que:

Con frecuencia se presenta en pacientes ancianos con trastornos médicos y con estados de inmunosupresión, algunas de las posibles causas que hacen se presente la candidiasis: Uso de quimioterapia. Radioterapia de cabeza y cuello. Leucemia y otros trastornos linfoproliferativo. Infección por VIH. Uso de corticoides inhalados y sistémicos. Diabetes mellitus de larga duración. Mal nutrición. Uso crónico de antibióticos. Uso de prótesis bucales desajustadas. Ancianos frágiles (inmunosenescencia). (p. 31)

Cuadro 9.
Pacientes que manifiestan xerostomía.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Manifiesta.	25	14%
No manifiesta.	155	86%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que manifiestan xerostomía. Realizado por la autora de esta tesis. Encuesta y examen clínico realizado a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 75.

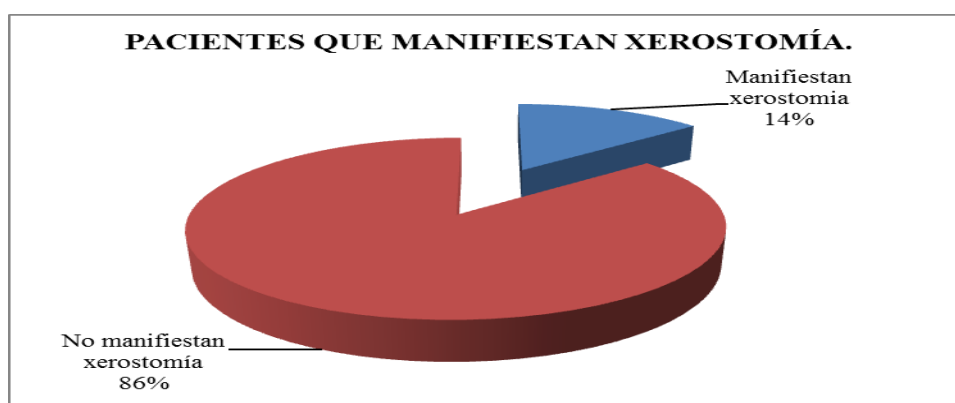


Grafico No. 7. Distribución porcentual de los pacientes que manifiestan xerostomía. Información obtenida del cuadro 9. Cap. IV, p. 53.

El 14% de los encuestados que corresponden a 25 adultos mayores manifiestan xerostomía., el 86% de los encuestados que corresponden a 155 adultos mayores no manifiestan xerostomía.

⁸² Fuentes, Alexandro, S. A., Tinoco, A. M., Quiroz, Pavón, A. E., Barrueco, Noriega, G. S., Guerrero, I. S., Rivero, López, J. A, y Taboada, O. S. (2012). *Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor*. Estados Unidos Mexicanos: Copyright cenetec.

Analizando la obra de Krammer⁸³ (2012), puedo conocer que:

La población adulta se queja de tener la boca seca. Es más frecuente entre las mujeres (33%, contra 21% entre los hombres), y su prevalencia aumenta con la edad al punto que entre los mayores de 60 años entre un 30% - 40% se queja de xerostomía. Esto último puede deberse a dos causas: a medida que un individuo envejece aumenta el número de medicamentos que tiene que tomar; también, estudios microscópicos muestran que con la edad el elemento noble de las glándulas es progresivamente reemplazado por tejido adiposo y fibroso. (p. 39)

Cuadro 10.
Pacientes que presentan gingivitis.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Nivel 0	153	85%
Nivel 1	27	15%
Total.	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que presentan gingivitis. Realizado por la autora de esta tesis. Examen clínico realizado a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 76.

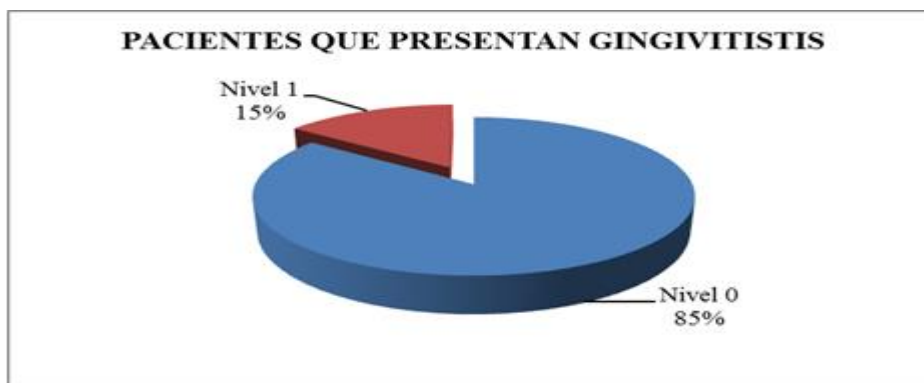


Grafico No. 8. Distribución porcentual de los pacientes que presentan gingivitis. Información obtenida del cuadro 10. Cap. IV, p. 54.

El 85% de los encuestados que corresponden a 153 adultos mayores no manifiestan gingivitis., el 15% de los encuestados que corresponden a 27 adultos mayores manifiestan gingivitis.

⁸³Krammer, R. (2012). *Dientes propios para toda la vida*. Estados Unidos Mexicanos: Kindle.

Analizando la obra de MacEntee et al.⁸⁴ (2012), puedo citar que:

Aproximadamente uno de cada cinco personas tratadas con medicamentos bloqueadores de los canales de calcio como la nifedipina o amlodipina para los espasmos de la arteria coronaria pueden adquirir hiperplasia gingival, sobre todo los ancianos con mala higiene bucal y severa gingivitis. (p. 99)

Cuadro 11.
Pacientes que presentan periodontitis.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Presenta	17	9%
No presenta	163	91%
Total	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que presentan gingivitis. Realizado por la autora de esta tesis
sondaje periodontal realizado a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 76.

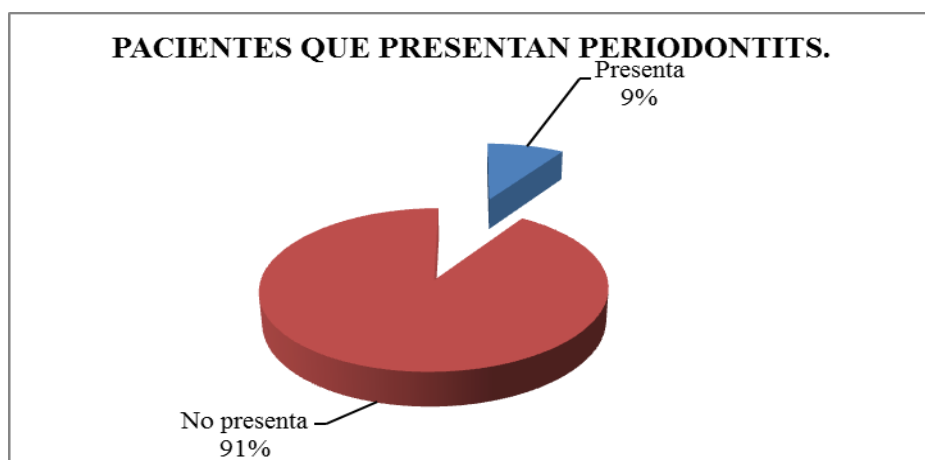


Grafico N^o 9. Distribución porcentual de los pacientes que presentan periodontitis. Información obtenida del cuadro 11. Cap. IV, p. 55.

El 9% de los encuestados que corresponden a 17 adultos mayores presentan periodontitis., el 91% de los encuestados que corresponden a 163 adultos mayores no presentan periodontitis.

⁸⁴MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Analizando la obra de Anguita et al.⁸⁵ (2010) puedo conocer que:

Respecto a la edad la evaluación de grandes poblaciones generalmente demuestra una mayor incidencia de enfermedad periodontal severa en los grupos poblacionales más ancianos. Sin embargo no existe ninguna indicación clara de cómo se asocia el proceso de envejecimiento con la enfermedad periodontal. Los datos de los que disponemos parecen indicar que la presencia de enfermedad periodontal más severa en poblaciones ancianas se debe a la destrucción tisular acumulada durante toda una vida. (p. 67)

Cuadro 12.
Pacientes que presentan caries.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Muy bajo	10	6%
Bajo	7	4%
Moderado	34	19%
Alto	15	8%
Muy alto	27	15%
No presentan	87	48%
Total	180	100%

Nota: Distribución de pacientes que presentan caries. Realizado por la autora de esta tesis. Historia clínica realizada a los pacientes adultos mayores del centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Anexo. 1, p. 74.

⁸⁵Anguita, Sanchez, M., Argibay, Lorenzo, O., Blanco, Carrión, J., Bullón, Fernández, P., Carral, Freire, C., Castillo, Domínguez, J. C., De Teresa, C., De Teresa, E., Enrile de R. F., Diz de D. P., Fernández, Avilés, F.A., Figueroa, Ruiz, E., Gómez, Melero, P, y Gómez, Dobles, J. J (2010). *Patología periodontal y cardiovascular*. Reino de España: Editorial Panamericana.

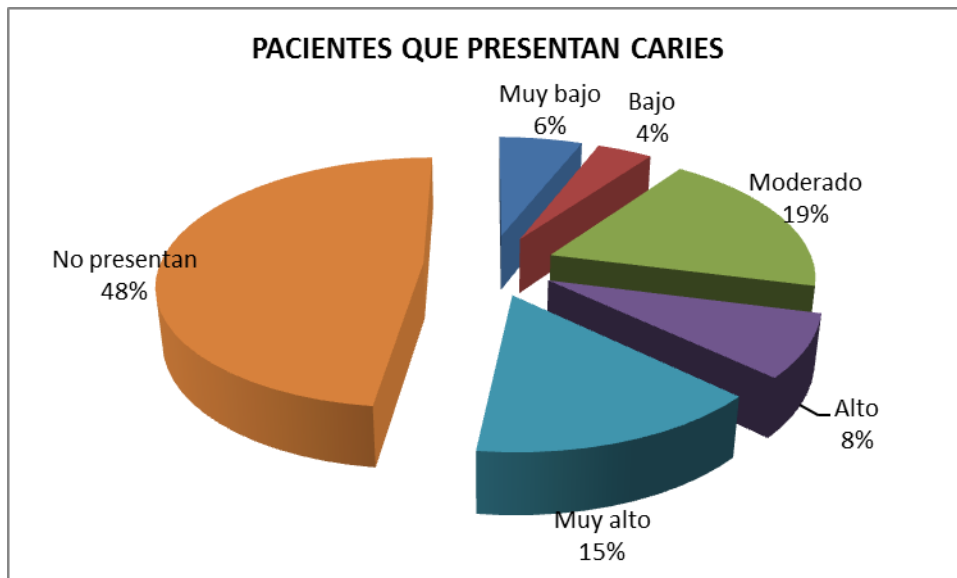


Grafico N^o. 10. Distribución porcentual de los pacientes que presentan caries. Información obtenida del cuadro 12. Cap. IV, p. 56.

El 6% de los encuestados que corresponden a 10 adultos mayores presentan nivel de caries muy bajo. El 4% de los encuestados que corresponden a 7 adultos mayores presentan nivel de caries bajo. El 19% de los encuestados que corresponden a 34 adultos mayores presentan nivel de caries moderado. El 8% de los encuestados que corresponden a 15 adultos mayores presentan nivel de caries alto. El 15% de los encuestados que corresponden a 27 adultos mayores presentan nivel de caries muy alto. El 48% de los encuestados que corresponden a 87 adultos mayores no presentan caries. De los 87 adultos mayores que no presentan caries, es porque 49 de ellos tienen edentulismo total.

Analizando la obra de López⁸⁶ (2006) puedo referenciar que:

En este rubro no podemos dejar de hablar de la caries ya sea coronal o radicular. En países desarrollados, se ha encontrado que la caries coronal es la principal causa de extracción dental. En cuanto a la prevalencia, más del 90 % de los ancianos ha tenido experiencia de caries coronal. La caries dental es un

⁸⁶López, M.P. (2006). *Salud oral en geriatría*. Estados Unidos Mexicano: Editorial El Manual Moderno.

proceso infeccioso en el que varios microorganismos de la placa dentobacteriana producen ácidos que atacan principalmente el componente inorgánico del diente, provocando su desmineralización, lo cual ocasiona pérdida de sustancia dentaria y se forman cavidades en los dientes. (p. 83)

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Entre los cambios encontrados en los tejidos duros se determinó que con mayor frecuencia se presenta edentulismo parcial, seguido de edentulismo total.

Además del edentulismo dentro de los cambios de los tejidos duros se pudo comprobar la presencia de caries y de acuerdo a los niveles establecidos el que más predominó fue el nivel moderado.

Dentro de los cambios que se presentan en los tejidos blandos solo una mínima cantidad de pacientes mostraron gingivitis.

Se determinó que solo un pequeño número de los pacientes investigados mostraron xerostomía; la periodontitis y candidiasis fueron otras de las alteraciones encontradas en los tejidos blandos que se presentaron en una proporción ínfima.

5.2. Recomendaciones.

Concienciar a la población objeto de estudio sobre el efecto que tienen las enfermedades que se presentan en esta etapa de la vida, las cuales tienen efectos negativos en su salud bucal. Ello implica tener un mayor cuidado, en realizar visitas más frecuentes al odontólogo y realizarse una correcta higiene bucal desde el cepillado de los dientes hasta la utilización de colutorios.

Diseñar una campaña a los adultos mayores con la finalidad de que puedan mejorar su salud bucal, con lo cual se logrará mejorar la calidad de vida de los mismos, ya que por asuntos propios de su edad la salud bucal tiende a deteriorarse.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Identificación del proyecto.

Nombre del proyecto.

Campaña educativa de prevención para mejorar la salud bucal en los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud 24 horas de Andrés de Vera.

Clasificación del proyecto.

Tipo educativo.

Entidad ejecutora.

Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Localización geográfica.

Centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Cantón Portoviejo, Provincia Manabí en La República del Ecuador.

Fuente de financiamiento.

El desarrollo de la presente propuesta tuvo el financiamiento en todo momento por la autora del presente trabajo.

6.2. Justificación.

Es conocido que al llegar a una determinada edad, los adultos mayores se constituyen en el grupo con mayor vulnerabilidad ante las enfermedades, siendo el caso también para la boca y todos los órganos y tejidos que forman parte de la misma. Debido entre otros factores a que posiblemente no tomaron las medidas del caso que los lleve a prevenir sobre su salud bucal.

Por consiguiente trae una serie de cambios en el orden físico, mental, social y fisiológico, lo cual es causa de morbilidad entre la población objeto de estudio. Esto motivado también por la mediación, por el descuido de aseo bucal y porque los familiares no están presente para exigirle un mayor cuidado en su higiene bucal para que los tejidos blandos y duros no se afecten tan negativas.

Ante lo descrito, se proponen acciones para que no solo el adulto mayor tome parte activa del problema, también los familiares para que conozcan más sobre el estado de salud bucal de sus familiares adultos mayores, es decir que haya comunicación, colaboración y una mejor relación familiar.

6.3. Marco institucional.

El Licdo. Merkiz Cevallos, responsable del área de estadística del Centro de Salud 24h00 Andrés de Vera, Portoviejo nos facilito la siguiente síntesis histórica:

Esta unidad fue creada en el año de 1963 como Hospital de la Liga Ecuatoriana Anti Tuberculosis, donde se daba atención hospitalaria a los pacientes con tuberculosis pulmonar. En el año de 1973 debido a que se cambian las normas, y ese tratamiento pasa a ser ambulatorio, estas instalaciones son utilizadas como bodegas del Ministerio de Salud Pública. En Mayo de 1977 el Ministerio Salud Pública decide ocupar estas instalaciones para el establecimiento de una Unidad de Salud, funcionando como Sub-Centro de Salud Rural, contado con un Médico rural, una enfermera rural y una auxiliar de enfermería y así funcionó incrementando personal de inspectores sanitarios y un auxiliar de servicio. En el año 2000 pasa a la categoría de Centro de Salud Materno Infantil, con un moderno edificio de dos plantas ubicadas en las calles Vicente Macías y Paulina Sabando, dando el inicio de atención de consulta externa, general y especializada.

El servicio de Maternidad del Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera, fue inaugurado el 16 de Mayo del 2002 durante la Jefatura de Área del Dr. Fortunato Navia Aray y abrió sus puertas a la población manabita el 20 del mismo mes y año, con equipamiento acorde a las necesidades del usuario con infraestructura sanitaria básica atendiendo partos, cesáreas, sapinguectomías y legrados uterinos instrumentales, las 24 horas del día y los 365 días del año. Actualmente dicho servicio se mantiene.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Implementar campaña educativa de prevención para mejorar la salud bucal en los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud 24 horas de Andrés de Vera.

6.4.2. Objetivos específicos.

-Concienciar sobre la importancia de la prevención de la salud bucal en los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud 24 horas de Andrés de Vera.

-Influenciar a los familiares o cuidadores de los adultos mayores a que tengan mayor participación en el cuidado de su salud bucal y sistémica.

-Diseñar instrumentos publicitarios para difundir el efecto de la higiene bucal en los adultos mayores.

-Estrechar vínculos de cooperación con organismos correspondientes para lograr el éxito de la campaña educativa.

-Brindar charlas y conferencias informativas de la salud bucal a la comunidad.

6.5. Descripción de la propuesta.

Al realizar la investigación de campo, se pudo comprobar que hay relación entre ciertas enfermedades que presentan los adultos mayores y su estado de salud bucal. Siendo una de ellas la diabetes mellitus, a esto se suma que la edad de la población objeto de estudio implica que haya un debilitamiento de los tejidos blandos y duros de su boca. Ante esta realidad, se propende la entrega de material didáctico

donde se hará énfasis en que las respectivas familias formen parte importante del cuidado de los adultos mayores. Es decir, que la familia juegue un rol fundamental, es decir que sea el eje transversal para fortalecer así no solo la salud bucal, también se logra con ello que aumente la higiene de este grupo poblacional considerado de alto riesgo.

Con lo cual, se pone en consideración una serie de acciones que bien pueden practicarlas en casa los familiares mismos que a través del material didáctico entregado a los adultos mayores aumentarán sus conocimientos sobre la importancia de contar con la boca en perfecto estado de salud.

El material que se colocará es un banner que será colocado en la sala de espera del centro de salud donde esperan los adultos mayores. Así como se hará entrega de trípticos a los adultos mayores y los familiares que los acompañen, también a la secretaria del Odontólogo que hace entrega de los turnos.

6.6. Beneficiarios.

Los beneficiarios se los puede dividir en:

-Directos: Adultos mayores que asisten al Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera.

-Indirectos: Familiares de los adultos mayores; personas que asisten por atención al Centro de Salud; profesionales de la salud.

6.7. Diseño metodológico.

Para lograr que se cumplan los objetivos trazados en la propuesta se hará lo siguiente:

- Diseñar el temario didáctico acorde al nivel cognitivo de la población que los recibirá.
- Entrega los banners a la Odontóloga que atiende en el centro de salud.
- Entrega de trípticos con la información que oriente a la población objeto de estudio, así como a los familiares.

6.8. Presupuesto.

Cuadro 13.

Presupuesto de la propuesta de esta tesis.

RUBROS	CANTIDA D	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARI O	COSTO TOTAL
Papel Bond	1	Resmas	4.00	4.00
Fotocopias	200	Unidad	0.02	4.00
Cartucho de tinta blanco y negro	1	unidad	80.00	80.00
Materiales de Oficina	8	Unidad	1.00	10.00
Pen drive de 8 gigas	1	Unidad	11.00	11.00
Viáticos	30	Dólar	2.00	60.00
Empastados	4	Unidad	2.00	6.00
Espejo bucal	4	Unidad	2.00	8.00
Sonda periodontal	2	unidad	4.00	8.00
Exploradores	4	Unidad	2.00	8.00
Guantes	2	Caja	7.00	14.00
Mascarillas	1	Caja		6.00
Subtotal				225,00
Imprevistos				22,50

TOTAL	277	-----		247,50
-------	-----	-------	--	--------

Nota: Presupuesto de la propuesta de esta tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. VI, p. 67.

6.9. Sostenibilidad.

Para que la propuesta tenga la sostenibilidad del caso, tuvo que contar con la colaboración en todos los aspectos de Doctora que coordina la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Así como del Odontólogo del centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA.

Libros.

1-Álvarez, Yánez, P., Pazmiño, Figueroa, L., Villalobos, A, y Villacís, J. (2010).

Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores.

República del Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

2-Anguita, Sanchez , M., Argibay, Lorenzo, O., Blanco, Carrión, J., Bullón,

Fernández, P., Carral, Freire, C., Castillo, Domínguez, J. C., De Teresa, C., De

Teresa, E., Enrile de R. F., Diz de D. P., Fernández, Avilés, F.A., Figueroa, Ruiz, E.,

Gómez, Melero, P, y Gómez, Dobles, J. J (2010). *Patología periodontal y*

cardiovascular. Reino de España: Editorial Panamericana.

3-Barrancos, M, y Barrancos, J. (2008). *Operatoria dental integración clínica.*

República Argentina: Editorial Panamericana.

4-Bates, J., Adams, D, y Stafford, G. D. (1986). *Tratamiento odontológico del*

paciente geriátrico. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El manual moderno.

5-Brenna, F. (2010). *Odontología restauradora: procedimientos terapéuticos y*

perspectivas de futuro. Reino de España: Editorial Masson.

6-Calleja, Olvera, J.A., Mazariegos, Cuervos, M.L., Lozano, Dávila, M. E., Quiroz,

Pavón, A., Luna, Bañuelos, A.J, y Sanz, Berd, C. (2010). *Guía de consulta para el*

médico y el odontólogo de primer nivel de atención. Estados Unidos Mexicano:

Secretaría de Salud.

7-Cárdenas, Jaramillo, D, y Radi, Londoño, J. N. (2011). *Aspectos claves: urgencias*

odontológicas. (1ªed.) República de Colombia: Editorial Cib.

8-Cawson, R.A, y Odell, E.W. (2009). *Fundamentos de medicina y patología oral*. (8ª ed.) Reino de España: Elsevier.

9-Chang, C., Barrera, A., Demeyer, M, y de la Marche, L. (2009). *Vademécum farmacoterapéutico del Ecuador*. (2ª ed.). República del Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

10-Fuentes, Alexandro, S. A., Tinoco, A. M., Quiroz, Pavón , A. E., Barrueco, Noriega, G. S., Guerrero, I. S., Rivero, López, J. A, y Taboada, O. S. (2012). *Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor*. Estados Unidos Mexicanos: Copyright cenetec.

11-Genco, R. J, y Williams, R. C. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico*. República de Colombia: Copyright.

12-Goldsmith, W, y Gilchrest, P, y Leffell, P. (2009). *Dermatología en medicina general*. (7ª ed.) República Argentina. Editorial medica Panamericana.

13-Gonzales, M., Meta, I, y Sercombe, J. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ª ed.) República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

14-Krammer, R. (2012). *Dientes propios para toda la vida*. Estados Unidos Mexicanos: Kindle.

15-Langlais, R.P., Miller, C.S., y Nield-Gehrig, J. (2012). *Atlas color de enfermedades bucales*. (1ªed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial El manual moderno.

16-López, M.P. (2006). *Salud oral en geriatría*. Estados Unidos Mexicano: Editorial El manual moderno.

17-Llarena, Peña, C. (2012). *Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano*.

República de Chile: Gaceta Dental.

18-MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). *Cuidado de la salud bucal y el*

anciano frágil. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

19-Ministerio de Salud Pública de Chile. (2010). *Guía clínica: salud oral integral*

para adultos de 60 años. República de Chile: Serie Guías Clínica Minsal.

20-Prichard, J.F. (1981). *Enfermedad periodontal avanzada*. (3ª ed.) Estados Unidos

de América: Editorial Labor. S.A.

21-Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República

Argentina: E-Book.

22-Sabán, Ruiz, J. (2012). *La diabetes mellitus como enfermedad sistémica*. Reino de

España: Díaz de Santos.

23-Velásquez, Gaviria, O. J. (2010). *Manual de terapéutica odontológica*. República

de Colombia: Health Book's.

Sitios Web consultados:

24-Aguirre, Urizar, J. M. (2002). *Candidiasis orales*. [En línea]. Consultado: [11,

septiembre, 2013] Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/2002->

[19/017021.pdf](http://www.reviberoammicol.com/2002-19/017021.pdf)

25-Araneda, S, J., Rochefort, Q, C., Matas, C, J, y Jiménez, S, L. F. (2009).

Prioridad para el adulto mayor que utiliza prótesis removible. ¿Estética o función?

estudio realizado en pacientes adultos mayores que concurren a la facultad de

odontología de la universidad de Chile. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014]

Disponible en:

http://www.revistadentaldechile.cl/temasagosto2009/pdf/prioridad_para_el_adulto_mayor.pdf

26-Belaúnde, Gomez, A., Salazar, S. F., Castillo, Andamayo, D., Manrique, Chavez, J., C., Orejuela, Ramírez, F., Zavaleta, Boza, C, y López, Pinedo, M.L. (2012).

Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. [En línea]. Consultado:

[27, mayo, 2014] Disponible en:

http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh_art01.pdf

27-Da Costa, Días, M. C. (2012). *Corticoesteroides. Médico de familia.* [En línea].

Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en:

http://www.sovemefa.com/revistas_sovemefa/medico_de_familia_20_1_2012.pdf

28-Galvis, M.M., Montoya, Zuluaga, Y.P, y Saldarriaga, Saldarriaga, A. (2012).

Diabetes y enfermedad periodontal: hacia un modelo clínico bidireccional. [En línea].

Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en:

<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/285>

29-Gazel, Bonilla, J, y Amenabar, Cespedes, J.M. (2009). *Cuidados odontológicos*

preoperatorios en adultos mayores con cáncer de boca. [En línea]. Consultado: [27,

mayo, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3242/324227910005.pdf>

30-Hernandez, De la Fuenete, J., Sumano, Moreno, O., Sifuentes, Valenzuela, M.C, y

Aguilar, Zelociatecatl, A. *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental universidades odontológica.* [En línea].

Consultado: [1, septiembre, 2014] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>

31-Laplace, Pérez, B.N., Legrá, Matos, S.M., Fernández, Laplace, J., Quiñones, Márquez, D., Piña, Suárez, L, y Almeyda, Castellanos, L. (2013). *Enfermedades bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en:

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

32-Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J. C, y Monsalves, M. J. (2012). *Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014] Disponible en:

http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n4/reh_vol22_n4_12_art01.pdf

33-Ruiz, Candina, H. J, y Herrera, Batista, A. (2009). *Prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor*. [En línea].

Consultado: [1, mayo, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002009000300007&script=sci_arttext&lng=en

34-Sáez, R., Carmona, M., Jiménez, Z, y Alfaro, X. (2007). *Cambios bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [22, abril, 2014] Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol28_3_09/ibi07309.htm

35-Sánchez, Murguiondo, M., Román, Velásquez, M., Dávila, Mendoza, R, y Pedraza, Avilés, A.G. (2011). *Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014]

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>

36-Torres, Valenzuela, M. A, y Espinoza, Santander, I. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [3, mayo, 2014] Disponible

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

Anexo 1.



Ficha de Observación.

Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el centro de salud 24 horas de Andrés de Vera Del Cantón Portoviejo Periodo Marzo 2014-Agosto 2014.

Sr. Paciente, la presente Historia clínica servirá para medir caries, edentulismo, candidiasis bucal, Diabetes mellitus.

Nombres y Apellidos		Edad	Sexo	Numero de teléfono	
Antecedentes personales					
Diabetes Mellitus		Hipertension		Enf. Cardíaca	
				Asma	
				Otrc	
EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO					
labios		Mejillas		Maxilar Inferior	
				Lengua	
Paladar		Piso		Glandulas Salivares	

Gráfico No. 11. Ficha de observación. Tomada de la historia clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Anexo. 1, p. 74



Gráfico No. 12. Odontograma. Tomado de la historia clínica del Ministerio de salud pública del Ecuador. Anexo. 1, p. 74

INDICES CPO-ceo				
	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	p	o	TOTAL

Gráfico No. 13. Índice CPO. Tomado de la historia clínica del ministerio de salud pública del Ecuador. Anexo. 1, p. 74.

Anexo 2.



Tesis de grado.

Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el centro de salud 24 horas de Andrés de Vera Del Cantón Portoviejo Periodo Marzo 2014-Agosto 2014.

Cuestionario dirigido a los adultos mayores para medir el uso de glucocorticoides.
Cuestionario y examen clínico para medir la xerostomía.

HA TOMADO ALGUNA DROGA O MEDICINA EL ULTIMO AÑO											
Si			No			Especifique Cual					

Gráfico No. 14. Cuestionario dirigido a los adultos mayores. Realizado por la autora de esta tesis. Anexos. 2, p. 75.

DIAGNOSTICO PARA XEROSTOMIA

Examen clínico

- Saliva seca o viscosa
- Mucosa oral seca poco o nada lubricada
- Lengua seca rojiza y algo fisurada
- Perdida de brillo de las encías
- Dificultad para hablar

si	No

Gráfico No. 15. Examen clínico realizado a los adultos mayores. Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. (1ª ed.) República Argentina: E-Book. Anexos. 2, p. 75.

Mi boca se siente seca.

Yo sorbo líquidos para ayudar a tragar el alimento.

Llevo una dieta limitada a pures o alimentos húmedos.

No soy capaz de alimentarme adecuadamente de forma oral.

Mis labios se sienten secos.

	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	Siempre

Gráfico No. 16. Encuesta dirigida a los adultos mayores. Departamento de salud y servicios humanos. (2009). Criterio de terminología común para eventos adversos. Estados Unidos de América: Instituto Nacional de salud. MacEntee, M.I., Muller, F., y Wyatt, C. (2012). Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil. República Bolivariana de Venezuela: Amolca. Anexos. 2, p. 76.

Anexo 3.



Tesis de grado.

Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el centro de salud 24 horas de Andrés de Vera Del Cantón Portoviejo Periodo Marzo 2014-Agosto 2014.

Ficha Clínica Periodontal dirigida a los adultos mayores para determinar la presencia de gingivitis y periodontitis.

The form is divided into four quadrants, each with a set of diagrams and a data table:

- Maxillary Right (P):** Includes diagrams for mobility, gingival margin (MARGEN 1, MARGEN 2), periodontal pocket depth (BOLSA 1, BOLSA 2), vitality (VITALIDAD), furcation (FURCACIÓN), and prognosis (PRONÓSTICO). A table with 16 columns and 6 rows is provided for data entry.
- Maxillary Left (V):** Similar to the right side, but includes L.M.G. (Lingual Mucosal Gingiva) in addition to MARGEN 1, MARGEN 2, BOLSA 1, and BOLSA 2.
- Mandibular Right (D):** Similar to the right side, but includes L.M.G. in addition to MARGEN 1, MARGEN 2, BOLSA 1, and BOLSA 2.
- Mandibular Left (L):** Similar to the right side, but includes L.M.G. in addition to MARGEN 1, MARGEN 2, BOLSA 1, and BOLSA 2.

FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

DIAGNÓSTICO	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

DIAGNÓSTICO	31	32	33	34	35	36	37	38	41	42	43	44	45	46	47	48
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

Gráfico No. 17. Ficha clínica periodontal. Elaborada por la universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexo. 3, p. 77.

Anexo 4.

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: “Estado de salud bucal del adulto mayor atendido en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera del cantón Portoviejo período Marzo 2014 - Agosto 2014” de la egresada María Luisa Delgado Vera de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio. He tenido la oportunidad de hacerles preguntas acerca de todos los aspectos del estudio. Independientemente de esto me han entregado una copia del documento de información para la participación en el estudio.

Por lo cual accedo a cooperar con la egresada. Me consta que si lo deseo, puedo interrumpir mi participación en cualquier momento y que esto no afectará mi atención médica en adelante.

Estoy de acuerdo que mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora principal de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información.

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 médicas y por los miembros del equipo de investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

María Luisa Delgado Vera
Egresada de la carrera de odontología

Nombre y Firma del participante

Nombre y Firma del testigo

Grafico N^o. 11. Planilla de consentimiento de los pacientes adultos mayores para la participación en esta investigación. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo. 4, p. 78.

Anexo 5.
Cuadro14.
Cronograma de la tesis.

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.

Nota: Cronograma de la tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo. 5, p. 79.

Entrega de informe de lectores.	-----	Lunes, 21 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.

Nota: Este cuadro corresponde a una continuación del cuadro de la página anterior. Anexo. 5, p. 79.

Anexos 6.



Grafico no. 18. Fotografía cuando realizaba la encuesta a los adultos mayores que asisten al centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexos. 6, p. 81.



Grafico no. 19. Fotografía cuando realizaba el examen clínico a los pacientes adultos mayores atendidos en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Fotografía realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexos. 6, p. 81.