

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS
ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS ADULTOS
MAYORES DEL ASILO SANTA SOFÍA HUÁNUCO 2017.**

**Para Optar el Título Profesional de :
CIRUJANO DENTISTA**

TESISTA

SOLÍS APAC, Sherley Susan

ASESOR

CD. PALACIOS CHUMPITAZ, Walter

**Huánuco - Perú
2018**

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 3:00 P.M. del día 20 del mes de Noviembre del año dos mil dieciocho se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

Mg. C.D. José Francisco, Robles León	Presidente
Mg. C.D. Aníbal Eleuterio, Espinoza Grijalva	Secretario
C.D. Julio Enrique, Benites Valencia	Vocal

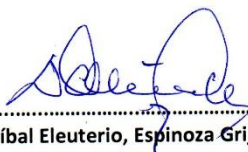
Nombrados mediante la Resolución N° 1871-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SANTA SOFÍA HUÁNUCO 2017”**, presentado por la Bachiller en Odontología, la Srta. **Solís Apac, Sherley Susan**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.

Siendo las 4:05 P.M. del día 20 del mes de Noviembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



.....
Mg. C.D. José Francisco, Robles León
PRESIDENTE



.....
Mg. C.D. Aníbal Eleuterio, Espinoza Grijalva
SECRETARIO



.....
C.D. Julio Enrique, Benites Valencia
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A.P. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: **Srta. Solís Apac, Sherley Susan**; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SANTA SOFÍA HUÁNUCO 2017"**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 20 de Noviembre del 2018 a horas 3:00 P.M. en el en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 21 de Noviembre del 2018.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Mg. Q.D. Masdonato Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres Manuel Solis Soto y Clara Isabel Apac Trujillo, ya que son el pilar fundamental en todo lo que soy, su apoyo en la parte moral y económico para poder llegar a ser un profesional.

A mis familiares por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a todos mis seres queridos por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Son una demostración ejemplar, que me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos; y por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

Y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que no olvidare.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Huánuco. 2017.

MATERIALES Y METODOS: Del 100% de adultos mayores del asilo Santa Sofía; el (53,3%), son de sexo masculino, mientras que el (46,7%), son de sexo femenino.

Los datos se codificarán, se elaborará el libro de códigos, la codificación se efectuará físicamente y se guardará los datos en una Pc.

La tabulación se hará mediante la prueba de chi-cuadrado de pearson. El proceso va desde la respuesta de los sujetos hasta un archivo que contenga una matriz de valores numéricos que significan respuestas. La conducta y los valores de las variables serán codificados.

Se empleará una base de datos realizada en el programa estadístico Spss statistics versión 23, en él se confeccionará las distribuciones de frecuencias con sus respectivas gráficas.

RESULTADOS: En mayor porcentaje los adultos mayores son de sexo masculino 32 (53,3%). Predominó la hipertensión arterial con un (28,3%), Predominó la prevalencia de necrosis pulpar que fue de (43,3%).

La dieta cariogénica como factor de riesgo en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de (85%) y la higiene bucal como factor de riesgo en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue mayor porcentaje malo con un (63,3%), y la higiene bucal regular se presentó en un (15%).

CONCLUSIÓN: El estado de salud bucal de los pacientes se encuentra bajo una perspectiva mala, teniendo en cuenta que las enfermedades bucales predominaron en el sexo masculino con un (51,8%).

Predominó la prevalencia de necrosis pulpar que fue de (43,3%).

La dieta cariogénica y la higiene bucal son factor de riesgo para las enfermedades bucodentales.

De las enfermedades sistémicas predominó la hipertensión arterial con un (28,3%).

Palabras claves: Prevalencia y factores de riesgo, enfermedades bucodentales.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the prevalence and risk factors of oral diseases in the elderly of the Asylum Santa Sofia. Huánuco. 2017

MATERIALS AND METHODS: 100% of senior citizens of the Hagia Sophia; (53.3%) are male, while (46.7%) are female.

The data will be codified, the code book will be elaborated, the coding will be done physically and the data will be stored in a PC.

The tabulation will be done using the Pearson chi-square test. The process goes from the response of the subjects to a file that contains a matrix of numerical values that mean answers. The behavior and the values of the variables will be coded.

A database made in the statistical program Spss statistics version 23 will be used, in which the frequency distributions with their respective graphs will be made.

RESULTS: In a greater percentage older adults are male 32 (53.3%). Blood hypertension predominated with one (28.3%). The prevalence of pulpal necrosis predominated (43.3%).

The cariogenic diet as a risk factor in the elderly of the Asylum Santa Sofia was (85%) and oral hygiene as a risk factor in the elderly of the Asylum Santa Sofia was higher percentage with (63.3%) bad, and oral hygiene regular was presented at (15%).

CONCLUSION: The state of oral health of the patients is under a bad perspective, taking into account that oral diseases predominated in the male sex with one (51.8%).

The prevalence of pulpal necrosis predominated, which was (43.3%).

The cariogenic diet and oral hygiene are a risk factor for oral diseases.

Of the systemic diseases, arterial hypertension prevailed with one (28.3%).

Key words: Prevalence and risk factors, oral diseases.

INDICE

DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN.....	VI
SUMARY.....	VII
INDICE.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	X

Capítulo I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	1
1.3 Justificación de la investigación.....	2
1.4 Objetivos de la investigación.....	2
1.5 Viabilidad o factibilidad.....	2
1.6 Limitaciones.....	3

Capítulo II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	4
2.2 Bases teóricas.....	16
2.3 Definición de términos.....	35
2.4 Formulación de Hipótesis.....	47
2.5 Identificación de Variables.....	47
2.6 Operacionalización de Variables.....	49

Capítulo III:

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación.....	50
3.2 Diseño de Investigación	50
3.3 Población y Muestra	50
3.4 Instrumento de recolección de datos.....	51
3.5 Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	52

Capítulo IV:

RESULTADOS.....	53
-----------------	----

Capítulo V:

DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXOS.....	80

INTRODUCCION

La cavidad bucal tiene peculiar significación en la vida del hombre, por esa razón, merece una atención médica cuidadosa en la prevención, la detección precoz de cualquier alteración y en el tratamiento de aquellas enfermedades que la afectan. La salud bucodental es un componente de la salud general, por esto un mejoramiento de la salud oral puede influir positivamente en la calidad de vida.¹

De hecho, las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales; entre ellas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos, tales como tabaco, alcohol, deficiente higiene bucal, irritación por prótesis, entre otros.²

Para lograr que la población de la llamada tercera edad goce de una adecuada calidad de vida, debe brindársele especial atención al estado de salud de este grupo, a la determinación de los factores de riesgo de las principales enfermedades que la afectan, a la predicción de discapacidades, a proporcionársele seguridad económica y material; así como la protección social y familiar requerida.

Su objetivo principal es el estudio del envejecimiento bucofacial mediante las investigaciones clínicas y básicas, para aportar mejores bases en la toma de decisiones clínicas, permitiendo su desarrollo con bases científicas.³

CAPITULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las enfermedades de la cavidad bucal en tiempos actuales siguen presentándose con una alta prevalencia e incidencia; la caries dental que se desarrolla en mayor frecuencia debido a la interacción de los factores como la dieta, el huésped, el tiempo y el microorganismo que es el estreptococo mutas principalmente.

Las personas mayores han vivido mucho más que los adultos y han tenido muchas pérdidas, algunas elaboradas y otras no; acumularon durante sus vidas experiencias que lo llevaron a ser como son, con características propias de la edad, que se relacionan entre sí en mayor o menor grado y a las que se agregan diversos problemas económicos, sociales y culturales. Muchas de sus afecciones están relacionadas con modificaciones orgánicas producto del envejecimiento o de sus enfermedades crónicas, o por interacciones medicamentosas.⁴

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

PROBLEMAS GENERAL.

- ¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, en el año 2017?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

- ¿Cuáles son las enfermedades bucodentales más prevalentes en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que presenta los adultos mayores del Asilo Santa Sofía?
- ¿Presenta relación entre las enfermedades bucodentales y las enfermedades sistémicas de los pacientes?
- ¿Existe relación entre las enfermedades bucodentales y la edad de los pacientes?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

- Justificación Teórica: las enfermedades bucodentales en la actualidad son aún un problema epidemiológico, por tanto, conocer los factores que condicionan su desarrollo y su posterior control sigue siendo un reto en la Odontología en general y más aún en pacientes adultos.
- Justificación Social: Los pacientes adultos, específicamente los de la tercera edad, presentan mayor sensibilidad de padecer alguna condición, por ello, el implementar medidas de intervención a los factores condicionantes es una alternativa importante.
- Justificación Metodológica: el conocimiento de la prevalencia y los factores de riesgo de las patologías bucodentales nos proveerá información importante para desarrollar medidas terapéuticas y de intervención.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

GENERAL.

- Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Huánuco. 2017.

ESPECÍFICOS.

- Registrar las enfermedades bucodentales más prevalentes en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía.
- Identificar los factores de riesgo que presenta los adultos mayores del Asilo Santa Sofía.
- Determinar la relación de las enfermedades bucodentales y las enfermedades sistémicas de los pacientes.
- Establecer la relación de las enfermedades bucodentales y la edad de los pacientes.

1.5 VIABILIDAD O FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO.

Los criterios de viabilidad se cumplen en la elaboración y desarrollo del presente proyecto de investigación.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

No se presentan limitaciones de trascendencia; coordinamos con las autoridades de la Institución elegida para un adecuado desarrollo del estudio de investigación.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

INTERNACIONALES:

- A. Palomeque Zambrano A.J. En el 2015. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD ORAL EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD QUE HABITAN EN EL ASILO CRISTO REY DE LA CIUDAD DE CUENCA. TIPO DE ESTUDIO:** Se realizó un estudio a las personas que habitan en el asilo Cristo Rey, entre los meses de octubre de 2014 a junio de 2015 en 71 personas de la tercera edad. **UNIVERSO Y MUESTRA:** El universo de estudio estuvo constituido por 124 personas de la tercera edad de ambos sexos; la muestra propositiva fue de 71 personas entre hombres y mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión para determinar el perfil epidemiológico de salud oral. **CONCLUSIONES:** La prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal en esta investigación presenta porcentajes altos comparables con otros estudios, que posiblemente son resultado de una deficiente higiene bucal, representado por la presencia de placa bacteriana en dientes y prótesis dentales. El edentulismo es evidente en esta población, con cifras que superan al 50% del total de la muestra. En la ciudad de Portoviejo-Ecuador, “según estudios estadísticos realizados por el Ministerio de Salud, existe un porcentaje del 25 al 35% de edentulismo en personas de edad avanzada entre el 2009 y 2010”. En la actualidad, esta cifra pudo haber incrementado. La reposición de las piezas dentales ante su pérdida, es fundamental. La eficacia masticatoria disminuye por este motivo, conduciendo a la selección de alimentos blandos, y provocando deficiencias nutricionales. En esta población, la necesidad de rehabilitación protésica es inminente. La estomatitis subprotésica también presenta una alta prevalencia, posiblemente relacionada a la presencia de prótesis dentales en mal estado y una mala higiene oral. La candidiasis y xerostomía, presentan una menor frecuencia, entre las condiciones orales previamente estudiadas, probablemente por la necesidad de otras pruebas diagnósticas que puedan contribuir para su detección. La xerostomía podría ser un signo

del consumo de antihipertensivos en las personas de la tercera edad del asilo Cristo Rey, debido a la fuerte evidencia que existe acerca de esta relación.⁵

B. Macarena Andrea O.T. En el 2015. EFECTO DE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES, COMUNA DE HUALPÉN, 2015. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de campo con abordaje cuantitativo y cuyo diseño fue observacional, transversal y analítico en pacientes adultos mayores dependientes leves y moderados pertenecientes al Hogar de ancianos San José obrero, de la comuna de Hualpén. La muestra no probabilística, intencionada y oportunista estuvo constituida por 41 pacientes seleccionados aleatoriamente, que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión, que consintieron informadamente participar en el estudio, a los cuales se les aplicó una encuesta de autopercepción de calidad de vida para la cual se utilizó el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) y un examen clínico oral que evaluó el estado dentario a fin de obtener el Índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COPD); se registró el grado de edentulismo, también se registró tipo y ubicación de lesiones de mucosa oral y el estado de salud gingival a través del índice gingival modificado (IGM). Los análisis estadísticos fueron realizados con el software estadístico SPSS v22. Se evaluó normalidad de las variables y de acuerdo a la presencia o no de ésta se aplicaron test paramétrico: análisis de regresión para evaluar asociación entre variables cuantitativas, análisis de test t de Student para evaluar diferencias de medias de dos grupos. Para caracterizar las relaciones encontradas se realizó test de correlación de Pearson. **RESULTADOS OBTENIDOS:** Se concluyó que si existe un efecto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar José Obrero de la comuna de Hualpén. El efecto de la salud oral en la calidad de vida se asoció significativamente al índice COPD. Al relacionar estos índices se puede establecer un moderado grado de asociación entre ellos, lo que origina una proporción inversa. Se produce una correlación lineal negativa (-

0,579) que conlleva a establecer que a mayor Índice COPD va a decrecer la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en estos pacientes. Se encontró un estado de salud bucal deteriorado, los datos clínicos fueron negativos y fueron el reflejo de que la calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el uso del índice GOHAI, que indico que la mayoría de los adultos mayores tenían un nivel de calidad de vida oral de moderado a bajo. CONCLUSIÓN: En relación a los resultados obtuvieron en la investigación se demostró que existe un efecto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar José Obrero de la comuna de Hualpén. El efecto de la salud oral en la calidad de vida se asoció significativamente al índice COPD. Al relacionar estos índices se puede establecer un moderado grado de asociación entre ellos, lo que origina una proporción inversa. Se produce una correlación lineal negativa (-0,579) que conlleva a establecer que a mayor Índice COPD va a decrecer la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en estos pacientes. En conclusión, se encontró un estado de salud bucal deteriorado en los adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar José Obrero de la comuna de Hualpén, caracterizado por: Índice COPD alto influenciado por un alto nivel de pedidas dentarias, por tejido gingival afectado por una inflamación moderada, por el alto porcentaje de lesiones de mucosa oral, principalmente de estomatitis subprotésica y queilitis angular, por la alta prevalencia de edentulismo de los pacientes, por las practicas deficientes de higiene bucal . Los datos clínicos del estado bucodental, que fueron negativos, fueron el reflejo de que la calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el uso del índice GOHAI, que indico que la mayoría de los adultos mayores tenían un nivel de calidad de vida oral de moderado a bajo.

En cuanto a la hipótesis esta se confirma ya que se demostró que la salud oral tiene un efecto en la calidad de vida, entonces un buen estado de salud oral influiría en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar de ancianos San José obrero, comuna de Hualpén, 2015.

Se sugiere realizar estudios de estado de salud oral en adultos mayores 71 dependientes en cada servicio de salud y que se comparen los resultados a nivel nacional.

En cuanto a la evaluación de calidad de vida oral se sugiere crear un instrumento que permita medir la calidad de vida oral, que este estandarizado y se utilice en los centro de salud, que contribuya de manera objetiva y práctica a identificar no sólo la percepción del estado de salud bucodental sino como un instrumento de medición del impacto de los tratamientos realizados e intervenciones llevadas a cabo en la población de la tercera edad.⁶

C. Taboada Aranza O. y cols. En el 2014. PERFIL DE SALUD BUCODENTAL EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE HIDALGO. METODOLOGÍA: Estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en 102 adultos mayores del estado de Hidalgo. La evaluación de higiene bucal se realizó con el IHOS, la experiencia de caries con el CPOD, caries radicular con el índice de Katz (ICR) y las periodontopatías con el índice de Russell (IP). RESULTADOS: El valor del IHOS de los adultos mayores fue de 1.7 (\pm 0.8); en los > 70 años de edad, la higiene bucodental es deficiente ($p < 0.04$). El promedio del índice CPOD fue de 19.7 (\pm 6.1), la categoría más alta del índice fue diente perdido (11.1 \pm 9.2); por sexo se presentaron diferencias estadísticamente significativas en cariado ($p < 0.002$) y perdido ($p < 0.04$). La caries radicular fue de 24.9% (IC95% 20.7-29.1), aun cuando no se encontraron diferencias estadísticamente significativas se observa que, el ICR es mayor en: sexo masculino (28.3%; IC95% 21.1-35.5), mayores de 70 años (25.9%; IC95% 19.7-32.1) y escolaridad > 6 años (25.5%; IC95% 15.0-36.0). La prevalencia de periodontopatías fue de 96.7%, la severidad de la lesión ubica 34 casos con un diagnóstico clínico de periodontitis leve; aun cuando no se encontraron diferencias estadísticas, la mayor frecuencia está en ancianos con escolaridad \leq 6 años. La caries y las periodontopatías son la causa de la pérdida de dientes, el edentulismo total fue de 8.8%; las mujeres las más afectadas, con un riesgo clínico de

dos veces mayor que los hombres (RM 3.4, IC95% 0.41-28.8; $p > 0.44$).
CONCLUSIONES: Los riesgos de caries y enfermedad periodontal en nuestra población de estudio son similares a los de otros grupos etarios, la diferencia está en el grado de severidad. ⁷

D. Laplace Pérez B. y cols. En el 2013. ENFERMEDADES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR. CM vol.17 no.4 Holguín oct-dic. 2013. El número de adultos mayores, está incrementándose notablemente a nivel mundial, en nuestro país constituye un reto para las autoridades sanitarias y los sistemas de salud pública. Se realizó una revisión bibliográfica de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Medline, con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre las enfermedades bucales que con mayor frecuencia afectan al adulto mayor. Los ancianos tienen un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas de la boca y que incluyen las infecciones (caries, periodontitis), pérdida dentaria, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Otras condiciones que aparecen con mayor frecuencia son la xerostomía (generalmente secundaria a medicaciones) y la candidiasis bucal. Es función del estomatólogo ayudar a estos pacientes a mantener una buena salud bucal mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos y la solución de los problemas de salud bucal que les afectan para ofrecerles una mayor calidad de vida. ⁸

E. Juan Cardente y García, Trujillo Otero P.E. y cols. En el 2011. ESTADO DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA PERTENECIENTE A LA CLÍNICA ORMANI ARENADO. Rev Ciencias Médicas v.15 n.2 Pinar del Río abr.-jun. 2011. Las sociedades actuales se caracterizan por un crecimiento de las poblaciones de la tercera edad. Ello demanda una atención multidisciplinaria y estomatológica necesaria. Se realizó un estudio descriptivo y transversal desde octubre de 2009 hasta julio de 2010, para evaluar el estado de salud bucal de los gerontes del área de salud del Policlínico Raúl Sánchez, en Pinar del Río. El

universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los pacientes mayores de 60 años del área (1563), de los cuales se obtuvo una muestra de trabajo de 390 ancianos, mediante un muestreo probabilístico por conglomerado bietápico. Se les realizó el examen oral y extraoral. Para recolectar la información se utilizó una encuesta epidemiológica de salud bucodental y otra de conocimientos, diseñadas al efecto. Para el procesamiento de la información se aplicó el estadígrafo Ji cuadrado para la asociación entre las variables cualitativas, al 95% de confiabilidad. La hipertensión arterial fue la enfermedad general que más afectó a los gerontes, y la diabetes mellitus, la más relacionada con la salud bucal de los ancianos; la enfermedad periodontal y estomatitis subprótesis fueron las patologías bucales más prevalentes. Como factores de riesgo prevalecieron la deficiente higiene bucal y de las prótesis, además que resultaron los que más afectaron a los pacientes objeto de estudio; la tercera parte de ellos necesitó la rehabilitación protésica. Se evaluó de deficiente la salud bucal de la población geriátrica estudiada.⁹

F. Gonzáles Ramos R.M. y cols. En el 2010. PRINCIPALES LESIONES BUCALES Y FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS. Rev Cubana Estomatol v.47 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2010. Se efectuó un estudio descriptivo en la población mayor de 60 años del área de salud de la Policlínica Moncada, que recibieron atención en la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", Ciudad de La Habana, durante el año 2006, para determinar los factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones bucales, su distribución según edad y sexo, además de identificar el tipo de lesión y su localización anatómica. Se estudiaron 352 ancianos a los que se les aplicó una encuesta para identificar la presencia de factores de riesgo y se realizó un examen físico de la cavidad bucal y el cuello para detectar las lesiones y su localización. Como principales resultados se obtuvo que el 60,7 % de los ancianos presentaron factores de riesgo; los más

frecuentes fueron: la ingestión de alimentos condimentados y calientes en un 83,4 %, el hábito de fumar en un 82,1 % seguido del uso de prótesis y el alcoholismo, ambos con 72,4 %. El sexo masculino fue el más afectado en un 58,2 %, el factor de riesgo que predominó fue la ingestión de alcohol en un 75,7 %. En las mujeres el uso de prótesis fue el factor de riesgo que predominó con un 73,3 %, seguido del hábito de fumar; la edad más afectada fue la de más de 80 años en un 41,7 %. El 48,5 % presentaban lesiones, el émulis fisurado fue el más representativo en un 39,1 %, la estomatitis subprotésica con un 35,6 %. La localización anatómica encontrada con mayor afectación fue el paladar duro, encía inferior y mucosa del carrillo. Se evidenció con estos resultados la falta de calidad de las actividades de educación para la salud, ya que predominaron estilos de vida perjudiciales a la salud. ¹⁰

G. Meneses Gómez E.J. En el 2010 Madrid. SALUD BUCODENTAL Y CALIDAD DE VIDA ORAL EN LOS MAYORES. TIPO DE ESTUDIO: En este estudio se ha planteado el interés por estudiar tres elementos que creemos de manera subjetiva y objetiva forman parte del equilibrio presente en el proceso y desarrollo de la enfermedad bucodental, como son la salud, la enfermedad y la calidad de vida. Según las técnicas de investigación científica, con la observación de un solo grupo y en un mismo momento el tiempo, se diseña este trabajo como un estudio no experimental, seccional, descriptivo y transversal, donde se observa el estado de la salud bucodental en una población, su calidad de vida, y la presencia y relación de varios factores o variables basadas en una observación directa y una técnica de recogida de datos en un momento determinado. Como primera fase del estudio, se diseñó una aplicación para un grupo piloto donde participó una muestra de 29 pacientes, pertenecientes a la clínica integrada de adultos del quinto año de la licenciatura de la facultad de odontología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Este dio como resultado un documento que se utilizó

para la presentación del Diploma de estudios Avanzados –DEA- y del cual surgieron una comunicación oral en un congreso nacional, además de una publicación escrita en una revista española. Así se comprobó la viabilidad para continuar con una segunda fase que permitió ejecutar el proyecto en una muestra más amplia y representativa en la recepción de pacientes de la clínica de adultos de la facultad de odontología de la UCM. POBLACIÓN Y MUESTRA: Para la realización del presente estudio se eligió como población diana las personas mayores de 55 años que asisten por primera vez con intenciones de iniciar un tratamiento odontológico a la recepción de la clínica de adultos de la UCM. En las clínicas de recepción los pacientes son examinados, realizándoles un diagnóstico clínico y radiológico; momento que ha sido oportuno y adaptado para la exploración y encuesta del estudio. Para este cometido se contó con la autorización por parte del director en su momento de las clínicas de recepción de pacientes. El tamaño de la muestra se calculó a partir de los datos obtenidos en el estudio piloto realizado a 29 pacientes en el 2005, y fue contrastado con otros estudios similares. Se tuvieron en cuenta las fórmulas para calcular las muestras en estudios descriptivos para poblaciones infinitas con variables de tipo cuantitativo y para poblaciones infinitas con variables cualitativas.

Las formulas aplicadas fueron las siguientes:

Para poblaciones infinitas con variables cuantitativas: $n = Z^2 S^2 / d^2$

Para poblaciones infinitas con variables cualitativas: $n = Z^2 pq / d^2$

Dónde: n = Tamaño de la muestra. Z = Nivel de confianza. S = Varianza, tras prueba piloto. d = Nivel de precisión absoluta. p = Proporción aproximada del fenómeno de estudio. q = Proporción de la población de referencia.

Fueron examinados 220 pacientes, a quienes se les realizó la encuesta y exploración, pero 11 se descartaron por errores en el proceso de los datos. Finalmente la muestra incluyó 209 pacientes diagnosticados en el servicio de recepción de pacientes de la clínica de adultos de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. CONCLUSIONES: La calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el

uso del índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), indica un nivel de calidad de vida oral bajo, en la muestra de sujetos que acuden a la clínica de recepción de pacientes de la facultad de odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

El estado de salud bucodental es deficitario, avaluado por los siguientes aspectos: El índice CAOD, presenta un valor elevado a expensas del componente ausente. El índice de caries radicular es elevado, según la evaluación de caries de cuello y los dientes obturados. El estado periodontal presenta un nivel de enfermedad moderado, con casi más de un tercio de sextantes excluidos. La mucosa bucal presenta un bajo porcentaje de lesiones, principalmente de úlceras y candidiasis. Más de la mitad de la muestra utiliza algún tipo de prótesis dental, sobre todo en el maxilar superior, con una necesidad de prótesis en el 74% de los examinados.

La valoración de la autoevaluación por parte del paciente, está incluida en la mayoría de ellos, en la categoría de regular; seguida por la categoría de mala y finalmente el grupo de buena autoevaluación.

Los datos clínicos del estado bucodental, siendo negativos, son el reflejo de un índice de calidad de vida oral bajo y contrastan aparentemente con 164 las personas que tienen una visión positiva en la autoevaluación del estado de su boca. Según la interpretación de los datos, la autoevaluación subjetiva del estado de salud bucodental de la muestra, no es independiente de la calidad de vida oral percibida mediante el índice de calidad de vida oral indicado para adultos mayores.

Según los resultados de este estudio, se propone la puesta en marcha de un programa preventivo dirigido a disminuir la prevalencia de la enfermedad bucodental de los adultos mayores, que incluya además, herramientas como el índice de calidad de vida oral, que contribuya de manera objetiva y práctica a identificar no sólo la percepción del estado de salud bucodental sino como un instrumento de medición del impacto de los tratamientos realizados e intervenciones llevadas a cabo en la población de la tercera edad.¹¹

NACIONALES:

A. Bach. Giraldo Valerio, Jorge Luis. En el 2016. RELACIÓN ENTRE LA PÉRDIDA DENTAL Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL POLICLÍNICO POLICÍA NACIONAL, TRUJILLO – 2015.

MATERIALES Y MÉTODO: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se evaluaron 156 personas mayores de 60 años, de las cuales 87 fueron mujeres y 70 hombres. El investigador registró el odontograma, agrupando el número de dientes perdidos, mediante un indicador de salud oral y el estado nutricional se registró mediante el índice de masa corporal (IMC). Se utilizaron tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales, con sus valores absolutos y relativos; así mismo, gráficos adecuados para presentar los resultados de la investigación. Se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi Cuadrado (χ^2), considerando un nivel de significancia de 0.05. **RESULTADOS:** Se encontró que los adultos mayores que perdieron de 1 a 9 dientes; presentaron un 69,2% delgadez, el 28,8% peso normal y el 1,9% sobrepeso y los que perdieron entre 10 – 19 dientes; presentaron el 2% desnutrición, el 72,5% delgadez y el 25,5% peso normal y aquellos que perdieron de 20 – 32 dientes; tuvieron el 11,1% desnutrición, el 81,5% delgadez y el 7,4% peso normal. **CONCLUSIONES:** Si existe relación entre la pérdida dental y estado nutricional del adulto mayor, que acude al policlínico de la Policía Nacional, sede Trujillo.¹²

B. Cerquín Chomba, Alina Eliana Esther. En el 2015. SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA MICRO RED TRUJILLO – LA LIBERTAD, 2015,

MATERIALES Y METODO: El estudio fue prospectivo, transversal, descriptivo y observacional e incluyó un total de 244 adultos mayores que acudieron a los Establecimientos de Salud en la Micro Red Trujillo. Se utilizó una ficha estomatológica como instrumento de evaluación, en la cual se recopiló la información del examen bucal. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos de la población examinada según el Índice Gingival

de Silness y Løe, fue de 57.4% siendo frecuentemente moderado; el Índice de Higiene Oral de Silness y Løe simplificado, fue de 70.5% el cual fue frecuentemente moderado y finalmente el Índice CPOD fue de 18.225 siendo severo; donde sólo no se presenta diferencia significativa para el Índice Gingival en género. ($p < 0.05$). CONCLUSIONES: Se concluyó que la salud oral en adultos mayores que acudieron a los establecimientos de Salud en la Micro Red Trujillo – La Libertad fue regular, mientras que el Índice CPOD fue malo, se recomienda planificar alternativas de tratamiento en mejora de la salud oral de esta población.¹³

C. Gallardo Schultz A. y cols. En el 2013. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA POBLACIÓN PERUANA. MATERIAL Y MÉTODOS: La población estuvo conformada por la totalidad de la PAM atendida en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad distrital de Chorrillos, Lima, Perú. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. RESULTADOS: La mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ($p: 0,239$), con el nivel educativo ($p: 0,085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ($p: 0,438$). CONCLUSIONES: La mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado. Asimismo, el GOHAI constituye un instrumento de

sencilla aplicación, que permite evaluar la autopercepción de salud oral y detectar las necesidades de atención del adulto mayor; sin embargo, se requieren estudios adicionales que permitan validar el instrumento y evaluar su aplicación en programas preventivos de salud. ¹⁴

D. Campodónico Reátegui C. y cols. En el 2013. EL PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD BUCAL Y LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA URBANA 2012. MATERIAL Y METODO: Se realizó un estudio de tipo descriptivo-trasversal en 120 personas adultas mayores de 60 años, que viven en Lima cercado y distritos. La recolección de datos se realizó a través del método de observación clínica y entrevista haciendo uso de los índices y procedimientos de la OMS. RESULTADOS OBTENIDOS FUERON: edad promedio 71 años, con prevalencia del sexo femenino (70%) y educación secundaria, presencia de hipertensión arterial 33% y diabetes mellitus 10.8 %, trastornos de la mucosa en un 10.8%, siendo del tipo ulceración localizadas en el paladar y rebordes alveolares. Presencia de cálculos y sangrado periodontal, en el 52% de la población. El 23.3% necesita profilaxis y solo un 11% raspaje radicular. De los dientes presentes en boca el 23% han perdido fijación en 4-5 mm. Solo 5.82% de los dientes se encuentran sanos, siendo el promedio de caries 4.43, dientes perdidos 14,77 del 53%. El CPO tuvo una media de 19.71. Ds. 6.74. El 31.7% usan prótesis total removible superior y prótesis fija en un 19,2%. En el maxilar inferior un 20% utilizan PPR y el 13,3% usan prótesis total y fija 9,27%. Encontrándose una alta necesidad de prótesis removible en maxilar superior e inferior. Se logró determinar que la salud bucal de las personas adultas mayores es mala por efecto de la caries y enfermedad periodontal y con gran necesidad de higiene, operatoria y prótesis parcial removible, removibles totales y fijas. CONCLUSIONES: Los adultos mayores estudiados fueron predominantemente del género femenino, que cursaron educación secundaria a superior. Ellos padecen de diabetes e hipertensión arterial en un alto porcentaje.

Respecto a las enfermedades bucales que padecen los AM, se registraron mayormente lesiones en mucosa (ulceras) en la zona del paladar. Sobre la enfermedad periodontal, este grupo registró una higiene bucal mala, fue más común hallar gingivitis con sarro dental, además se registró pérdida de soporte dental moderado. El estado dental es muy malo, por una elevada pérdida de piezas dentales por causa de la caries, asimismo se observó en su mayoría caries dental activa.

Los AM registraron ser portadores de prótesis parcial removible superior e inferior, seguido de portadores de prótesis fija, además se observó a un bajo porcentaje que usaron prótesis total removible. Mientras que, las necesidades de tratamiento en este grupo, son principalmente el uso de las prótesis parciales removible superior e inferior, prótesis fijas y un bajo porcentaje necesita pró- tesis total removible superior e inferior.

El equipo de investigación, recomienda realizar un estudio sobre las limitaciones psicológicas (depresión, otros) y la higiene bucal de los adultos mayores, (abandono de la salud bucal) relacionado a la situación socio-económica y las enfermedades bucales. Asimismo, recomendamos desarrollar un programa de salud bucal para los adultos mayores.¹⁵

LOCALES:

No se registraron estudios que se relacionen con el presente estudio.

2.2 BASES TEÓRICAS.

2.2.1 ENFERMEDADES BUCODENTALES.

Definición:

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

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

periodontales son las causas principales de la pérdida de dientes en la población.¹⁶

2.2.1.1 **CARIES DENTAL:**

Enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de las sustancias orgánicas del diente, provocando cavitación.

La caries dental puede ocurrir en cualquier aspecto de los dientes, pero las superficies que son más propensas a la acumulación de placa y bacterias, son las que tienen mayor susceptibilidad a la caries. La placa tiene una estructura muy compleja y alberga gran variedad de microorganismos. La formación de la cavidad requiere de bacterias productoras de ácido, el sustrato, la placa, y el factor de susceptibilidad del huésped.¹⁷

- **Etiología:**

La desmineralización y destrucción de la matriz orgánica de los dientes, causada por el daño, es el resultado de la interacción de bacterias productoras de ácido (*Streptococcus mutans*, *Actinomyces viscosus*, *Lactobacillus* spp y *Streptococcus sanguis*) en placas, junto con restos de alimentos, durante un tiempo. Las bacterias producen ácido láctico que causa cambios electroquímicos y el flujo de iones de calcio y fosfato de la porción mineralizada del diente.

La caries comienza como descalcificación del esmalte, que aparece como una mancha, línea, o fisura blanca yesosa. La lesión inicial se denomina **incipiente**. Al madurar la lesión causa destrucción del esmalte y propagación a lo largo de la **unión dentina-esmalte (UDE)**, a través de la dentina, y por último hacia la pulpa. Las características clásicas de la lesión cariosa son 1) cambio de color (blanco yesoso, pardo o descoloración negra), 2) pérdida de tejido duro (cavitación), y 3) pegajosidad de la punta exploradora. El cambio de color es causado por descalcificación del esmalte, exposición de la dentina, y desmineralización y tinción de la dentina. Los síntomas clásicos de la caries son la sensibilidad a los dulces, calor y frío, los cuales en general están ausentes

con las lesiones incipientes. Las lesiones más grandes permiten el ingreso de líquidos al interior de los tubos dentinales expuestos. Los cambios hidrostáticos (presión) son sentidos por nervios pulpaes que transmiten señales al complejo sensitivo trigeminal, que producen como resultado la percepción de dolor.¹⁸

- **Prevalencia:**

Actualmente, las caries dentales se hace más recurrente en las poblaciones de adultos mayores, debido a que estos tienen un perfil diferente al de las generaciones que les precedieron, y al mantener su propia dentadura durante más tiempo, la prevalencia de caries se incrementa: la incidencia de caries de la raíz en personas mayores de 60 años es casi el doble de la reportada en adultos en su tercera década de vida; el 64% de las personas mayores de 80 años presentan caries radicular y más del 96% presentan lesiones de la corona.¹⁹

- **Tratamiento:**

El tratamiento de la caries es muy eficaz cuando se evalúan factores de riesgo (es decir, placa; dieta; número de caries iniciales, previas y activas; número de restauraciones; nivel de exposición a fluoruro e higiene dental; cumplimiento del paciente; número de superficies radiculares expuestas; y flujo salival), la placa se reduce, las bacterias cariogénicas se eliminan, se mejora la mineralización del diente, y los dientes se reparan con base en el tamaño de la lesión, localización, y requerimientos estéticos.²⁰

2.2.1.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Término colectivo usado para describir cambios inflamatorios en las estructuras de soporte de los dientes: encías, hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular; pueden causar destrucción tisular, reducción del soporte dental y, en última instancia, pérdida del diente. En la salud periodontal, las encías rodean los dientes aproximadamente al nivel de la unión cemento-esmalte y forman un surco poco profundo, de 1 a 4 mm, según la anatomía local. En la acumulación no normal o desordenada de la placa dental, las bacterias de la biopelícula que se forma sobre la superficie del diente, en las áreas del margen gingival,

provocan o promueven una inflamación local Esta lesión inflamatoria se denomina gingivitis, la cual se manifiesta como alteraciones en el color y la textura de las encías, y suele acompañarse de sangrado con la estimulación mecánica, con frecuencia durante la higiene bucal (cepillado y uso de seda o hilo dental). En individuos susceptibles, la acumulación prolongada de placa dental causa inflamación gingival crónica que puede ocasionar la profundización gradual del surco gingival (que en la actualidad recibe el nombre de “bolsa periodontal”) y la destrucción concomitante del ligamento periodontal y el hueso alveolar, una patología denominada periodontitis. (fig.1).²¹

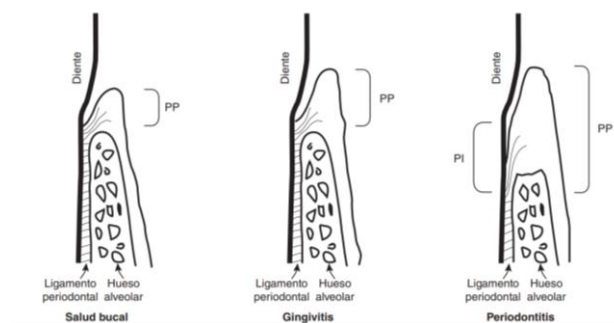


FIG. 1 REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE SALUD BUCAL, GINGIVITIS Y PERIODONTITIS. (FUENTE: RICHARD J. LAMONT, GEORGE N. HAJISHENGALLIS, HOWARD F. JENKINSON. MICROBIOLOGÍA E INMUNOLOGÍA ORAL, 2015, PP. 242)

- **Etiología:**

Las enfermedades periodontales son consideradas infecciosas por su etiología microbiana y la consecuente respuesta inmune. Si los mecanismos de defensa del huésped compiten eficientemente con los microorganismos, se produce una inflamación subclínica, manteniendo el equilibrio huésped-parasito. Cuando ese equilibrio se rompe, los mecanismos de defensa liberan mediadores que protegen pero, al mismo tiempo, destruyen las fibras colágenas, hay migración del epitelio de unión y se inicia la lesión periodontal. El factor causal es la placa; la progresión está dada por el tipo de respuesta inflamatoria, modificada por factores genéticos, sistémicos o del medio ambiente bucal y social (fig.2).²²

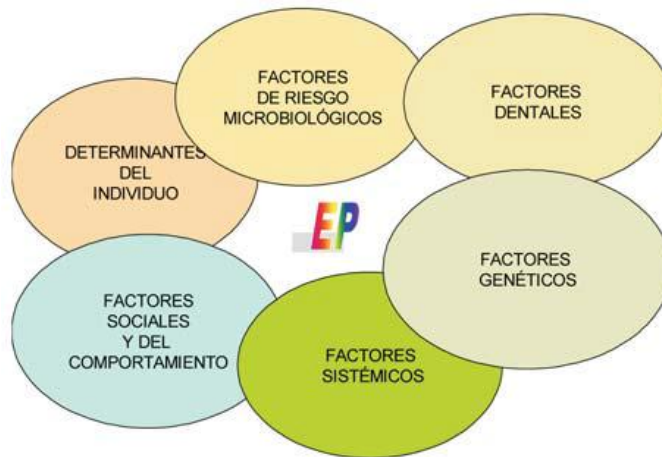


FIG.2 ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL (FUENTE: DR RICARDO ROISINBLIT, ODONTOLOGÍA PARA LAS PERSONAS MAYORES - 1A ED. - BUENOS AIRES, 2010. PP. 193).

- **Prevalencia:**

La prevalencia de las diferentes formas de enfermedades periodontales es superior al 75% y, específicamente en individuos de 65-74 años, es del 100%. Los factores que tradicionalmente han sido considerados más influyentes en la progresión de la enfermedad periodontal son la edad y la falta de higiene oral. Sin embargo, haciendo una revisión de trabajos cuidadosamente diseñados, queda claramente demostrado que la naturaleza multifactorial de la enfermedad que va llevando a la pérdida de los tejidos de soporte involucra a un limitado grupo de riesgo.²³

- **Tratamiento:**

- ✓ Reestablecer la flora compatible con salud.
- ✓ Reducir las manifestaciones de inflamación.
- ✓ Preparar los tejidos para otras formas de terapia.
- ✓ Crear una superficie radicular que posibilite los distintos mecanismos de curación.

Independientemente de la elección del tratamiento, el objetivo principal debe ser eliminar la carga bacteriana, ya sea con higiene oral, desbridamiento mecánico o bien con el uso de antimicrobianos locales o sistémicos elegidos criteriosamente. En la mayoría de los casos el tratamiento de elección debe ser la terapia mecánica, en lugar de la quirúrgica.²⁴

2.2.1.3 MALOCLUSIÓN DENTARIA:

La maloclusión (relaciones posicionales anormales de los dientes maxilares con los dientes mandibulares), es una razón común para que los pacientes busquen cuidado ortodóncico. Aunque la mayoría de las maloclusiones no requiere tratamiento, la corrección de una maloclusión puede mejorar el aspecto de un paciente, la habilidad para cepillar sus dientes, y reduce el riesgo de desarrollar una enfermedad de la boca. La maloclusión es de manera habitual hereditaria, y se produce cuando la mandíbula y el maxilar son de tamaño desproporcionado, el tamaño de los dientes es demasiado grande o demasiado pequeño para las mandíbulas, o el espaciamiento o erupción, o ambos, de los dientes es anormal (fig.1).²⁵



PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUE PRESENTA TODAS LAS PIEZAS DENTARIAS AL MOMENTO DE LA CONSULTA. ES DERIVADA POR SU PERIODONCISTA PARA SOLUCIONAR EL CAMBIO DE POSICIÓN E INCLINACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, EN ESPECIAL DEL LADO DERECHO

FIG.1 MALOCLUSION DENTARIA (FUENTE: DR RICARDO ROISINBLIT, ODONTOLOGÍA PARA LAS PERSONAS MAYORES - 1A ED. - BUENOS AIRES, 2010. PP. 231).

- **Etiología:**

Pueden tener varios problemas bucales, como dientes perdidos; la mejor forma de reemplazar los dientes perdidos, en estos pacientes, es utilizando implantes como soporte para las prótesis, tejido óseo y periodontal enfermos por esto habrá una relación de periodoncista a ortodoncista para poder tratar estos tejidos.

Los principales problemas dentales en el adulto:

- ✓ Pérdida de estructura dental por desgaste.
- ✓ Abrasión o traumatismo.
- ✓ Problemas estéticos gingivales.
- ✓ Dientes ausentes.²⁶

- **Prevalencia:**

El diagnóstico en el paciente adulto es algo diferente del comúnmente utilizado. Uribe Restrepo hace referencia que con la edad tienen lugar cambios histológicos en el área de cabeza y cuello del paciente producido por la maduración que en la mujer sucede aproximadamente a los 16 años y en el varón alrededor de los 18. Si se aplica fuerza de presión a los dientes en las arcadas dentarias de un adulto, se necesitan aproximadamente 3 meses para acondicionar los tejidos, aumentando la circulación sanguínea local, y consiguiendo así el mismo tipo de movimiento que se obtiene en el paciente adolescente. El hueso adulto es menos trabeculado por lo que presenta menor circulación sanguínea. Con el suministro de sangre reducido, el movimiento del diente es relativamente más lento.²⁷

- **Tratamiento:**

Los objetivos y el plan de tratamiento deben individualizarse para cada tipo de paciente, teniendo en cuenta que no se puede pensar de igual manera que si nos encontramos frente a un paciente en crecimiento. No solo la respuesta biológica a las distintas fuerzas que se aplican sobre los dientes es variable, sino que el tipo de respuesta frente a una misma fuerza cambia de acuerdo al esquema propio de cada paciente.

En muchos casos la mejor opción es un tratamiento parcial para corregir diastemas, apiñamientos, enderezar molares, preparar espacios para

futuros implantes, etc. Algunos de estos pacientes no cuentan con el anclaje necesario –por ausencia de los molares– y es necesario recurrir a micro implantes o implantes para poder alcanzar los objetivos propuestos. Otros presentan una mucosa bucal mucho más irritable como consecuencia de la disminución de la cantidad de saliva debido a ciertos medicamentos. Dentro de este grupo podemos incluir a los antihipertensivos, antidepresivos, drogas neurológicas, etc.

La reacción de los tejidos blandos frente al roce producido por la aparatología, es un factor que no debe descuidarse. Se aconseja utilizar elementos de bordes redondeados que no produzcan ulceraciones en los tejidos blandos, mucho más predispuestos a sufrirlas por la falta de lubricación. La normalización de estas lesiones lleva mayor tiempo y en algunos casos específicos se debe cambiar la aparatología usada previamente. En casos más severos se debe suspender el tratamiento y re-evaluar los objetivos propuestos.

Como es de esperar, la respuesta del hueso frente a los diferentes estímulos no siempre sigue el mismo patrón que en un adolescente o un adulto joven. Normalmente se requiere un tiempo mayor para lograr similares resultados.

El tipo de fuerza que se utiliza, su magnitud y tiempo de duración, están en relación directa con la cantidad de periodonto de inserción que el paciente presenta, y la distancia a la que el diente debe de ser trasladado. Un continuo control periodontal es necesario durante todo el tiempo que dure el tratamiento y durante la etapa de retención. De este monitoreo depende el mantenimiento de los resultados obtenidos. La correcta elección de los elementos de higiene oral es muy importante. En algunos pacientes con dificultades motoras, el auxilio del cepillo eléctrico soluciona este problema.

La osteoporosis es otra situación que debe tenerse en cuenta en el momento de determinar el plan de tratamiento. Es importante saber si nuestro paciente está tomando bi - fosfonatos y fijadores de calcio, pues podría alterar la velocidad del movimiento dentario previsto.²⁸

2.2.1.4 FACTORES DE RIESGO CARIOGENICO:

Los altos riesgos y los cambios en el entorno son las amenazas más serias.

- **El estatus socioeconómico:** En tanto que se correlaciona de forma negativa con el riesgo de desarrollar caries dental, a mayor nivel económico, menor incidencia y prevalencia de caries dental. El aumento de la emigración y el paro condicionan un mayor riesgo de desarrollar caries dental en este sentido. Suelen tener una actitud poco positiva frente a la salud dental y a dietas saludables, principalmente por los costes socio-culturales y económicos que ello supone. La disminución del consumo de productos dentales y menor asistencia a tratamiento dental, así como el aumento de familias desestructuradas favorece la aparición de caries.
- **La cultura y religión:** Son factores a considerar, como también lo son el nivel cultural, el mayor tiempo de lactancia materna o el mayor consumo de grasas en la dieta.
- **La localización geográfica:** Además de condicionar aspectos culturales y religiosos, determina peculiaridades desde un punto de vista sociodemográfico como, la disponibilidad de azúcar o la concentración de flúor y otros minerales en agua y/o tierra. Así, parece que promueve la caries la presencia de selenio y cadmio por ejemplo. En los países cálidos, la incidencia de caries dental es menor, por el sol y su influencia positiva en el metabolismo del calcio y fosfato, con la intervención de la vitamina D.

Los hábitos relacionados con la higiene oral y el patrón alimentario son, probablemente, de los más importantes.

- **La placa bacteriana:** Es un prerrequisito para la iniciación de la caries dental, su eliminación mecánica y/o química favorece el control de los riesgos asociados al patrón alimentario y por tanto, la salud oral. Un número elevado de microorganismos en cavidad oral, especialmente, en zonas de difícil acceso; la producción de distintos ácidos en el transcurso del metabolismo bacteriano con capacidad para disolver las sales minerales que forman parte de la estructura dental, los factores de

retención (cavidades abiertas, contornos desbordantes de las obturaciones, prótesis fijas y removibles, aparatos de ortodoncia, recesiones gingivales, etc) constituyen parte del elenco de amenazas a las que se sometido habitualmente una dentadura sana. La frecuencia y la correcta práctica del cepillado, el uso de aditamentos complementarios de higiene como seda dental o cepillos interproximales también son condicionantes. La frecuencia del cepillado y ser emigrante tienen asociación significativa con la incidencia y prevalencia de caries.²⁹

- **Microflora:** Del gran número de bacterias que se encuentra en la cavidad bucal, los microorganismos pertenecientes al género estreptococo (*Streptococcus mutans* y *Streptococcus mitis*), así como la *Rothia dentocariosa*, han sido asociados con la caries tanto en animales de experimentación como en humanos.
- **Sustrato cariogénico:** Dentro de los factores que favorecen el desarrollo de la caries dental, uno de los más estudiados es el consumo excesivo de azúcares simples. Numerosos estudios han demostrado la asociación entre caries y carbohidratos refinados o azúcares, especialmente, la sacarosa o azúcar común. Los azúcares consumidos con la dieta constituyen el sustrato de la microflora bucal y dan inicio al proceso de cariogénesis.

La sacarosa, formada por dos monosacáridos simples: la fructosa y la glucosa; se considera el más cariogénico, no sólo porque su metabolismo produce ácidos, sino porque el *Streptococcus Mutans* lo utiliza para producir glucano, polisacárido extracelular, que le permite a la bacteria adherirse firmemente al diente, inhibiendo las propiedades de difusión de la placa.³⁰

2.2.1.5 HABITOS DE HIGIENE:

Los elementos de higiene tradicionales pueden resultar inadecuados para el anciano. Las personas con cierto nivel de discapacidad pueden tener dificultad para empuñar el cepillo. La artritis puede afectar sustancialmente la capacidad de sujetar y manipular el cepillo de dientes. Discapacidades producidas a causa de accidentes cerebrovasculares

también pueden impactar sobre la posibilidad de realizar una adecuada higiene.

El odontólogo debe monitorear permanentemente la capacidad para la manipulación de los elementos de higiene de sus pacientes y, así, adaptarlos convenientemente a las necesidades emergentes.³¹

- **Cepillado con pasta dental:** El cepillado es la estrategia más segura para el control mecánico de la biopelícula dental y más aún con pastas dentales que contienen fluoruro. Debe evaluarse la técnica y la frecuencia. Si en el presente instrumento el paciente presenta placa dental generalizada o localizada, no debe considerarse el cepillado con pasta dental como factor protector real, aun cuando el paciente refiera cepillarse de 1 a 3 veces al día, porque al presentar placa dental visible queda demostrado que este cepillado no está siendo efectivo. Por lo que debe considerarse la necesidad de entrenamiento y motivación de la técnica de cepillado efectiva, para los efectos de un factor protector real que conlleve al balance o equilibrio de todos los factores de riesgo involucrados. (fig.1).



FIG.1 ELEMENTOS DE HIGIENE ADAPTADOS A PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES. (FUENTE: DR RICARDO ROISINBLIT, ODONTOLOGÍA PARA LAS PERSONAS MAYORES - 1A ED. - BUENOS AIRES, 2010. PP. 165).

- **Uso del hilo dental** Este recurso remueve efectivamente la biopelícula dental en la zona interproximal. Se ha demostrado en revisiones sistemáticas una reducción del riesgo de caries en un 40% con el uso del hilo dental bajo entrenamiento y control. La referencia por parte del

paciente sobre el uso frecuente del hilo dental, se considera un factor protector siempre y cuando el operador verifique que la técnica empleada por el paciente es efectiva. En caso, contrario no genera disminución del riesgo de caries. Por lo que se hace necesario realizar el entrenamiento adecuado como parte del protocolo de tratamiento del riesgo, y personalizar el tipo y diseño del hilo dental de acuerdo a las necesidades del caso. Ejemplo: apiñamiento dentario, nichos gingivales amplios, presencia de aparatología ortodóntica, presencia de prótesis fijas, edéntulos parciales, dientes inclinados.³²

- **Higiene de las prótesis.-** Las prótesis que presentan un nivel de higiene pobre constituyen un factor contribuyente al desarrollo de estomatitis, caries coronaria y radicular y enfermedades gingivoperiodontales, estas últimas en individuos parcialmente dentados.

METODOS MECANICOS:

Estos consisten en el cepillado de la prótesis con agua caliente o fría. Existen cepillos diseñados específicamente para este fin. También se pueden utilizar cepillos de unas que permiten eliminar los residuos más groseros. Se puede usar algún jabón neutro. Se desaconseja el uso de dentífricos ya que no poseen detergentes, contienen abrasivos que pueden rayar el acrílico y sustancias químicas que pueden deteriorar el material de la prótesis.

METODOS QUIMICOS:

Se han utilizado técnicas de inmersión en diferentes soluciones. Entre ellas se destacan:

- ✓ Hipoclorito de sodio: Su uso en solución diluida de agua lavandina 1:10 es efectivo para eliminar microorganismos adheridos a la superficie de la prótesis; no elimina calculo. Su uso diario (10 minutos por día) puede alterar los elementos metálicos de las prótesis. Si no es enjuagada adecuadamente, el hipoclorito de sodio puede resultar lesivo para la mucosa.
- ✓ Pastillas efervescentes: Básicamente contienen compuestos oxidantes, compuestos efervescentes y quelantes, además de detergentes, agentes

que aportan color y fragancia. Si son utilizados durante toda la noche, producen la esterilización de la prótesis. Cuando son utilizados en tiempos de inmersión de 10 a 20 minutos alcanzan a eliminar el 99% de la mayoría de los microorganismos presentes.

✓ Iodopovidona.³³

- **Flúor.-** Es un elemento esencial; alrededor del 95% de fluoruro en el cuerpo se encuentra en los huesos y los dientes. Es esencial para la formación del esmalte dental. El agua potable contiene 0,5 mg / L, pero en las zonas endémicas de fluorosis el agua contiene de 3 a 12 mg de flúor. Los peces del mar, el queso y el té son ricos en flúor. 0,5 a 0,8 / L en el agua se considera como límite de seguridad en nuestro país. La deficiencia de ella conduce a la caries dental.³⁴

2.2.1.6 HABITO DIETETICOS:

Una alimentación variada, suficiente y completa, puede cubrir todas las necesidades nutricionales de ancianos sanos, sin recurrir a suplementos.

Alimentos, fuente de los principales nutrientes:

- **Proteínas:**
De alto valor biológico: carnes, leche, quesos, huevos.
De bajo valor biológico: legumbres, cereales, frutas secas, semillas, hortalizas, frutas.
- **Vitamina A (Retinol):**
Leche entera, manteca, crema, queso, huevos, hígado, pescados grasos, carnes.
- **Carotenoides:**
Hortalizas de hojas verdes, zanahoria, zapallo, batata, frutas anaranjadas y rojas, aceite de palma.
- **Tiamina:**
Cereales enteros, germen, legumbres, carne de cerdo, hígado vacuno.
En menor proporción: hortalizas verdes, raíces, tubérculos, productos lácteos, carnes, germen.
- **Riboflavina:**

Leche, huevos, hígado vacuno, carne de cerdo, carne de pescado, otras carnes, hortalizas verdes.

En menor proporción: cereales integrales, vegetales y frutas.

- Vitamina B6:

Carne vacuna, carne de cerdo, hígado, carne de pollo, cereal.

En menor proporción: huevos, carne de pescado, productos lácteos, hortalizas verdes.

- Folato:

Carnes, hígado, hortalizas verdes, vegetales en general.

- Vitamina B12:

Hígado, mariscos bivalvos y otros, carnes, quesos fermentados, leche, huevos.

- Vitamina D:

Grasa láctea, huevos, leches fortificadas con vitamina D.

- Vitamina C:

Frutas cítricas, melón, tomate, pimientos verdes, hortalizas verdes.

En menor proporción: otras hortalizas y frutas.

- Vitamina E:

Aceites vegetales, frutas secas (almendras, nueces, maníes, avellanas), germen.

En menor proporción: grasas animales, huevos, manteca, cereales enteros.

- Vitamina K:

Vegetales verdes.

En menor proporción: carnes, huevos, cereales, frutas.

- Hierro:

Heminico: carnes.

No heminico: hígado, legumbres, cereales, hortalizas.

En menor proporción: huevo.

- Calcio:

Leche, yogures, quesos.

En menor proporción: vegetales de hoja, pescados con espinas (cornalitos, conservas), semillas de sesamo, almendras, cereales, frutas.

- **Zinc:**
Carnes, mariscos, hígado. En menor proporción: cereales integrales.
- **Sodio:**
Sal, alimentos elaborados con agregado de sal y con aditivos sódicos.
En menor proporción: todos los alimentos naturales.
- **Potasio:**
Hortalizas y frutas.
En menor proporción: en todos los alimentos.
- **Cromo:**
Cereales, levadura de cerveza, alimentos animales en general, con excepción de los pescados.
- **Selenio:**
Vísceras, carne de pescado, otras carnes, cereales.
- **Cobre:**
Mariscos, hígado, legumbres, nueces, semillas.
En menor proporción: pescados, lácteos.
- **Magnesio:**
Semillas, nueces, cereales integrales, vegetales verdes, productos lácteos.
- **Flúor:**
Te, alimentos marinos, aguas fluorados, dentífricos fluorados.
- **Fibra:**
Cereales integrales, legumbres, verduras y frutas crudas, frutas secas.

Signos y síntomas bucales de alteraciones nutricionales:

- **Proteínas:**
Deficiencia: Alteraciones de la composición, patrón de erupción y resistencia al desgaste durante periodos de desarrollo del diente, aumento de la susceptibilidad a infección en tejidos blandos, retraso en la cicatrización y regeneración tisular.
- **Hidratos de carbono:**

Exceso de carbohidratos fermentables (sacarosa): Incremento del riesgo de caries.

- Lípidos:

No hay efectos de su deficiencia o exceso. Los lípidos de los alimentos pueden recubrir los dientes, protegiéndolos de factores cariogénos.

- Vitamina A:

Deficiencia: Regeneración y cicatrización alterada de los tejidos, descamación y queratinización temprana de la mucosa bucal, mayor riesgo de candidiasis, hipertrofia gingival e inflamación, hipogeusia, xerostomía, alteración o detención del desarrollo del esmalte con calcificación deficiente o hipoplasia de dientes maduros.

Deficiencia grave: Formación irregular de la dentina, incremento del riesgo de caries.

Exceso: Alteración de la diferenciación celular con cicatrización tardía de los tejidos, signos semejantes a los de la deficiencia.

- Vitaminas complejo B:

Deficiencia: Queilosis angular de los labios, leucoplasia, sensación de quemadura en la lengua, atrofia de las papilas, lengua roja y brillante, fisuras, glositis.

- Riboflavina:

Deficiencia: Queilosis angular, atrofia de las papilas filiformes, crecimiento de las papilas fungiformes, labios y lengua rojos y brillantes, sensación de lengua lastimada.

- Niacina:

Deficiencia: Queilosis angular, mucositis, estomatitis, dolor en la cavidad bucal, ulceración, lengua denodada, glositis, glosodinia (lengua con bordes rojizos, edematizados, tumefactos, dorso liso y seco), gingivitis ulcerativa.

- Vitamina B6:

Deficiencia: Queilosis angular, sensación de quemadura o lastimadura en la boca, glositis, glosodinia.

- Folato:

Deficiencia: Queilosis angular, sensación de quemadura o lastimadura en la boca, mucositis, estomatitis, mayor riesgo de candidiasis, inflamación de las encías, glositis, úlceras tipo aftosas.

- Vitamina B12:

Deficiencia: Queilosis angular, sensación de quemadura o lastimadura en la boca, mucositis, estomatitis, encías hemorrágicas, halitosis, displasia epitelial de la mucosa bucal, parestesias bucales, desprendimiento de las fibras periodontales, hipogeusia o disgeusia, glositis, glosodinia, retraso en la cicatrización de heridas, xerostomía, úlceras tipo aftosas.

- Vitamina D:

Deficiencia: Regeneración anormal del hueso, osteoporosis, osteomalacia, calcificación incompleta de los dientes y del hueso alveolar

Exceso: Calcificación de la pulpa, hipoplasia del esmalte.

- Vitamina C:

Deficiencia leve: Mayor riesgo de infecciones, fragilidad vascular, aumento de los signos y síntomas de enfermedad periodontal, retraso de la cicatrización de heridas.

- Vitamina K:

Deficiencia grave: escorbuto: encías enrojecidas y edematizadas, tejido gingival susceptible a sangrado, maceramiento papilar interdental, petequias, sensación de quemadura o lastimadura en la boca, aumento del riesgo de candidiasis, hemorragias subperiosticas, destrucción periodontal, ulceración de tejidos blandos, incremento de la movilidad y pérdida de los dientes, esmalte normal pero dentina inadecuada que se fractura con facilidad.

- Hierro:

Deficiencia: Aumento de riesgo de sangrado y de candidiasis.

- Calcio:

Deficiencia: Queilosis angular, sensación de quemadura o lastimadura en la boca, palidez de labios y mucosa bucal, atrofia o denudación de papilas filiformes, glositis, aumento de riesgo de candidiasis.

- Cinc:

Deficiencia: Calcificación incompleta de los dientes, osteomalacia, exceso de resorción del hueso y fragilidad ósea, osteoporosis, tendencia a hemorragias, incremento de la movilidad y pérdida de los dientes.

- Cobre:

Deficiencia: Pérdida o distorsión de la sensibilidad gustativa y olfativa, disminución de la sensibilidad de la lengua, retraso de la cicatrización de heridas, queratinización anormal de las células epiteliales, engrosamiento epitelial, atrofia de la mucosa bucal, aumento del riesgo de enfermedad periodontal y candidiasis, xerostomía, aumento de la susceptibilidad a las caries durante la formación de los dientes.

- Magnesio:

Deficiencia: Disminución de las trabéculas del hueso alveolar, disminución de la vascularidad de los tejidos, aumento de la fragilidad tisular.

- Flúor:

Deficiencia: Disminución de la resistencia a las caries

Exceso: Fluorosis con hipoplasia del esmalte; leve: manchas en el esmalte con alta resistencia a las caries; moderado: coloración café de los dientes con alta resistencia a las caries; grave: hipoplasia del esmalte con disminución de la resistencia a las caries.

- Fosforo:

Deficiencia: Calcificación incompleta de los dientes, aumento de la susceptibilidad a las caries durante la formación de los dientes, aumento del riesgo de enfermedad periodontal:

- Agua:

Deficiencia: Deshidratación y fragilidad del tejido epitelial, disminución de la fuerza muscular para la masticación, xerostomía, sensación de quemadura en la lengua.³⁵

2.2.1.7 ENFERMEDADES SISTEMICAS:

El primer paso para poder atender a un anciano es conocer no solo su problema odontológico, sino su estado general. Esto es de suma importancia, ya que nos va a orientar acerca de qué tipo de tratamiento podemos efectuarle: si tenemos que hacer una interconsulta con el

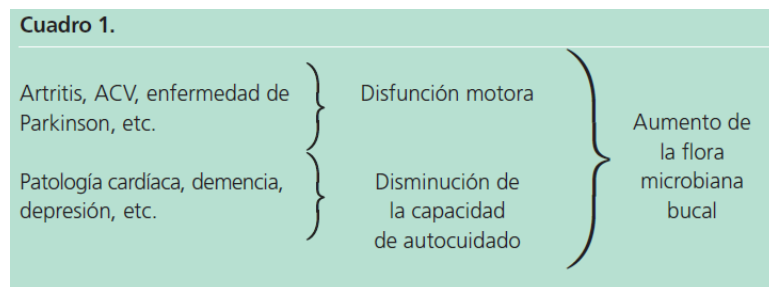
médico o con el psiquiatra, si sus lesiones son una consecuencia de sus enfermedades sistémicas o de los medicamentos que toma, etc. Con esto podremos llegar a un buen diagnóstico y al más adecuado plan de tratamiento para cada uno en particular.

La enfermedad en la vejez se caracteriza por ser prácticamente asintomática, multisistémica, presentar una respuesta alterada frente al tratamiento y un aumento de la iatrogenicidad.

El porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas aumenta sensiblemente con la edad. Entre los 71 a 80 años es del 90%¹ y casi el 30% de estos tienen tres o más enfermedades que complican su tratamiento o que tienen alguna acción negativa sobre este (Cuadro 1).

Las enfermedades más frecuentes son:

- Artritis. 53,5%
- Hipoacusia. 41,1%
- Hipertensión arterial. 39,2%
- Enfermedad cardiovascular. . . . 33,4%.



CUADRO 1, ENFERMEDADES MAS FRECUENTES (FUENTE: DR RICARDO ROISINBLIT, ODONTOLOGÍA PARA LAS PERSONAS MAYORES - 1A ED. - BUENOS AIRES, 2010. PP. 111).

Posibles síntomas de enfermedad:

En un anciano, así como un infarto puede pasar inadvertido, los síntomas de enfermedad pueden ser muy distintos que en una persona joven, ya que se pueden presentar además como:

1. Caídas.
2. Incontinencia urinaria.
3. Confusión.
4. fatiga, etc.

Por esto debemos estar alertas cuando nos comente acerca de la reciente aparición de algunos de estos síntomas, para derivarlo al médico.

En los pacientes de alto riesgo es necesario determinar en qué medida su salud está comprometida, por lo que tendremos que investigar si:

1. El paciente será capaz fisiológica y psicológicamente de soportar el estrés asociado al plan de tratamiento odontológico.
2. Nuestro paciente se constituye en un riesgo superior, por sus características en cuanto a morbilidad mortalidad, durante el previsto tratamiento dental.
3. Existe un riesgo superior al normal y que modificaciones habrá que hacer en el transcurso del tratamiento para minimizarlo.
4. El riesgo que será tan elevado afectara la seguridad del paciente en la consulta odontológica.
5. Está capacitado para poder establecer un contrato con él, o habrá que hacerlo con un familiar. ³⁶

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

A. CARIES DENTAL:

Se considera un proceso dinámico crónico, infeccioso, transmisible y multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente, y progresa lentamente con el tiempo con la subsecuente pérdida de minerales de la superficie dental. Esto se refleja clínicamente como una opacidad del esmalte que puede evolucionar a grandes cavidades que comprometen la dentina, el cemento y la pulpa dental hasta la destrucción total del diente. ³⁷

La caries dental es multifactorial, constituye actualmente la enfermedad crónica más frecuente en el ser humano, pues del 90 al 95 % de la población sufre esta patología, siendo responsable de la pérdida de la mitad de las piezas dentarias. Hoy día la población no tiene todavía conciencia suficiente de su importancia, por no ser una enfermedad mortal. ³⁸

- **Caries adolescente.-** Son lesiones en los dientes y en aquellas superficies relativamente inmunes a la caries. Estas son aperturas

relativamente pequeñas en el esmalte con un socavado extenso debajo del esmalte. Se observa rápida penetración del esmalte y un comprometimiento extenso de la dentina. La progresión rápida de la lesión no permite una respuesta pulpar efectiva con poca o nada de dentina secundaria.

- **Caries compleja.-** Se refiere a la lesión donde participan tres o más de tres superficies.
- **Caries compuesta.-** Se refiere a la lesión que envuelve al diente en dos partes de su superficie.
- **Caries de base triangular.-** Se refiere a una clase de progresión de caries donde el proceso carioso progresa mucho más rápido en la dentina que en el esmalte, es decir, la caries se dispersa a lo largo de la UAD excediendo la caries en el esmalte contagiado desde la unión.
- **Caries de fosas y fisuras.-** Son aquellas que se originan en las fosas y fisuras que se encuentran en la superficie lingual de los dientes anteriores superiores y en la cara vestibular, lingual y las superficies oclusales de los dientes posteriores.
- **Caries de infancia.-** (caries de biberón): es un tipo de rápida progresión de la caries dental que afecta a los dientes de los niños, por lo general durante los 2 primeros años de vida. En la caries de infantes hay una distribución única de la caries dental. Los 4 incisivos superiores anteriores se ven afectados primero, estos dientes están anatómicamente colocados en la boca como para ser bañados frecuentemente por la alimentación y si no se frena el deterioro puede extenderse a los molares maxilares y mandibulares. Inicialmente, los dientes anteriores inferiores no pueden estar en juego por el entorno de protección de las secreciones salivales mandibulares y la acción de limpieza de los músculos de la lengua. La caries de infancia es más frecuente en niños con una historia dietética inusual, tales como la adición de jarabe, miel o sacarosa en la fórmula que utilizan. Se ha informado que la lactancia materna prolongada y sin restricciones en horario nocturno puede resultar en un aumento de las tasa de caries.

- **Caries de superficies lisas.-** Es la lesión de caries que se encuentra en otras superficies que no son fosas ni fisuras por lo que son clasificadas como lesiones de superficies lisas. Las lesiones de superficies lisas pueden subdividirse en interproximales, que comienzan en los puntos de contacto mesial y distal; cervicales, que se producen en la superficie bucal o lingual y cerca de la unión dentina- esmalte.
- **Caries media.-** Se refiere a un tipo de lesión donde comienza la caries en el esmalte y luego sigue hacia dentina, es decir, donde la caries en el esmalte es más grande que en la dentina.
- **Caries proximal - zona susceptible.-** Esta región se extiende desde el punto de contacto, hasta la altura del margen gingival libre. Aumenta con la recesión del hueso alveolar y los tejidos gingivales.
- **Caries seniles.-** Son aquellas que ocurren en la vejez. Esto puede deberse a la reducción de la secreción de saliva o la exposición de las raíces después de la recesión gingival.
- **Caries simple.-** Afecta sólo una superficie del diente.
- **Caries, índice de severidad.-** Fue desarrollado por Tank Certrude y Storvick Clara en 1960. Este índice fue desarrollado para estudiar la profundidad y extensión de la caries de superficies y el grado de implicación de la pulpa. El progreso de la caries dental en las etapas descritas por Massler y Schour en 1952, se modificaron y este índice de severidad de la caries fue diseñado para medir el alcance y profundidad de las superficies cariadas y el compromisos pulpar basados en exámenes clínicos y radiográficos.
- **Caries, índice de susceptibilidad.-** Desarrollado por Richardson en 1961, para evaluar la susceptibilidad a la caries. Este índice se basa en los índices de caries de Bodecker y Mellanby. Hay 2 factores que intervienen en la medición de susceptibilidad a la caries mediante el estudio dinámico, a saber: A. Cantidad de superficies dentales en riesgo, B. Cantidad de caries en desarrollo durante el período de observación. B/A nos dará la medida de susceptibilidad.

- **Caries, prueba de actividad.-** Es una prueba rápida que proporciona información de los microorganismos acidófilos o de su actividad en la boca.³⁹

B. ENFERMEDAD PERIODONTAL:

La enfermedad periodontal es una patología que afecta a los tejidos que soportan a los dientes. Es una patología infecciosa causada por bacterias presentes en la boca. Existen dos tipos de enfermedades periodontales: gingivitis y periodontitis. La gingivitis afecta únicamente a la encía y es un proceso reversible. La principal señal de alerta es el sangrado. Si el proceso continúa en el tiempo podría desembocar en una periodontitis. En la periodontitis se produce una inflamación de la encía y una destrucción más profunda que afecta a todos los tejidos que soportan el diente. Es un proceso irreversible que podría provocar la pérdida del diente. La periodontitis, además, puede afectar a la salud general ya que aumenta el riesgo cardiovascular, diabético o de partos prematuros.

Los factores que favorecen la evolución de gingivitis a periodontitis son:

- Bacterias con mayor capacidad patogénica.
- Factores genéticos.
- Estrés.
- Consumo de alcohol.
- Sobrepeso.
- Tabaco.
- Enfermedades sistémicas (diabetes, osteoporosis,...).
- Medicamentos que producen un sobrecrecimiento gingival.
- Malos hábitos de higiene bucal.
- Piezas dentarias mal posicionadas.
- Empastes mal ajustados.

La mejor forma de prevenir la enfermedad periodontal es mantener una correcta higiene bucal, controlando así la cantidad de placa dental presente. Es necesario realizar revisiones periódicas para poder realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad en caso de que aparezca.

El tratamiento de la gingivitis se realiza mediante profilaxis profesional (limpieza de boca), y raspado y alisado radicular en el caso de la periodontitis. En alguna ocasión, es necesaria la realización de cirugías periodontales para limpiar las bacterias, la placa y el sarro presentes en las raíces de los dientes.⁴⁰

C. GINGIVITIS:

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 puntillero, 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.

La gingivitis no tiene predilección sexual o racial, y se clasifica de acuerdo a la distribución, duración, causa, e intensidad. La distribución puede ser general, local, marginal, o papilar (afectación de las papilas interdentes). La duración puede ser aguda o crónica. Se describen varios tipos diferentes en la literatura, y se exponen abajo. El tratamiento de la gingivitis es la remoción frecuente y regular de la placa bacteriana; la gingivitis no tratada puede avanzar a periodontitis.⁴¹

D. PERIODONTITIS:

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. Está 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. Durante las exacerbaciones hay migración apical de la fijación epitelial, bolsa periodontal aumentada (> 3 mm), incremento de líquido de la hendidura gingival, pérdida de hueso alveolar, y pérdida de tejido conectivo de fijación. La actividad de la enfermedad es evaluada vigilando estos datos, clínica, radiográfica, y complementariamente, analizando el contenido de la hendidura gingival y la saliva, que contienen mediadores inflamatorios. Por lo común la periodontitis provoca movilidad, desplazamiento y pérdida de dientes; la falta de vitalidad y el absceso periodontal son dos resultados menos comunes.

La periodontitis crónica se divide en tres tipos (leve, moderada, y avanzada), basada en la intensidad, y puede ser localizada o generalizada. Las otras categorías de periodontitis incluyen periodontitis agresiva (previamente periodontitis prepuberal y periodontitis juvenil), periodontitis como una manifestación de enfermedades sistémicas, enfermedades periodontales necrosantes, abscesos del periodonto, y periodontitis asociada con lesiones endodóncicas. Las especies predominantes asociadas con periodontitis crónica son: *Actinomyces naeslundii*, *Tannerella forsythus*, *Campylobacter rectus*, *Eikenella corrodens*, especies de *Eubacterium*, *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus micros*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Selenomas sputigena*, *Streptococcus intermedius* y especies de *Treponema* (*T. denticola*). Ciertas especies, como *Aggregatibacter* (*Actinobacillus*) *actinomycetemcomitans*, se detectan más frecuentemente con tipos específicos de periodontitis (es decir, periodontitis agresiva). Los factores de enfermedad periodontal incluyen fumar, edad, y ciertas enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, trastornos de los leucocitos, y el síndrome de Ehlers-Danlos). El tratamiento incluye remover la placa, cálculos y cemento por instrumentación periodontal. En la periodontitis agresiva se usan antibióticos (tetraciclina metronidazol). Se recomienda cirugía periodontal en sitios no responsivos, después de que la

instrumentación periodontal se completa y están establecidos buenos cuidados del propio paciente.⁴²

E. MALOCLUSIÓN DENTAL:

Las desarmonías oclusales son contactos entre dientes que interfieren con el movimiento de cierre apropiado hasta la posición de intercuspidadación. Un error frecuente consiste en asumir que las maloclusiones siempre están asociadas con desarmonías oclusales. El mecanismo de erupción de los dientes es tan flexible que incluso una mala alineación importante de los dientes no produce necesariamente interferencias entre las cúspides; en cambio, es la interferencia externa con la dentición completamente erupcionada la que produce desarmonía. La odontología mal realizada puede crear interferencias, pero la causa más frecuente es la pérdida dentaria. Después de la extracción de un diente, los dientes vecinos a veces se inclinan y desplazan y los dientes antagonistas erupcionan hasta que se alcanza una nueva posición de estabilidad. De esta forma, después de la extracción del primer molar inferior, los segundos y terceros molares se mesializan y lingualizan y las cúspides distales de estos dientes crean interferencias con las cúspides de los molares superiores. Además, debido a la inclinación, se permite que la placa se acumule en las caras mesial y lingual de estos dientes, produciendo inflamación gingival y formación de bolsas.⁴³

Las maloclusiones agudas pueden estar inducidas por trastornos musculares e intracapsulares:

- ✓ Los espasmos musculares pueden alterar la posición postural de la mandíbula. Cuando esto ocurre y los dientes entran en contacto, el paciente nota un estado oclusal alterado. Los espasmos del pterigoideo lateral inferior hacen que el cóndilo del lado afectado sea traccionado hacia delante y medialmente, dando lugar a una desoclusión de los dientes posteriores del mismo lado y a contactos dentarios anteriores intensos en el lado contrario. El espasmo completo de un músculo

elevador (p. ej., el masetero) no permite la apertura de la boca; sin embargo, un espasmo parcial de un músculo elevador tiene un efecto menos marcado. El espasmo parcial de un músculo elevador causa tan sólo ligeros cambios que pueden no observarse clínicamente. Aunque estos cambios no se aprecien, el paciente indica a menudo que «los dientes no ajustan bien».

- ✓ Los trastornos intracapsulares que causan cambios rápidos en la relación de las superficies articulares de la articulación pueden crear una maloclusión aguda. Estos cambios pueden incluir desplazamientos y luxaciones funcionales del disco, retrodiscitis y alteraciones óseas agudas. Cuando dichos cambios crean una situación que permite que las estructuras óseas se aproximen más, como en el caso de la luxación funcional del disco o la pérdida ósea asociada con osteoartritis, se nota un contacto intenso en los dientes posteriores ipsilaterales. Si, por el contrario, crean una situación que separa las estructuras óseas, como en una retrodiscitis o una inyección de líquido en la articulación (p. ej., una inyección de corticoides o una artrocentesis), los dientes posteriores ipsilaterales pueden no contactar y podría apreciarse un contacto más intenso de los dientes posteriores contralaterales. Conviene señalar que las técnicas de manipulación funcional también son útiles para identificar el origen de la maloclusión aguda.⁴⁴

F. FACTOR DE RIESGO:

El conocimiento de los factores de riesgo, debe ser usado como medio para prevenir el inicio o la recurrencia de la patología. La educación para la salud, tanto a nivel de políticas públicas como en la práctica privada profesional, puede ser el modo de reducir el daño y los costos que la pérdida de salud provocan.

- Factores de riesgo sistémicos:
 - ✓ Enfermedades sistémicas agudas.
 - ✓ Enfermedades sistémicas crónicas.
 - ✓ Incapacidades físicas o mentales.
 - ✓ Medicación.

- Factores de riesgo de Comportamiento:
 - ✓ Tabaco.
 - ✓ Alcohol.
 - ✓ Higiene bucal.
 - ✓ Acceso a servicios de salud.
 - ✓ Estrés.
 - ✓ Depresión.
- Factores de riesgo Sociodemográficos:
 - ✓ Educación.
 - ✓ Ingresos.
 - ✓ Raza.
 - ✓ Grupo familiar.
 - ✓ Situación socio-económica.⁴⁵

G. ENFERMEDAD SISTÉMICA:

Las enfermedades sistémicas son aquellos procesos mórbidos que afectan más de un sistema orgánico. La etiopatogenia de muchas de estas enfermedades aún no se esclarece del todo, pero es bien sabido que, en gran parte de ellas, están involucrados procesos inflamatorios y desórdenes del sistema inmunológico que dan origen a las diversas manifestaciones. La mayoría de los pacientes con úlceras aftosas orales recidivantes no tienen otra afectación, pero en otros la presencia de lesiones crónicas de estomatitis aftosa se asocia a procesos sistémicos.⁴⁶

- **Enfermedad cardiovascular:**

La enfermedad cardíaca diagnosticada afecta al 23% de las personas mayores de 65 a 74 años y a un 35% de las mayores de 75 años. Existen dos factores de riesgo:

- ✓ Los inmodificables: ser de sexo masculino, tener antecedentes familiares y edad avanzada.
- ✓ Los que se pueden modificar: incluyen al tabaquismo, la hiperlipidemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Los pacientes con cardiopatía isquémica habitualmente concurren al consultorio con sus tabletas de dinitrato de isosorbida, las que administran por vía sublingual en caso de sufrir un dolor anginoso. Los síntomas pueden ser: dolor torácico, que puede irradiarse o no al cuello, a la mandíbula, paladar o lengua, (tomarlo en cuenta para no confundirlo con una etiología local), a la espalda y a los brazos, disnea, confusión, síncope, fatiga, náuseas, vómitos y transpiración. Del 25 al 30% no tienen ningún síntoma, pero si los tienen en el consultorio o si registran un aumento de su presión arterial, se les debe administrar dinitrato de isosorbide. Sublingual.

En todos estos casos se debe interrumpir el tratamiento odontológico aunque el paciente nos diga que sus síntomas desaparecieron y desee continuar.

- **Hipertensión arterial:**

Esta enfermedad afecta al 60% de los mayores de 65 años e incrementa el riesgo de infartos y ACV. Se calcula que es responsable del 42% de los ACV en hombres y del 70% en las mujeres. Su tratamiento hace descender la tasa de mortalidad en un 38%. Hasta los 60 años la presión sistólica y diastólica aumentan con la edad, pero luego solo lo hace la sistólica. Disminuir la ingesta de sodio retrasa el inicio de los cambios relacionados con el envejecimiento.

En estos pacientes hay que evitar las situaciones de estrés ya que pueden provocar un aumento de la presión arterial. Una de las precauciones a tomar para la atención de un paciente hipertenso descompensado es no introducir anestesia en un vaso, porque puede provocar un aumento brusco de las cifras tensionales.⁴⁷

- **Artritis reumatoide:**

Es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica recurrente que afecta principalmente a las articulaciones. Comienza en las pequeñas articulaciones de manos y pies y progresa en forma centrípeta y simétrica. Su causa exacta no se conoce. El comienzo es insidioso, con dolor,

hinchazón y rigidez de la articulación. Por lo general las articulaciones interfalángicas proximales están afectadas. Es poliarticular y simétrica. Se presentan exacerbaciones y remisiones. La A.T.M. comúnmente no se ve afectada. La persona desarrolla fiebre, pérdida de peso y fatiga. Al movimiento mandibular se observa rigidez. No son comunes los ruidos articulares. También se asocia con vasculitis, atrofia muscular y de la piel, nódulos subcutáneos, adenopatías, esplenomegalia y leucopenia. El infarto hemorrágico en el pliegue ungueal y el pulpejo del dedo se debe a la vasculitis. A través de los años se puede desarrollar anquilosis. Puede desarrollarse maloclusión. El factor Rh es positivo en el 75% de los casos. No hay tratamiento específico. Puede ayudar el uso de cortisona. La condilectomía puede ser necesaria en los casos severos para recuperar el movimiento.

- **Diabetes mellitus:**

Representa un síndrome de trastornos de metabolismo de la glucosa y la hiperglucemia inadecuada como resultado de una deficiencia absoluta en la secreción de insulina, una reducción en la eficacia biológica de la insulina o ambas. Los factores predisponentes incluyen: trastornos genéticos primarios de destrucción de los islotes de Langerhans en el páncreas causados por la inflamación, el cáncer o la cirugía, condición del sistema endocrino, hiperpituitarismo e hipertiroidismo, administración de esteroides, lo que resulta en la diabetes iatrogénica. La clasificación de la diabetes mellitus incluye diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) - tipo 1 y la diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) - tipo II.⁴⁸

- **Enfermedades respiratorias:**

Las infecciones respiratorias aparentemente ofrecen una menor fuerza de asociación, pero la región orofaríngea, adenoides y senos maxilares pueden comportarse de forma muy diferente ante la fuente de contaminación con microorganismos patógenos en individuos susceptibles. La asociación entre una enfermedad respiratoria y una periodontal se establece con facilidad cuando existe una condición que

disminuye los mecanismos de defensa del huésped. Una infección de las vías respiratorias comienza por la contaminación de los microorganismos de la cavidad oral al epitelio de las vías respiratorias inferiores a través de gotas, aerosol o por la aspiración de secreciones orales de quienes tiene mala higiene oral, y contienen altas concentraciones de microorganismos y patógenos orales. La periodontitis parece influir en la incidencia de infecciones pulmonares en episodios de neumonía nosocomial, en particular en los pacientes de alto riesgo.⁴⁹ (fig.1).

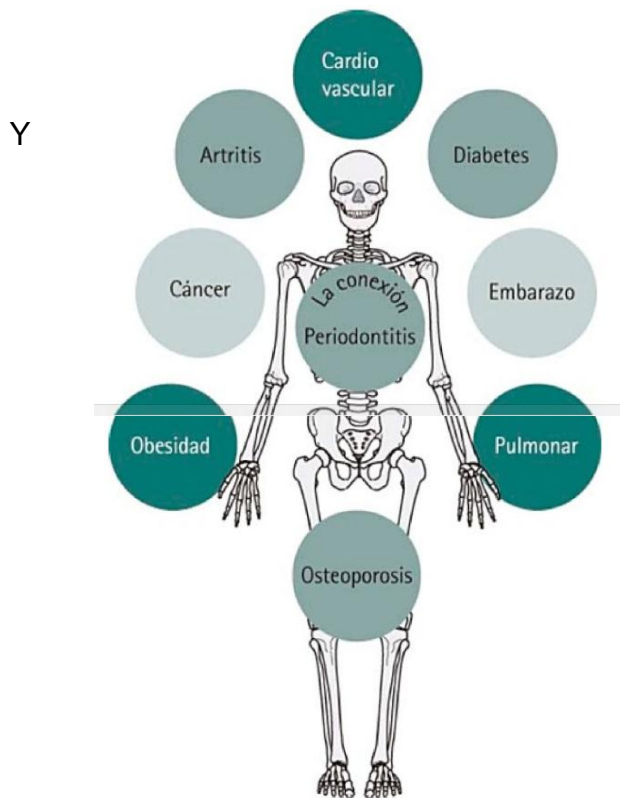


FIG.1 LA CONEXIÓN ORAL

EL ESTADO SISTEMICO PUEDE SER BIDIRECCIONAL CUANDO LOS PACIENTES ESTAN EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A UNA PERIODONTITIS Y ENFERMEDADES DONDE EXISTE DAÑO VASCULAR. (FUENTE: CASTELLANOS SJ; DÍAZ GL; LEE GE.

MEDICINA EN ODONTOLOGÍA: MANEJO DENTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS. TERCERA EDICIÓN – MÉXICO, EDITORIAL EL MANUAL MODERNO. 2015; PP 6).

H. HIGIENE BUCAL:

La higiene bucal del anciano con dientes naturales son similares a las que se dan a los adultos más jóvenes. Los principales problemas son la habilidad manual de la persona (por patológicas diversas como la artritis y la artrosis) y la dificultad para limpiar dientes aislados. En esos casos los mangos de los cepillos deben ser adaptados o se debe recurrir a los cepillos eléctricos. Es conveniente que usen pastas que combatan la sensibilidad dentaria.

Las prótesis dentales acumulan placa bacteriana en diferentes grados, según el estado de conservación. Los depósitos blandos se pueden eliminar enjuagando la prótesis con agua y frotándolas con gasa suave y cepillándolas. Esto se debe hacer después de cada comida y por la noche al quitarse la prótesis para dormir.

Si la prótesis tiene elementos metálicos no se deben usar ácidos ni hipocloritos con el fin de evitar la corrosión.⁵⁰

2.4 HIPOTESIS.

Hipótesis de Alternativa (Ha):

Existe mayor prevalencia y factores de riesgo de las enfermedades bucodentales, en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, en el año 2017.

Hipótesis Nula (Ho):

No existe mayor prevalencia y factores de riesgo de las enfermedades bucodentales, en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, en el año 2017.

2.5 SISTEMA DE VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Prevalencia y Factores de riesgo

VARIABLES DEPENDIENTE

Enfermedades bucodentales

VARIABLES DE INTERVINIENTE

Sexo

Edad

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE Prevalencia y Factores de riesgo	Higiene bucal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bueno ○ Regular ○ Malo 	Observación Directa	Ficha clínica	Nominal
	Enfermedades sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hipertensión arterial. ○ Problemas auditivos y visuales ○ Demencia senil 			
VARIABLE DEPENDIENTE Enfermedades bucodentales	Caries dental	Signos y síntomas	Observación Directa	Ficha clínica	Nominal
	Enfermedad Periodontal	Signos y síntomas			
	Maloclusión dental	Signos y síntomas			
VARIABLE INTERVINIENTE Variables de caracterización	Género	Masculino	Observación Directa	Ficha clínica	Nominal
		Femenino			
	Edad	60- 100 años			Ordinal

CAPITULO III. METODOLOGÍA.

3.1 TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se encuentra en un enfoque Cuantitativo.

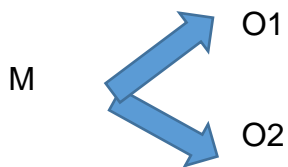
- Según el propósito; es de tipo básico
- Según la Ocurrencia de los hechos; es de tipo prospectivo debido a que se registró los datos según su ocurrencia del fenómeno de estudio.
- Según el periodo y secuencia de estudio; es transversal porque se registró los datos en solo el momento, a través de la evaluación clínica.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Se empleó el método Descriptivo.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño empleado fue Descriptivo, prospectivo, transversal.



M = (60 Adultos).

O1 = (Factores de Riesgo).

O2 = (Enfermedades Bucales).

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

POBLACIÓN.

Todos los huéspedes del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

MUESTRA.

El tipo de muestreo fue de tipo No Probabilístico, por conveniencia, estando conformado por los adultos mayores del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, de ambos sexos, que el total fueron 60 personas.

MUESTREO.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Criterios de inclusión.

- Adultos Mayores, de ambos sexos.
- Adultos que se encuentren padeciendo alguna enfermedad relacionada a la salud bucal.

Criterios de exclusión.

- Adultos con enfermedades incapacitantes.
- Adultos que no pudieron brindan el consentimiento informado; fue brindado por terceras personas.

UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN.

- Todos los Adultos Mayores del asilo Santa Sofía Huánuco.

3.4 INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Observación directa.

A través del examen clínico, se realizará el registró clínico de las diferentes enfermedades bucodentales que presenten los adultos del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

INSTRUMENTOS:

a. Ficha clínica:

En este instrumento registraremos las condiciones clínico bucal de los pacientes, desarrollándose aproximadamente en 20 minutos por paciente.

b. Ficha de consentimiento informado.

Es a través de este medio, que los pacientes brindarán su aceptación para participar del estudio.

La finalidad de todo código de Ética y Deontología es determinar la conducta o comportamiento que toda persona debe observar dentro de un grupo organizado.

Bajo este contexto entendemos por Ética: a todo aquello que orienta las acciones y normas de conducta honesta, digna y de respeto; es el modo de SER, propiciando relaciones apropiadas y correctas para el desempeño personal. Deontología: Es aquella rama principal de la Ética que agrupa de manera ordenada derechos, deberes y obligaciones morales, es el modo de HACER o de proceder con el respeto que corresponda.

3.5 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Se usó la técnica mecánica o manual para procesar los datos, porque se empleó la tabla de frecuencias para el conteo de los mismos.

Los datos se codificaron, se elaboró el libro de códigos, la codificación se efectuó físicamente y se guardó los datos en una Pc.

La tabulación se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado de pearson. El proceso va desde la respuesta de los sujetos hasta un archivo que contenga una matriz de valores numéricos que significan respuestas. La conducta y los valores de las variables serán codificados.

Se empleará una base de datos realizada en el programa estadístico Spss statistics versión 23, en el que se realizó las distribuciones de frecuencias con sus respectivas gráficas.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. APLICACIÓN ESTADÍSTICA:

TABLA 1

Caracterización de los adultos mayores según sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Femenino	28	46,7	46,7
Masculino	32	53,3	53,3
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

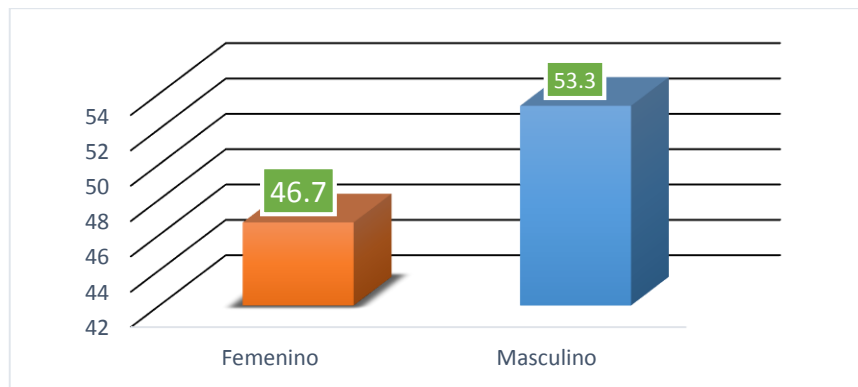


GRÁFICO 1

Caracterización de los adultos mayores del asilo Santa Sofía según sexo

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico 1, se observa la distribución de los pacientes de estudio según sexo, obteniéndose los siguientes resultados: De un total de 60 (100%), 32 (53,3%) son de sexo masculino y el restante 46,7%, es decir 28 pacientes son de sexo femenino.

TABLA 2

Caracterización de los adultos mayores según grupo etareo

		Porcentaje	
	Frecuencia	Porcentaje	válido
60 a 69 años	16	26,7	26,7
70 a 79 años	21	35,0	35,0
80 a 89 años	16	26,7	26,7
90 a 99 años	7	11,7	11,7
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

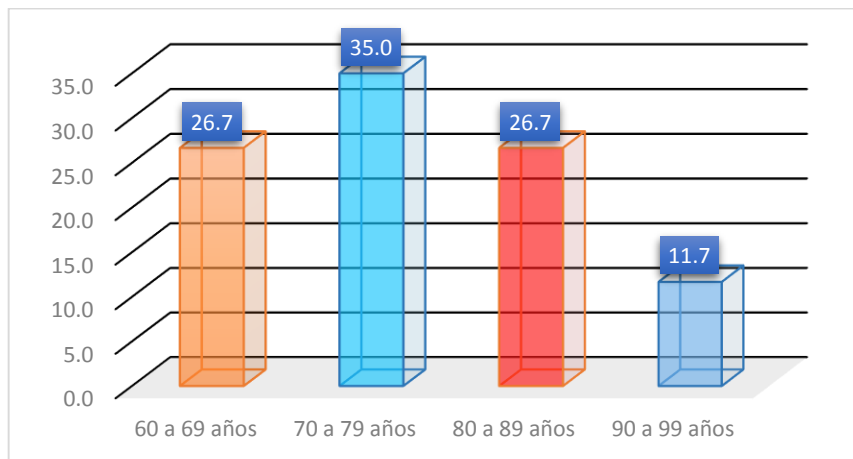


GRÁFICO 2

Caracterización de los adultos mayores según grupo etareo

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sus edades (grupo etareo), observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 70 a 79 años (35%), seguido en frecuencia por pacientes de 60 a 69 años 26,7%; 80 a 89 años (26,7%) y finalmente, los paciente de 90 a 99 años 11,7%.

TABLA 3

Caracterización de los adultos mayores del Asilo Santa Sofía según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soltero	14	23,3	23,3
Casado	10	16,7	16,7
Viudo	36	60,0	60,0
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

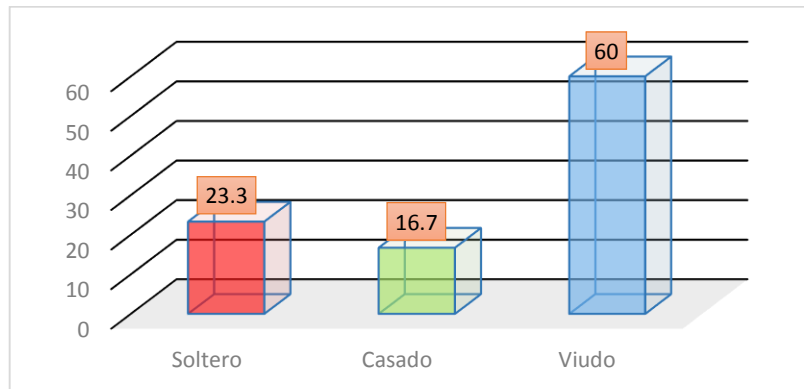


GRÁFICO 3

Caracterización de los adultos mayores del Asilo Santa Sofía según estado civil

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según estado civil, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes estado civil viudo (60%), seguido en frecuencia por pacientes solteros 23,3% y finalmente, los paciente casados 16,7%.

TABLA 4

Enfermedades sistémicas en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No presenta	23	38,3	38,3
Hipertensión arterial	17	28,3	28,3
Enfermedad renal	5	8,3	8,3
Artrosis	8	13,3	13,3
Hipertensión arterial y artrosis	6	10,0	10,0
Hipertensión arterial y Enfermedad renal	1	1,7	1,7
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

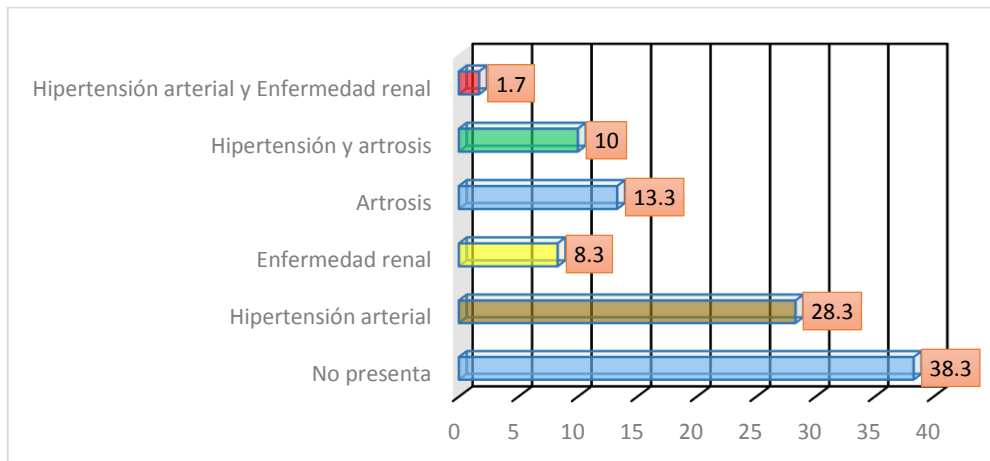


GRÁFICO4

Enfermedades sistémicas en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, la frecuencia de las enfermedades sistémicas en los adultos mayores predominó la hipertensión arterial con un 28,3%, seguido de la artrosis 13,3% y la enfermedad renal 8,3%.

TABLA 5

Prevalencia de caries dental en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	17	28,3	28,3
No	43	71,7	71,7
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

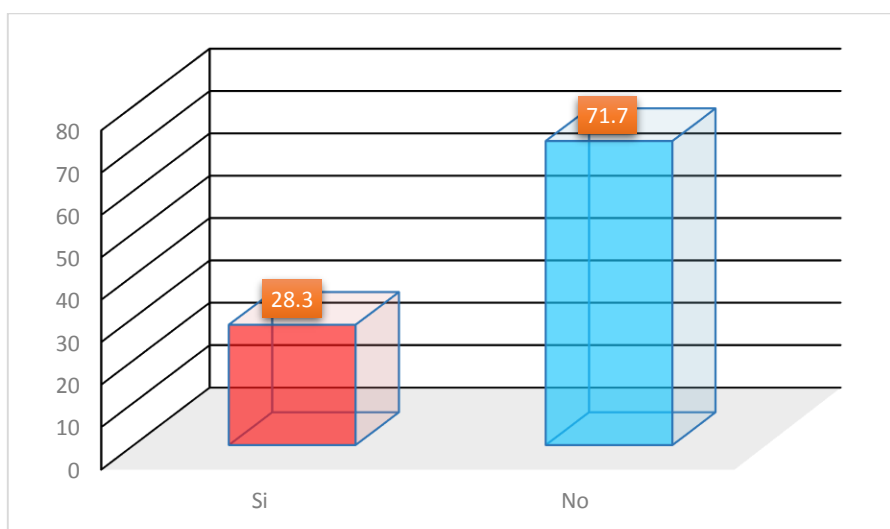


GRÁFICO 5

Prevalencia de caries dental en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la prevalencia de caries dental en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 28,3%.

TABLA 6

Prevalencia de necrosis pulpar en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	26	43,3	43,3
No	34	56,7	56,7
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

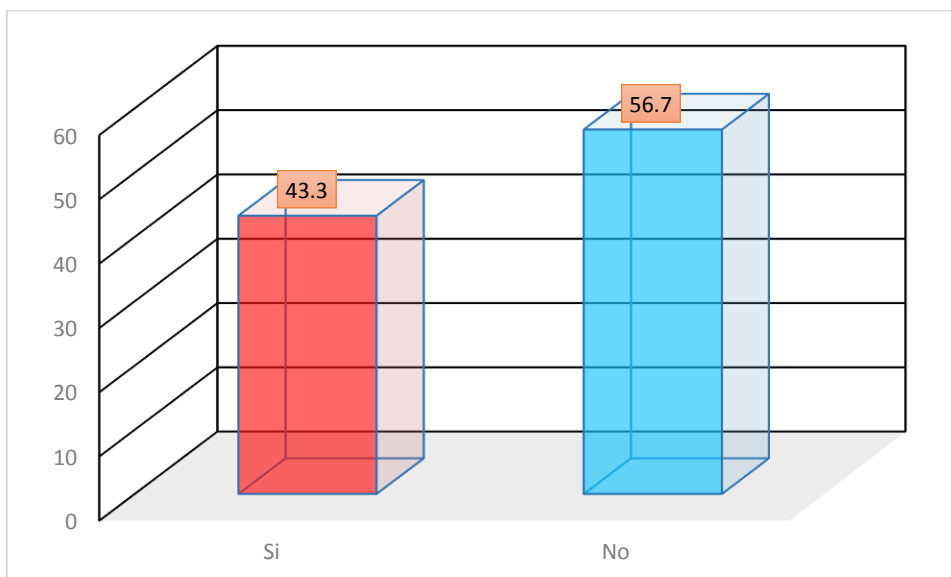


GRÁFICO 6

Prevalencia de necrosis pulpar en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la prevalencia de necrosis pulpar en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 43,3%.

TABLA 7

Prevalencia de periodontitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	13	21,7	21,7
No	47	78,3	78,3
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

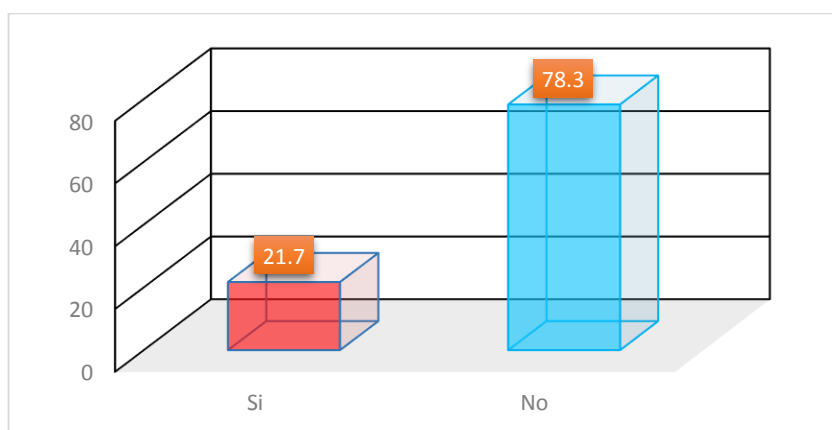


GRÁFICO 7

Prevalencia de periodontitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la prevalencia de periodontitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 21,7%.

TABLA 8

Prevalencia de gingivitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	10	16,7	16,7
No	50	83,3	83,3
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

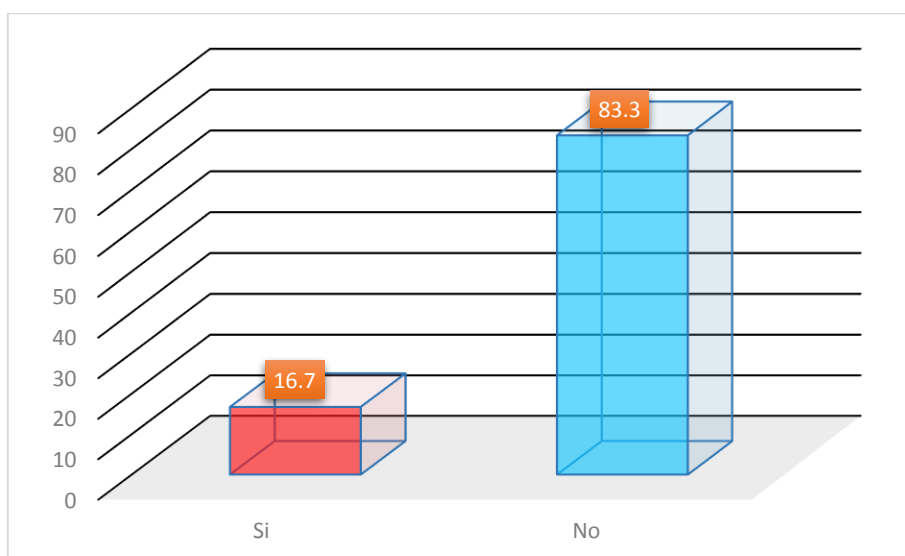


GRÁFICO 8

Prevalencia de gingivitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la prevalencia de gingivitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 16,7%.

TABLA 9

Prevalencia de edentulismo total en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	13	21,7	21,7
No	47	78,3	78,3
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

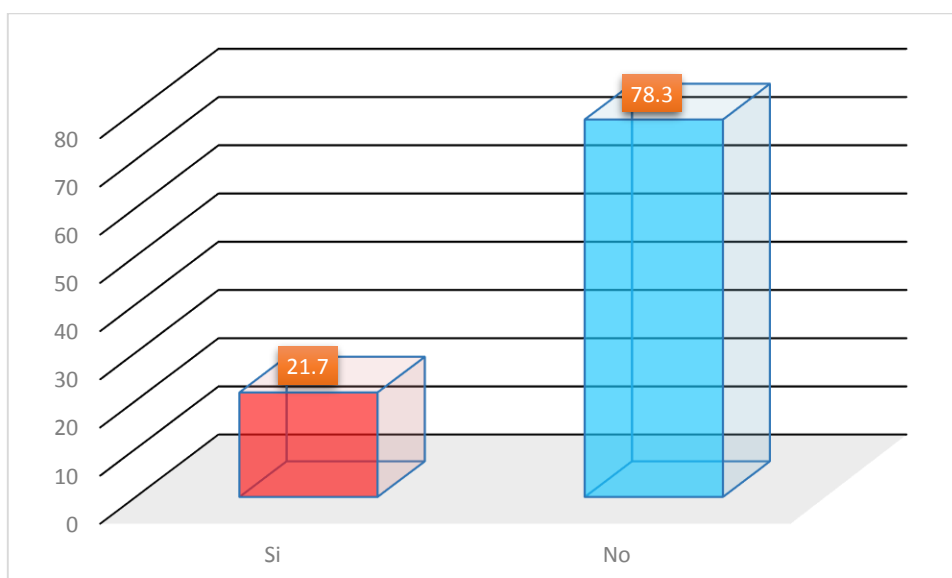


GRÁFICO 9

Prevalencia de edentulismo total en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la prevalencia de edentulismo total en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 21,7%.

TABLA 10

Prevalencia de edentulismo parcial en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	19	31,7	31,7
No	41	68,3	68,3
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

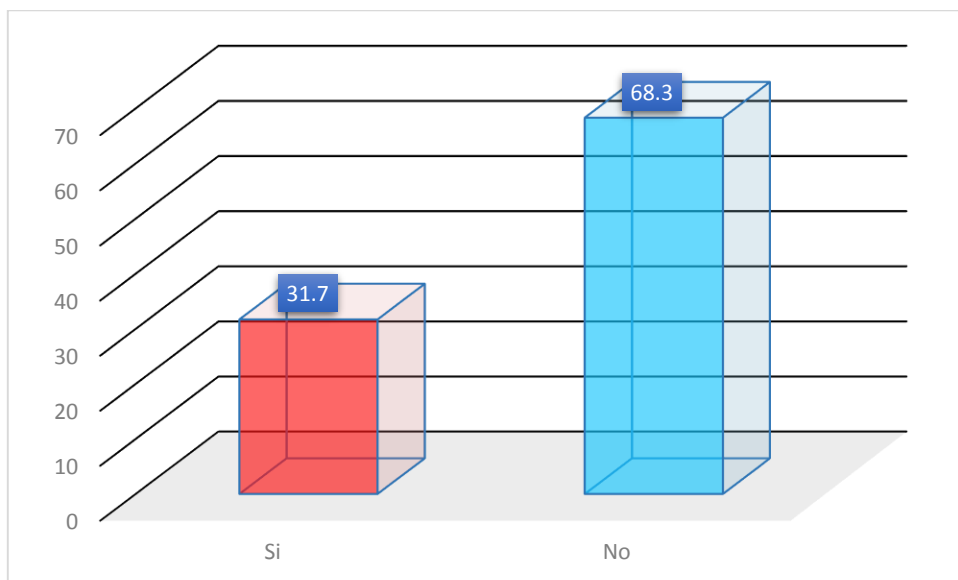


GRÁFICO 10

Prevalencia de edentulismo parcial en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la prevalencia de edentulismo parcial en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 31,7%.

TABLA 11

Factor de riesgo: Dieta cariogénica en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
	a	e	válido
SI	51	85,0	85,0
NO	9	15,0	15,0
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

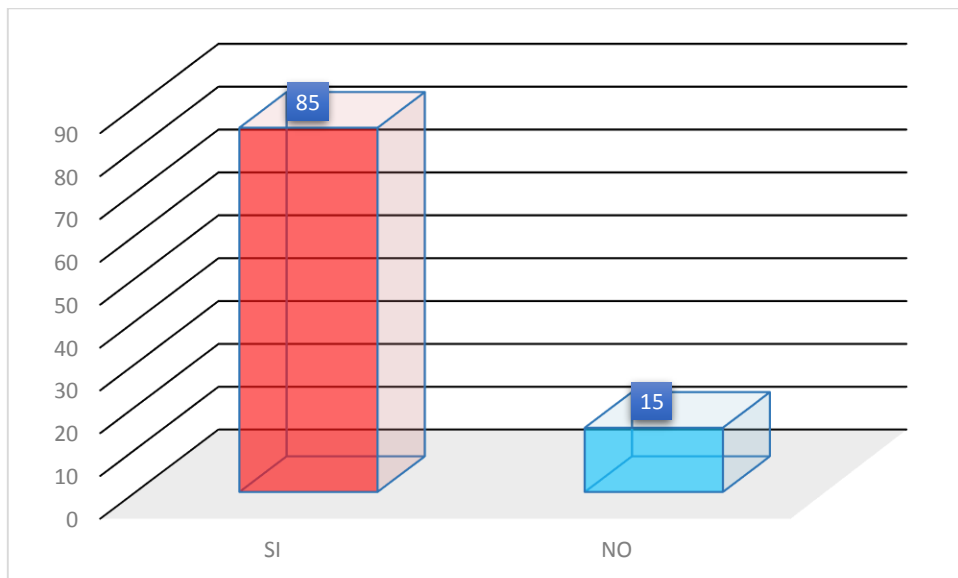


GRÁFICO 11

Factor de riesgo: Dieta cariogénica en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la que la dieta cariogénica como factor de riesgo en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 85%.

TABLA 12

Factor de riesgo: Higiene bucal en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
NO APLICA	13	21,7	21,7
REGULAR	9	15,0	15,0
MALA	38	63,3	63,3
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Asilo Santa Sofía Huánuco 2018.

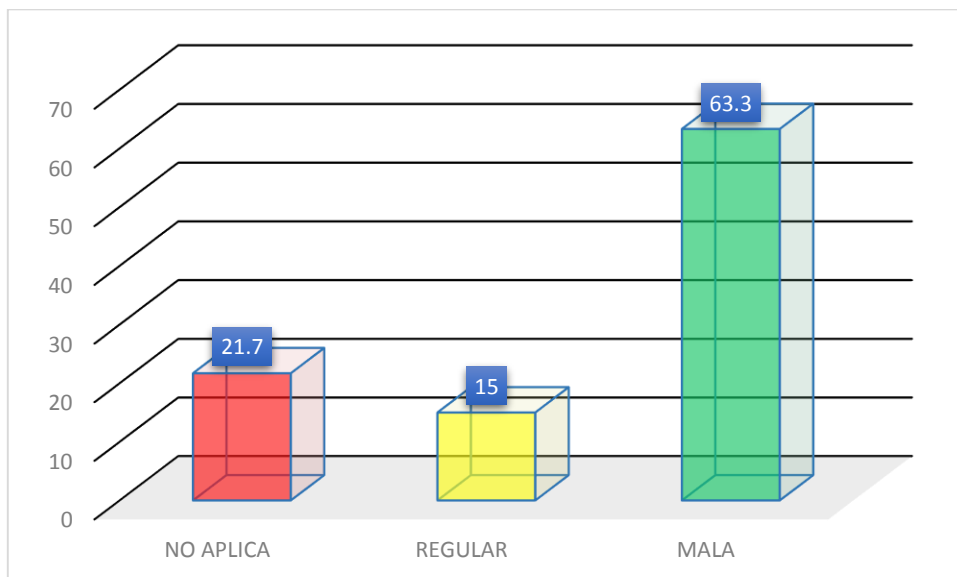


GRÁFICO 12

Factor de riesgo: Higiene bucal en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se observa la que la higiene bucal como factor de riesgo en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue mayor porcentaje malo con un 63,3%, y la higiene bucal regular se presentó en un 15%.

TABLA 13

Prueba Chi-cuadrado: Factor de riesgo de las enfermedades bucales en los mayores del Asilo Santa Sofía

	Significación
Factor de riesgo	asintótica (bilateral)
Enfermedades bucales / Higiene bucal	0,031
Enfermedades bucales / Dieta cariogénica	0,046
Enfermedades bucales / Enfermedades sistémicas	0,059

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se evidencia, la higiene bucal es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Presentándose valor de $p=0,031$ siendo menor al $p<0,05$.

De igual forma la dieta cariogénica es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Presentándose valor de $p=0,046$ siendo menor al $p<0,05$.

Pero las enfermedades sistémicas no es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Presentándose valor de $p=0,059$ siendo mayor al $p>0,05$.

TABLA 14

Tabla de contingencia: Enfermedades bucodental en los mayores según sexo del Asilo Santa Sofía

		ENFERMEDAD BUCODENTAL		
		Si	No	Total
SEX	Femenin	27	1	28
O	o	48,2%	25,0%	46,7%
	Masculin	29	3	32
	o	51,8%	75,0%	53,3%
Total		56	4	60
		100,0%	100,0%	100,0%

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se observa, las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía predominó en el sexo masculino con un 51,8%, mientras que las mujeres presentó menos del 50% (48,2%).

TABLA 15

Tabla de contingencia: Enfermedades bucodental en los mayores según grupo etareo del Asilo Santa Sofía

		ENFERMEDAD BUCODENTAL		
		Si	No	Total
GRUPO ETAREO	60 a 69 años	15 26,8%	1 25,0%	16 26,7%
	70 a 79 años	20 35,7%	1 25,0%	21 35,0%
	80 a 89 años	14 25,0%	2 50,0%	16 26,7%
	90 a 99 años	7 12,5%	0 0,0%	7 11,7%
	Total	56 100,0%	4 100,0%	60 100,0%

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se observa, las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía predominó en el grupo etareo con un 35,7%, seguido por el grupo etareo 60 a 69 años con un 26,8%.

CAPITULO V.

DISCUSIÓN

El asilo 'Santa Sofía' hace 138 años existe en Huánuco, el cual fue fundado por Sor Sofía Figueroa Lucar. En la actualidad es administrado por el consejo directivo de la Asociación de Damas Huanuqueñas (ADH), quienes desarrollan diversas actividades para mantener el asilo.

La mala salud bucal puede afectar negativamente a la calidad de vida al reducir el nivel de bienestar psicosocial y la satisfacción con la vida, especialmente entre las personas mayores, y los adultos mayores del asilo Santa Sofía no son ajenos a estos problemas de salud pública^{51,52}.

Las personas mayores tienen riesgo de enfermedades crónicas de la boca, como caries dental, periodontitis, pérdida / edentulismo de los dientes, lesiones benignas de la mucosa, cáncer oral, xerostomía, candidiasis oral (candidiasis pseudomembranosa aguda, estomatitis protésica y queilitis angular). La salud oral y general también está relacionadas, lo que sugiere una relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes, la enfermedad cardiovascular, la neumonía, las enfermedades reumatológicas y la curación de heridas^{53,54}.

Muchas personas mayores son propensas a la pérdida de dientes debido al desprendimiento periodontal, la caries (especialmente la caries radicular) y la recesión gingival que expone el cemento. La pérdida de dientes está directamente asociada con la masticación y los problemas nutricionales. Se ha reportado un pico en la incidencia de pérdida dental severa alrededor de los 65 años⁵⁵. En el presente estudio, registramos uno o más dientes perdidos y también pérdida completa / edentulismo.

En el estudio, encontramos que más los hombres presentan enfermedades bucodentales de dientes y periodonto (51,8%%) en comparación con las mujeres (48,2%). Los resultados difieren a otros estudios que informaron que los problemas periodontales y la pérdida de

dientes fueron altos y con un riesgo clínico de dos veces mayor en las mujeres según Taboada⁷.

Se han informado que la mayor destrucción periodontal en los hombres se debe a un mayor cálculo, la bolsa periodontal y la asociación con el hábito de fumar, y más tarde conduce a la pérdida de dientes. La sensibilidad reducida de los dientes con la vejez se debe a cuernos de pulpa retrocedidos, fibrosis pulpar, deposición de dentina secundaria o terciaria y disminución de la permeabilidad de la dentina.

En el estudio se halló la prevalencia de caries fue 28,3%, Campodónico¹⁵ informó que el promedio de caries dental fue 4.43.

Los factores de riesgo para la caries en las personas mayores son la disminución del flujo salival, la institucionalización, la falta de atención dental de rutina, el bajo nivel socioeconómico y la mala higiene bucal.

En el estudio se halló que los factores de riesgo relacionado con la caries dental es higiene bucal, el consumo de carbohidratos.

Taboada⁷ reportó la prevalencia de edentulismo total fue de 8.8%; las mujeres las más afectadas, difiere con los resultados encontrado en el estudio afectando a un 21,7% de muestra estudiada, Palomeque⁵, halló que existe un porcentaje del 25 al 35% de edentulismo en personas de edad avanzada.

Los problemas de salud bucal en los adultos mayores deben tomarse en cuenta, ya que en esta etapa de la vida cobran mayor importancia debido al impacto que tienen en la calidad de vida, así como el mayor riesgo de tener consecuencias más severas y complejas que requieren de atención especializada, es necesario, por lo tanto que se diseñar e implementar programas preventivos eficaces dirigidos a este grupo de la población, de tal manera que se puedan prevenir los daños a la salud bucal y general, y con ello disminuyan los costos de la atención.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, la muestra presentó una prevalencia relativamente alta 21,7%, estudios previos han registrado hallazgos diferente Taboada encontrón que La prevalencia de periodontopatías fue de 96.7%

CONCLUSIONES

Al finalizar el análisis estadístico, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las personas adultas del asilo Santa Sofía, en mayoría son pacientes de sexo masculino 32 (53,3%).
2. Según sus edades la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 70 a 79 años (35%).
3. En su mayoría son pacientes de estado civil viudo (60%).
4. De las enfermedades sistémicas en los adultos mayores predominó la hipertensión arterial con un 28,3%, seguido de la artrosis 13,3% y la enfermedad renal 8,3%.

Las enfermedades sistémicas no es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Presentándose valor de $p \leq 0,059$ siendo menor al $p > 0,05$.

5. La prevalencia de caries dental en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 28,3%.
6. La prevalencia de necrosis pulpar en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 43,3%.
7. La prevalencia de periodontitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 21,7%.
8. La prevalencia de gingivitis en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 16,7%.
9. La prevalencia de edentulismo total en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 21,7%.
10. La prevalencia de edentulismo parcial en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 31,7%.
11. Las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía predominó en el sexo masculino con un 51,8%, mientras que las mujeres presentó menos del 50% (48,2%).
12. La dieta cariogénica como factor de riesgo en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue de 85%.

La dieta cariogénica es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Presentándose valor de $p=0,046$ siendo menor al $p<0,05$.

13. La higiene bucal como factor de riesgo en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía fue mayor porcentaje malo con un 63,3%, y la higiene bucal regular se presentó en un 15%.

La higiene bucal es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en los adultos mayores del Asilo Santa Sofía. Presentándose valor de $p=0,031$ siendo menor al $p<0,05$.

RECOMENDACIONES

1. Estimular el lado preventivo de atención a los ancianos, para evitar enfermedades periodontales u/o caries ya que esto conlleva a una pérdida de las piezas dentarias en una persona de tercera edad.
2. Difundir los resultados a la comunidad odontológica, para que el cirujano dentista pueda estudiar los tipos de enfermedades sistémicos para un correcto plan de tratamiento.
3. Realizar campañas odontológicas más seguidas a centros comunitarios.
4. Los adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida y vulnerabilidad de su salud bucal.
5. Se recomienda educar al adulto mayor, para una mejor higiene bucal.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Romero JC, García RB, Genicio OS. Estado prostodóncico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas. Holguin. ene.-mar. 2015; 19(1):40.
2. Ramón JR, Montoya RM, Hechavarría MB, Norate PA, Valverde RC. Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas. Santiago de Cuba jun.-jun. 2015; 19 (6):2.
3. Blanco MF. Consideraciones actuales sobre la Estomatología Geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. Matanzas ene.-feb. 2017; 39 (1):72-75.
4. Matiz Cuervo J. Odontología Geriátrica. Primera edición. Bogotá. Colombia: Editorial El Manual Moderno; 2016.
5. Palomeque Zambrano AJ. Perfil epidemiológico de salud oral en personas de la tercera edad que habitan en el asilo cristo rey de la ciudad de cuenca, universidad de cuenca facultad de odontología, Cuenca – Ecuador, 2015; (7):12. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24042/1/tesis.pdf.pdf>.
6. Oñate Torres MA. efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén, 2015, Universidad Andres Bello. Facultad de Odontologia, Concepción Chile, 2015: 41 – 70. Disponible en:
http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2742/a115478_o%3b1ate_mefecto_de_la_salud_oral_2016_tesis.pdf?sequence=1.
7. Taboada AO, Cortés CX, Hernández RP. Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de hidalgo, revista adm 2014; 71 (2): 77-82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od142f.pdf>.
8. Laplace PB, Legrá MS, Fernández LJ, Quiñones MD, Piña SL, Castellanos AL. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Holguin. Oct-dic 2013; 17 (4):12.

9. Cardente y García J, Trujillo OP, Silva CA, Sixto IM, Lázaro CC. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la clínica ormani arenado. *rev ciencias médicas*. abr.-jun. 2011; 15 (2).
10. Gonzáles RM; Herrera LI; Osorio NM; Madrazo OD. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *rev cubana estomatol*. ene.-mar. 2010; 47 (1).
11. Meneses GE. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores, universidad complutense de Madrid, 2010: 83-84. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>.
12. Giraldo Valerio, JL. Relación entre la pérdida dental y estado nutricional del adulto mayor del policlínico policía nacional, trujillo – 2015, universidad privada antenor orrego facultad de medicina humana escuela de estomatología, trujillo - Perú 2016, pg. 8, 15, 26, disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1902/1/RE_ESTO_JORGE.GIRALDO_PERDIDA.DENTAL.TESIS.pdf.
13. Cerquín Chomba, AE, descriptivo. Salud oral en adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud en la micro red trujillo – la libertad, 2015, Universidad Privada Antenor Orrego facultad de medicina humana escuela de estomatología, Trujillo. Perú 2015: 13-27, disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1761/1/re_estomatologia_salud.oral_adultos.mayores_acuden.establecimientos.salud_tesis.pdf.
14. Gallardo SA, Picasso PM, Huillca CN, Avalos MJ. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana, *kiru*. 2013 jul-dic; 10(2):145–50. disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/kiruv.10.2/kiru_v.10.2_art.8.pdf.
15. Campodónico RC et al. El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana. *Odontol. sanmarquina* 2013; 16(2): 29-33. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/viewfile/5439/5862>.

16. Sánchez MM, Román VM, Dávila MR, González PA. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*. 2011; 16 (2): 111. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/alberto_gonzalez_pedraza_aviles/publication/293814693_salud_bucal_en_pacientes_adultos_mayores_y_su_asociacion_con_la_calidad_de_vida/links/56bcb3a308ae9ca20a4ca45e.pdf.
17. Priya VG, Gupta, SL. *Diccionario Dental de Jaypee*. Edición en español, 2013, pp. 82.
18. Langlais RP, Craig SM, Nield GJ. *Atlas a color de enfermedades bucales*. Editorial el manual moderno, 2011, pp. 64.
19. Laplace PN et al. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico. Versión on-line issn* 2013; 1560-4381. 17 (4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1560-43812013000400008.
20. Op. Cit. *Atlas a color de enfermedades bucales*. Editorial el manual moderno, 2011, pp. 64.
21. Richard J. Lamont, George N. Hajishengallis, Howard F. Jenkinson. *Microbiología e Inmunología Oral*, 2015, pp. 241.
22. Roisinblit R. *Odontología para las personas mayores*. 1ra edición. Buenos Aires, 2010, pp 193.
23. Ibid, página 190.
24. Ibid, página 199.
25. Op. Cit. *Atlas a color de enfermedades bucales*. Editorial el manual moderno, 2011, pp. 8.
26. Del Real VM, Cárdenas MJ, Lugo-Becerra C, Gutiérrez-Cantú FJ, Murga MH, Márquez PR, *Ortodoncia en adultos*, *Rev Tamé* 2015; 4 (10): 363. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_10/Tam1510-07r.pdf.

27. Ayala SA, Rivas GR. El tratamiento de ortodoncia en el paciente adulto, Rev Tamé 2014; 3 (8): 283. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-8.pdf.
28. Op. Cit. Odontología para las personas mayores. 1ra edición. Buenos Aires, 2010, pp. 229.
29. González SA, González NB, González NE. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Madrid jul. 2013; 28 (4): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008.
30. Pedro ND, García BL. Bioquímica de la caries dental. La Habana abr.-jun. 2010; 9 (2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2010000200004&script=sci_arttext&tlng=en.
31. Op. Cit. Odontología para las personas mayores. 1ra edición. Buenos Aires, 2010, pp. 165.
32. Figueroa Gordon, M. Modelo de evaluación del riesgo a caries dental en población adulta. Instrumento e instrucciones. 2014; 52 (1): disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-10/>.
33. Op. Cit. Odontología para las personas mayores. 1ra edición. Buenos Aires, 2010, pp. 166-167.
34. Op. Cit. Diccionario Dental de Jaypee. Edición en español, 2013, pp. 206.
35. Op. Cit. Odontología para las personas mayores. 1ra edición. Buenos Aires, 2010, pp. 90-92.
36. Op. Cit. Odontología para las personas mayores. 1ra edición. Buenos Aires, 2010, pp. 111.
37. Graciano ME, Correa YA, Martínez CM, Burgos A, Ceballos JI, Sánchez LF. Streptococcus mutans y caries dental en América Latina. Revisión sistemática de la literatura. Revista Nacional de Odontología. 2012; 8 (14): 33 Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/282/293>.

38. Mayor HF, Pérez QJ, Cid RM, Martínez BI, Martínez AJ, Moure IM. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. Rev. Med. Electrón. 2014; 36 (3) .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000300010.
39. Op. Cit. Diccionario Dental de Jaypee. Edición en español, 2013, pp. 81-82-83.
40. Pablo Ortega. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: CONCEPTO, CAUSAS, TRATAMIENTO. 2016; feb 17 disponible en: <http://www.clinicailzarbe.es/la-enfermedad-periodontal-concepto-causas-tratamiento/>.
41. Op. Cit. Atlas a color de enfermedades bucales. Editorial el manual moderno, 2011, pp. 84.
42. Op. Cit. Atlas a color de enfermedades bucales. Editorial el manual moderno, 2011, pp. 86.
43. Eley BM, Soory M, Manson JD. Periodoncia. 6ta edición en español. 2010. pp. 385.
44. Okeson J. tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. edición en español de la 7ª. edición, 2013, página 198-199.
45. Op. Cit. Odontología para las personas mayores. 1ra edición. Buenos Aires. Argentina. 2010, pp.196-197.
46. Reyes Hernández DL. Manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas. Reflexión médica y revisión bibliográfica. Acta Médica del Centro 2016; 10(1):68. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2016/mec161m.pdf>
47. Op. Cit. Odontología para las personas mayores. 1ra edición. Buenos Aires, 2010, pp. 114-115.
48. Op. Cit. Diccionario Dental de Jaypee. Edición en español, 2013, pp.44-137.

49. Castellanos SJ; Díaz GL; Lee GE. Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Tercera edición – México, editorial el manual moderno. 2015; pp 15.
50. Gutiérrez E, Iglesias P. Técnicas de ayuda odontológica / estomatológica, 2017, pp. 16.
51. Yao CS, MacEntee MI Inequidad en el cuidado de la salud bucal para ancianos canadienses: parte 1. Estado de salud bucal. J. Can. Abolladura. Asoc. 2013; 79 : d114.
52. Casillero D., Liddell A., Burman D. Temor y ansiedad dentales en una población de adultos mayores. Dent de la comunidad. Epidemiol oral. 1991; 19 (2): 120-124
53. Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG Condiciones orales comunes en personas mayores. A.m. Fam. Médico. 2008; 78 (7): 845-852.
54. Rose LF, Steinberg BJ, Minsk L. La relación entre la enfermedad periodontal y las condiciones sistémicas. Compendio Contin. Educ. Abolladura. 2000; 21 (10A): 870–877.
55. Kassebaum NJ, Bernabé E., Dahiya M., Bhandari B., Murray CJ, Marcenes W. Carga global de la pérdida severa de dientes: una revisión sistemática y un metanálisis. J. Dent. Res. 2014; 93 (7)

ANEXOS

OPERATIVIDAD DE VARIABLES.

Título: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SANTA SOFÍA. HUÁNUCO. 2017

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE Prevalencia y Factores de riesgo	Higiene bucal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bueno ○ Regular ○ Malo 	Observación Directa	Ficha clínica	Nominal
	Enfermedades sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hipertensión arterial. ○ Problemas auditivos y visuales ○ Demencia senil 			
VARIABLE DEPENDIENTE Enfermedades bucodentales	Caries dental	Signos y síntomas	Observación Directa	Ficha clínica	Nominal
	Enfermedad Periodontal	Signos y síntomas			
	Maloclusión dental	Signos y síntomas			
VARIABLE INTERVINIENTE Variables de caracterización	Género	Masculino	Observación Directa	Ficha clínica	Nominal
		Femenino			
	Edad	60-100 años			

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Solicito a usted permiso de autorización para la recolección de datos en el Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco. Por motivo de proyecto de investigación de tesis que tiene como título " PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SANTA SOFIA HUANUCO 2017".

Que tiene como finalidad aportar información a la docencia de salud.

Agradeciendo su atención prestada.

Atentamente:

BACHILLER EN ODONTOLOGIA: Sherley Susan Solis Apac.



Huánuco 16 de Mayo del 2018

Anexo No. 01

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres y apellidos completo:

Número de Historia Clínica: _____ Número de DNI:

Fecha y hora de la atención

Fecha de apertura de la Historia Clínica:

Sexo ____ Edad ____ Lugar de Nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____ Grado Instrucción _____

Raza _____

Ocupación: _____ Religión: _____ Estado Civil:

Lugar de procedencia

Domicilio actual

Nombre y apellidos del acompañante _____

ENFERMEDAD ACTUAL

Datos del Informante _____

Motivo de consulta _____

Tiempo de enfermedad

Signos y síntomas principales

Relato cronológico

Funciones biológicas

ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares:

Antecedentes Personales:

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales. P.A. _____ Pulso _____ Ttemp. _____ F.C. _____

Frec. Resp. _____

Examen Clínico General

ODONTOGRAMA

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

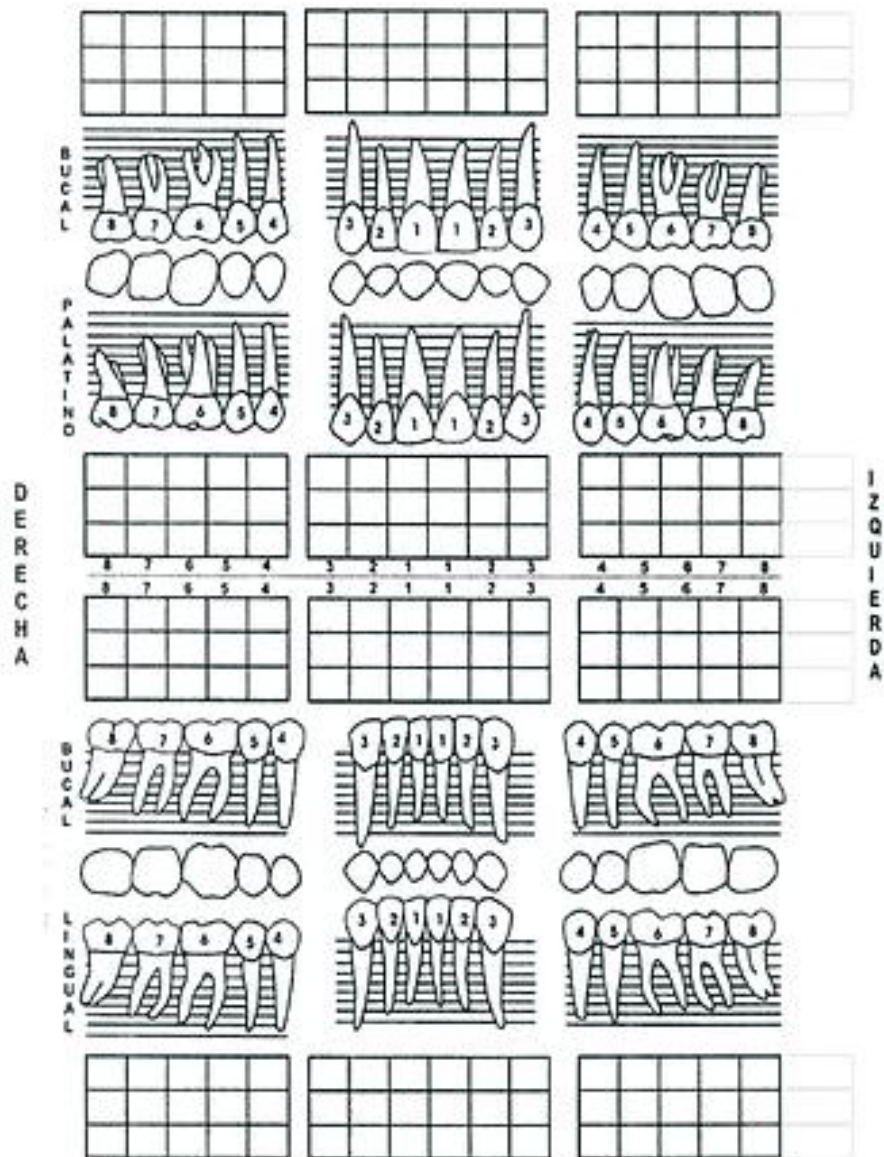
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

ESPECIFICACIONES: _____

ODONTOGRAMA (FUENTE: MINISTRA DE SALUD. PILAR MAZETTI SOLER, NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL USO DEL ODONTOGRAMA, 5 DE MAY. DE 2013, PP. 22).

PERIODONTOGRAMA



PERIODONTOGRAMA (FUENTE: DRA. GARDENIA GLOD., DRA. NADIA GARCIA., DR. LUIS FIGUEROS, PERIODONTAL, 22 DE JUL. DE 2014, PP. 23).

Anexo No. 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio de investigación titulado: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SANTA SOFÍA. HUÁNUCO. 2017, es conducida por la Bach. SOLIS APAC, Sherley Susan; alumna de la Universidad de Huánuco de la Escuela Académico Profesional de Odontología.

Si Usted accede participar en este estudio, se le pedirá conceda autorización para recolectar información. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los resultados del procedimiento serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, **serán anónimas**.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto la participación voluntaria en esta investigación, conducido por la Srta. Bach. SOLIS APAC, Sherley Susan; He sido informado que el objetivo de este estudio, reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma

DNI. N°

ASILO SANTA SOFÍA HUÁNUCO



