



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
Escuela de Post Grado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE EDENTULISMO Y EL ESTADO
NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTO MAYOR
BENEFICIARIO PENSIÓN 65 – PILLCO MARKA 2017”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD
MENCIÓN ODONTOESTOMATOLOGÍA**

AUTORA

C.D. Cinthia Melissa, REMIGIO JOAQUIN

ASESORA

Dra. María Luz Preciado Lara

**HUÁNUCO – PERÚ
2018**



JEFA DE LA UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los trece días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho, siendo las 11 pm horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Silvia Bacilio Cruz, **Presidenta**, Mg. Jubert Torres Chavez, **Secretario**, y Mg. Luz Angulo Quispe, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 241-2018-D-EPG-UDH, de fecha catorce de mayo del año dos mil dieciocho y el aspirante al Grado Académico de Maestra, **Cinthia Melissa REMIGIO JOAQUIN**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"RELACIÓN ENTRE EDENTULISMO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTO MAYOR BENEFICIARIO PENSIÓN 65 – PILLCO MARKA 2017"**. Para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Salud, mención: Odontoestomatología.

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, declarándolo (a) Aprobado Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de Buena y cualitativo de J. 6 (Art. 54).

Siendo las 12 pm horas del día 13 del mes de noviembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Silvia Bacilio Cruz

SECRETARIO

Mg. Jubert Torres Chavez

VOCAL

Mg. Luz Angulo Quispe

DEDICATORIA.

A mis queridos padres **Carmen y Fredy**,
quienes con sus palabras de aliento no me
dejaban caer para seguir adelante, ser
perseverante y cumplir mis ideales.

Su ejemplo de superación siempre lo he
llevado conmigo.

Y hoy por hoy esta tesis lo dedico a ellos.

AGRADECIMIENTOS.

Siempre he dicho que después de Dios, no hay nada más importante en que la familia, es por eso el eterno agradecimiento a mis amados padres Carmen y Fredy, a mis hermanos Lisbeth, Lilian y Jhoselly, por creer siempre en mí con ese afecto y apoyo incondicional que me brindaron.

A mi asesora, la Dra. María Luz Preciado Lara, También un agradecimiento oportuno a la Universidad de Huánuco quienes abrieron sus puertas para lograr con este grado y por darme la oportunidad de experimentar vivencias inolvidables y dejarme enseñanzas que me servirán para toda la vida.

Y por último, el agradecimiento especial a los pacientes adulto mayor del distrito de Pillco Marca, por su participación incondicional, ayudaron a efectuar este trabajo de investigación.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
SUMARY.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción del problema	10
1.2.Formulación del problema	12
1.3.Objetivo general	13
1.4. Objetivos específicos.....	13
1.5Trascendencia de la investigación.	13

CAPITULO II

2 .MARCO TEÓRICO

2.1.Antecedentes de la investigación.	15
2.2.Bases teóricas.	22
1). Breve referencia histórico evolutiva y el estado actual del problema.	22
2). Adulto mayor.....	23
3). Influencia del envejecimiento sobre el estado nutricional.	24
Envejecimiento.	24
Estado nutricional.	26
Nutrición y envejecimiento.	27
4). Tipos de edentulismo.	29

5). Efectos del edentulismo.....	30
6). Nutrición y rehabilitación protésica.....	31
7). Valoración del estado nutricional.....	32
Instrumentos o escala para la valoración del estado nutricional:	33
2.3Definiciones conceptuales.....	34
2.4. Sistema de Hipotesis.....	36
Variable independiente	36
Variable dependiente.....	36
2.5. Operacionalidad de variables.....	37

CAPÍTULO II

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	38
3.2.Población y muestra.	38
3.3.Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	43

CAPITULO IV

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Diagrama de actividades:	44
4.2. Presupuesto	54

CAPÍTULO V

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	57
DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	63
ANEXOS	64

RESUMEN

Objetivo. Determinar si el edentulismo está relacionado significativamente al estado nutricional de los pacientes adulto mayores beneficiario pensión 65 - Pillco Marka 2017

Material y método. Estudio Observacional, analítico, correlacional y transversal.

Resultados. El análisis de la relación de las variables edentulismo y estado nutricional, se realizó después de cuantificar los puntajes totales de las variables arriba mencionadas, la correlación fue $r = 0,195$, este estadístico es de escasa relación y significativo con 95% de nivel de confianza y el error alfa de 5% por lo que el p valor= 0,023 obtenido se encuentra por debajo del error establecido.

Conclusiones. Se concluye que existe correlación significativa entre las variables EDENTULISMO y ESTADO NUTRICIONAL con un nivel o potencia de “*escasa correlación*” y de naturaleza positiva, esto indica que; si una de estas variables se incrementara la otra también se incrementa en la misma proporción, de igual forma, si una de ellas disminuyera, la otra disminuye en la misma proporción.

Palabras claves: Edentulismo y estado nutricional.

SUMARY

Objective: To determine if edentulism is significantly related to the nutritional status of elderly patients beneficiary pension 65 - Pillco Marka 2017

Material and method: Observational, analytical, correlational and transversal study. **Results:** The analysis of the relationship of the variables edentulism and nutritional status, was made after quantifying the total scores of the above-mentioned variables so the correlation was $r = 0.195$, this statistic is of little relationship and significant with 95% level of confidence and the alpha error of 5% so the p value = 0.023 obtained is below the established error.

Conclusions: It is concluded that there is a significant correlation between the EDENTULISM and NUTRITIONAL STATUS variables in a level or power of "little correlation" and of a positive nature, this indicates that; If one of these variables increases, the other also increases in the same proportion, in the same way, if one of them decreases, the other decreases in the same proportion.

Keywords: Edentulism, nutritional status.

INTRODUCCIÓN

Ser viejo hoy en día es un periodo vulnerable en la vida del hombre. Vulnerabilidad es un término que afecta en parte al ser humano logrando traer tragedias sociales entre acciones malas para nuestra sociedad y la cultura. La vulnerabilidad en el adulto mayor es todo maltrato que hace que el adulto mayor pierda sus valores en su sociedad y se tome como carga para la población, las personas adulto mayor constituyen un grupo de edades que poseen mayor riesgo y vulnerabilidad al abandono y maltrato.

El propósito de la investigación fue determinar si la población adulta mayor beneficiarios de programa social Pensión 65 del distrito de Pillco Marka, tienen un estado dental no adecuado como lo es al no presentar piezas dentarias y el no tener una buena rehabilitación protésica, y si ellos presentan consecuencias a nivel nutricional.

Según María Portillo en su trabajo de maestría menciona que “el envejecimiento es un proceso multifactorial que concluye con la disminución progresiva de la funcionalidad y de la capacidad de adaptarse al medio y que se ve influido por factores genéticos y ambientales”. En la actualidad no basta con extender la esperanza de vida sino como la misma Sra. Portillo menciona “que ésta debe ser de la mayor calidad posible durante la mayor parte del tiempo del que se va a disponer”. Otra definición se dio por (OMS) Organización Mundial de la Salud en el 2002, se refiere “envejecimiento activo” expresa que es: “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.”

Los diferentes problemas y enfermedades como la malnutrición, problemas cardiovasculares, patologías osteo-articulares, hipertensión arterial, hacen que se disminuya el bienestar de vida del anciano en todas las áreas. Por ello la ausencia de piezas dentarias predisponen a cambios de en la salud general.

Los distintos hábitos alimentarios y la ingesta de nutrientes son importantes durante toda la vida del ser humano, pero son más importante

en el caso de las personas adultas mayores, en quienes las deficiencias nutricionales pueden contribuir con un aumento en la morbilidad y mortalidad (Porrás. 2010).

Las personas portadoras de prótesis dentales tienen una disminución en la capacidad para percibir sabores, consistencia y texturas de los alimentos. Cabe destacar que una prótesis que cumpla los requisitos de buen soporte, retención y estabilidad otorga una capacidad masticatoria no mayor al 30% comparada con una dentadura natural. (López, 2006)

La malnutrición es una condición fisiológica normal que puede causar problemas en el estado de salud, e implica también una disminución en la capacidad básica de actividades diarias. Es de importancia tomar en cuenta que el envejecimiento trae problemas, ya que se dan más enfermedades sistémicas.

La pérdida de piezas dentarias se ha asociado a deficiencias nutricionales, existiendo una variación en la selección de alimentos, dada la disminución de la eficiencia y habilidad masticatoria, además otras investigaciones relacionadas con la influencia de problemas orales sobre la salud general, aspectos nutricionales y psicosociales, sustentan la importancia de tener y mantener una buena condición oral en el adulto mayor.

Entonces por todo ello es importante conocer el estado nutricional de los pacientes edéntulos para tener una idea más clara de lo que sucede en el estado general del adulto mayor. Esta información permitirá que el estado y directamente el ministerio de salud ponga más atención para brindar una buena calidad de vida a esta población vulnerable como lo es el Adulto mayor otorgándole la prevención y rehabilitación de la prótesis dental.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción del problema

Según la OMS considera adulto mayor a todo individuo que comprende entre los 60 a más de 100 años. En el Perú el grupo poblacional de adultos mayores representan el 9% del total de la población nacional siendo 1845.565 y cada año va aumentando en 3.3% según el último censo del INEI (2012). El 40,2% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, tienen una persona de 60 a más años de edad. En el medio urbano representan el 39,0% y en la rural el 38,6%.

La pérdida dentaria es un proceso irreversible; donde se pierde la función, eficiencia masticatoria, fonética y estética; repercute en el ámbito social donde disminuye la capacidad para que adulto mayor pueda relacionarse socialmente. Cuando uno llega al trayecto de adulto mayor; la pérdida dentaria se muestra más pronunciada por diversas causas; caries, enfermedad periodontal, traumatismo dentoalveolar; esto hace que el adulto mayor vea complicado su alimentación y conlleve una dieta blanda.

La pérdida de piezas dentarias es un problema en la salud oral debido a que impiden una adecuada alimentación y al ser importante para la ingesta de alimentos ricos en nutrientes afecta el estado nutricional de este modo aumentando el riesgo de complicaciones en la salud general.

Las personas van alcanzando madurez funcional es ahí cuando se incrementa la velocidad con la que manifiestan los cambios degenerativos en todos los órganos y sistemas; al envejecer, el aparato digestivo puede verse afectado y al darse problemas de pérdidas dentales aumentan la deficiencia en su capacidad

masticatoria es ahí donde empiezan a consumir alimentos más blandos y van descartando los que son difíciles de masticar, que por lo general son los más altos en proteínas y fibras, lo que significaría tener una alimentación pobre en nutrientes.

Estos problemas de deficiencia en la alimentación puede mejorar si las personas portan prótesis dentales; a pesar de que disminuye su capacidad para percibir sabores, consistencia y texturas de los alimentos; su presencia en boca aumenta en un 30 % de eficiencia masticatoria.

La desnutrición es un estado patológico que puede causar problemas a la salud general, e implica también una disminución en la capacidad básica de actividades diarias. Por tanto este escenario no solo constituye un problema de salud oral sino también a un problema general, siendo el estado nutricional de suma importancia para el Adulto Mayor para evitar enfermedades oportunistas.

La prevalencia de desnutrición según el uso del *Mini Nutritional Assessment*, se observó que la población española adulta mayor es de un 16,6% de malnutrición¹; en México se encontró que tenían desnutrición 2%² y el adulto mayor peruano posee un 26.8% de desnutrición³. A nivel regional no se registra datos que confirme con exactitud la prevalencia del estado nutricional en adulto mayor.

En los establecimientos de salud, la demanda del adulto mayor a comparación de las demás etapas de vida es menor pero requiere igual atención por ser pacientes vulnerables. La población que acude a los establecimiento del ministerio de salud corresponde al estatus socioeconómico bajo según la clasificación del APEIM (**Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados**) por lo que generalmente no presentan prótesis dental debido a los escasos recursos económicos, lo que incrementa el riesgo nutricional es por ello que se debe tomar en cuenta si verdaderamente la presencia de dientes ayuda a mejorar la nutrición en los individuos adulto mayor.

1.2. Formulación del problema

Problema general:

¿Existe relación entre el edentulismo y el estado nutricional de los pacientes adulto mayores beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017?

Problemas específicos:

¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes adulto mayores beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017?

¿Cuál es tipo de edentulismo de los pacientes adulto mayores beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017?

¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes adulto mayores no portadores de prótesis dental beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017?

¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes adulto mayores portadores de prótesis dental beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017?

1.3. Objetivo general

Determinar si el edentulismo está relacionado al estado nutricional de los pacientes adulto mayores beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017.

1.4 Objetivos específicos:

- Conocer estado nutricional de los pacientes adulto mayores beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017
- Identificar tipo de edentulismo de los pacientes adulto mayores beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017
- Identificar estado nutricional de los pacientes adulto mayores no portadores de prótesis dental beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017
- Identificar estado nutricional de los pacientes adulto mayores portadores de prótesis dental beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017.

1.5 Trascendencia de la investigación.

La pérdida de la eficiencia masticaría disminuye la cantidad y calidad de la dieta alimentaria por lo cual el adulto mayor se exponen al riesgo de desnutrición; comprometiendo el estado general del adulto mayor y de este modo las mismas personas y familiares encontrarán interés al cuidado de sus piezas dentarias por lo que buscaran una intervención sanitaria oportuna y de ese modo evitar los riesgos en la salud.

Solucionándonos esta duda si el estado bucodental de los pacientes mayores guarda relación con el estado nutricional obtendremos datos regionales sobre la prevalencia e incidencia de edéntulos y pacientes adulto mayor con desnutrición.

Cabe recalcar también que sería una fuente de apoyo para la Diresa Huánuco en su plan **“volviendo a sonreír”** para los adultos mayores que requieren rehabilitación protésica en donde el Seguro Integral de Salud (SIS) debe enfatizar a esta población vulnerable y no aislarlo de la problemática de salud pública y así ampliar el presupuesto para el tratamiento requerido por los asegurados; debido que hoy por hoy solo unos cuantos establecimientos cuentan con presupuestos para realizar la rehabilitación oral como es la prótesis parcial o total e incluso limitándolo a un número de 5 a 10 prótesis dental.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

SALAS C. E. (Italia – 2014) En la investigación titulada Relación del estado de salud oral con la nutrición de 30 adultos mayores del Área de Salud de Florencia donde el objetivo fue determinar la relación del estado oral con la nutrición y los factores asociados a la malnutrición en adultos mayores del sector de Florencia, entre los Materiales y métodos: se realizó Mediante un estudio descriptivo observacional transversal realizado en personas adultos mayores adscritas al Área de Salud Florencia. Se realizó una valoración nutricional por medio de la encuesta llamada Mini Nutritional Assessment (MNA), además se verificó el nivel de hemoglobina de cada entrevistado en los expedientes clínicos. Por otro lado, se valoró el estado oral por medio de preguntas concernientes a este tema. Se realizó estadística descriptiva. Entre los resultados: La prevalencia de desnutrición fue 17%, 50% en riesgo de malnutrición y 33% buen estado de nutrición; el 70% de los encuestados presenta una dieta no balanceada, solo el 10% presentó una dieta saludable, indicador que aumenta el riesgo de malnutrición en el adulto mayor. En cuanto al estado oral, el 27% tenía más de 20 años de utilizar prótesis sin haberlas cambiado durante ese lapso. Se evidenció la poca asistencia del adulto mayor al consultorio odontológico, donde solo el 17% había realizado su vista dental hacía 6 meses y el 67% ni tan siquiera recordaba su última visita al dentista. Los problemas gástricos estuvieron muy relacionados con el estado oral. Conclusiones: Los resultados obtenidos revelaron que la mitad del grupo presentó riesgo de malnutrición, además mostró una condición bucodental muy deteriorada, caracterizada por un alto nivel de edentulismo y mala condición de las prótesis dentales; estos resultados están directamente relacionados con la poca asistencia del adulto mayor al

consultorio dental. Las conclusiones resaltan que la posibilidad de tener riesgo de malnutrición aumenta con la mala condición bucodental, la edad y si es del sexo femenino. Malnutrición, factores biopsicosociales, salud general, medicamentos, salud oral, problemas gastrointestinales, todos están relacionados y engloban al adulto. ⁴

MARÍN S. E. (PANAMÁ 2014) En la investigación, edentulismo total como factor de riesgo nutricional de las personas adultas mayores usando Mini Nutritional Assessment. El propósito de esta investigación fue determinar si el edentulismo total pone en riesgo nutricional a las personas adultas mayores de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa. El grupo estudiado está conformado por 15 personas adultas mayores en la cual se aplicó un instrumento llamado Mini Nutritional Assessment (MNA) para determinar el riesgo nutricional, y se realizó un examen odontológico para determinar su estado de salud oral, tipo de edentulismo y estado de sus prótesis dentales. En los resultados obtenidos, el 80% de la población estaba en riesgo de padecer malnutrición y el 7% ya presenta malnutrición. Todas las personas estudiadas presentan grado de edentulismo, el 67% no presenta buena rehabilitación protésica y hasta no estaban rehabilitados, por lo que se puede concluir que existe una gran relación entre un mal estado de salud oral y la malnutrición en adultos mayores de esta institución. Llegó a concluir: El riesgo de padecer malnutrición en las personas adultas mayores de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa tiene un porcentaje muy alto. De tal modo, un porcentaje muy reducido de la población tenía los valores óptimos de estado nutricional. La población estudiada posee un alto nivel de edentulismo, y una mala rehabilitación protésica. Otro porcentaje alto no tiene rehabilitación, por lo que podemos concluir que presenta una salud oral muy deteriorada. El riesgo de malnutrición y la condición bucodental muestran asociación en las personas adultas mayores de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa. Por ello, podemos decir que la posibilidad de tener riesgo de malnutrición aumenta con la mala condición bucodental. No se puede afirmar que el estado de una mala

salud bucodental es la causa principal o la única de que esta población presente malnutrición, ya que con los otros datos obtenidos tenemos que esta población toma medicamentos y presenta enfermedades sistémicas, las cuales pueden ser otro factor de riesgo para tener un estado nutricional no aceptable. ⁵

LÓPEZ C. S. (Panamá- 2014) Esta investigación tiene como objetivo determinar la influencia del estado de la salud bucodental en la salud nutricional de las personas adultas mayores que asisten a la Clínica U Dental de Ulacit durante el primer cuatrimestre del año 2014. El grupo en estudio estuvo conformado por 41 personas adultas mayores (PAM), a las cuales se les aplicaron los instrumentos llamados MNA (Mini Nutritional Assessment) para determinar el riesgo de malnutrición y OHIP-14, el cual es utilizado para valorar la salud oral. Se utilizaron con el fin de establecer la importancia que tiene la salud oral en el riesgo nutricional. A los participantes se les aplicó un cuestionario por medio de una entrevista directa. Los resultados obtenidos revelaron que más de la mitad del grupo cuenta con un riesgo de malnutrición. La población mostró una condición bucodental muy deteriorada, caracterizada por un alto nivel de edentulismo. Las conclusiones resaltan que la posibilidad de tener riesgo de malnutrición aumenta con la mala condición bucodental, la edad y si es del sexo femenino. ⁶

JIMÉNEZ A. M. (Costa Rica 2014) en su investigación; Pérdida dental y su relación con la nutrición en personas mayores a 60 años; el objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre la pérdida dental y la nutrición en personas mayores a 60 años. Se hizo una encuesta a 35 personas, en diferentes centros odontológicos (entre ellos UDental Clínica ULACIT) y grupos de encuentro de adultos mayores. Los individuos se consideraron elegibles si tenían 60 años o más, eran capaces dar sus consentimientos informados y físicamente capaces de completar la entrevista. En relación con los hallazgos más significativos del estudio se destaca: 1. Que el uso de prótesis en esta

población es de suma importancia, porque sustituyen las piezas ausentes en boca, y en sí la malnutrición no está relacionada con la pérdida dentaria sino con la falta de sustitución de las piezas ausentes. 2. Algunas personas a la hora de perder sus dientes pueden presentar algún estrés psicológico debido a que las piezas dentales poseen un componente estético. Por esta razón su autoestima y relaciones personales se pueden ver afectadas. 3. Una amplia pérdida de dientes hace que las personas busquen consumir alimentos blandos por la facilidad a la hora de la masticación, por esto el consumo ciertos alimentos como las frutas, verduras, carne y pollo disminuye. 4. Si la persona posee menos de 20 piezas naturales en boca y las piezas ausentes no son reemplazadas con prótesis, el proceso de masticación se les dificulta, al contrario de aquellos que poseen más de 20 piezas naturales o que usan prótesis bien ajustadas. Entre sus conclusiones se encontró que el uso de prótesis en esta población es de suma importancia, porque sustituyen las piezas ausentes en boca, y en sí la malnutrición no está relacionada con la pérdida dentaria sino con la falta de sustitución de las piezas ausentes. También es importante recalcar para que el uso de prótesis sea efectivo, estas deben estar bien ajustadas en boca y si la personas posee menos de 20 piezas naturales en boca y las piezas ausentes no son reemplazadas con prótesis, el proceso de masticación se les dificulta, en contrario de aquellos que poseen más de 20 piezas naturales o que usan prótesis bien ajustadas. ⁷

SIMONI H. et al (BRASIL 2012) El objetivo de la investigación; impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños; fue estimar la prevalencia del edentulismo total versus parcial y el impacto que esta condición produce en la calidad de vida. Método: La muestra fue compuesta por 182 pacientes, de ambos sexos, con edad a partir de 18 años, que vivían en la ciudad de Recife, inscritos para tratamiento en la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Pernambuco - UFPE. Esta investigación se realizó entre julio y septiembre de 2010. El edentulismo fue

identificado a través del examen de inspección clínica y el impacto por medio del OHIP-14, el cual se compone por cinco dimensiones obtenidas después de la aplicación de un cuestionario estructurado. En la muestra analizada se verificó que 88,1% eran desdentados parciales; el grupo etario con mayor porcentaje fue de 31 a 50 años; 70,8% pertenecían al sexo femenino; 48,0% eran casados; 45,0% tenían el segundo grado completo; y 59,9% notificaron ingreso mensual superior a un salario mínimo. Se obtuvo los siguientes resultados: En relación al impacto en la calidad de vida en las dimensiones mensuradas por el OHIP-14, los mayores porcentajes relatados por los individuos fueron: 67,8% dolor físico; 56,9% incómodo psicológico; y 61,9% limitación psicológica. Los resultados de este estudio llegaron a concluir: En la presente pesquisa, el OHIP-14 mostró que los mayores problemas relatados por los individuos que perdieron sus dientes fueron de naturaleza funcional y social, como por ejemplo, incómodo para comer y el sentimiento de vergüenza, causando fuerte impacto en la calidad de vida, y aunque la prevalencia haya sido mayor para el edentulismo parcial, los impactos fueron mayores para los desdentados totales.⁸

MARIANA R. G. (ARGENTINA 2011). Objetivo: Investigar la relación existente entre el estado dentario y la calidad de la ingesta nutricional del Adulto Mayor. Muestra. MUESTRA La muestra se conformó con 40 personas de ambos sexos, mayores de 60 años, pertenecientes a la Residencias Geriátricas, representando el 80% de la población, aplicando los criterios de inclusión y exclusión anteriormente detallados, que aceptaron ser incluidos en esta investigación. Estado nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC). Conclusiones Aún no se han establecidos criterios uniformes para delimitar los valores de IMC que correspondan a un estado nutricional normal para las personas mayores de 60 años. En consecuencia Nutrition Screening Initiative, ha establecido la normalidad del estado nutricional para ancianos entre 24 -27 kg/m. Según la Tabla Nº 2 de NHANES III se puede clasificar a nuestra población de estudio de la siguiente

manera: al 100% (n=7) del sexo masculino y al 52,5% (n=21) de las mujeres les corresponden un IMC normal. Del sexo femenino, el 7,5% (n=3) presenta un IMC menor a 23 kg/m (peso insuficiente); el 12,5% (n=5) presenta un IMC entre 28 y 31,9 kg/m (sobrepeso) y el 10% (n=4) un IMC mayor a 30 kg/m (obesidad). vEstado de dentición. En nuestra población de estudio se pudo analizar que 37,5% (n=15) del sexo femenino y el 5% (n=2) de los hombres cuenta con ambas prótesis dentales. El 17,5% (n=7) de las mujeres y el 10% (n=4) de los hombres solo poseen la prótesis superior. Solamente las mujeres tienen dentición propia completa el 15% (n=6) e incompleta el 10% (n=4). Por último, el 2,5% (n=1) de cada sexo se encuentra desdentado. vAdecuación de las dietas. La mayoría de los Adultos Mayores ingiere dieta general, representando el 37,5% del total, el 22,5% ingiere dietas hiposódicas, un 12,5% ingiere dietas gástricas y dietas ricas en fibra, un 10% dietas para personas. Es importante señalar que en la dieta blanda se modifica únicamente la consistencia de la carne, a través de la técnica de cortado en trozos pequeños o utilizando como ingrediente carne picada o molida. vAnálisis de la Encuesta Alimentaria. A la mayoría de los Adultos Mayores les resulta suficiente el servicio general de alimentación y refieren no consumir otros alimentos en el día que no sean los aportados por la Institución. Sin embargo un 45% (n=18) menciona que los familiares les facilitan galletitas, grisines, bizcochos y facturas para el mate cebado y en algunos casos frutas. De esta forma se puede concluir que algunos residentes mantienen ciertos hábitos alimentarios adquiridos durante su vida fuera de la institución. Con respecto a la ingesta alimentaria y a la masticación, la mayoría de los residentes menciona no tener problemas a causa de su estado dentario, aunque el 35% (n=14) señala algunos alimentos que le producen mayor dificultad masticatoria; en primer lugar las carnes enteras, en segundo lugar las pizzas y las tartas y en tercer lugar el repollo crudo. Es importante mencionar que casi la totalidad de los Adultos Mayores entrevistados puede masticar a pesar del estado de su dentición. En este trabajo de

investigación surge el análisis de que el estado dentario no les genera dificultades en el habla, ni recluirse o apartarse, ni comer a disgusto frente a otras personas o residentes, ni le dificulta la deglución del bocado de alimento ni la digestión. El 5% (n=2) menciona que algunos alimentos fríos y/o calientes son responsables de molestias o dolor en los dientes. Los residentes afirman que las Instituciones le brindan el tiempo que ellos necesitan para terminar de comer aunque demoran ser servidos por el personal entre plato y plato. Por último, la mayoría de los Adultos Mayores 67,5% (n=27) menciona no ser controlado por un odontólogo hace más de 1año.⁹

MONTEJANO L. A. (PERU 2014), Objetivos: Determinar factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Métodos: Estudio transversal realizado en 660 adultos mayores autónomos, no institucionalizados. Los participantes fueron evaluados en 12 centros sociales (provincia de Valencia) seleccionados mediante un muestreo estratificado por bloques. Criterios de inclusión: tener 65 años o más, vivir en el domicilio, poseer autonomía funcional, residir más de un año en la provincia de Valencia, acudir periódicamente a los centros sociales y colaborar voluntariamente en el estudio. Se usa el MNA para la valoración nutricional y se recogen factores asociados al estado nutricional en una encuesta adhoc. Resultados: De los 660 sujetos estudiados, el 48,33% son hombres y el 51,67% mujeres, la edad media es de 74,3±6,57 años. El 23,33% presentan riesgo de malnutrición. Los factores independientes asociados al riesgo de malnutrición, con el odds de prevalencia ajustada, son: no poseer estudios (OR=2,29), sentir soledad (OR=2,34), mantener dietas controladas (OR=0,55), un apetito escaso (OR=2,56), número de fracciones en la ingesta diaria (OR=0,66), sufrir xerostomía (OR=1,72), tener dificultades para deglutir (OR=2,30), el número de enfermedades crónicas (OR=1,38) y haber sufrido enfermedades agudas en el último año (OR=2,03). Un incremento en el IMC se asocia a un buen estado nutricional (OR=0,85). Estos factores nos han permitido clasificar correctamente

a un 80% de los pacientes encuestados. Conclusiones: Tener numerosas enfermedades crónicas, haber sufrido enfermedades agudas recientes, mantener dietas sin control, sufrir xerostomía y dificultad para deglutir, comer pocas veces al día y con escaso apetito, sentirse solo y no tener estudios son factores que, permiten predecir el riesgo de malnutrición en los adultos mayores.¹⁰

2.2. Bases teóricas.

1). Breve referencia histórico evolutiva y el estado actual del problema.

La población anciana peruana supera un 17% de la población total. En la actualidad, entre el 25 y el 30% de los ancianos que viven en su casa tienen algún tipo de dependencia y en muchos casos dependencia sobre el hecho alimentario.

El control de la natalidad y el descenso de la mortalidad han comportado un envejecimiento demográfico sobre todo en los países donde el índice de natalidad es muy bajo. A consecuencia de estos fenómenos en los países europeos, así como en Japón, Estados Unidos y Canadá existe una importante tasa de población envejecida. La tendencia hace 50 años se incrementó lentamente del 3. 5% en 1950 al 4.7% en el año 2000 y se estima para los próximos 50 años crecerá rápidamente 15.7% según el INEI¹¹. Es, por tanto, una realidad incuestionable que la esperanza de vida ha ido aumentando de forma progresiva en los últimos decenios. Las metas de salud que la OMS propone para Europa durante el siglo XXI se centran en “envejecer de forma saludable”, de ahora al año 2020 las personas mayores de 65 años de edad deberán tener la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad En relación con estas metas de salud, podemos decir que la nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecer. No olvidemos que, en la población geriátrica, la malnutrición y la discapacidad funcional son factores que pronostican mortalidad y morbilidad.

Se ha visto hace décadas que en salud pública no se ha priorizado el tema de salud bucodental teniendo como referencia que la OMS indica que alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales, debido que en sus etapas de vida anteriores no priorizaron la atención a tiempo para recuperar la permanencia de las piezas dentales en boca.¹²

2). Adulto mayor

El concepto de adulto mayor presenta un uso reciente, debido que ha aparecido como alternativa a los términos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 65 años de edad. Es sinónimo de vejez y de ancianidad. Hoy en día el término anciano va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina) ¹³.

DEFINICION DE EDAD:

Debido a la gran pluralidad de factores biológicos, cronológicos, sanitarios, sociales, económicos; el concepto de edad y a partir de ella, el de anciano, viejo o persona mayor es todavía hoy un tema de debate y por el momento no hay un criterio numérico estándar. La mayoría de países desarrollados han aceptado la edad cronológica de 65 años como definición de persona mayor, sin embargo debido al aumento de la esperanza de vida y a la heterogeneidad del envejecimiento se distinguen tres grandes grupos para clasificar a las personas mayores: - ANCIANOS JOVENES, comprendidas entre 65 - 74 años en donde este grupo goza de buena salud y de autosuficiencia para realizar las actividades de vida diaria,- ANCIANO,

personas entre 75 – 84 años donde la invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacados, y por ultimo ANCIANO VIEJOS, los que superan los 85 años donde la fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes.¹³

3). Influencia del envejecimiento sobre el estado nutricional.

Envejecimiento.

Es un proceso fisiológico e irreversible asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad.¹⁵

Algunos autores distinguen los procesos de senescencia y envejecimiento como dos etapas del camino hacia la desaparición de los seres vivos. El primero es un mecanismo controlado genéticamente que lleva cuenta de la edad, y que, pasado un tiempo fijo para cada especie, conduce a un declive corporal. El envejecimiento, en cambio, consiste en otros procesos degenerativos que perturban el funcionamiento de órganos vitales y terminan provocando la muerte.¹⁶

Cambios biológicos: Aunque es el mismo para todo el cuerpo humano no todos los órganos sufren sus efectos de la misma forma y suelen afectar a la alimentación y la fisiología de la nutrición. Entre ellos encontramos:

- Cambios en la estatura y en el peso corporal, a partir de los 60 años hay una disminución progresiva de la talla de manera que se pierde 1 cm o más por década, esta disminución se relaciona por la curvatura de la columna vertebral (lordosis, cifosis) y el aplastamiento de las vértebras. A su vez el peso corporal que ha aumentado progresivamente hasta los 40 -50 años, se estabiliza después de los 70 años empieza a descender paulatinamente.¹⁷

- Cambios en los compartimientos corporales, como el *aumento del compartimiento graso*; aumentando la grasa visceral y disminuyendo la grasa subcutánea; *disminución del compartimiento muscular*, debido a la disminución de la proteína del músculo y la disminución del ejercicio físico; *disminución de la masa ósea*, a causa de la desmineralización de los huesos por alteraciones endocrinas o insuficiencia de absorción de calcio; *disminución del agua corporal total* y por último *la involución o reducción de diferentes órganos*.¹⁷

- cambios en el aparato digestivo, los cambios que más afecta al binomio alimentación-nutrición son los que actúan sobre el aparato digestivos; *región orofacial*, los problemas que encontramos en esta etapa de vida es la xerostomía la cual da efectos como la dificultad de lubricación masticatoria, degustación e ingestión; otro cuadro es la pérdida de piezas dentarias que modifican el sistema neuromuscular de la cavidad bucal provocando una coordinación muscular deficientes para deglutir, y por ultimo las atrofas de las papilas gustativas, proceso que empieza alrededor de los 50 años produciendo cambios en la sensibilidad a la sabores dulces y salados lo que conduce al consumo de alimentos fuertemente sazonados o azucarados; ¹⁸ *tracto gastrointestinal*, la menor flexibilidad del fundus gástricos motiva saciedad con menor cantidad de comida que en el adulto, la disminución de la motilidad intestinal útil para la absorción y transporte de nutrientes, la saciedad precoz debido a una menor distensión del fundus gástrico y una mayor estimulación del antro y aumento de secreción de colecistoquinina hormona relacionada con el proceso fisiológico de la saciedad.¹⁹

- Cambios en el sistema nervioso, con la edad el numero de las células del sistema nervioso disminuye y a causa de la pérdida de tono de las neuronas se produce un enlentecimiento de los movimientos y puede aparecer temblor senil. Los cambios en la memoria y la menor capacidad de adaptación afectaran al binomio alimentación-nutrición. ¹⁴

- cambios en los órganos de los sentidos, la vista, el gusto y el olfato disminuyen con la edad; ello puede interferir en la palatabilidad de diferentes alimentos y modificar el comportamiento alimentario.¹⁴

Cambios psicosociales: los cambios psicológicos y sociales que acompañan al envejecimiento pueden repercutir negativamente sobre el estado nutricional de la persona mayor. En la vejez las alteraciones emocionales son frecuentes. Los trastornos adaptativos o las depresiones se presentan con relativa frecuencia en este grupo de población. Las causas desencadenantes pueden estar relacionadas, con la jubilación, menor responsabilidad en la familia, soledad, viudedad y el no adaptarse al proceso de envejecer.¹⁴

Estado nutricional.

Es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en un individuo o colectivo. Asumiendo que las personas tenemos necesidades nutricionales y estas deben ser atiborrados, un estado nutricional ideal se alcanza cuando las necesidades fisiológicas, bioquímicas y metabólicas están adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos.

El estado nutricional se evalúa a través de indicadores antropométricos, bioquímicos, inmunológicos o clínicos. Mediante la evaluación del estado nutricional a través de indicadores antropométricos (peso, talla, IMC, composición corporal, etc.) es posible dar un diagnóstico si una persona se encuentra en un peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad y que por tanto ha ingerido poco o más de la energía requerida. Empleando indicadores bioquímicos, inmunológicos o clínicos es posible encontrar falta de nutrientes como el hierro o determinadas vitaminas. La evaluación del estado nutricional se puede completar con un estudio de los hábitos alimentarios o dietéticos del sujeto, que permitirá conocer la causa de su estado nutricional y proponer medidas alimentarias correctoras.²⁰

Nutrición y envejecimiento.

A partir de la tercera década de vida se inicia una paulatina disminución en la masa magra (muscular) corporal, al mismo tiempo que existe un incremento en la masa grasa, la que continúa hasta los 70 años, lo que da como resultado que el peso total tenga un pico entre los 50 a los 60 años de edad, manteniéndose estable hasta los 65 – 70 años. Tras esto, el peso va disminuyendo lentamente, por lo tanto, el envejecimiento normal se asocia a pequeñas pérdidas de peso (0.1-0.2 kg/año).²¹

La malnutrición es un estado en el cual, ya sea la deficiencia, el exceso o el desbalance de energía, proteínas u otros nutrientes, causan efectos adversos en la forma corporal y su función. ²²

La malnutrición en adultos mayores cumple un rol fundamental en la preservación de la salud. Se ha visto que durante la vejez, cuando esta se asocia a enfermedades, como las gastrointestinales, respiratorias o neurológicas, produce mayor necesidad de prescripciones médicas y de internación hospitalaria. Además, incide en un mayor riesgo de caídas, hospitalizaciones prolongadas, institucionalización, complicaciones e infecciones postoperatorias, dificultades en la cicatrización, y, de gran relevancia, es que se asocia un aumento en el riesgo de mortalidad.

La obesidad en adultos mayores se ha asociado al desarrollo de alteraciones metabólicas, algunos tipos de osteoartritis, alteraciones pulmonares, síndrome de apnea obstructiva del sueño y como factor de riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular.

En su contraparte, el bajo peso en la población más anciana constituye motivo de preocupación mayor, dada su relación con un aumento en la morbilidad y por constituir un factor de riesgo de mortalidad, siendo esta relación mucho más fuerte que la que existe con la obesidad.²³

También la desnutrición en la adultez mayor puede dar lugar a alteraciones orgánicas importantes, como alteraciones inmunes, desarrollo de úlceras, anemia, mayor incidencia de caídas, deterioro

cognitivo, osteopenia, alteración en el metabolismo de fármacos, sarcopenia, descenso de la capacidad máxima respiratoria, etc..

La malnutrición posee diferentes componentes asociados a su ocurrencia. Se han identificado distintos parámetros que implican riesgo de mal estado nutricional: Ingestión inapropiada de comida, pobreza, aislamiento social, dependencia, discapacidad, enfermedades agudas o crónicas, uso crónico de medicamentos, edad mayor (especialmente mayor de 80 años).²⁴

Además, si estos factores de riesgo se asocian a otras condiciones, como la pérdida de peso de 5 o más kg o bajos niveles de albúmina sérica, se ha visto que pudiesen indicar riesgo de mortalidad.

Así también, la desnutrición se asocia a factores de riesgo como el consumo de fármacos, enfermedades crónicas, depresión, debilidad física, aislamiento, bajo nivel socioeconómico, disminución en las percepciones del gusto y olfato, así como enfermedades dentales y periodontales.²⁵

4). Edentulismo.

El edentulismo es la pérdida o ausencia total o parcial de los dientes, y su causa puede ser congénita o adquirida. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y generalmente no compatibles con la vida. El edentulismo adquirido, es decir, la pérdida de dientes durante nuestra vida, es un hecho más común que el edentulismo congénito, y suele ser secundario en procesos como caries, patología periodontal o traumatismos. La pérdida de los dientes y edad según McCracken, (2006) nos explica que se ha comprobado una relación específica de la pérdida de dientes con el incremento de la edad y la existencia de dientes que se retienen más tiempo que otros. Se ha sugerido que la pérdida de dientes varía según la arcada y que se pierden antes los dientes maxilares que los mandibulares. También se ha comprobado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada,

perdiéndose los dientes posteriores más rápidamente que los anteriores. Con bastante frecuencia los últimos dientes que permanecen en la boca son los mandibulares anteriores, especialmente los caninos, y es bastante frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores.²⁶

4). Tipos de edentulismo.

EDENTULISMO TOTAL.

Es la ausencia o pérdida total de los dientes. Las principales causas del Edentulismo son: La pérdida de dientes por enfermedad periodontal avanzada, secuela de la pérdida de adherencia de la encía y la concomitante pérdida de tejidos de soporte del diente, que al ser destruidos dejan al diente sin sus tejidos de sostén.

La extracción dental, como consecuencia de la caries dental avanzada, es la segunda causa de Edentulismo en menores de 50 años y la primera causa en personas mayores de 60 años. La pérdida de dientes por traumatismo es la tercera causa de Edentulismo se da en los accidentes del macizo máximo facial que dejan como secuela la pérdida de dientes.

EDENTULISMO PARCIAL.

Es la ausencia o pérdida parcial de la dentición.

Las principales consecuencias del edentulismo parcial son numerosas y variadas. La mayoría de los clínicos señalan alteraciones estéticas, disminución de la eficacia de la masticación, inclinación, migración o rotación de los dientes remanentes, extrusión dentaria y reabsorción del hueso alveolar. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión.²⁷

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

La clasificación de Edward Kennedy en 1925 tiene como fundamento la topografía, es decir, se basa en la relación que

guardan las brechas edéntulas con respecto a los dientes remanentes.

Clase I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes (extremo libre bilateral)

Clase II: Área edéntula unilateral posterior a los dientes remanentes (extremo libre unilateral)

Clase III: Área edéntula unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella, inadecuados para asumir solos el soporte de la prótesis.

Clase IV: Área edéntula única anterior y bilateral a los dientes remanentes (extremo libre anterior). El área edéntula debe comprender ambos lados de la línea media.²⁸

5). Efectos del edentulismo.

Existen una serie de impactos negativos asociados al edentulismo. Entre ellos; la disminución de la habilidad para masticar y hablar y la pobre alimentación que conlleva la enfermedad. ²⁹

A. SALUD FÍSICA

La parte de la boca más importante lo constituyen los dientes, ya que son las herramientas que el ser humano utiliza para poder masticar una amplia gama de alimentos con valores nutricionales variados. Pero, cuando estos son perdidos por diversas razones, ya no es posible que la persona mastique con la misma efectividad a diferencia de cuando se tenían todas las piezas dentarias presentes. La función masticatoria disminuye ocasionando un cambio brusco en la elección de las comidas. La evidencia nos da a comprender que la población edéntula evita comidas tales como frutas, vegetales y carnes, siendo sus alimentos de elección las comidas procesadas, ya que tiene mayor facilidad para consumirlas.

Como las personas edéntulas no tienen una dieta rica en nutrientes, consumen en su mayoría vitaminas, minerales y proteínas con el fin de mejorar su alimentación, pero aun así se encuentran en

un alto riesgo de presentar malnutrición a diferencia de las personas dentadas que no poseen ningún problema para el consumo de las comidas. ²⁹

B. Salud psicológica

Diversos estudios han demostrado que la presencia de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido parcial o totalmente, por distintas razones, tienden a evitar las interacciones sociales con el fin de evadir una situación embarazosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas. Esto quiere decir que un alto porcentaje de individuos tiende a sentir incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. En cierta forma, se puede decir que el edentulismo limita las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables de baja autoestima y agobio por el estado de salud oral adquirido.²⁹

6). Nutrición y rehabilitación protésica.

Aunque la rehabilitación protésica en el desdentamiento no puede ser considerado como un sustituto de las piezas dentarias naturales, este tratamiento ha sido y continúa siendo la principal terapia para el desdentamiento. Teóricamente, el reemplazo protésico de los dientes perdidos mejora la función masticatoria, limitando así el riesgo de problemas nutricionales. Concordante con esto existe evidencia que ha visto la recuperación de la habilidad masticatoria con la asistencia de prótesis. Acorde con la mejoría que implicaría nutricionalmente la recuperación en la habilidad masticatoria a través de una correcta rehabilitación protésica, se ha visto que la presencia de prótesis bien ajustadas se asocia a una mayor y variada ingesta de nutrientes y una mejor calidad dietética, siendo esto específico para las prótesis inferiores. Así mismo De Marchi et.col. observan que pacientes edéntulos que utilizaban sólo 1 prótesis poseían mayor riesgo y mayor porcentaje de malnutrición (MEN) que aquellos con mayor número de

piezas dentarias o que utilizaban ambas prótesis. La rehabilitación del desdentado total inferior ha sido un gran problema para el odontólogo, dados factores que dificultan la retención de la prótesis en boca, como la flexión mandibular, inserciones musculares, falta de reborde marginal, reabsorción continua del reborde tras la pérdida de piezas (manifestado más fuertemente en mandíbula). Esta dificultad en la estabilización protésica durante función modifica y limita la selección alimentaria. Acorde con estas dificultades que significa el uso de prótesis mandibular se ha observado la frecuente inconformidad de los pacientes respecto de sus prótesis inferiores, tanto totales como parciales, lo que se traduce en su menor uso respecto de las superiores. Los nuevos avances en la tecnología han permitido desarrollar la rehabilitación protésica implanto asistida, que se ha visto que en desdentados totales mejora una serie de parámetros orales, como la habilidad masticatoria. También existe disminución en el riesgo de malnutrición (MEN) en desdentados totales, y mejorando la satisfacción de los pacientes.³⁰

7). Valoración del estado nutricional.

La valoración del estado nutricional en geriatría debe formar parte de la valoración geriátrica integral. La valoración geriátrica integral se considera la herramienta o metodología fundamentalmente en que se basa la clínica geriátrica para evaluar y diagnosticar los problemas clínicos mentales y sociales que pueda presentar el anciano con el objetivo de elaborar un plan terapéutico de cuidados y seguimientos. Esta valoración deberá ser realizada por un equipo multidisciplinario: personal de enfermería, médicos, trabajadores sociales, dietistas, psicólogos y neurólogos.¹⁴

La valoración del estado nutricional debe incluir las siguientes determinantes como: *valoración* global, donde se evalúa el estado mental y cognitiva; los hábitos dietéticos; *parámetros antropométricos* y *parámetros bioquímicos e inmunológicos*.¹⁴

Instrumentos o escala para la valoración del estado nutricional:

A). Mini nutritional assessment (mna).

Es un instrumento de cribaje nutricional internacional desarrollado por Vellas y Guigoz, diseñado específicamente para valorar el estado nutricional de la población geriátrica en diversas situaciones como hospitalizados, en instituciones geriátricas o en domicilios incluyendo individuos activos o gravemente limitados. No requiere personal calificado ni determinaciones bioquímicas o parámetros antropométricos complejos y presenta una buena concordancia interobservador.³¹

Tiene una primera parte de cribaje compuesta únicamente por 6 ítems, y una segunda de evaluación con 12 ítems que solo se aplica si ha aparecido riesgo en la de cribaje. Incluye variables antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal circunferencia del brazo y pantorrilla) dietéticas (consumo de alimentos y líquidos, autonomía alimentaria), de evaluación global (estilo de vida, fármacos, movilidad) y de autopercepción de salud y nutrición. Los pacientes con puntuaciones >23,5 se consideran en situación nutricional adecuada, con <17 desnutridos y con valores intermedios en riesgo nutricional.

Ha demostrado una elevada sensibilidad (96%) y especificidad (98%) y es válido para cualquier entorno asistencial (comunitario, atención primaria, domiciliaria, hospitalaria, centros residenciales y de larga estancia). El MNA detecta el riesgo de malnutrición antes de que se identifiquen cambios importantes de peso o en los niveles de albúmina. Además permite una intervención nutricional específicamente dirigida a aquellas áreas del MNA con una menor puntuación y sirve para monitorizar el seguimiento y evaluar la eficacia de la intervención nutricional. No obstante, cuando un paciente está desnutrido o en riesgo nutricional, esta herramienta de cribado debe ser complementada con una valoración nutricional más profunda. Algunos puntos débiles de esta herramienta de cribado nutricional reflejados en la bibliografía son:

- Su realización puede llevar hasta 15min.
- Requiere 4 medidas antropométricas a veces difíciles de obtener en pacientes agudos (peso, talla, circunferencia de brazo y pantorrilla). En pacientes encamados la talla se puede inferir de la distancia talón rodilla, y el peso se puede obtener a través de una silla-báscula o de una báscula incorporada a una grúa de pacientes, pero precisa de más tiempo de trabajo del personal auxiliar o de enfermería.
- Necesita la colaboración del paciente y/o familiares en la encuesta: el estado físico y mental de un adulto mayor puede estar deteriorado transitoriamente por la enfermedad aguda que ha motivado su ingreso y no siempre es fácil disponer de un acompañante.
- No ha sido validado para otros grupos de edad (solo válido en ancianos).
- No contempla algunos aspectos específicos de la malnutrición (como la ingesta escasa de micronutrientes).
- No valora adecuadamente el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis o con artritis reumatoide.

La aplicabilidad del MNA ha sido estudiada por Bauer et al, obteniendo que se pudo cumplimentar en el 66,1% de los pacientes ancianos hospitalizados.³¹

2.3. Definiciones conceptuales.

Edéntulo: Individuo que ha perdido dientes. Puede ser parcial o total.

Estado nutricional: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Eficiencia masticatoria: Se encuentra en función del número de golpes masticatorios adicionales que requieren los sujetos, que hayan

perdido la integridad de su sistema, para lograr un grado de trituración normal

Adulo Mayor : Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

2.4. Sistema de hipótesis.

H_i

Existe relación significativa entre el edentulismo y estado nutricional del adulto mayor beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017

H_o

No existe relación significativa entre el edentulismo y estado nutricional del adulto mayor beneficiario de pensión 65 - Pillco Marka 2017

Sistema de Variables.

Variable independiente

- Edentulismo

Variable dependiente

- Estado nutricional

2.5. Operacionalidad de variables.

VARIABLES	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS O VALORES
EDENTULISMO	Individuo que ha perdido dientes. Puede ser parcial o total	Es la zona desdentada de la arcada dentaria, donde se valora la cantidad de piezas dentarias pérdidas.	NOMINAL	ZONA EDÉNTULA	EDENTULO PARCIAL	. PARCIAL TIPO I . PARCIAL TIPO II . PARCIAL TIPO III . PARCAIL TIPO IV
					EDÉNTULO TOTAL	TOTAL MONOMAXILAR .TOTAL BIMAXILAR
ESTADO NUTRICIONAL	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Resultante de las medidas antropométricos, junto con los resultados psicológicos, dietéticos .	INTERVALO	Parámetros dietéticos	- Número de comidas al día	. ESTADO NORMAL 12-14 puntos . RIESGO NUTRICIONAL 8-11 puntos . DESNUTRICIÓN 0-7 puntos
				Evaluación global	- Enfermedades en los últimos 3 meses - Problemas neuropsicológicos - Lesiones cutáneas, movilidad	
				Parámetros antropométricos	- Índice de masa corporal - Circunferencia de la pierna - Pérdida reciente de peso en los últimos 3 meses	

CAPÍTULO III.

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo de investigación.

3.1.1. Enfoque:

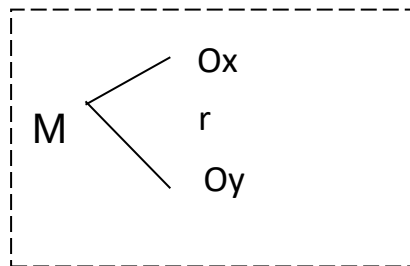
Investigación cuantitativa

3.1.2. Alcance o nivel:

Básico – correlacional

3.1.3. Diseño:

Observacional, analítico, correlacional y transversal.



3.2. Población y muestra.

a) Población

Todos los adultos mayores beneficiario del programa pensión 65 - Pillco Marka 2017 que son de 426 personas.

b) Muestra

Criterios de inclusión

- Adulto mayor de 65 años
- Adulto mayor que cuenta con su seguro integral de salud
- Adulto mayor que recibe su pensión 65
- Adulto mayor que asista al programa CIAM de la municipalidad de Pillko Marca

Criterios de exclusión

- Adulto mayor que se niega a ser evaluado
- Adulto mayor con problemas de trismo
- Adulto mayor que no asiste continuamente al programa

Tamaño Muestral:

Se seleccionó 136 pacientes de forma no probabilística y se seleccionará la muestra por conveniencia

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se trabajó con dos fichas de recolección de datos uno para valorar el ESTADO NUTRICIONAL y el otro para reconocer el TIPO DE EDENTULISMO.

Se realizó en cuatro pasos.

PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL se utilizó la ficha del Mini Nutritional Assessment (MNA®) short, antes de realizar su llenado se hizo:

Primero: se ha conocido el grado de depresión en el adulto mayor por lo cual se utilizó LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESABAGE, cuestionario que fue realizado por la psicóloga.

Segundo: Se determinó el IMC, con la ayuda de las licenciadas de enfermería.

Una que se obtuvo estos datos se comenzó a realizar la preguntas que brinda el Mini Nutritional Assessment (MNA®).

A	Pregunte al paciente, al cuidador o revise la historia clínica
¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar? Puntuación 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	• “¿Ha comido menos de lo normal en los últimos tres meses?” • Si es así “¿se debe a la falta de apetito o tiene problemas para masticar o tragar?” • “En ese caso, “¿ha comido mucho menos que antes o solo un poco menos?”

B.	Pregunte al paciente / Revise la historia clínica
¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses? Puntuación 0 = pérdida de peso superior a 3 kg (6,6 lb) 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg (2,2 y 6,6 lb) 3 = sin pérdida de peso	• “¿Ha perdido peso sin proponérselo en los últimos 3 meses?” • “¿Le queda la ropa más suelta en la cintura?” • “¿Cuánto peso cree que ha perdido? ¿Más o menos de 3 kg (o 6 libras)?” Aunque es posible que la pérdida de peso en ancianos con sobrepeso sea apropiada, también puede indicar desnutrición. Si se deja a un lado la pregunta sobre la pérdida de peso, el MNA® pierde su sensibilidad, por lo tanto es importante preguntar por la pérdida de peso incluso a las personas con sobrepeso.
C	Pregunte al paciente / Revise la historia clínica
¿Movilidad? Puntuación 0 = en cama o silla de ruedas 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle 2 = sale a la calle	• ¿Cómo describiría su movilidad actual? – ¿Es usted capaz de salir de la cama, levantarse de una silla o silla de ruedas sin la ayuda de otra persona? si negativo, puntúe 0 – ¿Es usted capaz de salir de la cama o levantarse de una silla, pero incapaz de salir de casa? si afirmativo, puntúe 1

	– ¿Es usted capaz de salir de su casa? si afirmativo, puntúe 2
D	Pregunte al paciente / Revise la historia clínica
¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos tres meses? Puntuación 0 = si 2 = no	• ¿Recientemente, se ha sentido estresado? • ¿Recientemente, se ha encontrado usted gravemente enfermo?
E	Pregunte al paciente / Revise la historia clínica
¿Problemas neuropsicológicos? Puntuación 0 = demencia o depresión graves 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	¿Tiene usted demencia? ¿Ha sentido una tristeza profunda o prolongada? El cuidador, personal de enfermería o la historia clínica pueden proporcionarle información sobre la gravedad de los problemas neuropsicológicos del paciente (demencia).
F1	
¿Índice de masa corporal (IMC)?(peso en kg / estatura en m2) Puntuación 0 = IMC inferior a 19 1 = IMC entre 19 y menos de 21 2 = IMC entre 21 y menos de 23 3 = IMC 23 o superior	

SI EL IMC NO ESTÁ DISPONIBLE, REEMPLACE LA PREGUNTA F1 POR LA F2. NO CONTESTE A LA PREGUNTA F2 SI LA F1 YA HA SIDO CONTESTADA.

F2: Responda solo si no es posible obtener el IMC	
Perímetro de la pantorrilla (PPa) en cm 0 = PPa inferior a 31 3 = PPa 31 o mayor	Medición del perímetro de la pantorrilla 1. El paciente debe estar sentado con la pierna izquierda colgando o de pie con el peso distribuido uniformemente sobre los dos pies. 2. Pídale al paciente que se suba la pernera del pantalón para dejar la pantorrilla al descubierto. 3. Rodee la pantorrilla con la cinta métrica en su punto más ancho y anote la medida. 4. Tome medidas adicionales por encima y por debajo de ese punto para asegurarse de que la primera medida era la mayor. 5. Sólo puede obtenerse una medición correcta si la cinta métrica está en ángulo recto respecto a la longitud de la pantorrilla.

Se Sumó los puntos para obtener la puntuación indicadora de desnutrición.

Puntuación indicadora (máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal

8-11 puntos: riesgo de desnutrición

0-7 puntos: desnutrición

PARA LA EVALUACIÓN DEL EDENTULISMO Se utilizó una ficha odontológica donde se incluyó; el Odontograma, el tipo de edentulismo y si es portador de prótesis.

3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

Se realizó de forma manual y computarizada. Se procesó los datos usando la media, moda, y tablas.

Se utilizó el software Spss versión 22.0 para sus procesamiento de los datos obtenidos.

También se hizo uso del método de estadística inferencial y para la correlación de la hipótesis se empleara la prueba estadística de correlación de Pearson.

CAPITULO IV.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Diagrama de actividades:

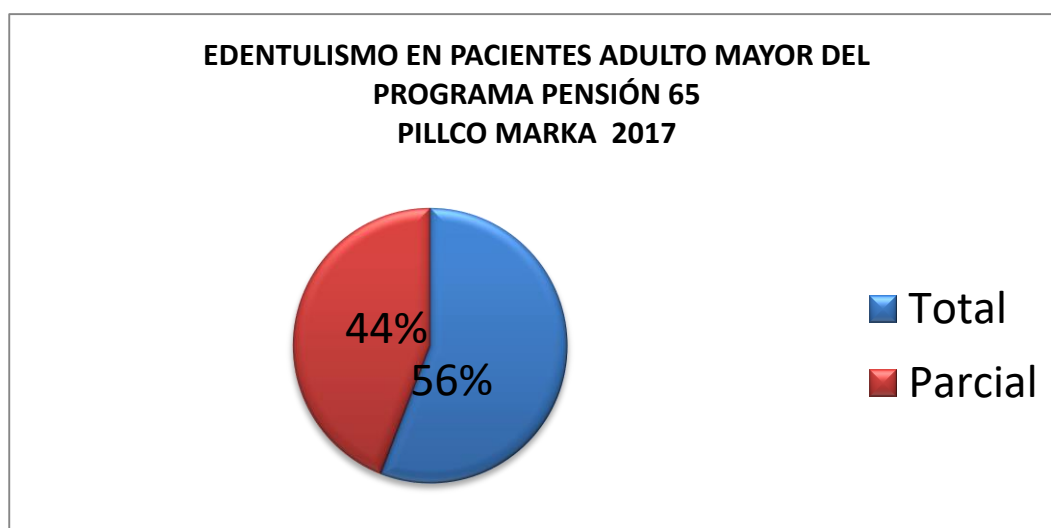
TABLA N°1

EDENTULISMO EN PACIENTES ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 - PILLCO MARKA 2017

EDENTULO EN PACIENTES ADULTO MAYOR PROG. PENSION 65 -PILLCO MARKA 2017					
EDÉNTULO PARCIAL		EDÉNTULO TOTAL		TOTAL	
Fi	f%	Fi	f%	fi	f%
60	44.12%	76	55.88%	136	100%

Fuente. Ficha odontológica

GRÁFICO N°1



Fuente. Tabla n°1

En la tabla y gráfico n° 1 podemos observar que del total de la población adulto mayor estudiada del programa pensión 65 del Pillco Marka, El 56% presentan edentulismo total siendo más de la mitad; y el 44% presenta un edentulismo parcial. Se logra ver mediante el gráfico que existe una ligera diferencia entre ambos edentulismo.

**TIPO DE EDENTULISMO EN PACIENTES ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA PESION 65 – PILLCO MARKA 2017**

N	Válido	136
Media		4,18
Error estándar de la media		,126
Mediana		5,00
Moda		5
Desviación estándar		1,470
Varianza		2,161
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		568
Percentiles	25	3,00
	50	5,00
	75	5,00

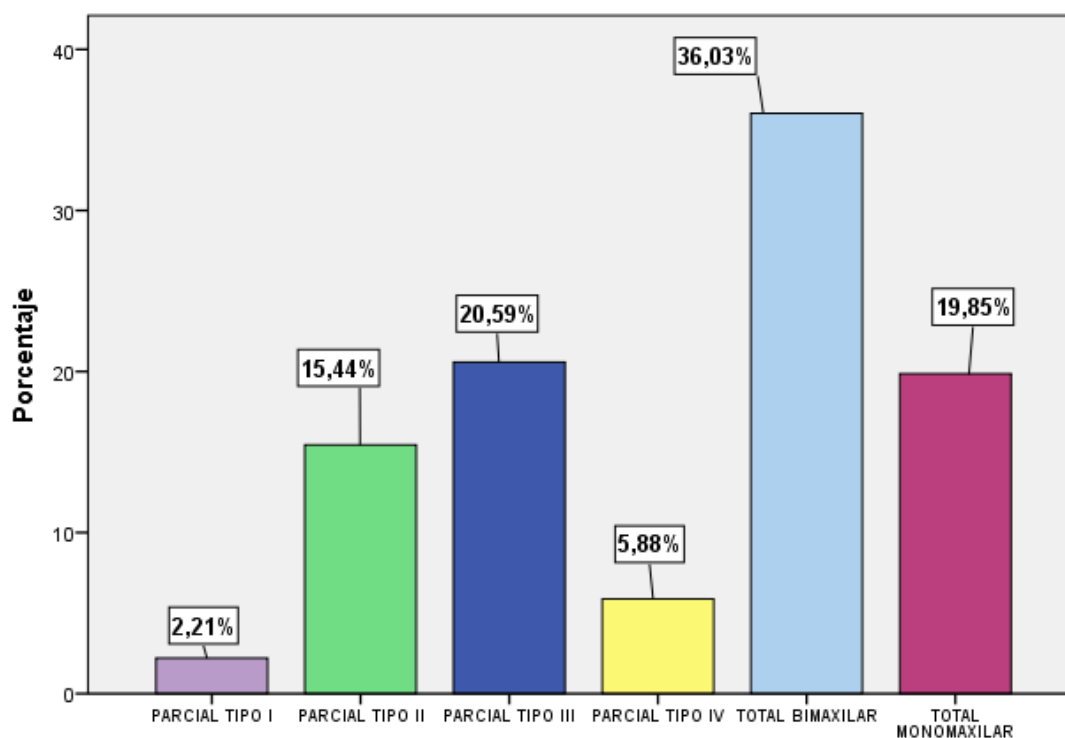
TABLA N° 2.

**TIPO DE EDENTULISMO EN PACIENTES ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA PENSION 65
PILLCO MARKA 2017**

VARIABLE :EDENTULISMO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PARCIAL TIPO I	3	2,2	2,2	2,2
	PARCIAL TIPO II	21	15,4	15,4	17,6
	PARCIAL TIPO III	28	20,6	20,6	38,2
	PARCIAL TIPO IV	8	5,9	5,9	44,1
	TOTAL BIMAXILAR	49	36,0	36,0	80,1
	TOTAL MONOMAXILAR	27	19,9	19,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente. Ficha odontológica

GRÁFICO N°2.
TIPO DE EDENTULISMO EN PACIENTES ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA PENSION 65
PILLCO MARKA 2017



Fuente: tabla n°2

En la tabla y gráfico n°2 anterior se observa que de los 136 pacientes adultos mayores beneficiarios del programa social pensión 65 en el distrito Pillko Marca-2017; poseen un nivel alto de prevalencia los edéntulos totales bimaxilares con un número de 49 de ellos (36.03%). Asimismo 28 de ellos (20.59%) son edéntulos parcial tipo III y en minoría pertenecen 3 de ellos (2.21%) al parcial tipo I.

TABLA N°3

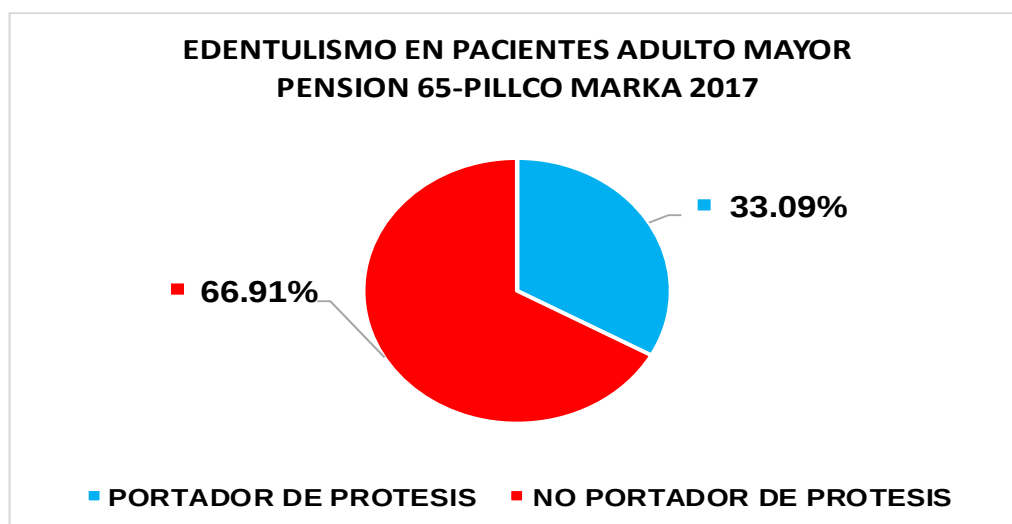
**PORTADORES DE PROTESIS EN PACIENTES ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA PENSION 65 PILLCO MARKA 2017**

EDENTULO EN PACIENTES ADULTO MAYOR PROG. PENSION 65 -PILLCO MARKA 2017					
PORTADOR DE PROTESIS		NO PORTADOR DE PROTESIS		TOTAL	
Fi	f%	Fi	f%	fi	f%
45	33.09%	91	66.91%	136	100%

Fuente. Ficha odontológica

GRÁFICO N°3

**PORTADORES DE PROTESIS EN PACIENTES ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA PENSION 65 PILLCO MARKA 2017**



Fuente. Tabla n° 3

En la tabla y gráfico n°3, observamos que existe un fuerte predominio en paciente edéntulos no portadores de prótesis total con 66.91%. y los edéntulos que no poseen prótesis son un 33.09%

**ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA PENSIÓN 65 PILLCO MARKA 2017**

N	Válido	136
Media		1,85
Mediana		2,00
Moda		2
Desviación estándar		,603
Varianza		,363
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		252
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	2,00

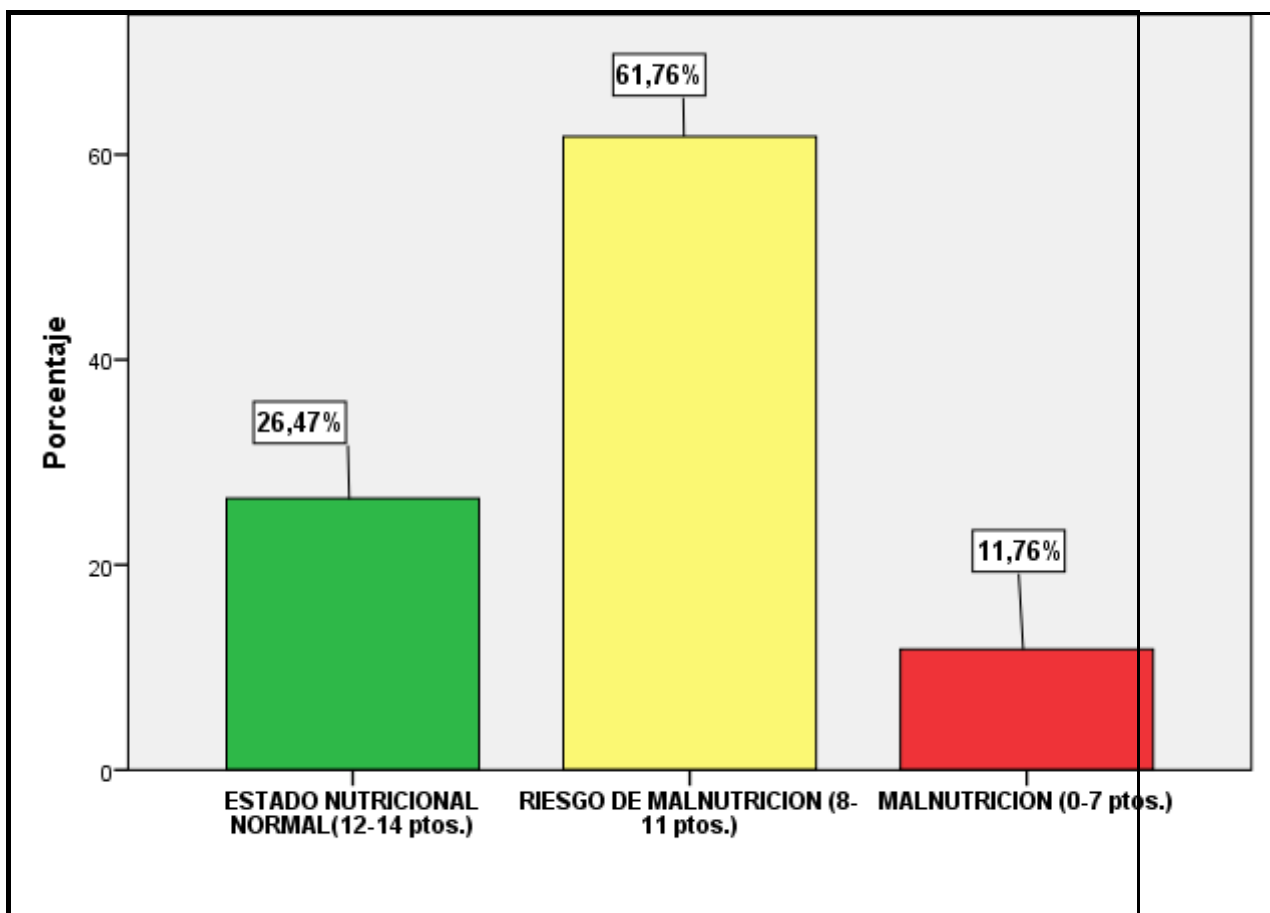
**TABLA N°4.
ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA PENSIÓN 65 PILLCO MARKA 2017**

VARIABLE: ESTADO NUTRICIONAL		Fi	f%	% válido	% acumulad o
Válido	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL (12-14 ptos.)	36	26,47	26,5	26,5
	RIESGO DE MALNUTRICION (8-11 ptos.)	84	61,76	61,8	88,2
	MALNUTRICION (0 – 7 ptos)	16	11,76	11,8	100,0
	Total	136	99,99	100,0	

Fuente: Mini Nutritional Assessment Short (MNA)

GRÁFICO N°4

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 PILLCO MARKA 2017



FUENTE: tabla n°4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En la tabla y gráfico n°4 anterior se observa que de los 136 pacientes evaluados respecto al estado nutricional, se observa que existe una fuerte presencia en “**Riesgo de malnutrición**” con el 61.76%; mientras el de menor predominio se ubican en “**estado nutricional normal**” con el 26.47%. Podemos interpretar del gráfico que los pacientes adulto mayor edéntulos sea parcial o total están en riesgo de mal nutrición

**ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR NO PORTADOR
DE PROTESIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 PILLCO MARKA 2017**

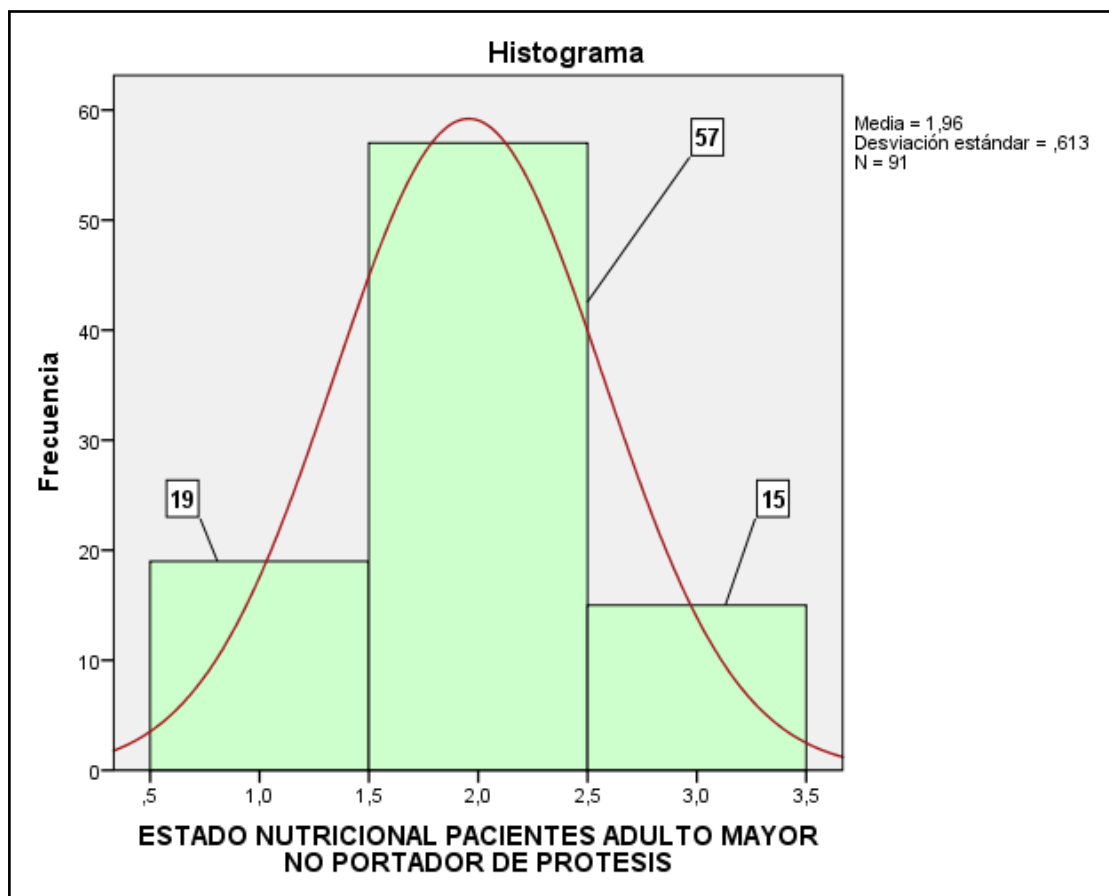
N	Válido	91
Media		1,96
Error estándar de la media		,064
Mediana		2,00
Moda		2
Desviación estándar		,613
Varianza		,376
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		178
Percentile 25		2,00
s 50		2,00
75		2,00

**TABLA N°5.
ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR NO PORTADOR
DE PROTESIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 PILCO MARKA -HUÁNUCO
2017**

VARIABLE:		fi	fi%	% Válido	% Acuml.
ESTADO NUTRICIONAL NO PORTADOR					
Válido	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL (12-14 ptos.)	19	20.88	20,9	20,9
	RIESGO DE DESNUTRICION (8-11 ptos.)	57	62.64	62,6	83,5
	DESNUTRICION (0-7 ptos.)	15	16.48	16,5	100,0
	Total	91	100.00	100,0	

Fuente: Mini Nutritional Assessment Short (MNA)

GRÁFICO N°5
ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR NO PORTADOR
DE PRÓTESIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 PILCO MARKA 2017



Fuente: Tabla n°5

En la tabla y gráfico n°5 anterior se observa que de los 91 pacientes edéntulos no portadores de prótesis, se encuentra 57 de ellos (62.64%) en Riesgo de desnutrición; 19 de ellos (20.88%) se encuentran en estado nutricional normal y 15 de ellos (16.48%) presentan estado de desnutrición. En cuanto el gráfica de la campana de Gauss nos indica que en este grupo de pacientes edéntulos no portadores tienen una inclinación más al riesgo de desnutrición coincidentemente con la distribución de los pacientes. Esto nos indica que los edéntulos no portadores de prótesis están en mayor número con un riesgo de desnutrición, esto puede tener relación con su calidad de alimentos que ingiere debido a la ausencia de las piezas dentarias.

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR PORTADOR DE PRÓTESIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 PILCO MARKA - 2017

N	Válido	45
Media		1,73
Error estándar de la media		,080
Mediana		2,00
Moda		2
Desviación estándar		,539
Varianza		,291
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		78
Percentile	25	1,00
s	50	2,00
	75	2,00

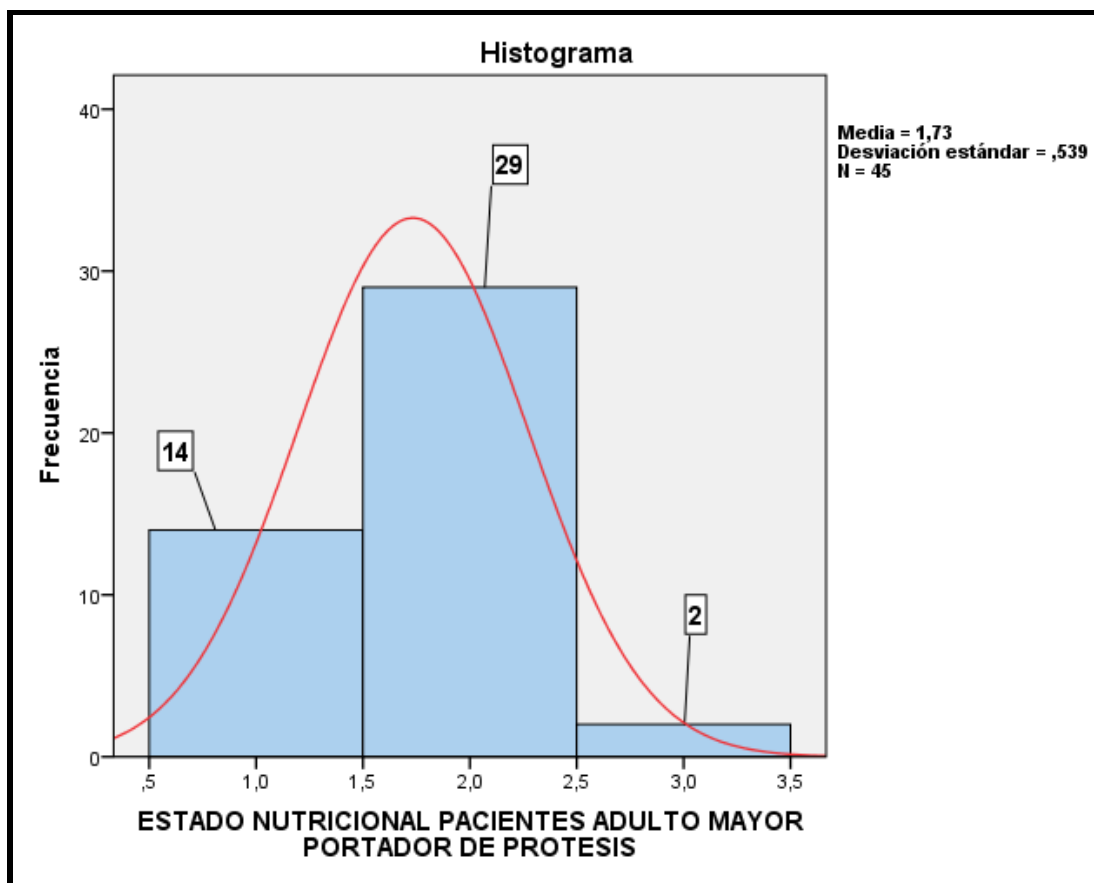
TABLA N° 6

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR PORTADOR DE PRÓTESIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 PILCO MARKA 2017

VARIABLE: ESTADO NUTRICIONAL PORTADOR		fi	fi%	% válido	% Acuml
Válido	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL (12-14 ptos.)	14	31.11	31,1	31,1
	RIESGO DE DESNUTRICION (8-11 ptos.)	29	64.44	64,4	95,6
	DESNUTRICION (0-7 ptos.)	2	4.44	4,4	100,0
	Total	45	100.00	100,0	

Fuente: Mini Nutritional Assessment Short (MNA)

GRÁFICO N° 6
ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTO MAYOR PORTADOR DE
PRÓTESIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 PILCO MARKA 2017



Fuente: Mini Nutritional Assessment Short (MNA)

En la tabla y grafico n°6, se observa que de los 45 paciente edéntulos portadores de prótesis evaluados respecto a su estado nutricional, se encuentra que 29 de ellos (64.6%) en Riesgo de desnutrición”; 14 de ellos (31.1%) se encuentran en un estado nutricional normal y 2 de ellos (4.44%) se ubican en un estado de desnutrición. En cuanto el gráfico de la campana de Gauss nos indica que en este grupo de pacientes edéntulos portadores tienen una inclinación más al estado de nutrición normal, donde los pacientes están distribuidos tanto para el estados de nutrición normal y riesgo de desnutrición. Esto se puede interpretar que la prótesis ayuda en la calidad e ingesta de alimentarse.

4.2. Presupuesto

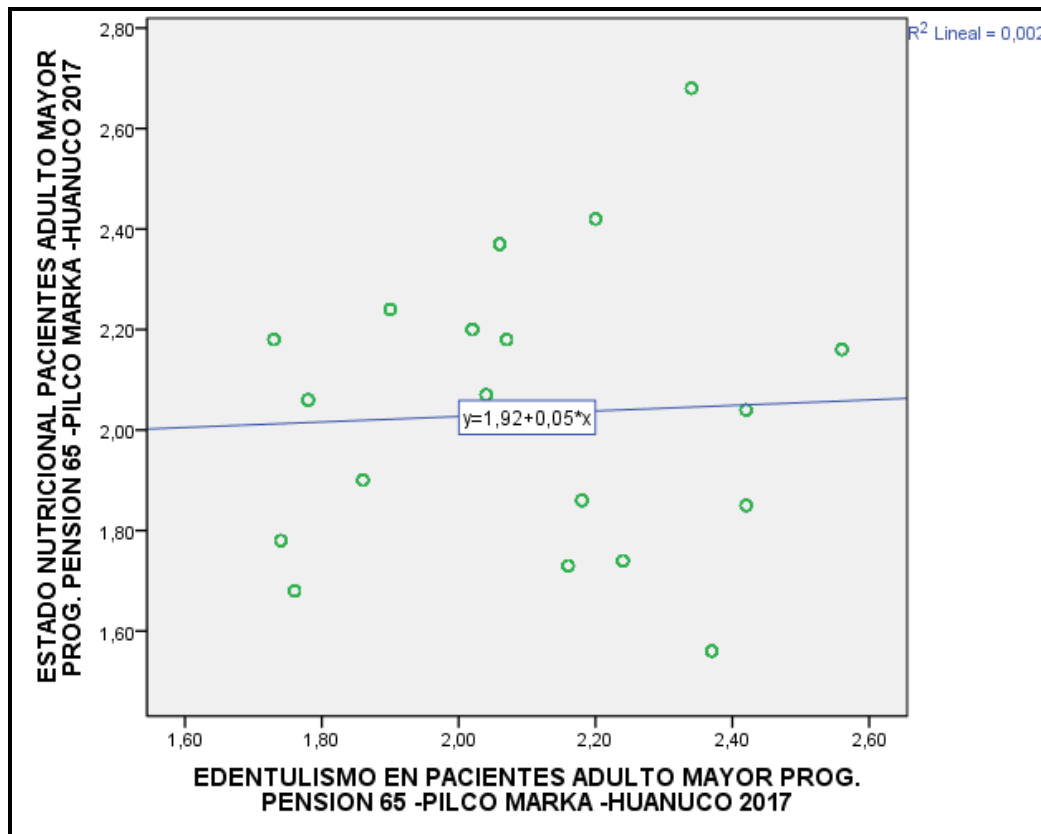
TABLA N° 7

CORRELACION DE PEARSON DEL EDENTULISMO ESTÁ RELACIONADO SIGNIFICATIVAMENTE AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES ADULTO MAYORES BENEFICIARIO PENSIÓN 65 - PILCO MARKA 2017

VARIABLES A CORRELACIONAR : EDENTULISMO / ESTADO NUTRICIONAL		EDENTULISMO EN PACIENTES ADULTO MAYOR PROG. PENSION 65 -PILCO MARKA - HUANUCO 2017	ESTADO NUTRICIONAL PACIENTES ADULTO MAYOR PROG. PENSION 65 -PILCO MARKA -HUANUCO 2017
EDENTULISMO EN PACIENTES ADULTO MAYOR PROG. PENSION 65 - PILCO MARKA - HUANUCO 2017	Correlación Pearson	1	,195*
	Sig. (bilateral)		,023
	N	136	136
ESTADO NUTRICIONAL PACIENTES ADULTO MAYOR PROG. PENSION 65 - PILCO MARKA - HUANUCO 2017	Correlación Pearson	,195*	1
	Sig. (bilateral)	,023	
	N	136	136

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas - bilateral).

GRÁFICO N° 7
DIAGRAMA DE DISPERSION DE LA CORRELACION DE PEARSON DEL
EDENTULISMO ESTÁ RELACIONADO SIGNIFICATIVAMENTE AL ESTADO
NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES ADULTO MAYORES BENEFICIARIO
PENSIÓN 65 - PILLCO MARKA 2017



ANALISIS E INTEPRETACIÓN:

El análisis de la relación de las variables edentulismo y estado nutricional, se realizo después de cuantificar los puntajes totales de las variables arriba mencionadas, la correlacion fue $r = 0,195$, este estadístico es de **escasa relación** y significativo con 95% de nivel de confianza y el error alfa de 5% por lo que el p valor= 0,023 obtenido se encuentra por debajo del error establecido.

En la gráfica n° 6 se aprecia el diagrama, donde indica una relación débil.

De los resultados obtenidos se concluye que :

Se **ACEPTA** la **H₁** que dice *“Existe relación significativa ente el Edentulismo y el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del programa social Pensión 65 en Pillko Marca, Huánuco 2017”* y se **RECHAZA** la **H₀** que dice *“No existe relación significativa ente el Edentulismo y el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del programa social Pensión 65 en Pilko Marca, Huánuco 2017”*

Además se concluye que existe correlación significativa entre las variables EDENTULISMO y ESTADO NUTRICIONAL en un nivel o potencia de “escasa correlación” y de naturaleza positiva, esto indica que; si una de estas variables se incrementara la otra también se incrementa en la misma proporción, de igual forma, si una de ellas disminuyera, la otra disminuye en la misma proporción.

CAPÍTULO V.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. JOSEP M RAMON, CARLES SUBIRÀ. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática Nutr. Hosp. v.25 n.4 Madrid jul.-ago. 2010.
2. TERESA SHAMAH-LEVY et al. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional Salud pública Méx vol.50 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2008.
3. RAIMON MILÀ VILLARROEL, et al. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano, Rev. Perú. med. exp. salud publica vol.31 no.3 Lima jul./set. 2014.
4. EVELYN SALAS CORRALE, Relación del estado de salud oral con la nutrición de 30 adultos mayores del Área de Salud de Florencia, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología - Italia - 2014
5. EIMY MARÍN SALAZAR, Edentulismo total como factor de riesgo nutricional de las personas adultas mayores usando Mini Nutritional Assessment, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología 2014
6. LÓPEZ C. S. ,Influencia del Estado de la Salud Bucodental en la Salud Nutricional de las Personas Adultas Mayores Stephanie López Contreras, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología Abril 2014
7. MAURICIO JIMÉNEZ ARIAS, Pérdida dental y su relación con la nutrición en personas mayores a 60 años, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología Abril 2014
8. SIMONI H. et al, impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños, ediciones volumen 51 N°3-2013
9. GISELA MARIANA RISARI, relación entre la ingesta nutricional y dentición en los adultos mayores internados en el establecimiento de III nivel geriátricos , universidad abierta interamericana, argentina 2011.

10. MONTEJANO L. A , Ancianos Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados, Nutr Hosp. 2014;30(4):858-869 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318 Original
11. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0466/Libro.pdf
12. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
13. GIL, Nancy. Derechos del Adulto Mayor. P 3
14. CAPO PALLAS MERCE, importancia de la nutrición en personas AVANZADAS, 1ra Ed, Barcelona, 2002
15. RUIZ TORRES A. Biología del envejecimiento en Manual de Geriátría, pp. 15-28. Masson. 1997. Barcelona.
16. LÓPEZ MORATALLA N. La destrucción de los seres vivos. Biología del envejecimiento. Rev. Investigación y Ciencia. Temas 11. 1988: 4
17. SALVA A. Nutrición en el anciano. Salud Rural. 2000, XVII; 103-112
18. SCHLENKER, E. D. Nutrición en el Envejecimiento. Mosby Doyma Libros. Madrid, 1994.
19. Morley, J. E. Anorexia Of Aging: physiological and pathologic. Am J. Cilm Nutr 1997.
20. RODRÍGUEZ VM, SIMON E. Bases de la Alimentación Humana. Ed Netbiblo (2008)
21. REHMAN H.U. (2005). Involuntary Weight Loss in the Elderly. Clinical Geriatrics Volume 13, Number 7 July; 37 – 45
22. VISVANATHAN, R., NEWBURY, J.W., AND CHAPMAN, I. (2004). Malnutrition in older people, screening and management strategies. Aust. Fam. Physician Oct; 33(10):799-805.
23. THOMAS D.R. (2005). Weight Loss in Older Adults. Revs. in Endocrine & Metabolic Disorders 6:129–136
24. LÓPEZ J., CANC., GÓMEZ J. (2006). Fundamentos de Medicina: Geriátría, Medellín, Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas, pp 48 – 57
25. KANE RL. (2001). Geriatria Clinica, segunda edición, Editoria Mc Graw- Hill Interamericana, Mexico, D.F. pp 48 – 5
26. McCracken (2000). Prótesis parcial removible. 11 ed. elsevier editorial.ppg
27. <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdidadental.shtml>

28. LOZA, DAVID. Diseño de Prótesis parcial Removible, 1ra Edición, Madrid, Editorial Ripano S.A. 2007. pág:13
29. ESQUIVEL R, JIMÉNEZ J. El efecto de los dientes perdidos. Odontología Actual. 2008; 5(58):48-52
30. CORTÉS SYLVESTER, María Fernanda. Estudio Transversal, Asociación entre Desdentamiento Total Superior, Inferior y Bimaxilar e IMC correspondiente a Bajo Peso en una población de adultos mayores de la Clínica de Prótesis Totales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile entre los años 2006 – 2011[Título de Cirujana Dentista], Chile, Universidad De Chile, Departamento De Prótesis, 2002.
31. BAUER M., VOGL T., WICKLEIN S., TROGNER J., MUEHLBERG W., SIEBER C.C.Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. Z Gerontol Geriatr, 38 (2005), pp. 322-327

DISCUSIÓN

Hasta la actualidad no se han reportado ningún trabajo de investigación en nuestro medio sobre el tema, pero sí encontramos algunos antecedentes de investigación realizados en otros países y tomándolos como referencia para contrastar nuestras variables con dichos estudios realizados en otras realidades sobre el edentulismo y estado nutricional.

El estudio mostró que el 61.8% de los pacientes adulto mayor edéntulos están en riesgo de desnutrición siendo más de la mitad de la muestra, resultados que están relacionado con el trabajo de **LÓPEZ C.S.** quien usó el mismo instrumento MNA para determinar el estado de nutrición y sus resultados obtenidos revelaron que más de la mitad del grupo cuenta con un riesgo de malnutrición. La población mostró una condición bucodental deteriorada, caracterizado por un alto nivel de edentulismo, lo mismo en su investigación presentado **MARÍN S.E.** indica que el 80% de la población estudiada presentaba riesgo de malnutrición.

Nuestro trabajo también muestra que del total de pacientes edéntulos solo el 33.09% poseen rehabilitación protésica, cifra muy negativa para la eficiencia masticatoria y pone en riesgo el estado de nutrición, este resultado concuerda con lo presentado por **SALAS C.E.** donde solo el 27% de su población poseen prótesis dental que tenía más de 20 años de uso y su investigación mostró que el 17% de los edéntulos totales mostraban desnutrición. Encontramos en nuestra investigación que el 16.5% de los pacientes edéntulos totales sin portadores de prótesis dental están en un estado de desnutrición a comparación de los pacientes edéntulos portadores de prótesis que solo el 4.4% están en un estado de desnutrición.

Otros resultados contradictorios a los de la presente investigación en la cual demostró que Existe relación significativa ente el Edentulismo y el estado nutricional del adulto mayor beneficiario del programa social Pensión 65 en Pillko Marca, Huánuco 2017, siendo esta débil son los presentados por **JIMÉNEZ** entre sus conclusiones se encontró que el uso de prótesis en esta

población es de suma importancia, porque sustituyen las piezas ausentes en boca, y en sí la malnutrición no está relacionada con la pérdida dentaria sino con la falta de sustitución de las piezas ausentes. También es importante recalcar para que el uso de prótesis sea efectivo, estas deben estar bien ajustadas en boca y si la personas posee menos de 20 piezas naturales en boca y las piezas ausentes no son reemplazadas con prótesis, el proceso de masticación se les dificulta, en contrario de aquellos que poseen más de 20 piezas naturales o que usan prótesis bien ajustadas.

CONCLUSIONES

- Se pudo concluir que de todos los pacientes adulto mayor estudiados el 61.8% presentaba un riesgo de desnutrición superando más de la mitad de nuestra muestra.
- Por otro lado podemos concluir con nuestro trabajo que es más prevalente encontrar en los pacientes adulto mayor edéntulos total bimaxilares, según muestra nuestro estudio el total de edéntulos bimaxilares es 36%.
- Por otro lado también se pudo concluir que los adultos mayores, en su mayoría (66.91%) no se encuentran rehabilitados, es decir no poseen prótesis dental.
- Finalmente las variables edentulismo y estado nutricional; se aprecia que el factor edentulismo tiene una relación significativa para que los pacientes adulto mayores se encuentran en riesgo de desnutrición, por ello podemos decir que la posibilidad de tener riesgo de desnutrición aumenta con la ausencia de piezas dentales.

RECOMENDACIONES

1. Realizar la prevención de enfermedades más comunes en la boca como caries dental y enfermedad periodontal en todas etapas de vida para evitar las pérdidas dentarias y así cuando se llegue a la edad de adulto mayor se tenga el mayor número de piezas dentarias en boca.
2. Implementar en los establecimientos de salud en el área de odontología, talleres para mejorar la higiene bucodental en el adulto mayor así evitar la pérdida de piezas dentales que aún permanecen en boca.
3. Debido que los pacientes adulto mayor en su mayoría son edéntulos y que son dependiente en su alimentación, implementar talleres en el área de enfermería para que capaciten en la preparación y consumo de alimentos ricos en nutrientes.
4. Brindar accesibilidad a los pacientes adulto mayor edéntulos de escasa economía para que puedan tener acceso a una rehabilitación protésica dental en un establecimiento de salud.
5. Realizar investigaciones para poder determinar con claridad si en pacientes edéntulos el uso de prótesis dental ayuda a mejorar el estado nutricional.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACION

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **C.D. Cinthia M. Remigio Joaquin**, de la universidad de Huánuco. La meta de este estudio es **determinar si su estado nutricional está afectado por el edentulismo que presenta cada uno.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Y luego realizarle un examen odontológico para evaluar las zonas edentulas esto tomará un tiempo de 5 minutos.

La participación de 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.

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. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **C.D. Cinthia M. Remigio Joaquin**, he sido informada de que la meta de este estudio es **determinar si su estado nutricional está afectado por el edentulismo que presenta cada uno.**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y realizarme el examen odontológico, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

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 estos estudios sin mi consentimiento. He sido informado de que pudo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto acarree perjuicios alguno a mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar al 962532918 al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del participante

Firma

fecha

ANEXOS.2

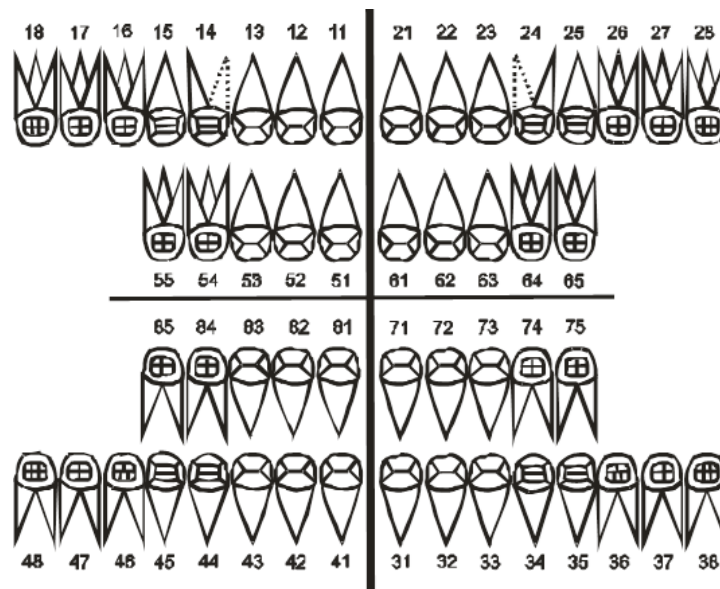
	
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO – ESCUELA DE POST GRADO RELACION ENTRE EDENTULISMO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTO MAYOR BENEFICIARIOS PESIÓN 65 PILLCO MARKA	
APELLIDOS:	NOMBRE:
SEXO:	EDAD:
PESO:	TALLA:
FECHA	
Responda el cuestionario eligiéndola opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.	
CRIBAJE	
A. Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultad de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0= ha comido mucho menos 1= ha comido menos 2= ha comido igual	
B. Pérdida recién de peso (en los últimos tres meses) 0= pérdida de peso mayor a tres kilogramos 1= no lo sabe 2= pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3= no ha habido pérdidas de peso	
C. Movilidad 0= de la cama al sillón 1= autonomía en el interior 2= sale del domicilio	
D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológica en los últimos 3 meses? 0= si 1=no	
E. Problemas Neuropsicológicos 0= demencia o depresión grave 1= demencia moderada 2= sin problemas psicológicos	
F1. Índice de masa corporal IMC = peso en Kg/ (talla en m)² 0=IMC menor de 19 1= 19 a menor de 21 2=21 a menor de 23 3=IMC mayor o igual 23	
Si el IMC no está disponible, por favor sustituya la pregunta F1 con F2	
F2. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0=CP menor a 31 3= CP mayor o igual a 31	
EVALUCIÓN DEL CRIBAJE (MAX. 14 PUNTOS) 12- 14 pts estado nutricional normal 8 – 11 pts riesgo de desnutrición 0-7 pts desnutrición	

ANEXO 3.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO - ESCUELA DE POST GRADO
RELACION ENTRE EDENTULISMO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTO MAYOR
BENEFICIARIOS PESIÓN 65 PILLCO MARKA
FICHA ODONTOLOGICA

NOMBRE:.....



A) EDENTULO PARCIAL:

	SUP	INF
TIPO I		
TIPO II		
TIPO III		
TIPO IV		

B).EDENTULO TOTAL:

BIMAXILAR	
MONOMAXILAR	

PORTADOR DE PRÓTESIS	NO PORTADOR DE PRÓTESIS

ANEXO 4

PRESENTACIÓN CON LA POBLACION DEL ADULTO MAYOR DE PILLKO MARCA



EVALUACION PSICOLÓGICA



EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA



EVALUACION DE IMC

