

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“Estado Bucodental de ancianos que acuden a instituciones públicas de
la provincia de Ica-Perú 2016”**

TESIS

Para Optar el Título Profesional De Cirujano Dentista

Autores:

PACHECO APAZA, Katiuzca Milagros

RAMOS CORE, Edu Ronald

SAAVEDRA PINARES Wilmar

ASESOR:

Dra. LA ROSA ZAPATA, Rosa

ICA – PERÚ

2017

Con eterna gratitud a mis padres por la confianza, por ser mi ejemplo de perseverancia, a ellos que les debo la vida y ahora mi formación profesional, a mi gran amigo mi hermano por el apoyo paciencia y consejos, a mis abuelos y tíos por el aliento en este difícil camino.

Katiuzca Milagros Pacheco Apaza

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, por su incondicional apoyo a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Edu Ronald Ramos Core

*A mis padres por su apoyo y confianza
constante durante todo este largo camino.*

*A mis hermanos por la comprensión y consejos
dados en mi formación como profesional.*

Wilmar Saavedra Pinares

ÍNDICE

Dedicatoria	2
CAPITULO I: INFORMACIÓN GENERAL	9
1.1. Título de la tesis	9
1.2. Personal investigador	9
1.3. Área de especialidad a la que pertenece la investigación	9
1.4. Ámbito geográfico donde se ejecutara	9
CAPITULO II: RESUMEN	11
Summary	12
CAPITULO III: INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO IV: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	17
4.1 planteamiento del problema	17
4.2. Formulación del problema	18
4.3. Importancia de la investigación	18
4.4. Objetivos	19
4.4.1. Objetivo general	19
4.4.2. Objetivo específico	19
CAPITULO V: MARCO TEÓRICO	21
5.1. Antecedentes de estudio	21
5.2. Bases teóricas	24
5.2.1. Generalidades	24
5.2.2. Envejecimiento fisiológico de la cavidad bucal	25
5.2.3. Cambios a nivel facial	27
5.2.4. Cambios a nivel dental	28

5.3. Marco conceptual	37
5.4. Sistema de hipótesis	37
5.4.1. Hipótesis	37
CAPITULO VI: SISTEMA DE VARIABLES	39
6.1. Variables	39
6.2. Operacionalización de variables	39
CAPITULO VII: METODOLOGÍA	43
7.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación	43
7.1.1. Tipo de investigación	43
7.1.2. Nivel de la investigación	43
7.1.3. Diseño de investigación	43
7.2. Población y muestra	44
7.3. Muestreo y tipo de muestreo	44
7.4. Recolección de datos y procesamiento de datos	45
7.4.1. Instrumentos de recolección de datos	45
7.4.2. Análisis e interpretación de datos	45
7.4.3. Control de calidad en la recolección de información	46
7.4.4. Procedimiento de la recolección de datos	47
CAPITULO VIII: RESULTADOS	49
CAPITULO IX: COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	52
CAPITULO X: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
CAPITULO XI: CONCLUSIONES	63
CAPITULO XII: RECOMENDACIONES	65
CAPITULO XIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

CAPITULO

I

I. INFORMACION GENERAL

1.1. TITULO DE LA TESIS

Estado Bucodental de ancianos que acuden a instituciones públicas de la provincia de Ica-Perú 2016

1.2. PERSONAL INVESTIGADOR:

PACHECO APAZA, Katiuzca Milagros

RAMOS CORE, Edu Ronald

SAAVEDRA PINARES, Wilmar

1.3. AREA:

Odontología preventiva y social

1.4. AMBITO GEOGRAFICO DONDE SE EJECUTARA LA INVESTIGACION:

Distrito de Ica, Provincia de Ica, región de Ica, Perú

CAPITULO

II

RESUMEN

El estado de salud suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida, evitando los factores que inducen a enfermar o la progresión de la enfermedad. Por lo que nos planteamos el siguiente problema; ¿Cuáles es el estado Bucodental, de ancianos que acuden a instituciones públicas de la provincia de Ica-Perú 2016? así como los objetivos de Determinar el Estado Bucodental de ancianos que acuden a instituciones públicas, nos planteamos la siguiente hipótesis: El estado de salud bucal de los ancianos institucionalizados en Ica-Perú no está asociado a la edad.

Para lo cual utilicé un tipo de investigación observacional de nivel descriptivo, diseño epidemiológico, descriptivo. Encontrando los siguientes resultados: El estado de salud bucal de los ancianos institucionalizados en Ica-Perú está asociado a la edad. ($P > 5\%$) El 81% de la población de ancianos esta desdentado con más de 16 dientes perdidos. El 100 % de Labios están afectados por lesiones.

PALABRAS CLAVES: salud bucal, ancianos, instituciones públicas.

SUMMARY

Health status is usually a reflection of measures taken throughout life, avoiding the factors that induce sickness or the progression of the disease. So we asked ourselves the following problem; What is the state Bucodental, elderly people who go to public institutions in the province of Ica-Peru 2016? As well as the objectives of Determining the Oral State of elderly people who go to public institutions, we propose the following hypothesis The state of oral health of the elderly institutionalized in Ica-Peru is not associated with age.

For that I used a type of observational research of descriptive level, epidemiological, descriptive design. Finding the following results: The state of oral health of the institutionalized elderly in Ica-Peru is associated with age. ($P > 5\%$) 81% of the elderly population is edentulous with more than 16 missing teeth. 100% of Lips are affected by injuries.

KEY WORDS: oral health, elderly, public institutions

CAPITULO

III

III. INTRODUCCIÓN

El estilo de vida, es uno de los factores determinantes de la salud, cabe entenderlo como conducta relacionada con la salud. El estado de salud suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida, evitando los factores que inducen a enfermar o la progresión de la enfermedad.

La salud bucal en el adulto mayor, debe ser entendida no solo como la presencia o no de patologías bucales, sino como la percepción que este tiene sobre su boca que le permita cambios de actitudes más saludables. María Esther Irigoyen Camacho y colaboradores plantean que para ofrecer un tratamiento odontológico a un anciano, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) y realistas del paciente (situación funcional, cognitiva, hábitos, costumbres) con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular.

El patrón habitual en personas adultas mayores es indeterminado, pues existe deterioro de las mismas estructuras así como de otros factores intervinientes, como su estado de orientación y lucidez mental, el nivel de conocimiento sobre su salud bucal, como también el grado de higiene que mantenga.

Es aquí donde, la planificación y distribución de los servicios para adultos mayores deben de dar respuesta a sus necesidades específicas, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieran apoyo, cuyas necesidades requieran cuidado institucionalizado. Pues estas acciones no están previstas en nuestro país. De tal forma, tampoco existen reportes del estado de salud bucal de personas mayores que se encuentren institucionalizadas, es decir en albergues, hospicios, asilos o casas de reposo.

La percepción del estado de salud bucal de los adultos mayores es importante para su calidad de vida, porque impacta principalmente en las áreas: física, social y psicológica, más frecuentemente en la funcionalidad (al comer) y en el confort. Las enfermedades bucales, el daño a los tejidos y el dolor dental son predictores de la disminución de la habilidad masticatoria. Así como los dientes perdidos y la falta de recursos para renovar las prótesis son predictores importantes de la relación entre la salud bucal y la calidad de vida, lo que se

asocia con una reducción en la calidad de vida, así pues, prevenir la pérdida de dientes es vital para mantener la función masticatoria.

Nuestro trabajo de investigación se basa en conocer el estado bucodental de los ancianos institucionalizados de ICA – PERU.

CAPITULO
IV

IV.PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el estudio económico y social mundial del 2007, la distribución de edades en el mundo está cambiando debido a que la esperanza de vida ha aumentado (En el 2005 la esperanza de vida era de 65 años y se espera que en el 2050 sea de 75 años) y la fertilidad ha disminuido. (1)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionó que entre 2000 y 2050, la población mundial de 60 años a más se multiplicará por más de tres, de 600 millones a 2000 millones. Este cambio se producirá en mayor medida en países en desarrollo, donde pasarán de 400 a 1700 millones en ese mismo período. (2)

Esta información concuerda con lo que sucede en nuestro país, pues según INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) el incremento de la población de la tercera edad es constante en los dos últimos periodos censales (3). La población en el mundo está envejeciendo y se entiende como un triunfo de la sociedad moderna que refleja la mejora de la salud mundial, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. (2)

Sin embargo, cuando las personas envejecen, su susceptibilidad a las enfermedades crónicas, cáncer, enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las infecciones y la mala salud oral, especialmente la pérdida de dientes y condiciones periodontales severas son más frecuentes. Las enfermedades bucales y la pérdida de dientes, puede agravar la salud en general por eso las consecuencias son importante debido a que se relacionan con la discapacidad y la calidad de vida. (4)

A nivel mundial, la mala salud oral entre las personas mayores ha sido particularmente evidente en los altos niveles de pérdida de dientes, la

experiencia de caries dental, tasas de prevalencia de la enfermedad periodontal, xerostomía, las lesiones precancerosas orales y cáncer. (5)

En el Perú no se cuenta con datos oficiales sobre el estado bucodental de ancianos institucionalizados, sin embargo la evidencia empírica indica que esta es alta. Actualmente, en la ciudad de Ica no encontramos estudios sobre el estado bucodental de ancianos institucionalizados; por eso, es necesario la actualización de esta información para tener una visión renovada acerca de la salud bucal en la tercera edad y poder elaborar planes preventivos necesarios para mejorar la calidad de vida en la población de la tercera edad institucionalizada.

4.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el estado Bucodental, de ancianos que acuden a instituciones públicas de la provincia de Ica-Perú 2016?

4.3. IMPORTANCIA.

A nivel odontológico, conocer el estado bucodental de los ancianos institucionalizados de Ica, es importante porque brinda información actualizada sobre la prevalencia de enfermedades dentales, las cuales podría servir de base para realizar estudios más amplios sobre la salud bucal en este grupo poblacional, en otros albergues y en general en otras instituciones de adultos mayores en el Perú.

Los resultados del presente estudio servirán de base para conocer el estado de salud bucodental de los adultos mayores de la provincia de Ica y con esto diseñar medidas preventivas que mejorarán la salud bucal en adultos mayores institucionalizados, ajustada a las necesidades y a las expectativas de los pacientes de esta localidad.

4.4. OBJETIVOS

4.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Estado Bucodental de ancianos que acuden a instituciones públicas de la provincia de Ica-Perú 2016.

4.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las patologías dentales más comunes de ancianos que acuden a instituciones públicas de la provincia de Ica-Perú 2016.
- Determinar el grado de edentulismo de ancianos que acuden a instituciones públicas de la provincia de Ica-Perú 2016.

CAPITULO

V

V. MARCO TEORICO

5.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS

Arthur E. y Col. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil.

El déficit nutricional fue detectado en 58 ancianos (21,7%). Entre las variables odontológicas, la ausencia de oclusión posterior (Odds Ratio, OR: 2,18; Intervalo de Confianza, IC95%: 1,06 – 4,45), el flujo salivar estimulado < 0,7 ml/minuto (OR: 2,18, IC95%: 1,06 – 4,50), la enfermedad periodontal avanzada (OR: 6,54; IC95%: 2,03 –21,00) y la percepción negativa de la salud oral (OR: 3,41; IC95%: 1,59 – 7,33) se asociaron al déficit nutricional de modo independiente del sexo, edad, clase económica, escolaridad, consumo de tabaco, depresión y uso de medicamentos.⁽⁶⁾

Vicente A. y col. Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. La pérdida de los sujetos de la muestra oscilo entre el 16% y 26% (la negativa aparece como primera causa en el medio urbano). La muestra finalmente estudiada incluyo a 388 personas en medio rural y 392 en el urbano. La mitad utilizan la ducha y lavan el cabello al menos una vez en la semana. Un alto porcentaje de edentulos, tanto parciales como totales, no utilizan prótesis y en aquellos que si lo hace la higiene es defectuosa.⁽⁷⁾

Lauzardo G. y col. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. Venezuela.

Se aprecia la presencia de caries según sexo. En la misma observamos cómo 75,6% de los pacientes examinados están afectados por la caries dental. De ellos, 40% pertenece al sexo femenino, aunque es importante aclarar que no existen diferencias, marcadas entre ambos géneros y la presencia de la afección. Entre los factores de riesgo biológicos podemos percatarnos que 100 % de los pacientes presentan antecedentes de caries dental. Otro dato

significativo lo constituye la práctica de hábitos que conllevan riesgos para la salud bucal: la dieta cariogénica y la deficiente higiene bucal afectan a 88,9% y 91,1% de los pacientes respectivamente.

El estado de salud del periodonto según el Índice periodontal revisado (IPR) y sexo, arrojó como 46,7 % de los pacientes muestran signos de destrucción del periodonto con pérdida de la función, calificación más grave del IP-R, comportándose con porcentajes similares en ambos sexos. Para 22, 2% en el sexo masculino y 24,4% en el femenino. Ninguno de los pacientes presenta un periodonto sano.

Mostró la necesidad de tratamiento protésico, según sexo. En ella presenciamos, cómo un porcentaje significativo de abuelos (82,2%), requiere del tratamiento protésico rehabilitador. De ellos, 42,2 % pertenece al sexo masculino y 40 % al femenino.

Los conocimientos que sobre salud bucal pueda tener una población, constituyen un eslabón fundamental para prevenir enfermedades, y promover la salud, entre los que nos rodean, esta tabla arrojó el nivel de conocimientos, de los abuelos y abuelas, encuestados. En ella apreciamos, que 86,7 % de los gerontes fue evaluado con un nivel de conocimientos bajo. De ellos, 44,4 % son del sexo masculino, mientras que 42,2% son del sexo femenino. Ningún abuelo fue evaluado de tener conocimientos elevados sobre salud bucodental.

(8)

Jorge R. y col. Determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizadas residentes en Lima, Perú.

El 33,33% presentó caries dental, mientras el 66,67% era edéntulo. El promedio del CPOD fue de 27,66. Y el índice IHOS el 50,00% era malo, teniendo presente que 41,67% era edéntulo parcial o total. Se tuvo la percepción que el 62,50 % tenía una salud bucal regular. Según el índice de Eichner, registrando contacto en premolares y molares, encontramos que el 83,33% estaba en la escala C. En el test de Pfeifer, para conocer el estado de lucidez y orientación de las personas encontramos que el 41,67% presentó una función intelectual intacta. (9)

Juana J. y col. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos.

La percepción de salud bucal mostró puntajes bajos, ya que 61.7% de la muestra la consideró muy mala o mala, mientras que 16.5% la consideró buena. La mayoría utilizaba prótesis (66.1%) de tipo parcial, total o ambas, sólo un número reducido dijo no requerirla (12.2%). En cambio, 21.7% la necesitaba pero no la usaba, por diversas razones, en su mayoría de tipo económicas y falta de ajuste en las prótesis.

La percepción de salud bucal se asoció significativamente con la salud física ($r = 0.298$, $p < 0.05$) con la calidad de vida ($r = 0.383$, $p < 0.05$) y con el bienestar ($r = 0.300$, $p < 0.05$) en el grupo no institucionalizado.

En el grupo institucionalizado, el puntaje del instrumento de salud bucal, se asoció significativamente con el de bienestar ($r = 0.473$, $p < 0.05$) y con calidad de vida ($r = 0.308$, $p < 0.05$).⁽¹⁰⁾

Olga T. y col. Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo.

La higiene bucal mostró un IHOS de 1.7 (± 0.8); al analizar cada una de las variables, se observó que en los adultos > 70 años de edad ésta es deficiente ($p < 0.04$).

La caries dental sigue siendo un problema de salud pública, la prevalencia en esta población fue de 100%, el valor del índice CPOD fue de 19.7 (± 6.1), la categoría más alta del índice fue diente perdido con un valor promedio de 11.1 (± 9.2), las categorías del índice por sexo presentaron diferencias estadísticamente significativas en cariado ($p < 0.002$) y perdido ($p < 0.04$). El índice de caries radicular en esta población fue del 24.9% (IC95% 20.7-29.1); aun cuando no se encontraron diferencias estadísticamente significativas se observa que el ICR es mayor en el sexo masculino (28.3%, IC95% 21.1-35.5), en los mayores de 70 años (25.9%, IC95% 19.7-32.1) y en los adultos con una escolaridad mayor a 6 años (25.5%, IC95% 15.0-36.0). La prevalencia de enfermedad periodontal para este grupo de adultos mayores fue de 96.7%, IP

de 2.1 (\pm 0.9), el estado de salud de los tejidos de soporte del diente en cuanto al grado de severidad es de periodontitis leve con 34 casos, seguido por gingivitis agudas con 29, aun cuando no se encontraron diferencias estadísticas en las categorías de las variables de estudio, la mayor frecuencia de periodontopatías está presente en los ancianos con menos de seis años de escolaridad sabe que la caries y la enfermedad periodontal son las causas de la pérdida de dientes, el edentulismo total fue de 8.8% en esta población (Cuadro V), siendo las mujeres las más afectadas, con un riesgo clínico de dos veces más de edentulismo que los hombres (RM 3.4, IC95% 0.41-28.8; $p > 0.44$).⁽¹¹⁾

García A. y col. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados.

El 78,5 % de los ancianos presentó lesiones relacionadas con el uso de la prótesis. La estomatitis subprótesis fue la lesión más frecuente. La presencia de lesiones bucales fue significativa en aquellos con 80 años y más (100 %). El 95,8 % tenían prótesis deterioradas, y en la totalidad de ellos, las prótesis tenían 21 años y más de uso. El riesgo de desarrollar lesiones fue 2,98 veces superior en aquellos con una higiene bucal deficiente. El 100 % de los ancianos diabéticos y anémicos presentaron lesiones.⁽¹²⁾

5.2. BASES TEORICAS

Los factores socioculturales hacen posible que la salud buco dental del anciano se deteriore.

5.2.1. GENERALIDADES

Todos los seres humanos tenemos una característica que nos unifica, y es envejecer. El envejecimiento ha sido visto de diferentes formas y ha formulado distintos conceptos, opiniones al respecto hasta el día de hoy, es así que algunos lo definen como un error del código genético; sin embargo, para fines

de nuestro estudio lo definiremos como un proceso fisiológico lleno de cambios progresivos, irreversibles e inevitables en el ciclo de la vida.

El envejecimiento es característico de la tercera edad y el rango de este grupo de edad es de 60 a más años; esta clasificación nos permite obtener las características de este grupo de manera certera, ya que las particularidades de un adulto mayor de 60 años, no serán iguales a alguno de 80 o 90 años; es por eso que en la Asamblea General sobre el Envejecimiento, realizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Madrid, abril de 2002); se categorizó a este grupo de individuos, con el fin de encontrar sus necesidades reales, de la siguiente manera:

- Viejo joven (Young old): desde los 60 a los 64 años.
- Medio joven (middleold): desde los 65 a los 74 años.
- Viejo (old): desde los 75 a los 79 años.
- Viejo-Viejo (oldold) desde los 80 años en adelante. ⁽⁶⁾

5.2.2. ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO DE LA CAVIDAD BUCAL

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

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

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

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

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

1. Como expresión del envejecimiento propiamente dicho.
2. Como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedades pero que inducen a cambios bioquímicos, funcionales y estructurales.

Entre los cambios más característicos que pueden ser vistos en las personas a medida que la edad avanza se encuentran:

1. La modificación de la mucosa oral que generalmente se manifiesta en forma de atrofia.
2. La disminución de la secreción salival debida a la atrofia en las glándulas salivares.
3. La pérdida de adherencia a nivel de los tejidos gingivales, los cambios de tamaño, de forma y de color de la estructura dental, debido al desgaste y los efectos de las sustancias con contenidos colorantes y químicos.
4. A nivel de los tejidos de soporte vemos que en el ligamento periodontal se produce la anquilosis, algo que puede ser normal por la edad, aunque puede presentarse aflojamiento de los dientes como consecuencia de la enfermedad periodontal.
5. A nivel articular, se aumenta la susceptibilidad a los cambios degenerativos y en los músculos periarticulares se puede presentar atrofia asociada a problemas masticatorios.
6. La retracción mandibular, el prognatismo, la pérdida de la dimensión vertical, la lengua prominente y los labios hendidos, son otros de los cambios fisiológicos que pueden aparecer acompañando el proceso de envejecimiento.

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

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

Otras situaciones como las consecuencias de la prótesis mal adaptada, los problemas masticatorios-deglutorios, y una multitud de estados iatrogénicos generados a consecuencia de algunos tratamientos, ayudan de la misma manera al deterioro en la armonía bucodental.

Para reconocer los cambios que se presentan y asocian al envejecimiento es útil identificarlos en función de las variaciones estructurales y funcionales a nivel de las siguientes estructuras: tejidos faciales, dental, periodontal, articulación temporomandibular, mucosa oral y en las glándulas salivares ⁽⁷⁾.

5.2.3. CAMBIOS A NIVEL FACIAL

A nivel facial se presentan una serie de cambios que inician con la presencia de arrugas a nivel del músculo occipitofrontal y generalmente se empiezan a ver de forma temprana después de los 30 años.

Aproximadamente 10 años después, se observa la presencia de arrugas a nivel del ángulo externo de los párpados también llamadas “varilla de abanico”.

Posteriormente aparece una acentuación del surco nasolabial y del surco bucogeniano que les hace ver mas pronunciados, junto con arrugas frontales e interciliares, también a nivel del cuello y además con la formación de bolsas palpebrales.

5.2.4. CAMBIOS A NIVEL DENTAL

Primero se debe aclarar que los cambios a nivel del tejido dental no presentan tanta diferencia entre el paciente adulto mayor y un paciente normal, pero si hay que resaltar el cambio que sufren los tejidos, lógicamente por el paso de los años y especialmente a nivel de tejidos duros. Además hay tener en cuenta los conceptos de la patología más frecuente de la tercera edad, y mencionar las particularidades que hay relevantes en estos pacientes.

Desde que erupcionan los dientes en la cavidad bucal, sufren una serie de cambios en su estructura, que están relacionados con el paso del tiempo y son el resultado de su función, su actividad biológica, y de factores ambientales como ciertos hábitos, la alimentación y la misma higiene dental.

Primero se debería identificar si un cambio es de tipo fisiológico o de tipo patológico, como se observa en la clasificación de los tejidos a nivel dental.

Es difícil a veces diferenciar entre, si un cambio es producido por motivos fisiológicos o por acción patológica, como en el caso de la atrición, con la cual es confuso diferenciar su causa.

También se debe aclarar que los cambios se presentan de forma macroscópica y afectan microscópicamente a nivel de los tejidos del diente propiamente dicho ⁽⁸⁾.

A. CAMBIOS MACROSCÓPICOS

Los cambios macroscópicos se dividen en 3 grupos: Los que afectan a la forma, al color y la superficie, específicamente al esmalte dental.

- **Los cambios de forma**

En los incisivos centrales y laterales, en la etapa de dientes jóvenes, se observan con los bordes incisales recién erupcionados y angulados como reflejo de los nódulos de desarrollo. Con el paso del tiempo se van desgastando, hasta llegar a verse de forma aplanada y perder el esmalte por completo.

De la misma manera, en la cara palatina se evidencia a veces la superficie de la dentina, o se pueden encontrar bordes del esmalte dental muy afilados, muchas veces fracturados y en algunos casos llegar a ser un esmalte de aspecto muy traslucido. La cúspide de los caninos también puede observarse de forma aplanada hasta quedar la dentina descubierta con aspecto de “cúspide invertida”, otorgando la característica típica de este diente en pacientes de edad avanzada.

Este cambio macroscópico de alteración de la forma afecta también, a los dientes posteriores. Las superficies oclusales cada vez van a ser más planas y con puntos de contacto que pueden con el tiempo pasar a ser áreas y zonas mucho más extensas de contacto.

- **Cambios de color**

En cuanto al color, los pacientes de edad avanzada en sus dientes pierden esmalte a nivel de superficie, volviéndose este más traslucido y adquiriendo relevancia el color de la dentina, que cobra importancia y cambia sus características con un tejido más mineralizado y más denso. Este cambio en la dentina permite que se refleje visualmente una imagen de los dientes con una coloración acentuada, debido al componente dentinal.

- **Cambios de superficie**

En cuanto a la superficie, normalmente los dientes de la persona de edad avanzada, presentan rugosidades mucho menos marcadas, con la presencia de una superficie menos lisa y con pequeñas fisuras o cracks que con el paso

del tiempo se van a ir tiñendo y tomando la característica de un aspecto normal en cuanto a la superficie de los dientes en esta edad ⁽⁹⁾.

B. CAMBIOS MICROSCÓPICOS

- **El esmalte dental**

El esmalte dental pierde su estructura dental y presenta otros cambios a nivel de la composición.

La atrición fisiológica va a afectar las superficies tanto incisales, oclusales e interproximales. Se caracteriza por facetas de desgaste y superficies con aspecto de lisas y pulidas, y en algunos casos con la dentina clínicamente expuesta, situación que se conoce como “cúspide invertida”.

Debido a la menor dureza de la dentina en comparación con el esmalte, van a ver zonas de contacto mucho más extensas y en algunos casos presentarse exposición pulpar. Normalmente con este tipo de desgaste no se encuentra asociada la presencia de caries ni de enfermedad periodontal.

La atrición va a comenzar en edades muy tempranas. El inicio de aparición se sitúa en la cúspide mesovestibular del primer molar inferior; seguidamente afecta a cúspides palatinas de molares superiores, comenzando con el primer molar, siendo este el primero que erupciona, luego a los segundos molares y premolares, hasta llegar a afectar a toda la arcada dentaria.

Este desgaste que va a ir ocurriendo no solo en las superficies oclusales sino también en las proximales. Con el tiempo se refleja en una reducción de la longitud de la arcada de aproximadamente entre 7 y 8 milímetros, presentándose así, una disminución progresiva de la arcada dentaria debido a la atrición fisiológica.

- **El complejo pulpo-dentinario**

Es donde se aprecian cambios más significativos con el paso de los años. La dentina va siendo más densa, más mineralizada y con el tiempo se va transformando en una dentina secundaria.

Aparece así, otro fenómeno definido como esclerosis dentinaria. La esclerosis de la dentina se va reflejando con la aparición de una coloración de los dientes, observándose una saturación mayor respecto a las características de edades jóvenes.

Desde que erupcionan los dientes, la dentina secundaria se esta formando en la cámara pulpar de forma continuada. Se denomina secundaria y juega un papel de protección de la cámara pulpar hacia el exterior, alejando la pulpa cameral y los conductos radiculares.

Protege el órgano nóbél del diente, pero no implica una reducción en la capacidad de respuesta debido a que los túbulos continúan siendo permeables, aunque en menor proporción.

El volumen de la pulpa disminuye progresivamente como consecuencia de la deposición de dentina secundaria o también llamada dentina amorfa. En las cámaras pulpares de molares de pacientes mayores, se produce un mayor acúmulo de dentina en el suelo y en el techo más que en las paredes.

Clínicamente, esta situación se manifiesta en problemas con los accesos a las cámaras pulpares, donde se puede hacer difícil de encontrar y localizar estos órganos debido a la reducción del espacio entre el techo y el suelo de la cámara pulpar.

Cuando se reduce el espacio entre la cámara y los conductos, los odontoblastos van a tener mucho menos espacio y van a comenzar a apiñarse y a acomodarse como pueden, formando una empalizada de una única célula o de dos o más células.

Esto ocasiona que la dentina que se va formando, tenga un aspecto mucho más irregular y disminuye así, la actividad de los odontoblastos con una menor capacidad de respuesta ⁽¹⁰⁾.

C. CAMBIOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

El adulto mayor es una persona que como los demás grupos edad, se está adaptando a una serie de cambios socioculturales que le llevan a disfrutar de una mejor calidad de vida, por lo menos en las sociedades más avanzadas y a lo mejor, en menor escala en las menos desarrolladas.

El incremento de la esperanza de vida y sus mejores condiciones, permite que los adultos mayores tengan el beneficio de acceder a un cuidado dental mejor y hasta de forma precoz, lo que deriva en una población evidentemente más dentada.

Esta situación, genera un aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad periodontal dentro de la población mayor.

Clásicamente se creía que la pérdida de inserción epitelial y el hueso alveolar eran cambios periodontales relacionados con la edad, pero realmente estos hechos no se corresponden con el fenómeno del envejecimiento propiamente dicho. Y más aun teniendo en la actualidad tan claro el origen y factores determinantes en el proceso de la enfermedad periodontal.

Pero aunque es difícil separar los condicionantes fisiológicos y patológicos en el envejecimiento periodontal, si se consideran dentro de las características más relevantes en los ancianos la retracción o recesión gingival, donde hay una importante combinación de factores irritativos y biológicos de tipo bacteriano, y a la vez factores traumáticos como el excesivo e incorrecto cepillado, teniendo en cuenta posibles diferencias genéticas y raciales como en el caso de la encía adherida⁽¹¹⁾.

D. FACTORES MODIFICADORES DE LOS CAMBIOS PERIODONTALES

Todos sabemos que la interacción entre la agresión de una microflora patógena, y las defensas locales del huésped son generalmente consideradas

como la llave de las consideraciones fisiopatológicas de la salud y la enfermedad periodontal.

El concepto de equilibrio entre parásito y huésped ha permitido dar una perspectiva fisiológica adecuada para diferenciar entidades clínicas, desde un estado de salud a una destrucción progresiva de los tejidos periodontales.

La susceptibilidad a la enfermedad periodontal es más importante para la velocidad de destrucción del periodonto que para el tiempo durante el que está presente la placa. Conforme mayor sea la susceptibilidad, más lenta será la cicatrización y más rápido tenderá a presentarse inflamación periodontal, y el anciano parece ser en general el candidato más susceptible para este acontecimiento.

Hay una serie de factores que pueden hacer al anciano más propenso al padecimiento de una enfermedad periodontal. Hay que dejar de lado la edad como factor de riesgo en este grupo de pacientes, pues por el hecho de que la enfermedad periodontal este asociada al factor tiempo, la edad por si misma parece ser responsable de cierta pérdida de inserción periodontal pero no lo suficiente como para darle importancia clínica.

- ***Los cambios en las hormonas esteroideas***

Se sabe que el incremento de estas hormonas, aumenta la permeabilidad vascular y el exudado. Además de ser frecuentes en las embarazadas, se ve también en pacientes postmenopáusicas en tratamiento con hormonas esteroideas y con mayor sensibilidad a la placa bacteriana.

- ***Medicamentos asociados a sobrecrecimiento gingival***

Caso de los inmunosupresores como la Ciclosporina A, utilizada en trasplantados y en tratamiento de cáncer.

De igual forma hay que recordar aquellos fármacos denominados xerostómicos como las fenotiazinas y los antiparkinsonianos, tienen como consecuencia una alteración en el efecto buffer, antimicrobiano, enzimático, e inmunológico de la cavidad oral, ocasionando un aumento en la microflora y en la susceptibilidad del paciente.

- ***Diabetes***

Se ha demostrado como los adultos diabéticos con la enfermedad bien controlada tenían más gingivitis y pérdida de inserción que los no diabéticos.

Así mismo en mantenimiento irregular de la enfermedad es un elemento importante para que empeore la enfermedad periodontal en estos enfermos.

- ***Demencia***

Es también un agravante importante para producirse un proceso periodontal. Y no es por dejadez del paciente, sino que realmente hay un deterioro progresivo de su capacidad intelectual y física que causa el acumulo indiscriminado de placa bacteriana.

- ***Fumadores***

Las personas de edad avanzada suelen ser fumadores importantes. El consumo de tabaco, es considerado como un factor de riesgo tan importante como los propios patógenos periodontales. Feldman y col. en su estudio encuentran ese empeoramiento periodontal en los fumadores de edad avanzada en comparación con los no fumadores.

La nicotina y la cotinina, son los productos del tabaco más importantes asociados a la enfermedad, y hacen que haya una pérdida de inserción más agresiva y rápida, además de disminuir la vascularización.

- ***Factores mecánicos***

Los factores mecánicos, en los pacientes ancianos pueden tener una importancia mayor en lo que a una periodontitis se refiere.

El gran número de dientes perdidos, las consiguientes alteraciones de posición en los dientes remanentes, el gran aumento de restauraciones que a lo largo de la vida se pueden coleccionar, las mal posiciones y los antecedentes de la misma periodontitis en ataques anteriores, pueden incrementar sustancialmente el acumulo de placa bacteriana y su complicación en otro episodio de la enfermedad periodontal.

La actuación de profesional de la salud bucodental, puede crear situaciones en las que existe retención de placa dental, como es el caso de las obturaciones, las prótesis removibles, prótesis fijas y entre muchos otros casos ⁽¹²⁾.

E. ENFERMEDAD BUCODENTAL EN LA EDAD AVANZADA

Diversos autores confirman que la caries es la principal causa de pérdida de los dientes en todos los grupos de edad, incluso en aquellos de edad más avanzada.

La mayoría de los esfuerzos se han dirigido a conocer la caries coronal, de la cual se conocen muchos aspectos de su etiología, factores de riesgo asociados y prevención.

El tratamiento del paciente mayor implica profundizar en el estudio de la caries radicular como característico de su edad. Pero tras el análisis de estos estudios se observa como esta enfermedad esta asociada a otras situaciones de gran importancia que afectan y participan en el desarrollo de la misma.

La caries radicular es un desafío para los profesionales, debido sobre todo, al incremento de los adultos mayores de 65 años y al aumento del número de dientes naturales presentes en la boca.

El edentulismo decrece y los adultos mayores retienen cada vez más sus dientes naturales; la caries coronal y radicular es un problema significativo, especialmente para los adultos funcionalmente dependientes, cognitivamente y médicamente comprometidos.

La salud oral en ancianos institucionalizados parece ser peor. Esto puede deberse a la disminución de actuaciones de prevención y a la falta de especialistas que miren este problema de la salud oral en geriatría desde otro punto de vista.

Para el dentista de hoy es importante actualizarse acerca de los cambios normales y procesos patógenos de los mayores; su conocimiento y concienciación permite mejorar la identificación de los factores de riesgo en el paciente de edad avanzada.

Los factores de riesgo implicados en una enfermedad de localización bucal como es, en los adultos mayores, la caries radicular, según los estudios realizados se pueden observar desde dos puntos de vista: uno intraoral y otro extraoral. En este último se incluyen los factores asociados al comportamiento,

al nivel socioeconómico, etc. Esto requiere un manejo complejo y multidisciplinario a las causas de la enfermedad.

El nivel socioeconómico y factores como el comportamiento deben ser tenidos en cuenta al realizar el análisis del riesgo para desarrollar enfermedad bucal. La no asistencia de los adultos mayores a la consulta odontológica juega un papel importante al no poder iniciarse un tratamiento adecuado.

En Brasil, un estudio concluyó que la no asistencia a la consulta odontológica por parte de la población adulta mayor es un factor de riesgo influyente en el desarrollo de lesiones bucales. El nivel socioeconómico y educativo fue tenido en cuenta para el estudio de “número de dientes y riesgo de caries radicular” de Nicolau en Londres⁽¹³⁾.

F. CÓMO EVALUAR LA SALUD BUCODENTAL

Estudios sobre autopercepción muestran que ésta se relaciona con algunos factores clínicos, como el número de dientes cariados, perdidos o restaurados, y con factores subjetivos como síntomas de dolencia y capacidad de sonreír, tragar o masticar sin problemas, además de la influencia de la clase social, edad y el sexo.

De manera igual, estos estudios muestran que las personas consiguen percibir su condición bucal con alguna predicción y pueden usar criterios diferentes del profesional.

En cuanto al odontólogo, evalúa la condición clínica por la presencia o ausencia de enfermedades, y para el paciente son importantes los síntomas y los problemas funcionales o sociales desencadenados por las enfermedades bucales.

En los adultos mayores la autopercepción también puede ser afectada por la percepción de valores personales, como la creencia que algunos dolores e incapacidades son inevitables en esa edad, lo que puede llevar a la persona a superestimar su condición bucal.

Los datos sobre autopercepción son subjetivos y para su recogida algunos autores establecen cuestionarios que evalúan los problemas funcionales, sociales y psicológicos relacionados con problemas bucales.

Los instrumentos de evaluación basados en la autopercepción tratan de englobar las dimensiones, relacionándolas a través de múltiples preguntas, administradas en entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios, preferiblemente en versiones reducidas que conservan la validez, fiabilidad y precisión a la vez que faciliten su aplicación y posterior análisis ⁽¹⁴⁾.

5.3. MARCO CONCEPTUAL.

-Salud buco dental.- Según la OMS es la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes.

-Ancianos.-individuo de avanzada edad.

-Instituciones públicas.- Constituyen Organismos Públicos Descentralizados que se encuentran bajo la jurisdicción del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y forman parte del Sistema Nacional para la Población en Riesgo.

5.4. SISTEMA DE HIPOTESIS

5.4.1. HIPOTESIS:

H₀. hipótesis nula:

El estado de salud bucodental de los ancianos institucionalizados en Ica-Perú no está asociado a la edad.

H₁.- hipótesis alterna:

El estado de salud bucodental de los ancianos institucionalizados en Ica-Perú está asociado a la edad.

**CAPITULO
VI**

VI. SISTEMA DE VARIABLES

6.1. VARIABLES

- Estado bucodental
- Edad
- Sexo

6.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	INDICADORES
Estado bucodental	Salud del sistema bucal	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	<p><u>-TEJIDOS BLANDOS:</u></p> <p>-GANGLIOS:</p> <p>-inflamacion SI NO</p> <p>- LABIOS:</p> <p>hipohidrosis SI NO</p> <p>-queilitis SI NO</p> <p>-aftas SI NO</p> <p>-MUCOSA YUGAL:</p> <p>-candidiasis SI NO</p> <p>-erocion SI NO</p> <p>-PALADAR DURO Y BLANDO</p> <p>-Torus SI NO</p> <p>-erosión SI NO</p> <p>-LENGUA</p> <p>-Candidiasis SI NO</p> <p>-Ulceras SI NO</p>

					-PISO DE BOCA -Afta SI NO -Ulcera SI NO -REBORDE ALVEOLAR -Regular SI NO -Erosión SI NO <u>-TEJIDO DURO</u> Caries (c) Perdido (p) Obturado (o)
Edad	Periodo de vida	Distribución	Cuantitativa	continua	-60-64 años -65-74 años -75-79 años - 80 a más años
Sexo	Genero del paciente	Distribución	Cualitativa	nominal	Femenino Masculino

**CAPITULO
VII**

VII. METODOLOGIA

7.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

7.1.1. TIPO DE INVESTIGACION:

-Según la intervención del investigador:

Observacional.

-Según la planificación de la toma de datos:

Prospectivo.

-Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudios:

Transversal.

-Según el número de muestras a estudiar:

Descriptivo.

7.1.2. NIVEL DE LA INVESTIGACION:

Descriptivo.

7.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACION:

Epidemiológicos. Descriptivo

7.2. POBLACION Y MUESTRA

UNIVERSO

Será todos los ancianos institucionalizados en la ciudad de Ica.

UNIDAD DE MUESTRA

La unidad de muestra serán todos los ancianos institucionalizados en Ica de ambos sexos de la institución.

MUESTRA

El total es de 42 ancianos institucionalizados en la ciudad de Ica.

TIPO DE MUESTRA

No probabilístico

7.3. MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO

Intencionado o de conveniencia

7.4. RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

7.4.1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

CONFIABILIDAD

Previa homologación de los examinadores por el asesor, nos prepararemos los 3 investigadores; el examinador 2 tuvo mayor concordancia intra y extra observador en el diagnóstico, el que realizo el examen clínico correspondiente a los, ancianos institucionalizados en Ica.

VALIDEZ

Repetida la operación de diagnóstico el resultado arrojar él lo mismo resultado con el 90% de confiabilidad.

7.4.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

a) Validación y prueba de instrumentos:

Se utilizó instrumentos de más bajo costo, mejor aceptabilidad poblacional, mejor sensibilidad y menor variabilidad intra-observador.

b) Manual de procedimientos:

Se generaron un manual de procedimientos de todas las actividades en forma detallado. Este manual contenía instrucciones para el encuestador y para el anotador (manejo de la muestra, charlas educativas y aplicación de cuestionarios en primera visita).

c) Capacitación del personal:

Se realizó una capacitación, para el anotador en, manejo de la muestra, planificación y coordinación del trabajo de terreno, evaluación teórica, evaluación práctica. Los resultados de la prueba de conocimientos teóricos para el anotador de la capacitación demostraron que: El porcentaje alcanzado fue del 98% de respuestas correctas.

7.4.3 CONTROL DE CALIDAD EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a) Supervisión del personal

Tanto el encuestador y el anotador tuvieron una supervisión de persona a persona en el las distintas instituciones públicas a intervenir.

b) Repetición de mediciones

En el desarrollo de las encuestas se realizó repetición de fichas en un 10% de todos los pacientes encuestados. No se aceptaron fichas de encuestas incompletas.

c) Monitoreo de mediciones e indicadores del proceso de terreno

Se realizó una sensibilización especial para conseguir la participación permanente de todos y cada uno de los ancianos institucionalizados del respectivo lugar. El asesor participara permanente en el monitoreo de las encuestas.

d) Monitoreo del procesamiento

En este estudio se realizó un enorme esfuerzo por cautelar la estandarización y calidad de la encuesta, almacenamiento de datos y la técnica de análisis de datos. Es por eso que se optó por la utilización de un solo encuestador para recoger toda la muestra.

e) Mantención de equipos de terreno

Todos los instrumentos fueron meticulosamente revisados sistemáticamente tales como Boleta de esterilización, limpieza, instrumental defectuoso, que fueron remplazados por uno nuevo tales como hilo dental gasa y otros.

7.4.4. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCION DE DATOS

a) Ingreso de la información recolectada

Después de recoger los datos se verifico el llenado completo de las fichas, para luego pasar a crear la matriz de datos en el software spss 23 y proceder al almacenamiento. Lugo se verifico el almacenamiento de los datos mediante la distribución de frecuencia de encontrar error se ira a la fuente de acuerdo al número de ficha luego se procederá al análisis estadístico.

b) Validación de la información

El resultado de la digitalización e interpretación de los formularios, corresponde a un archivo magnético en formato del programa SPSS 23 paquete estadístico en ciencias sociales. Mediante los cuales se corregirán teniendo a la vista el instrumento aplicado (la ficha).

MÉTODO PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

En esta investigación el método será el siguiente:

1ro: Gestionar la autorización a las instituciones correspondientes Solicitar el permiso a los administradores de cada institución.

Explicar el procedimiento a los responsables y luego a los participantes o encuestados

Llevar las fichas de encuesta a las instituciones y realizar el examen clínico correspondiente luego de 20 minutos se recogerán cada ficha será revisado que todas las preguntas estén correctamente llenadas.

2do: posteriormente se pasaran a almacenar en la computadora para su respectiva evaluación, cálculo de los resultados y la contratación de las hipótesis.

CAPITULO
VIII

VIII.RESULTADOS

Con los datos almacenados en la matriz de datos en sus respectivas filas y columnas distribuidas en sus respectivas tablas se procedió a analizar estadísticamente el cual se efectuó en forma automatizada empleando programas informáticos estadísticos teniendo como principal software al SPSS Versión 23, para la contrastación de hipótesis utilizamos la prueba no paramétrica de chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%.

RECURSOS HUMANOS

Los tres investigadores nos preparamos y capacitados para realizar la evaluación del estado de salud buco dental por nuestra asesora hasta lograr nuestra homologación de evaluación clínico de los ancianos institucionalizados.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

Prueba del chi cuadrado.

NIVEL DE SIGNIFICACION:

5% de significación.

DATOS:

	Estado de salud		Total
	Malo	Buena	
Edad de ancianos en 70 a 80	8	14	22
instituciones públicas Años	19,0%	33,3%	52,4%
81 a 89	14	6	20
Años	33,3%	14,3%	47,6%
Total	22	20	42
	52,4%	47,6%	100,0%

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADISTICA:**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Asociación lineal por lineal	5,201	1	,023
N de casos válidos	42		

CAPITULO

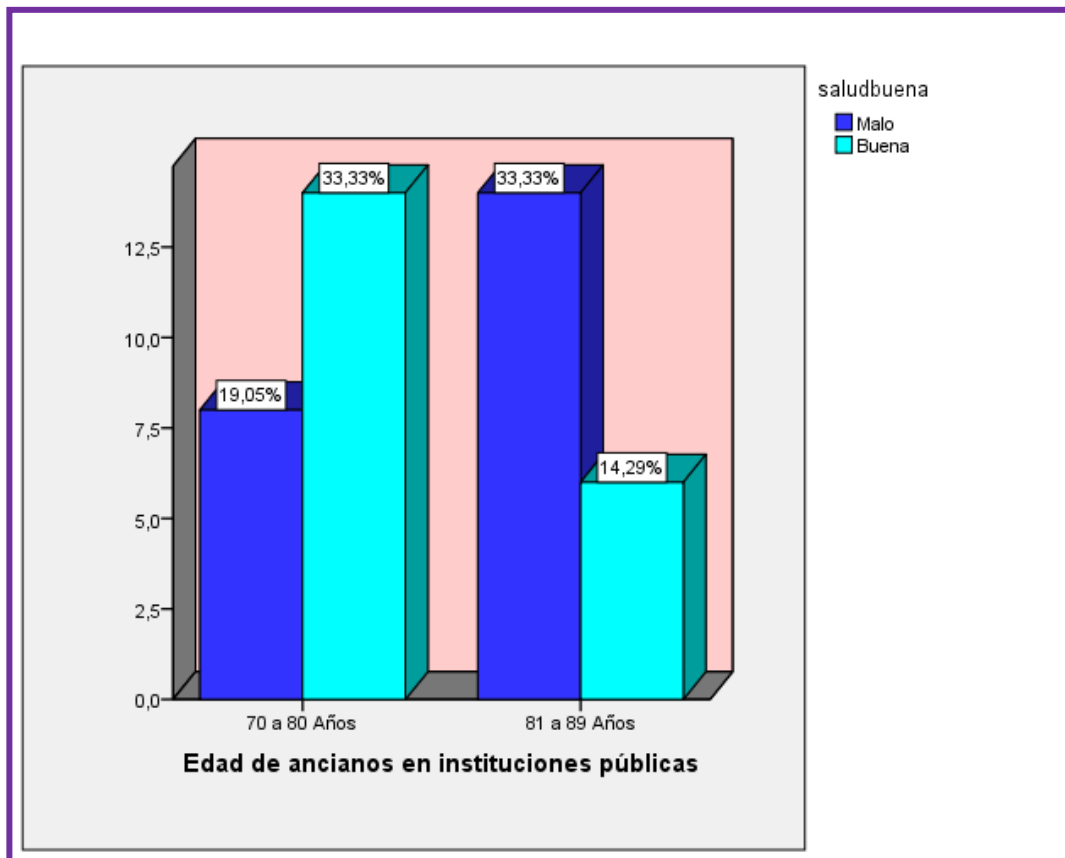
IX

IX.COMPROBACION DE HIPOTESIS

Decisión:

Como el valor calculado es menor que el nivel de significación del 5% entonces acepto.

El estado de salud bucal de los ancianos institucionalizados en Ica-Perú está asociado a la edad.



CAPITULO

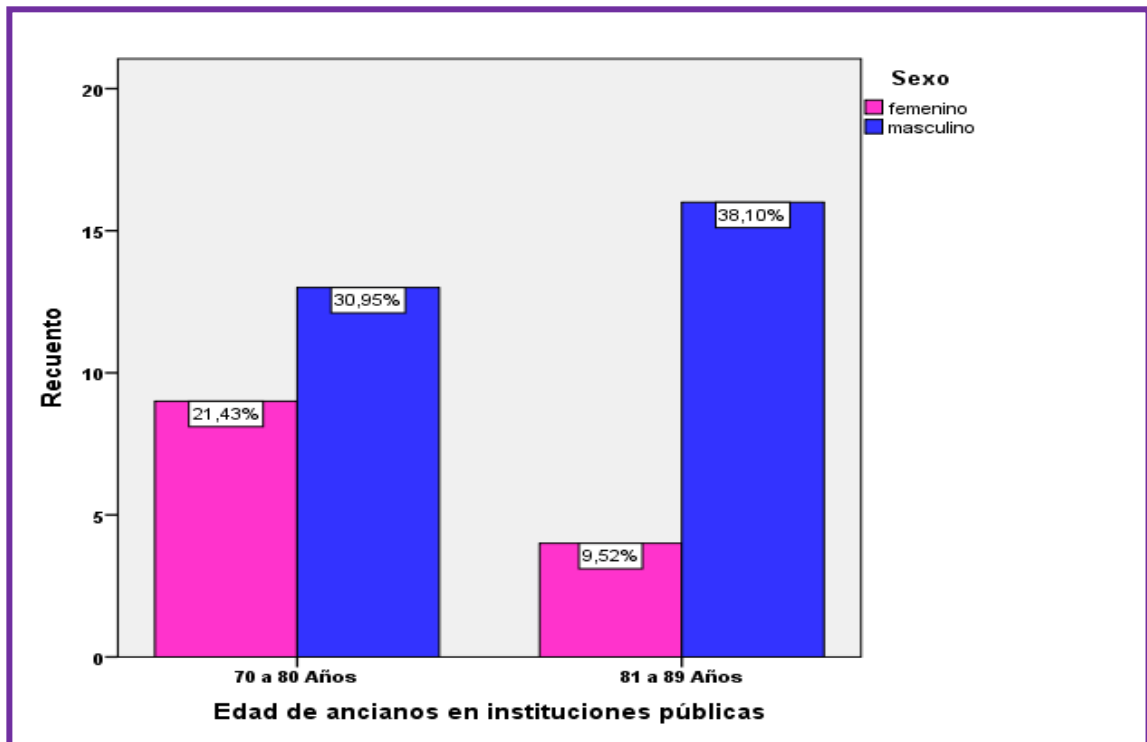
X

X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

TABLA Nº 1: Demografía de ancianos en instituciones públicas por edad y sexo

	Sexo		Total
	femenino	masculino	
Edad de ancianos en 70 a 80 años	9	13	22
instituciones públicas	21,4%	31,0%	52,4%
81 a 89 años	4	16	20
Años	9,5%	38,1%	47,6%
Total	13	29	42
	31,0%	69,0%	100,0%

GRAFICO Nº 1: Demografía de ancianos en instituciones públicas por edad y sexo



La demografía de ancianos en las instituciones públicas es mayor en el sexo masculino un 69%.

TABLA Nº 2: Estado de los ganglios submaxilares de ancianos en instituciones públicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin Inflamación	38	90,5	90,5	90,5
Inflamados	4	9,5	9,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	

GRAFICO Nº 2: Estado de los ganglios submaxilares de ancianos en instituciones públicas



El 9.5% de los ganglios submaxilares de ancianos en instituciones públicas Están inflamados.

TABLA Nº 3: Tipo de lesiones en los Labios de ancianos en instituciones públicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hipohidrosis	40	95,2	95,2	95,2
	Queilitis	2	4,8	4,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

GRAFICO Nº 3: Tipo de lesiones en los Labios de ancianos en instituciones públicas



El 100 % de Labios están afectados por lesiones en los ancianos en las instituciones públicas.

TABLA Nº 4: lesiones en los Mucosa yugal de ancianos en instituciones públicas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sano	31	73,8	73,8	73,8
	Erosión	11	26,2	26,2	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

GRAFICO Nº 4: lesiones en los Mucosa yugal de ancianos en instituciones públicas

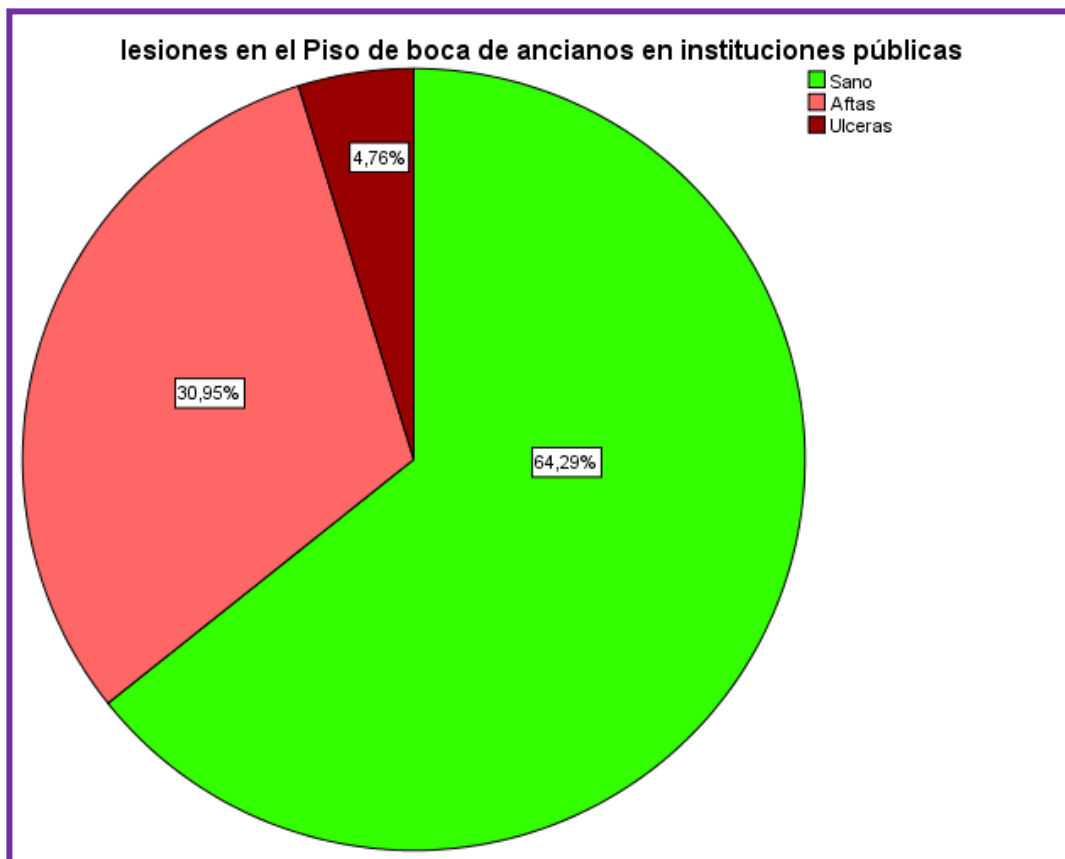


El 26.19 % de la mucosa están afectados en los ancianos en las instituciones públicas.

TABLA Nº 5: lesiones en el Piso de boca de ancianos en instituciones públicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sano	27	64,3	64,3	64,3
	Aftas	13	31,0	31,0	95,2
	Ulceras	2	4,8	4,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

GRAFICO Nº 5: lesiones en el Piso de boca de ancianos en instituciones públicas

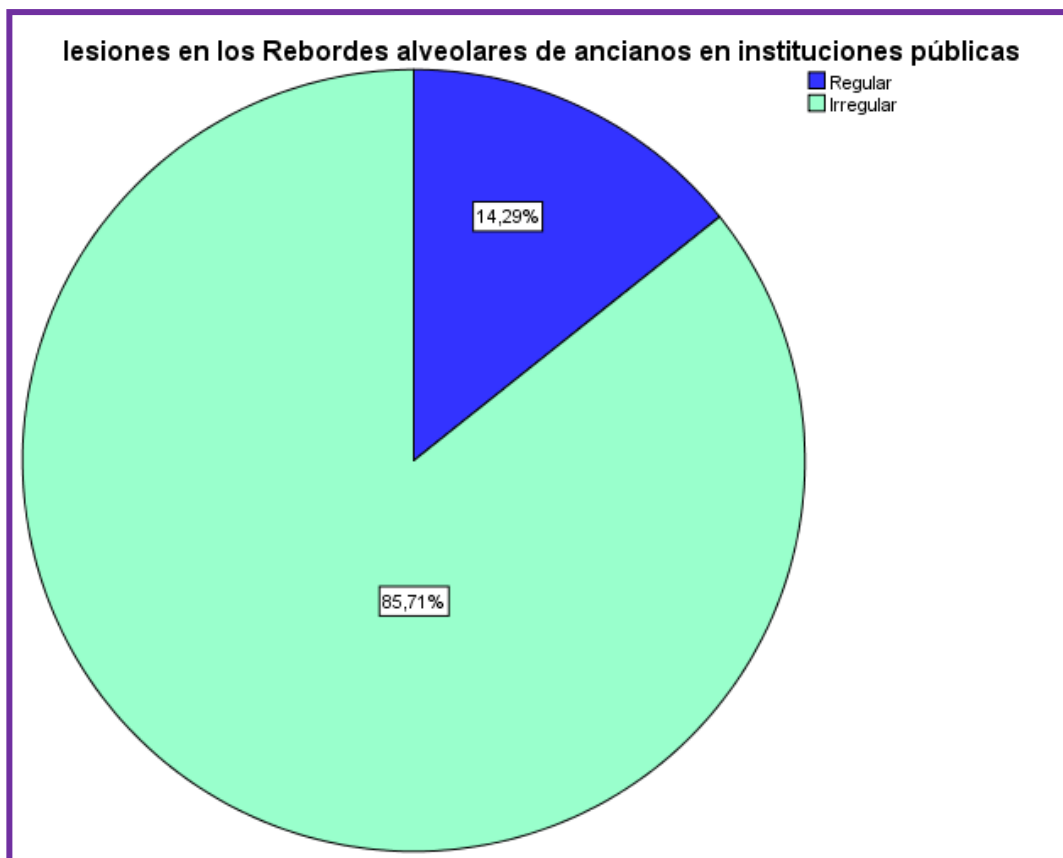


El 35,7 % de los ancianos en las instituciones públicas presentan lesiones en el piso de boca.

TABLA Nº 6: lesiones en los Rebordes alveolares de ancianos en instituciones públicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Regular	6	14,3	14,3	14,3
Irregular	36	85,7	85,7	100,0
Total	42	100,0	100,0	

GRAFICO Nº 6: lesiones en los Reborde alveolar de ancianos en instituciones públicas

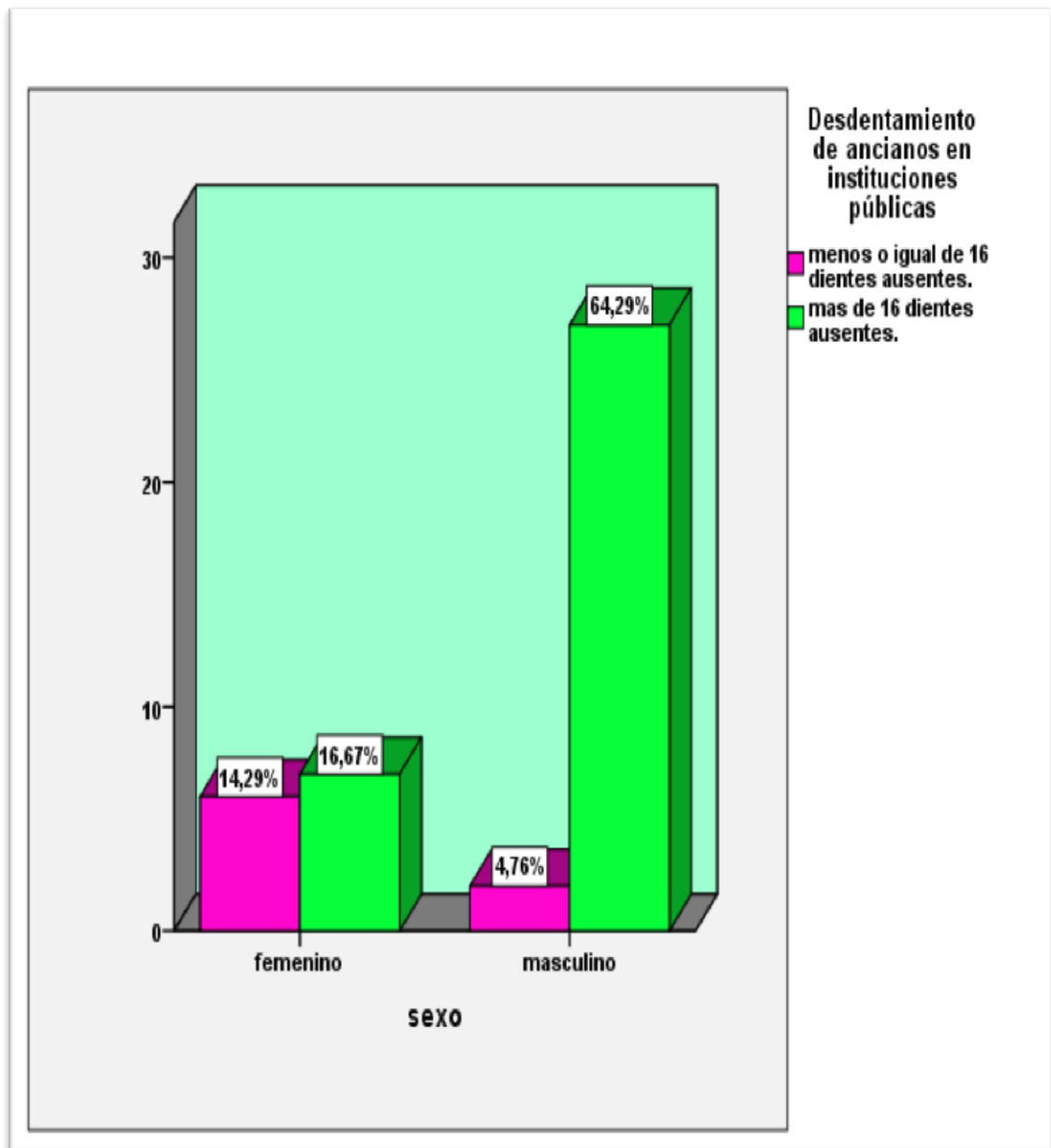


El 85.71 % de los ancianos en las instituciones públicas presentan lesiones en los rebordes alveolares.

TABLA Nº 6: Desdentamiento de ancianos en instituciones públicas.

	Dientes ausentes de ancianos en instituciones públicas		Total
	Menos o igual de 16 dientes ausentes.	Más de 16 dientes ausentes.	
sexo			
femenino	6 14,3%	7 16,7%	13 31,0%
masculino	2 4,8%	27 64,3%	29 69,0%
Total	8 19,0%	34 81,0%	42 100,0%

GRAFICO N° 6: Desdentamiento de ancianos en instituciones públicas.



El 81% de la población de ancianos esta desdentado con más de 16 dientes perdidos.

CAPITULO

XI

XI. CONCLUSIONES

- 1.- El estado de salud bucal de los ancianos institucionalizados en Ica-Perú está asociado a la edad.
- 2.- El 9.5% de los ganglios submaxilares de ancianos en instituciones públicas Están inflamados.
- 3.- El 100 % de Labios están afectados por lesiones en los ancianos en las instituciones públicas.
- 4.- El 26.19 % de la mucosa están afectados en los ancianos en las instituciones públicas.
- 5.- El 35.7 % de los ancianos en las instituciones públicas presentan lesiones en el piso de boca.
- 6.- El 85.71 % de los ancianos en las instituciones públicas presentan lesiones en los rebordes alveolares.
- 7.- El 81% dela población de ancianos esta desdentado con más de 16 dientes perdidos.

CAPITULO

XII

XII. RECOMENDACIONES

- 1.- Incluir capítulos de acciones de prevención de la salud bucal en paciente ancianos de instituciones públicas en la facultad.
- 2.- Sensibilizar a otras instituciones vinculadas al cuidado de la salud de pacientes ancianos para incluir capítulos de prevención de enfermedades bucales.
- 3.- realizar investigaciones de otros niveles con la finalidad de encontrar relaciones y o efectos.

CAPITULO
XIII

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización de Naciones Unidas (2007). Estudio económico y social mundial del 2007. Disponible en:
<http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/index.shtml>
2. Organización Mundial de la Salud (2006). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
3. INEI. Censos. Perú en cifras: PERU: Perfil Socio-demográfico de la Tercera Edad. Lima: INEI, 2008.www.inei.gob.pe.
4. Organización Mundial de la Salud (2011). Improving oral health amongst the elderly. Disponible:
http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html
5. Petersen PE, Yamamoto T. La mejora de la salud bucal de las personas mayores: el enfoque de la OMS, Programa Mundial de la Salud Oral. Comunidad Odontología y Epidemiología oral. 2005; 33 (2) :81-92
6. Bullón FP, Velasco OE. Odontoestomatología Geriátrica, La atención Odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996.
7. Rioboo R. Métodos para medir la salud y enfermedad en odontología. En: Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo II. Madrid: Ediciones Avances; 2002.
8. Meneses Gómez E.J. “Atencao Geriátrica e Qualidade Vida Oral”. Salvador Bahia Brasil: XV Congresso Internacional de Odontologia Da Bahia; Octubre 2008.

9. Bates JF, Adams D, Stanfford GD. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. México D.F: Manual Moderno; 1986.
- 10 Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1994;116 (5): 419-426.
11. Borges YA, Maupomé CG, Martínez GM, Cervantes TL, Gutiérrez RL. Relación entre el estado de salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimentos en ancianos de tres localidades en México. Nutrición Clínica. 2003; 6 (1): 9-16.
12. Meneses Gómez E.J, Bratos C.E, Garcillan I.M.R, Rioboo G.R.
Condiciones Clínicas y Funcionales de Salud Bucodental y su Autopercepción en Pacientes Mayores. In: XIII Congreso de la SESPOSantiago de Compostela 2006. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. Abril 2006:43.
13. Casado I, Gil MI, López JR, Descalzo FF, del Rey CJ. Estudio epidemiológico de la salud dental en una población de jubilados. Atención Primaria. 1994; 13 (4): 178-181.
14. Irigoyen M, Velázquez C, Zepeda M, Mejía A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. Rev ADM. 1999; 55 (2): 64-69.
15. Arthur Eumann Mesas; Selma Maffei de Andrade; Marcos Aparecido Sarria Cabrera; Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, 1a ed. BRASIL 2010.
16. Vicente Albert Cuñat, María Esperanza Maestro Castelblanque, José Antonio Martínez Pérez y Vicente Monge Jodrá. Hábitos higiénicos en personas

mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. RevEsp Salud Publica 2000; 74; 287 – 298.

17. Lauzardo García del Prado, Gemma; Gutiérrez Hernández, Marielena; Quintana Castillo, Maritzabel; Gutiérrez Hernández, Norlistaymi; Fajardo Puig, Josefina. Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 8, 2009, 10; 110 – 125.

18. Jorge Reyes, Luis Rodríguez, Roberto Paz-Soldán, Víctor García, Meylin Fernández, Janneth Yparraguirre, Williams Montalvo, Karen Bravo, Allinson Guardia, Fiorella Pino, Brenda Portugal. Kirumex. 2013 Jul-Dic; 10(2):140–4.

19. Juana Jiménez Férez, Rosa Isabel Esquivel Hernández, Natalia Martínez Vélez. Investigación. Vol. LXIII, No. 5 Septiembre-Octubre 200 pp 181-184

20. Olga Taboada Aranza, Ximena Cortés Coronel, Rosa Diana Hernández Palacios. ADM. MEX. 2014; 71 (2): 77-82

21. García Alpízar, Beatriz; Capote Valladares, Marleydis Morales Montes de Oca, Teresita De Jesús. Finlay. CUBA. 2012, 2(1): 32 – 44.

CAPITULO
XIV

XIV. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“Estado Bucodental de ancianos que acuden a instituciones públicas de la provincia de Ica-Perú 2016”

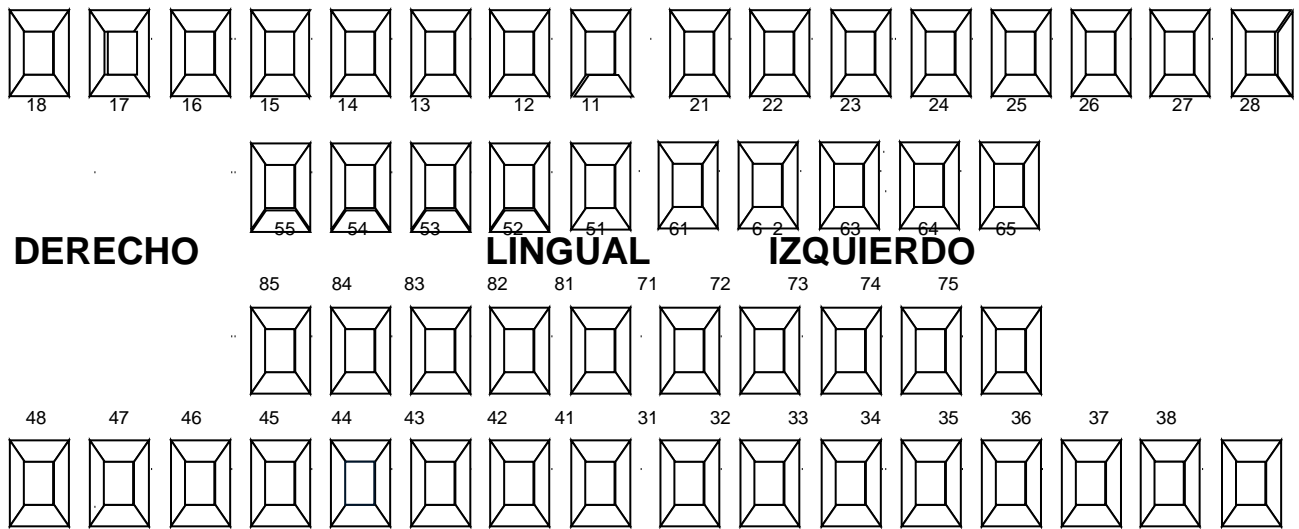
fecha de examen.../.../.../.....

EDAD.....SEXO.....

I. EXAMEN CLÍNICO

- 2.1. Ganglios submaxilares: inflamados ()
- 2.2. Labios: hipohidrosis () queilitis () aftas ()
- 2.3. Mucosa yugal: candidiasis () erosión ()
- 2.4. Paladar duro y blando: torus () candidiasis ()
- 2.5. Lengua: úlceras() candidiasis ()
- 2.6. Piso de boca: aftas () úlceras ()
- 2.7. Reborde alveolar: regular () irregular() erosión()

II. EXAMEN CLÍNICO DENTAL



C=.....

P=.....

O=.....





