

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

**CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL DE ADULTOS
MAYORES PERTENECIENTES AL CONSULTORIO # 19 DEL ÁREA
SUR DE MORÓN**

**(Tesis en opción a especialista de primer grado en Estomatología
General e Integral)**

Autora: Yailín Pérez Nogueira

2020

“Universidad Médica de Ciego de Ávila”
Policlínico Universitario Sur de Morón: Rafael Pérez González

**CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL DE ADULTOS MAYORES
PERTENECIENTES AL CONSULTORIO # 19 DEL ÁREA SUR DE MORÓN
(Tesis en opción a especialista de primer grado en Estomatología General e
Integral)**

Autora: Yailín Pérez Nogueira. Residente de segundo año de la especialidad de Estomatología General e Integral.

Tutora: Olga Josefa García Duarte. Especialista en Primer Grado de Estomatología General e Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente.

2020

Pensamiento

Las ideas son el arma esencial en la lucha de la humanidad
por su propia salvación

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

A mi madre y a mi padre por haber sembrado en mí el amor y la consagración al estudio

A mis hijos porque confío en que siempre transitarán por el camino que le he inculcado y sabrán hacerlo mucho mejor

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a aquellos profesores que me ayudaron y apoyaron en mis esfuerzos por lograr mis metas

Yailin

RESUMEN

Existe especial preocupación a nivel mundial por el envejecimiento poblacional. La boca no escapa a los efectos del envejecimiento. Las personas de más de 60 años, muestran un riesgo incrementado de lesiones de la cavidad bucal, relacionadas con la susceptibilidad de los tejidos y con distintos factores extrínsecos. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el período comprendido entre enero del 2018 y febrero del 2020, precisándose como **problema científico**: ¿qué caracteriza el estado de salud bucal de los adultos mayores? En función de lo anterior se planteó como **objetivo** de la investigación: Caracterizar el estado de salud bucal de pacientes adultos mayores pertenecientes al Consultorio # 19 del área Sur de Morón. El universo estuvo constituido por 326 pacientes de 60 años y más, de los cuales se seleccionaron 297 a través de un muestreo aleatorio simple. Las principales variables analizadas fueron la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, la presencia de enfermedades bucales y sistémicas, factores de riesgo y el nivel de conocimiento. Se emplearon **métodos** tanto del nivel teórico, empírico como estadísticos matemáticos, y diferentes técnicas que aportaron los siguientes **resultados**: El grupo etario predominante fue el de 60 a 69 años y el sexo representativo fue el femenino. Las enfermedades sistémicas de mayor frecuencia en la población fueron la Hipertensión arterial y las Cardiopatías. La disfunción masticatoria fue la enfermedad bucal que prevaleció mientras que la deficiente higiene bucal fue el factor de riesgo más frecuente en este estudio.

Palabras clave: adulto mayor, enfermedades, salud, bucal

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	1
Marco teórico	6
Materiales y métodos	23
Resultados y discusión	28
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Referencias bibliográficas	41

INTRODUCCIÓN

La vejez, si no es un divino tesoro, resulta un preciado don que en la actualidad disfrutan más de 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta. El fenómeno no solo refleja las tasas más altas de población de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia en el próximo siglo será el aumento de los ancianos, incluso, en las naciones subdesarrolladas. Se ha definido el envejecimiento poblacional como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. En las últimas décadas el análisis de los cambios demográficos de los mayores de 60 años refleja un hecho de gran importancia, el aumento en número de los mayores de 80-85 años como consecuencia del incremento de la esperanza de vida (1).

La vejez no es una enfermedad, resulta un hecho indiscutible, características específicas del anciano que conllevan a una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida, además, en esta etapa adquieren una particular importancia los factores psicológicos y sociales, muy resaltados en los últimos tiempos en la concepción del proceso salud enfermedad, pues existe una menor capacidad neuropsíquica para la adaptación al medio (2).

El aumento de la longevidad y la calidad de vida depararán una sociedad con un alto porcentaje de personas de edad avanzada, que conservan buenas condiciones de salud y van a demandar servicios para preservar sus dientes en las mejores condiciones y durante el máximo número de años. El número de individuos que en el mundo rebasan los 60 años, aumentó de 400 millones de personas en la década de los 50 a 700 millones de personas en la década de los 90 del pasado siglo, pronosticándose que alrededor de 1200 millones de ancianos existirán en el año 2025. El Caribe es hoy la región en desarrollo "más vieja" del mundo, pues más del 9% de su población total tiene 60 años o más (3).

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población, con una actual expectativa de vida al nacer de 75 años. Como consecuencia del desarrollo científico técnico, de las conquistas sociales que han tenido lugar en las últimas décadas, del descenso continuado de la fecundidad y del

aumento de la esperanza de vida, se ha ido incrementando en Cuba la cantidad de adultos mayores. El porcentaje de adultos mayores en la población total se incrementa de 9,0 en 1970 a 16,2 en 2007. Se ha aumentado, también, el porcentaje de adultos mayores de 80 años, tanto en la población total de 0,7 en 1970 a 2,6 en 2007 como entre los mayores de 60 años de 9,0 en 1970 a 15,9 en 2007 (4).

En la actualidad existen más de 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta. Según los datos del Anuario Estadístico de Salud de Cuba, en el año 2018 el 20,4 % de la población cubana tenía 60 años o más y para el año 2025 debe llegar al 25,0 %, debido a que la esperanza de vida al nacer es de más de 78,45 años (5).

La atención al anciano se lleva a cabo mediante El Programa de Atención al Adulto Mayor, tanto al nivel comunitario como institucional y hospitalario. Los servicios comunitarios de este programa tienen como orientación básica la promoción de salud mediante los círculos de abuelos, casas de abuelos y grupos de recreación y orientación. La atención gerontológica se realiza con equipos multidisciplinarios que laboran en la atención primaria de salud (6).

Desde 1948 la ONU ha planteado especial preocupación por el envejecimiento a nivel mundial señalando la necesidad de proteger los derechos de los adultos mayores como garantía de su bienestar. La población envejece y el interés por la geriatría y la gerodontología cobra cada día más importancia. La Estomatología Geriátrica aborda todo lo relacionado con las afecciones bucales y condiciones crónicas que suelen ser comunes en edades avanzadas y que generan complicaciones en la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal del anciano (1).

La cavidad bucal, por las múltiples funciones que tiene en la vida del hombre y su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, tiene una peculiar significación, por lo cual merece una atención médica más cuidadosa, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de cualquier afección. Hay que recordar que para disfrutar un alto grado de salud general es necesaria la salud bucal (7).

La boca no escapa a los efectos del envejecimiento, y se ha tratado de establecer un vínculo con otros padecimientos. Las personas de más de 60 años, muestran un riesgo incrementado de lesiones de la cavidad bucal, relacionadas con la

susceptibilidad de los tejidos y con factores extrínsecos como fumar, masticar tabaco, ingerir bebidas alcohólicas, y comidas muy calientes y condimentadas, así como por la irritación por prótesis mal adaptadas (8).

Este riesgo de enfermar también se debe a que los tejidos comienzan a mostrar signos de deshidratación, fibrosis, disminución de la capacidad reparadora y de la elasticidad, así como a las atrofas por las deficiencias nutricionales y la xerostomía. También aparecen lesiones, como resultado de la irritación por ángulos agudos de los dientes, restauraciones fracturadas, sepsis bucal o por prótesis desajustadas. Todo esto, unido al desconocimiento de los factores de riesgo ya mencionados, y a una higiene deficiente por parte de los ancianos, comprometen la salud bucodental de estas personas y favorece la pérdida dental, con la consiguiente afectación de la calidad de vida y la aparición de otros trastornos orgánicos y psicológicos (9).

La salud bucal tiene una gran importancia en la psicología de las personas, más aún en el adulto mayor. Para la atención a estos pacientes, el estomatólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo estos cambios dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal. El estomatólogo no puede alterar los efectos de la edad pero sí ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos y así aumentar su calidad de vida (10).

La salud bucal, no solamente está relacionada con la presencia de los dientes de forma natural o artificial, está relacionada con el estado en que se encuentran los mismos, además el estado de los tejidos blandos de la cavidad bucal que no perturben la capacidad funcional de la misma y la salud general del individuo. Es de importancia primordial, la conservación de la salud bucal, para tener una correcta nutrición. Los adultos mayores en su mayoría le restan importancia a su conservación y a la relación que puede existir con la salud general. Si se tiene en cuenta la gran importancia que tiene la boca en la alimentación, la comunicación, la estética y que el envejecimiento ha estado siempre asociado a la pérdida o ausencia de dientes.

Esta problemática requiere una urgente y específica atención ante aumento en la tasa de crecimiento de la población del adulto mayor, por lo que es necesaria caracterizar la morbilidad oral de estos individuos, que permita conocer el estado de salud bucal de este sector, para generar estrategias de planeación, intervención y evaluación de programas orientados a la promoción, prevención y control de enfermedades bucales, que permitan el bienestar a nivel integral del adulto mayor.

Ante esta problemática se propone el siguiente **problema científico**: ¿qué caracteriza el estado de salud bucal de los adultos mayores?

La **novedad científica y significación práctica** de este trabajo se manifiesta que al poder determinar las diversas patologías orales que se producen en la población senil, permite realizar un diagnóstico temprano y oportuno para así contribuir a una mejor calidad de vida durante la vejez, generando así con esta investigación un interés social, académico y profesional en el área de salud oral. Es un gran reto para el Estomatólogo la preservación de la salud bucal de esta población. Se podrá realizar una mejor planificación de los servicios, evitando realizar tratamientos más complejos, además, de poder brindar a la población geriátrica la posibilidad de recibir atención temprana ante los principales factores de riesgo que se identifiquen.

Constituyendo el **objeto de la investigación** la identificación de problemas bucales en el adulto mayor.

Por tanto, se plantean como objetivos los siguientes

Objetivo General: Caracterizar el estado de salud bucal de adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico No 19 del área Sur de Morón.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos referidos a la salud bucal en el adulto mayor.
2. Distribuir la población según:
 - Edad y sexo.
 - Nivel de escolaridad
 - Presencia de enfermedades sistémicas.
 - Enfermedades bucales presentes.

- Principales factores de riesgo locales de enfermedades bucales
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los adultos mayores

MARCO TEÓRICO

En la actualidad el termino adulto mayor es un término que está muy de moda, este término hace referencia a personas que están rodeando los 59 años, aunque también son conocidos como ancianos, viejitos, adultos en plenitud de la tercera edad o senectud. La organización mundial de la salud y la organización panamericana de salud, consideran adulto mayor aquellas personas que tienen 60 años o más (11).

El término Odontogeriatría u odontología geriátrica, tiene sus comienzos en los años 60 en Estados Unidos, este término fue promovido por odontólogos que tenían interés en la salud bucal de las personas mayores. Siendo así que la Odontogeriatría es aquella especialidad odontológica, que tiene como objetivo principal la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud bucodental de los adultos mayores, tomando en cuenta cambios sistémicos, biológicos y bucales propios del envejecimiento (12).

La población mayor de 60 años a nivel mundial sigue en aumento respecto a otros grupos etarios, por factores como los avances de la ciencia médica, el mejoramiento en el acceso y la oportunidad a los tratamientos, el progreso de las condiciones sociales y el incremento de la esperanza de vida. Esta población presenta diversos cambios fisiológicos, existiendo una estrecha relación entre los deterioros funcionales y la edad. El porcentaje de individuos que presentan dependencia ha aumentado, en especial a edades más avanzadas, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas que demandan servicios de salud, siendo uno de los aspectos relevantes el mantenimiento de su salud (13).

Bajo el criterio del hombre como ser bio-psico-social, y teniendo en cuenta que el proceso salud-enfermedad se produce por la interrelación de los factores biológicos y sociales, el Sistema Nacional de Salud ha definido su estrategia de trabajo con la realización de varios programas básicos de atención, dentro de los que se incluye el del adulto mayor, para lo que se realizan acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud con el objetivo de lograr salud para prolongar la esperanza de vida (14).

La caracterización de problemas de salud más frecuentes permite obtener información importante en cuanto a la realidad actual del estado sistémico de una

población y de la misma forma contribuye a la planificación de estrategias para prevención y tratamiento (15).

La salud bucal, no solamente está relacionada con la presencia de los dientes de forma natural o artificial, está relacionada con el estado en que se encuentran los mismos, además el estado de los tejidos blandos de la cavidad bucal que no perturben la capacidad funcional de la misma y la salud general del individuo. Es de importancia primordial, la conservación de la salud bucal, para tener una correcta nutrición. Los adultos mayores en su mayoría le restan importancia a su conservación y a la relación que puede existir con la salud general (16).

Clasificación del adulto mayor

Adultos mayores independientes o autovalentes

Son aquellas personas mayores capaces de realizar actividades básicas de su vida diaria como: comer, vestirse, bañarse, andar y actividades más complejas como cocinar, asear la casa, planchar, conducir, administrar su medicación, cuidar su economía.

Adultos mayores frágiles

Son aquellos que tienen cierta limitación para desarrollar las actividades básicas de su diario vivir.

Adultos mayores dependientes o postrados (no autovalente)

Son aquellas personas que necesitan apoyo constantemente de otras personas, tienen problemas muy serios de salud ya sea funcional o mental (12).

El envejecimiento no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la Filosofía, el Arte y la Medicina. Según cálculos de Naciones Unidas en 1950 habían alrededor de 200 000 000 de adultos mayores y el siglo XXI comenzó con 600 000 000 en la población mundial; 50 años después la cantidad se triplicará de nuevo (17).

Envejecimiento activo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de los 90, introdujo el término envejecimiento activo, haciendo referencia al “proceso de optimización de las

oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (18).

5.4.3 Envejecimiento fisiológico y patológico

El envejecimiento fisiológico no es más que un acontecimiento normal, siempre que involucre el gozar de una buena calidad de vida, adecuada a diferentes situaciones funcionales y orgánicas que afectan a lo largo de la vida.

Sin embargo, cuando existe la presencia de una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y afecta el curso de este, se define como envejecimiento patológico (19).

Actualmente no es raro encontrar personas de 65 años en adelante que consideran que la salud de su boca es ajena a su salud general; algunas de ellas incluso comentan que se hicieron quitar todos los “dientes” a temprana edad porque no querían tener “problemas” con ellos, entendiendo por problemas las condiciones de dolor. Por otro lado, se ha observado que la salud bucal de las personas que están institucionalizadas es peor que la población abierta (general) e involucra una mayor prevalencia de edentulismo y necesidades no atendidas de salud bucal (20).

Fisiológicamente, los tejidos humanos incluyendo la mucosa oral, tiene un proceso de envejecimiento natural. Los cambios en tejidos orales pueden considerarse como cambios fisiológicos asociados a modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas, que inician en el momento del crecimiento y van desarrollándose a lo largo de la vida. Por otra parte, estos cambios pueden estar directa o indirectamente relacionados a factores intrínsecos como: genéticos, metabólicos, sistémicos, o extrínsecos como tabaquismo, higiene oral, prótesis, medicamentos. (21)

Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se evidencian en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio, otros, son consecuencia de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos (22).

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

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

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

1. La modificación de la mucosa oral que generalmente se manifiesta en forma de atrofia,
2. La disminución de la secreción salival debida a la atrofia en las glándulas salivares,
3. La pérdida de adherencia a nivel de los tejidos gingivales, los cambios de tamaño, de forma y de color de la estructura dental, debido al desgaste y los efectos de las sustancias con contenidos colorantes y químicos.
4. A nivel de los tejidos de soporte vemos que en el ligamento periodontal se produce la anquilosis, aunque puede presentarse aflojamiento de los dientes como consecuencia de la enfermedad periodontal. A nivel articular, se aumenta la susceptibilidad a los cambios degenerativos.
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 (23).

Características bucales del paciente geriátrico

En relación a los tejidos duros, el esmalte del paciente geriátrico sufre un desgaste natural, como resultado de la masticación sin ocasionar molestia. Se observa opacamiento del esmalte, lo que ocasiona que los órganos dentales se vean de color mate, sin brillo y más oscuros. De igual modo, en la dentina hay un cambio de coloración debido al propio proceso de envejecimiento y se produce un cambio muy notorio producido por la sustitución de la dentina original por la denominada “dentina de reparación”, lo que ocasiona que los dientes adopten un tono amarillo. Estos cambios generan que las piezas dentarias se vuelven más frágiles por aumento de la mineralización dentinaria (24).

Otra de las afecciones presente es la caries cervical, que se localiza en el cuello anatómico de los dientes donde el cemento radicular se ha hecho presente por sobre erupción o migración de la encía cuya complicación es la muerte paulatina de los órganos dentarios. A nivel de la pulpa, ésta disminuye su función sensitiva y como consecuencia del envejecimiento se produce pérdida en la elasticidad vascular y fibrosis pulpar asociada al envejecimiento

y se promueve su fibrosis. En el tejido periodontal del adulto mayor existe una disminución en la sensibilidad de las fibras periodontales que en ocasiones no permite evidenciar el dolor, esto sumado a la disminución de la destreza manual o psicomotora, propia del envejecimiento, genera la presencia y acumulación de placa bacteriana que conlleva a serios problemas periodontales y caries dental cervical (25).

En el aspecto gingival, observamos que la encía de los adultos mayores es de color rosa pálido debido a la disminución en la irrigación sanguínea por la obturación de los capilares submucosos. Además, ésta se encuentra adelgazada y frágil debido a un tejido conectivo deficiente, por lo que tiende a lesionarse con mayor facilidad, perdiéndose el puntillado característico (26).

Como consecuencia de los problemas en los tejidos duros y periodontales podemos evidenciar serios cuadros de edentulismo afectando no sólo la función masticatoria, sino también la fonación, autoestima y estética. Debido a que la pérdida de dientes se suele acentuar durante el envejecimiento; la tendencia común es asociar la degeneración dental con el clásico cuadro de senilidad. Se puede inferir que el estado de salud bucal de la población geriátrica es el reflejo de los cuidados odontológicos que durante toda la vida se recibió; sumado a las posibles consideraciones sistémicas que condicionan su estado de salud. En líneas generales, un porcentaje bastante alto de la población de adultos mayores presenta ausencia de por lo menos la mitad de las piezas dentales, y otro porcentaje es desdentado total (27). En la lengua hay disminución del número de papilas gustativas, lo que ocasiona que disminuya la percepción de los sabores (28).

Adicionalmente, por acción del envejecimiento también se observa la presencia de varices sublinguales o varicosidades nodulares en la cara ventral de la lengua, o

también llamada lengua caviar ya que se observan vasos dilatados y tortuosos que tiene una apariencia redondeada y de color negruzco con similitud al caviar. Estas son dilataciones tortuosas de las venas sublinguales que parecen estar muy condicionadas por la edad. Es normal que existan venas visibles debajo de la lengua, debido a que la membrana mucosa que la cubre es fina y translúcida; influyendo en su desarrollo la pérdida de elasticidad y de tono del tejido conectivo que soportan dichos vasos. No está demostrado que estén asociadas con ninguna enfermedad sistémica (29).

En la articulación temporomandibular (ATM), producto del envejecimiento, se produce hipertrofia del cartílago por alteraciones degenerativas, así como aplanamiento de la superficie articular con reducción del tamaño del cóndilo mandibular que produce mayor laxitud de los movimientos articulares. De igual manera, el disco articular tiende a perforarse con la edad por lo que la actividad propioceptiva disminuye y afecta el control de los movimientos (12).

Otra característica común de las personas de la tercera edad, es la presencia de queilitis angular, lesión erosiva y blanquecina de la comisura labial producida por la pérdida de tono muscular y que puede estar asociada a infecciones como el herpes simple o deficiencia de complejo B, pudiendo ocasionar sangrado, limitación de la apertura bucal y dolor (27).

Es frecuente en los adultos mayores el trauma de oclusión secundario por el uso de prótesis desadaptadas, dientes fracturados, restauraciones rotas, etc. Se observan también úlceras traumáticas que pueden ser lesiones únicas o múltiples caracterizadas por pérdida en la continuidad de la mucosa bucal con un proceso inflamatorio subyacente con presencia súbita de sintomatología. Estas úlceras tienen diagnóstico diferencial con lesiones cancerígenas que se caracterizan por presentarse topográficamente con mayor frecuencia en la lengua, piso de la boca, labios y paladar. La etiología del cáncer bucal en la población del adulto mayor es variada y es común que coincidan diversas causas en un mismo paciente. Se asocia a una mala higiene bucal, tabaquismo, alcoholismo, deficiencias nutricionales y agentes biológicos (12).

Patologías orales más comunes en el adulto mayor

La patología bucal se ha definido desde un sentido epidemiológico como el área especializada de la odontología que trata del diagnóstico y manejo de enfermedades orales (30).

La **caries dental** sigue siendo considerada con mayor prevalencia a nivel mundial. Comprende una de las principales causas de pérdida dental, afecta la masticación, la digestión y la fonación de los individuos, puede ocasionar dolor intenso y causar procesos sistémicos como endocarditis bacteriana, disminución de la capacidad funcional y de la calidad de vida del individuo. En el adulto mayor la caries radicular es más frecuente, la presencia de esta supone una atención inmediata (31).

Las **enfermedades periodontales** comprenden una causa importante de la pérdida dental. Habitualmente se conoce que la pérdida de inserción epitelial y hueso alveolar eran cambios periodontales como consecuencia del envejecimiento, actualmente estas alteraciones no corresponden propiamente al proceso de envejecer, sin embargo la sociedad en general y los ancianos siguen aceptando el deterioro del aparato masticatorio como una consecuencia de la edad. El periodonto frente al proceso de envejecimiento reacciona de dos formas: si se tiene una higiene deficiente acumula placa bacteriana, provocando así gingivitis, si esta no es tratada se producen cálculos, bolsas periodontales, recesión dando como resultado periodontitis (32).

La gingivitis es un estado inflamatorio de las encías, sin pérdida de inserción periodontal o hueso alveolar (33), esta puede revertirse con una mejora en la higiene oral o la atención oportuna del profesional. Esta se caracteriza por la elevada presencia de placa bacteriana, al no tratarse la gingivitis esta puede evolucionar en periodontitis (34).

La definición de periodontitis usada clínicamente hace referencia a la presencia de saco patológico ≥ 4 mm en combinación con pérdida de inserción, sin tomar en cuenta el número de sitios periodontales afectados, ni la pérdida de inserción. La periodontitis es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta al 60% de los mayores de 65 años. Es un problema de salud pública, siendo una de las principales causas de pérdida de piezas dentales, discapacidad, disfunción masticatoria y estado

nutricional deficiente, también compromete el habla, reduce la calidad de la vida. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la periodontitis son: halitosis, recesión gingival, movilidad dentaria y pérdida de dientes (35).

Según la gravedad de la periodontitis se clasifica en:

Periodontitis leve: cuando no existe más de 1 a 2 mm de pérdida de inserción clínica.

Periodontitis moderada: cuando no existe más de 3 a 4 mm de pérdida de inserción clínica.

Periodontitis grave: cuando hay 5 mm o más de pérdida de inserción clínica.

Según la distribución de la enfermedad se clasifica en:

Periodontitis localizada: consiste en menos del 30% de los sitios valorados en boca muestran pérdida de inserción o pérdida ósea.

Periodontitis generalizada: consiste en más del 30% de los sitios valorados en boca muestran pérdida de inserción o pérdida ósea (36).

El **desdentamiento** o edentulismo puede ser parcial o total, definido como la pérdida de uno, varios o todas las piezas dentales. Aproximadamente el 90% de los adultos mayores presentan edentulismo. Entre las causas más comunes están: la caries dental y la enfermedad periodontal, cuando se presenta edentulismo se afecta la autoestima, la estética y la fonación. El edentulismo afecta la “dimensión vertical”, que no es más que la medición de la altura facial que va desde la punta de la nariz a la punta del mentón. La alteración de la dimensión vertical o la pérdida de esta se puede asociarse puede asociar a dolor de la articulación temporomandibular, colapso posterior de la mordida y deformación estética facial (37).

Las lesiones de la mucosa bucal son aquellas donde existe una alteración en la textura, color o continuidad de superficie de la mucosa bucal. Éstas pueden ser lesiones blancas (leucoplasias) o rojas (eritroplasias), entre ellas se pueden desarrollar benignas, premalignas y malignas. Entre los factores de riesgo se encuentran: el tabaquismo, alcoholismo, hábitos (uso de pipa), traumatismo constante (uso de prótesis mal ajustadas), infecciones virales (herpes), bacterianas o fúngicas (candidiasis), atribuidas al uso de prótesis mal ajustadas y la falta de higiene (20).

La presencia de lesiones orales son asociadas en alto porcentaje a la presencia de dentaduras artificiales, ya sean totales o parciales, y que las áreas más afectadas son el paladar y el reborde alveolar, esto se puede comprender fácilmente si tenemos en cuenta que son las zonas de soporte de más íntimo contacto con las bases de la prótesis y donde actúan fuerzas comprensivas y traccionales que puedan dar origen a estas lesiones (38).

Aunque se evidencian casos de **cáncer bucal** en jóvenes, esta patología es más frecuente en personas mayores y de edad avanzada. Las lesiones premalignas y cancerígenas en estadios primarios puede ser asintomático, lo que dificulta su detección precoz. El cáncer bucal corresponde al 4% de los cánceres del organismo, con más frecuencia se presenta en labios y lengua, siendo el carcinoma epidermoide corresponde al 90% de los casos, entre otros comunes están el carcinoma verrugoso, carcinoma de células fusiformes, melanoma y adenocarcinoma. El cáncer de lengua y labio se presenta como lesiones ulcerativas y por lo general dolorosas. Entre los factores de riesgo están el consumo de alcohol y tabaquismos, que son los principales responsables del más de 75% de casos de neoplasias bucales (4).

La **Queilitis angular** consiste en una lesión erosiva de la comisura labial, esta puede ser unilateral o bilateral, las fisuras pueden sangrar y causar dolor al abrir la boca o provocar úlceras poco profundas. Puede estar asociado a infecciones como herpes simple, deficiencias nutricionales de vitamina B2 (riboflavina), anemia por deficiencia de hierro, mal nutrición, deficiencia de zinc. La queilitis angular es por lo general más frecuente en los adultos mayores que sufren alteración en la dimensión vertical a causa de la pérdida de sus piezas dentarias, provocando así un cierre en exceso, otra causa también puede ser por hongos, medicamentos que resecan la piel (39).

La **xerostomía** (sensación subjetiva de sequedad bucal) es causada por una disminución en la secreción de la saliva y afecta entre el 29 y el 57% de la población de ancianos. También aparecen otras manifestaciones como el ardor, trastornos del gusto y dificultades para la deglución y el habla. Se asocian de manera importante con el control de la caries dental, las infecciones (incluyendo la candidiasis bucal) y las lesiones de los tejidos blandos. Se ha identificado un grupo importante de factores de riesgo en la patogénesis de la enfermedad y que son muy frecuentes en

los ancianos. El reconocimiento de la xerostomía es esencial, con el objetivo de ayudar a los pacientes a minimizar los síntomas de sequedad, instituir medidas preventivas y limitar la aparición de otras complicaciones orales (40).

El **Épulis fisurado** es una lesión que se observa en la mucosa vestibular donde la prótesis entra en contacto con el tejido a medida que los rebordes óseos de la mandíbula y maxilares, se reabsorben por el uso en tiempos prolongados de la prótesis bucal, como resultado se observa la aparición de pliegues indoloros de tejidos fibrosos (41).

La **candidiasis** es muy frecuente en los adultos mayores, ciertos factores predisponen a la aparición de esta, tales como: quimioterapia, radioterapia de cabeza y cuello, leucemia, VIH, uso de corticoides inhalado o sistémico, diabetes avanzada, mal nutrición, prótesis bucales desajustadas, xerostomía. El aspecto clínico de esta patología presenta fundamentalmente eritema y depósitos blanquecinos de consistencia blanda que al ser raspados se desprenden dejando una zona erosionada o ulcerada. También se puede encontrar queilitis angular bilateral, que se caracteriza por presentar fisuras, una débil capa blanquecina y zonas descamativas y erosionadas a nivel de los ángulos comisurales (15).

La candidiasis bucal presenta diferentes formas entre ellas:

Candidiasis pseudomembranosa aguda o crónica, caracterizada por placas blanquecinas que se desprende al raspado de la misma, suele presentarse en la mucosa del labio, paladar, lengua y orofaringe, esta suele ser asintomática, sin embargo, pueden tener sensación de lengua algodónada, halitosis, disfagia.

Candidiasis eritematosa o atrófica aguda o crónica, también conocida como estomatitis subprotésica, caracterizada por lesiones en la mucosa, con eritema difuso sin placas blanquecinas, es dolorosa y se localiza bajo la prótesis dental, aunque puede generalmente es asintomática y ocasionalmente presenta ardor (42).

El uso continuo y a largo plazo de dentaduras y una pobre limpieza y hábitos de higiene, promueven el desarrollo de un biofilm, llamado placa de la dentadura en la superficie de la prótesis. La *Cándida Albicans* es un componente fúngico de la microflora fisiológica de la cavidad oral humana; sin embargo, los factores

mencionados anteriormente pueden promover su crecimiento excesivo y, en consecuencia, el desarrollo de la infección.

La clasificación de la Estomatitis Subprotésica basada en la visualización clínica es:

Grado I: puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas en los tejidos de soporte de prótesis dentales. Grado II: zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de prótesis dentales. Grado III: lesión de aspecto papilomatoso en los tejidos de soporte de prótesis dentales (15).

Los gerontes tienen un alto riesgo de afección buco dental, aunque se dispone de los conocimientos necesarios y actualizados sobre el envejecimiento, la sociedad en general y los mismos ancianos, se continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento. La interrelación entre la salud oral y la general, es particularmente estrecha en el adulto mayor, sin embargo, las barreras para obtener una buena salud bucal son considerables (43).

Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios hísticos dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal. El estomatólogo no puede alterar los efectos de la edad pero sí ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos (44).

La salud bucal es parte integrante de la salud general pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucodentales han existido a lo largo de la historia de la humanidad y en todas las regiones del mundo. Los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y a enfermedades bucodentales prevenibles que devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, su demanda pública y el fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población (45).

Se ha comprobado la alta y variada presencia de factores de riesgo en la población geriátrica y, con mayor representatividad, se encontraron problemas con la calidad

del agua, los antecedentes de caries dental, el consumo de alimentos azucarados, la deficiente higiene bucal y el hábito de fumar condicionados, entre otras razones, por el modo y el estilo de vida de los adultos mayores (46).

Las enfermedades de base que debemos considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión. Cuando un paciente presenta alguna de estas patologías, es primordial que el cirujano dentista determine si el paciente está en tratamiento y si el cuadro se encuentra estabilizado, antes de ejecutar cualquier maniobra odontológica (40).

Después de la sexta década de la vida existe un falso concepto de que es natural el deterioro progresivo de las piezas dentarias con el paso del tiempo hasta llegar a la pérdida total, esto hace que los ancianos le quiten importancia a la higiene bucal y su relación con las enfermedades bucales siendo esta la principal herramienta de prevención ante todo tipo de patologías orales como las caries dental y las parodontopatías. El alcohol reseca la mucosa bucal y la hace más débil, factor que provoca una más alta susceptibilidad a problemas bucales que el resto de individuos que no beben. Es el principal causante de la atrofia epitelial de la mucosa bucal, aumenta la permeabilidad de la misma e incrementa la solubilidad de las sustancias tóxicas (como aquellas que encontramos en el tabaco), haciéndonos más vulnerables a enfermedades bucodentales (47).

En el estudio realizado por Mosquera Sánchez, al caracterizar las patologías más frecuentes en los adultos mayores de la parroquia Guanando, Ecuador, evidenció que un 23,4% se encontraba representada la queilitis angular, al hacer los análisis correspondientes respecto al sexo se observó que esta es exclusiva de los hombres. Las patologías con mayor índice de prevalencia fueron la hipertensión y la diabetes, concluyendo que estas patologías tienen un alto índice de aparición en los adultos mayores y por ende constituyen un factor en la presencia de enfermedades en la cavidad bucal (48).

Joya, Quinteros en el artículo “Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, en la ciudad de Manizales Colombia del 2015, concluyó que el promedio de edad de la población fue de 74 años con predominio del sexo femenino. El promedio de COP-D fue de 23 y el índice radicular de 17,5%. El 87% de la población evidenció edentulismo parcial o total y el 60,5% necesidad de prótesis; 31% presentó lesiones de tejidos blandos como úlcera traumática, aumento tisular por prótesis y estomatitis subprotésica (49).

Reyes, Rodríguez en la tesis “Determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizadas residentes en Lima, Perú” 2013, obtuvieron los siguientes resultados: 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 el 41,67% era edéntulo parcial o total. Se tuvo la percepción que el 62,50% tenía una salud bucal regular (50).

Robles-Sotacuro en su investigación determinaron los hábitos de higiene y salud bucodental en adultos mayores de un hogar de ancianos en Perú, 2018. El 62.9% (44) de ellos presentaban hábitos de higiene bucal malo. El 41.4%(29) de adultos mayores no se cepillan los dientes, el 15.7%(11) se cepillan una vez por día y el 60%(42) de adultos mayores no usa hilo dental. El 14.3% (10) de adultos mayores presentan regular salud (40).

Arteaga-Espinoza realizó un estudio para evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en un grupo de pacientes geriátricos, 2017, donde se evidencia el predominio acentuados de las mujeres (56. 2 %), el grupo de edad más significativo fue el de 60 a 69 años. Solamente el 12.5 % de los ancianos conocen la importancia de la higiene bucal, para evitar la aparición de enfermedades. El 56.2 % de los ancianos desconocen que el hábito de fumar es perjudicial para la salud bucal, y el 87.1 % desconocen los efectos del alcohol sobre los dientes y mucosas, predominaron las lesiones bucales en los ancianos fumadores. En la serie prevaleció el desconocimiento con respecto al cepillado dental, la frecuencia del cepillado con respuesta incorrecta (67.5 %), momento de realización (92.5%) y 96.5 % a la forma del cepillado también fue calificada de incorrecta (47).

En la evaluación del estado de salud bucal de adultos mayores institucionalizados, Rodas Avellaneda registró una edad promedio de 78 años y prevalencia del sexo masculino (69,1%). Entre las enfermedades más comunes, estaban las relacionadas con el sistema cardíaco (57%) y nervioso (12%). El índice COP sólo pudo ser tomado en 28 adultos mayores (20 hombres y 8 mujeres), el promedio fue de 24,89. Sólo había un adulto mayor del género femenino con tejido periodontal sano. Del total de la población examinada, el 48,5% (n=33) eran totalmente edéntulos y el 51,5 % (n=35) eran parcialmente edéntulos (51).

Por otro lado Almirón et al. examinaron 36 adultos mayores de un club geriátrico, de los cuales el 63,9% (n=23) correspondió al sexo femenino. Las edades comprendidas entre 70 y 79 años se presentaron con mayor frecuencia en ambos sexos. La población estudiada presentó un índice CPOD de 23,4 (24,7 en mujeres y 20,6 en varones). La prevalencia de caries a nivel general fue del 75%, en mujeres 78,6% y en hombres 70%. El 33,3% (12) de la población general perdió la totalidad de sus piezas dentarias: 39,1% en mujeres y 23,1% en hombres. La mediana de piezas perdidas fue mayor en las mujeres. Poco más de la mitad (56%) de la población asistía a los servicios odontológicos y fue más frecuente mujeres (64%) que en los varones (36%) (52).

En Santiago de Cuba Pérez et al. 2017, realizaron una caracterización de la higiene bucal de adultos mayores. Predominó el grupo de 65-69 años (37,5%) y el sexo femenino en un 62,5 %. El 37,9 % de los adultos mayores alcanzó el preuniversitario. La higiene bucal deficiente predominó en los adultos mayores estudiados, pues fue detectado en el 53,1 % de ellos. Se evaluó mediante del Índice Simplificado de Higiene Bucal (IHB-S) de Greene y Vermillion o clínicamente para los desdentados totales por la presencia o no de abundante residuos blandos, alimentos fermentados o cualquier otro componente alimenticio presente en cavidad bucal. Se demostró que el 75,0 % de los hombres poseía una mala higiene bucal, mientras que en el 60,0 % de las féminas era buena (53).

Ruiz Fraga realizó un estudio epidemiológico bucal en 200 adultos mayores con una participación predominante de la mujer en un 72%. La edad promedio fue de 70 años. Más de un tercio del grupo de estudio (36%) contó con la primaria terminada,

21.5% con secundaria, y 4% sin escolaridad, por tanto, sólo el 21.5% completó la educación básica. El 8.0% de la población de adultos mayores contó con bachillerato y el 7.5% con carrera técnica. Mientras que el 22% con carrera universitaria. Referente a los antecedentes patológicos, el 65% no refirió algún tipo de enfermedad. El 2% presentó tabaquismo, el 26% padeció hipertensión arterial (6.5% hombres y 19.5% mujeres), 20% diabetes mellitus (2.5% hombres y 17.5% mujeres) y la presencia de ambas el 11.5% del grupo de estudio. En referencia al estado de salud bucal el grupo de estudio presentó lesiones de la mucosa bucal en 4.5% (7.14% hombres y 3.47% mujeres), los cuales fueron adultos mayores edéntulos, que presentaron úlceras en la mucosa bucal. Respecto a la calidad de higiene bucal, fue regular para el 62.5% del grupo de estudio; buena y deficiente en el 11.5% del grupo de estudio. Del total de adultos mayores examinados el 14.5% (29) fueron edéntulos. Por otra parte, los adultos mayores edéntulos presentaron una prevalencia de úlceras en la mucosa bucal de 31.03%, mientras que los no edéntulos de 0%. También hubo diferencias entre el edentulismo y el grado de escolaridad ($p < 0.046$), ya que al poseer mayor escolaridad, hubo menor presencia de edentulismo (54).

González Ramos et al. evaluaron el nivel de conocimientos de salud bucal en 101 personas de 60 años y más, de círculos de abuelos de Ciudad de La Habana. El 71,2 % de la muestra eran mujeres y el grupo de edad de 70 a 79 fue el más frecuente con 52,4%. El nivel de escolaridad de los ancianos estudiados, mostró que 29,7% tenía nivel de secundaria básica terminada, seguido de aquellos con un nivel de tecnológico-medio en 25,7 % y la enseñanza primaria con solo 19,8 %. Existió un desconocimiento de las principales enfermedades bucales, siendo la mal posición dentaria y el cáncer bucal las más representativas con 64,4% y 68,5%, respectivamente, mientras que la caries dental fue la enfermedad que más conocen con 74,3%. Se observó que 84,1% desconocía los efectos negativos del alcoholismo en la mucosa bucal; 79,2 % desconocía que la prótesis mal ajustada es factor de riesgo importante para desarrollar el cáncer bucal, seguido de la falta de conocimiento de los ancianos sobre la higiene bucal en 76.3 % (55).

En la región de Centro Habana, Rodríguez S et al. 2011, identificaron las principales enfermedades bucales y factores de riesgo de 563 gerontes. La población

investigada presenta un envejecimiento demográfico, siendo el sexo femenino y las edades de 60 a 69 años los que predominaron. El 40,1 % presentaban enfermedad periodontal, seguido de la disfunción masticatoria y la caries dental para un 31,4 % y 26,2 % respectivamente, las lesiones premalignas estaban presente en el 2,1 %. Se observó que 35,7 % ingiere alimentos calientes, la prótesis mal adaptadas se comportó en un 17,4 %, Diabetes Mellitus en un 15,2 %, y el tabaquismo y alcoholismo para un 11,5 % y 4,9 % respectivamente (56).

En Sancti Spíritus Rodríguez H caracterizó la Salud bucal y nivel de información de 175 personas adultas mayores. Observó un predominio en el sexo femenino con un 58,8 %; el grupo de edad que más aportó a la investigación fue de 60-69 años con 67,4 %. Las enfermedades presentes que se observaron fueron la presencia de caries en 46.8 %, enfermedad periodontal (16.5 %), el 8.5 % presentó disfunción masticatoria. La higiene bucal deficiente fue el factor que predominó con un 61,7 %, seguido de la alimentación azucarada con un 38,2 %. El 44.6 % de los pacientes respondieron que el cepillado dental debe realizarse dos veces al día, solo el 12.6 % lo realiza tres veces. Solo el 64.6 % desconoce que las prótesis se cepillan. El nivel de información sobre salud bucodental en los adultos mayores encuestados de forma general, fue desfavorable. El 42.3 %, fue evaluado de mal, el 31.4 % de regular y de bien el 26.33 % (16).

Lauzardo G realizó en Venezuela un estudio observacional y descriptivo para caracterizar el estado de salud bucal y el nivel de conocimientos sobre salud bucodental de pacientes geriátricos. El 75,6% de los pacientes examinados estaban afectados por la caries dental. De ellos, 40% perteneció al sexo femenino. La dieta cariogénica y la deficiente higiene bucal afectaban a 88,9% y 91,1% de los pacientes respectivamente. Ninguno de los pacientes presentó un periodonto sano. El 82,2% requiere del tratamiento protésico rehabilitador. De ellos, 42,2 % pertenece al sexo masculino y 40 % al femenino. El 86,7 % de los gerontes fue evaluado con un nivel de conocimientos bajo (44).

Cardentey J valoró el estado de salud bucal de 390 pacientes geriátricos en Pinar del Río. Identificó las enfermedades generales presentes como Hipertensión arterial en el 19.7%, Artritis Reumatoide 18.5% y Cardiopatías Izquémicas en el 12.3%.

Encontró elevada necesidad de prótesis (50.0%), de estos 195 pacientes necesitaban rehabilitación protésica y 15 eran portadores de prótesis desajustadas, siendo el grupo de 80 y más el de mayor porcentaje de necesidad 54.7%. El 43.8 de la muestra era portadora de prótesis en buen estado y solo el 2.3, producto a la conservación en boca de la mayoría de los grupos dentarios, no requerían de rehabilitación protésica. La relación entre nivel educacional y de conocimiento de salud bucodental se corresponde: el mayor desconocimiento de salud bucodental 35.6% con el menor nivel educacional (2).

Considerando las recomendaciones y conclusiones aquí expuestas, fundamental será la educación en prevención como también las aportaciones de investigaciones científicas que determinan la etiología y tratamiento de las condiciones patogénicas bucales en esta edad. Asimismo es recomendable analizar el impacto sobre la prestación de servicios odontológicos que esto significará y sobre la formación de recursos humanos calificados para la atención de este tipo de población. La forma en que se interrelacionan la atención odontológica y las dimensiones demográficas, epidemiológicas, económicas y éticas de los problemas de salud en el adulto mayor, hacen imperioso e impostergable la necesidad de un análisis colectivo, para aunar los esfuerzos en búsqueda de políticas aplicables de prevención y promoción de la salud para este grupo poblacional que se incrementará de forma inevitable en los próximos años (59).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el estado de salud bucal de pacientes adultos mayores al Consultorio Médico No 19 del área Sur de Morón en el período comprendido entre enero del 2018 y febrero del 2020.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por los 326 pacientes de 60 años y más pertenecientes al Consultorio Médico No 19 del área Sur de Morón. La muestra estuvo representada 297 pacientes siendo seleccionada por un muestreo intencional, que respondieron a los siguientes:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de 60 años y más que pertenezcan al Consultorio Médico No 19 del área Sur de Morón.
- Adultos que den su consentimiento para participar en la investigación.(Anexo 1)

Criterios de salida: Defunciones y mudanzas

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastornos mentales.
- Pacientes con déficit motor que les fuera imposible asistir a consulta.

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Los datos para el estudio se tomaron a través de la revisión documental de la Historia Clínica individual de Estomatología General Integral (Anexo 2) de los pacientes atendidos y de una encuesta para determinar el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre salud bucal confeccionada para el estudio, evaluada por Especialistas del Servicio donde se realiza el estudio y probada en un pilotaje de 15 pacientes tomados al azar. (Anexo 3 y 4)

Procedimiento

Los pacientes incluidos en el estudio fueron citados a acudir al Servicio de Estomatología del Hospital General Provincial “Roberto Rodríguez Fernández” del municipio Morón donde se les realizó el examen facial y bucal recogido en la Historia Clínica Individual de Estomatología General Integral, por un solo operador, el

investigador.

A todos los adultos mayores se les realizó un minucioso interrogatorio y examen físico según parámetros establecidos. Además en la consulta se les aplicó la encuesta de conocimientos sobre salud bucal, (Anexo 3) sin previa instrucción de salud bucal. Para la evaluación de la misma se utilizó una clave de calificación de la encuesta estructurada de información sobre salud bucal (Anexo 4).

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	-60- 69 -70- 79 -80- 89 -90 y más	Según años cumplidos en el momento de la inclusión.	Números y %
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Femenino -Masculino	Según características biológicas.	Números y %
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	-Sexto grado -Noveno Grado -Preuniversitario terminado -Técnico medio -Universitario	Según el nivel de escolaridad alcanzado hasta el momento del estudio.	Números y %
Enfermedades Sistémicas	Cualitativa Nominal	-Hipertensión Arterial -Diabetes Mellitus -Cardiopatías -Nefropatías -Artritis -Reumatoidea. -Otras	Según la enfermedad referida por el paciente al realizarle el interrogatorio.	Números y %

Enfermedades Bucales	Cualitativa Nominal	-Caries Dental	Presencia o no de lesión cariosa en tejido dental.	Números y %
		-Enfermedad Periodontal	Presencia o no de alteración en la morfología periodontal.	
		-Lesiones de la Mucosa	Presencia o no de neoplasias benignas o malignas o premalignas en cavidad bucal.	
		-Disfunción masticatoria	Presencia o no de brechas edentes o uso de prótesis disfuncional.	
		-Estomatitis Subprótesis	Presencia o no de lesión eritematosa, enrojecida en mucosa bucal debajo de una prótesis, puede aparecer puntos blanquecinos que se desprenden fácilmente.	
		-Candidiasis bucal	Presencia o no de manchas o parches de color blanco, amarillento. Se desprende al frotarla.	

			En caso de duda se confirma con estudio Micológico.	
		-Épulis fisurado	Presencia o no de banda de tejido fibromatoso de base amplia en zonas próximas a las prótesis generalmente desajustadas.	
		-Queilitis angular	Presencia o no de lesión erosiva y/o blanquecina de la comisura labial.	
Factores de Riesgo locales de enfermedades bucales	Cualitativa Nominal	-Tabaquismo -Alcoholismo -Deficiente higiene bucal -Prótesis mal adaptadas -Bordes filosos -Restauraciones defectuosas -Brechas edentes -Dieta Cariogénica	Según lo referido por los pacientes durante el interrogatorio y lo observado durante el examen bucal.	Números y %
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Cualitativa ordinal	-Bueno -Regular -Malo	Si obtiene en el cuestionario 15 a 14 puntos–bueno	Números y %

			13 a 11 puntos – regular Menos de 10 puntos - malo	
--	--	--	---	--

Procesamiento estadístico:

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se utilizó el cálculo porcentual (%). Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Parámetros éticos

Con el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta la confiabilidad en la obtención de los resultados, siendo utilizados solamente por la investigadora, para el análisis de la caracterización del estado de salud bucal de pacientes adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico No 19 del área Sur de Morón, en el período comprendido entre enero del 2018 y febrero del 2020. Se solicitó el consentimiento a los pacientes, explicándoles los aspectos principales del estudio (Anexo 1).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución según edad y sexo de adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico No 19 del área Sur de Morón, en el período comprendido entre enero del 2018 y febrero del 2020. Caracterización del estado de salud bucal de adultos mayores pertenecientes al Consultorio # 19 del área Sur de Morón

Sexo	Grupos etarios								Total	%
	60 - 69	%	70 - 79	%	80 - 89	%	90 y más	%		
Femenino	79	52.3	55	52.9	20	64.5	5	45.5	159	53.5
Masculino	72	47.7	49	47.1	11	35.5	6	54.5	138	46.5
Total	151	50.8	104	35.0	31	10.4	11	3.7	297	100

Fuente: Historia Clínica individual de Estomatología General Integral

En relación con la distribución por grupos de edades y sexo, se expone que 53.5% son mujeres y el grupo de edad que más aportó a la investigación fue el de 60 a 69 años con un 50.8%. La cantidad de pacientes disminuye en cada grupo etario. Los determinantes demográficos del envejecimiento poblacional son la disminución de la fecundidad durante las últimas décadas de causa multifactorial, la disminución de la mortalidad con un aumento en la expectativa de vida y, con un menor aporte, está la emigración esto coincide con los estudios realizados por Rodríguez S (56). La salud oral del adulto mayor puede verse condicionada por el sexo, edad, lugar donde residen, ocupación entre otros factores que podrían contribuir a la aparición de ciertas patologías. Los resultados obtenidos concuerdan con la investigación realizada por Arteaga-Espinoza siendo el grupo de edad más significativo el de 60 a 69 años, así como la distribución según el sexo (48). Igualmente puede observarse que el sexo femenino se encuentra representativo en la mayoría de los grupos etarios, la cual pudiera ser el efecto de la sobre-mortalidad masculina. En este

aspecto se coincide con la mayoría de los resultados de estudios consultados donde se observa la prevalencia de mujeres (16, 33, 38, 49, 52, 53, 54, 55). Sobre la distribución por edades diferentes investigadores utilizan diferentes escalas, aunque se pudo percibir que los que utilizaron las mismas que se reflejan en este estudio, existe similitud en la prevalencia del grupo de 60 a 69 tanto como de 70 a 79 años. Este fenómeno silencioso está reestructurando vertiginosamente la clásica pirámide poblacional en las naciones que lo están experimentando, y su realidad es una advertencia preocupante de que en el corto y mediano plazo el planeta estará compuesto por una población anciana impensada hasta hace muy poco (59). Esto significará proporcionar atención odontológica específica a este grupo poblacional importante, con sus patologías que le son propias y hasta ahora muchas veces descuidadas por malos hábitos sociales de educación e higiene.

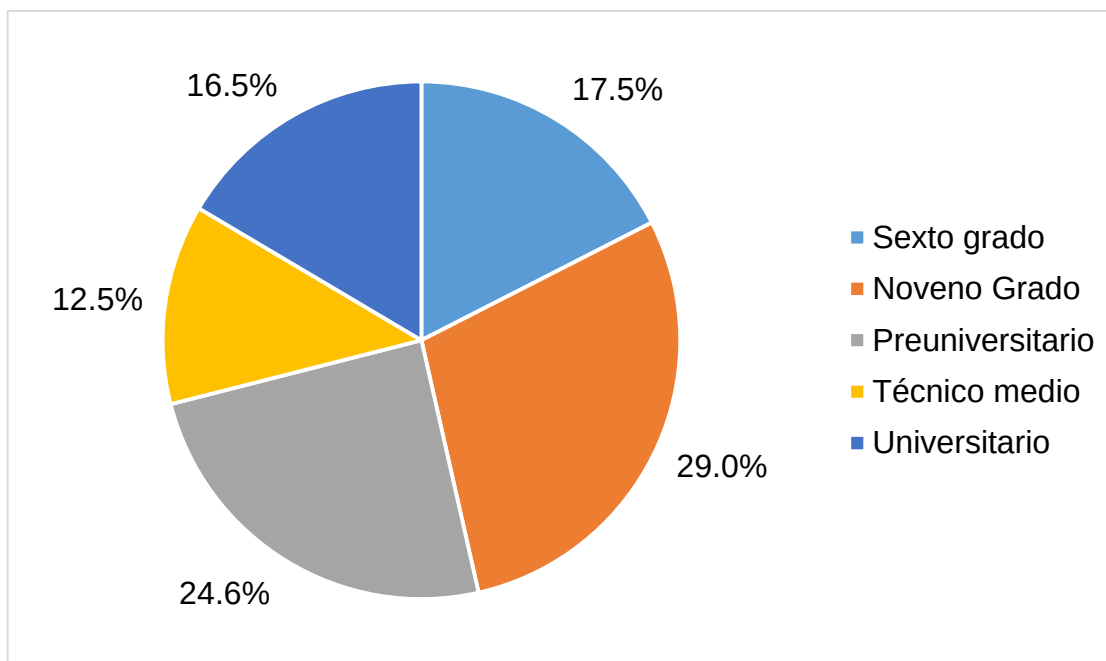


Gráfico 1: Nivel de escolaridad de los adultos mayores.

En este gráfico se muestra la distribución de los 297 adultos mayores según el nivel de escolaridad. En el mismo puede observarse que el mayor porcentaje presenta noveno grado terminado, representado por 86 pacientes, seguido del preuniversitario y de la primaria terminada, 73 y 52 pacientes respectivamente. Estos resultados son similares al estudio realizado por González Ramos en La Habana, donde su mayor número de adultos mayores presentaba noveno grado, seguido del nivel tecnológico-medio (55). Si se compara con el estudio realizado por Ruiz Fraga en Perú, los resultados difieren, ya que la mayor representatividad de su muestra presentaba primaria terminada, secundaria y en menor número era analfabeta (54). Esto se debe a que Cuba, comparado con otros países de América Latina posee un nivel educacional alto. Con la campaña de alfabetización los cubanos que hoy son ancianos lograron aprender a leer y escribir, así como superar sus niveles académicos. Algunos autores consideran que un mayor nivel educacional brinda al adulto mayor la posibilidad de enriquecer su vida, más oportunidades, posibilidades y alternativas para la solución de eventos que puedan afectar y emprender en esta etapa de la vida (53).

Tabla 2: Enfermedades sistémicas de los adultos mayores.

Enfermedades sistémicas	Grupos de edades								Tot al	%
	60-69	%	70-79	%	80-89	%	90 y +	%		
Hipertensión Arterial	28	9.4	19	6.4	20	6.7	6	2.0	73	24.6
Diabetes Mellitus	5	1.7	7	2.4	3	1.0	2	0.7	17	5.7
Cardiopatías	8	2.7	11	3.7	10	3.4	7	2.4	36	12.1
Nefropatías	2	0.7	1	0.3	1	0.3	0	0.0	4	1.3
Artritis Reumatoidea	1	0.3	4	1.3	0	0.0	0	0.0	5	1.7
Total	44	14.8	42	14.1	34	11.4	15	5.1	135	45.5

En esta tabla se aprecia que la presencia de patologías de mayor prevalencia sistémicas registradas en el interrogatorio, fueron la Hipertensión arterial (24.6%) y las Cardiopatías (12.1%), y en menor proporción, la Diabetes Mellitus (5.7%), éstas tienen un alto índice de aparición en los adultos mayores y por ende constituyen un factor en la presencia de enfermedades en la cavidad bucal que a su vez podrían evolucionar en patologías más complejas al no ser tratadas (48). Mosquera Sánchez (48) encontró en su estudio que el mayor número de los pacientes presentaba Hipertensión arterial, coincidiendo con estos resultados, aunque en segundo lugar registró la Diabetes Mellitus y las enfermedades respiratorias. Igualmente se coincide con los estudios realizados por Ruiz Fraga (54), Palomeque Zambrano (15) y Rodríguez Bello (16) en La Habana, quienes obtuvieron mayor prevalencia de pacientes hipertensos. No se coincide con el estudio llevado a cabo por Cardentey J (2) en Pinar del Río, quien en una muestra similar a la de este estudio, encontró mayores por cientos de pacientes adultos mayores con Artritis Reumatoide (18.5%) y Cardiopatías Izquémicas (12.3%). Está fuera de cualquier duda la interrelación de

todas y cada una de las partes y sistemas del organismo. Las enfermedades sistémicas tienen repercusiones importantes en la salud oral como por ejemplo la diabetes mellitus mal controlada provocan mayor riesgo de infecciones orales. Así como al contrario el edentulismo, por insuficiencia masticatoria y deglutoria, puede desembocar en un cuadro de malnutrición proteico-calórica. También puede señalarse que aunque en el grupo de 60-74 existe mayor cantidad de pacientes, la presencia de enfermedades sistémicas es comparable con el grupo de 75- 89 años, lo que demuestra que las mismas son características del envejecimiento poblacional.

Tabla 3: Enfermedades bucales de los adultos mayores según grupos de edades.

Enfermedades Bucales N= 297	Grupos de edades								Total	%
	60-69	%	70-79	%	80-89	%	90 y +	%		
Caries Dental	46	15.5	25	8.4	5	1.7	0	0.0	76	25.6
Enfermedad Periodontal	52	17.5	31	10.4	7	2.4	0	0.0	90	30.3
Lesiones de la Mucosa	5	1.7	6	2.0	3	1.0	2	0.7	16	5.4
Disfunción masticatoria	98	32.9	91	30.6	18	6.1	6	2.0	213	71.7
Estomatitis Subprótesis	0	0.0	8	2.7	5	1.7	4	1.3	17	5.7
Candidiasis bucal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.7	2	0.7
Épulis fisurado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.3
Queilitis angular	0	0.0	0	0.0	3	1.0	2	0.7	5	1.7

Conviene señalar que no existen enfermedades bucodentales específicas de los mayores, ya que pueden darse en cualquier otro grupo etario y debe hacerse especial énfasis que las enfermedades orales, así como surepercusión sistémica, adquieren el mismo comportamiento o patrón que otras enfermedades en los mayores. En esta tabla se aprecia la distribución de las enfermedades bucales presentes en los adultos mayores por grupos de edades. La enfermedad que prevaleció fue la disfunción masticatoria (71.7%), ya sea por presencia de brechas edentes y prótesis dentales desajustadas. En segundo lugar se encuentran los pacientes afectados por alguna periodontopatía (30.3%), seguido por la caries dental (25.6%) y la estomatitis subprótesis (5.7%). Estos resultados no coinciden con los

realizados por Rodríguez S en La Habana (56), donde el 40,1 % presentaban enfermedad periodontal, seguido de la disfunción masticatoria y la caries dental para un 31,4 % y 26,2 % respectivamente. Diferentes autores registran la caries dental como enfermedad sobresaliente (16, 44, 52). Respecto a la alta prevalencia de la disfunción masticatoria en este estudio se coincide con Cardentey (2), Rodas Avellaneda (51) y Reyes Rodríguez (50), quienes registraron altos porcentos de edentulismo. Respecto a la Estomatitis Subprótesis, Cepero Santos (58) encontró un 16,5% de la misma en su estudio; así como una prevalencia de 4.2% de pacientes con queilitis angular. 16 pacientes presentaron lesiones en mucosas, de las cuales 15 tenían características de Leucoplasia y la otra lesión con diagnóstico presuntivo de Épulis fisurado. Con el aumento de la edad la incidencia de caries dental y de enfermedad periodontal disminuye, así como aumenta la aparición de procesos inflamatorios y neoplásicos. Es importante atender y educar a los adultos mayores sobre la necesidad de visitar regularmente al dentista para asegurar que su salud oral se mantenga en buenas condiciones y poder prevenir enfermedades, ya que un diagnóstico temprano puede mejorar su calidad de vida

Tabla 4: Principales factores de riesgo locales de enfermedades bucales.

Factores de riesgo	Grupos de edades								Total	%
	60-69	%	70-79	%	80 - 89	%	90 y más	%		
Tabaquismo	23	7.7	9	3.0	6	2.0	1	0.3	39	13.1
Alcoholismo	9	3.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	10	3.4
Deficiente higiene bucal	27	9.1	31	10.4	13	4.4	9	3.0	80	26.9
Prótesis mal adaptadas	12	4.0	16	5.4	8	2.7	5	1.7	41	13.8
Total	108	36.4	85	28.6	41	13.8	17	5.7	251	84.5

Se ha identificado un grupo importante de factores de riesgo en la patogénesis de la enfermedad bucal y que son muy frecuentes en los ancianos, dentro de ellos y con mayor representatividad se encontraron la presencia de factores de riesgo por grupos de edades. La deficiente higiene bucal fue la más frecuente, presente en 80 pacientes para un 26.9% del total. En segundo lugar se encuentran las prótesis mal adaptadas (13.8%) y en menor número el hábito del tabaquismo, referido por 39 pacientes, para un 13.1%. Se coincide con la investigación realizada por Arteaga-Espinoza S (47), en la cual mostró un alto predominio de higiene bucal deficiente; con la investigación de Pérez B (53), la fue detectada en el 53,1 % de su muestra y con Rodríguez H (61,7 %) (16). En relación al tabaquismo, no se coincide con Ruiz Fraga M (54), quien lo registró en el 2% de su población. Rodríguez S (56) descubrió la frecuencia del tabaquismo y alcoholismo para un 11,5 % y 4,9 % respectivamente. Los resultados claramente muestran que hay una causa más que suficiente para trabajar en la educación y promoción en los adultos mayores. El abordaje de las enfermedades de forma integral necesita del estudio de los riesgos para la promoción, la prevención, establecer un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado. Es esencial entender que aparte de todos aquellos factores de riesgo que

convierten a cualquier paciente en un individuo propenso a sufrir alteraciones de la salud bucal, existen en el paciente geriátrico una serie de características que aumentan este riesgo y que con frecuencia dificultan que todas las medidas preventivas y terapéuticas disponibles puedan llevarse a cabo en forma ideal.

Tabla 5: Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los adultos mayores.

Nivel de conocimiento	Grupos de edades								Total	%
	60 a 69	%	70 a 79	%	80 a 89	%	90 y +	%		
Bueno	37	24.5	23	22.1	9	29.0	1	9.1	70	23.6
Regular	73	48.3	38	36.5	9	29.0	3	27.3	123	41.4
Malo	41	27.2	43	41.3	13	41.9	7	63.6	104	35.0
Total	151	50.8	104	35.0	31	10.4	11	3.7	297	100

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal.

Los conocimientos sobre salud bucal que pueda tener una población, constituyen un eslabón fundamental para prevenir enfermedades, y promover la salud. Esta tabla muestra la distribución de los pacientes según el nivel de conocimientos sobre salud bucal obtenida a través de la encuesta de conocimientos. Puede afirmarse que el conocimiento de la población en general fue desfavorable ya que la mayor cantidad de los pacientes fueron evaluados de regular para un 41.4%, seguido de los evaluados de mal (35.0%) y por último los de bien (23.6%). Los grupos etarios con mayor por ciento de evaluados de mal fueron el de 90 años y más (63.6%) y los de 70 a 79 y 80 a 89 (41.3 y 41.9% respectivamente), mientras que el mayor por ciento de evaluados de regular se encontraban en el grupo de 60 a 69 años (48.3). El nivel de desconocimiento de salud bucal es similar al encontrado por Lauzardo (44) y Cardentey (2). Por el contrario no se coincide con Rodríguez H (16) y Martínez Sánchez (57), ambos estudios realizados en Cuba, donde registraron mayor cantidad de adultos mayores evaluados de mal. 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. Los aspectos educativos refuerzan la importancia de preservar los dientes, limitar la aparición de otras enfermedades bucodentales; es primordial la identificación temprana de factores de riesgo, lo que significa que el conocimiento

puede ser una condición necesaria, pero no suficiente, para que las personas adopten comportamientos saludables. Lo fundamental no es simplemente vivir más tiempo, sino lograr la más alta calidad posible mientras se viva.

CONCLUSIONES

Los adultos mayores en su mayoría eran mujeres, presentaban de 60 a 69 años, y un nivel escolar de noveno grado terminado. Las enfermedades sistémicas más frecuentes fueron la Hipertensión arterial y las Cardiopatías y dentro de las enfermedades bucales la disfunción masticatoria fue la enfermedad bucal que prevaleció, seguido de las periodontopatías, la caries dental y la estomatitis Subprótesis. Asimismo la deficiente higiene bucal fue el factor de riesgo más frecuente y la mayor cantidad de los pacientes presentaron regulares conocimientos sobre salud bucal.

RECOMENDACIONES

1. Extender este estudio a otros consultorios médicos familiares.
2. Aplicar una estrategia de intervención para modificar el estado de salud bucal de los adultos mayores pertenecientes al Consultorio # 19 del área Sur de Morón

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev cuba investbioméd. [Internet]. 2012 [citado 7 feb 2020] Jul-sep; 28(3): 73-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300007&lng=es
2. Cardentey García J, Trujillo Otero PE, Silva Contreras AM, Sixto IglesiaS M, Crespo PalacioS CL. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado .Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016[citado 17 marzo 2020] Pinar del Río 15 (2) abr.-jun. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200008.
3. Dueñas González D, Bayarre Vea Héctor D, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev cuba med gen integr. [Internet]. 2009[citado 7 feb 2020] Jul-sep;25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es
4. Laplace Pérez B, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, CastellanosAlmestoyL. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM Holguín [Internet]. 2013 [citado 7 feb 2020] 17(4) disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n4/ccm08413.pdf>
5. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario demográfico de Cuba, 2018 [en línea]. La Habana: ONE; 2018 [citado 22 May 2019]; Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/13808>
6. Cuba. Minsap. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
7. Silva Contreras AM, Cardentey García J, Silva Contreras A M, Crepo Palacios CL, Paredes Suárez MC. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez". Revciencméd pinar río. [Internet]. 2012 [citado 17 dic 2019]; Sep-oct; 16(5):14-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942012000500004&script=sci_arttext

8. García Alpízar B, Guerra Alfonso A, Benet Rodríguez M. Estado de salud bucodental en el adulto mayor. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [Internet]. 2012 [citado 17 dic 2019]; Medisur 4(2). Disponible:<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/197>
9. Sánchez Murguiondo M, Román Velásquez M, Dávila Mendoza R, González Pedraza Avilés A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2011 [citado 17 dic 2019] 16(2): 110-115. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>
10. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Revhabanciencméd [Internet]. 2016 [citado 17 marzo 2020] 15(1). Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007
11. Sánchez V. perfil epidemiológico bucodental del ancianato “hogar casa Betania” de la ciudad de Zamora, periodo marzo - julio del 2016. Universidad Nacional de Loja; 2016.
12. Chávez B, Manrique J, Manrique J. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Jul-Set. 2014;24(3):199–207. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWjN9K3XzczpAhWITd8KHfrLAKkQFjAHegQICBAB&url=https%3A%2F%2Frevistas.upch.edu.pe%2Findex.php%2FREH%2Farticle%2Fdownload%2F2096%2F2086&usq=AOvVaw1cTWPv_GoxFYtjZYxVT6HE
13. Godoy J, Rey P. Conocimiento en higiene oral de cuidadores establecimientos geriátricos de larga estadía, Valparaíso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 12(1); 12-14, 2019. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v12n1/0719-0107-piro-12-01-00012.pdf>
14. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: MINSAP; 2011.

- 15.** Palomeque Zambrano A. Perfil epidemiológico de salud oral en personas de la tercera edad que habitan en el Asilo Cristo Rey de la Ciudad de Cuenca. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Odontólogo. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24042/1/tesis.pdf.pdf>
- 16.** Rodríguez H, García F, Echemendía Y. Salud bucal y nivel de información en los adultos mayores. Área Norte. Sancti Spíritus. 2011. Gaceta Médica Espirituana. Vol. 17, No. 3. (2015). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v17n3/GME09315.pdf>
- 17.** Vega García E, Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L, Ojeda Hernández M, Cardoso Lunar N, Cascudo Barral N, et al. Atención al adulto mayor [Internet]. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p.488-517 [citado 6 Mar 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/cap55.pdf
- 18.** OMS. Informe Mundial Sobre el envejecimiento y la salud. Organización mundial de la salud. 2001; 43.
- 19.** Álvarez Pablo, Martínez D. Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el Adulto Mayor. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2008. 15 - 19 p.
- 20.** Castrejón Pérez R. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto Nacional De Geriátría. ResearchGate January 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256001282_Salud_Bucal_en_los_Adultos_Mayores_y_su_Impacto_en_la_Calidad_de_Vida/link/0deec52160dd3dd75d000000/download
- 21.** Gonzales L, Escobar G, Turizoa A, Velez M, Cardona D. Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. Rev Nac Odontol [Internet]. 2011;7. Available from: file:///C:/Users/Jenifer Mosquera/Downloads/document (1).pdf

- 22.** Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, Quintana X. Cambios bucales en el adulto mayor. Oral Chang older adult [Internet]. 2007;33–54. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v44n4/est11407.pdf>
- 23.** Meneses Gómez E. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Memoria para optar al Grado de Doctor. Madrid, 2010. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>
- 24.** San Martín C, Villanueva J, Labraña G. Cambios del sistema estomatognático en el paciente adulto mayor (II parte). Revista dental de Chile. 2002; 93(3):23-6.
- 25.** Molina L. Algunos problemas que plantea el ejercicio de la estomatología geriátrica. Tesis Cirujano Dentista. Guatemala, Guatemala. Facultad de Odontología, Universidad Francisco Marroquín; 2003.
- 26.** Barrera L, Rubio R, Rubio L, Quintero M, et al. La Salud de los adultos mayores: una visión compartida. Organización Panamericana de la Salud. 2ª ed. Washington D.C: Organización Panamericana de La Salud; 2011.
- 27.** García Alpizar B, Benet Rodríguez M, Castillo Betancourt EE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Medisur [Internet]. 2010 [citado 12 Abr 2015];8(1):36-41. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n1/v8n1a1052.pdf>
- 28.** Vejez y vida. Aspectos básicos sobre el envejecimiento. Barcelona: Vejez y vida.; 2011. (Citado el 24 de Agosto del 2014). Disponible en: <http://www.vejezyvida.com/aspectos-basicos-sobre-el-envejecimiento>
- 29.** Viswanath V, Nair S, Chavan N, Torsekar R. Caviar tongue. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011; 77(1):78-9.
- 30.** López Verdín S, Bologna molina R, Sánchez becerra A, Horta sandoval A. Revista Tamé. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. Tame. 2013;2(4):100–5.
- 31.** Giacaman R, Muñoz C, Bravo E, FarfanP. Cuantificación de bacterias relacionadas con la caries dental en saliva de adultos y adultos mayores. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral. 2013;6(2):71–4.
- 32.** Espeso Napoles N, MuletGarcia M, Gómez Mariño M, Más Sarabia M. Enfermedad periodontal en la tercera edad. Arch Médico Camagüey. 2007;10(1).

- 33.** Correa E, Kurt D, Espinoza D, Ariza T, Alarcon M. Enfermedad periodontal y disfunción eréctil. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral [Internet]. 2015;8(1):93–7. Availablefrom: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331042275014>
- 34.** Way S. El envejecimiento y la salud bucal. Delta Dental [Internet]. 2018 Jul; Availablefrom: https://es.deltadentalins.com/oral_health/seniors.html
- 35.** Carvajal P. Revista Clínica de Periodoncia. Implantología y Rehabilitación Oral Enfermedades periodontales como un problema de salud pública : el desafío del nivel primario de atención en salud. 2016;9(2):2–8.
- 36.** Newman H., Takei H., Perry R. Periodontología Clínica de Carranza. In: 11th ed. 2014.
- 37.** Calleja Olvera J, Mazariego Cuervo M, Lozano Dávila M, Quiroz Pavón A, Luna Bañuelos A, Sanz Beard C. Odontogeriatría: guía de consulta para el medico de primer nivel de atencion. Secretaria de salud, Centro Nacional de Programas preventivos y control de enfermedades. Mexico; 2010. 1-21 p.
- 38.** Bustilos-Ramirez L, Arellano-Gámez L, Zambrano-Vergara R, Manoochehri-González A. Prevalencia de caries y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados en Mérida – Venezuela. Revista Odontológica De Los Andes. VOL. 10 - Nº 2 - JULIO-DICIEMBRE 2015. PÁGS. 19 – 24. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/40812/articulo3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 39.** García López E, Blanco Ruiz A, Rodríguez García L, Reyes Fundoa D. Queilitis. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011;8(1817-5996):8. Availablefrom: <http://files.sld.cu/reuma/files/2012/04/artritis-reumatoide-pdf.pdf>
- 40.** Robles Leiva, L, SotacuroTaipe. Hábitos de higiene y salud bucodental en adultos mayores del Hogar de Ancianos Santa Teresa Jornet Huancavelica 2018. Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Huancavelica – Perú 2018. Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2153/26-.%20T051_71615656.PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 41.** Regezi J. patología bucal correlaciones clinicopatológicas. tercera ed. McGRAW-HILL MTERAMENCANA S.A, editor. New York. 2000. 656 p.

42. Consejo de salubridad General de Mexicano. Diagnóstico y Manejo De los Problemas Bucales en el Adulto Mayor: Guía de Referencia Rápida.
43. de las N B, Pérez L, Legrá S, Fernández J, Quiñones D, Piña L, Castellanos L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Correo Científico Médica. Artículo de revisión. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2013/ccm134h.pdf>
44. Lauzardo G, Gutiérrez M, Quintana M, Gutiérrez N, Fajardo J. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. Venezuela. Ciencias Epidemiológicas Y Salubristas. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n4/rhcm20409.pdf>
45. Gonzáles Ramos RM, Herrera López IB, Osorio Núñez M, Madrazo Ordaz D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 20 Jul 2013];47(1): 105-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009
46. Nicot RF, Delgado Álvarez I, Soto Martínez G. Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 1995 [citado 12 Abr 2015];32(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol32_2_95/est03295.htm
47. Arteaga-Espinoza S. Guillén-Mendoza R, Figueroa-Suárez J. Conocimientos sobre salud bucal en los pacientes geriátricos. Revista Polo Científico. Pol. Con. (Edición núm. 5) Vol. 2, No 3, Marzo 2017, pp. 136-146. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
48. Mosquera Sánchez J. Caracterización de la morbilidad oral del adulto mayor. Parroquia Guanando, 2019. Proyecto de investigación para optar el título de Odontóloga. Riobamba – Ecuador. 2019. Disponible: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6274/1/%E2%80%9CCARACTERIZACI%C3%93N%20DE%20LA%20MORBILIDAD%20ORAL%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20PARROQUIA%20GUANANDO%2C%202019%E2%80%9D.pdf>

49. Joya L. y Quinteros L. "Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales", en la ciudad de Manizales Colombia del 2015(artículos científico)
50. Reyes J, Rodríguez L, Paz-Soldán R, García V. Determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizadas residentes en lima, Perú. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2013
51. Rodas Avellaneda C, et al. Estado bucodental de adultos mayores institucionalizados mediante un programa público en villavicencio, durante el primer semestre de 2014. Investigaciones Andina no. 33 Vol. 18. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/646/585>
52. Almirón PA, Britez E, DenisSE, Macchi AA, Maidana JA, Morales Aet al. Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico "Abue-Club", Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016; 14(1):32-39. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi4vZn5zMzpAhXPmOAKHXTCAI84FBAWMAF6BAgDEAE&url=https%3A%2F%2Frevistascientificas.una.py%2Findex.php%2FRIIC%2Farticle%2Fdownload%2F771%2F611&usq=AOvVaw2n2kZ0Uv_DmbjtUyZ2BMzv
53. Pérez B, González W, Ortiz C, Cuevas M, Gutiérrez I. Caracterización de la autoestima e higiene bucal en el adulto mayor, Santiago de Cuba 2017. Revista Informática Científica. Volumen 98 No. 5 septiembre-octubre 2019. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1025003/2551-10650-1-pb.pdf>
54. Ruiz Fraga M. Perfil epidemiológico bucal del adulto mayor en el CENTRO Gerontológico Perú Del Issste. Tesis para obtener el grado de: MAESTRÍA en Salud Pública con área de concentración en Epidemiología. Tlalpan, D.F. 2011. Disponible en: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/050617.pdf>
55. González Ramos, Rosa María; Madrazo Ordaz, Daisy Elena; Abreu López, Miriam; Osorio Núñez, Maritza; Mena Madrazo, Diana Rosa Conocimientos sobre factores de riesgo de salud bucal en adultos mayores de círculos de abuelos. Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 11, núm. 4, 2012, pp. 519-527. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Ciudad de La Habana, Cuba. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180425056012.pdf>

- 56.** Rodríguez S, Ramos R, López A, Vázquez J. Enfermedades bucales y factores de riesgo de los adultos mayores de Centro Habana. GEROINFO. RNPS 2110 Vol.13. No.3. 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2018/ger183b.pdf>
- 57.** Martínez Sánchez N, et al. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los trabajadores del Semi-Internado Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo. 2014-2015. Multimed. Revista Médica. Granma, 2015; 19(6). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul156g.pdf>
- 58.** Cepero Santos A, et al. Estado de salud bucal y diabetes mellitus asociada en adultos mayores. Medimay 2017 Ago;24(2):112-123 ISSN. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2017/cmh172b.pdf>
- 59.** Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: Una aproximación personal. Odontol. Prev. 2008;1(2):73-82. Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN1888-6450. Universidad de Tübingen (Alemania). Disponible en <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf&ved>

ANEXOS

Anexo 1: Modelo de consentimiento informado.

Fecha: __/__/__

Por este medio yo _____, de
constancia de mi consentimiento para contribuir en la investigación: Caracterización
del estado de salud bucal de adultos mayores pertenecientes al área Sur de Morón,
conociendo que el mismo no representará ningún riesgo para mi estado y salud en
general.

Firma: _____

Gracias por su colaboración.

Anexo 2: Historia clínica Individual de estomatología, modelo 4702-4.

MOD. 47-02-4		HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA		FECHA	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGÍA				No. DE H. CLÍNICA	
UNIDAD:		CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCIÓN:					
EDAD:	SEXO:	MAS. ()	FEM: ()	ESCOLARIDAD:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (Personal-Familiar)					
Hemorragicos reac- ción a Medicamentos.					
HÁBITOS					
Succión Lengua					
Protráctil, Cepillado					
Bruxismo, Tabaquismo					
Café, Alcohol y otros.					
EXAMEN BUCAL (Señalar Afectaciones)					
EXAMEN FÍSICO General (Piel y Mucosas, Hábito Externo)					

Anexo 3: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal.

1.- ¿Qué enfermedades Bucales usted conoce?

___ Caries dental. ___ Enfermedad periodontal.

___ Maloclusiones. ___ Cáncer bucal.

2.- ¿Qué importancia le atribuyes a mantener la boca sana?

___ Para masticar ___ Para hablar bien.

___ Para una buena digestión. ___ Para verse bien.

___ Para no tener mal aliento. ___ Para tener buenas relaciones humanas.

3.- ¿Por qué Usted cree que las personas pierden los dientes?

----- Por la vejez ----- Por el embarazo.

----- Por no visitar el estomatólogo ----- Por no cepillarse los dientes ni encías.

----- Por comer dulces con mucha frecuencia.

4.- ¿Es necesario cepillar la prótesis dental?

Sí ----- No-----

5.- Cuántas veces al día se debe cepillar los dientes?

-----Ninguna-----Una vez-----Dos veces-----Tres veces-----Cuatro veces

Anexo 4: Calificación de la encuesta estructurada sobre salud bucal.

Pregunta 1: Si responde las cuatro opciones recibirá un punto por cada una. Total 4 puntos.

Pregunta 2: Recibirá un punto por cada opción si responde Total 7 puntos.

Pregunta 3: Se le otorgará un punto a las opciones: por no visitar al estomatólogo, no cepillarse los

dientes y encías, comer dulces con mucha frecuencia. Total 3 puntos.

Pregunta 4: Recibirá un punto por la opción. Total 1 punto.

Pregunta 5: Se le otorgará un punto por la opción de 4 veces al día. Total 1 punto.

Total 16 puntos

Escala Calificación	Escala	Puntuación
Bien	15 a 14 puntos	100
Regular	13 a 11 puntos	80
Mal	10 puntos o menos	60