

**REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EN LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



Trabajo final de grado para optar por el título de:
Doctor en Odontología

**“Necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos
mayores jóvenes”**

Estudiante:

AA Christian Estrada
16-0926

Los conceptos emitidos en el presente trabajo final son de la exclusiva responsabilidad del estudiante.

Docente Especializado:

Dra. Aida Brache

Docente Titular:

Dra. Patricia Grau

Santo Domingo, Distrito Nacional

Martes 27 noviembre, 2020

“La gente positiva es la que se cae, se levanta, se sacude, se cura los raspones, sonrío a la vida y dice: Allá voy de nuevo”.

-Anónimo

DEDICATORIA

Este trabajo final de grado de tipo revisión de literatura se lo dedico a grandes personas que en mi vida representan un ejemplo a seguir, de amor y respeto:

- Mis abuelos Málvida y César Palomeque: les dedico esto por enseñarme que aún dejando una vida en Cuba e iniciando desde cero en los Estados Unidos se puede progresar y salir adelante a pesar de adversidades.
- Mi abuelo Rene Estrada: por el cariño y las lesiones aprendidas de él, que al igual que mis abuelos maternos Málvida y César, abandonaste Cuba con mi abuela Lidia para lograr el sueño americano.
- Mi tía política Vivian Taveras: por demostrarme que las amistades pueden vencer la barrera del tiempo, y que siempre me quisiste como si fuera tu familia (#fuckcancer).

Con amor,

Christian Estrada

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo revisión de literatura bajo el tema de *“Necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes”* que corresponde a mi trabajo final de grado de la carrera de Odontología, se lo agradezco principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en la carrera de odontología.

También a mí prometida Marvia Marie Almánzar, quién me apoyó en este trayecto por los últimos 3 años, quien sin pensarlo dos veces me brindaba su ayuda, su comprensión y su amor. Te amo.

En el transcurso de mi vida encontré a muchas personas que me dijeron que no podía llegar hasta aquí, que solo gastaría mi tiempo. Pero, con esfuerzo y esmero les enseñé que se equivocaron. Hoy les dejo de enseñanza que querer es poder. A su vez, hay muchos jóvenes que no se gradúan de la universidad o proceden a la deserción universitaria porque se ponen limitantes mentales que solo este es capaz de romper, yo soy prueba de esto.

Con amor,

Christian Estrada

RESUMEN

Con el paso de los años en el ser humano se va deteriorando su salud y, se ven afectados diversas áreas, como lo es la cavidad bucal. El propósito del estudio es describir la necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes, desarrollado mediante una revisión de sistemática de artículos científicos. Además, se compararon sus conclusiones en la discusión y se concluyó que, el hecho de encontrarse en la tercera etapa de edad, posibilita un sin número de afecciones bucales, pero esto muchas veces dependerá de la calidad de vida del paciente, la cual fue medida con el Test GOHAI y el Test de Xerostomía. También, se concluyó que es necesario en las universidades la implicación en el pensum académico de una asignatura especializada en para pacientes de este rango de edad.

Palabras claves: adultos mayores jóvenes, xerostomía, GOHAI, prótesis y enfermedades bucales.

ABSTRACT

Over the years human health deteriorates, and various areas are affected such as the oral cavity. The purpose of this study is to describe the need for dental treatment in young old adult patients, developed through a systematic review of scientific articles. In addition, their conclusions were compared in the discussion it was concluded that, being in the third stage of life, makes a possible number of oral affections, but in many times, it will depend on the quality of life of the patient, which was measured with the GOHAI Test and the Xerostomia Test. Also, it was concluded that it is necessary in universities to involve a specialized subject in this age range in the academic curriculum.

Keywords: Young older adult, xerostomia, GOHAI, prosthetics and oral diseases.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
Palabras claves:.....	5
ABSTRACT	6
Keywords:	6
ÍNDICE	7
1. INTRODUCCIÓN	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. MARCO TEÓRICO	16
4.1 ANTECEDENTES	16
4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	20
4.2.1 Generalidades del Adulto Mayor Joven.....	20
4.2.1.1 Adulto Mayor Joven.....	20
4.2.1.2 Cambios Psicológicos Propios del Envejecimiento	21
4.2.2 Envejecimiento	22

4.2.3	Afecciones de Salud Comunes en el Adulto Mayor Joven	22
4.2.4	Medicaciones en el Adulto Mayor Joven	27
4.2.5	Condición Bucal en el Adulto Mayor Joven	28
4.2.6	Alteración Dental	31
4.2.7	Modificaciones en la Mucosa dental y el Periodonto	32
4.2.8	Cambios Óseos	32
4.2.9	Pérdida del Hueso Alveolar	32
4.2.10	Modificaciones en la Lengua	33
4.2.11	Cambios en la Masticación.....	33
4.2.12	Calidad de Vida relacionada a la Salud Bucal del Adulto Mayor Joven.....	34
5.	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	37
5.1	Metodología para la recolección de bibliografía.....	37
6.	DISCUSIÓN.....	39
7.	CONCLUSIÓN.....	42
8.	RECOMENDACIONES.....	44
9.	PROSPECTIVA.....	45
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
11.	ANEXOS	56
11.1	ENCUESTA DE XEROSTOMÍA	56

11.2 CUESTIONARIO DEL ÍNDICE GENERAL DE VALORACIÓN DE SALUD BUCAL (GOHAI).....	57
11.3 CARTA APROBACIÓN DEL TEMA.....	59

1. INTRODUCCIÓN

La tercera etapa de desarrollo de la vida es la ancianidad que viene siendo la continuación de la adultez y se considera la última etapa de la vida (1). Este periodo de la vida tiene sus inicios a partir de los 60 años y continua hasta la muerte, en el cual pueden existir diferentes efectos que se pueden presentar hombres y mujeres a la hora de llegar a esta, por lo que no solo va a depender de su género y estado de salud, sino de la importancia de las actividades que realizó en las etapas pasadas a la tercera edad y las que siga realizando en la última etapa de la vida (2). Se observa que si la persona antes de llegar a la tercera etapa tenía una vida llena de actividades físicas o intelectuales los efectos al alcanzar la última etapa de la vida son menores. (3) (4)

Es que, se hace imprescindible conocer las diversas variaciones fisiológicas que se relacionan con la edad, lo que permite conceptualizar una disimilitud entre los síntomas y enfermedades propias del envejecimiento. Siendo, las más comunes la hipertensión arterial o la diabetes (5). Se hace indiscutible, que la multiplicidad de problemas que enfrentan las personas adultas mayores requiere la consideración de todos los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de una manera individual (6). Aunque, como muchas veces se piensa el envejecer no es sinónimo de enfermarse, es más bien es un proceso natural (7). En el camino hacia el proceso del envejecimiento suceden modificaciones en los sistemas y órganos del cuerpo, en este proceso de envejecer incrementa el peligro adquirir enfermedades e incapacidades, por lo que, se hace necesario tener un plan de ataque que busque mejorar la salud del adulto mayor, no es mito cuando en el argot popular se menciona que la salud empieza por la boca, se deben

mejorar las condiciones de la salud bucal como método de preparación para la vejez (8). Una buena salud bucal es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida (9). El concepto de salud bucodental se concreta como la ausencia de enfermedades, entre ellas el cáncer bucal, infecciones, dolor orofacial, dolor de garganta, enfermedades periodontales, pérdida de la dentadura, caries, entre otras enfermedades. También, existen desórdenes que afectan al adulto mayor en funciones y acciones como morder, masticar, hablar e incluso sonreír. (10)

Ahora bien, cuando la persona se hace mayor tienden a presentar pérdida de dientes, caries dentales, enfermedad de las encías (periodontitis), boca seca (xerostomía) y lesiones de cáncer oral, lo cual al final afecta la calidad de vida y el bienestar general (11). Una de las funciones que se pueden ver afectadas por las pérdidas dentarias es la capacidad de masticar y comer una gran variedad de alimentos, por lo que, se hace necesario una prótesis dental para restaurar estas funciones (12). Esto causa una deficiente ingesta dietética y pérdida de peso. Otra alteración es interrupción el sueño y la capacidad de relajarse (13). Además, la pérdida dental afecta la apariencia, el autoestima y la confianza en sí mismo, así como su capacidad para hablar y comunicarse de manera efectiva. (14) (15)

Por lo antes mencionado, esta revisión de literatura trata de dar a conocer la calidad de la salud bucal de los pacientes adultos mayores jóvenes, estos son los que se encuentran en edades comprendidas entre los 60 a 74 años de edad. Siendo entonces, el objetivo de la presente revisión de literatura es describir la necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce como vejez a la agrupación de alteraciones psicológicas, biológicas y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja secuelas a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en su interacción con el medio y su estilo de vida, que repercute en el sistema social y económico de la sociedad (16). Siendo esto, un proceso que todos los seres humanos pasarán en algún momento de sus vidas se hace imprescindible la prevención de enfermedades.

Una de las áreas de prevención es la salud bucal. Luego, de que la persona envejece hace descuido al cuidado personal y esto es porque se ven afectadas dos funciones de gran importancia: las funciones fisiológicas y las funciones fundamentales. Las funciones fisiológicas relacionadas con la cavidad bucal quien es el origen del sistema digestivo, son todas aquellas como conforman el bolo alimenticio, masticar, cortar, la deglución para dar inicio al proceso de alimentación. Las funciones fundamentales, que son todas aquellas podríamos llamar de interrelación social: comunicación por medio de gestos y/o palabras, sonreír, besar, coquetear, sexo (17). En función a estas alteraciones en esta etapa de la vida, las acciones del diario vivir dependen de otra persona, papel que lo vienen a ocupar un familiar y/o cuidador.

Meneses Gómez (17), menciona que cuando no existe salud bucal, el desempeño de las funciones se ven perjudicadas, así mismo, también se ven afectadas todas las categorías del adulto mayor en cuanto a lo psico-socio-afectiva y a la función biológica. En pacientes adultos mayores jóvenes el hecho de la ingestión de fármacos para enfermedades sistemáticas que posea el paciente contribuye al desgaste de la cavidad

bucal. Debido a esto, la xerostomía se convierte la enfermedad más común, generando sensación de resequedad por la alteración de las glándulas salivales. Es muy frecuente cuando estos pacientes tienen terapia con determinados fármacos, como lo son: antihistamínicos, antihipertensivos, diuréticos y fármacos oncológicos. (17)

Por lo tanto, este tipo de proceso cae en la rama de la odontología llamada odontogeriatría. La misma, es conocida como el envejecimiento orofacial debido a los diferentes cambios que se producen en la vejez, siendo esta una de las ramas de la odontología. En las estructuras orales suceden variaciones propias del envejecimiento, la ausencia parcial o total de los dientes no son propio de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud oral del paciente y un sin número de situaciones que se pueden producir sobre todo cuando el paciente geriátrico llega a esta etapa con un déficit de una de las cosas más imprescindibles en una buena salud bucal como es la higiene, donde la calidad de vida del pacientes se tornara comprometida, ocasionando una series de eventualidades tanto en su salud general como bucal. (18)

El hecho de que esta sea una población muchas veces descuidada e incluso olvidada, el conocimiento escaso de los profesionales en del área sobre el manejo del paciente y los familiares quienes cuidan a los adultos mayores jóvenes forman parte de las motivaciones para estudiar este tema. Así mismo, el hecho de ampliar este tema mediante el uso del Test de Xerostomía y el Test GOHAI, son un referente para demostrar de cómo cambia la salud oral en adultos mayores jóvenes (60-74 años).

En relación a lo antes expuesto se realiza esta revisión de literatura para conocer la necesidad de tratamientos odontológicos en adultos mayores. Por lo tanto, luego plantear esta problemática surgieron las siguientes interrogantes de investigación:

- ¿Cuáles son los cambios en la condición bucal de los adultos mayores jóvenes?
- ¿Qué necesidad protésica puede presentar un adulto mayor joven?
- ¿Qué papel juega la higiene bucal con la salud oral de los pacientes adultos mayores jóvenes?
- ¿Cuáles son las afecciones del paciente adulto mayor joven?
- ¿Qué nivel de calidad de vida relacionada a la salud oral pueden poseer los pacientes adultos mayores jóvenes?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar cuáles son los cambios en la condición bucal en los pacientes adultos mayores jóvenes.
- Informar el papel que juega la higiene bucal con la salud oral de los pacientes adultos mayores jóvenes evaluados.
- Definir cuáles son las afecciones del paciente adulto mayor joven.
- Analizar la calidad de vida relacionada a la condición bucal de los pacientes adultos mayores jóvenes.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

Los autores Aranza et al. (8), en el año 2000, publicaron la “Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad”, donde se propuso comprender la evidencia de caries coronal y radicular, usando como metodología para sustentar el estudio una muestra poblacional de 61 personas, ancianos de 60 a 90 años de edad. Para obtener el valor clínico de caries coronal se utilizó el índice CPOD de Klein y Palmer y la valoración radicular con el Índice de Caries Radicular de Katz (RCI). Para la población encuestada, el CPOD resultó 18.3 (DE \pm 7.7). El promedio menor de caries coronal resultó en los ancianos de 66 a 70 años 15.9 (DE \pm 8.4) aumentándose este conforme incrementa la edad, por lo tanto, a los 81 y más años de edad el CPOD fue de 23.0 (DE \pm 5.0). La distribución porcentual de caries radicular señala un RCI de 34.4% como resultado de afectación en el total de la dentición de esta población, aumentando conforme avanza la edad. En donde, se concluye que las caries radiculares son la más frecuente en el anciano. Además, se concluyó en este estudio que las caries coronales son más frecuentes en adultos mayores debido no asistencia a un profesional del área.

En el 2001, los autores Reguera et al. (19), estudiaron la “Autonomía y validismo en la tercera edad” el objetivo fue dar a conocer el grado de autonomía y validismo alcanzado por la tercera edad en 2 consultorios médicos. Utilizando una metodología de encuesta a pacientes que visitaron los consultorios médicos del Policlínico Comunitario Tula Aguilera, entre los 60 y 89 años, por lo que en total se obtuvo una muestra de 215 pacientes. La metodología consistió en aplicar una encuesta antes y después de la

intervención por parte de los autores tanto a hombres como a mujeres. Los resultados arrojaron una evaluación desfavorable en el comportamiento y conocimiento sobre autonomía y validismo antes de aplicar la intervención, se observó en los consultorios mejor comprensión para los pacientes de la tercera edad y un evidente crecimiento en la autonomía y validismo por edad y género luego de llevar a cabo el estudio, a pesar de que con el incremento de la edad estas variables disminuyen.

En el año 2002, De Lurdes Gonçalves (20), en la Universidad de Extremadura de España, estudiaron la “Calidad de vida de las personas mayores”, lo que implicó considerar dimensiones emocionales, materiales de la salud y sociales. La investigación tuvo como objetivo principal dar a conocer la calidad de vida de las personas de edad e identificar cuáles son los principales factores que influyen en su consecución. Para realizar dicha investigación se eligió una población de 979 personas mayores, 399 varones y 580 mujeres del distrito portugués de Brangança. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico y transversal donde se observó que, de todos los participantes en el estudio, el 77,6% tenía una alta calidad de vida y 22,4% tenía baja calidad de vida. Las personas con mejor nivel socio-económico poseían mejor calidad de vida. Además, los resultados estadísticos revelaron una relación significativa entre calidad de vida y la edad.

Meneses Gómez (17), en el 2010 en la Universidad Complutense de Madrid, España, publicó la “Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores”. Esta investigación, pretendió analizar en un colectivo de mayores, la relación entre el estado clínico bucodental, la autopercepción que ellos tienen de su estado bucal y el diagnóstico de su calidad de vida oral con el uso del índice GOHAI. Se evaluó una muestra (n=209) de

sujetos mayores de 55 años que asistieron a la recepción de la clínica de adultos de la Universidad Complutense de Madrid. Tras la aplicación de una encuesta y un examen, indicados en una ficha de trabajo, se realizó la evaluación del estado bucodental, el examen de calidad de vida oral (índice GOHAI), el concepto de autoevaluación de salud bucodental y además de otras variables sociodemográficas y de comportamiento. Con el uso de herramientas estadísticas, se obtuvieron resultados que indican una edad media de 68,3 años ($DE \pm 7,7$) y una participación mayor de varones (51,7). El estado bucodental indica valores negativos en el CAOD (21,86), ICR (27,71), y con estados de enfermedad periodontal moderada. El índice GOHAI de 39,12 ($DE \pm 4,96$) indicó un valor de calidad de vida oral bajo, respecto a la escala de valores utilizada por sus autores y la autopercepción de la salud es buena en el 24, regular en el 44 y mala para el 31 de la muestra. Los datos clínicos siendo negativos, coinciden con los valores negativos del GOHAI; pero aparentemente contrastan en los sujetos que tienen una percepción positiva de su condición bucal.

En el año 2010, Razak et al. (21) afirman que la salud oral no está separada de la salud general, pero mantener la salud oral es definitivamente difícil y diferente en la vejez en su artículo denominado "Salud bucal geriátrica: revisión de la literatura". A pesar de que pocos ancianos tienen una situación física o mental que requiere un interés particular en el lugar de trabajo dental, no se debe suponer que todas las comunidades de ancianos compartan estas circunstancias. Para alcanzar la salud, es necesario conocer algunos aspectos de la vejez. En donde, deducen que a medida que avanza la vejez, los tejidos corporales se vuelven más duros, la recolección de productos de desecho en las células del cuerpo y la pérdida de lubricación conducen a funciones dañadas de diversos

órganos. El diseño e implementación de protocolos integrales de odontología preventiva para personas mayores se presenta a la profesión dental con muchos desafíos.

En el 2011, Cardentey et al. (22), realizaron un estudio descriptivo y transversal desde octubre de 2009 hasta julio de 2010, mediante una encuesta a 1,563 pacientes mayores de 60 años titulado “Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado”. Luego de realizar la encuesta a 1,563 pacientes mayores de 60 años y solo se utilizó una muestra de trabajo de 390 pacientes, utilizando un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal para analizar los datos recolectados. En donde, se estudiaron las variables: edad, sexo, nivel educacional, ocupación, enfermedades sistémicas, factores de riesgo, alteración mucosa, ubicación de la alteración, estado de la dentición, estado periodontal, necesidad de prótesis, tipo de prótesis y el conocimiento sobre salud bucodental. Se finalizó con que los pacientes de la tercera edad demandan una atención multidisciplinaria y estomatológica necesaria continua. Debido a que, en esta fase de la vida la persona nota una serie de cambios que pueden ser desconocidas y difíciles a las que hay que acostumbrarse de forma conveniente y que dependerá las habilidades propias en el control y manejo de estas, también el soporte que la sociedad le puede brindar. Muchas veces, estas situaciones pueden generar mucho estrés lo que resulta dañino para la salud general de los adultos mayores.

En el 2016, Molés Julio (23), publica la investigación llamada “Análisis de la fragilidad en la población mayor de Castellón de la Plana”. Se utilizó un estudio observacional de corte transversal. Fueron estudiados 326 personas mayores de 75 años de edad, moradores de Castellón de La Plana, España. El cuestionario recogió variables dependientes e

independientes, de las se estudiaron todas. En el caso de las variables dependientes se destacan el miedo a caer y las caídas en el último año del adulto mayor. Para las variables independientes se encontraron el equilibrio, factores demográficos, la marcha, la calidad de vida y el estado de salud. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos de medida validados, que fueron incluidos en la encuesta FRALLE (fragilidad Lleida). Luego, se comenzó un análisis descriptivo y analítico de las variables recogidas en la valoración. Los resultados concluyeron que, con respecto a la Unión Europea, Castellón De La Plana tiene características similares. La frecuencia de caídas era 26% y de miedo a caer del 46%. Entre el miedo a caer y las caídas la relación que se encontró fue que asocia a factores como el equilibrio, sociodemográficos, y la marcha, calidad de vida y estado de salud. Así se observó 70,5% de fragilidad en las personas que han caído el último año y un 77,8% de fragilidad en las personas con miedo a caer.

4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.2.1 Generalidades del Adulto Mayor Joven

4.2.1.1 Adulto Mayor Joven

Adulto mayor joven es el calificativo que reciben quienes son miembros de un grupo que abarca personas que tienen o sobrepasan los 60 años de edad. Usualmente, se considera a una persona un adulto mayor no solo por haber alcanzado esta edad, sino también porque comienzan a pertenecer en un grupo que es de la tercera edad o ancianos. El adulto mayor joven, se encuentra en la última fase de vida, la cual contiene los proyectos de vidas de los mismos realizados y se están en búsqueda de lo que les queda de vida pasarlo en serenidad. (24)

Otro concepto emitido lo desarrolla Solano Solano (24), en donde enuncia que el adulto mayor es el adulto en total encuentro con la tercera etapa de la vida; cuando se utilizan los vocablos de ancianos y personas adultas mayores son lo mismo, sin embargo el termino ha cambiado con el paso de los años para honrar a los ancianos sin importar referencias excluyentes y estigmatizadas, de manera que, un adulto mayor joven es aquella persona con 60 años hasta 74 años, sin importar género, color, raza, religión y/o posición social y económica.

4.2.1.2 Cambios Psicológicos Propios del Envejecimiento

Al momento que el ser humano se convierte en adulto mayor joven puede presentar cambios en lo que respecta a cambios psicológicos, entre los cuales se pueden dividir en 3 grandes grupos como afirman Castanedo Pfeiffer y Cobo Sanabria (25):

- Alteraciones funcionales y anatómicas en los órganos de los sentidos y en el sistema nervioso.
- Transformación en las funciones cognitivas.
- Cambios en la afectividad: pérdida, modificaciones de la personalidad.

A su vez, los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. Existen personas que viven con una gran preocupación porque en un futuro sus funciones tendrán un declive. Muchas no valoran estas de manera adecuada. A la llegada de la etapa del adulto mayor, este se puede tener un decrecimiento en las capacidades cognitivas, pero esto dependerá también de otros factores asociados al envejecer. (25)

4.2.2 Envejecimiento

Se conoce como el proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que conlleva una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes. Hay 3 tipos de envejecimiento que puede presentarse en el ser humano: el primario, intrínseco y el secundario. Como desarrollan los autores Alonso Galbán et al. (26), cuando se habla de envejecimiento primario se refiere al conjunto de procesos causantes de cambios contemplados con la edad y no relacionados un padecimiento. Mientras que, el envejecimiento intrínseco es aquel que se produce en las personas cuando son sometidos a la acción de sucesos ocasionales, que suceden a lo largo del tiempo de vida. En el proceso de envejecimiento secundario son las afecciones de salud de índole grave y las transformaciones adaptativas para preservar la homeostasis del ámbito interno que se destacan en esta clasificación.

Sea cual sea la naturaleza del envejecimiento apreciado, la propiedad esencial frecuente es el deterioro y/o ausencia de la reserva funcional, por lo tanto, genera sospecha de maltrato externo debido a la reducción de los mecanismos de respuesta y su capacidad de mantener el balance del recurso interno. (26)

4.2.3 Afecciones de Salud Comunes en el Adulto Mayor Joven

La Organización Mundial de la Salud (OMS), infiere que el estado de vejez se determina por la llegada de complicaciones de salud que se relacionan con la llegada a la tercera edad, cuyas manifestaciones se conocen como síndromes geriátricos (9).

Frecuentemente estos son ocasionados por múltiples factores subyacentes, en donde los más comunes pueden ser:

4.2.3.1 Artritis y Artrosis

Las artritis, pueden ser una etapa de inflamación poliarticulares, oligoarticulares o monoarticulares que comúnmente toman la coyuntura de las manos (27). En lo que respecta, a los adultos mayores joven es causada por el deterioro o desgaste del cartílago, que protege la articulación y evita el roce entre los huesos, proporcionando poca suavidad a los movimientos. La degradación del cartílago puede hacer que en determinados momentos los huesos entre en contacto, ocasionando los síntomas característicos de la artritis: dolor, inflamación y poca movilidad de la articulación.

Por lo contrario, la artrosis en las manos impacta con mayor severidad las articulaciones interfalángicas distales en donde logra producir los nódulos de Heberden. A su vez, la artrosis degenera el cartílago. En la artrosis se pueden afectar también las articulaciones interfalángicas proximales, y a lo largo que progresa su degeneración, se convierten en mayor tamaño para formar los llamados nódulos de Bouchard. Para las personas que están atravesando la tercera edad la OMS sostiene que el 28% de la población mundial mayor de 60 años presenta artrosis y el 80% tiene limitaciones en sus movimientos. (28)

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población harán que la artrosis se convierta en la cuarta causa de discapacidad en el año 2024.

4.2.3.2 Osteoporosis

La osteoporosis es una de las enfermedades que más aqueja al adulto mayor, la cual consiste en un padecimiento de anomalías en la cantidad y la disposición arquitectónica del tejido óseo que resulta en esqueleto débil y con mayor riesgo a fracturas severas (29). Las más frecuentes e importantes fracturas relacionadas con la osteoporosis son las del fémur proximal, vértebras, y antebrazo distal, pero las fracturas suelen ocurrir también en muchos otros lugares.

Antes de la aparición de las fracturas, la osteoporosis puede diagnosticarse mediante mediciones de minerales óseos no invasivos que se realizan en varios sitios. Esta enfermedad, generalmente aparece a principios de la tercera década de la vida de las personas principalmente luego de entrar en la menopausia o andropausia. (29)

4.2.3.3 Diabetes

La diabetes mellitus en la actualidad es valorada como mayor problema de salud que afecta en el mundo, esto se debe a la cantidad de personas afectadas, el alto costo del tratamiento y la alta cuota de personas que fallecen anualmente por esta enfermedad. Es a su vez, una enfermedad frecuente en los ancianos, ya que su prevalencia aumenta ostensiblemente con la edad. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tienen más de 65 años (30). Desde el punto de vista clínico, se define como la segregación anormal de la insulina en el páncreas, el cual es ocasionado por el daño a las células beta pancreáticas, las cuales son de origen

autoinmunitario en la diabetes mellitus tipo 1. En la diabetes tipo 2 sucede una oposición sucesiva la acción periférica de la insulina. (31)

4.2.3.4 Alzheimer

La demencia son manifestaciones clínicas caracterizado por el desgaste de las funciones intelectuales que se acompaña de la declinación en la habilidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y por trastornos neuropsiquiátricos y emocionales. (32)

A medida que nuestra población envejece la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias se han hecho cada vez más frecuentes y representan un serio problema de salud pública. Su prevalencia a los 60 años puede ser estimada en 1%, pero sobre los 80 años sube a 20% o más (33). Además, posee una trascendencia enorme sobre las personas, cuidadores, familiares, sociedad y sistemas de salud pública. Aquellos que padecen la enfermedad del Alzheimer van reduciendo lentamente la facultad de aprender nuevas cosas, recordar y controlar sus funciones básicas (32). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera la enfermedad del siglo, existen 6 tipos de afecciones de esta enfermedad.

4.2.3.5 Problemas de Audición

La pérdida de audición es una problemática muy común entre las personas mayores de 60 años, aunque personas de cualquier edad se pueden aquejar de la enfermedad. Puede afectar a un oído o ambos. En Latinoamérica una de cada tres persona que tiene entre 60 a 74 años presenta indicios de pérdida de audición. Luego de los 75 años, uno o los dos oídos pueden estar completamente afectados. Desde el momento que un adulto

mayor presente síntomas de pérdida de audición se debe acudir al médico para comenzar el tratamiento adecuado. (34).

4.2.3.6 Problemas Visuales

Las enfermedades en los ojos en adultos es una de las más comunes. Es importante destacar, que gracias a los grandes avances de la medicina específicamente en la oftalmología, los cambios que se manifiestan con el paso de los años y las nuevas tecnologías son capaces de curarse. Para prevenir enfermedades de los ojos, lo exámenes visuales periódicos son necesarios porque proporcionan una sencilla detección de enfermedades visuales. (35)

4.2.3.7 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. El corazón es capaz de ejercer compresión a las arterias para transportar la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano. Dicho hecho se denomina presión arterial. (36)

La hipertensión arterial (HTA) es la que más afecta la salud de los adultos mayores, siendo una enfermedad y también un factor de riesgo para las patologías cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. La cual, es capaz de producir afecciones vasculares periféricas y de la retina. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de fallecimientos causados por enfermedades circulatorias, se dividen 7,2

millones de decesos por enfermedades coronarias y 4,6 millones de muertes por enfermedad vascular encefálica, siendo la HTA factor de riesgo presente en la mayoría de ellas. En la mayor parte de las regiones existe una prevalencia del 15 al 30% de la enfermedad. (37)

4.2.4 Medicaciones en el Adulto Mayor Joven

La Organización Panamericana de Salud (38), afirma que a medida que las personas alcanzan el envejecimiento los problemas de salud aumentan, especialmente las enfermedades crónicas (como la hipertensión, la diabetes y el cáncer, entre otras), que necesitan un tratamiento farmacológico continuo. Muchas veces el adulto mayor posee más de una enfermedad por lo cual se hace casi ineludible el consumo de varios fármacos o mejor conocido como la polifarmacia.

El adulto mayor joven frecuentemente es más propenso a padecer la enfermedad, esto se debe porque el mismo tiene más de una enfermedad que padece al momento. Muchas veces, se le hace difícil al médico diagnosticar la hipertensión por la sintomatología (8). Asimismo, es necesario un tratamiento rehabilitador, necesitan más atención y cuidados por parte de los familiares y de la sociedad que los rodea. Para estos pacientes se dificulta establecer una terapia farmacológica adecuada debido al uso de múltiples fármacos.

En República Dominicana, según estudios, el 81% de los adultos mayores jóvenes toman medicamentos y de ellos dos terceras partes ingieren más de un fármaco comúnmente, cifra esta que incrementa con el paso de los años y hasta 30% de las personas mayores de 75 años toma más de tres fármacos (39). Siendo los más comunes en la toma

continúa se encuentran los antihipertensivos, diuréticos, analgésicos, antiinflamatorios, ansiolíticos y los vitamínicos (40). El 87% de los individuos con 74 años de edad o más siguen un tratamiento regular con fármacos, y no menos del 44% toman tres o más drogas regularmente. A su vez, se suma el hecho de que algunas de las condiciones más prevalentes en los ancianos, como las alteraciones cardíacas y el Parkinson, necesitan de tratamientos con drogas que presentan una estrecha margen entre las dosis terapéutica y tóxica. (40)

4.2.5 Condición Bucal en el Adulto Mayor Joven

4.2.5.1 Cambios Fisiológicos y Anatómicos que se Presentan en el Adulto Mayor Joven

Cuando el ser humano pasa la tercera edad, la salud en todos los aspectos cambia, es que, el proceso de envejecer incluye una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, pero según Salech et al. (41), en sistemas específicos pueden esos cambios manifestarse de la siguiente manera:

- Sistema renal: cambios en el sistema y declinación de las funciones.
- Sistema cardiovascular: aumento de la rigidez arterial.
- Sistema cerebral: cambios en el desempeño cognitivo y disminución de la masa cerebral.
- Sistema muscular: pérdida de masa y función muscular, suceso que en el envejecimiento se conoce como sarcopenia.

- Sistema metabólico: la combinación de pérdida de masa muscular y aumento del tejido adiposo, repercuten negativamente en el perfil metabólico de los sujetos a través de los años.

En lo que concierne a la salud bucal ocurren de manera mínima, lo que los hace difícil de detectar como ocurre con otros sistemas del cuerpo (respiratorio, cardíaco, etc.).

4.2.5.2 Higiene Bucal en Adultos Mayores Jóvenes

Como afirman Laplace et al. (42), el desarrollo de la etapa del envejecimiento de las personas es irreversible, cada día el número de personas que pasan a vivir la tercera etapa de la vida aumenta y repercute en el descenso de la fecundidad y de la mortalidad.

El aumento de los adultos mayores demandará nuevas interrogantes y un profundo análisis por la repercusión que tiene en los aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, recreativos medioambientales, relacionales, etc. (29). Lo cuál, demandará nuevos conocimientos especializados para esta población.

La salud bucal se propone como el estado de la dentición que cómoda y funcionalmente permita al individuo el desempeño de los roles sociales inherentes a su sociedad, postulado por Dolan en 1993. Otra definición que se conoce la explica como la dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado, enfatizando que es un componente integral de la salud, por lo que se comprende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir, descrito por Kushir et al. en el 2004. (30)

En lo que respecta al adulto mayor en base a estudios pasados se ha comprobado que en la salud bucal se presentan grandes pérdidas de dientes, experiencias de caries dentales, lesiones precancerosas y alta enfermedad periodontal. (43)

4.2.5.3 Cambios relacionados con las glándulas salivales

Se conoce como saliva a un fluido corporal que mantiene de forma decisiva la salud oral, participando en distintas funciones como el inicio de la digestión de alimentos, la lubricación del bolo alimenticio (8). Son muchos los estudios realizados, pero manifiesta Laplace et al. (42), que las investigaciones odontológicas establecen que hay una pérdida en la elaboración de saliva enlazada con la edad que se encuentre la persona, también las variaciones en las proteínas antimicrobianas presentes. Investigaciones sobre las glándulas submandibulares arrojan que un estimado del 40% de las células acinares involucradas con el proceso de vejez; pueden presentar cambios morfológicos, también se puede dar dicha situación en las glándulas parótidas y labiales. (42)

Uno de los cambios más comunes en las glándulas salivales la produce la xerostomía, la cual es causada por una disminución en la secreción de la saliva y afecta entre el 29 y el 57% de la población del adulto mayor. Puesto que, para quienes padecen la misma, es una sensación de resequedad en la boca. A parte de la resequedad, se presenta otros síntomas como lo son la complicación para el habla y la deglución, ardor y confusión del sentido del gusto. (29)

La xerostomía es frecuente en los adultos mayores jóvenes, produce la pérdida del sentido de gusto y genera inconvenientes al tragar, sin embargo, estos problemas no son

solo propios del envejecimientos, también se le suman factores como el exceso de medicaciones o medicamentos indicados para problemas diuréticos, pulmonares y psicóticos, que pueden causar una disminución de la secreción salival (42). El hecho de reconocer la xerostomía es de suma importancia, con el fin de asistir a los pacientes para ayudarles a reducir los síntomas de sequedad, instituir medidas de prevención y delimitar las manifestaciones de otras complicaciones orales.

4.2.6 Alteración Dental

Meneses Gómez (17), sostiene que es necesario puntualizar que las transformaciones a nivel de tejido dental no tienen tanta diferencia entre la de un adulto mayor y un joven. Pero los tejidos duros con el paso del tiempo si presentan cambios. Desde que se da inicio al proceso de erupción dental, se contemplan cambios progresivos en la estructura con el avance del tiempo para la función, su labor biológica. Estos cambios están relacionados además con factores ambientales como ciertos hábitos, la alimentación y la misma higiene dental, las cuales al llegar a la tercera etapa se ven afectados. (8)

Las principales alteraciones en los dientes conforme avancen la edad están en el color y la forma. La atrición y el desgaste, pueden provocar una pérdida de la longitud del diente y un adelgazamiento del esmalte. De modo que, la dentina se torna más expuesta, lo que permite que se observe un aumento en el aspecto amarillo del diente y baja translucidez. Además, se presenta dolor, aspersion y desgaste en el diente. (29)

4.2.7 Modificaciones en la Mucosa dental y el Periodonto

Los cambios de la mucosa y sus estructuras adyacentes más comunes pueden deberse al propio proceso de envejecimiento o ser continuas a enfermedades sistémicas, medicamentos y/o relacionadas con procesos de adaptación o modificación de las estructuras bucales causadas por la presencia las prótesis bucales. (30)

La mucosa se convierte en seca y delgada, desde la parte histológica afecta a la reducción en la queratinización y el adelgazamiento de las estructuras epiteliales, pese a que no hay pruebas de modificación morfológica de las células epiteliales vinculado con la tercera etapa de la vida o el envejecimiento. (29)

4.2.8 Cambios Óseos

Luego de evaluar los huesos de mujeres y hombres con edades entre los 65 y 80 años, mediante un estudio de tipo correlacional, se ha demostrado que los huesos son más frágiles en comparación con personas entre 35-55 años La alteración en la estructura microscópica de la matriz ósea y estructura química perjudican la fuerza del hueso y la cavidad bucal, dichos cambios muestran un aumento en la pérdida dental de los adultos mayores dentados o la reabsorción del reborde en los edéntulos. El estudio fue llevado a cabo en el Policlínico Carlos Manuel Portuonodo, municipio de Marinao, Cuba. (32)

4.2.9 Pérdida del Hueso Alveolar

El hueso alveolar: mandibular (inferior) o maxilar (superior), es aquel donde encontramos los alvéolos, en los que se sustentan las piezas dentales. Estos pueden ser de aspecto

compacto, con diminutos y varios agujeros en donde se encuentran los nervios, vasos linfáticos y vasos sanguíneos. (44)

Cuando una persona pierde una o más piezas dentales o presenta una patología periodontal o piorrea, se debe al que el hueso alveolar presenta una iniciación de reabsorción pausada, llegando a desaparecer la altura y el grosor en una proporción de 40-60% por los próximos 3 años. Por tal motivo, es necesario realizarse chequeos dentales al menos cada 6 meses, para tratar y controlar la patología periodontal. (44)

4.2.10 Modificaciones en la Lengua

A nivel de la lengua el adulto mayor puede padecer síntomas que van desde la pérdida del epitelio, atrofia de papilas con mayor afectación de las filiformes, menor en las papilas gustativas, agrandamiento varicoso nodular de venas en la superficie ventral en la parte posterior de la lengua. A estos síntomas frecuentemente se suma una hipertrofia que conecta con el grado de desdentamiento en el paciente. Lo cual puede ocasionar defectos en la fonética, articulación de la lengua y la función masticatoria. Las fisuras dentales son comunes, al igual que las caries. Ambas, se podrían manifestar por enfermedades sistémicas que presente el adulto mayor. (18)

4.2.11 Cambios en la Masticación

En la masticación suceden transformaciones como dilatación en tiempo de contracción, la pérdida isométrica y dinámica de la tensión muscular. Varias investigaciones han comprobado que también ocurre pérdida de algunos elementos contráctiles y su

desplazamiento por el tejido adiposo por qué se deriva una menor fuerza en la masticación del adulto mayor joven. (18)

Probablemente la transformación más común del ámbito oral para un adulto mayor es en la masticación. Muchas veces, los adultos mayores jóvenes se encuentran desdentados y la deglución de los alimentos les resulta casi imposible, debido a esto dejan los alimentos mordidos en mayor tamaño, en el caso de personas más jóvenes es todo lo contrario. La deglución en estos casos se caracteriza frecuentemente por mostrar una mayor duración en el tiempo de deglución de los alimentos, y en la realización de los movimientos innecesarios e inusuales. (18)

En el caso del habla, es la actividad motora que aun con la llegada de la ancianidad no es afectada del todo, aunque si la xerostomía tiende a perjudicar la articulación de las palabras. (3)

4.2.12 Calidad de Vida relacionada a la Salud Bucal del Adulto Mayor Joven

4.2.12.1 Calidad de vida asociada a condición de salud

La idea de calidad de vida está asociada con la condición de salud que incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. (45)

4.2.12.2 Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

El Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), ha sido diseñado para medir los problemas de salud bucal de los adultos mayores (46). Fue explicado por primer vez por Atchison y Dolan en 1990, está apoyado en tres conjeturas (47):

- A. Que la salud buco-dental es capaz de enfrentarse haciendo uso de la autoevaluación.
- B. Que los niveles de salud bucodental pueden diferir por cada persona, y cuyos cambios son capaces de mostrarse con una evaluación de autopercepción.
- C. Que la autopercepción funciona como pronóstico de la salud bucodental.

El GOHAI es un cuestionario de 12 ítems con respuesta tipo Likert que evalúa los problemas relacionados con la salud bucodental en los últimos tres meses. Hoy por hoy, hay diversas interpretaciones del GOHAI para Francia, China, Turquía, Alemania, Japón, México, Suecia y Jordania. El resultado se obtiene a través de la simple suma de respuestas de cada tema. El rango es de 12 a 60 puntos; el valor más alto indica la mejor percepción de la salud dental oral. (47)

El uso de esta herramienta ha sido mencionado en la sección de Antecedentes en la presente revisión de literatura. El autor Meneses Gómez (17), en el 2010 en la Universidad Complutense de Madrid, España, publicó la “Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores”. Esta investigación, pretendió analizar en un colectivo de mayores, la relación entre el estado clínico bucodental, la autopercepción que ellos

tienen de su estado bucal y el diagnóstico de su calidad de vida oral con el uso del índice GOHAI.

El autor utilizó el cuestionario para evaluar una muestra (n=209) de sujetos mayores de 55 años que asistieron a la recepción de la clínica de adultos de la Universidad Complutense de Madrid. Tras la aplicación de una encuesta y un examen, indicados en una ficha de trabajo, se realizó la evaluación del estado bucodental, el examen de calidad de vida oral (índice GOHAI), el concepto de autoevaluación de salud bucodental y además de otras variables sociodemográficas y de comportamiento.

Con el uso de herramientas estadísticas, se obtuvieron resultados que indican una edad media de 68,3 años ($DE \pm 7,7$) y una participación mayor de varones (51,7). El estado bucodental indica valores negativos en el CAOD (21,86), ICR (27,71), y con estados de enfermedad periodontal moderada. El índice GOHAI de 39,12 ($DE \pm 4,96$) indicó un valor de calidad de vida oral bajo, respecto a la escala de valores utilizada por sus autores y la autopercepción de la salud es buena en el 24, regular en el 44 y mala para el 31 de la muestra.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Metodología para la recolección de bibliografía

Este trabajo de tipo revisión de literatura pretende hacer un recorrido por algunos aspectos básicos de la necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes. Para su elaboración, se partió de los conceptos presentados en los siguientes artículos:

- “Changes in Oral Health and Treatment Needs for Elderly Residents of Long-Term Care Facilities Over 10 Years” (2019), publicado por Wyatt et al. (48)
- “Evaluate five different diagnostic tests for dry mouth assessment in geriatric residents in long-term institutions in Taiwan” (2019), confeccionado por Cheng et al. (49)
- “Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados” (2015), escrito por García-Alpízar et al. (50)
- “Estado de salud bucal de la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa” (2016), investigado por Santana et al. (51)
- “Necesidad de prótesis estomatológica, septiembre-diciembre, 2014” (2017), elaborado por Moreno et al. (52)
- “Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomía Inventory (XI) en adultos mayores” (2010), de la mano de Salazar Diaz et al. (53)
- “Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor” (2007), autoría de Galbán et al. (26)

Posteriormente, se hizo una búsqueda de literatura científica usando las palabras claves de adultos mayores jóvenes, xerostomía, GOHAI, prótesis y enfermedades bucales, en las bases de datos PubMed, Google Scholar, CRAI, sin usar restricción de idioma ni de fecha.

Los artículos revisados se seleccionaron de acuerdo con la pertinencia para la explicación de la necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes, o los que estuvieran relacionados con este.

6. DISCUSIÓN

El proceso del envejecimiento viene acompañado de un deterioro físico y mental. Siendo entonces, las enfermedades sistémicas más comunes arrojadas por el estudio la hipertensión y la diabetes, más aún en hombres. Es como menciona Gómez Juanola et al. (54), al menos 40% según criterios OMS de los pacientes geriátricos sufren de hipertensión, y entre el 60 y 80%, y es además, el principal factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular en la tercera edad. La diabetes sustenta Horta Muñoz et al. (55), que es una enfermedad que afecta a todo el organismo y muchas veces el odontólogo puede detectar la enfermedad por ciertas manifestaciones bucales.

A raíz, de las enfermedades sistémicas que se puedan manifestarse en el adulto mayor joven surgen las necesidades protésicas. El autor Sáez Carreira et al. (18), sostiene que los participantes desdentados contemplaron el mayor puntaje en la categoría de manifestaciones bucales en el tejido dentario. Es como menciona Nacimento et al. (56), basado en los resultados de su estudio, las cifras de prevalencia de ausencia de piezas dentales y edentulismo fueron del 16.0% y 11.2%, respectivamente, para los participantes de edades entre 60–79 años. Así mismo, Evren et al. (57), quienes afirman que la ausencia de piezas dentales y el edentulismo total o parcial son propias de los pacientes adultos mayores jóvenes.

De todos modos, los tratamientos protésicos en los adultos mayores jóvenes, se han incrementado en los últimos tiempos. Según Nomura et al. (58), las mujeres son las más que necesitan una prótesis superior o inferior entre las edades comprendidas desde 78-89 años. Aunque en otro sentido, Sá de Lira et al. (59), desarrollan que los hombres

presentan una mayor necesidad protésica en las edades comprendidas entre 60-74 años. Estas edades son la que corresponden a la clasificación de adulto mayor joven.

Inclusive, las prótesis bucales resultan de gran importancia para cubrir la pérdida dental. Se hace necesario para obtener un buen funcionamiento de esta, al menos cada 2 años, si estas son completas, se visite al odontólogo y cada 6 meses si son parciales, y no deben permanecer por más de 5 años en la boca, aunque hayan sido confeccionadas rigurosamente con todos los principios biomecánicos, pues se producen cambios en los tejidos de sostén de los portadores como mencionan González Ramos et al. (10).

La calidad de vida y la salud bucal van de la mano. En base a la población estudiada por Loredó Figueroa et al. (60), y los datos recolectados, quienes poseen una mala calidad de vida poseen condiciones de salud del mismo tipo. También Moya Rivera et al. (61) y Varela Pinedo (62), quienes usaron en sus investigaciones el test GOHAI, concretaron que el hecho de poseer una mala calidad de vida da por consiguiente una mala salud bucal. Estos últimos, solo utilizaron 2 categorías para delimitar el resultado, “mala calidad de vida” (puntuación ≤ 57) y “buena calidad de vida” (puntuación >57) ante 3 categorías que contiene la presente investigación.

De la misma forma, Díaz Reissne et al. (63), mencionan que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud oral puede verse afectada por diversos factores, tanto sociodemográficos como clínicos. Al mismo tiempo, Martínez Pérez et al. (64), identifican que los factores por los cuales pueden verse afectados la salud oral son la alimentación y cuidado que reciben por parte sus familiares.

La provisión de atención dental es muy necesaria para los adultos mayores, los servicios de higiene se han vuelto considerablemente más desafiantes en los entornos de las clínicas dentales. Hoy en día, en República Dominicana las personas que recaen en la tercera etapa de edad van en aumento, y, así mismo la cantidad de medicamentos recetados, por que suscita a una gran cantidad de participantes edéntulos. Se necesita un equipo dental experimentado para brindar la atención en consulta. La educación y la formación clínica de los profesionales de la odontología con respecto al cuidado del adulto mayor debe ser de suma importancia para las universidades.

7. CONCLUSIÓN

En definitiva, el hecho de encontrarse en la tercera etapa de edad, posibilita un sinnúmero de afecciones de salud que afectan al adulto mayor. Entre las que destacan, la artritis u osteoporosis, alzhéimer o demencia senil, problemas de audición o visuales. Pero, se pueden concluir que las más comunes son la diabetes y la hipertensión arterial. Las cuales pueden repercutir en el origen de una enfermedad bucal.

Y es que, en lo que respecta a los principales cambios en la condición bucal de los adultos mayores jóvenes se encontraron que pueden acontecer cambios en las glándulas salivales generando la sensación de xerostomía, cambios en la masticación, modificaciones en la lengua, pérdida de hueso y alteración dental. Estas dos últimas, son las principales causantes de que el paciente necesite en futuro un tratamiento odontológico del tipo protésico.

En todo caso, la higiene bucal juega un papel fundamental ante la buena salud bucal. Muchas veces los adultos mayores jóvenes solo practican el cepillado como hábito de limpieza bucal y solo una vez al día. En donde, quizás no se esté llevando a cabo de la manera correcta. Esto deja como conclusión una situación inquietante. Muchos no utilizan ningún elemento de higiene (colutorio y/o hilo dental) como complemento. En todo caso, se hace necesario resaltar que el cuidado dental de los adultos mayores no solamente debe limitar al cepillado de los dientes.

Por el contrario, con las actitudes cambiantes que ofrece la salud en la tercera edad, se concluye que el objetivo de salud oral debe incluir: mantener los dientes, mantener las

prótesis y chequeos rutinarios por parte de un especialista en el área. Pero el principal obstáculo en la atención de la salud oral de los adultos mayores sería la subestimación de la necesidad de atención de la salud oral por parte de ellos o de las personas que los cuidan.

La calidad de vida de los adultos mayores jóvenes se determina por la percepción de cómo viven estas personas y basados en los datos que arrojan el Test GOHAI. Este test recoge la salud de los pacientes geriátricos a nivel oral. Estas pueden ser: dejar de comer por problemas dentales, no tragar bien los alimentos, molestias al ingerir alimentos, insatisfacción de cómo se ven los dientes y/o encías, sensibilidad al comer y/o beber, etc. La mayoría de los adultos mayores jóvenes se encuentran en el rango de una mala calidad de vida.

Para finalizar, desde el punto de vista clínico, las diversas situaciones que se pueden vivir con las personas de edad avanzada, representan un reto para los profesionales de la salud, en especial para los odontólogos en sus labores diarias en el consultorio dental.

8. RECOMENDACIONES

Luego de haber llevado a cabo esta revisión de literatura cuyo objetivo era describir la necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes. Se plantean las siguientes recomendaciones:

- Incrementar el conocimiento de los familiares y/o cuidadores de los adultos mayores jóvenes sobre el impacto de la mala higiene bucal. Debido a que, por diversas condiciones el cuidado del mismo no lo pueden hacer ellos lo que conlleva a que dependan de otros. Se recomienda que el cepillado sea al menos 3 veces por día.
- Las personas que padecen enfermedades sistémicas deben acudir al odontólogo por lo menos cada 6 meses. Estos pueden presentar mayor deterioro en el ámbito bucal.
- A su vez, se recomienda la Universidad Iberoamericana y a la Escuela de Odontología agregar al pensum académico una asignatura especializada en odontogeriatría. Esta recomendación parte de que son muchos los profesionales que no saben cuál es el manejo adecuado de estos pacientes en el consultorio dental.
- El hecho de que este tema de investigación es bastante extenso, pero a la vez enriquecedor, se recomienda motivar más investigaciones en el tema. No solo en la escuela de odontología a nivel de grado sino también de postgrado.

9. PROSPECTIVA

Partiendo de esta revisión literatura y conclusiones expuestos en apartados anteriores, se sugieren algunas prospectivas de investigación para futuras investigaciones y/o revisiones de literatura:

- Desarrollar un protocolo de prevención para las enfermedades bucales enfocado en los pacientes adultos mayores y los familiares y/o cuidadores. Así mismo, este protocolo también servirá para enriquecer el conocimiento de los estudiantes de la carrera de odontología en UNIBE y para los futuros pacientes que acuden a la clínica odontológica en el rango de edad de 60-74 años.
- En base a las investigaciones realizadas sobre cuál es la necesidad de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes se propone continuar el estudio de cómo deben realizarse cada uno de los tratamientos dentales de acuerdo a la edad.
- A su vez, se motiva a continuar demostrando que con el paso de los años vienen cambios importantes en la salud de ser humano en todos los aspectos y el bucal no es la excepción.
- Se debe motivar a investigar más cuales son los factores que inciden a para dar origen a una enfermedad bucal en pacientes adultos mayores jóvenes.
- Se incentiva a conocer posibles nuevos manejos de estos tipos de paciente en base al tratamiento a realizar. Aún más, relacionándolo con la pandemia que afecta desde el 2019 el COVID-19.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Izquierdo Martínez A. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO DE LA EDAD ADULTA: TEORÍAS Y CONTEXTOS. *Int J Dev Educ Psychol*. 2007;(2).
2. Goto NA, van Loon IN, Morpey MI, Verhaar MC, Willems HC, Emmelot-Vonk MH, et al. Geriatric Assessment in Elderly Patients with End-Stage Kidney Disease. *Nephron* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2020 Sep 8];141(1):41–8. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/494222>
3. Morales-Martínez F. El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura (The ageing process in Costa Rica: a current and future perspective). *Acta méd costarric* [Internet]. 2015;57(2):74–9. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v57n2/art04v57n2.pdf>
4. Zhang Q, Li M, Wu Y. Smart home for elderly care: development and challenges in China. *BMC Geriatr* [Internet]. 2020 Dec 3 [cited 2020 Sep 8];20(1):318. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01737-y>
5. Jaul E, Barron J. Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Front Public Heal* [Internet]. 2017 Dec 11 [cited 2020 Sep 8];5. Available from: </pmc/articles/PMC5732407/?report=abstract>
6. Amieva H, Ouvrard C, Giulioli C, Meillon C, Rullier L, Dartigues JF. Self-reported hearing loss, hearing AIDS, and cognitive decline in elderly adults: A 25-year study. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Oct 1;63(10):2099–104.
7. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. In: *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2013. p. 752–62.
8. Aranza OT, Nuñez MM, Diana R, Palacios H, Zambrano AM. De Pacientes De La

- Tercera Edad *. 2000;LVII(5):188–92.
9. OMS. Salud bucodental [Internet]. [cited 2019 Jul 31]. Available from: https://www.who.int/topics/oral_health/es/
 10. González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. *Rev Cubana Estomatol.* 2013;50(3):284–91.
 11. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* [Internet]. 2002 Jul 1 [cited 2020 Sep 8];8(4):218–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1601-0825.2002.01789.x>
 12. Baumgarten A, Schmidt JG, Rech RS, Hilgert JB, de Goulart BNG. Dental status, oral prosthesis and chewing ability in an adult and elderly population in southern Brazil. *Clinics* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2020 Sep 8];72(11):681–5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322017001100681&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 13. Nitschke I. Geriatric oral health issues in Germany. *Int Dent J* [Internet]. 2001 Jun 1 [cited 2020 Sep 8];51(3 SUPPL.):235–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.1875-595X.2001.tb00872.x>
 14. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2000 [cited 2020 Sep 8];28(5):390–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11014516/>
 15. Dias-da-Costa JS, Galli R, de Oliveira EA, Backes V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalence of poor self-rated mastication and associated factors in Brazilian elderly. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 [cited 2020 Sep 8];26(1):79–88.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

16. Dinzey Alcántara PZ, Quero Lama A, Rondón Solano JH. Estudio de la mucosa bucal producida por prótesis total y parcial removible diagnosticadas en la Escuela Dental de la UNPHU y en el Hospital Dr. Heriberto Pieter, periodo 1985-1989. Universidad Pedro Henríquez Ureña; 1991.
17. Meneses Gómez E. Salud bucodental y la calidad de vida oral en los pacientes de la tercera edad [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2010. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=93692>
18. Sáez Carriera R, Carmona M, Jiménez Quintana Z, Alfaro X. Revista cubana de estomatología. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007;44(4):1–14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011
19. Reguera Naranjo J, Cervera Estrada L, Rodríguez Ferra R, Pereira Jimenez I, Pérez Rivero J. AUTONOMÍA Y VALIDISMO EN LA TERCERA EDAD. Rev Cuba Med Gen Integr. 2001;17(3):222–6.
20. De Lurdes Gonçalves L. Calidad de vida de las personas mayores [Internet]. Universidad de Extremadura; 2002. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=25524>
21. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN. Geriatric Oral Health: A Review Article. 2014;6(6):110–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295446/>
22. Cardentey J, Trujillo P, Mercedes A, Sixto M, Crespo C. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. Rev Ciencias

- médicas. 2011;15(2):76–86.
23. Molés Julio M del P. Análisis de la Fragilidad en la población mayor de Castellón de la Plana [Internet]. Universidad Jaume I. Universitat Jaume; 2016. Available from:
https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/387307/2016_Tesis_MolesJulioMPilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 24. Solano Solano DM. "Calidad De Vida De Los Adultos Mayores De La Comunidad "El Rodeo" Canton Oña Provincia Del Azuay Y La Intervencion Del Trabajador Social" [Internet]. Universidad Nacional de Loja; 2015. Available from:
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10557/1/DOLORES SOLANO.pdf>
 25. Castanedo Pfeiffer C, Cobo Sarabia M. Enfermería en el envejecimiento. Univ Cantrabria. 2010;1–7.
 26. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor TT - Population aging and frailty of the elderly. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2007;33(1). Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lang=pt
 27. Acosta Hernández R. ¿Artritis o artrosis? Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2008;24(3):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000300001&script=sci_arttext&lng=pt
 28. Hernández RRA. ¿Artritis o artrosis? Rev Cuba Med Gen Integr. 2008;24(3):1–4.

29. Orozco Vargas R, Molina Zúñiga R. Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. *InterSedes Rev las Sedes Reg* [Internet]. 2002;III(4):63–71. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66630407>
30. Yanes Quesada M, Cruz Henández J, Yanes Quezada M, Calderín Bouza R, Pardías Milán L, Vásquez Díaz. G. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2009;25(2):1–9.
31. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Laureano FCS, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: Mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit* [Internet]. 2006;20(SUPPL. 1):15–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13086022>
32. Garzón Patterson M, Pascual Cuesta Y. Relación entre síntomas psicológicos-conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga percibida por sus cuidadores. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018;34(2). Available from: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1584/346>
33. Donoso A, Venegas P, Villaroel C, Vásquez C. Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* [Internet]. 2001;39(3):231–8. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000300007&script=sci_arttext&tlng=e
34. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Pérdida de audición en los adultos mayores. 2016. p. 6.
35. Fundación IMO. Edad y Visión [Internet]. Barcelona; 2012. Available from: <https://miopiamagna.org/wp->

- content/uploads/2018/09/GUIA_SENIOR_CAST_web-4.pdf
36. Fundación Española del Corazón. Hipertensión [Internet]. [cited 2019 Aug 19]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
 37. González Rodríguez R, Lozano Cordero JG, Aguilar Méndez A, Gómez Domínguez OL, Llanes MD. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2017;33(2):199–208.
 38. OPS. Los adultos mayores y el consumo de medicamentos. *Oms.* 2012;1–3.
 39. Suero P, Matos R. Envejecimiento demográfico: DESAFÍO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN REPÚBLICA DOMINICANA [Internet]. Santo Domingo; 2016. Available from: [https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Envejecimiento demográfico.pdf](https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Envejecimiento%20demografico.pdf)
 40. Haddad MF, Takamiya AS, da Silva EMM, Barbosa DB. Farmacología en la tercera edad: Medicamentos de uso continuo y peligros de la interacción medicamentosa. *Gerokomos.* 2009;20(1):22–7.
 41. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2012;23(1):19–29. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
 42. Laplace B, Legrá S, Fernández J, Quiñones D, Piña L, Castellanos L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2013;17(4):477–88. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008
 43. Villareal Neyra LC. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida en el centro de

- atención geronto geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012. Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3646/Impacto_VillarrealNeyra_Lisbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Clinica Sancal. La pérdida de hueso alveolar [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 25]. Available from: <https://clnicasancal.es/4851/la-perdida-hueso-alveolar/>
 45. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2007;12(1):11–24. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 46. Esquivel, R.I; Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Rev la Asoc Dent Mex. 2010;67(3):127–32.
 47. Montes-Cruz C, Juárez-Cedillo T, Cárdenas-Bahena Á, Rabay-Gánem C, Heredia-Ponce E, García-Peña C, et al. Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. Rev Odontológica Mex. 2014;18(2):111–9.
 48. Wyatt C, Kawato T. Changes in Oral Health and Treatment Needs for Elderly Residents of Long-Term Care Facilities Over 10 Years. J Can Dent Assoc [Internet]. 2019;85(7):3–6. Available from: https://jcda.ca/sites/default/files/j7_0.pdf
 49. Cheng YM, Lan SH, Hsieh YP, Lan SJ, Hsu SW. Evaluate five different diagnostic

- tests for dry mouth assessment in geriatric residents in long-term institutions in Taiwan. BMC Oral Health [Internet]. 2019 Jun 13 [cited 2020 Oct 10];19(1):106. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-019-0797-2>
50. García Alpízar B, Capote Valladares M, De Jesús T, Montes De Oca M. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados Total Prosthetics and Oral Lesions in Institutionalized Elderly. Rev Finlay [Internet]. 2012 Mar 2 [cited 2020 Oct 10];2(1):11–21. Available from: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>
51. Dominguez Santana L, Valdes Herrera S, Cabrera Cabrera D, Rodriguez Perez D. Estado de salud bucal de la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa | Domínguez Santana | Medimay. Rev Ciencias Medicas La Habana [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 22];23(1):1–3. Available from: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/927/1338>
52. Moreno R, Rodriguez M, Tamayo G. Necesidad de prótesis estomatológica, septiembre-diciembre, 2014. Mul Med [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 10];21(1):86–105. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71826>
53. Díaz Salazar O. Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomía Inventory (XI) en adultos mayores. Universidad de Chile; 2010.
54. Juanola MG, Díaz MJM, Acanda KR, Medina GH. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cuba Med Gen Integr. 2001;17(5):468–72.
55. Horta Muñoz M, Rodríguez Mora M, López Govea F, Herrera Miranda G, Costes

- Reyes J. La diabetes mellitus como factor de riesgo de pérdida dentaria en la población geriátrica. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2010;14(1):17–25.
56. Nascimento JE, de Magalhães TA, Souza JGS, Sales MSM, Nascimento CO, Lopes Júnior CWX, et al. Association between the use of total dental prosthesis (denture) and the type of oral health care service used by toothless elderly individuals. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 Sep 26];24(9):3345–56. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-0665-211X>
57. Evren BA, Uludamar A, Işeri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Nov;53(3):252–7.
58. Nomura Y, Takei N, Ishii T, Takada K, Amitani Y, Koganezawa H, et al. Factors That Affect Oral Care Outcomes for Institutionalized Elderly. *Int J Dent* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 26];2018:1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30651730>
59. Sá de Lira A de L, Cardoso Torres A. Relationship between oral candidiasis and users of dental prostheses. *Brazilian J Oral Sci* [Internet]. 2018 Jul 10 [cited 2020 Sep 26];17:18150. Available from: <http://dx.doi.org/10.20396/bjos.v17i0.8652906>
60. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016 Jul [cited 2020 Sep 26];13(3):159–65. Available from: www.elsevier.es/reu
61. Moya Rivera P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatológica Hered*.

- 2014;22(4):197.
62. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 Jun 2 [cited 2020 Sep 26];33(2):199. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196>
 63. Diaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. Int J Odontostomatol. 2017;11(1):31–9.
 64. De Jesús Martínez Pérez T, María González Aragón C, León GC, Aguiar BG. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Aging, Elderly and Quality of Life: Success or Difficulty? Rev Finlay. 2018 Mar;8(1):59–65.

11. ANEXOS

11.1 ENCUESTA DE XEROSTOMÍA

¿Con qué frecuencia en el último mes...?		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Muy frecuentemente	Total
1.	Mi boca se siente seca						
2.	Tengo dificultades para comer alimentos secos						
3.	Me despierto en la noche a beber agua u otros líquidos						
4.	Mi boca se siente seca cuando mastico algún alimento						
5.	Necesito beber líquidos cuando estoy comiendo						
6.	Tengo dificultades para tragar algunos alimentos.						
7.	La piel de mi cara se siente seca						
8.	Necesito usar dulces para aliviar una sensación de boca seca						
9.	Mis ojos se sienten secos						
10.	Mis labios se sienten secos						
11.	Me siento con resequedad en la nariz						

11.2 CUESTIONARIO DEL ÍNDICE GENERAL DE VALORACIÓN DE SALUD BUCAL (GOHAI)

(Escala del 1 al 5)

¿Con que frecuencia en el último mes...?		Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.	¿Cuántas veces limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
2.	¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?					
3.	¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?					
4.	¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?					
5.	¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?					
6.	¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
7.	¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					

8.	¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
9.	¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
10.	¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías inatractivas?					
11.	¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					
12.	¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

11.3 CARTA APROBACIÓN DEL TEMA

Santo Domingo, D. N.

Lunes 8 de junio del 2020

A: Dirección Escuela de Odontología
Universidad Iberoamericana.

Asunto: Solicitud aprobación de tema de Trabajo Final de Grado.

Estimados directores de la Escuela de Odontología UNIBE,

Cortésmente dirijo a ustedes con el propósito de someter para su aprobación, el tema de trabajo final de grado "Necesidades de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes" escogido para obtener el título de doctor en odontología.

Este tema ha sido aprobado por el docente titular, Dra. Patricia Grau y el docente especializado, Dra. Aida Brache. El objetivo/ la motivación de este trabajo es describir las necesidades de tratamientos odontológicos en pacientes adultos mayores jóvenes utilizando el test de xerostomía y el test GOHAI.

La presente se envía para el conocimiento de lugar con fines de aprobación y asentamiento.

Atte:



Christian Estrada 16-0926

Nombre y matrícula del estudiante



Docente Titular



Docente Especializado

Laura Reyes Alardo, PhD (c)

Firma y fecha de aprobación