

Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos
“Dr. Raúl Dorticós Torrado”
Policlínico Universitario
“Manuel Piti Fajardo”
Cruces.



Tesis en opción al título académico de especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Título: Estado de Salud Bucal de la Población Geriátrica del Consultorio Médico #24. Municipio Cruces. 2023

Autora: Dra. Wendy Portal González. *

Tutor: Dra. Magdevys Fernández Sosa **

*Residente de 1er año de Estomatología General Integral.

** Especialista de I grado en Estomatología General Integral.
MsC. Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.

2023
“Año 65 de la Revolución”



*“Una bella ancianidad es,
ordinariamente,
la recompensa de una bella vida”*

Pitágoras de Samos

*A todas las personas que de una forma Incondicional
han brindado su tiempo y talento, sin las cuales sería
imposible la culminación exitosa de este trabajo.*

Gracias



Resumen

Las sociedades actuales se caracterizan por un notable crecimiento del envejecimiento y nuestro municipio no está exento de ello, es por ello que se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar el estado de salud bucal de la población geriátrica del Consultorio Médico #24 en el municipio de Cruces en el período comprendido de octubre de 2022 a enero de 2023. La muestra de estudio lo constituyen 60 pacientes del Consultorio Médico #24. En la recolección de la información se aplicó una encuesta de salud bucodental y una encuesta de conocimientos sobre la salud buco dental. Para el análisis de los datos cuantitativos recolectados se introdujeron en una base de datos siendo computados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 25.0 resumiéndose en tablas. Las variables que fueron analizadas son: edad, sexo, nivel educacional, factores de riesgo, conocimiento sobre salud bucal, estado de la dentición, estado periodontal, necesidad de prótesis y clasificación epidemiológica. Los factores de riesgo que con mayor frecuencia afectaron a los gerontes fueron: antecedentes de caries, mala calidad del agua, mala higiene bucal, dieta cariogénica y el hábito de fumar; la gravedad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad, un poco más de la mitad de la población estudiada necesita rehabilitación protésica y el nivel de conocimiento sobre salud bucodental que predominó en la población de estudio fue regular.

Palabras clave: adulto mayor, salud bucal, geriatría.



INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	6
MÉTODOS	12
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	21
RESULTADOS FUNDAMENTALES.....	35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	



Se ha afirmado que el siglo XX ha sido el del crecimiento de la población y que el siglo XXI será el del envejecimiento de la misma, pero ese envejecimiento ya ha comenzado¹. La ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países de mayor desarrollo y en aquellos que van emergiendo del subdesarrollo.¹

El problema del envejecimiento se examinó por primera vez en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948; veinte años después, en 1968, reexaminó la situación y exhortó a la realización de una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En agosto de 1982, con sede en Viena, se celebró el evento, donde se acordó utilizar la proporción de personas de 60 años y más años para acotar al segmento de población llamada “tercera edad”, aspecto discutido, porque en el mismo cónclave se plantea que la edad cronológica no es indicadora de las capacidades funcionales de la persona mayor, pues todas las personas no envejecen de la misma manera.²

El año 1999 fue declarado por la ONU “Año Internacional de las Personas de Edad” y, con motivo de la celebración, emitió una declaración donde exhorta a la comunidad internacional a facilitar la colaboración entre sectores y naciones, a fin de crear una sociedad para todas las edades. Cuba fue sede de la celebración en la región de Centroamérica.³

El envejecimiento global de la población, ya constatable en muchos países desarrollados, también asoma como una “oleada” demográfica en América Latina y el Caribe. En 2000, sólo una de cada 12 personas en la región tenía más de 60 años. Para 2025 se estima que la proporción va a cambiar a una de cada siete, lo que significa que la población de adultos mayores en las Américas crecerá un 138%, de 42 millones a 100 millones.³

Dentro de 20 años, en cada país al menos el 10% de los mayores de 60 estará incluido dentro del grupo que superó los 80 años; y para 2050, en cinco países esa franja representará el 8% de la población. Los centenarios se

transformarán en un sector marginal, pero representativo, dentro de la pirámide poblacional.^{1, 3}

Nuestro país muestra cambios en la estructura por edades de la población que evidencian un rápido envejecimiento poblacional, proceso gradual en que la proporción de adultos y ancianos aumenta en una población, mientras disminuye la proporción de niños y ancianos³; ello repercute sobre la sociedad en general y en particular sobre la salud pública. Nuestro sistema, durante años, estuvo condicionado para satisfacer las necesidades de todos los segmentos de la población, pero con énfasis en madres y niños.⁴

Se hace necesario prestar la debida atención al grupo de 60 años y más, con atención diferencial a los mayores de 80 años y a los de 85 y más, porque el comportamiento de los patrones de morbilidad y mortalidad es diferente; sus necesidades, capacidades y la posibilidad de mantenerse como un ente familiar y socialmente útil se van modificando sustancialmente a medida que la edad avanza. Esto implica una mayor dependencia económica para la familia y la sociedad⁵.

Mejorar la salud del anciano es la meta más ambiciosa, y en lo que respecta a la salud pública implica, inevitablemente, un cambio en las estrategias de la organización de los servicios de salud, para dar satisfacción a las necesidades siempre crecientes de este segmento de población; cambios que han de comprometer también al resto de los sectores de la sociedad⁶.

El envejecimiento hay que verlo como parte del desarrollo, las causas fundamentales de este incremento están dadas, entre otros, por las migraciones, descenso de la natalidad y el mejoramiento de la atención médica, por tanto, el envejecimiento debe analizarse a través de su contexto sociocultural y por su influencia en la calidad de vida.⁵

Pese a que se dispone de los conocimientos necesario para despejar ideas erróneas en relación con la salud bucodental y el envejecimiento, los gerontes siguen corriendo un alto riesgo de sufrir afecciones bucodentales, entre ellas: caries, alteraciones periodontales y cáncer bucal cuya prevalencia no ha mejorado significativamente en este grupo, y tanto la sociedad en general, como

los ancianos mismos continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento^{7, 8}.

El cuidado estomatológico a la tercera edad en este momento ha tomado sumo interés y se le ha dedicado mayor tiempo. 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. Muchos de estos cambios, que en un tiempo se consideraron naturales y asociados con la vejez, en realidad son procesos patológicos específicos⁹.

El estomatólogo y el médico de la familia no pueden alterar los efectos de la edad, pero si ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos que se producen en su organismo¹⁰.

Las acciones de salud en el paciente geriátrico deben aplicarse con el concepto integral de la Promoción de Salud, Prevención, Curación y la Rehabilitación, aceptando al hombre en su verdadera dimensión biosocial. En la atención integral al anciano debe existir una armonía de los componentes del sistema integral que asegure su equilibrio dinámico, para mantener en todo momento el equilibrio entre posibilidad y necesidad¹¹.

¿Qué decisión tomar ante la posibilidad de extender la vida, la mayor cantidad de años posibles o de asegurar a la mayor cantidad posible de personas una vida digna y de calidad hasta una edad avanzada?

Todo esto motiva a realizar una investigación que permita caracterizar el estado de salud bucal de la población geriátrica del municipio de Cruces, que será de gran utilidad pues permitirá preparar a todos los profesionales para enfrentar la intensidad y velocidad del envejecimiento en nuestra población y su repercusión en el sistema estomatognático.

Justificación del problema:

El envejecimiento de la población, es decir el aumento de la proporción de personas con 60 o más años con respecto al total de los individuos, es un fenómeno global e irreversible. Cuba no está exenta a esta tendencia demográfica, la esperanza de vida al nacimiento se ha elevado paralelamente, situándose hoy al filo de los 80 años para el sexo femenino. Se calcula que para el año 2025 la población mayor de 60 años constituirá el 19.9% de la población y para el 2050 representará el 33% del total, resultando todo esto un fenómeno similar a lo que caracteriza a las sociedades más avanzadas.

El municipio de Cruces es el más envejecido en la provincia de Cienfuegos y el cuarto del país, en la actualidad son escasas las investigaciones sobre la situación de salud bucal de la población geriátrica, por tal motivo se realiza este estudio que aportará un conocimiento actualizado de esta situación, así como sus principales requerimientos de salud y servirá de referencia en el futuro para elaborar estrategias de intervención que destinen recursos y programen acciones para el mejoramiento de la salud bucal, todo lo cual redundaría en la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Problema Científico:

¿Qué caracteriza el estado de salud bucal de la población geriátrica del Consultorio Médico #24 en el municipio de Cruces?



➤ **Objetivo General:**

Determinar el estado de salud bucal de la población geriátrica del Consultorio Médico #24 del municipio de Cruces de octubre 2022 a enero 2023.

➤ **Objetivos Específicos:**

1. Describir las variables sociodemográficas: edad, sexo y nivel de escolaridad de la población geriátrica del Consultorio Médico #24.
2. Identificar los factores de riesgo para enfermedades bucodentales de acuerdo a las determinantes de salud en pacientes examinados.
3. Caracterizar la situación de salud bucal de la población geriátrica del Consultorio Médico #24.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en la población geriátrica del Consultorio Médico #24.
5. Realizar la clasificación epidemiológica de la población estudiada.



El envejecimiento es un proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, que se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social; sin embargo, en la sociedad moderna, en los primeros años del nuevo siglo XXI, se asiste a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte al envejecimiento poblacional en quizás, uno de los retos más importantes para las sociedades modernas¹²

La vejez si no es un divino tesoro, sí 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 poblaciones 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 subdesarrolladas¹³.

Cuba no muestra una situación muy diferente a la del resto de los países cuando se estudia la evolución de la estructura por edades de su población. Esta se ha modificado sustancialmente en los últimos años y ha de acentuarse en el futuro cuando arriben a la ancianidad los que hoy viven la tercera y cuarta décadas de la vida y constituyen el porcentaje más alto de población^{7,8}.

Se calcula que para el año 2022 habrá por primera vez más adultos mayores que niños, y se estima que más del 25% de la población del país esté representada en este grupo, y ya para el 2025, uno de cada cuatro cubanos, será una persona anciana, representando el 35% del total para el año 2050¹⁴.

Este fenómeno se muestra con cierta homogeneidad a lo largo de todo el territorio nacional, aunque al observar los principales indicadores demográficos se puede constatar que las provincias más envejecidas se concentran en las regiones occidental y central del país, debido a que, históricamente, han contado con un nivel de desarrollo económico y social superior¹⁵.

De lo anterior se infiere que la humanidad está enfrentando un verdadero problema: el envejecimiento de las poblaciones, lo cual conduce a la aparición de

nuevos medicamentos, métodos terapéuticos y concepciones socioeconómicas, así como al aumento de las necesidades, que ejercen un efecto importante sobre la política pública. Además, repercute socialmente, pues genera dificultades tales como inestabilidad ante determinadas situaciones y limitación de las condiciones de trabajo, por ser estas cada vez más técnicas^{16, 17, 18}.

Resulta evidente la repercusión sobre el sistema de salud, pues los ancianos constituyen los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud en cualquier parte del mundo. Convirtiéndose así en un problema social, moral y económico, para cuya solución se requiere voluntad política. El cuidado y bienestar del anciano se convertirá en la piedra angular de la capacidad de los países, tanto desarrollados como subdesarrollados^{16, 19}.

Como dijera sabiamente Lin Yuntang: "Ninguno puede realmente detener el envejecimiento. Como es inútil luchar contra la naturaleza, se podría al menos envejecer graciosamente; la sinfonía de la vida debería acabar con un gran final de paz, serenidad, bienestar material y de contenido espiritual, no con el estallido de un tambor roto de címbalos quebrados". Por tal razón, añadió: "Aprender a envejecer es el trabajo maestro de la sabiduría y uno de los capítulos más difíciles del gran arte de vivir"²⁰.

Surge en 1974 el primer programa de atención integral al adulto mayor, teniendo dentro de sus propósitos fundamentales el desarrollo de la Geriátrica como especialidad. En 1985 se incorpora la variante de atención del médico de familia y su equipo permitiendo extender las acciones de atención al adulto mayor al nivel comunitario con el consiguiente beneficio que esto implica, y a partir de 1988 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social desarrolló el Programa de Atención al Anciano Solo en su Domicilio^{15, 21}.

El posterior desarrollo de la especialidad de Geronto-Geriátrica elevó la calidad de la atención médica, lo cual se ha perfeccionado con la fundación en 1992 del Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad²².

La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa, que además de contemplar todo lo anterior, fuera capaz de asegurar la participación activa de la

familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal fuera el adulto mayor. De esta forma, en 1997 sale como propuesta el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, que tiene como propósito producir un cambio en la calidad de vida del anciano cubano actual y de preparar y probar nuevas estrategias que permitan enfrentar los cambios demográficos futuros^{14, 15}.

Este programa, además de ofrecer aglutinación en favor del adulto mayor, es aplicable en todos los niveles de atención que incluye no solo salud, sino la seguridad social, deporte, cultura y legislación. La vejez puede ser una etapa activa y vital, no hay que pensar en ella como pasiva y dependiente^{23, 24}.

Es por ello que la atención que reciban estas personas no sólo debe tener una connotación de apoyo material o instrumental de la existencia, sino que debe tener una importante carga afectiva y de validación de la individualidad del adulto mayor, a la par que se le reconozca la posibilidad referida de reciprocidad en la compleja maraña de “dar y recibir” que implica el apoyo social^{25, 26, 27}.

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población tiene dentro de sus objetivos: elevar el nivel de Educación para la Salud de la población, garantizar la uniformidad de las actividades educativas en los servicios estomatológicos, incrementar los conocimientos de los miembros del equipo de salud en la metodología adecuada para la realización de actividades educativas y proporcionar la temática fundamental a desarrollar en cada uno de los grupos poblacionales (PNAEI, 2002)²⁸.

En este documento, en su anexo 19, se prioriza la salud infantil con acciones preventivas y curativas, pues una boca insana y antiestética puede debilitar la autoestima del niño y alterar sus relaciones sociales. A todo esto habría que añadir las elevadas repercusiones económicas de estas enfermedades, que generan unos costos muy superiores a los gastos que representaría su prevención²⁸.

Son muchas las afecciones que pueden alterar la salud de la boca, tales como caries, periodontopatías, malformaciones y mal posiciones dentarias, traumatismos, malformaciones congénitas y tumoraciones. La prevención de las

alteraciones bucodentales representa uno de los mayores retos sanitarios de la sociedad actual. Es sabido que muchas patologías bucales pueden llegar a desencadenar alteraciones cardiovasculares, cerebrales, articulares e incluso trastornos de carácter psicológico (Varela M., 2003)²⁹.

El autor coincide con lo planteado anteriormente pues los cambios en el organismo del adulto mayor favorecen la aparición de enfermedades del complejo bucal y se puede observar muy a menudo cuando estos pacientes asisten a consulta de Estomatología.

La Educación para la Salud dental es el primer y el más importante pilar de la prevención en Estomatología. El éxito de esta educación no reside en el conocimiento de las pautas de salud, sino en la adopción y mantenimiento de hábitos saludables²⁹.

El anciano tiene una fisiología diferente a la del adulto, ha perdido una parte de sus reservas y de su capacidad de adaptación, es más vulnerable a la agresión del medio y la reducción de su plasticidad lo vuelve frágil. La enfermedad de los gerontes impone un gran reto a los servicios de salud, así como graves consecuencias negativas para la familia, la comunidad y la sociedad³⁰.

Envejece la cavidad bucal al igual que el resto del organismo, considerándose un proceso multicausal. La función oral abarca una multitud de procesos altamente elevados, entre los cuales ocupa un lugar principal el mecanismo de la masticación; la presencia o ausencia de dientes afecta el proceso de deglución, respiración, estética, el habla se convierte en una tarea difícil y puede sobrevenir una actitud de retraimiento. Las alteraciones nutricionales en el anciano con frecuencia se encuentran ligadas a deficiencias bucodentales como periodontopatías, desdentamiento y prótesis defectuosas³¹.

En la población que envejece se ha encontrado que la frecuencia de la patología oral es muy elevada, en consecuencia, tendremos que asumir el reto que significará el proporcionar atención estomatológica específica a este grupo poblacional. Y a la vez se hace necesario para el estomatólogo conocer con precisión los factores etiológicos, así como la patogenia de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida³¹.

En el anciano las principales patologías de la cavidad bucal que se pueden encontrar son el desdentamiento y por consecuente la necesidad de prótesis, las periodontopatías y la caries dental³¹.

Durante el envejecimiento comienzan a proliferar las enfermedades crónicas, ya sean sistémicas o bucodentales y surgen limitaciones físico-motoras, socio-psicológicas y económicas, que convierten a este período de la vida en una etapa especialmente diferente. Por ello, se considera necesario observar el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los senecentes³².

Los ancianos sufren un alto riesgo de sufrir afecciones buco dentales, entre ellas: caries, alteraciones periodontales y cáncer bucal, cuya prevalencia no ha mejorado significativamente y tanto la sociedad en general, como los ancianos en particular continúan aceptando el deterioro bucal del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento³³.

La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento de elección. Como todo sistema, éste puede presentar alteraciones de orden degenerativo, patología tumoral, traumatismos y enfermedades de origen infeccioso. Dentro de estas últimas, existen dos que merecen especial análisis por constituir ambos problemas de salud pública; la caries y la enfermedad periodontal³³.

Es esencial entender que aparte de todos aquellos factores que convierten a cualquier paciente en un individuo propenso a sufrir alteraciones de la salud oral, 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. Este hecho evidentemente puede alterar el curso de una enfermedad, prolongando su duración o empeorando el pronóstico, posibilidad que debe ser conocida por el paciente³⁴.

La importancia de conocer las enfermedades sistémicas, los factores de riesgo presentes en los ancianos y las repercusiones en la cavidad bucal resulta

importante para la prevención y tratamiento adecuado evitando las complicaciones que provoquen en la pérdida de la salud³⁵.

La presencia de múltiples enfermedades sistémicas en el adulto mayor provoca la ingestión de diversos fármacos que ocasionan diferentes alteraciones en la cavidad bucal por lo que se hace necesario conocer los efectos y tomar las medidas adecuadas para prevenir o disminuir los mismos²⁸.

Las enfermedades sistémicas afectan a la mayoría de la población envejecida, por lo que el autor coincide con lo planteado en los estudios anteriores, y debemos encaminar la atención estomatológica de estos pacientes a mejorar el estado de su salud buco-dental.

Los adultos mayores en su mayoría le restan importancia a la salud bucal y a las consecuencias que sobre esta tienen las enfermedades sistémicas y sus tratamientos ya que aumentan el consumo de fármacos, provocando alteraciones importantes como la sequedad bucal o alterar la composición de la saliva³³.

La atención estomatológica a los ancianos es uno de los sectores de la salud mayormente involucrados, debido a los altos valores de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales. Se dispone de los conocimientos necesarios y actualizados sobre el envejecimiento, pero la sociedad en general y los mismos ancianos continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento³⁴.

Tener una información actualizada de la situación de salud bucal de la población geriátrica ayuda a saber si se debe intensificar los programas de promoción y prevención en los mismos, obtener una correcta dispensarización de estos y así planificar actividades encaminadas a resolver los principales problemas de salud bucal que presenten.



Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, de corte transversal con el objetivo de determinar el estado de salud bucal de la población geriátrica del Consultorio Médico #24; en el período comprendido entre octubre de 2022 y enero de 2023. La muestra es de 60 pacientes del Consultorio Médico #24 de 60 y más años del municipio de Cruces.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que den su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyo estado de salud general deteriorado impida la comunicación.

Criterios de salida:

1. Pacientes que deciden abandonar la investigación.
2. Pacientes que fallecen durante la investigación.

Métodos: La investigación estuvo basada en el *método universal* de la ciencia el Materialismo Dialéctico.

Los métodos estadísticos cumplieron una función relevante, ya que contribuyeron a determinar la muestra de sujetos a estudiar, tabular los datos empíricos obtenidos y establecer las generalizaciones apropiadas a partir de ellos. En esta investigación se utilizó la estadística descriptiva.

Métodos teóricos utilizados:

- 1) Inductivo-deductivo: Su utilización permitió durante la revisión bibliográfica, realizar inferencia y razonamientos lógicos acerca del objeto de estudio lo que posibilitó el establecimiento de conclusiones parciales y generales.
- 2) Analítico -sintético: Facilitó fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los

instrumentos.

3) Histórico-lógico: Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

Los métodos empíricos permitieron la obtención y elaboración de los datos empíricos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan a los fenómenos.

Los métodos empíricos que se usaron fueron:

- La observación
- La medición
- La entrevista.
- La encuesta.
- Revisión de documentos

Consideraciones éticas:

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas relacionadas con la autorización de la Institución y el consentimiento informado de cada de una las personas objeto de estudio. (Ver anexos 1,2).

Operacionalización de las variables

Variables.	Definición Operacional.	Clasificación.	Escalas y valores.	Indicador
Edad.	Edad en años cumplidos.	▪ Cuantitativa discreta.	▪ 60-64 ▪ 65-69 ▪ 70-74 ▪ 75-79 ▪ 80 y más	A través de las frecuencias absolutas (No) y relativas (%).
Sexo.	Distribución por sexo.	▪ Cualitativa Nominal dicotómica.	Masculino Femenino	A través de las frecuencias absolutas (No) y relativas (%).
Nivel Educativo.	Nivel Educativo.	▪ Cualitativa Ordinal.	▪ Primaria sin terminar ▪ Primaria terminada ▪ Secundaria terminada ▪ Técnico medio terminado ▪ Preuniversitario ▪ Universitario ▪ No escolarizado	A través de las frecuencias absolutas (No) y relativas (%).
Factores de Riesgo.	Presencia de factores que hacen vulnerables al	▪ Cualitativa Nominal.	▪ Biológicos: • Antecedentes de Caries • Enfermedades Endocrinas	A través de las frecuencias absolutas (No) y relativas (%).

	paciente para padecer una enfermedad oral.		▪ Modo y Estilo de vida: - Alimentación cariogénica - Hábito de Fumar - Mala Higiene Bucal ▪ Ambientales: . Calidad del Agua ▪ Organización de los servicios de salud: . Prótesis Desajustadas	
Conocimiento sobre salud buco-dental	Nivel de conocimientos sobre Salud Bucal.	▪ Cualitativa Ordinal	▪ Bien: de 16 a 23 preguntas contestadas correctamente. ▪ Regular: de 8 – 15 preguntas contestadas correctamente. ▪ Mal: de 0 – 7 preguntas contestadas correctamente	A través de las frecuencias absolutas (No) y relativas (%).

			e.	
Estado de la Dentición.	Presencia en los dientes de caries, obturaciones o ausencia de los dientes.	▪ Cuantitativa nominal.	▪ # de dientes cariados. ▪ # de dientes obturados . ▪ # de dientes perdidos. ▪ # de dientes indicados a extraer. ▪ # de dientes funcionales	A través del índice de COPD, representado en frecuencias absolutas (No) y relativas (%).
Estado Periodontal.	Grado de inflamación, sangramiento de la gingiva, presencia de bolsas y movilidad dentaria.	▪ Cualitativa Ordinal.	▪ Sano ▪ Gingivitis Leve ▪ Gingivitis Moderada - Severa ▪ Periodontitis Incipiente ▪ Periodontitis Avanzada	A través del Índice de Rusell se hallan frecuencias absolutas (No) y relativas (%).
Necesidad de Prótesis.	Paciente con ausencia de dientes que necesitan ser restituidos.	▪ Cualitativa Nominal.	▪ No necesita ▪ Necesita y no tiene ▪ Tiene adecuada ▪ Tiene inadecuad	A través de las frecuencias absolutas (No) y relativas (%).

			a	
Clasificación Epidemiológica	Clasificación del paciente con respecto al estado de salud bucal	Cualitativa nominal politómica.	-Sano con riesgo: es aquella persona que clínicamente no es portadora de ninguna enfermedad crónica en el momento actual, pero está sometida a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y/o sociales que pueden alterar su estado de salud. Aquí se incluirán todos aquellos casos que han sido saneados y rehabilitados adecuadamente -Enfermo: es	A través de las frecuencias absolutas (No) y relativas (%).

			aquella persona que después de haber sido examinada clínicamente, es portadora de una enfermedad crónica o aguda, general o bucal, debidamente diagnosticada. -Deficiente o discapacitado: es aquella persona portadora de una afección crónica, con invalidez temporal o definitiva lesionando la actividad motora o funcional. Este grupo considera a pacientes con secuelas de su enfermedad aunque ya no esté presente la misma	
--	--	--	---	--

Técnicas y procedimientos:

Para la recogida de la información se utilizó:

1. Encuesta de Salud Bucodental. (Anexo 3)
2. Encuesta de conocimientos sobre salud bucal. (Anexo 4)

Se tuvo en cuenta además, la experiencia del médico de la familia y la unidad de observación: comunidad, familia e individuo.

A los ancianos se les realizó un examen clínico oral y extra oral con ayuda de guantes y depresores linguales, bajo luz natural. Aquellos pacientes que se les diagnosticó alguna enfermedad del complejo bucodental, se les realizó un examen más exhaustivo con ayuda de guantes, set de clasificación y sonda periodontal, bajo luz artificial. Además, se realizaron pruebas complementarias de diagnóstico necesarias para lograr de esta forma diagnósticos certeros, evitando la introducción de sesgos dentro de la investigación.

Se utilizó el **Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)**₁ para determinar la higiene bucal de los pacientes estudiados. (Anexo 5).

Índice Colectivo = Suma de Índices individuales / No. De Personas evaluadas
Criterios y Puntajes para el IHB-S:

Higiene bucal buena = 0,0 – 1,2

Higiene bucal regular = 1,3 – 3,0

Higiene bucal mala = 3,1 – 6,0.6

Para determinar el estado de la dentición y la pérdida de los dientes se utilizaron los siguientes índices:

$$\text{Índice COP-D} = \frac{\text{COP-D individual} = \text{C+O+P+Extracciones indicadas}}{\text{Total de individuos examinados}}$$

(Anexo 6)

$$\text{Índice de Mortalidad Dentaria} = \frac{\text{Dientes extraídos + indicados a extraer}}{\text{Total de examinados}}$$

Para diagnosticar la enfermedad periodontal fue necesario la aplicación del Índice Periodontal De Russell. Forma OMS Revisado (IP.R) (Anexo 7)

Códigos:

PUNTAJE	CRITERIO
---------	----------

- | | |
|---|--|
| 0 | Encía sana, sin evidencia de alteración. |
| 1 | Gingivitis leve: Área de inflamación en la encía libre, no circunscribe al diente. |
| 2 | Gingivitis: Área de inflamación en toda encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial. |
| 6 | Gingivitis con formación de bolsa: Ruptura de la adherencia epitelial y evidencia de bolsa periodontal. No hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria. |
| 8 | Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad evidente. |

* Solo se registró el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. ⁽⁴⁸⁾

Para diagnosticar la enfermedad periodontal se consideró necesario realizar las siguientes modificaciones:

- El criterio con puntaje 2 se denominó: Gingivitis Severa.
- El criterio con puntaje 6 se denominó: Periodontitis Incipiente.
- El criterio con puntaje 8 se denominó: Periodontitis Avanzada.

Técnicas para el procesamiento de la información:

Con la información primaria se creó una base de datos en el paquete estadístico S.P.S.S. versión 25.0. Los resultados se expusieron en tablas de frecuencia y figuras diseñadas al efecto y textualmente, para lo cual se utilizó Microsoft Word Xp como procesador de textos.



Resultados y Discusión

El conocimiento del estado de salud de la población geriátrica, proporciona una base sólida para estimar las necesidades actuales y futuras de asistencia estomatológica y así alcanzar una longevidad satisfactoria preparando a los profesionales para enfrentar la intensidad y velocidad del envejecimiento en la población y su repercusión en el sistema estomatognático.

Tabla # 1: Distribución de la población geriátrica examinada según edad y Sexo. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022- Enero del 2023.

Grupo de Edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	2	5.7	2	8.0	4	6.7
65-69	5	14.3	4	16.0	9	15.0
70-74	7	20.0	3	12.0	10	16.7
75-79	11	31.4	5	20.0	21	35.0
80 y más	10	28.6	11	44.0	16	26.6
Total	35	58.3	25	41.7	60	100

Fuente: Encuesta de salud Bucodental

Al analizar la tabla #1 donde se recoge la distribución geriátrica según edad y sexo se observa un predominio del sexo masculino con 35 pacientes para un 58.3% sobre el femenino con un total de 25 pacientes para un 41.7%. Predominó el grupo de 75-79 años.

La discusión de los resultados se determina, en primer lugar, que en la muestra el grueso de los pacientes se encontraba en 75-79 años de edad, ofreciendo un patrón de distribución típico de esta etapa de la vida que se corresponde con los resultados reportados por países desarrollados y con estadísticas confiables⁵.

En Cuba el predominio en cuanto a sexo en la ancianidad le corresponde al femenino explicado porque las estadísticas nacionales muestran niveles de mortalidad superiores para los hombres en todas las provincias del país, siendo mayor el número de féminas que viven más años¹⁵.

Predominaron en nuestro estudio los sujetos masculinos, presentando divergencias con el comportamiento nacional, pero sí en correspondencia con el universo de ancianos institucionalizados donde existe un predominio de este sexo. Los resultados también difieren de las investigaciones demográficas realizadas por Montané³⁰, donde hubo un ligero predominio del sexo femenino con respecto al sexo masculino.

Tabla # 2: Distribución de la población según nivel educacional. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022- Enero del 2023.

Nivel educacional	No	%
Primaria sin terminar	21	35.0
Primaria terminada	23	38.4
Secundaria terminada	11	18.3
Técnico medio terminado	3	5.0
Preuniversitario terminado	2	3.3
Universitario	0	0
Total	60	100

Fuente: Encuesta de salud Bucodental

En este estudio predominó el nivel de primaria terminada con un 38.4% aspecto este a tener en cuenta una vez que se planifiquen y se analicen las acciones de promoción y prevención de salud en este grupo poblacional.

La población de estudio posee un nivel educacional promedio bastante bajo, predominando la primaria terminada, producto a que estos ancianos durante su edad escolar vivieron en un sistema social capitalista, donde es sabido el elevado por ciento de abandono de estudios por razones económicas y donde solo la

minoría podía acceder a estudios universitarios. Constituyendo esto un reto para la intervención en dicha institución, donde el fomento de la motivación necesaria hacia el cuidado de la salud bucal a través de los programas de promoción y prevención deben poseer características especiales.

Tabla # 3: Factores de riesgo que afectan a la población geriátrica examinada según edades. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022- Enero del 2023.

Factores de riesgo		Grupos de edades											
		60-64 (n = 4)		65-69 (n = 9)		70-74 (n = 10)		75-79 (n = 21)		80 y más (n = 16)		Total (n = 60)	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Biológicos	Antecedentes de caries	4	100	9	100	10	100	21	100	16	100	60	100
	Enfermedades endocrinas	2	50	2	22.2	1	10	5	23.8	4	25	14	23.3
Modo y Estilo de vida	Alimentación cariogénica	3	75	4	44.4	5	50	8	38	8	50	28	46.6
	Hábito de Fumar	4	100	7	77.7	9	90	15	71.4	9	56.2	44	73.3
	Mala Higiene Bucal	3	75	4	44.4	8	80	13	61.9	13	81.2	41	68.3
Ambientales	Calidad del agua	4	100	9	100	10	100	21	100	16	100	60	100
Organización de los servicios de salud	Prótesis mal ajustadas	2	50	6	66.6	4	40	5	23.8	3	18.7	20	33.3

Fuente: Encuesta de salud Bucodental

Teniendo en cuenta los factores de riesgo que afectan al estado de salud de la población estudiada (tabla #3) se aprecia que la totalidad de los pacientes 100% están afectados por el factor biológico de antecedentes de caries y el factor ambiental de calidad de agua. El 73.3% presenta hábito de fumar y el 68,3% posee mala higiene bucal variables consideradas dentro del factor de riesgo clasificado como hábito. Otros factores de riesgo son el consumo de alimentos azucarados cariogénicos encontrado con el 46.6%

Se realizaron una serie de asociaciones, apoyándonos en la observación clínica, entre los diferentes factores de riesgo que en mayor cuantía inciden en nuestra muestra de estudio y las enfermedades bucales detectadas. Con el objetivo de conocer estadísticamente la estimación de riesgo existente, determinándose entre nuestros ancianos que el paciente portador de mala higiene bucal posee dos veces más riesgo de enfermar de caries dental, así como tres veces más posibilidades de padecer de periodontopatías, que el que no presenta dicho factor de riesgo. El hábito de fumar además constituyó un factor de riesgo estadísticamente significativo en la aparición de lesiones premalignas, de tal forma que en nuestra población los fumadores poseen 8 veces más posibilidades de portarlas que el no fumador.

La noción de riesgo epidemiológico en función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan nuestra salud, dependen de la vida en sociedad, y más. De esta forma, educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante el nuevo modelo de atención estomatológica que responde al concepto de Estomatología General Integral, que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad³⁷.

Es por ello que el 100% de nuestra población se encuentra sometida a algún factor de riesgo determinado. Entre ellos la caries dental afectó al total de la muestra en algún momento de la vida, demostrando que esta es la enfermedad de más alta prevalencia del complejo bucal en el país y en el mundo³⁸.

La calidad del agua afecta negativamente a la totalidad de la población de estudio, debido a que en nuestro municipio no se encuentra fluorada, método mundialmente utilizado en la prevención masiva de la caries dental.

Otro factor de riesgo en orden de prevalencia resultó ser la mala higiene bucal, la cual suele presentarse en número elevado de frecuencia en la ancianidad, como resultado del falso concepto aún existente de que es natural el deterioro progresivo de los dientes hasta su pérdida total, unido al enlentecimiento de la función motora con el paso de los años, por lo que algunos autores plantean el uso de cepillos eléctricos para mejorar la higiene bucal del anciano²⁹.

Es un hecho documentado que las personas de mayor edad experimentan una disminución en el sentido del gusto, se plantea además atrofia de las papilas anteriores de la lengua, encargadas de detectar los sabores dulces, lo que conduce a desarrollar nuevos hábitos alimenticios, requiriendo un sabor más intenso para identificar su presencia. Esto hace que tiendan a ingerir alimentos con mayor cantidad de azúcar y en mayor frecuencia, demostrándose que las personas de edad avanzada consumen un 50% más de dulces que las adultas²². En nuestros resultados existió un consumo de alimentos cariogénicos en un 46.6% de ancianos.

Por último es necesario destacar el elevado número de pacientes fumadores presentes en la muestra examinada (44), factor de riesgo importante en la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, dado tanto por sus productos de combustión, las sustancias intrínsecas, como por el propio calor que genera la combustión³⁹.

Tabla # 4: Distribución de los pacientes según nivel de conocimiento sobre salud buco-dental y grupos de edades. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022- Enero del 2023.

Resultados	Grupo de edades											
	60-64 (n = 4)		65-69 (n = 9)		70-74 (n = 10)		75-79 (n = 21)		80 y más (n = 16)		Total (n = 60)	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Bien	0	0	3	5	3	5	6	10	6	10	18	30
Regular	3	5	4	6.6	5	8.3	11	18.3	8	13.3	31	51.6
Mal	1	1.6	2	3.3	2	3.3	4	6.6	2	3.3	11	18.3

Fuente: Encuesta de conocimiento sobre salud Bucodental

El estilo de vida se ve influenciado por el nivel de conocimientos en temas de salud que presente la población. La Tabla #4 muestra que prevalece un regular nivel de conocimientos con 31 pacientes representando el 51.6% del total de encuestados, bien el 30%, y los evaluados de mal de un 18.3 %. Además, estos resultados están en correspondencia con el nivel educacional mostrado por los pacientes de esta institución. Datos similares fueron encontrados en el trabajo realizado por Betancourt Trujillo²⁵.

Merece especial atención que un número elevado de ancianos de la muestra refirió opiniones y creencias tergiversadas con respecto a múltiples temas tratados en la Encuesta de Salud Bucodental aplicada. Fenómeno igualmente observado en un estudio realizado en la provincia de Pinar del Río con un grupo de ancianos a lo que se les evaluó el conocimiento que poseían relacionado con el uso de la prótesis dental. A pesar de los múltiples programas de promoción impartidos a través de los medios audiovisuales como la radio y la televisión, así como los métodos empleados por el Estomatólogo General Básico en la comunidad para la adquisición de conocimientos, estas personas no han logrado cambios de conductas y actitudes que propicien la toma de conciencia en cuanto a problemas de salud bucal. Hecho que demuestra la necesidad de la utilización prioritaria de la Educación para la

Salud en la práctica dental preventiva, constituyendo el medio más eficaz para disminuir el costo de la ignorancia en beneficio de los pacientes y de toda la sociedad. Por ello es preciso incorporar a toda la población cubana a los sistemas sanitarios, a fin de que las generaciones futuras lleguen a los 60 años conscientes de que las enfermedades y la anodoncia de la cavidad bucal no son procesos inevitables del envejecimiento, que deben ser aceptados con tolerancia³⁵.

En las experiencias obtenidas en Cuba, se evidenció el bajo nivel de información higiénico sanitaria para la salud bucodental en los ancianos, ya que presentaron numerosas enfermedades como disfunción masticatoria, enfermedad periodontal, caries, estomatitis subprótesis, queilitis angular y factores de riesgos entre los que se destacan la higiene bucal deficiente y la dieta cariogénica, los cuales son prevenibles si se detectan precozmente⁴⁴.

Tabla # 5: Distribución de la población geriátrica examinada según estado de la dentición y grupos de edades. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022- Enero del 2023.

Grupos de edades	ITEMS						
	C	O	P	D	Índice COP-D	Índice de Mortalidad Dentaria	No. y % 20 y + dientes funcionales
60 -64 (n = 4)	10	38	22	20	22.5	10.5	3/75
65-69 (n= 9)	28	35	42	28	11.6	45.1	4/44.4
70-74 (n = 10)	20	50	60	20	15	8	5/50
75-79 (n= 21)	5	24	110	20	7.5	6.1	2/9.5
80 y más (n= 16)	22	37	70	32	10.1	6.4	4/25
Total (n= 60)	85	184	304	120	11.5	7.1	18/30

Fuente: Encuesta de salud Bucodental

En la tabla # 5, realizando el análisis del estado de la dentición encontramos que el número de caries y obturaciones disminuye con la edad, existe un aumento en cuanto a las extracciones realizadas, no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos etáreos en cuanto a las indicadas, esto provoca que el mayor índice de COP-D correspondió al grupo de 60-64 años (22.5%), no así el índice de mortalidad dentaria que afectó en mayor escala al grupo de 65-69 años con un 45.1%. El mayor porcentaje de pacientes con 20 o más dientes funcionales en boca también correspondió al grupo de 60-64 años con un 75%.

En el estudio realizado sobre el Estado de Salud Bucal de la Población Geriátrica. Área VII, Cienfuegos. Mayo 2021- Junio 2022, el estado de la dentición de la población geriátrica examinada, referente al número de caries y obturaciones disminuyen con la edad, mientras que con las extracciones realizadas e indicadas sucede lo contrario. Esto provoca que el índice COP- D aumente a medida que la población envejece, a expensas fundamentalmente de los dientes perdidos, llegando a ser para el total de ancianos de 20,5. El índice de mortalidad dentaria resultó ser más elevado en los mayores de 80 años y el grupo de 60- 64 años fue el de mayor porcentaje de ancianos que presentaron 20 ó más dientes funcionales en boca⁴⁰.

Tabla # 6: Distribución de la población geriátrica examinada según estado Periodontal. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022- Enero del 2023.

Estado Periodontal	Grupo de edades											
	60-64 (n = 4)		65-69 (n = 9)		70-74 (n = 10)		75-79 (n = 21)		80 y más (n = 16)		Total (n = 60)	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Sano	1	25	2	22.2	3	30	8	38	5	31.2	19	31.6
Gingivitis Leve	2	50	2	22.2	2	20	4	19	4	25	14	23.3
Gingivitis Moderada-Severa	0	0	1	11.1	1	10	3	14.2	2	12.5	7	11.6
Periodontitis Incipiente	1	25	3	33.3	3	30	2	9.5	3	18.7	12	20
Periodontitis Avanzada	0	0	1	11.1	1	10	4	19	2	12.5	8	13.3

Fuente: Encuesta de salud Bucodental

Del total de la población examinada el 31.6% se encontró sana desde el punto de vista periodontal tal como se observa en la tabla #6, correspondiéndose el mayor porcentaje de pacientes enfermos de Gingivitis leve con el 23.3%, seguido de la Periodontitis Incipiente con un 20% y la Periodontitis Avanzada con un 13.3%.

Ha sido bien y claramente establecido que la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad, por lo que en estudios realizados, entre el 60 y 100 % de los adultos mayores requieren de algún tipo de tratamiento periodontal. Son un reflejo claro de estas cifras los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Se considera además a las periodontopatías la principal causa de la pérdida de dientes en los adultos, los que con el avance de la edad pueden llegar a un estado de desdentamiento total^{41, 42}.

Los dientes son esenciales para la salud, ellos aportan elementos de estética necesarios para el buen desarrollo de las personas en su medio y también

constituyen estructuras fundamentales que contribuyen al desarrollo de una adecuada digestión de los alimentos. Sin embargo, por diferentes causas, y principalmente durante el envejecimiento de las personas, estos se van perdiendo, situación por la cual es preciso su sustitución por prótesis dentales removibles totales y/o parciales³⁵.

Tabla # 7: Distribución de los pacientes por edades según necesidad de Prótesis. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022-Enero del 2023.

Necesidad de Prótesis	Grupo de edades											
	60-64 (n = 4)		65-69 (n = 9)		70-74 (n = 10)		75-79 (n = 21)		80 y más (n = 16)		Total (n = 60)	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
No Necesitan	0	0	1	1.6	2	3.3	5	8.3	3	5	11	18.3
Necesitan y no Tienen	2	3.3	3	5	3	5	8	13.3	6	10	22	36.6
Tienen Adecuada	0	0	1	1.6	2	3.3	3	5	2	3.3	8	13.3
Tienen Inadecuada	2	3.3	2	3.3	3	5	5	8.3	5	8.3	16	26.6

Fuente: Encuesta de salud Bucodental

En relación con la presencia de prótesis dental, se observa en la tabla #7 un predominio de pacientes que necesitan y no tienen prótesis (22) para un 36.6% con una mayor proporción de necesidad en los pacientes que tienen de 75-79 años con un 13.3%. Además se pudo observar que 16 pacientes para el 26.6% tienen prótesis pero es inadecuada y el 18.3% no necesitan.

Los dientes son esenciales para la salud, ellos aportan elementos de estética necesarios para el buen desarrollo de las personas en su medio y también constituyen estructuras fundamentales que contribuyen al desarrollo de una adecuada digestión de los alimentos. Sin embargo, por diferentes causas, y principalmente durante el envejecimiento de las personas, estos se van perdiendo, situación por la cual es preciso su sustitución por prótesis dentales removibles totales y/o parciales. En este contexto puede observarse que un 39.9% de los ancianos estudiados eran portadores de prótesis, el 26.6% de

ellos las presentaban en mal estado, producto a que tenían más de diez años de uso con deficiente estado de conservación, tiempo considerado excesivo, favorecedor del desajuste y el desgaste. La situación protésica encontrada en el estudio es crítica, dado que se ha reportado en diversas investigaciones que tanto el tiempo prolongado de uso de las prótesis como el desajuste de las mismas favorecen el incremento de lesiones en la mucosa oral^{43, 44}.

En sentido general, cuando se suma el número de personas que no tenían prótesis al número que tenían, pero que las portaban en mal estado, se observa que el 63.2% de la población estudiada necesitaba de rehabilitación protésica con un incremento importante de estas necesidades en las personas de 75-79 años de edad. Cifra realmente desfavorable si consideramos la importancia de los dientes tanto para la estética como para los procesos digestivos, aunque si los comparamos con los obtenidos en estudios nacionales donde se ha determinado que las necesidades de prótesis de los ancianos, según las diferentes regiones oscilan entre un 64,4% y un 70,4%, no son tan desalentadores^{25, 43}.

Los resultados obtenidos se vinculan fundamentalmente con la crítica situación económica que ha vivido nuestro país en los últimos 16 años, que ha provocado una deficiencia de los costosos materiales que se utilizan para la rehabilitación protésica de las personas necesitadas.

Tabla # 8: Clasificación epidemiológica de la población según edades.
Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre del 2022- Enero del 2023.

Grupos de edades	Clasificación epidemiológica					
	Sano con riesgo		Enfermos		Discapacitados	
	No	%	No	%	No	%
60 -64 (n = 4)	1	1.7	3	5	0	0
65-69 (n= 9)	3	5	6	10	0	0
70-74 (n = 10)	5	8.3	5	8.3	0	0
75-79 (n= 21)	0	0	18	30	3	5
80 y más (n= 16)	4	6.7	12	20	0	0
Total (n= 60)	13	21.7	44	73.3	3	5

Fuente: Encuesta de salud Bucodental

Cuando clasificamos epidemiológicamente a nuestra población de estudio de acuerdo con las normas propuestas por la OMS para la salud bucal, detectamos un elevado número de pacientes enfermos (44) para un 73.3%, el 21.7% de los ancianos examinados se clasificaron como sanos con riesgo y se detectaron 3 pacientes discapacitados para el 5% producto a su incapacidad para adaptarse a la aparatología protésica. Al clasificar epidemiológicamente a nuestra muestra de estudio según la propuesta por la OMS para la salud bucal, encontramos un predominio de los pacientes enfermos (73.3%), lo que determina el posterior curso de intervención en esta población, donde debemos disponer de un elevado número de recursos materiales para la realización de las actividades curativas y de rehabilitación que mejorarán el panorama actual de la misma, logrando el incremento de pacientes sanos con riesgos que en la actualidad es de solo un 21.7%.

En el estudio realizado sobre el Estado de Salud Bucal de la Población Geriátrica. Área VII, Cienfuegos. Mayo 2021 - Junio 2022, la población de estudio de acuerdo con las normas propuestas por la OMS para la salud bucal, se detectó un elevado número de pacientes enfermos (252) para un 81,3%, a expensas fundamentalmente de las primeras edades. El 17,7% de los ancianos examinados se clasificaron como sanos con riesgo y se detectaron 3 pacientes discapacitados producto a su incapacidad para adaptarse a la aparatología protésica.⁴⁰



1. Existió una disminución del número de ancianos con el incremento de la edad y predominó ligeramente el sexo masculino sobre el femenino, así como los adultos mayores con bajo nivel educacional.
2. Los factores de riesgo que con mayor frecuencia afectaron a los gerontes fueron: antecedentes de caries, calidad del agua, mala higiene bucal, alimentación cariogénica y el hábito de fumar, entre otros.
3. El nivel de conocimiento sobre salud bucodental que presenta la población de estudio es regular.
4. El índice COP-D aumenta con la edad, a expensas fundamentalmente de los dientes perdidos.
5. La gravedad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad.
6. Un poco más de la mitad de la población estudiada necesita rehabilitación protésica.
7. Según la clasificación epidemiológica predominaron los pacientes enfermos.



Conclusiones

Tener una información actualizada de la situación de salud bucal de la población geriátrica ayuda a saber si se debe intensificar los programas de promoción y prevención en los mismos, obtener una correcta dispensarización de estos y así planificar actividades encaminadas a resolver los principales problemas de salud bucal que presenten. Como se puede apreciar este trabajo ha dado la posibilidad de conocer el modo y estilo de vida de los ancianos, factores de riesgo a que están sometidos, así como las necesidades de tratamiento de las afecciones más apremiantes, brindándonos la posibilidad de encaminar las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación teniendo como propósito contribuir al mejoramiento de la salud bucal de la población geriátrica.



1. Estudiar en este grupo poblacional, la relación que guarda la aparición de enfermedades bucales con las enfermedades sistémicas crónicas que provocan múltiples modificaciones en el organismo, determinando el posible riesgo que supone para los ancianos padecer alguna de estas patologías.
2. Realizar un plan de acción y ejecución para garantizar una buena planificación de recursos materiales y humanos y ejecutar un trabajo de intervención donde se empleen actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos.



1. Morffi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Enferm. [on line] 2021 [12 de febrero de 2022]; 21(3). URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enfed305.htm
2. Wallace SP, Enriquez-Haass V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2020 [cit 2022 Jul 16]; 10(1). Disponible en: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/rpsp/v10n1/5847.pdf>
3. Cardentey Garcia 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 Arenado. Rev. Ciencias Médicas. 2021 [Internet]. [cit 25 de Dic 2022]; 15(2): [aprox. 4 p].
Disponible en: <http://cielo.sld.cu/scielo.php?pid=S15611319420110000200008&script=sciarttext&ting=en>.
4. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2021 Mar [cit 2022 Nov 28]; 33(1). Disponible 49 en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es>
5. Torres Vidal R M, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2019 Jun [cit 2022 Jul 16]; 31(2):[aprox 13 p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es>.
6. Alvarado-Esquivel C, Hernández Alvarado AB, Rodríguez Corral K. La prevalencia de depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad es más alta que en residentes de hogares de ancianos. Salud Pública Méx. [Seriado en Internet]. 2019 [citado 26 enero 2021]; 46(3):193-201.
Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>

[script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

7. Chávez Reátegui BC, Manrique Chávez JE, Manrique Guzmán JA. Odontogeriatría y gerontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *RevEstomatol Herediana* [Internet] 2020[citado 26 enero 2022]; 24(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2096/2086>.
8. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Cienc Enferm.* [Seriado en Internet]. 2020 [citado 18 enero2021]; 11 (2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&nrm=iso&lng=en
9. Construcción y Validación de Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2021. Disponible en:[<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>] Consultado:[11 Mayo 2022].
10. Díaz Garrido D, Bayarre Vea H, Lazo Álvarez MA, Menéndez Jiménez J, Pérez Piñero JS, Tamargo Barbeito T. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Seriado en Internet]. 2019 [citado 21 febrero 2022]; 23(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi09207.htm
11. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2021; 22: 346-372.
12. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al; on behalf of the EFNS Scientist Panel on Dementia. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2019; 17: 1236-1248.
13. Social, GE. Proyecto de Creación de un Centro de Día para Personas Mayores en Alagón. Zaragoza 2020.<http://www.invenio2.unizar.es/record/14565/files/TAZ-TFG-2020-684.pdf>

14. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de salud. 2021[citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: [9http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario2021_5e.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario2021_5e.pdf)
15. Figueroa Verdecia DV, Abreu Vázquez MR, Villafranca Cubela M, Figueroa Verdecia EA. Panorámica del envejecimiento en Cuba. Rev Hosp. Psiquiátrico de la Habana. [on line] 2019 [30 de enero de 2021]; 2(3). URL. Disponible en: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph.0305/hph03905.htm>
16. Roca Perara MA. Redes de apoyo social en el adulto mayor. [on line] Julio 2019 [16 de marzo de 2022]. URL. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=newsfile=article&sid=155>
17. Torroella G. Lo importante es la personalidad que se es, no la edad que se tiene. [on line] 2020 [16 de marzo de 2022]. URL. Disponible en: http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=news&new_topic=16.
18. Alfonso CC, Prieto O. Marcha, postura y equilibrio del anciano. [on line] 2021 [16 de marzo de 2022]. URL. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=newsfile=article&sid=78>.
19. Otero Baxter Y, Lemus Cruz L, Boyle Balbín N, del Valle Zelenenko O. Estado nutricional y adulto mayor portador de prótesis. En: Congreso Internacional Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba. 19- 22 de noviembre; 2005. p.2-5.
20. Fong JA, Bueno HJ. Geriatria: ¿Es desarrollo o una necesidad? [on line] 2019 [12 de febrero de 2022]; 6(1). URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/vol6_1_02/san/1102.htm.
21. Malagón Cruz Y, Guevara González A. Enfoques de la situación del adulto mayor. Cuba. [on line] 2019 [16 de enero de 2021]. URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfoques_de_la_situacion_de_salud_del_am.pdf.
22. Arche Hechari J, Rivero Agudo ME, Cárdenas Casmayor I. Consumo de alimentos azucarados y la tercera edad. En: Congreso Internacional Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba. 19- 22 de noviembre; 2005. p.2-4.

23. Megret Caballero A, Naranjo Arroyo M, Fong González Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enferm 2021; 18(1): 43- 9.
24. Zaldivar Pérez DF. Prevención del estrés en la tercera edad. [on line] 2019 [16 de enero de 2021]. URL. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=newsfile=article&sid=226>.
25. Berenguer Gouarnalusses MC, Villares Pérez O, Couso Seoane C, Pérez Rodríguez A. La gerodontología en el consejo popular “Los Maceos”. Policlínico Docente “Dr. Carlos J. Finlay. [MEDISAN] 2019 [16 de enero de 2021]; 5(1): 20-4 URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_1_01/san04101.htm.
26. Regueira Naranjo JL, Cervera Estrada L, Pereira Jiménez I, Pérez Rivero JL. Autonomía y validismo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2019; 17(3): 222- 26.
27. Soria Bell B, Rodríguez Saif AJ. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Rev Cubana Enferm 2017; 18(2): 116- 21.
28. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP. [on line] 2018 [12 de enero de 2022]. URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/sp06205.htm.
29. Delgado Moreno JE, Saéz Carriera R. Una comunicación eficaz ante los problemas de estomatología geriátrica. En: Congreso Internacional Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba. 19- 22 de noviembre; 2005. p.2- 5.
30. Montané Avendaño A, Hernández Soto AI, Hernández Elías H, Bravo Cruz C. Características socioeconómicas de un grupo de ancianos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [on line] 2020 [12 de enero de 2021]; 5(2). URL. Disponible en: http://www.pri.sld.cu/facultad/revistas/revista2_2001.html
31. Velarde Almenares M, Bequer Águila JL, González Ramos RM. Factores spicosociales y afecciones bucodentales del adulto mayor. Círculo de abuelos de la casa de la cultura de plaza. Octubre 2002 a marzo 2003. En:

- Congreso Internacional Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba. 19- 22 de noviembre; 2005. p.2-4.
32. Campillo Motilva R, González González A. Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. [on line] 2019 [12 de enero de 2021]; 17(6): 540-4. URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi0562001.htm
33. Reyes Vaillant Y, Lobaina Fera E. Aplicación de la medicina alternativa en el adulto mayor. Hogar de ancianos “América Labadí Arce”. [MEDISAN] 2018 [15 de enero de 2021]; 6(3): 4-7. URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san02302.htm.
34. Álvarez Sintés R. Prevención en el Adulto Mayor. En: Francisco Mucientes H, Gabriela Santibáñez S. Temas de Medicina General Integral (Vol.1). Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p.171-95.
35. Ordaz Hernández E, Ordaz Hernández M, Rodríguez Perera E, Gutierrez Yut BL. Conocimiento relacionado con prótesis estomatológica en el adulto mayor. Clínica Estomatológica “Antonio Briones Montoto”. Pinar del Río. Rev Cubana Med Gen Integr. [on line] 2019 [12 de enero de 2021]. URL. Disponible en: [http://www.pri.sld.cu/facultad/revistas/revista1_2001.html #arta](http://www.pri.sld.cu/facultad/revistas/revista1_2001.html#arta).
36. Gómez Juanola M, López Zamora A, Moya Rodríguez M, Hernández Jiménez OR. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr 2020; 21(1-2): p.
37. Batista Moliner R, Feal Cañizares P. Epidemiología en la atención primaria de salud en Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral (Vol 1). Cap 7. La Habana, 2001.
38. Colectivo de Autores. Guías Prácticas Clínicas de Caries Dental. En: Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: ECIMED; 2003. p.23- 4.
39. Del Valle Zelenko O, Lemus Cruz L. Factores de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal del adulto mayor portador de prótesis total. En: Congreso Internacional Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba. 19- 22 de noviembre; 2005. p.3- 4.

40. Morales Rosell, Liliam. Estado de Salud Bucal de la Población Geriátrica. Área VII, Cienfuegos. Mayo 2021- Junio 2022. Tesis en opción al título de Especialista en Estomatología General Integral.
41. Vinet Céspedes Ana Margarita. Recuperación de la autoestima en una adulta mayor rehabilitada con prótesis dental. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 01 nov 2022]; 19(6): [aprox. 5 p] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S102930192015000600009&lng=es>
42. Gutiérrez Yu BL. Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos con prótesis. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado 3 enero 2021]; 18(2): [aprox. 11 p] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S156131942014000200008&lng=es>
43. García Alpízar B. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Tesis para la obtención del título de especialista en primer grado en prótesis estomatológica. Cienfuegos, 2005. p.27- 37.
44. Le Bars P, Piloquet P, Daniel A, Giumelli B. Immunohistochemical localization of type IV collagen and laminin (alpha 1) in denture stomatitis. JOral Pathol Med. 2018 Feb; 30(2): 98-103.



Anexo 1

Acta de consentimiento informado a la institución

Yo _____

No de carné de identidad _____

Cargo en la institución _____

Estoy de acuerdo en que se realice el estudio de Salud bucal en pacientes geriátricos del consultorio médico #24 del municipio Cruces con el objetivo de mejorar el conocimiento científico del municipio y de los facultativos sin remuneración alguna para ello.

Nombre y firma del Administrativo

Fecha

Anexo 2

CONSENTIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN

Nombre y Apellidos: _____

Número de Inclusión: _____

El que suscribe _____ está de acuerdo en participar en el estudio “Estado de Salud Bucal de la Población Geriátrica del consultorio médico #24 del municipio de Cruces”. Asimismo estoy de acuerdo que se me practique el examen estomatológico que se requiera. Para dar este consentimiento he recibido una amplia explicación de la Dra Wendy Portal González quien me ha informado que:

- 1- Se me realizarán todos los estudios, en la cavidad bucal, necesarios de acuerdo con los síntomas que presente.
- 2- Mi consentimiento con participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendría consecuencias en mis relaciones con los estomatólogos y la clínica que me atienden, los que me continuarán atendiendo según las normas de conducta habituales en esta institución de nuestra sociedad, donde tendré el mismo derecho a recibir el máximo de posibilidades de atención.
- 3- En cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que sea necesario explicar las causas y esto tampoco afectará mis relaciones con los estomatólogos y la clínica.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el profesional que me ha dado las explicaciones pertinentes, a los ____ días de _____ del _____

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____

Nombre del Profesional _____ Firma: _____

Anexo 3

ENCUESTA DE SALUD BUCO DENTAL

I- Nombre y apellidos: _____

II- Edad en años _____ III- Sexo (M-1, F-2) _____

IV- Municipio: _____
salud _____

V- Área de

VI- Nivel educacional:

Ocupación

1- Primaria sin terminar.

2- Primaria terminada.

3- Secundaria terminada.

4-Técnico medio terminado.

5- Preuniversitario

6- Universitario.

7- No escolarizado.

VII-

1- Ama de casa.

2- Jubilado.

3- Trabajador.

4- Otros.

IX- Factores de riesgo

Ambientales _____, _____, _____,

Biológicos _____, _____, _____,

Hábitos _____, _____, _____,

Otros _____, _____, _____,

XI- Examen Extraoral

0- Apariencia extraoral Normal

1- Anomalías en piel y mucosas

2- Nódulos linfáticos agrandados

XII- Examen de ATM

Sintoma D ____ I

Signo D ____ I

0- Sano

1- Chasquido articular

2- Dolor a la palpación

3- Dificultad de movimiento de
apertura y cierre

0- Sano

1- Chasquido audible

2- Contractura maseterina

3- Reducida apertura oral
menor de 30 mm

XIII- Condiciones de la mucosa Oral

Alteración Mucosa

0- Normal

1- lesiones blanquecinas

6- Épulis fisurado

7-Candidiasis

Localización

0- Borde bermellón

1- Comisuras

6- Lengua

7- Paladar

- | | | | |
|----------------------------|----------------------|------------------|---------------------|
| 2- Liquen plano | 8- Queilosis angular | 2- Labios | 8- Reborde alveolar |
| 3- Eritroplasias | 9- Lesión tumoral | 3- Surcos | |
| 4- Úlceras | 10- Otras | 4- Mucosa bucal | |
| 5- Estomatitis subprótesis | 11- No se registra | 5- Suelo de boca | |

XIV- Estado de la Dentición

17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37

XV- Índice Periodontal de Russell (Ver al final de la encuesta)

17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37

XVI- Estado de la Prótesis

Necesidades de prótesis

0- No necesita

S

1- Necesita y no tiene

☐

2- Tiene adecuada

☐

3- Tiene inadecuada

I

Tipo de Prótesis

S

1- Prótesis
parcial

☐

2- Prótesis Total

☐

3- Prótesis fija

I

Anexo 4

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL

Encuestador _____ Municipio _____
Fecha _____ Área de Salud _____
Calificación _____ Consultorio _____

Datos generales

Nombre: _____
Dirección: _____
Edad: _____ Sexo _____

Cuestionario

- 1.- El estomatólogo debe visitarse:
____ Una vez al año ____ Cuando tiene dolor
- 2.- El cepillado dental se realiza en el día
____ 3 veces o menos ____ 4 veces
- 3.- La pasta dental es imprescindible para cepillarse
____ Sí ____ No
- 4.- Comer dulces y caramelos entre comidas daña la salud dental
____ Sí ____ No
- 5.- El hábito de fumar produce cáncer bucal
____ Sí ____ No
- 6.- La pérdida de dientes es producida por
____ las enfermedades ____ la edad
- 7.- Revisarnos la boca a menudo nos permite detectar cambios en los tejidos
____ Sí ____ No
- 8.- Debe informar al estomatólogo de las enfermedades que padece
____ Sí ____ No
- 9.- Cree usted que una persona que haya perdido solo unos dientes debe usar prótesis
____ Sí ____ No
- 10.- En caso de usar prótesis cuantas veces al día la limpias
____ 1 vez ____ cada vez que come
- 11.- Duerme con la prótesis
____ Sí ____ No

12.- Cree usted que las prótesis desajustadas traen algún problema
____ Sí ____ No

Calificación

De 10 a 12 respuestas correctas. Bien

De 9 a 7 respuestas correctas. Regular

De 6 a menos respuestas correctas. Mal

Anexo 5

Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S):

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el Índice de Higiene Bucal. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis y no a doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar. Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa dos de los principales factores de riesgos: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la Higiene Oral de una comunidad y sólo se requiere espejo y explorador.

Como el Índice de Detritus Simplificado (ID-S) y el Índice de Tártaro Simplificado (IT-S) se confeccionan ahora a base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3, y pese a ello se los sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los seis segmentos es $18/6=3$. El IHB-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

<u>DIENTE</u>	<u>SUPERFICIE</u>
16	vestibular
26	vestibular
46	lingual
36	lingual
11	vestibular
31	vestibular

Índice Colectivo = Suma de Índices individuales / No. De Personas evaluadas
Criterios y Puntajes para el IHB-S:

Higiene bucal buena = 0,0 – 1,2

Higiene bucal regular = 1,3 – 3,0

Higiene bucal mala = 3,1 – 6,0.6

Anexo 6

INDICE COP-D:

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un Promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El Índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países

Anexo 7

INDICE PERIODONTAL DE RUSSELL. FORMA OMS REVISADO (IP- R)

En el IP-R sólo se registra el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. La clasificación del estado periodontal se realiza siguiendo los criterios de Russell.

Con este índice se puede determinar rápidamente tanto la prevalencia como la gravedad de las periodontopatías de una población, ha sido muy usado en Cuba.

La calificación de 8 se asigna cuando se observa algún diente que posee movilidad, migración patológica y pérdida de la función.

El valor 6 se aplica cuando la mayor gravedad está dada por la presencia de alguna bolsa periodontal.

Se registra la calificación 2 cuando el signo más grave que se encuentre es la inflamación gingival y rodea completamente algún diente, sin embargo, cuando esa inflamación no rodea completamente al diente, la calificación es 1. Si no existen signos de inflamación periodontal marcamos 0 para ese individuo.

PUNTAJE	CRITERIO
---------	----------

- | | |
|---|--|
| 0 | Encía sana, sin evidencia de alteración. |
| 1 | Gingivitis leve: Área de inflamación en la encía libre, no circunscribe al diente. |
| 2 | Gingivitis: Área de inflamación en toda encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial. |
| 6 | Gingivitis con formación de bolsa: Ruptura de la adherencia epitelial y evidencia de bolsa periodontal. No hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria. |
| 8 | Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad evidente. |