MANIFESTACIONES ORALES MÁS FRECUENTES EN ADULTOS MAYORES INSTTITUCIONALIZADOS DE DOS HOGARES GERIÁTRICOS

Autores
SANDRA MARCELA PEREEZ
DIANA MILENA ARAGON
JOANNA DAZA
DAYANA RODRIGUEZ

Asesor metodológico
Martínez Cajas, Carlos Humberto

Asesor estadístico
Tamayo Cardona, Julián Andrés

Trabajo de grado para optar al título de Odontóloga.

Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio odontológico colombiano – COC
Sede Santiago de Cali.
2011–10-30

Institución Universitaria COLEGIOS de Colombia UNICOC

COLEGIO ODONTOLÓGICO
Centro de Investigación

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Formato de aprobación del proyecto de investigación

Fecha: noviembre 10 de 2011

MANIFESTACIONES ORALES MÁS FRECUENTES EN ADULTOS MAYORES INSTTITUCIONALIZADOS DE DOS HOGARES GERIATRICOS

2. INVESTIGADORES

SANDRA MARCELA PEREEZ	072511
DIANA MILENA ARAGON	072529
JOANNA DAZA	072536
DAYANA RODRIGUEZ	072537

3. COLABORADORES:

Nombre: DANIEL PEREZ
Título: MEDICO “FUERZA AEREA COLOMBIANA”
Dirección: base aérea “RIO NEGRO “
Teléfono: 3007774694
Correo electrónico: daniper84@hotmail.com

4. UBICACIÓN:

Lugar: Hogar geriátrico “MIS ABUELOS” Y “ABUELITOS”

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, PREGUNTA DE INVESTIGACION Y JUSTIFICACION:

¿Cuál es la frecuencia de manifestaciones orales en adultos mayores institucionalizados?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En los últimos años a nivel mundial se ha observado un aumento porcentual de la población mayor de 60 años. Datos entregados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) informan que en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años, cifra

que se duplicaría en el 2025 y para el 2050 se estima que podrá llegar a los 2 billones de personas residiendo en países desarrollados (1)

Debido al impacto que tiene el envejecimiento en el desarrollo social y económico de todo el mundo, las políticas de respuestas podrían aprovechar la adaptación y aprovechar los beneficios de los cambios demográficos, así lo afirma un documento revelado por las Naciones Unidas (ONU) que fue presentada en junio del 2007 en la sede de la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Santiago de chile. (1). Se considera ancianos a las personas que tienen más de 60 años representando así el 32% de la población mundial (2). En Colombia en el año 1973 los demógrafos llaman la etapa del entrecruzamiento o transición en el país, donde la población mayor de 60 años incrementa mucho más que la población joven entrando así en el proceso global de envejecimiento, convirtiéndose Colombia en el país de América latina con transformaciones más intensas en una estructura poblacional. La tasa del crecimiento promedio ha sido de 3.5% anual y según los demógrafos este incrementó debe demostrar una tasa promedio anual creciente hasta la mitad del siglo XXI (4)

El proceso de envejecimiento comienza en la edad adulta haciéndose evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico(12). El envejecimiento afecta todos los tejidos, órganos y sistemas, volviéndose mayor y complejo a medida de que transcurren los años, afectando así sus relaciones interpersonales y afectivas (1)(12)(13).
Los cambios morfológicos y funcionales que se presentan en la cavidad oral también forman parte del envejecimiento general del organismo, un gran número de adultos mayores presentan cambios en los tejidos de sostén del diente y en el aparato estomatognatico en general(5)(8)(10).

Los primeros signos en la cavidad bucal ocurren naturalmente por la edad como puede ser cierto grado del oscurecimiento de los dientes y los degastes fisiológicos que presentan, otros son el resultados de las patologías que se presentan en boca por alteraciones sistémicas de alguna enfermedad específica, manifestaciones como la periodontitis, xerostomía, y efectos de factor sociocultural y económicos (9)(13). Para el paciente adulto los cambios en la cavidad oral puede deberse a dos condiciones: fisiológicas por el envejecimiento propiamente que no son patológicos, induciendo cambios bioquímicos funcionales y estructurales (5)(7)

El periodonto puede reaccionar por la mala higiene oral con gingivitis y con el tiempo en puede presentar retracción gingival, exposición del cemento radicular siendo susceptible así a presentar caries. En la encía provoca perdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de capa queratinizada.

En la mucosa oral se presenta la atrofia epitelial, disminución de la queratinización, en el tejido conectivo disminuye la población celular lo que genera un aumento de la sustancia intercelular y la disminución del consumo de oxígeno, la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis(12). Los cambios por los factores locales adquiridos por toda la vida como la alimentación, tabaco, alcohol y las prótesis presentes en boca influyen para que la mucosa bucal sea muy propensa a daños mecánicos y susceptibilidad a las sustancias nocivas (9)
En los labios se presenta con frecuencia la queilitis comisural siendo muy común en adultos mayores, la queilitis se debe a la deficiencia de vitaminas del complejo B. En el huso alveolar se presenta reabsorción debido a las fuerzas oclusales y masticatorias que disminuyen la altura y el grosor de las trabéculas, se puede observar la disminución de la cortical ósea y el incremento de

porosidades, apareciendo la esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, también se incrementa el riesgo a la fractura por el incremento del endurecimiento y disminución de la elasticidad, esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada.

Los medicamentos tienden a alterar la cavidad oral e influencian mucho en las manifestaciones orales que se presentan en el anciano, la revisión bibliográfica acerca de los medicamentos y el adulto mayor indica que la principal causa es la polifarmacia practicada por un número muy alto de adultos mayores. Manejando una clasificación de Rawlins y Thompson, de reacciones adversas medicamentosas (RAM) basándose en dos aspectos básicos: la posibilidad de predicción de las RAM y su relación con la dosis. Así agruparon las RAM en dos tipos: a y b. siendo de aplicabilidad para nuestro estudio las reacciones tipo a: que son efectos aumentados o exagerados de un fármaco; y se analizan cuatro subdivisiones: 1. toxicidad. 2. efecto colateral: (acción terapéutica primaria en un sitio diferente al blanco primario), tomando como ejemplo el sangrado digestivo a causa de la asa.3.efecto secundario: (acción farmacológica diferente de la acción terapéutica primaria de la droga) por ejemplo, la sequedad de la boca por el uso de antidepresivos, tricíclicos. 4. interacción de drogas: (modificación del efecto de una droga por otra administrada antes).

También se estableció en este estudio el tipo de reacciones adversas medicamentosas en el adulto mayor encontrando: hiposalivación por medicamentos a nivel del metabolismo: ej.: complejos vitamínicos con calcio.de acción sobre el snc, snp o vegetativo: antidepresivos, antiparkinsonianos. De acción en aparato digestivo: antidiarreicos, antinauseosos, antieméticos, antiulcerosos. De acción en aparato respiratorio: broncodilatadores, descongestionantes, expectorantes. de acción en aparato cardiovascular: antihipertensivos, diuréticos, vasodilatadores coronarios. hipersalivación: pilocarpina, neostigmina, sales de litio, aldosterona, bromuros y yoduros. halitosis: antihistamínicos, antidepresivos y antibióticos. fotodermatitis en región perioral: aines: naproxen, isoxicam, piroxicam. quemadura de la mucosa bucal: acido acetilsalicilico. reacciones liquenoides orales: antihipertensivos, aines.agrandamientos gingivales: anticonvulsivos, bloqueadores, infecciones oportunistas: inmunodepresores, corticosteroides, antibióticos. osteonecrosis: bifosonatos. hemorragia y hematomas orales: anticoagulantes, aines con warfarina, aspirina. mucositis por quimioterapia. (reacción inflamatoria de la mucosa que recubre las paredes del tracto digestivo superior, desde la boca al estómago: boca, labios y garganta). con medicamentos utilizados en quimioterapia
Es importante recordar que cada individuo tiene una característica propia y que cada organismo responde diferente a los procesos del envejecimiento, estos cambios pueden o no presentarse en el adulto mayor, influyendo los factores genéticos, ambientales, nutricionales, económicos y sociales (13)

JUSTIFICACIÓN

Las naciones unidas reportan que para el 2050 la población adulto mayor superaría la población de niños y jóvenes a nivel mundial, llegando aproximadamente a 2000 millones de adultos mayores (2) y se menciona que las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor pueden estar comprometidos física y psicológicamente.
Al observar el impacto de la vejez en la sociedad y la preocupación para solventar la necesidad del paciente adulto mayor es bueno reflexionar acerca de las funciones alteradas presentadas al

transcurso de los años y la influencia en la calidad de vida de los individuos. Cuando se pierde todas las funciones altera todas las facetas del individuo a nivel biológico y psicoafectivas.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es una de las características que nos unifica y define a todos los seres humanos. El envejecimiento es considerado como un fenómeno universal, un proceso dinámico, irreversible, inevitable y progresivo, que genera cambios fisiológicos en la persona, en su mayoría simplemente una declinación en la función del organismo como un todo. Se plantea que el metabolismo tisular cambia con el tiempo. La naturaleza de estos cambios no se conoce con precisión, pues en ellos radica la incógnita de los procesos del envejecimiento. En un intento por explicarlo, se han formulado diversas teorías: de la mutación, del eslabonamiento cruzado, del colágeno, del estrés, de radicales libres, del envejecimiento celular y de los que se producen por efecto del envejecimiento solamente.

En los últimos años a nivel mundial se ha observado un aumento porcentual de la población mayor de 60 años. Se observa el incremento de la expectativa de vida al nacer y un aumento porcentual de la población mayor. Datos entregados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) informan que en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años, cifra que se duplicaría en el 2025 y para el 2050 se estima que podrá llegar a los 2 billones de personas residiendo en países desarrollados (1)

Debido al impacto que tiene el envejecimiento en el desarrollo social y económico de todo el mundo, las políticas de respuestas podrían aprovechar la adaptación y aprovechar los beneficios de los cambios demográficos, así lo afirma un documento revelado por las Naciones Unidas (ONU) que fue presentada en junio del 2007 en la sede de la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Santiago de chile. (1). Se considera ancianos a las personas que tienen más de 60 años representando así el 32% de la población mundial (2). En Colombia en el año 1973 los demógrafos llaman la etapa del entrecruzamiento o transición en el país, donde la población mayor de 60 años incrementa mucho más que la población joven entrando así en el proceso global de envejecimiento, convirtiéndose Colombia en el país de América latina con transformaciones más intensas en una estructura poblacional. La tasa del crecimiento promedio ha sido de 3.5% anual y según los demógrafos este incrementó debe demostrar una tasa promedio anual creciente hasta la mitad del siglo XXI (4)

A lo largo del tiempo se evidencia un aumento progresivo de la población, especialmente del grupo de los adultos mayores, lo que representa para el país un desafío en cuanto a políticas sociales y recursos se refiere. Esta transformación demográfica genera gran impacto en el desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales, y de cohesión social, que
Conlleva.

El proceso de envejecimiento comienza en la edad adulta haciéndose evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico (12). El envejecimiento afecta todos los tejidos, órganos y sistemas, volviéndose mayor y complejo a medida de que transcurren los años, afectando así sus relaciones interpersonales y afectivas (1)(12)(13).

Los cambios morfológicos y funcionales que se presentan en la cavidad oral también forman parte del envejecimiento general del organismo, un gran número de adultos mayores presentan cambios en los tejidos de sostén del diente y en el aparato estomatognatico en general(5)(8)(10). Los pacientes adultos mayores dependientes funcionalmente y con deterioro cognitivo requieren cuidados especiales de sus cuidadores. Es necesario identificar los factores que incrementan los riesgos de problemas bucales, desarrollo de planes de cuidados y descripción y desarrollo de prácticas de higiene bucal para prevenir patologías bucales.

.

Los primeros signos en la cavidad bucal ocurren naturalmente por la edad como puede ser cierto grado del oscurecimiento de los dientes y los degastes fisiológicos que presentan, otros son el resultados de las patologías que se presentan en boca por alteraciones sistémicas de alguna enfermedad específica, manifestaciones como la periodontitis, xerostomía, y efectos de factor sociocultural y económicos (9)(13). Para el paciente adulto los cambios en la cavidad oral puede deberse a dos condiciones: fisiológicas por el envejecimiento propiamente que no son patológicos, induciendo cambios bioquímicos funcionales y estructurales (5)(7)

El periodonto puede reaccionar por la mala higiene oral con gingivitis y con el tiempo en puede presentar retracción gingival, exposición del cemento radicular siendo susceptible así a presentar caries. En la encía provoca perdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de capa queratinizada.

En la mucosa oral se presenta la atrofia epitelial, disminución de la queratinización, en el tejido conectivo disminuye la población celular lo que genera un aumento de la sustancia intercelular y la disminución del consumo de oxígeno, la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis (12). Los cambios por los factores locales adquiridos por toda la vida como la alimentación, tabaco, alcohol y las prótesis presentes en boca influyen para que la mucosa bucal sea muy propensa a daños mecánicos y susceptibilidad a las sustancias nocivas (9)

En los labios se presenta con frecuencia la queilitis comisural siendo muy común en adultos mayores, la queilitis se debe a la deficiencia de vitaminas del complejo B. En el huso alveolar se presenta reabsorción debido a las fuerzas oclusales y masticatorias que disminuyen la altura y el grosor de las trabéculas, se puede observar la disminución de la cortical ósea y el incremento de porosidades, apareciendo la esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, también se incrementa el riesgo a la fractura por el incremento del endurecimiento y disminución de la elasticidad, esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada.

Los medicamentos tienden a alterar la cavidad oral e influencian mucho en las manifestaciones orales que se presentan en el anciano, la revisión bibliográfica acerca de los medicamentos y el adulto mayor indica que la principal causa es la polifarmacia practicada por un número muy alto de adultos mayores. Manejando una clasificación de Rawlins y Thompson, de reacciones adversas medicamentosas (RAM) basándose en dos aspectos básicos: la posibilidad de predicción de las RAM y su relación con la dosis. Así agruparon las RAM en dos tipos: a y b. siendo de aplicabilidad para nuestro estudio las reacciones tipo a: que son efectos aumentados o exagerados de un fármaco; y se analizan cuatro subdivisiones: 1. toxicidad. 2. efecto colateral: (acción terapéutica primaria en un sitio diferente al blanco primario), tomando como ejemplo el sangrado digestivo a causa de la asa.3.efecto secundario: (acción farmacológica diferente de la acción terapéutica primaria de la droga) por ejemplo, la sequedad de la boca por el uso de antidepresivos, tricíclicos. 4. interacción de drogas: (modificación del efecto de una droga por otra administrada antes).

También se estableció en este estudio el tipo de reacciones adversas medicamentosas en el adulto mayor encontrando: hiposalivación por medicamentos a nivel del metabolismo: ej.: complejos vitamínicos con calcio.de acción sobre el snc, snp o vegetativo: antidepresivos, antiparkinsonianos. De acción en aparato digestivo: antidiarreicos, antinauseosos, antiheméticos, antiulcerosos. De acción en aparato respiratorio: broncodilatadores, descongestionantes, expectorantes. de acción en aparato cardiovascular: antihipertensivos, diuréticos, vasodilatadores coronarios. hipersalivación: pilocarpina, neostigmina, sales de litio, aldosterona, bromuros y yoduros. halitosis: antihistamínicos, antidepresivos y antibióticos. fotodermatitis en región perioral: aines: naproxen, isoxicam, piroxicam. quemadura de la mucosa bucal: acido acetilsalicilico. reacciones liquenoides orales: antihipertensivos, aines.agrandamientos gingivales: anticonvulsivos, bloqueadores, infecciones oportunistas: inmunodepresores, corticosteroides, antibióticos. osteonecrosis: bifosonatos. hemorragia y hematomas orales: anticoagulantes, aines con warfarina, aspirina. mucositis por quimioterapia. (reacción inflamatoria de la mucosa que recubre las paredes del tracto digestivo superior, desde la boca al estómago: boca, labios y garganta). con medicamentos utilizados en quimioterapia
Es importante recordar que cada individuo tiene una característica propia y que cada organismo responde diferente a los procesos del envejecimiento, estos cambios pueden o no presentarse en el adulto mayor, influyendo los factores genéticos, ambientales, nutricionales, económicos y sociales(13)

Las naciones unidas reportan que para el 2050 la población adulto mayor superaría la población de niños y jóvenes a nivel mundial, llegando aproximadamente a 2000 millones de adultos mayores (2) y se menciona que las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor pueden estar comprometidos física y psicológicamente.
Al observar el impacto de la vejez en la sociedad y la preocupación para solventar la necesidad del paciente adulto mayor es bueno reflexionar acerca de las funciones alteradas presentadas al transcurso de los años y la influencia en la calidad de vida de los individuos. Cuando se pierde todas las funciones altera todas las facetas del individuo a nivel biológico y psicoafectivas.

6. **Objetivos.**

Objetivo general

- Determinar la frecuencia de manifestaciones orales en adultos mayores institucionalizados

Objetivos específicos

- Establecer el nivel de conocimiento sobre manifestaciones orales.
- Describir la terapia farmacológica de mantenimiento de la población sujeto de estudio.
- Identificar el estado de higiene oral de la población sujeto de estudio
- Estimar la frecuencia de manifestaciones orales en adultos mayores institucionalizados

7. METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO:

El diseño del estudio corresponde al observacional, descriptivo y transversal en el cual se recolecto información de las variables de interés para establecer la frecuencia de eventos en salud oral en los adultos mayores institucionalizados de dos hogares geriátricos de Santiago de Cali en el año 2011. En la metodología de recolección de información se incluyó actividades diversas para la programación de las visitas de forma concertada con las directivas y el contacto directo con 30 adultos mayores institucionalizados, realizando un total de 3 visitas dentro de las cuales se hizo una presentación como primera actividad donde todos los adultos mayores fueron informados acerca del procedimiento que se llevaría a cabo en cada uno de ellos. Los pacientes que se encuentran en el estudio son todos aquellos pertenecientes a dos hogares geriátricos.

POBLACIÓN:

Población

Pacientes 30 adultos mayores institucionalizados

MUESTRA:

Tamaño de la muestra

La muestra fueron 30 pacientes adultos mayores institucionalizados
Muestra censal

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION

Los pacientes que acepten participar voluntariamente y personas que pertenezcan a los hogares geriátrico “mis abuelitos” y “abuelitos”.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Aquellos con diagnóstico de enfermedades autoinmunes (VIH, LE, HVB). Ya que por su condición tendrían manifestaciones orales

VARIABLES.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición	Tipo	Escala	Valores posibles
Sexo	Características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen seres humanos en dos grupos: femenino y masculino	Cualitativa	Nominal	0. Femenino 1. Masculino

Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Numérica de razón	Mayores de edad
Grupo sanguíneo	Características presentes o no en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre	Cualitativa	Nominal	0. A (+-) 1. B (+-) 2. Ab (+-) 3. O (+ -)
Procedencia	Lugar de nacimiento del individuo	Cualitativa	Nominal	Ciudad Municipio Vereda
Nivel socioeconómico	Estrato donde reside actualmente	Cualitativa	Ordinal	1,2,3,4,5,6
Estado civil	Situación actual de las personas determinada por sus relaciones familiares, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Nominal	.Soltero U. Libre Casado Divorciado Viudo
Antecedentes familiares	Familiares en primer grado de consanaguinidad con historial de Diabetes tipo I y II	Cualitativa	Nominal	0. Madre 1. Padre 2 .Hermanos

VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	**Definición**	**Tipo**	**Escala**	**Valores posibles**
Caries	La caries es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial caracterizada por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos. Se debe tener en cuenta la educación de los pacientes respecto a esta enfermedad	Cualitativa	Ordinal	Valores numéricos de icdas

Enf. Periodontal	Es un proceso inflamatorio que ocasiona daños en el periodonto.. se debe evaluar el conocimiento que tiene cada paciente sobre la vulnerabilidad que tienen ante esta enfermedad	Cualitativa	Ordinal	Valores numéricos del índice periodontal
Candidiasis	Es una enfermedad causada por un hongo (***candida albicans***). Todas las personas tienen este hongo,. Se puede encontrar en la piel, en el estómago, en el colon, en el recto, en la vagina, en la boca y en la garganta. Estudiar principalmente en pacientes que utilicen prótesis el conocimiento sobre la higiene que debe tener ante esta y las enfermedades que puede provocar	Cualitativa	Ordinal	Evaluación clínica oral
Liquen plano	Enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica, de piel, y mucosas que evoluciona a brotes. De etiología desconocida, en su patogénesis existe un desorden inmunológico con ataque al epitelio por linfocitos cd8 citotóxicos.	Cualitativa	Ordinal	Evaluación clinica oral
Halitosis	Síntoma o signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral. Conocer que piensan y como actúan los pacientes respecto a este tema.	Cualitativa	Ordinal	Intangible
Xerostomía	síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.	Cualitativa	Ordinal	Intangible

	estudiar si los pacientes conocen que esta condición es normal en pacientes diabéticos			
Prótesis dental	Es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone tanto los dientes como las estructuras periodontales.	Cualitativa	Ordinal	a. Buena b. Regular c. Mala
Medicamentos	Es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.	Cuantitativa	Ordinal	# de medicamentos que tomaba cada paciente: + de 5 polifarmacia

SESGOS DE:

SELECCIÓN: En nuestro estudio no hay gran posibilidad de tener sesgo de selección ya que todos los pacientes fueron incluidos en el estudio.

INFORMACIÓN: Para tratar de obviar este sesgo, se realizara una encuesta valida por prueba piloto. Las variables clínicas serán determinadas por investigadores previamente estandarizados en criterios clínicos y teóricos.
Se establecerá un coeficiente capa de 0.8 para determinar la estandarización óptima.

METODOLOGÍA PROPIAMENTE DICHA:

EXAMEN FÍSICO DE LA CAVIDAD ORAL:

El examen físico de la cavidad oral es un procedimiento dinámico que exige del profesional conocimientos de las ciencias básicas biomédicas, que permiten reconocer y tratar enfermedades y condiciones que afectan la cavidad oral, ya que en ella pueden manifestasen varias condiciones sistémicas que afectan su condición normal y que pueden afectar otros sistemas y órganos.

El examen físico de la cavidad oral debe ser realizado con un entrenamiento estructurado y necesario para alcanzar las habilidades necesarias y esenciales en la revisión de los sistemas para así obtener el diagnostico requerido.

Al realizar el examen físico el odontólogo debe de estar familiarizado con los signos y síntomas de las enfermedades sistémicas.

El primer paso es la inspección y palpación de la cavidad oral, permitiendo la obtención de datos normales o anormales de la cavidad oral, la podemos observar bajo visión directa o indirecta con la ayuda de un espejo oral.
La palpación se aconseja desarrollarla bajo una secuencia determinada sin dejar de examinar alguna zona.

El examen se inicia con la inspección de las regiones de la cara, luego en la parte anterior de la boca y la superficie vestibulares de los dientes, si estos existen o mismo la observación de las zonas edéntulas, después pasamos muy despacio a observar la parte vestibular o carrillo de la región derecha de la boca, llegando hasta la parte de la tuberosidad maxilar del mismo lado, esto por medio de la visión indirecta por medio del espejo, luego pasamos a la parte vestibular general observando la inserción de frenillos , carrillos y labios siendo separados con los dedos de las manos o mismo con el espejo bucal.

Luego de examinar el maxilar superior, nos dirigimos hacia la mandíbula iniciando en su parte posterior, iniciamos por el triangulo retromolar del lado izquierdo, de ahí hacia la parte media y anterior vamos observando la mucosa oral y las encías, finalizando en el triangulo retromolar del lado derecho.

En los labios deberemos de observar la presencia de las glándulas salivares menores presentes en la submucosa del labio,

Después de realizar el examen minucioso de la cavidad oral general, iniciamos con la parte del paladar duro, luego lengua y finalizando en el piso de la boca.

El paladar duro será examinado por visión directa o indirecta con la ayuda del espejo bucal.

La lengua de observara inicialmente su superficie dorsal, sus papilas y movimientos, luego pasamos a la parte de la superficie ventral, observando su arteria ranina.

Luego con la ayuda de una gasa asegurando muy bien la superficie de la lengua podemos, realizar una palpación minuciosa y detallada, permitiendo que podamos identificar masas o tumoraciones.

Después solicitamos al paciente colocar la lengua en la superficie palatina de los dientes incisivos y con ello podemos observan carúnculas linguales, y piso de la boca.
Las glándulas salivares las podemos palpar de atrás hacia adelante en el momento de la palpación del piso de la boca, en cuanto a la función de la glándulas podemos evaluarlas por medio de la producción de flujo salivar, observado si hay algún tipo de obstrucción e las glándulas o poca producción de saliva, estimulando la salida de fluido salivar.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA DE TRABAJO Y PRESUPUESTO:

Actividades	**Oct. 11**	**Nov. 11**	**Dic. 11**	**Ene 11**	**Feb. 11**	**Mar 11**	**Abr. 11**	**May 11**	**Jun. 10**
Revisión de Literatura Científica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Examenes Clinicos		X	X	X	X				
Generación de Base de datos			X	X	X	X			
Análisis Estadístico					X	X			
Escritura de Resultados					X	X	X		
Actividades de Promocion y prev				X	X	X	X		
Elaboración de Informe final y Articulo científico						X	X	X	X
Presentación de resultados, difusión y envió para publicación.								X	X

10. PRESUPUESTO:

Insumos	Costo unitario	Cantidad	Marca	unid	Costo final
Jabón Quirúrgico	$ 30,000	4000ml	quirudent	x1	$ 30,000
Guantes Caja x 100 Unds	$ 10,000	100 unds	suoermax	x 1	$ 12, 000
Tapabocas Caja x 50 Unds	$ 10,000	50 unds	fen	x1	$ 10,000
Básico	$ 15,000	1 unidad	bismark	X10	$ 150,000
Cristaflex	$ 11,000	200 mt	estándar	x1	$ 22,000
campos	$ 25,000	25 unds	estándar	x10	$ 200,000
Babero	$ 4,000	50 unds	estandar	x1	$ 4,000
Eyectores	$ 7,500	100 unds	quirudent	x1	$ 15,000
Servilletas 200 Unds	$ 2,500	200 unds	familia	x1	$ 5,000
Gafas Protectores	$ 3,500	1 uidad	estándar	x 4	$ 14,000
Visores	$ 20,000	1 unidad	protection	x 4	$ 80,000
Vasos Desechables	$ 1,200	25 unds	tami	x1	$ 1,200
Algodones	$ 6,500	25 unds	star rolls	x1	$ 1,200
Algodoneras	$ 3,000	1 unidad	Estándar	X2	$ 15,000
Recipientes Plásticos	$ 12,500	1 unidad		x10	$ 12,500
Bolsas Rojas	$ 200	200 unds	estándar	X10	$ 2.000
Bolsas De Esterilizar x 200 Unds	$ 35,000	200 unds	Crosstex	x1	$ 35,000
TOTAL	$ 248.700				$ 608.900
IMPLEMENTOS DE DESINFECCION					
Guantes Plásticos x 100 Unds	$ 3,500	1 unidad		x 2	$ 7,000
Cepillo de Cerdas Metálicas	$ 6,000	1 unidad	Estándar	x 2	$12,000
Toallas Adsorbentes x 4 Unds	$ 5,000	1 unidad	scott	X2	$10,000
Jabón enzimático	$ 20,000	1 lt	garox	x1	$20,000
Glutaraldehido (GEARHOX)	$ 30,000	3980ml	gearhox	X1	$30,000
TOTAL	$ 64,500				$79.000
BIATICOS TOTAL	$50.000				

BIBLIOGRAFIA

- 1) MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal, 2007.Fecha de publicación: Mayo, 200Programa de higiene y cuidados orales en mayores funcionalmente independientes
- 2) http://www.colombialider.org/gestion-territorial/inclusion-social/adulto-mayor/

- 4) Ivan Jaramillo Perez. La tercera edad en Colombia y la ley 100 de 1993 oportunudades y amenazas Consultor de administración publico
- 5) Dr. Rolando Sáez Carriera[I]; Dra. Maribel Carmona[II]; Dra. Zuilen Jiménez Quintana[III]; Dra. Xiomara Alfaro[III].Oral changes in the older adult
- 6) Dra. María del Carmen Carrillo Viejo. Dra. Mirtala C. Güitron Reyes Reacciones adversas a medicamentos en la boca del adulto mayor. Recibido en Mayo de 2010.Aceptado para publicación: Junio de 2010.
- 7) Dr. Sebastián Carnevale. Prof. Dr. Norberto David Bassan DETECCIÓN DE LESIONES BUCALES EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA
- 8) Dra.Yensi Díaz Martell, 1 Dra. Ileana de la Caridad Martell Forte 2 y Dr. Javier Domingo Zamora Díaz 3 Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas Revista Cubana de Estomatología Versión impresa ISSN 0034-7507 Rev Cubana Estomatol v.44 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2007
- 9) Anderson Rocha Buelvas1.TERAPIA PARA XEROSTOMÍA EN PACIENTES GERIÁTRICOS XEROSTOMIA THERAPY IN ELDERLY PATIENTS REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA NÚMERO 8 ENERO-JUNIO 2009RECIBIDO: 30 DE OCTUBRE DE 2008. APROBADO PARA PUBLICACIÓN: 16 DE NOVIEMBRE DE 2008.
- 10) Gabriela Frías Ancona,* Sagrario Hierro Orozco,** Ixchel Flores Aldape,*** Jimena Muciño Bermejo,***Guillermo Bravo Mateos,*** Alejandro Díaz Arumire,*** Alteraciones morfológicas de la lengua en pacientes con enfermedades sistémicas
- 11. Anita F. Rodríguez Zegarra[1], Sonia J. Sacsaquispe Contreras[2] Hiperplasia fibrosa Inflammatory fibrous hyperplasia and associated factors related to the use of dentures in the elderly
- 12) Rosa Isabel Esquivel Hernández. Juana Jiménez Férez. Dental care needs of senior citizens as determined using the GOHAI Recibido: Enero de 2009.Aceptado para publicación: Febrero de 2010
- 13) REFERENCIA Reyes U. La lucha contra la caries dental en el contexto histórico universal. Acta Odontológica Venezolana, 1996; 34(2): 28-31.
- 14) Asociación entre el estado mental y la condición oral de la persona adulta mayor institucionalizada de Bucaramanga