



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA
CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO
PÁEZ**

Autores
Andreína Rodríguez
C.I.:20716167
Joe Valdez
C.I.:20731348

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241)8714240 – Fax: (0241)8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA
CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO
PÁEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

Autores
Andreína Rodríguez
C.I.:20716167
Joe Valdez
C.I.:20731348
Tutor
Od. Martín Correa

San Diego, abril 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO
MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 20.716.167

Andreína Eleonor Rodríguez Aguilar

2. 20.731.348

Joe D'Jheicor Valdez Higuera

Tutor Propuesto: Martin Correa

Firma:

Cédula de Identidad N° 6.138.569



COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma




Fecha
Julio 2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD


DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula de Identidad
Valdez Higuera	Joe D' Jheicor	20.731.348
Dirección: San Diego		Teléfono: 04244161848
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	8.83
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Joe Valdez	Teléfono: 04244161848
Título del Trabajo: DISEÑO DE PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicación: El fin de este trabajo fue crear un protocolo para el manejo adecuado del paciente geriátrico en la Universidad José Antonio Páez con el propósito de entender mejor las necesidades para la rehabilitación protésica del paciente adulto mayor.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: : UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PÁEZ		
Tiempo de desarrollo: 32 semanas		
Tutor Académico Propuesto: Od. Martín Correa		

APROBADO: NO APROBADO:
 COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Fery Weffer [Firma] Julio 2017
 NOMBRE FIRMA FECHA

Rodrigo Pino [Firma] 12/04/2018
 NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: [Firma]





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD


DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Rodriguez Aguilera	Andreina Eleonor	20.716.167
Direccion: San Diego		Teléfono: 04244132048
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontologia	Indice Académico	9.45
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Andreina Rodriguez	Teléfono: 04244132048
Título del Trabajo: DISEÑO DE PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicacion: El fin de este trabajo fue crear un protocolo para el manejo adecuado del paciente geriátrico en la Universidad José Antonio Páez con el propósito de entender mejor las necesidades para la rehabilitación protésica del paciente adulto mayor.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: : UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PÁEZ		
Tiempo de desarrollo: 32 semanas		
Tutor Académico Propuesto: Od. Martín Correa		

APROBADO: NO APROBADO:
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

Erny Cejfer [Firma] Julio 2017
NOMBRE FIRMA FECHA

Rodrigo Pino [Firma] [Fecha]
NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: [Firma]





ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Martín Correa Rondón , portador de la Cédula de Identidad N° V-6.138.509, en mi carácter de Tutor del Trabajo de Grado presentado por los ciudadanos Andreina Rodríguez, portadora de la cedula de identidad N° V-20.716.167 y Joe Valdez, portador de la cédula de identidad N° V-20.731.348, titulado **DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**, presentado como requisito parcial para optar al Título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 10 días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

(firma autógrafa)

Od. Martín Correa Rondón
C.I. V-6.18.509



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA


ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO


El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”, realizado por **Joe D' Jheicor Valdez Higuera** C.I 20.731.348. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: VEINTE (20) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Martin Correa
C.I.: 6.138.509


Jurado
Nombre: Melba Oviedo
C.I.: 5.385.110


Jurado
Nombre: Carlos Linares
C.I.: 17.283.581



Fecha: 10/04/18



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ", realizado por **Andreina Eleonor Rodríguez Aguilar** C.I 20.716.167 Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

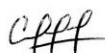
DE: VEINTE (20) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Martin Correa
C.I.: 6.138.569


Jurado

Nombre: Melba Oviedo
C.I.: 5.385.110


Jurado
Nombre: Carlos Linares
C.I.: 17.283.581

Fecha: 10/04/18



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a la Facultad De Ciencias De La Salud, a la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez por haber brindado los conocimientos necesarios para nuestra formación como profesionales, a nuestro decano de la facultad la Od. Melba Oviedo y nuestro tutor de contenido el Od Martín Correa por habernos apoyado y guiado en este trabajo. A nuestros padres, amigos y compañeros por siempre creer y estar con nosotros en cada momento, nuestros profesores que a lo largo de la carrera nos enseñaron y demostraron el amor y la pasión por esta profesión, y un especial agradecimiento a todos los pacientes que de alguna u otra manera confiaron en nosotros, en nuestros conocimientos y nuestras habilidades para aliviar molestias y embellecer sus sonrisas.

¡Gracias a todos!

DEDICATORIA

La vida se encuentra llena de retos y entre ellos está la universidad. Tras vernos dentro de ella nos hemos dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para nuestro entendimiento del campo en el que nos hemos visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y a nuestro futuro.

Dedicamos este proyecto de investigación a nuestros Padres por darnos la vida, a los familiares y amigos sobre todo por su apoyo incondicional, por vernos caer y seguir dándonos fuerza para levantarnos, a los profesores que nos acompañaron en el transcurso del tiempo que estuvimos en nuestra casa de estudio, a la tutora por su guía en la realización de esta investigación.

Su apoyo fue fundamental han estado con nosotras incluso en los momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil pero estuvieron motivándonos y ayudándonos hasta donde sus alcances lo permitieron.

El resultado de la tesis es mejor de lo que se esperaba y una gran parte del desarrollo de este excelente trabajo se le debe a ellos, grandes personas que han estado a nuestro lado todo este tiempo y aún siguen brindándonos su mano sin ningún tipo de límite y medida, son principal motivo de esfuerzo en el presente para el mañana y en lo que fue de ayer, gracias.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN.....	Xiii
INTRODUCCIÓN.....	1-2
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	3-4-5
1.2 Formulación del Problema.....	5
1.3 Objetivos.....	5-6
1.4 Justificación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	8-9-10
2.2 Bases Teóricas.....	11-26
2.3 Bases Legales.....	26-27
2.4 Lista de Definición de Términos	28
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Naturaleza de la Investigación.....	29
3.2 Tipo de Investigación.....	29-30
3.3 Población y muestra.....	30-31
3.4 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	31
3.5 Técnica de Análisis de Datos.....	33
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	
Conclusiones y Recomendaciones.....	55-56
CAPÍTULO V: LA PROPUESTA.....	
BIBLIOGRAFÍA.....	61-64
Anexos.....	65-82

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1:	17
Tabla 2:	23
Tabla 3:	35
Tabla 4:	36
Tabla 5:	38
Tabla 6:	39
Tabla 7:	40-41
Tabla 8:	42
Tabla 9:	44
Tabla 10:	45
Tabla 11:	46
Tabla 12:	48
Tabla 13:	49
Tabla 14:	51
Tabla 15:	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1:	35
Gráfico 2:	37
Gráfico 3:	38
Gráfico 4:	40
Gráfico 5:	41
Gráfico 6:	43
Gráfico 7:	44
Gráfico 8:	46
Gráfico 9:	47
Gráfico 10:	48
Gráfico 11:	50
Gráfico 12:	51
Gráfico 13:	53



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

Autor (a): Andreina Rodriguez. C. I. V-20.716.167
Autor: Joe Váldez C.I. V-20.731.348
Tutor: Od. Martin Correa
Fecha: Marzo 2018

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación se realizó con el objetivo de diseñar un protocolo para el manejo del Paciente Adulto Mayor que acude a la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez. De igual modo, se trató de un estudio de campo con carácter descriptivo, diseño no experimental transeccional, asumiendo la modalidad de proyecto factible en sus tres primeras etapas (diagnostico, factibilidad y diseño). La población del presente estudio, estuvo conformada por los estudiantes que cursan la mencionada clínica, seleccionando una muestra representativa del 30%, equivalente a cien (100) sujetos. Mientras que los profesores fueron seleccionados en su totalidad (12) como fuente primaria de la investigación. Para recolectar la información se diseñó un instrumento dirigido a los estudiantes, estructurado en veintitrés (23) ítems con alternativas de respuesta dicotómicas (si, no) y otro a los docentes para determinar la factibilidad por medio de cuatro (4) ítems con igual opciones de respuesta. Los cuestionarios fueron sometidos a la validez de contenido y se obtuvo una confiabilidad de 0,80 al aplicar el método de consistencia interna Kuder Richardson. El análisis de los datos con la estadística descriptiva permitió concluir la necesidad de la propuesta, pues la mayoría de los estudiantes consideran que los antecedentes de enfermedad sistémica influirán en la rehabilitación protésica lo que supondría un cambio en la toma de decisiones para obtener el éxito en el tratamiento. A la vez, se determinó la viabilidad social, técnica y financiera. Por tanto, se diseñó el protocolo de atención, recomendando implementarlo.

Descriptor: Manejo del paciente Adulto Mayor, Rehabilitación Protésica

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento contempla cambios biológicos, patológicos y psicológicos. Por lo tanto, la salud se convierte entonces en una preocupación creciente para las personas mayores, pues la posibilidad de adquirir enfermedades aumenta con la edad. No obstante, este proceso en el organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se produce, en el marco de la calidad de vida.

En este orden de ideas, envejecer es un proceso individual. La acción del tiempo sobre el ser humano, no sólo es consecuencia de la edad, sino también, del estilo de vida desarrollado en un tiempo y en un lugar. Por lo tanto, cada persona puede hacer una bordaje de su existencia en esta etapa del ciclo vital, buscando atención especializada cuando lo requiera en todas las áreas, una de ellas la salud oral.

Con relación a lo anterior, el adulto mayor puede presentar pérdida en la dentición no por causa de su edad, sino debido a enfermedades bucodentales (caries y enfermedad periodontal o de las encías). Por tanto, el tratamiento de rehabilitación protésica debe contemplar las particularidades de cada caso, tales como enfermedad sistemática, hábitos, consumo de medicamentos, características clínico radiográficas; entre otros aspectos a cumplir por el profesional en la atención antes, durante y después del tratamiento.

Ante ello, se planteó la presente investigación en la modalidad proyecto factible, con apoyo en un estudio de campo con carácter descriptivo a fin de dar respuesta al objetivo de diseñar un protocolo para el manejo del Paciente Adulto Mayor que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez. Al respecto, cumplidos todos los procedimientos metodológicos, la investigación quedó estructurada tal como se describe a continuación:

Capítulo I: El Problema, en donde se desarrolla el planteamiento del problema,

los objetivos que orientan la investigación y la justificación del estudio.

En el Capítulo II: Marco teórico, se abordan los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, legales y definición de términos.

El Capítulo III: Marco Metodológico que comprende la naturaleza y el tipo de investigación, técnicas de recolección y análisis de datos y procedimiento para medir la variable del estudio.

El capítulo IV, corresponde al análisis estructurado por la aplicación del instrumento de recolección de datos tanto a los estudiantes como a los docentes, también se desglosa el estudio de factibilidad social, técnica y financiera que condujeron al diseño del protocolo para el manejo del Paciente Adulto Mayor que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez. Como también se formulan las conclusiones y recomendaciones. Asimismo, se incorporan las referencias y los anexos que sustentaron el proceso de investigación.

En el capítulo V, corresponde a la formulación del protocolo, a quién va dirigido, cuales son los objetivos a cumplir y el esquema de contenido propiamente dicho.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

El ser humano pasa por distintas etapas durante su desarrollo y dentro de las cuales sufre muchos cambios tanto a nivel físico como psicológico. Los Adultos Mayores tienen características propias, sistémicas, farmacológicas, nutricionales, psicológicas, económicas, sociales, odontológicas, entre otras, que complican su evaluación.

Como ha quedado de manifiesto, ninguna duda cabe que el envejecimiento de la población mundial es considerado, y con razón, uno de los grandes desafíos para la humanidad en este siglo XXI. Los informes demográficos presentados por la Organización de las Naciones Unidas (2011) han puesto en evidencia que la situación ha dejado de ser preocupación exclusiva de los países ricos. Desde 1982, cuando se celebró en Viena la I Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, también naciones en desarrollo vienen “envejeciendo” al igual que las desarrolladas.

En este sentido, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2014), para 2010 había 9.9 millones (8.9%) de adultos mayores y las proyecciones son de 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico.

Cabe destacar que este incremento de los adultos mayores es una tendencia percibida en todos los países, desarrollados o no, en el caso de Venezuela, según Pestana (2014), indica que la población de 60 o más años para 2010 era de 2.519.751

personas y para 2030 los venezolanos con esas edades serán 5.558.973, es decir, aumentarán 120,62%.

Se interpreta entonces que a nivel mundial la población clasificada como adulto mayor va en ascenso en diversas latitudes, constituyendo un reto para los Estados a fin de garantizarles calidad de vida, salud integral, implicando por supuesto, la atención odontológica específica a este grupo poblacional importante, con las patologías que le son propias y hasta ahora muchas veces descuidadas por malos hábitos sociales de educación e higiene.

Asimismo, se debe realizar un diseño en base a la prestación de servicios odontológicos tomando en consideración la formación de recursos humanos calificados para la atención de este tipo de población, así como también las aportaciones de investigaciones científicas que determinan la etiología y el tratamiento de las condiciones patogénicas bucales en esta edad.

En este sentido, la cavidad bucal es la ventana de la salud del cuerpo ya que refleja indicios y síntomas de salud y/o enfermedad, incluso algunas enfermedades que afectan al organismo en su conjunto pueden tener su primera manifestación en la cavidad bucal. Actualmente se conoce que es posible conservar una buena salud bucal hasta edades avanzadas de la vida y que la dentición no se pierde por causa del envejecimiento, sino debido a enfermedades bucodentales (caries y enfermedad periodontal o de las encías) asociadas con diferentes factores de riesgo como por ejemplo: trastornos sistémicos crónicos de inicio temprano, estilos de vida desfavorables, iatrogenias odontológicas y un mal estado nutricional.

Además, lo que encontramos generalmente en la literatura sobre envejecimiento de la cavidad bucal, se ha basado en la creencia general de un deterioro progresivo de la fisiología de la boca con el paso del tiempo. Esto se ha fundamentado en estudios comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas sistémicamente y personas jóvenes sanas. Es así que, la pérdida total de piezas dentarias y la disminución de la secreción salival están muy arraigadas entre los médicos y odontólogos como estereotipos del envejecimiento.

Aunado a lo anterior, en el campo de la educación odontológica no se han generado políticas educacionales contundentes en las cuales la Odontogeriatría como especialidad de la Odontología, ocupe un rol fundamental en el desarrollo de un profesional capaz de conceptualizar un tratamiento bucal adecuado en el contexto social presente, situación de la cual no escapa la Universidad “José Antonio Páez”. Sumado a las limitaciones propias de la edad, los adultos mayores tienen alto riesgo de sufrir afecciones bucodentales como caries dental, alteraciones periodontales, pérdida de la función masticatoria y cáncer bucal.

A la par de estas afecciones, existe una serie de consideraciones que agravan estos riesgos como es la ausencia de programas públicos que promuevan la educación y la prevención de la salud bucal, la insuficiente financiación a la investigación y la creencia generalizada entre el personal odontológico y no odontológico de que los adultos mayores no valoran su salud bucal igual que su salud general.

El resultado es que los odontólogos no obtienen la suficiente formación y entrenamiento para atender a los ancianos por lo que es fundamental la necesidad de implementar un protocolo para el manejo del paciente adulto mayor en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad "José Antonio Páez".

1.2 Formulación del Problema:

Por lo antes expuesto los investigadores se formulan la siguiente interrogante: ¿Cuál es el protocolo adecuado para atender a los pacientes adultos mayores que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez?

1.3 Objetivo General

Diseñar un protocolo para el manejo del paciente adulto mayor que acude a la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Establecer la necesidad de diseñar un protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.

- Determinar la factibilidad de diseñar el protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.

- Realizar el diseño del protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.

1.4 Justificación

La importancia de este trabajo radica en la necesidad de establecer criterios claros a la hora de atender a los pacientes que la alcanzaron la llamada tercera edad y que necesitan una serie de atenciones especiales y un manejo específico, ya que muchos de ellos presentan una serie de condiciones físicas que requieren un cuidado específico.

A su vez, se ha de aportar a los operadores información de cómo manejar al paciente geriátrico, algo que normalmente no se imparte ni a nivel teórico ni práctico en la Universidad y que es causa de muchas de las fallas a la hora de atender a estas personas. Además, se busca resolver los escollos que surgen en los estudiantes en el momento de enfrentarse con los pacientes de la tercera edad, proporcionándoles las herramientas básicas para lograr una efectiva interacción entre el futuro profesional y las personas mayores y mejorando la respuesta institucional ante los requerimientos de este sector de la población que acude a la Universidad en pos de una solución a sus padecimientos.

De allí, lo que motivó principalmente a la realización de este estudio fue notar que en la carrera no se imparte la odontología geriátrica como materia, y que una apreciable cantidad de pacientes que concurren al servicio lo constituyen

precisamente pacientes pertenecientes a este grupo etario.

Se debe destacar, que la importancia social de este trabajo radica en atender a un grupo de pacientes que requieren cuidados de mayor nivel y especificidad con respecto a otros pacientes, en procura de mejorar su calidad de vida y para poder ser devueltos a un estado de confort, re-integrados al mundo social y entregarles alguna rehabilitación (por ejemplo, mediante prótesis removibles) para poder volver a comer, hablar bien, entre otras funciones normales para el ser humano.

1.5 Limitaciones

El tiempo de investigación está estipulado en ocho meses, sin embargo, en el transcurso del desarrollo de la investigación pueden surgir nuevas variables provenientes de ideas consolidadas y derivadas de la propuesta de solución que se adapte a este período de investigación.

1.6 Alcance

Dentro del marco de desarrollo del diseño del protocolo es primordial establecer demarcaciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos del mismo, así como también definir el enfoque de los esfuerzos realizados en miras de alcanzar las metas propuestas a lo largo de la investigación, por ello, es necesario destacar que para el presente trabajo de grado, los estudios se harán solo en el diseño de un protocolo para la atención del paciente adulto mayor en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Para el desarrollo del presente capítulo fue indispensable compendiar investigaciones difundidas en diversos artículos, monografías, publicaciones arbitradas, revistas científicas que tienen correspondencia con la atención odontológica del paciente adulto mayor. Además, todo el basamento teórico que se debe manejar a la hora de abordar los principales factores que repercuten negativamente sobre la salud bucodental del adulto mayor, entre los cuales figuran determinadas enfermedades, el temor al tratamiento odontológico, el propio proceso del envejecimiento y otros elementos a tener en consideración. Al respecto, las investigaciones seleccionadas como antecedentes se citan a continuación en orden cronológico ascendente.

En este sentido Pinoargote (2013), ejecutó en Ecuador un trabajo titulado: Programa de ejercicios físicos y recreativos para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor del Cantón “Santa Elena”. Los objetivos del proyecto son, promoción de salud integral y calidad de vida a través de la práctica regular de programas físicos y recreativos, conformar un grupo de jubilados, registrar estado de salud y signos vitales, tipo de enfermedad en personas que se acogieron a la jubilación, luego de haber permanecido laborando hasta los 65 años de edad.

En el aspecto metodológico, se aplicó un enfoque cuantitativo, de tipo de campo, nivel descriptivo, diseño no experimental transversal, modalidad proyecto factible en sus tres (3) primeras etapas (diagnóstico, diseño, validación). En el trabajo de campo propiamente dicho, se aplicó un instrumento tipo cuestionario con alternativas de respuesta múltiples a ciento doce (112) adultos mayores, ya jubilados,

habitantes de Cantón Santa Elena, cabecera cantonal y sede de la Provincia de Santa Elena, es donde se congrega la mayor cantidad poblacional de la misma (11. 671 habitantes).

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se analizó la información obtenida, concluyendo que dicha provincia a pesar de concentrar la mayor cantidad de población de la tercera edad, carece de programas de ejercicios físicos/recreativos, por lo cual se diseñó la propuesta, recomendado aplicarla, propiciar el interés y la motivación de autoridades sanitarias, educativas, deportivas, municipios locales, Consejo Provincial, instituciones militares y de policías entre otros, para hacer seguimiento al programa una vez implementado en beneficio de la salud integral del adulto mayor.

Estas serían entonces las razones, por la cual dicho trabajo se constituye en antecedente para la presente investigación, al enfocarse en la promoción de la salud integral para el adulto mayor, grupo etario en aumento entre la población venezolana, quienes ameritan atención odontológica cumpliendo un protocolo adaptado a sus características y necesidades.

Por otra parte se toma el aporte de Chávez-Reátegui (2014), titulado “Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura”, publicado en la Revista de Estomatología Herediana, en el cual se hace una revisión bibliográfica que aporta bases conceptuales de lo que es el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor.

Se trató de una investigación documental analítica, en la cual se revisaron diversas fuentes como historias clínicas, informes de especialistas y equipos interdisciplinarios; lo cual permitió concluir que el adulto mayor al estar en dicha etapa del ciclo vital, presenta una serie de particularidades bio-psico-sociales que requieren atención adecuada a sus necesidades e intereses en todas las áreas, una de ellas la salud bucal.

De esa manera, la citada investigación constituye un aporte para la presente al

destacar la importancia de la salud bucal en pro de la calidad de vida del adulto mayor, cumpliendo el profesional de odontología con un protocolo de atención para beneficio de estos pacientes.

Al mismo tiempo, se remite el trabajo realizado por Almirón (2016), denominado “Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico “Abue-Club” en Paraguay”, cuyo objetivo del estudio fue describir las condiciones de salud oral en personas mayores de 60 años del club geriátrico “Abue-Club”, Parroquia Virgen de Fátima-Barcequillo-San Lorenzo–Paraguay. Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal en adultos mayores de 60 años, que incluyó la exploración bucodental, evaluación de saliva post-estímulo y una encuesta para evaluar dieta, hábitos de higiene y acceso a los servicios de salud.

Una vez recolectada la información, el análisis de la misma permitió evidenciar una serie de afecciones que presentan los pacientes geriátricos a nivel dental y establece una base de conocimientos con respecto a las afecciones más usuales que suelen adolecer los pacientes adultos mayores, quienes a su vez requieren el cumplimiento de un protocolo de atención adecuado a sus particularidades en la etapa del ciclo vital en la cual se encuentran.

Como complemento, se cita en el contexto nacional a Vergara (2016), con una investigación titulada: Actitud del adulto mayor ante la práctica regular de ejercicios físicos; con el objetivo de describir la tendencia cognitiva, afectiva y conductual de los sujetos de la tercera edad que asisten a la “Casa del Abuelo” que funciona en Sanare, municipio Andrés Eloy Blanco del estado Lara; por lo cual asumió un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo de campo, con carácter descriptivo, con un diseño no experimental, transeccional, la población estuvo conformada por veinticinco (25) adultos mayores que asisten a la “Casa del Abuelo”.

Para recolectar los datos se diseñó un cuestionario integrado por veinticinco (25) ítems con alternativas de respuesta en una escala lickert: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, cuya validez se demostró a través del juicio de expertos y se procesó la confiabilidad por medio del

índice Alpha de Cronbach obteniéndose como resultado 0,88 con alta confiabilidad. El análisis de los datos permitió concluir que la mayoría de los adultos mayores consultados poseen actitud desfavorable ante la práctica regular de ejercicios físicos. Se recomienda iniciar procesos de reflexión con estas personas a fin de destacar los beneficios bio-psico-sociales que les puede reportar el cuidado de su salud.

Una vez detallada la citada investigación, destaca la pertinencia de la misma para la presente, al señalar que los adultos mayores poseen tendencia desfavorable ante la práctica regular de los ejercicios físicos, lo cual afecta su bienestar, todo lo cual justifica el diseño de un protocolo de atención odontológica al adulto mayor.

Como se puede apreciar, las citadas investigaciones se constituyen en aportes para la presente al destacar que cada etapa de su vida tiene sus propias particularidades, intereses y necesidades para que el individuo pueda disfrutar a plenitud de su existencia, con calidad, de modo integral. Ante ello, es relevante que el adulto mayor reciba atención odontológica cumpliendo el profesional un protocolo adecuado a estos pacientes.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Adulto Mayor

El ser humano es un ente en constante transformación, en el caso de la condición física, también la misma es afectada a lo largo de la existencia. Durante la infancia y adolescencia se da el desarrollo, en el marco del crecimiento con todas las funciones bio-psico-sociales. Al llegar a la adultez se encuentra en plenitud las competencias, habilidades.

No obstante, cuando se es adulto mayor, empieza el declive del cuerpo humano, más conocido como envejecimiento. Refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, ob. cit.), la manera en que se llega a la tercera edad, y la vitalidad con la que la afronta cada uno, depende de multitud de factores como la genética, el modo de

vida que hemos llevado, el tipo de trabajo desarrollado, la alimentación, entre otros.

Corresponde señalar que ser adulto mayor, según Martínez (2007), comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que por haber alcanzado este rango de edad son pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad.

Agrega el citado autor, que usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Tal situación, hace que las personas de la tercera edad en ocasiones sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que genera un problema creciente en la sociedad actual respecto al abandono de esta población.

En este orden de ideas la OMS (ob. cit.), señala que el cuerpo humano experimenta diversos cambios a medida que pasa el tiempo, que afectan de diferente manera a cada persona. Por ejemplo, aparecen las primeras arrugas en la piel, el cabello se vuelve blanco, el peso y la morfología del cuerpo varían. Diversos estudios han mostrado que uno de los primeros cambios que se aprecian en el cuerpo a partir de cierta edad es la falta de agilidad al moverse, debido a la disminución de la capacidad de movimiento de las articulaciones, junto con un descenso de la altura.

Respecto a los cambios físicos en el adulto mayor, según Galíndez (2008), se inician con una insuficiencia de las actividades fisiológicas, por lo que el organismo pierde actividad, movilidad y plasticidad. Una de las mayores modificaciones físicas que mayor repercusión psíquica tiene es la del sistema nervioso; debido a que se producen una serie de disminuciones progresivas: en el consumo de oxígeno, en el peso del cerebro, en el número de células (ya que las neuronas no se reproducen) y en la circulación cerebral.

Como consecuencia de la desorganización física en la senectud, se produce también un desequilibrio a nivel de las funciones psíquicas, es decir, se produce un deterioro en el rendimiento de estas funciones. Deterioro que se manifiesta en diversas formas en cada una de las funciones específicas tales como: Pensamiento más lento debido a que la rutina diaria del anciano le da menos oportunidad para resolver los problemas con mayor rapidez, por lo tanto, la lentitud es generada por motivos causales más que declive orgánico.

De igual modo, la posible dificultad para adquirir aprendizajes a causa de deficiencias auditivas o visuales que traen consigo falta de confianza; memoria preferiblemente retrograda donde los ancianos tienden a recordar más fácilmente los eventos remotos que los acontecimientos intermedios o inmediatos e ideología inflexible relacionada generalmente con aparente pérdida de las habilidades creativas.

Respecto a los cambios emocionales o psicológicos, asegura Galíndez (ob.cit), que el deterioro de las facultades mentales no es independiente de la forma en que el hombre acepta su vejez, y por eso influye su afectividad y emotividad. Por ejemplo, en la senectud se va adquiriendo una incapacidad de adaptación emocional al medio ambiente, con una disminución en el control de las reacciones emotivas, aunque su sensibilidad sigue siendo extrema. La personalidad, en la senectud, se vuelve egocéntrica, debido principalmente a la resistencia al cambio y a su manera de ser conservadora y autoritaria.

Además de lo expresado, se perciben cambios en el ámbito social del adulto mayor, por ejemplo, Dueñas (2006), plantea modificaciones referidas a los roles individuales, comunitarios, así como laborales del sujeto adulto mayor, que son transformados en la medida que éste debe adaptar sus capacidades de acción ante las exigencias del medio.

En este orden de ideas, refiere Medellín (2007), que otros cambios relacionados con el paso de los años son: pérdida de equilibrio corporal, cambio en la manera de caminar, disminución en la velocidad al andar, menor capacidad para levantarse

rápidamente de un asiento, pérdida de la masa muscular; entre otras secuelas en el orden físico que llevan a reflexionar sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico.

Es pertinente resaltar como para Aguerrevere (2006), la ancianidad o tercera edad es llamada el tercer y último período involutivo o senil. Este período se inicia con el deterioro de las funciones físicas y psíquicas y continúa con un progresivo derrumbamiento de estas funciones. Si en el período evolutivo el paso de una etapa a la siguiente suponía una integración de los diversos elementos en estructuras cada vez más diferenciadas de adaptación, en el período involutivo el paso de una etapa a la siguiente supone un proceso de desintegración, de forma que las nuevas etapas que aparecen ahora suponen estructuras menos diferenciadas de adaptación.

Por ello, para este autor la desintegración de las funciones comienza con aquellas que más tarde se han adquirido en el período de desarrollo psicológico. La involución senil recorre en sentido inverso las funciones cognoscitivas, por lo que las conductas seniles pueden ser comparadas a las infantiles, aunque llegando a ambas por distintos procesos. En este período se dan circunstancias físicas, como el climaterio o período de involución sexual, y circunstancias sociolaborales, como la jubilación.

Ahora bien, la reacción de cada persona al envejecimiento es específica de cada individuo pues depende estrechamente del tipo de personalidad. Esta reacción ante un estado de insuficiencia comporta un cambio de actitud que produce inadaptaciones sociales o familiares. Se puede apreciar en los párrafos precedentes que la etapa del adulto mayor implica una serie de cambios bio-psico-sociales, deteriorándose diversos aspectos, uno de ellos la salud oral, ante la cual requieren atención especializada por profesionales en dicha área.

2.2.2 Salud oral en el Adulto Mayor

En un mundo globalizado, permeado de adelantos tecnológicos, va en aumento la expectativa de vida. Al respecto, Pestana (2013) refiere que la longevidad cada vez mayor del ser humano acarrea un reto para brindarles calidad y atención integral, lo cual incluye la salud oral. No obstante, en esta etapa de la vida, como lo señala el citado autor, la boca tiende a secarse por la disminución de la saliva debido a ciertos medicamentos.

Igualmente, la piel de los labios en edades muy avanzadas se arruga, se evidencia mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados, quebradizos y de color amarillo, disminución del gusto, se reduce el tejido nervioso y los vasos sanguíneos, provocando menor sensibilidad. A la vez, se afecta la capacidad para soportar la presión de una prótesis dental y disminuye la capacidad para masticar.

Es de señalar que en términos de Medellín (ob. Cit.), la menor capacidad defensiva y reparadora de los tejidos frente a la agresión bacteriana, con frecuencia de infecciones por hongos y, en caso de lesión retardando la cicatrización, lo que precipita la pérdida de unidades dentarias, situación que requiere la atención por profesionales en el área de odontológica con el tratamiento adecuada a cada caso.

2.2.3 Protocolo de Atención al Adulto Mayor

El avance de la medicina aumenta el descubrimiento de nuevas patologías, y la posibilidad de vivir más con algunas enfermedades, lo que años atrás no era posible, lo cual aumenta en algunos casos la ocurrencia de secuelas y de prejuicios a la funcionalidad física, psíquica y social. Este incremento de la esperanza de vida, debe darse en el marco de la calidad, brindando al adulto mayor atención odontológica adecuada que en el caso de un diagnóstico de pérdida dentaria puede ser sometido a la rehabilitación protésica.

En lo que respecta al tratamiento que se realizará en el paciente adulto, se debe tener precauciones de manera que se eviten consecuencias que puedan llegar afectar su desarrollo así como su estado de salud ya sea general o localizado a nivel bucal afectando por consiguiente su estilo de vida. Es así, que se establecen protocolos para su atención, adecuados a los casos en específico que siguiendo los pasos establecidos por estos se aumenta el éxito del tratamiento.

De esta forma, existirá un periodo de pre tratamiento, tratamiento propiamente dicho y otro de post tratamiento, encontrándose el primero conformado por la identificación en edad y sexo, antecedentes personales de enfermedades sistémicas, hábitos, consumos de medicamentos así como del estudio de las características clínico radiográficas englobadas por el examen clínico oral y extraoral, cantidad de hueso, tipo de maxilar y la presencia del trauma oclusal.

2.2.3.1 Pre tratamiento

Como su nombre lo indica según la OMS (ob. cit.), son las medidas empleadas y realizadas previas a la fase del tratamiento en la cual se recaudara toda la información pertinente de manera que se pueda asegurar el éxito del tratamiento, en este caso de la rehabilitación protésica de los pacientes adultos mayores que asisten a las áreas clínicas de la Universidad José Antonio Páez, siendo los siguientes:

Antecedentes de Enfermedad sistémica: De igual manera, estos estarán conformados por todas las afecciones que padecieron sus familiares directos lo que los podría condicionar o predisponerlos a que desarrollen determinadas patologías. De allí, que entre las afecciones más comunes se encuentran la hipertensión, diabetes y cardiopatías, desglosadas a continuación:

Hipertensión arterial: Enfermedad sistémica caracterizada por el aumento de las cifras tensionales que de acuerdo a Castellanos, Díaz y Gay (2002), es aquella donde se está frente a un “aumento sostenido de la presión arterial por arriba de 140 mm Hg para la presión sistólica, y superior a 90 mm Hg para la diastólica,

requiriéndose para su diagnóstico de tres o más lecturas mayores a 140/90 mm Hg, en diferentes ocasiones” (p.1).

Al ser una enfermedad puede tener diferentes estadios así como una clasificación de acuerdo al valor presente y constante de las fibras tensionales, siendo esta clasificada de la siguiente manera según los citados autores: Primaria, este tipo de hipertensión arterial no tiene una causa específica identificada encontrándose que tiene gran incidencia en aquellos pacientes quienes han referido que sus familiares más cercanos (padres, hermanos y abuelos) la han desarrollado anteriormente, influenciando de igual manera el ambiente y la parte hormonal.

Mientras que, la secundaria considerada como aquella en la cual identificada la causa de esta puede ser controlada devolviéndole sus niveles normales. Asimismo, existe otra clasificación de la hipertensión arterial dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, ob. cit.), a continuación:

Cuadro N° 1
Clasificación de la Hipertensión Arterial

Hipertensión ligera o de grado I comprende niveles de 140-159 / 90-99 mmhg.
Hipertensión moderada o de grado II se sitúa entre 160-179 / 100-109 mmhg y
Hipertensión severa o de grado III comprende niveles superiores a 180-110 mmhg.

Fuente: OMS (2013)

Por otra parte, al ser una enfermedad de tipo sistémico, son observables manifestaciones clínicas a nivel bucales encontrándose entre estas:

Hiposalivación: al disminuir el flujo salival, puede fomentar el aumento del índice cariogénico, aparición de periodontopatías e infecciones micóticas, estableciendo un medio inadecuado que dará como resultados afectación de la mucosa y que al momento de rehabilitar protésicamente no sea posible.

Agrandamientos gingivales: de acuerdo a Castellanos, Díaz y Gay (ob.cit), son alteraciones frecuentes secundarias al empleo de los bloqueadores de los canales de calcio (nifedipino), particularmente en hombres. De esta forma, se caracterizarán por ser agrandamientos lobulados y fibrosos ubicados en la encía bucal como lingual

Reacciones liquenoides: alteraciones presentes en la mucosa oral semejantes a un liquen plano caracterizado por lesiones blanquecinas queratósicas como consecuencia del consumo de fármacos antihipertensivo.

Diabetes Mellitus: Otra de las enfermedades sistémicas con más prevalencia en adultos mayores es la diabetes mellitus la cual es producto de la disminución o total producción de insulina, provocando de esta manera un aumento excesivo de la glucosa en la sangre. Es así, que esta es definida por el Fundación para la Diabetes (2015), como una “enfermedad metabólica caracterizada por niveles de azúcar (glucosa) en sangre elevados” (p.1).

Asimismo, al llevar esta enfermedad a la consulta odontológica ya sea para tratamientos preventivos, restaurativos o de mantenimiento, es posible determinar ciertos tipos de pacientes que tengan esta condición pudiendo ser según Castellanos, Diaz y Gay (ob.cit): Pacientes sospechosos: son aquellos donde se presenten manifestaciones bucales de diabetes como lo es la destrucción periodontal desproporcionada, abscesos periodontales múltiples, resequedad bucal, parestesias en extremidades, entre otros. Otro grupo mencionado por la citada fuente son los pacientes de grupos de riesgo, caracterizados por haber tenido diabetes estacional o intolerancia a la glucosa agregándoles predisposición al tener un pariente con dicha enfermedad. Mientras que, los diabéticos no controlados, por diversos motivos no siguen el régimen establecido para su condición dejando de consumir voluntariamente los fármacos asignados. Los diabéticos estables, mantienen sus

niveles de glucosa “estables” debido a que siguen el régimen del tratamiento correspondiente. Los mal controlados, bajo tratamiento médico, presentan signos y síntomas pero con una respuesta inadecuada y los lábiles, son aquellos que a pesar de seguir y estar bien controlados muy fácilmente pueden descompensarse en periodos de tiempo cortos.

Igualmente, la diabetes mellitus se encuentra clasificada de acuerdo a Castellanos y otros (ob. cit.), de la siguiente manera: Diabetes tipo 1, también denominada como insulinodependiente, debido a que existe un déficit absoluto en la producción de insulina como consecuencia de la destrucción de las células encargadas de su producción siendo la etiología de esta desconocida.

Dicha patología para la OMS (ob. cit.), se caracteriza por tener una aparición temprana por lo general antes de los 20 años de edad, los cuales pueden llegar a sufrir descompensaciones severas desencadenando cetoacidosis diabética, coma hiperglucémico hiperesmolal no cetósico y choque hiperglucémico. Mientras la diabetes tipo 2, denominada insulinoindependiente, la cual se encuentra caracterizada por presentarse una producción parcial de la insulina pudiéndose generar una deficiencia relativa o resistencia insulínicas.

Por otra parte, esta enfermedad puede tener manifestaciones observadas a nivel bucal como los siguientes, de acuerdo a Castellanos y otros (ob. cit.):

Aliento cetónico: el cual es característico en aquellos pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 1, su aparición se debe a que los cetoácidos del metabolismo lipídico se elevan.

Alteraciones reparativas y regenerativas: al existir un aumento excesivo de la glucosa en sangre, provocará que la cicatrización de los diferentes tejidos orales se vea comprometida aumentando así el riesgo de infecciones.

Atrofia de la mucosa: caracterizada por adelgazamiento y eritema de estas, causando que estas se vuelvan más sensibles a la agresión física, química y microbiana trayendo como consecuencia en casos avanzados sintomatología como dolor, pirosis así como disgeusia.

Hiposalivación: al disminuir la producción salival producirá irritación de ellas mucosas orales debido a que esta no estará haciendo su función de lubricación evitando así la protección antimicrobiana por parte de las enzimas y anticuerpos que usualmente transporta.

Enfermedad periodontal magnificada: al existir una hiposalivación se producirá la concentración de varios elementos tales como el aumento de la placa dentobacteriana, cambios vasculares, alteraciones regenerativas / reparativas y consumo proteico.

Caries: como consecuencia de que no existe la cantidad de saliva adecuada para cumplir con su función de lubricación y barrido, la superficie dental se encontrará más expuesta a los estímulos y a la acumulación de carbohidratos fermentables entre otros, dando como resultado la aparición de la caries dental aumentando por consiguiente el índice cariogénico.

Enfermedades Cardiovasculares: En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, son todas aquellas afecciones que tienen consecuencia directamente en el músculo cardíaco. Según la Enciclopedia Médica (2016), es un “término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos, siendo la de mayor frecuencia la aterosclerosis” (p.1)

Específicamente entre los tipos de afecciones cardiovasculares se encuentran la cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmias, enfermedades de las válvulas cardíacas y las de tipo congénito, desglosadas a continuación:

Cardiopatía coronaria: considerada la enfermedad cardíaca más común, la cual es producto de la acumulación de la placa en las paredes de los vasos sanguíneos provocando así una disminución en la cantidad de sangre y oxígeno al organismo.

Insuficiencia cardíaca: producto de una afección directamente sobre el músculo miocardio debido a que este se torna rígido o débil, por lo que no cumple con su función de bombear sangre oxigenada de manera adecuada a todo el cuerpo pudiendo afectar a un solo o ambos lados del corazón.

Arritmias: padecimiento que afecta directamente al ritmo del corazón pudiendo

provocar que este sea lento o en ocasiones producir el aumento de éste de manera irregular.

Enfermedades de las válvulas cardíacas: se produce cuando una de las cuatro (4) válvulas que tiene el corazón no funciona de manera adecuada ocasionando regurgitación, estenosis o un soplo cardíaco.

Cardiopatía Congénita: enfermedad derivada del cambio en la estructura así como funcionamiento del músculo cardíaco, cuya aparición es diagnosticada al nacer la persona.

Consumo de Medicamentos: Al presentar un individuo una afectación que modifique el funcionamiento fisiológico normal de este, se producirá el déficit de un componente en específico o un aumento de sustancias que en excesos producirán la aparición de signos y síntomas que requerirán su tratamiento mediante el uso único o combinado de fármacos.

Es así, que estos fármacos son sustancias empleadas para tratar y compensar ciertas afectaciones en el organismo, de los cuales expresa la Enciclopedia Médica (2013), que estos son “sustancias con composición química exactamente conocida y que es capaz de producir efectos o cambios sobre una determinada propiedad fisiológica de quien lo consume, que al ser combinados y empleados para el tratamiento de una enfermedad se denominan medicamentos”. (p.2)

Por su parte, los medicamentos son sustancias de acuerdo al citado autor que se emplean “para tratar o prevenir una enfermedad, los cuales se componen de un principio activo (el fármaco) y una sustancia excipiente”. Por lo que las funciones que estos cumplirán serán suplir el déficit que exista en el funcionamiento fisiológico de un individuo para que este pueda desarrollarse de forma adecuada, dejando de afectar su integridad.

Examen extraoral e intraoral: En lo que respecta, a la consulta odontológica, para detallar un plan de tratamiento primeramente se realiza un diagnóstico el cual surgirá de la data recolectada mediante el llenado de la historia clínica, donde se reflejará las diferentes características del paciente partiendo de los exámenes

extraoral e intraoral.

Específicamente, el examen extraoral se realiza de manera que se puedan identificar discrepancias en el tamaño de las diferentes estructura, aparición de lesiones cutáneas, cambios de coloración de la piel, presencia de lesiones en el macizo facial, entre otros., siendo definido por Villafaña (2012), como el “examen completo realizado en las estructuras faciales” (p.4). Igualmente, este tipo de examen se realizará mediante las palpaciones de los ganglios linfáticos, palpación de la tiroides, determinación del tipo de cuerpo (ectomorfo, endomorfo, mesomorfo), tipo de cara (mesofacial, dolicofacial y braquifacial), afectación de la ATM así como presencia de ruidos articulares, entre otros.

Seguidamente, se procede a realizar el examen intraoral, el cual según Berner y otros (2016), es una “evaluación de la cavidad oral que forma parte del examen físico para obtener un diagnóstico, el cual se realiza de manera metódica y sistemática, con lo que se busca no omitir ningún tejido” (p.2). De ahí, que al realizar este tipo de examen, se visualizan y palpan los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal comenzando con los labios, la mucosa yugular anterior y posterior, fondo de vestíbulo, lengua, piso de boca, conductos excretores salivales, coloración, tamaño, aumento o migración de la encía, entre otros, complementando estos datos con los obtenidos en el odontodiagrama y periodontodiagrama.

Características clínico-radiográficas: Para realizar un diagnóstico acertado y por consiguiente un plan de tratamiento adecuado a las necesidades del paciente adulto mayor para ser rehabilitado protésicamente, es necesario mediante la recaudación de las características clínicas obtenidas de los exámenes intraoral y extraoral, así como los exámenes complementarios específicamente los radiográficos para generar una interpretación de estas y observar si el paciente tiene las condiciones necesarias para optar al tratamiento de su elección, teniendo en consideración el odontólogo lo siguiente:

Cantidad de Hueso: al momento de realizar un plan de tratamiento para el adulto mayor que será rehabilitado protésicamente, la cantidad de hueso presente en

el maxilar y mandíbula, influenciará en gran manera en el éxito del tratamiento porque fomentará la estabilidad y el soporte de la prótesis, localizándose estos entre los tipos expresados por Vieira (2013) quien los clasifica en función de la reabsorción ósea observada:

Cuadro N 2
Clasificación de la cantidad de hueso

Hueso tipo A: Cresta alveolar casi completa. Existe una reabsorción incipiente del proceso alveolar
Hueso tipo B: Reabsorción mínima de la cresta alveolar. Existe una reabsorción del proceso alveolar moderada.
Hueso tipo C: Reabsorción completa de la cresta alveolar hasta el arco basal. Existe una marcada reabsorción del proceso alveolar
Hueso tipo D: Reabsorción incipiente del arco basal. El proceso alveolar ha desaparecido, comenzando a existir una reabsorción incipiente del hueso basal.
Hueso tipo E: Reabsorción extrema del arco basal. Es el caso extremo en el que ya existe una reabsorción acusada del hueso basal.

Es de señalar que, de acuerdo al tipo de maxilar que tenga la persona se direccionará el diseño de la prótesis dental debido a que tienen características diferentes, por lo que se deberá adecuar los elementos protésicos a estas características. Según Ramos (2010), existen 3 tipos principales de formas de los arcos dentarios y son los siguientes:

Arco redondo: caracterizado por la presencia de una circunferencia regular, localizándose el sector anterior y posterior con extremos distales en relación con la línea media.

Arco cuadrado: se puede observar que el sector anterior se encuentra de manera rectilínea mientras que el posterior estará paralelo entre sí.

Arco en forma de V: este tipo de maxilar se caracteriza por estar angulado el

sector anterior mientras que el posterior estará de forma divergentes.

Trauma Oclusal: Al existir ausencias dentarias así como un factor contribuyente como lo son las enfermedades sistémicas, se puede establecer el medio adecuado para el desarrollo de un trauma oclusal, el cual es definido por Berchelli (2007), como “aquella injuria mecánica debida a fuerzas oclusales que producen una lesión en el periodonto de inserción” (p.33).

De esta manera, este se puede clasificar en primario y secundario de acuerdo a Lindle y otros (2009), siendo el primero aquel que puede presentarse en cualquier UD que contacte con el antagonista antes que el resto de la oclusión, mientras que en el segundo los dientes llegan a desarrollar movilidad dentaria debido al factor contribuyente o enfermedad periodontal existente en el paciente.

Por otra parte, existen factores etiológicos para que se produzca el trauma oclusal encontrándose los mencionados por Sencherman y Echeverri (1988), siendo estos: intrínsecos cuando son propios del organismo como las características morfológicas de la raíz y del hueso alveolar, mientras que los extrínsecos son aquellos conformados por bruxismo, terapias ortodónticas defectuosas, pérdida del soporte periodontal, pérdida de dientes, traumatismo oclusal por prótesis mal adaptadas, malposiciones dentarias, interferencias oclusales, entre otros.

2.2.3.2 Tratamiento

Por su parte, el tratamiento constituye la manera de solventar una afección que tenga un paciente en específico, en el caso de la presente investigación realizar la rehabilitación protésica de los adultos mayores que asisten al área clínica de la escuela de odontología de la UJAP, siendo este procedimiento definido por la Enclopedia Médica (ob.cit), como el “conjunto de actuaciones médicas y sanitarias que se realizan con el objetivo de prevenir, aliviar o curar una enfermedad, un trastorno o una lesión” (p.1).

Manejo odontológico del adulto mayor en la consulta: Una vez realizado el diagnóstico definitivo con la recolección de la data en la amnesis, exámenes intraorales y extraorales así como exámenes complementarios, se procede a realizar el plan de tratamiento seleccionado de acuerdo al caso, teniendo en consideración que durante la consulta odontológica se debe establecer y emplear un manejo de la condición física de estos pacientes, siguiendo los parámetros según la enfermedades que estén presente así como las características de cada enfermedad, siendo los principales pasos:

- **Toma de tensión:** procedimiento mediante el cual se busca medir la presión arterial, distinguiendo entre la sistólica y diastólica, siendo la primera la de presión máxima conformada por la volemia y la distensibilidad de la aorta y grandes arterias, mientras que la segunda es la mínima presión de sangre contra arterias, según S.A.M.U.R.-Protección Civil (2010).

Toma de los niveles de glicemia: según Cardoso y Pardi (2002), la toma de los niveles de glicemia se deberá realizar antes de la consulta odontológica de manera que se pueda evitar descompensaciones de los pacientes durante el transcurso del tratamiento empleándose un glucómetro para asegurar que estos niveles se encuentran entre los parámetros normales de la persona.

Profilaxis antimicrobiana: de acuerdo a Gutiérrez y otros (2006), tiene como objetivo “prevenir la aparición de infección a partir de la puerta de entrada que produce la actuación terapéutica, por lo que se encuentra indicada siempre que exista un riesgo importante de infección, ya sea por las características mismas de la operación o por las condiciones locales o generales del paciente” (p.3). De esta forma al ser empleada en la consulta odontológica se busca evitar que los pacientes adultos mayores desarrollen infecciones, a partir de estas otras enfermedades.

2.2.3.3. Post tratamiento

Una vez concluido el tratamiento se deberá seguir una series de instrucciones,

como medida para evitar el desgaste, daño y /o fractura de la prótesis dental, realizada al paciente adulto mayor con la cual se le devolvió su funcionalidad tanto estética, fonética como en el proceso de la alimentación, a un sistema estomatognático que se encontraba modificado.

Es así, que surge lo conocido como educación del paciente lo cual es un proceso sistemático y progresivo que se trabaja desde el inicio del tratamiento reforzándolo y controlándolo aun después de la culminación de este. Por lo que entre estas indicaciones se encuentran las siguientes:

Técnica de cepillado: esta consistirá en explicarle al paciente adulto mayor la técnica adecuada a su caso para evitar el surgimiento y desarrollo de otras patologías bucales o limitar el daño ya realizado, de manera que estos no realicen contactos inadecuados y constantes que generen un desgaste dental mayor afectando por consiguiente a los tejidos periodontales.

Hábitos de higiene para las prótesis: conformados por todas las acciones que realizará la persona para evitar la acumulación de placa bacteriana, aumento de bacterias y a la larga, el desgaste, fractura de la prótesis dental que pueda traer como consecuencia lesiones en los tejidos bucales afectando el bienestar del paciente.

Una vez detalladas las bases teóricas que sustentan la presente investigación, se puede afirmar que con la atención odontológica se puede elevar la calidad de vida del adulto mayor, que no solo se compone de cubrir las necesidades fisiológicas, sino que, también se relaciona con aquellos intereses, necesidades de salud oral, con un protocolo de atención adecuado a su edad.

2.3 Bases Legales

En Venezuela como Estado de derecho, se consagran diversas garantías para los ciudadanos (as), tomando en consideración todos los grupos etarios de la población, Es así que, la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999), establece en el Artículo 19 que garantizará a toda persona, conforme

al principio de progresividad y sin discriminación alguna, “el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos” (p. 12), los cuales requiere disfrutar el adulto mayor, sin distinción o exclusión de ningún tipo.

En el caso específico de los ciudadanos, el Artículo 20 establece que “Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad, sin más limitaciones que las que derivan del derecho de las demás y del orden público y social” (p. 13); esto por supuesto incluye a los ancianos, tipificando en el Artículo 80 que se garantizará “los ancianos el pleno ejercicio de sus derechos y garantías”, atendiendo a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral, lo cual incluye la salud oral.

Esta atención integral, busca preservar la salud, atendiendo al Artículo 83 de la CRBV (ob. cit.), donde se establece el derecho a la salud para todo ciudadano, y en el caso del abuelo para gozar de esta garantía debe recibir atención odontológica cumpliendo con el respectivo protocolo acorde con la etapa del ciclo evolutivo en el cual se encuentra.

Estos beneficios de la seguridad social, requiere cumplir con el Código de Deontología Odontológica (1970) Título I Capítulo II. De los deberes hacia los pacientes, concretamente el Artículo 18 establece: “El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente”, respondiendo a sus necesidades e intereses como es el caso del adulto mayor.

De igual manera, en la Ley Orgánica de Salud, artículo 3, establece como uno de sus principios el de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, observando criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las prácticas profesionales.

2.4 Definición de Términos

- **Adulto mayor:** grupo de personas que tienen más de 65 años de edad.
- **Calidad de Vida:** percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.
- **Odontogeriatría:** rama de la odontología que se dedica a la salud bucal de las personas adultas.
- **Rehabilitación Protésica:** procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante.

2.5 Variables

Las variables según Hurtado y Toro (2007), “...es todo aquello que puede cambiar o adoptar distintos valores, calidad o dimensión” (p. 76). Es cualquier característica que puede cambiar cualitativamente o cuantitativamente. Para la presente investigación, las variables fueron las distintas propiedades o características de la población escogida, las cuales son descritas a continuación. (Ver Anexo E)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Naturaleza de la Investigación

La metodología de un proyecto de investigación está constituida por todas aquellas técnicas y procedimientos que se utilizan para llevarla a cabo. El fin esencial del marco metodológico es precisar, a través de un lenguaje claro y sencillo, los métodos, técnicas, estrategias, procedimientos e instrumentos utilizados por el investigador para lograr los objetivos.

Según la concepción de Arias (2012), el marco metodológico es el cómo se realizó el estudio para responder al problema planteado. La metodología de un trabajo especial de grado incluye el tipo o tipos de investigación, así como las técnicas y los procedimientos serán utilizados para llevar a cabo la investigación.

En el capítulo que a continuación se presenta, se enfocaron los aspectos relativos a la metodología que se empleó para realizar el presente estudio, tomando en consideración el tipo de investigación, diseño, población y muestra, así como también, se describen las técnicas e instrumentos de recolección de los datos, los procedimientos que se emplearon para darle validez y confiabilidad a fin de procesar y analizar los resultados y de esta manera obtener una conclusión que permita dar respuestas a los objetivos planteados.

3.2 Tipo de Investigación

Con base a los objetivos planteados, la presente investigación se trató de un estudio de campo que según Hurtado y Toro (2007), destacan la ventaja de la investigación de campo al permitir recabar información “in situ” de la realidad

empírica, es decir, datos de primera fuente por el investigador mediante la aplicación de instrumentos previamente diseñados para tal fin.

El carácter descriptivo de la información, implica según Tamayo y Tamayo (2002) la descripción, registros, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente.

Del mismo modo, la investigación asumió la modalidad proyecto factible, que según Balestrini (2002, p. 9), son aquellos proyectos o investigaciones que proponen la formulación de modelos, sistemas entre otros, que dan soluciones a una realidad o problemática real planteada, la cual fue sometida con anterioridad o estudios de las necesidades a satisfacer.

Concretamente, la modalidad proyecto factible o investigación proyectiva, de acuerdo con Hurtado y Toro (ob. cit., p. 47), consiste en la elaboración de una propuesta, un plan, un programa o un modelo, como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social, o de una institución, o de una región geográfica, en un área particular del conocimiento, a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, los procesos explicativos o generadores involucrados y de las tendencias futuras, es decir, con base en los resultados de un proceso investigativo. De todo lo antes mencionado se puede señalar que la investigación es un proyecto factible o proyectivo, por cuanto consistió en elaborar una propuesta como fase final, producto de las fases primera de diagnóstico de la necesidad de la misma y la fase segunda de estudio de la factibilidad de su diseño y aplicación.

3.3 Población y Muestra

La población constituye al objeto de estudio, el cual según Arias (ob.cit), es un “conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para las cuales

serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (p.23).

La población o universo de estudio, puede ser definida según Balestrini (ob. cit.) como “la totalidad de un conjunto de elementos, seres u objetos que se desea investigar y de la cual se estudia una fracción (la muestra) que se pretende que reúna las mismas características y en igual porción” (p. 124). En el caso específico del estudio la población estuvo conformada por los estudiantes de la escuela de odontología de la UJAP que cursan clínica de rehabilitación protésica I y II, para un total de 330 alumnos y los profesores que administran dicho programa, 12 en total.

De igual manera, fue necesario seleccionar una muestra que para Ramírez (2008), “es la parte de la población que se selecciona, y de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio” (p.159), en este caso se trabajó con una muestra probabilística (seleccionada al azar) y representativa, equivalente al 30% de los estudiantes. Mientras que los profesores fueron seleccionados en su totalidad, constituyendo una muestra intencional, tal como lo define Arias (ob. cit.), el muestreo intencional u opinático, es aquel donde los elementos muestrales son escogidos en base a criterios o juicios preestablecidos por el investigador, o bien como lo describe Parra (2003), “Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos” (p. 25).

3.4 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

La recolección de datos es definida por Balestrini (ob. cit.), como “conjunto de técnicas que permitirán cumplir con los requisitos establecidos en el paradigma científico vinculados a las diferentes etapas de este proceso investigativo y especialmente referidas al momento teórico y momento metodológico” (p.131). Por lo tanto, se empleó la técnica de encuesta que según la Universidad Nacional Abierta

(2000), facilita recolectar información estandarizada a partir de una muestra representativa o el total de unidades que componen un universo.

Para Arias (ob. cit.) “la técnica es el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p.67) Para tal fin, se recolectó la información a través de la técnica encuesta definida por este autor como aquella “que agrupa una serie de preguntas relativas a una problemática definida, hechas en forma escrita y para cuya aplicación no es indispensable la presencia del investigador” (p. 245).

Con relación al instrumento según Best (citado por Ruiz, 2002), “son procedimientos sistemáticos y estandarizados que permitan observar la conducta humana, a fin de hacer inferencia sobre determinados constructos, rasgos, dimensiones o atributos” (p. 19). Para recolectar la información se diseñó un instrumento dirigido a los estudiantes, estructurado en veintitrés (23) ítems con alternativas de respuesta dicotómicas (si, no). Mientras que a los profesores se les dirigió un cuestionario con cuatro (4) ítems para medir la factibilidad social, técnica y financiera de la propuesta.

3.4.1 Validez y Confiabilidad del Instrumento

La validez según Hernández y otros (ob. cit.) se refiere “al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p. 346) por tanto, debe existir una correspondencia directa entre el objetivo de estudio, los indicadores de las variables y el contenido del instrumento, aplicando en este caso la de contenido.

En este sentido, se seleccionó la técnica Juicio de Experto, según Gispert (2010), se trata de un conjunto de opiniones que pueden brindar profesionales expertos en una industria o disciplina, relacionadas al proyecto que se está ejecutando. Para lo cual se buscaron 3 especialistas, uno en metodología de la investigación y dos en rehabilitación protésica; quienes verificaron la claridad, amplitud y redacción del contenido de los instrumentos, así como el grado de coherencia, pertinencia y congruencia de los mismos con los objetivos planteados en

la investigación.

Por otra parte, la confiabilidad de un instrumento de acuerdo a Hernández y otros (ob. cit.), “se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p. 235). La determinación de la confiabilidad del instrumento se hizo a través de una prueba piloto aplicada a diez (10) estudiantes de la misma población, pero que no conformaron la muestra y dos (2) docentes de la UJAP. Posteriormente, los resultados fueron sometidos al coeficiente Kuder Richardson.

3.5 Técnica de Análisis de Datos

La información recabada por medio de los instrumentos fue tabulada en base a la frecuencia y porcentaje de las respuestas de los estudiantes y docentes; presentando los resultados obtenidos en cuadros estadísticos agrupados con base a cada dimensión de las variables en estudio. Posteriormente, se hizo un contraste de las teorías con los resultados a fin de emitir las conclusiones y recomendaciones pertinentes. También para proceder al diseño de la propuesta con el respectivo estudio de factibilidad en los aspectos social, técnica y financiera.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Diagnóstico

Este capítulo, tiene la finalidad de presentar el análisis de la información obtenida una vez aplicado el instrumento de recolección de datos a cien (100) estudiantes que conformaron la muestra probabilística representativa de la población total- cursantes de Clínica de Rehabilitación Protésica I y II de la Universidad José Antonio Páez, quienes constituyeron la fuente primaria de la presente investigación de campo con nivel descriptivo en la modalidad proyecto factible.

Es de señalar que dicho cuestionario previamente validado en su contenido y con alta confiabilidad (según el método de consistencia interna Kuder Richardson) fue administrado a la mencionada muestra para dar respuesta al objetivo de diseñar un protocolo para el manejo del paciente adulto mayor que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica I y II de la escuela de odontología de dicha universidad.

Igualmente, a fin de dar cumplimiento al procedimiento metodológico, la información fue resumida en base a las dimensiones identificación, pre tratamiento, características clínico-radiográficas, tratamiento y post tratamiento, del cuestionario aplicado a los estudiantes. También se abordó la dimensión factibilidad con la información aportada por los docentes encargados de esas clínicas. Posteriormente, se hace un análisis ítem por ítem contrastando los resultados con la teoría que sustentó el estudio, para proceder a formular las conclusiones y recomendaciones, así como el diseño de la propuesta.

Cuadro 3
Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor.
Dimensión Identificación

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
1 Los pacientes son considerados a partir de los 60 años como adultos mayores	100	100	0	0
Valores promedios Edad	100		0	
2 Es importante determinar el sexo del paciente para establecer un plan de tratamiento teniendo en consideración posibles factores contribuyentes relacionados con sus particularidades	25	25	75	75
Valores promedios sexo	25		75	
Valores promedios Dimensión Identificación	63		37	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

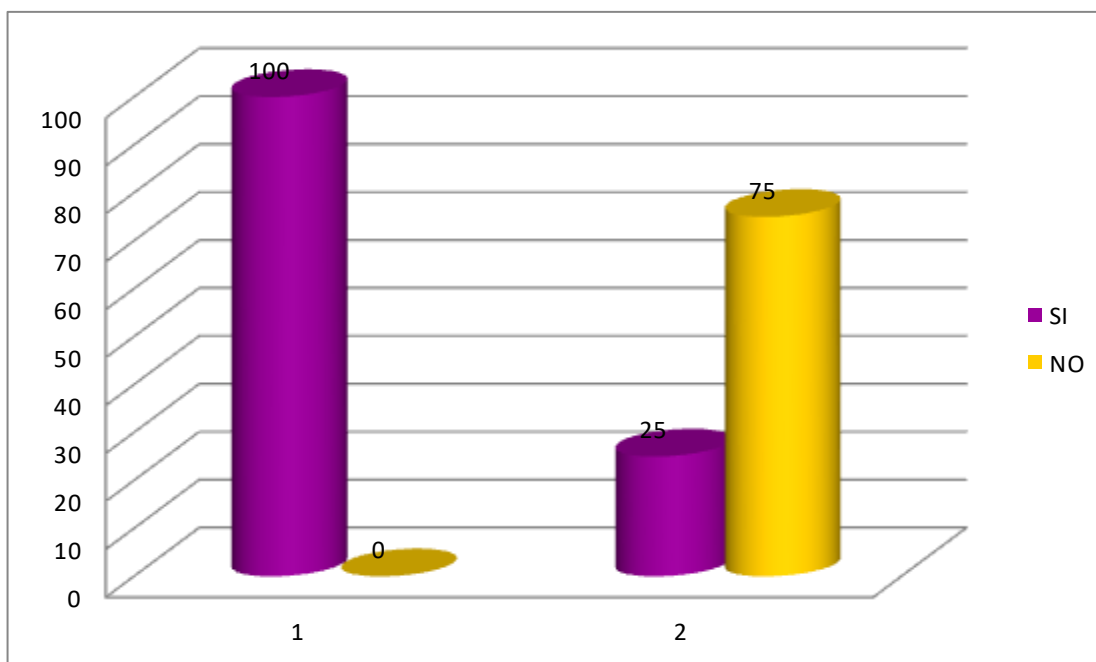


Gráfico 1. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor.
Dimensión Identificación

Análisis de los resultados: una vez, obtenida la data se procedió a realizar el

análisis de estas, obteniéndose en el cuadro 4 gráfico 1, en la variable protocolo de atención para pacientes adultos mayores, dimensión identificación, indicador edad, que en el ítem 1 el 100% de los estudiantes consultados afirmaron manejar información sobre la edad en la que se ubica a la persona adulta mayor.

Asimismo, en el indicador sexo, se consiguió en el reactivo 2, que el 75% manifestó que no es importante determinar el sexo del paciente para establecer un plan de tratamiento teniendo en consideración posibles factores contribuyentes relacionados con sus particularidades, mientras que el 25% si lo considera importante, dando estos mismos porcentajes como resultados de valores promedios del indicador.

Debe destacarse que se obtuvieron valores promedios para la dimensión identificación de 63% si y 37% no, lo cual es favorable debido a que la mayoría considera que es importante tener en cuenta estos indicadores puesto que estos ayudarán a determinar si los pacientes se encuentran en la etapa de adulto mayor la cual según Martínez (2007), comprende personas que tienen más de 65 años de edad, aunque debe reforzarse en los estudiantes la importancia de las condiciones propias del género femenino a la hora de panificar el tratamiento protésico.

Cuadro 4
Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor.
Dimensión Pre tratamiento. Indicador Antecedentes de Enfermedad Sistémica.

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
3 La presencia de hipertensión puede generar condiciones específicas al momento de tratar a un paciente adulto mayor	60	60	40	40
4 Si el paciente padece de Diabetes generará manifestaciones clínicas que pueden influenciar en el curso del tratamiento	70	70	30	30
5 Al padecer una afección cardiaca el paciente adulto mayor puede llegar a desarrollar otras enfermedades por medio de una bacteremia	75	75	25	25
Valores promedios Antecedentes de enfermedad Sistémica	68		32	

Rodríguez y Valdez, (2018)

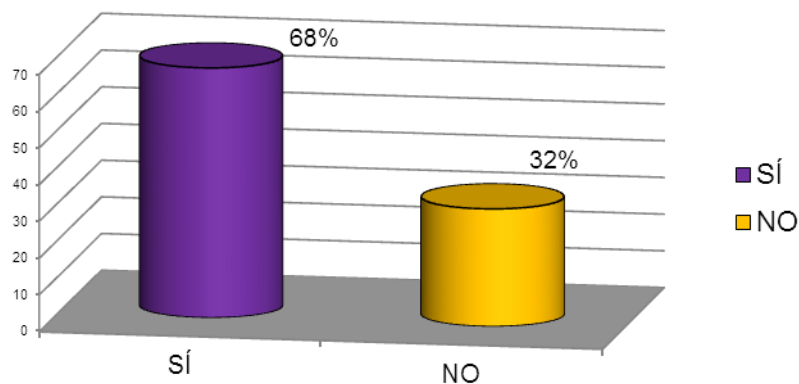


Grafico 2. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Pre tratamiento. Indicador Antecedentes de Enfermedad Sistémica.

Análisis de los resultados: Igualmente en el cuadro 5 gráfico 2, en la variable protocolo de atención del adulto mayor, en la dimensión pre tratamiento, en el indicador antecedentes de enfermedad sistémica se observó que en el ítem 3 el 60% de los estudiantes consultados afirmaron que la presencia de hipertensión puede generar condiciones específicas al momento de tratar a un paciente adulto mayor, siendo el 40% que no lo considera de ese modo.

De igual forma, en el reactivo4, 70% de los estudiantes consultados expresaron que si a que si el paciente padece de Diabetes generará manifestaciones clínicas que pueden influenciar en el curso del tratamiento, solo el 30% difiere en que no lo hará. Es así, que en el ítem 5, el 75% refirió que si, al padecer una afección cardiaca el paciente adulto mayor puede llegar a desarrollar otras enfermedades por medio de una bacteremia, pero 25% negó este planteamiento.

Desglosándose entonces los valores promedios para el indicador antecedentes de enfermedad sistémica de 68% si y 32% no, lo cual indica que la mayoría de los estudiantes consideran relevante indagar en los pacientes la presencia de alguna enfermedad sistémica, el plan de tratamiento se verá influenciado por estas lo que supondría la toma de decisiones para obtener el éxito de este, considerando lo expresado por Galíndez (2008), en que el adulto mayor las funciones fisiológicas

disminuyen ocasionando que estos estén predispuestos a desarrollar determinadas patologías.

Cuadro 5

Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Pre tratamiento. Indicador Hábitos

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
6 Es importante conocer en pacientes adultos mayores hábitos nocivos que interfieran con el tratamiento a aplicar	55	55	45	45
7 La atención a pacientes adultos mayores requiere determinar hábitos negativos como abrir objetos con los dientes para prevenir fracturas en UD	80	80	20	20
8 Son visibles lesiones en el macizo facial. Ejemplo en las comisuras labiales de los pacientes adultos mayores	70	70	30	30
Valores promedios Hábitos	68		32	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

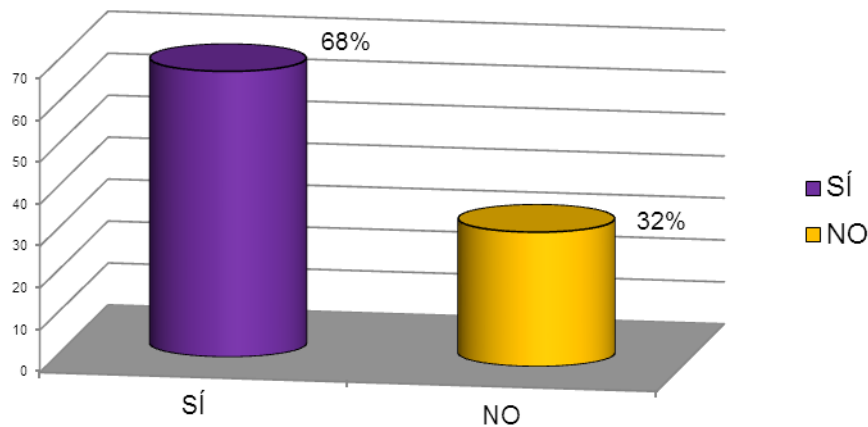


Grafico 3. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Pre tratamiento. Indicador Hábitos

Análisis de los resultados: Seguidamente en el cuadro 6 gráfico 3, en el indicador hábitos, se reflejó que en el reactivo 6, el 55% de los estudiantes que conformaron la fuente primaria, refirió que si es importante conocer en pacientes

adultos mayores hábitos nocivos que interfieran con el tratamiento a aplicar.

De igual forma, en el ítem 7, el 80% de los odontólogos en formación afirmaron que la atención a pacientes adultos mayores requiere determinar hábitos negativos como abrir objetos con los dientes para prevenir fracturas en UD, mientras que el 20% no lo concibe de ese modo. Es así, que en el reactivo 8, se observó que el 70% expresa que si es necesario identificar lesiones en el macizo facial. Ejemplo en las comisuras labiales de los pacientes adultos mayores, siendo el 30% que no lo considera de ese modo.

Obteniéndose, los valores promedios para el indicador hábitos de 68% si y 32% no, siendo de gran importancia la determinación y el control de éstos debido a que pueden ser nocivos para la salud y el tratamiento a realizar de manera que la rehabilitación protésica sea adecuada y exitosa en los pacientes adultos mayores que acudan a las áreas clínicas de la escuela de odontología de la UJAP.

Cuadro 6
Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor.
Dimensión Pre tratamiento. Indicador Consumo de medicamentos

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
9 Conocer el tratamiento farmacológico es un paso indispensable en la atención odontológica al adulto mayor	60	60	40	40
Valores promedios Consumo de medicamentos	60		40	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

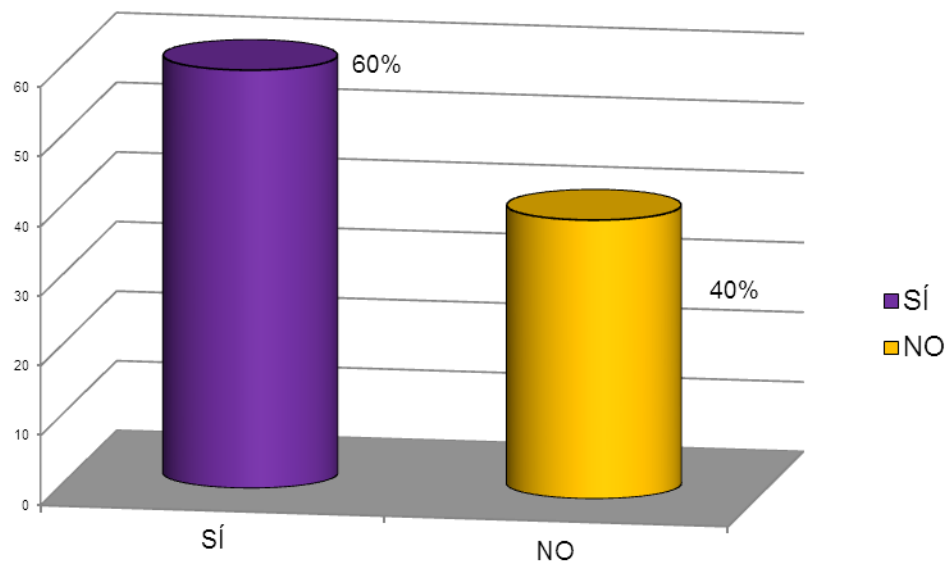


Grafico 4. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Pre tratamiento. Indicador Consumo de Medicamentos

Análisis de los resultados: en cuanto al indicador consumo de medicamentos en el reactivo 9, se obtuvo que el 60% de los futuros odontólogos, consideran relevante conocer el tratamiento farmacológico es un paso indispensable en la atención odontológica al adulto mayor, mientras que el 40% de estos no lo concibe de ese forma, lo cual es una limitante para la atención integral de los pacientes.

Por lo que los valores promedios para el indicador consumo de medicamentos fueron de 60% si y 40% no, siendo esto unos resultados favorables en cuanto a los conocimientos de estos odontólogos en formación, pero el 40% que no lo concibe de ese modo, requiere manejar información sobre las consecuencias que efectos secundarios pueden acarrear al tratamiento para la rehabilitación protésica en los adultos mayores.

Cuadro 7

Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Pre tratamiento. Indicador Examen Extraoral

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
10 El examen extraoral del paciente adulto mayor implica observar las dimensiones de los diferentes miembros (superiores e inferiores) identificando discrepancias	75	75	25	25
11 Evaluar la presencia de lesiones cutáneas permite identificar indicios de enfermedades en adultos mayores	65	65	35	35
12 Algunos pacientes adultos mayores presentan dificultades motoras para realizar las indicaciones dadas de acuerdo a su tratamiento	55	55	45	45
Valores promedios examen extraoral	65		35	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

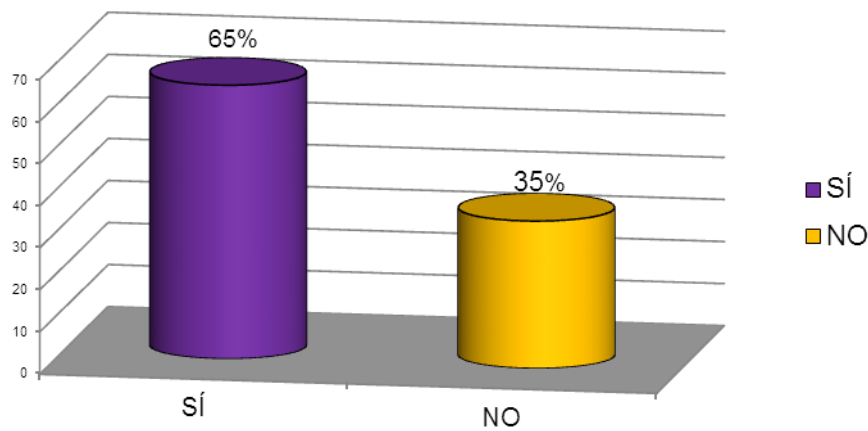


Grafico 5. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Pre tratamiento. Indicador Examen Extraoral

Análisis de los resultados: respecto al cuadro 8 gráfico 5, en el indicador examen extraoral, en el reactivo 10, se obtuvo que el 75% de los estudiantes consultados afirmaron que el examen extraoral del paciente adulto mayor implica observar las dimensiones de los diferentes miembros (superiores e inferiores) identificando discrepancias, mientras que el 25% que respondió no presenta

debilidad en este aspecto esencial para la atención del paciente.

Seguidamente en el ítem 11, se reflejó que 65% de estudiantes de odontología expresaron que evaluar la presencia de lesiones cutáneas permite identificar indicios de enfermedades en adultos mayores, mientras que el 35% no lo asegura. En el reactivo 12, el 55% respondió afirmó que algunos pacientes adultos mayores presentan dificultades motoras para realizar las indicaciones dadas de acuerdo a su tratamiento, caso contrario al 45% que no lo expresa de esa forma.

Desglosándose entonces los valores promedios para el indicador examen extraoral de 65% si y 35% no, los cuales son resultados favorables ya que la mayoría de la fuente primaria asegura que mediante este tipo de examen se pueden obtener evidencias de otros padecimientos, el cual según Villafaña (2012), este es el “examen completo realizado en las estructuras faciales” (p.4), complementando este con la realización de las palpaciones de los ganglios linfáticos, palpación de la tiroides, determinación del tipo de cuerpo (ectomorfo, endomorfo, mesomorfo), tipo de cara (mesofacial, dolicofacial y braquifacial), afectación de la ATM así como presencia de ruidos articulares, entre otros aspectos a reforzar en el 35% de estudiantes que contestaron no a los ítems que integraron esta dimensión.

Cuadro 8
Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor.
Dimensión Pre tratamiento. Indicador Examen Intraoral

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
13 Es necesario determinar la cantidad, viscosidad y coloración de la saliva para la adecuada para una buena lubricación de la cavidad oral	80	80	20	20
14 Lesiones de tipo óseo en el adulto mayor pueden cambiar los elementos seleccionados para el tratamiento protésico. Ejemplo: torus	65	65	35	35
15 La encía con adecuada coloración es un requisito para el éxito en el tratamiento protésico del adulto mayor	70	70	30	30
Valores promedios Examen Intraoral	72		28	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

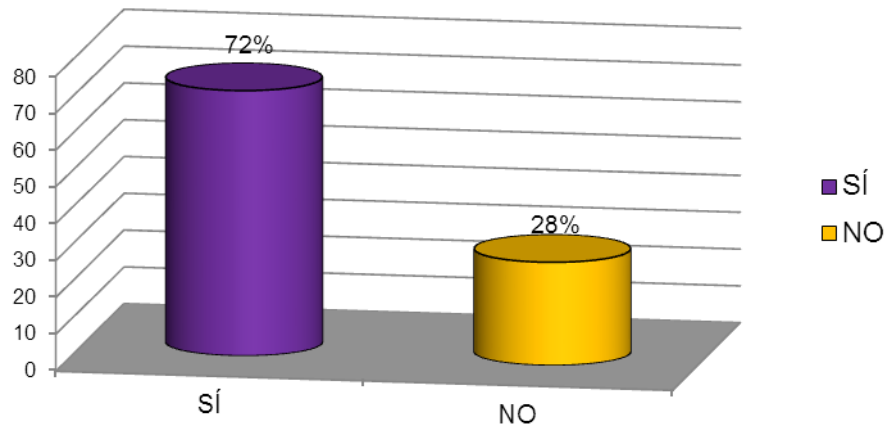


Grafico 6. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Pre tratamiento. Indicador Examen Intraoral

Análisis de los resultados: Respecto al cuadro 9 gráfico 6, en el indicador examen intraoral, en el ítem 13, se obtuvo que el 80% manifestó que si es necesario determinar la cantidad, viscosidad y coloración de la saliva para la adecuada lubricación de la cavidad oral, 20% no.

Igualmente, en el reactivo 14, se consiguió que el 65% expreso que si a que las lesiones de tipo óseo en el adulto mayor pueden cambiar los elementos seleccionados para el tratamiento protésico. Ejemplo: torus; siendo el 35% que no. En el ítem 15, el 70% de los que conformaron la fuente primaria respondieron que si a que la encía con adecuada coloración es un requisito para el éxito en el tratamiento protésico del adulto mayor caso contrario con el 30% que refieren que no es necesario.

Por lo que se consiguieron los valores promedios para el indicador examen intraoral de 72% si y 28% no, donde se refleja la importancia de la correcta realización de este para dar un diagnóstico adecuado tomando en consideración las modificaciones necesarias para una rehabilitación protésica adecuada en el adulto mayor, el cual según Berner y otros (2016), este tipo de examen es una “ evaluación

de la cavidad oral que forma parte del examen físico para obtener un diagnóstico, el cual se realiza de manera metódica y sistemática, con lo que se busca no omitir ningún tejido”, (p.2), de allí que se puede inferir que un porcentaje significativo de estudiantes no da al examen intraoral la importancia que requiere para el tratamiento de adultos mayores.

Cuadro 9

Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Características Clínico-Radiográficas. Indicador Cantidad de Hueso

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
16 La cantidad de hueso observable tanto clínica como radiográficamente en los adultos mayores, es determinante para optar a un tratamiento de rehabilitación protésica	60	60	40	40
Valores promedios Cantidad de Hueso	60		40	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

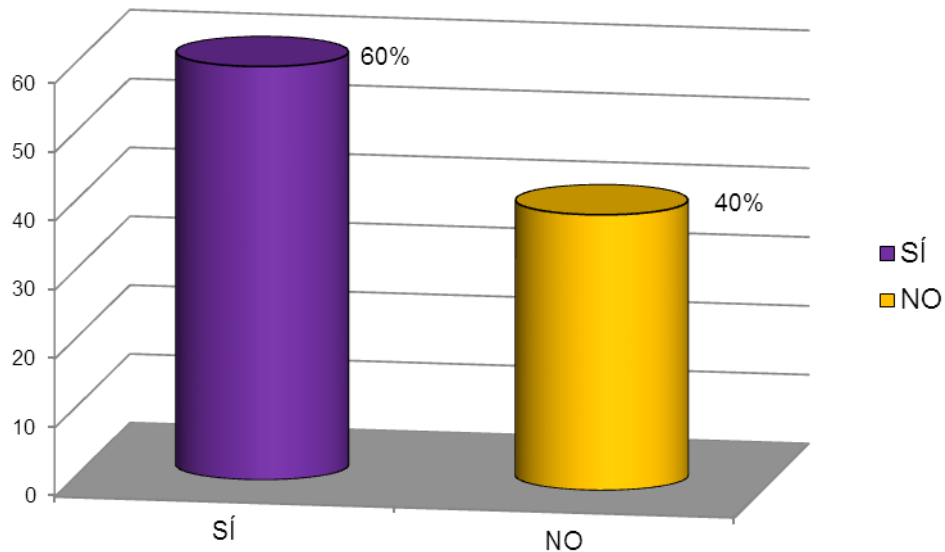


Grafico 7. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Características Clínico-Radiográficas. Indicador Cantidad de Hueso

Análisis de los resultados: Específicamente, en el cuadro 10 gráfico 7, en la variable protocolo de atención del adulto mayor, en la dimensión características clínico odontológicas, en el indicador cantidad de hueso, se consiguió que en el ítem 16, el 60% de odontólogos en formación conciben que la cantidad de hueso observable tanto clínica como radiográficamente en los adultos mayores, es determinante para optar a un tratamiento de rehabilitación protésica.

Por lo tanto, los valores promedios obtenidos para el indicador cantidad de hueso fueron de 60% si y 40% no, la cual es fundamental al momento de realizar un tratamiento protésico de acuerdo a lo expresado por Vieira (2013), quien sustenta que esta influenciará en gran manera en el éxito del tratamiento porque fomentará la estabilidad y el soporte de la prótesis dental. Es importante reforzar en el estudiantado la influencia de esta variable.

Cuadro 10
Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor.
Dimensión Características Clínico-Radiográficas. Indicador Tipo de Maxilar

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
17 El análisis radiográfico (tipo de maxilar) es un paso para el tratamiento de rehabilitación protésica en pacientes adultos mayores	80	80	20	20
Valores promedios Tipo de Maxilar	80		20	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

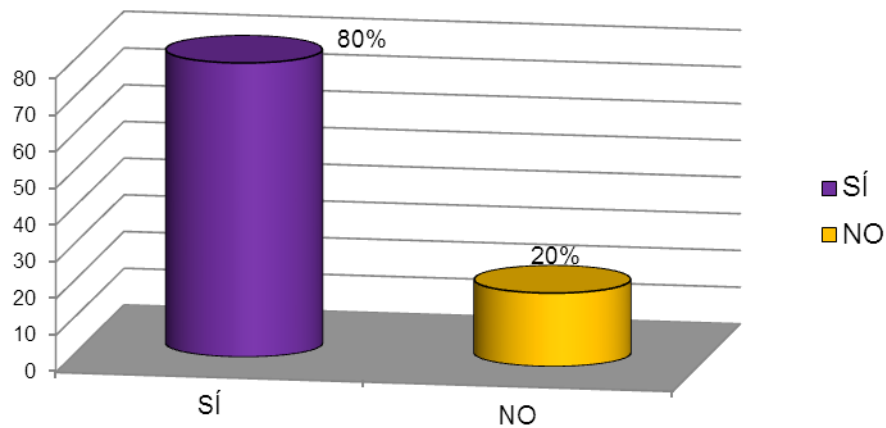


Gráfico 8. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Características Clínico-Radiográficas. Indicador Tipo de Maxilar

Análisis de los resultados: En cuanto al cuadro 11 gráfico 8, en el indicador tipo de maxilar, en el reactivo 17, el 80% afirmó que el análisis radiográfico (tipo de maxilar) es un paso para el tratamiento de rehabilitación protésica en pacientes adultos mayores, mientras que el 20% no lo concibe de esa forma.

Obteniéndose los valores promedios para el indicador tipo de maxilar de 80% si y 20% no, confirmando con lo señalado por Ramos (2010), en que el tipo de éste direccionará el diseño de la prótesis dental debido a que estos tienen características diferentes por lo que se deberá adecuar los elementos protésicos a estos.

Cuadro 11
Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Características Clínico-Radiográficas. Indicador Trauma Oclusal

Rodríguez y Valdez, (2018)

ITEMS	SI		NO	
	f	%	f	%
18 En las UD examinadas son visibles diferente facetas de desgaste que de indicios que existe un trauma oclusal en adultos mayores	50	50	50	50
Valores promedios Trauma Oclusal	50		50	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

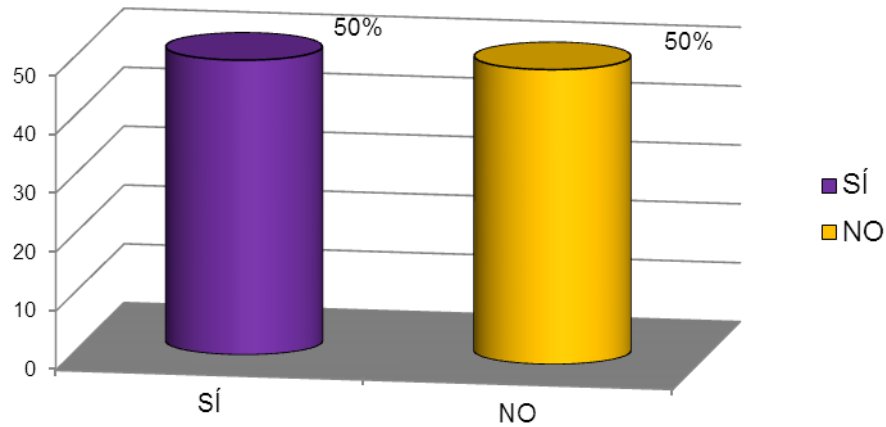


Grafico 9. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Características Clínico-Radiográficas. Indicador Trauma Oclusal

Análisis de los resultados: Seguidamente, en el cuadro 12 gráfico 9, en el indicador trauma oclusal, en el reactivo 18, se consiguió que el 50% de los estudiantes consultados contestaron si, pero el otro 50% negó que en las UD examinadas son visibles diferentes facetas de desgaste que de indicios que existe un trauma oclusal en adultos mayores.

Desglosándose entonces, los valores promedios para el indicador trauma oclusal de 50% si y 50% no, el cual puede tener diferentes causas que lo inicien siendo definido por Berchelli (2007), como “aquella injuria mecánica debida a fuerzas oclusales que producen una lesión en el periodonto de inserción” (p.33), por ello hay que destacar que es un aspecto a considerar en la atención integral del adulto mayor.

Cuadro 12

Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Tratamiento. Indicador Manejo Odontológico

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
19 Realiza una profilaxis antimicrobiana en sus pacientes adultos mayores antes de atenderlos más aún si refieren estar comprometidos sistémicamente	60	60	40	40
20 En pacientes hipertensos la toma de tensión asegura que estén en los niveles “adecuados” para evitar complicaciones durante el tratamiento al adulto mayor	55	55	45	45
21 Tomar en cuenta los niveles de glicemia del paciente adulto mayor diabético evita que éste se descompense durante el curso del tratamiento	70	70	30	30
Valores promedios Manejo Odontológico	62		38	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

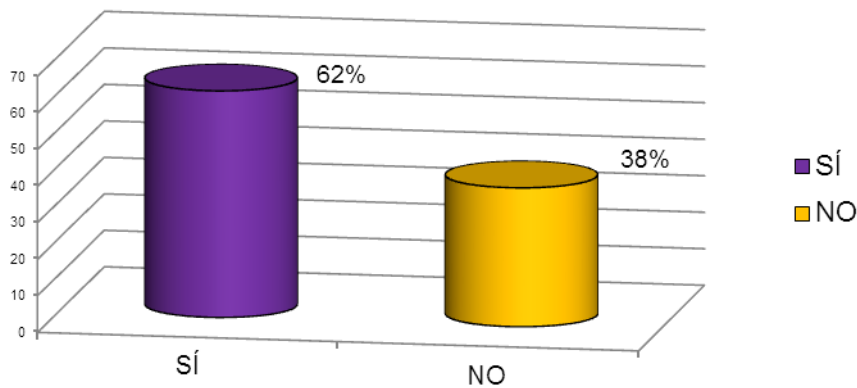


Grafico 10. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Tratamiento. Indicador Manejo Odontológico

Análisis de los resultados: Por su parte, en el cuadro 13 gráfico 10, en la variable protocolo de atención del adulto mayor, en la dimensión tratamiento, el indicador manejo odontológico, se obtuvo que en el ítem 19, el 60% refirió que si realiza una profilaxis antimicrobiana en sus pacientes adultos mayores antes de

atenderlos más aún si refieren estar comprometidos sistémicamente, mientras que el 40% no toma esta acción en cuenta, lo cual es una debilidad para la atención integral de los pacientes.

Asimismo, en el reactivo 20, el 55% expuso que si a que en pacientes hipertensos la toma de tensión asegura que estén en los niveles “adecuados” para evitar complicaciones durante el tratamiento al adulto mayor, siendo el 45% que no lo hace. En el ítem 21, el 70% de los estudiantes afirmaron que tomar en cuenta los niveles de glicemia del paciente adulto mayor diabético evita que éste se descompense durante el curso del tratamiento, pero 30% negó este planteamiento.

Obteniéndose los valores promediados para el indicador manejo odontológico de 62% si y 38% no, donde se percibe una mayoría de estudiantes que si aplican un manejo odontológico adecuado a sus pacientes adultos mayores de manera que puedan proceder a realizar el plan de tratamiento seleccionado de acuerdo al caso, cumpliendo así lo expresado por Gutiérrez y otros (2006), en que el empleo adecuado de este tiene como objetivo de prevenir que el paciente se descompense durante la consulta odontológica y se presenten complicaciones durante la misma.

Cuadro 13
Frecuencias y Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Post Tratamiento. Indicador Educación del Paciente

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
22 Educar al paciente en cuanto a las técnicas de cepillado previene lesiones en la cavidad bucal	60	60	40	40
23 Enseñar al paciente adulto mayor la higiene de su prótesis contribuye al éxito post tratamiento de rehabilitación protésica	100	100	0	0
Valores promedios Educación del Paciente	80		20	

Rodríguez y Valdez, (2018)

N= 100

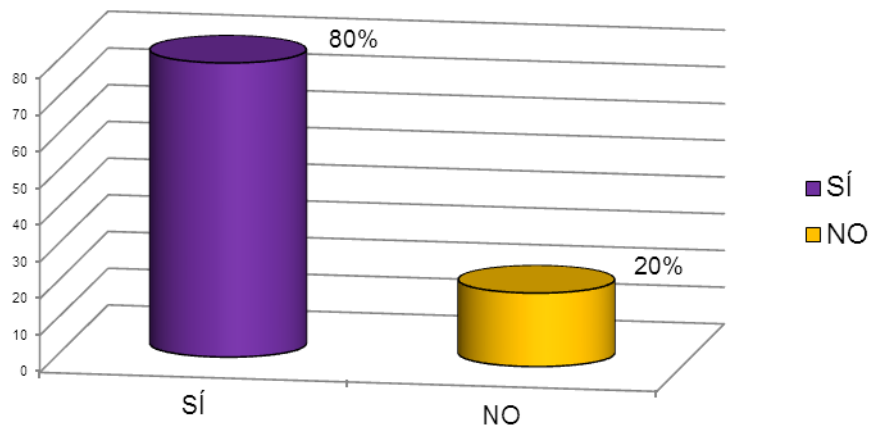


Grafico II. Porcentajes de la variable Protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Post Tratamiento. Indicador Educación del Paciente

Análisis de los resultados: En cuanto al cuadro 14 gráfico 11, en la variable protocolo de atención del adulto mayor en la dimensión post tratamiento en el indicador educación del paciente, en el ítem 22, se obtuvo que el 60% respondió que si a que educar al paciente en cuanto a las técnicas de cepillado previene lesiones en la cavidad bucal, mientras que el 40% no. Por su parte, en el reactivo 23, el 100% refirió que si en cuanto a que enseñar al paciente adulto mayor la higiene de su prótesis contribuye al éxito post tratamiento de rehabilitación protésica.

Por lo que los valores promedios desglosados para el indicador educación del paciente fueron de 80% si y 20% no, donde la mayoría de los futuros odontólogos consideran que si es necesario la educación a los pacientes adultos mayores para asegurar el éxito del tratamiento de rehabilitación protésica por lo que éste consistirá en un proceso sistemático y progresivo que se trabajará desde el inicio del tratamiento reforzándolo y controlándolo aun después de la culminación de este.

4.2 Factibilidad de la Propuesta

Cuadro 14

Frecuencias y Porcentajes de la variable Factibilidad. Dimensión Institucional. Indicador Social, Técnica y Financiera

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
1 Considera necesario el diseño un protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.	12	100	0	0
2 Aplicaría el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la UJAP	12	100	0	0
3 Cuenta la Universidad con los recursos técnicos para implementar el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica.	12	100	0	0
4 Cuenta la Universidad con recursos financieros para el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores	12	100	0	0
Valores promedios Social	100	0		

Rodríguez y Valdez, (2018)

N=12

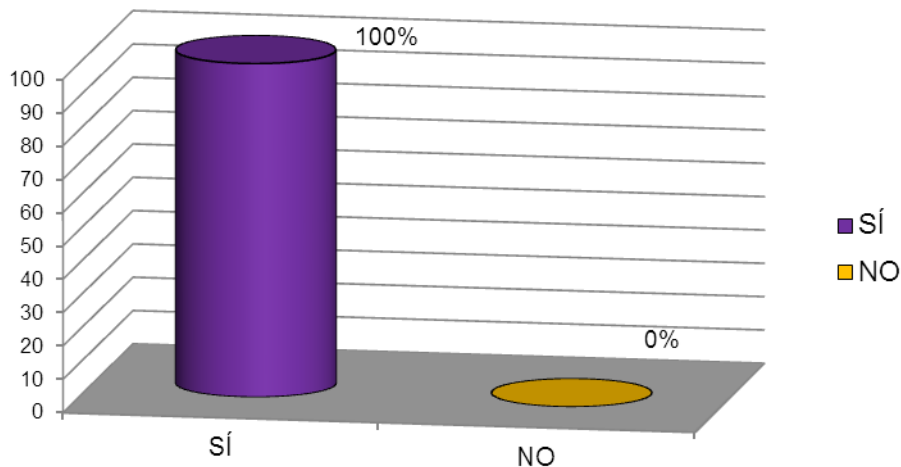


Grafico 12. Porcentajes de la variable Factibilidad. Dimensión Institucional. Indicador Social, Técnica y Financiera

Análisis de los resultados: En el cuadro 15 gráfico 12, en la variable factibilidad dimensión Institucional, en los indicadores social, técnica y financiera, se obtuvo que en el reactivo 1, el 100% de los docentes consultados consideran necesario el diseño un protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez. Asimismo, en el ítem 2, se reflejó que el 100% de estos profesionales de la enseñanza afirmaron estar dispuesto a aplicar el protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la UJAP.

Igualmente, en el reactivo 3, los docentes consultados que imparten la cátedra de Clínica de Rehabilitación Protésica de la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez manifestaron que si cuenta la Universidad con los recursos técnicos para implementar el protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica. Es así que en el ítem 4 se observó que el 100% de los docentes respondieron que si cuenta la Universidad con recursos financieros para el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores

Por consiguiente, al conseguir estos resultados, se obtiene la factibilidad de la propuesta, debido que se percibe que la misma es necesaria y es factible su realización toda vez, que la institución donde se propone su diseño y abordaje cuenta con los recursos ya sean en el aspecto social, técnico y financiero.

4.3 Diseño de la propuesta

Cuadro 15

Frecuencias y Porcentajes de la variable Diseño del protocolo de atención del adulto mayor. Dimensión Protocolo. Indicadores Presentación, Contenido y Estructura

Rodríguez y Valdez, (2018)

<i>ITEMS</i>	SI		NO	
	f	%	f	%
5 Considera usted apropiado que el protocolo de atención se maneje de manera digital	12	100	0	0
6 Considera que el protocolo debería abordar los aspectos psicológicos del paciente adulto mayor	12	100	0	0
7 Cree usted que para mejor entendimiento del protocolo debería comenzar con una breve introducción a lo que se considera un paciente adulto mayor	12	100	0	0
Valores promedios del diseño	100	0		

Rodríguez y Valdez, (2018)

N=12

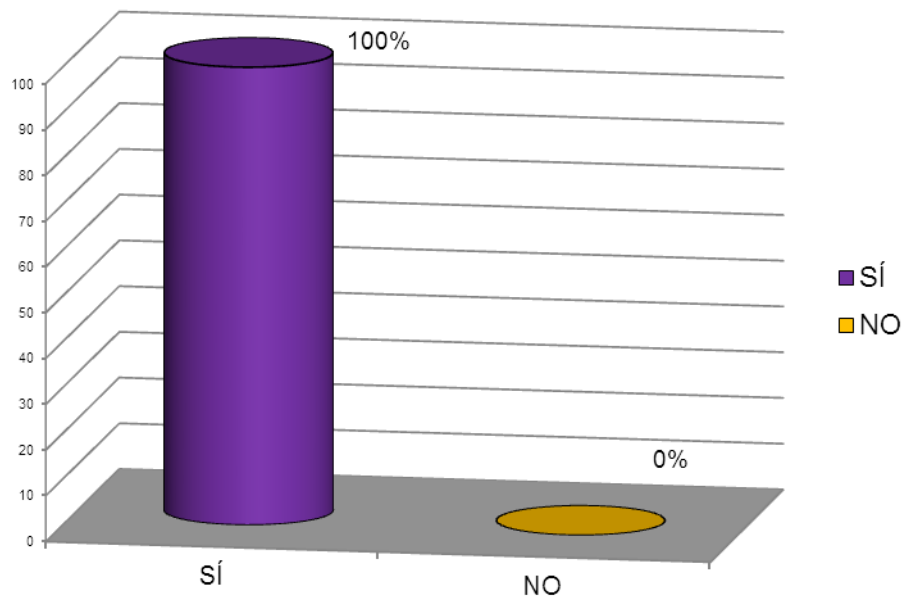


Grafico 13. Porcentajes de la variable Diseño de protocolo para la atención del adulto mayor. Dimensión Protocolo. Indicador presentación, Contenido y Estructura

Análisis de los resultados: Por último el cuadro 16 grafico 13 que corresponde a la variable de realizar un diseño para el protocolo de atención del adulto mayor dimisión Protocolo, indicadores presentación, contenido y estructura. Tenemos que en el ítem 5 el 100% de los profesores encuestados considera apropiado llevar la el protocolo de forma digital. En el reactivo 6 el 100% de estos toma en cuenta que se debe abordar la parte psicológica del adulto mayor. Y para finalizar el ítem 7 con 100% de conformidad se debe empezar el protocolo con una breve introducción del adulto mayor.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.4 Conclusiones

Al establecer la necesidad de diseñar un protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez, se concluyó que si existe ésta, debido que la mayoría de los estudiantes consideran que si (68%), los antecedentes de enfermedad sistémica influirán en la rehabilitación protésica lo que supondría un cambio en la toma de decisiones para obtener el éxito de la misma; puede considerarse que si el paciente padece de Diabetes generará manifestaciones clínicas o que al padecer una afección cardíaca el paciente adulto mayor puede llegar a desarrollar otras enfermedades por medio de una bacteremia.

Asimismo, se determinó que la necesidad es percibida debido a que se debe considerar la presencia de hábitos que sean nocivos, al igual que el examen extraoral e intraoral para diagnosticar y observar otros padecimientos que sean influenciados por el consumo de determinados medicamentos.

De manera similar, se concluyó que existe una tendencia entre estudiantes que sí consideran las características clínico radiográficas de los pacientes, sin embargo existe un porcentaje que no considera a estas relevantes toda vez que no creen que la cantidad de hueso observable tanto clínica como radiográficamente en los adultos mayores, es determinante para optar a un tratamiento de rehabilitación protésica y que el análisis radiográfico (tipo de maxilar) es un paso para el tratamiento en pacientes adultos mayores, los cuales pueden desarrollar trauma oclusal.

Seguidamente, al determinar la factibilidad de diseñar el protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez, se concluyó que si existe la viabilidad de la propuesta toda vez que la institución cuenta con los recursos

tanto técnicos como financieros y es percibida a nivel social.

4.5 Recomendaciones

Por consiguiente, una vez realizadas las conclusiones se procedió a generar las recomendaciones pertinentes para el estudio, siendo las siguientes:

- Dar a conocer los resultados a los estudiantes y docentes que conformaron la fuente primaria para la investigación para que estos conozcan en qué áreas existen deficiencia en su atención para los pacientes que asisten para someterse a la rehabilitación protésica de manera que estos sean motivados para utilizar el protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.
- Asimismo, se les recomienda a los docentes que imparten la cátedra de Clínica de Rehabilitación Protésica, promover e incentivar en el cuerpo estudiantil el uso del protocolo de atención para los pacientes adultos mayores, mediante la ejecución de jornadas y seminarios en los cuales se pueda generar la actualización en los conocimientos de estos, para fomentar así una atención integral y mejorada en estos pacientes con características particulares.
- Por su parte, a las diferentes autoridades de la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez, se les sugiere que agreguen en el contenido programático de las diferentes materias el protocolo de atención dirigido a los pacientes adultos mayores y que velen por su implementación, fomentando de esta manera la actualización, y mejoramiento profesional en los futuros profesionales para que estos sean humanitarios y excelentes con la atención brindada a sus pacientes.

CAPÍTULO V

FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA

Guía para la Atención Odontológica del Adulto Mayor

Objetivos de la historia clínica:

- Conocer al paciente totalmente, no sólo su boca. (Salud general y aspectos psicológicos y sociales.)
- Identificación de pacientes con enfermedad previa, involucrando un problema grave para su vida o que pueda complicar o tratamiento médico / odontológico.
- Mejorar la comunicación con el médico del paciente, sobre los problemas de salud.
- Ayudar a definir una buena relación odontólogo-paciente, mostrando que se le atiende íntegramente.
- Proteger al odontólogo desde el punto de vista legal (consentimiento informado).
- Establecer las necesidades que exponen el paciente o su familiar, sus prioridades y expectativas de tratamiento que se deben satisfacer.
- Determinar el estado psicológico del paciente, sus rasgos de personalidad, comportamientos o estados mentales especiales.
- Evaluar la situación social del paciente, la independencia funcional, su potencial cognitivo e intentar detectar posibles síntomas de depresión.

Guía para un buen diagnóstico: O S C A R

Oral: Estado de la boca, restauraciones, salivación, prótesis, oclusión, entre otras.

Sistémico: Las alteraciones fisiológicas, enfermedades crónicas, medicamentos que consume el paciente.

Capacidades Funcionales: Independencia, higiene oral, movilidad.

Autonomía: Para tomar decisiones o dependencia de la familia.

Realidad: Para establecer un plan de tratamiento de acuerdo con las restricciones.

Las cuestiones a considerar antes de iniciar el Plan de Tratamiento:

Si el adulto mayor da valor a su salud.

Si desea mejorar su imagen.

Si entiende lo que se le dice y quiere tratamiento.

Si está calificado para recibirlo.

El consentimiento informado.

Capacidad general y longevidad.

Factores sociales, económicos, dieta, higiene y medicamentos por vía oral

Lo más importante:

Si el tratamiento podría mejorar su calidad de vida

Plan de tratamiento implica:

- La posibilidad de tratamiento eficaz, ya sea parcial o total.
- La capacidad para mantener los dientes naturales en la boca el mayor tiempo posible.
- Lograr el efecto estético deseado.
- Utilizar prótesis sin movilidad o sin rechazo psicológico, así como la posibilidad de ningún tratamiento.

Determinantes en el manejo clínico del paciente adulto mayor:

1. Deseos y expectativas del paciente.
2. El tipo y la gravedad de las necesidades dentales del paciente.
3. El impacto de los problemas en la calidad de vida de los pacientes.
- 4 - La probabilidad de resultados positivos del tratamiento.
5. La disponibilidad de alternativas razonables para el tratamiento así como lo menos complejo.
6. La capacidad del paciente de tolerar el estrés.
7. La capacidad del paciente para mantener su salud oral.
8. La capacidad financiera del paciente y de otros recursos.

Pronóstico:

- En pacientes adultos mayores, para el pronóstico en primer lugar se debe considerar que los problemas y complicaciones médicas dependen en gran parte de su estado físico, emocional y nutricional, su salud mental y general.
- Se tiene que evaluar la capacidad del individuo para comprender la importancia de la higiene en el mantenimiento de su salud oral y la capacidad física para manejar esto.
- Considerar los factores estéticos y funcionales que van a mejorar su imagen y estimular su deseo de actuar en la sociedad, lo que ayudaría a mejorar su calidad de vida.
- Identificar el ambiente familiar y la eventual disponibilidad de personas para ayudarlo en su higiene.
- Evaluar la capacidad de entender las instrucciones o si necesita un compañero.

La atención primaria en el paciente adulto mayor debe ser enfocada en educar al paciente y cuidador en relación a:

- Instrucciones Fisioterapia Oral
- Diferentes técnicas de control de placa.
- El uso adecuado y el cuidado de las prótesis.
- Aplicación de flúor.
- La prevención de la caries radicular.
- Prevención y detección de cáncer bucal.
- Prevención de la enfermedad de la Articulación Temporo- Mandibular.

Recomendaciones para atención del adulto mayor en la Consulta:

- Anamnesis; escuchar al adulto mayor, su queja principal, llenar la historia clínica del adulto mayor; si se encuentra en seguimiento médico, las patologías que el adulto mayor posee y repercusiones en la cavidad oral, hiposalivación (ver lista de medicamentos que causan hiposalivación), presión

arterial, qué medicamentos está utilizando en el momento (Polifarmacia). Examen clínico, palpación de ganglios, ATM, exámenes adicionales; diagnóstico, plan de tratamiento.

- Orientación de salud bucal (para adultos mayores, cuidadores, familiares): higiene bucal, prevención del cáncer de boca (auto-examen bucal, factores de riesgo, lesiones pre-malignas), alimentación, técnica de cepillado y cepillado supervisado, limpieza de las prótesis, uso del flúor, autocuidado y el mantenimiento de su salud bucal.
- Interactuar con centros de salud para detectar a los adultos mayores hospitalizados y con necesidad de atención odontológica.
- Creación de grupos de la tercera edad en las áreas clínicas, para impartirles charlas de salud bucal con técnica de cepillado y cepillado supervisado de dientes y prótesis. Auto examen de boca.
- Educar a los fumadores con charlas anti-tabaquismo, porque el humo aumenta en un 5 a 7% la enfermedad periodontal, dificultando también su recuperación.

(Ver Anexo F)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguerrevere, J. (2006). **La ancianidad**. Documento en Línea Disponible: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17664/2/articulo4.pdf>
- Almirón (2016), Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico “Abue-Club”. Trabajo de Grado no Publicado. Paraguay
- Arias, F. (2012). **El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica** (5ta. Edición) Caracas-Venezuela. Editorial Episteme.
- Balestrini, A. (2002). **Como se Elabora el Proyecto de Investigación**. Caracas: Consultores Asociados.
- Berchelli, D. (2007). **Tratamiento de la Oclusión**. Editorial Masson: España.
- Berner y Otros (2016). **Examen Físico de la Cavidad Oral**. Documento disponible online: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>
- Castellanos J, Diz L y Gay O y otros (2002). **Hipertensión Arterial**. Medicina en odontología. Segunda edición Editorial Manual Moderno. México
- Castellanos J, Diz L y Gay O y otros (2002). **Diabetes Mellitus**. Medicina en odontología. Segunda edición Editorial Manual Moderno. México
- Cardoso, E y Pardi, G (2002). **Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus**. Documento disponible online: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/manejo_odontologico_paciente_diabetes_mellitus.asp
- Chávez-Reátegui (2014). **Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura**. Revista de Estomatología HeredianaB
- Constitución De La República Bolivariana De Venezuela (1999). Caracas: Gaceta Oficial N° 5453. Extraordinaria
- Dueñas, J. (2006). **Adulto Mayor, políticas públicas y servicios sociales en Bogotá. - Unab**. Documento en Línea: revistas.unab.edu.co › Inicio › Vol 11, No 22 (2009) › Dueñas Ruíz (Consulta: 2018, Febrero 12)
- Enciclopedia Médica (2016). **Qué es la Enfermedad Cardiovascular**. Documento

- disponible online:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm>
- Enciclopedia Médica (2013). **Que son los Fármacos.** Documento disponible online:
<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/farmaco>
- Enciclopedia Médica (2013). **Qué es un medicamento.** Documento disponible online: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/medicamento>
- Enciclopedia Médica (2013). **Qué es un tratamiento.** Documento disponible online:
<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/tratamiento>
- Fundación para la Diabetes (2015). **que es la diabetes.** Documento disponible Online: <http://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/309/que-es-la-diabetes-2>
- Galindez, S. (2008). **Ancianidad.** Documento en Línea Disponible:
https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=133616836982938&id
(Consulta: 2017, Noviembre 24)
- Gispert, C. (2010). **Psicología.** Madrid: Océano
- Gutiérrez, S. y otros (2006). **Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales.** Documento disponible online: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n1/original4.pdf>
- Hernández S., Fernández C. Y Baptista, L. (2010). **Metodología de la Investigación.** México: McGraw Hill, Editores, S.A.
- Hurtado, I. Y Toro, J. (2007) **Paradigmas y Métodos de Investigación.** Cuarta edición. Clemente Editores C.A. Venezuela
- Linhed, J y otros (2009). **Clasificación de la cantidad de hueso.** Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Volumen 1. Editorial Medica Panamericana
- Ley De Servicios Sociales (2006). Publicada en Gaceta Oficial N° 38.270 del 12 -10-2006
- Martínez, M. (2007). **Envejecimiento** Documento en Línea Disponible:
www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669
- Medellín, S. (2007). **Adulto Mayor.** Documento en Línea Disponible:

- http://www.elmundo.com/portal/noticias/poblacion/vejez_digna_para_los_adultos_mayores_de_medellin.php (Consulta: 2017, Noviembre 24)
- Organización Mundial De La Salud (OMS; 2014). **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. Documento en Línea Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf (Consulta: 2017, Diciembre 4)
- Organización de las Naciones Unidas (2011) **Informes demográficos**. (Mimeografiado) UPEL IPB
- Parra J. (2003). Guía de muestreo. 2da edición. Universidad del Zulia. Maracaibo.
- Pestana H. (2013). **Adultos Mayores en Venezuela**. Documento en Línea Disponible en: http://www.adultosmayores.org.ve/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=78:ila-poblacion-de-la-tercera-edad-se-duplicara-antes-de-2030&catid=36:informaciones&Itemid=53 (Consulta: 2018, Enero 27)
- Pinoargote, M. (2013). **Programa de ejercicios físicos y recreativos para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor del cantón Santa Elena**. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. GUAYAQUIL – ECUADOR. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/968/1/PINOARGOTE%20VELOZ%20MANLHIO%205-2013.pdf> (Consulta: 2018, enero 12)
- Ramírez, T. (2008). **El Proyecto de Investigación**. Caracas: UPEL
- Ramos, E (2010). **Formas de los Arcos Dentales**. Documento disponible online: <https://es.scribd.com/doc/90579949/Formas-de-Los-Arcos-Dentarios>
- Ruiz, C. (2002). **Instrumento de Investigación Educativa Procedimiento para su diseño y validación**. Venezuela: Ediciones CIDEG, C.A.
- Sencherman, G y Echeverri, E (1988). **Factores Etiológicos del Trauma Oclusal**. Neurofisiología de la oclusión. 2da Edición Editorial Monserrate
- Tamayo, M Y Tamayo, P. (2002). **Metodología Formal de la Investigación Científica**. Colombia: Limusa Noriega Editores
- Torres, H. (2006). **Adulto Mayor**. Documento en Línea Disponible: [http://www.24\)revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/1158](http://www.24)revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/1158) (Consulta: 2015, Noviembre 23)
- Universidad Nacional Abierta (2000). **Módulo de Investigación Educativa**. Caracas:

Autores

- Vergara, Y. (2016). **Actitud del adulto mayor ante la práctica regular de ejercicios físicos**. Trabajo de Grado de Maestría no publicado. CIPPSV Lara
- Vieira, D (2013). **Clasificación de la calidad osea**. Documento disponible online: <https://www.propdental.es/blog/implantes-dentales/clasificacion-de-la-calidad-osea-en-implantes-dentales/>
- Villafaña, C (2012). **Examen extraoral**. Documento disponible online: <https://es.slideshare.net/carmenvillafanatello/examen-extraoral-e-intraoral-del-paciente-desdentado-maxilar-13461958>
- Bodineau A, Boutelier C, Viala P, Laze D, Desmarest M, Jonneaux L et al. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. NPG. 2007 Aug;7(40):7-14
- Dawes C. Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. J Am Dent Assoc. 2008 May;139 Suppl:18S-24S.
- Nisizaki, S. y Derregibus, L. (2014). **Protocolos de tratamiento y prevención en Gerodontología**. *Odontoestomatología*, 16(23), 44-53. **Recuperado en 13 de marzo de 2018, de** http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392014000100006&lng=es&tlng=es. (Consulta: 2018, Enero 4)
- Shimura Y, Wadachi J, Nakamura T, Mizutani H, Igarashi Y. Influence of removable partial dentures on the formation of dental plaque on abutment teeth. J Prosthodont Res. 2010 Jan;54(1):29-35. Epub 2009 Oct 8.
- Stookey GK. The effect of saliva on dental caries. J Am Dent Assoc. 2008 May;139 Suppl:11S-17S. Review
- Sumi Y, Miura H, Michiwaki Y, Nagaosa S, Nagaya M. Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in dependent elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2007 Mar-Apr;44(2):119-24
- Suzuki K, Nomur T, Sakurai M, Sugihara N, Yamanaka S, Matsukubo T. Relationship between Number of Present Teeth and Nutritional Intake in Institutionalized Elderly. Bull Tokyo Dent Coll. 2005. 46(4):135-43. (Consulta: 2018, Febrero 4)

ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTO DEL ESTUDIANTE



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Estimado(a) Estudiante:

Me dirijo a usted en la oportunidad de saludarle y a la vez solicitar su amable colaboración, en lo respecta a responder este instrumento, a fin de obtener la información necesaria para el desarrollo de una investigación.

El mismo tiene como propósito recabar información sobre la necesidad de diseñar un protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez. Es importante destacar que la información suministrada será confidencial y utilizada sólo para fines del estudio realizado. Por lo cual, se le agradece responder a los ítems planteados de la forma más sincera y objetiva a fin de garantizar el éxito de la investigación.

Gracias por su colaboración.

Atentamente, los Investigadores

Instrucciones Generales

- Lea cuidadosamente cada ítem antes de responder.
- En el presente instrumento se presentan una serie de planteamientos con diversas alternativas de respuesta. Para expresar su opinión coloque una X en sólo una de las siguientes alternativas de respuesta:

SI (S)
NO (N)

Ítem	Planteamiento	SI	NO
1	Los pacientes son considerados a partir de los 60 años como adultos mayores		
2	Es importante determinar el sexo del paciente para establecer un plan de tratamiento teniendo en consideración posibles factores contribuyente relacionados con sus particularidades		
3	La presencia de hipertensión puede generar condiciones específicas al momento de tratar a un paciente adulto mayor		
4	Si el paciente padece de Diabetes generará manifestaciones clínicas que pueden influenciar en el curso del tratamiento		
5	Al padecer una afección cardiaca el paciente adulto mayor puede llegar a desarrollar otras enfermedades por medio de una bacteremia de tipo endocarditis infecciosa		
6	Es importante conocer en pacientes adultos mayores hábitos nocivos que interfieran con el tratamiento a aplicar		
7	La atención a pacientes adultos mayores requiere determinar hábitos negativos como abrir objetos con los dientes para prevenir fracturas en UD		
8	Son visibles lesiones en el macizo facial. Ejemplo la queilitis comisural		
9	Conocer el tratamiento farmacológico es un paso indispensable en la atención odontológica al adulto mayor		
10	El examen extraoral del paciente adulto mayor implica observar las dimensiones de los diferentes miembros (superiores e inferiores) identificando discrepancias		

Ítem	Planteamiento	SI	NO
11	Evaluar la presencia de lesiones cutáneas permite identificar indicios de enfermedades en adultos mayores		
12	Algunos pacientes adultos mayores presentan dificultades motoras para realizar las indicaciones dadas de acuerdo a su tratamiento		
13	Es necesario determinar la cantidad, viscosidad y coloración de la saliva para la adecuada para una buena lubricación de la cavidad oral		
14	Lesiones de tipo óseo en el adulto mayor pueden cambiar los elementos seleccionados para el tratamiento protésico. Ejemplo: torus		
15	La encía con adecuada coloración es un requisito para el éxito en el tratamiento protésico del adulto mayor		
16	La cantidad de hueso observable tanto clínica como radiográficamente en los adultos mayores, es determinante para optar a un tratamiento de rehabilitación protésica		
17	El análisis radiográfico (tipo de maxilar) es un paso para el tratamiento de rehabilitación protésica en pacientes adultos mayores		
18	En las UD examinadas son visibles diferente facetas de desgaste que de indicios que existe un trauma oclusal en adultos mayores		
19	Realiza una profilaxis antimicrobiana en sus pacientes adultos mayores antes de atenderlos másaún si refieren estar comprometidos sistémicamente		
20	En pacientes hipertensos la toma de tensión asegura que estén en los niveles “adecuados” para evitar complicaciones durante el tratamiento al adulto mayor		
21	Tomar en cuenta los niveles de glicemia del paciente adulto mayor diabético evita que éste se descompense durante el curso del tratamiento		
22	Educar al paciente en cuanto a las técnicas de cepillado previene lesiones en la cavidad bucal		
23	Enseñar al paciente adulto mayor la higiene de su prótesis contribuye al éxito post tratamiento de rehabilitación protésica		

ANEXO B
INSTRUMENTO DEL DOCENTE

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



Estimado(a) Docente:

Me dirijo a usted en la oportunidad de saludarle y a la vez solicitar su amable colaboración, en lo respecta a responder este instrumento, a fin de obtener la información necesaria para determinar la factibilidad social y técnica de la propuesta de diseñar un protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.

Es importante destacar que la información suministrada será confidencial y utilizada sólo para fines del estudio realizado. Por lo cual, se le agradece responder a los ítems planteados de la forma más sincera y objetiva a fin de garantizar el éxito de la investigación.

Gracias por su colaboración.

Atentamente, los Investigadores

Instrucciones Generales

- Lea cuidadosamente cada ítem antes de responder.
- En el presente instrumento se presentan una serie de planteamientos con diversas alternativas de respuesta. Para expresar su opinión coloque una X en sólo una de las siguientes alternativas de respuesta:

SI (S)
NO (N)

ÍTEM Nº	ÍTEM Como docente de la cátedra de Clínica Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez:	SI	NO
1	Considera necesario el diseño un protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.		
2	Aplicaría el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la UJAP		
3	Cuenta la Universidad con los recursos técnicos para implementar el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica.		
4	Cuenta la Universidad con recursos financieros para el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores		
5	Considera usted apropiado que el protocolo de atención se maneje de manera digital		
6	Considera que el protocolo debería abordar los aspectos psicológicos del paciente adulto mayor		
7	Cree usted que para mejor entendimiento del protocolo debería comenzar con una breve introducción a lo que se considera un paciente adulto mayor		

ANEXO C
VALIDACION DE CONTENIDO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 CARRERA ODONTOLOGÍA

**FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS
 SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TITULO DEL TRABAJO: DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

AUTORES: Andreina Rodriguez y Joe Valdez

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Profesión	Nivel Académico	Fecha



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 CARRERA ODONTOLOGÍA

**FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN
JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TITULO DEL TRABAJO: DISEÑO DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

AUTORES: Andreina Rodriguez y Joe Valdez

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Profesión	Nivel Académico	Fecha

ANEXO D
CONFIABILIDAD

Confiabilidad Kuder-Richardson
(Matriz de ítems dicotómicos)

Sujetos	ΣX^2																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
5	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1
6	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
8	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
10	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	00	1	1	1	1	1	1	1
Total	7	8	8	9	8	8	10	0	1	10	8	8	9	7	8	5	8	8	7	8	8	8	10
P	0,78	0,89	0,89	1	0,89	08	1	0	01	1	0,89	0,89	1	0,78	0,89	05	08	08	07	08	08	08	1
q = 1-P	0,22	0,11	0,11	0	0,11	02	0	1	09	0	0,11	0,11	0	0,22	0,11	05	02	02	03	02	02	02	0
p.q	0,17	0,10	0,10	0	0,10	016	0	0	009	0	0,09	0,10	0	0,17	0,09	025	016	016	021	016	016	016	0

Cálculo de la varianza

$$\Sigma p.q = 0.47$$

$$V_t = \frac{\Sigma(x - \bar{x})^2}{n - 1} \qquad \frac{\Sigma x^2 - \frac{(\Sigma x)^2}{n}}{n - 1} = \frac{184 - \frac{(40)^2}{23}}{23 - 1} = 0.82$$

Vt = Varianza total

n = número de sujetos

ANEXO E
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Operacionalización de las variables

Objetivo General: Diseñar un protocolo para el manejo del Paciente Adulto Mayor que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.						
Objetivo Específico	Variable	Definición General	Dimensión	Indicadores	Ítem Estudiante	Ítem Docente
- Establecer la necesidad de diseñar un protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.	Protocolo de atención del paciente adulto mayor	Conjunto de medidas empleadas para la atención integral del paciente adulto mayor teniendo en consideración los cambios bio-psico-sociales y sistémico de este	Identificación	-Edad -sexo	1 2	
			Pretratamiento	-Antecedentes de enfermedad sistémica -Hábitos -Consumo de Medicamentos -Examen extra oral -Examen intra oral	,3,4, 5 6,7,8 9 10,11,12 13, 14,15	
			Características clínico-radiográficas	-Cantidad de hueso -Tipo de Maxilar -Trauma oclusal	16 17 18	
			Tratamiento	-Manejo odontológico	19, 20, 21	
			Post Tratamiento	-Educación del paciente	22, 23	
- Determinar la factibilidad de diseñar el protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la	Factibilidad	Proceso para orientar la toma de decisiones en la evaluación de un proyecto que mide la consecución de los objetivos planteados en el mismo	Institucional	Social Técnica Financiera		1,2 3 4

Universidad José Antonio Páez.						
- Realizar el diseño del protocolo de atención dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acuden a consulta en la Clínica de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.	Diseño	Conjunto de actividades escritas e impresas a ser utilizadas como instrumento guía para mejorar la calidad e atención el paciente adulto mayor	Protocolo	Presentación Contenido Estructura		5 6 7

ANEXO F
LA PROPUESTA

Síntesis de evidencia

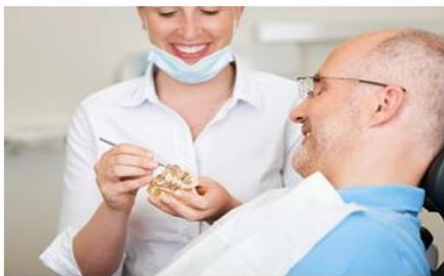
Requiere solo educación. (Tipo I)

Requiere educación y prevención. (Tipo II)

Requiere educación, prevención y recuperación. (Tipo III)

Requiere educación, prevención, recuperación y rehabilitación (Tipo IV)

Requiere educación y rehabilitación (Tipo V -VI)



Generalidades del Plan de Tratamiento.

Componente Educativo del Plan de Tratamiento:

Prevención del cáncer bucal

Mantenimiento de higiene bucal del edéntulo parcial y /o total y de las prótesis dentales.

Componente Preventivo

Eliminación de cálculos supragingivales y tinciones

Corrección de restauraciones defectuosas coronarias.

Corrección de malos hábitos :

Tabaquismo

Bruxismo.

Indicación y Aplicación de Fluoruros Tópicos.

Fluoruros en pastas dentales

Fluoruros en geles

Enjuagues de flúor



Universidad José Antonio Páez



Universidad José Antonio Páez

Escuela de Odontología
Clínica de Rehabilitación Protésica

▶ Guía para la Atención Odontológica del Adulto Mayor



Autores: *Andreína Rodríguez*
Joe Valdez
Prof. Martín Correa (Tutor)

Guía para la Atención Odontológica del Adulto Mayor

1.- Prevención primaria, despistaje diagnóstico.

Preguntas clínicas:

- ¿Cuáles son los principales indicadores de riesgo de caries dentales en el Paciente Adulto Mayor?
- ¿Cuáles son los principales indicadores de riesgo de enfermedad periodontal en pacientes adultos?
- ¿Cuál es la efectividad de la educación individual versus la educación grupal para el cambio de hábitos en los Pacientes Adultos Mayores?
- ¿Son efectivos los programas de educación al personal de instituciones geriátricas para el mantenimiento de la salud bucal de los adultos mayores?
- ¿Cuáles son las medidas de higiene bucal que se deben aplicar en los pacientes adultos mayores, dependientes, para el cuidado de su salud bucal?
- ¿Cuáles son las medidas de higiene bucal que se deben recomendar a los pacientes adultos mayores no dependientes para el autocuidado de su salud bucal?
- ¿Es más efectivo el cepillo eléctrico versus el cepillo manual para el tratamiento de la enfermedad periodontal del paciente adulto mayor?
- ¿Existe algún tipo de seda dental más efectiva en la remoción de placa bacteriana interproximal en los pacientes adultos mayores?
- ¿Cuál es la efectividad del uso de fluoruros en la prevención de caries dentales en pacientes adultos mayores?
- ¿Cuáles son las principales estrategias preventivas que se deben realizar cuando un paciente adulto mayor sufre de xerostomía?

Síntesis de evidencia

Caries: Indicadores de caries, Factores de riesgo de caries, Factores protectores, Hiposalivación

Enfermedades Gingivales y Periodontales

Factores de riesgo de las enfermedades gingivales y periodontales.

2.- Confirmación del diagnóstico

Preguntas Clínicas:

- ¿Cuál es la eficacia de los métodos usados en la práctica clínica para detectar caries dental en adultos?
- ¿Cuál es la eficacia de los métodos tradicionalmente usados en la práctica clínica para identificar los signos de periodontitis crónica?
- ¿Los individuos con periodontitis crónica tienen mayor riesgo de desarrollar otras enfermedades que pudiesen estar asociadas a infecciones / inflamaciones inespecíficas en comparación con controles sanos?

Síntesis de evidencia



Examen de salud: Obtener los antecedentes personales y familiares del paciente necesarios para un correcto diagnóstico.

Realizar un completo examen bucal.

Determinar la fórmula dentaria y las características de la oclusión

Obtener indicadores odontológicos de caries y de enfermedades gingivales y periodontales

Enseñar una correcta técnica de higiene para apoyar en la prevención y tratamiento de los problemas bucodentarios.

Enseñar y/o reforzar hábitos alimentarios.

Establecer un diagnóstico integral de salud bucal.

Realizar la derivación (interconsulta), si procede.

- ◊ Anamnesis
- ◊ Examen Físico

Examen Extraoral

Examen Intraoral

Alteraciones de la mucosa oral
Desórdenes miofuncionales: miositis y mialgias
Trastornos témporo-mandibulares (se realiza el examen intraoral complementario al extraoral)

Examen dentario.

Alteraciones mucogingivales: recesión gingival
Enfermedades gingivales y periodontales

Pérdida del reborde alveolar: pérdida de dimensión vertical.

Problemas estéticos.

Evaluación y registro de higiene bucal.



3.- Tratamiento

Preguntas clínicas

Cuál es el manejo más eficaz de las lesiones cariosas no cavitadas y/o cuellos sensibles en pacientes adultos mayores?

¿Es el vidrio ionomérico un material más eficaz para obturar caries radiculares en comparación con el uso de resinas en la recuperación del paciente adulto mayor?

¿Existe asociación entre la enfermedad periodontal y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares?

¿Cuáles son los tratamientos periodontales más efectivos en pacientes mayores de 60 años?

¿Cuáles son los tratamientos más efectivos para las principales alteraciones de la mucosa oral que se observan en los pacientes adultos mayores?

