



UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD DE LA CAVIDAD
ORAL DEL ADULTO MAYOR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL POLICENTRO
DE JUAN DÍAZ, NOVIEMBRE DE 2017 A FEBRERO 2018**

REY FUENTES RODRÍGUEZ
CÉDULA: 2-710-2436

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORA:
DRA. JESICA CANDANEDO, M.C.S.P.

DIRECTOR DE ESCUELA
DR. CARLOS BRANDARIZ, M.S.P.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ
2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CAMPUS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 2:15 p.m del día Jueves 14 de marzo del 2019 en el Salón de Aplafa en la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis, para optar por el Título de Maestrías en Salud pública Campus, defendida por el Estudiante **Rey Fuentes** con cédula de identidad 2-710-2436 y cuyo título es: "Factores de riesgo asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, noviembre de 2017 a febrero 2018."

La calificación asignada por los miembros del jurado es la siguiente:

	<u>Calificación</u>	<u>Firma</u>
Dra. Idia Harris	95	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dr. Alfredo Moltó	97	<i>[Handwritten Signature]</i>
Profa. Ivonne González	93	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dra. Jessica Candanedo Asesora		<i>[Handwritten Signature]</i>
Firma del Estudiante		<i>[Handwritten Signature]</i>
Promedio y calificación final:	95	

Representante de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Dra. Zilka Terrientes: *[Handwritten Signature]*
Directora de Investigación y Postgrado
Facultad de Medicina

DEDICATORIA

Los grandes logros siempre van acompañados de un gran esfuerzo, no solo de la persona que los obtiene, también de aquellos que te apoyan y están contigo en todo momento.

Por eso dedico esta Tesis a mi esposa Guadalupe, que me acompaña y ha formado parte de todos los sueños y metas alcanzados en mi vida.

Además, dedico este trabajo a mis hijas Ángela e Isabella, que me inspiran a seguir adelante; a mis hermanos, a mi madre Edita, la cual se llena de orgullo por cada logro alcanzado por sus hijos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por la vida, sabiduría y fortaleza para alcanzar esta meta.

A mi esposa e hijas, que comparten y están conmigo en todo momento, brindándome ese apoyo e inspirar en mi deseos de superación y ánimos para alcanzar mis metas.

También quiero agradecer a la Dra. Lourdes Moreno y la Dra. Itza de Mosca por brindarnos su apoyo y orientación para cumplir con este objetivo.

A las autoridades universitarias, al personal docente y administrativo de la Universidad de Panamá por su actitud y ayuda.

Al Policentro de Salud de Juan Díaz, que me abrió sus puertas para la realización de este estudio, a la Dra. Edilma de Almanza, su equipo de trabajo y colaboradores del departamento de Odontología; especialmente a la Dra. Concha.

Agradezco muy especialmente a mi profesora asesora, la Dra. Jesica Candanedo, por su disposición, paciencia y apoyo en todo momento y al Dr. Carlos Brandariz por su entrega a la docencia e investigación en salud.

CONTENIDO

Índice de Tabla.....	vi
Índice de Gráficos.....	vii
Índice de Figuras.....	vii
Título.....	1
Resumen.....	1
Abstract.....	3
Planteamiento del Problema.....	5
Justificación.....	6
Propósito.....	9
Marco Teórico.....	11
VARIABLES.....	23
Objetivos de la investigación.....	26
Marco Metodológico.....	27
Plan de análisis de los resultados.....	32
Consideraciones Éticas.....	33
Resultados y Análisis.....	34
Discusión.....	46
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	51
Referencias bibliográficas.....	52
Anexos.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Resequedad bucal y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018
Tabla N° 2	Cuidados Profesionales Rutinarios y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor en Pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018
Tabla N° 3	Bajo nivel socioeconómico y Enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018
Tabla N° 4	Higiene Oral Deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018
Tabla N° 5	Consumo frecuente de carbohidratos y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018
Tabla N° 6	Presencia de Enfermedad crónica y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Resequedad bucal y Enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz
Gráfico N° 2	Cuidados Profesionales Rutinarios y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en Pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.
Gráfico N° 3	Bajo nivel socioeconómico y Enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz
Gráfico N° 4	Higiene Oral Deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz
Gráfico N° 5	Consumo frecuente de carbohidratos y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en Pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz
Gráfico N° 6	Presencia de Enfermedad crónica y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1	Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Resequedad Bucal y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor
Figura N° 2	Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Cuidados Profesionales Rutinarios y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor
Figura N° 3	Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Bajo nivel socioeconómico y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor
Figura N° 4	Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Higiene Oral Deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor
Figura N° 5	Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Consumo frecuente de carbohidratos y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor
Figura N° 6	Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Presencia de Enfermedad Crónica y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor

1. TÍTULO

Factores de riesgos asociados a la enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, noviembre a febrero de 2017

2. RESUMEN

Según datos de la Contraloría General de la República de Panamá la población mayor de 60 años se estima en 451,238 habitantes para el 2016, lo que constituye el 11.2 % de la población total del país; para el corregimiento de Juan Díaz, uno de los más poblados del país, la población adulta mayor estimada para el 2016 es de 16,736 habitantes, que corresponde al 15 % de la población total para ese corregimiento (INEC, 2016). Por lo anterior, que refleja la transición demográfica que viene experimentando nuestro país, y la carencia de conocimiento nuevo sobre la condición bucodental de las personas adultas mayores y otros determinantes de salud, se decidió realizar esta investigación, que tiene por objetivo: “Determinar los factores de riesgo asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor”. Esta investigación se realizó en el Policentro de Salud de Juan Díaz, de la Región Metropolitana de Salud, República de Panamá, específicamente a pacientes adultos mayores que acudían en búsqueda de atención y aceptaron formar parte del estudio. Se realizó un estudio Analítico de Casos y Controles, mediante encuesta estructurada en pacientes adultos mayores que consulten al Centro de Salud de Juan Díaz, durante los meses de noviembre de 2017 a febrero 2018. Los datos obtenidos se tabularon en Tablas Tetracóricas 2 X 2 por cada factor de riesgo analizado. En el análisis de los datos se utilizaron los programas Excel para Windows y EPI INFO Versión 7. Toda la

información se manejó de manera confidencial y no se realizaron pruebas que pusieran en peligro la salud de los participantes.

Se aplicó el formulario de recolección de datos a 401 adultos mayores (201 casos y 200 controles); para el estudio se investigó la significancia estadística de las variables, utilizando la prueba de Chi cuadrado y para el análisis de los factores de riesgo se manejó el Odds Ratio o prueba de desigualdad relativa para medir la fuerza de asociación dando como resultado: *resequedad bucal* (Chi-cuadrado= 0.0059, $p = 0.93872367$, Odds Ratio: 1.0169, intervalos de confianza 0.6625 y 1.5610); *cuidados profesionales rutinarios* (Chi-cuadrado= 1.3170, $p= 0.25113632$, Odds Ratio: 0.7946, intervalos de confianza 0.5365 y 1.1770); *bajo nivel socioeconómico* (Chi-cuadrado 6.6498, $p= 0.00991651$, Odds Ratio: 0.5906, límites de confianza de 0.3953 y 0.8824); *higiene oral deficiente* (Chi-cuadrado = 17.3196, $p= 0.00003159$, Odds Ratio: 7.2800, límites de confianza 2.4915 y 21.2716); *consumo frecuente de carbohidratos* (Chi-cuadrado= 1.2934, $p = 0.25542584$, Odds Ratio: 2.5255, intervalos de confianza 0.4842 y 13.1727); *enfermedad crónica* (Chi-cuadrado= 0.6804, $p = 0.40945131$, Odds Ratio. 1.2063, intervalos de confianza 0.7723 y 1.3886)

ABSTRACT

Risk Factors Associated with Oral Cavity Disease in the Older Adults in Patients Treated at the Policentro of Juan Diaz, November 2017 to February 2018.

According to data from the Comptroller General of the Republic of Panama, the population over 60 years old is estimated at 451,238 inhabitants for 2016, which constitutes 11.2% of the total population of the country. For the corregimiento of Juan Diaz, one of the most populated in the country, the estimated population of older adults for 2016 is 16,736 inhabitants, which corresponds to 15% of the total population for that corregimiento (INEC, 2016). Due to the above, which reflects the demographic transition that has been experienced in our country, and the lack of new knowledge about the oral health condition of older adults and other health determinants, it was decided to carry out this research which aims to: "Determine the Risk Factors Associated with the Oral Cavity Disease of the Older Adults". This research was carried out at the Health Policentro of Juan Díaz, from the Metropolitan Region of Health, Republic of Panama, specifically to older patients who came to seek care and agreed to be part of the study. An analytical study of cases and controls was carried out using a structured survey in older patients who attended the Health Center of Juan Díaz during the months of November 2017 to February 2018. The data obtained were tabulated in Tetrachoric Tables for each factor of analyzed risk. In the analysis of the data, the programs Excel for Windows and EPI-INFO Version 7 were used. All the information was handled confidentially, and no tests were carried out that endangered the health of the participants.

The data collection form was applied to 401 older adults (201 cases and 200 controls); for the study the statistical significance of the variables was investigated, using the Chi square test and for the analysis of the risk factors the Odds Ratio or relative inequality test was used to measure the strength of association resulting in: dry mouth (Chi-square = 0.0059, $p = 0.93872367$, Odds Ratio: 1.0169, confidence intervals 0.6625 and 1.5610); routine professional care (Chi-square = 1.3170, $p = 0.25113632$, Odds Ratio: 0.7946, confidence intervals 0.5365 and 1.1770); low socioeconomic level (Chi-square 6.6498, $p = 0.00991651$, Odds Ratio: 0.5906, confidence limits of 0.3953 and 0.8824); poor oral hygiene (Chi-square = 17.3196, $p = 0.00003159$, Odds Ratio: 7.2800, confidence limits 2.4915 and 21.2716); frequent consumption of carbohydrates (Chi-square = 1.2934, $p = 0.25542584$, Odds Ratio: 2.5255, confidence intervals 0.4842 and 13.1727); chronic disease (Chi-square = 0.6804, $p = 0.40945131$, odds ratio 1.2063, confidence intervals 0.7723 and 1.3886).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los avances científicos en el campo de la medicina y el interés por mejorar las condiciones de vida han contribuido a que el envejecimiento de la población sea uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI, como consecuencia el número de adultos mayores se ha incrementado notablemente, lo que constituye un reto para las autoridades sanitarias y los sistemas de salud pública.

Entre las enfermedades de la Cavidad Oral que con mayor frecuencia afectan al adulto mayor, podemos identificar enfermedades crónicas de la boca (caries, periodontitis), pérdida dentaria, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Otras condiciones que aparecen con frecuencia son la xerostomía y la candidiasis bucal. (Aracelly de López, 2010). En pacientes jóvenes, enfermedades infecciosas como la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal generalmente están relacionadas con una higiene oral deficiente y el consumo frecuente azúcares refinados. Sin embargo el adulto mayor, sometido a otras condiciones propias del envejecimiento y en algunos casos el consumo de medicamentos, es importante investigar los factores que están relacionados.

Es una manera de ayudar a estos pacientes a mantener una buena salud bucal, mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos y orientar a medidas de solución de los problemas de salud bucal que les afectan, para ofrecerles una mayor calidad de vida.

Lo anterior nos lleva a formular la pregunta: *¿Cuáles son los Factores de Riesgos asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor, en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz de noviembre de 2017 a febrero 2018?*

4. JUSTIFICACIÓN

El número de personas que en el mundo rebasó la edad de 60 años en el pasado siglo, aumentó de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; para el año 2005 la población de ancianos era alrededor 1200 millones. También, se ha incrementado el número de los muy viejos, o sea, los mayores de 80 años, que en las próximas décadas constituirán el 30% de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12% en los países en vías de desarrollo. (Pérez, 2013). Según datos de la Contraloría General de la República de Panamá la población mayor de 60 años se estima en 451,238 habitantes para el 2016, lo que constituye el 11.2 % de la población total del país; para el corregimiento de Juan Díaz, uno de los más poblados del país, la población adulta mayor estimada para el 2016 es de 16,736 habitantes, que corresponde al 15 % de la población total para ese corregimiento (INEC, 2016). Lo anterior refleja la transición demográfica que viene experimentando nuestro país, observada mayormente en las áreas urbanas, la misma es caracterizada por un aumento de la esperanza de vida y un significativo proceso de envejecimiento de la población. Este proceso de transición demográfica representa un gran reto social para los sistemas de salud de nuestro país, lo que se traduce en grandes necesidades desde el punto de vista económico, biomédico y social, generadas por los adultos mayores que acuden diariamente a recibir servicios de salud. La salud de la cavidad oral como factor determinante de la salud general de los individuos y de las comunidades comienza entonces, a adquirir valor dentro de las Políticas Públicas Nacionales. De este análisis surge la necesidad de investigar los determinantes que afectan esa situación de salud

de la cavidad oral y cobra importancia el estudio de ese grupo de población desde una dimensión individual y colectiva y su impacto en los indicadores de salud general.

En la República de Panamá se han realizado cuatro estudios nacionales en el campo de la Salud Bucal, el primero en 1974, como parte de la Encuesta Nacional de Nutrición, el segundo en 1990-1991 en la Encuesta Nacional de Salud Bucal en Escolares, el tercero en 1997, como Estudio de Línea Basal de Caries Dental y Fluorosis, por último se realizó el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal (DISABU) en el 2008.

Los tres primeros trabajos permitieron caracterizar los perfiles de Salud Bucal en grupos de escolares, determinando una prevalencia de Caries Dental superior al 90 %. El DISABU 2008, investigó el estado de salud bucal de la población nacional de 5 a 75 años, con representatividad de todos los grupos de edad, por área, sexo y Regiones de Salud, sus resultados revelan una prevalencia de Caries Dental superior al 90 %. (Aracelly de Lopéz, 2010). Lo anterior refleja que la información epidemiológica sobre Salud Bucodental es limitada en Panamá, el último estudio realizado, DIASABU 2008, solo abarcó la población de 5 a 75 años, dejando parte de la población adulta mayor sin estudiar (mayores de 75 años) y los estudios anteriores sólo contemplaron a la población en edad escolar.

La atención odontológica del adulto mayor es una de las necesidades de salud creciente, debido a los altos valores de prevalencia e incidencia de las patologías bucales y al alto riesgo de afección buco dental en esa población. Aunque se dispone de los conocimientos necesarios y actualizados sobre el envejecimiento, la sociedad en general y adultos mayores, se continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento. La interrelación entre la salud de la cavidad oral y la general, es particularmente estrecha en el adulto mayor, sin embargo, las barreras para

obtener una buena salud bucal son considerables, que los pone en riesgo de sufrir afecciones bucodentales, entre ellas: caries, alteraciones periodontales y cáncer bucal, cuya prevalencia no ha mejorado significativamente en este grupo, lo que generan el deterioro de la cavidad oral y del aparato masticatorio. El envejecimiento de la cavidad oral, por si solo es un condicionante de la aparición de enfermedades menos frecuentes que en grupos poblacionales más jóvenes, la actual investigación tiene por objetivo conocer si la disminución del flujo salival asociado a consumo de medicamentos o tratamientos, la ausencia de cuidados profesionales rutinarios, el bajo nivel socioeconómica, la higiene oral deficiente y la frecuencia en el consumo de carbohidratos tienen algún efecto como determinantes en la aparición de enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, septiembre de 2017.

La atención de la Cavidad Oral aborda todo lo relacionado con afecciones bucales, condiciones crónicas y plan terapéutico, las enfermedades de la misma pueden ser más comunes en la edad avanzada y generar mayores complicaciones para la práctica odontológica, por lo tanto, el obtener información de los determinantes de la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor podría orientar hacia medidas preventivas de intervención que garanticen una salud oral adecuada y una mejor calidad de vida. Al final todo esto redundaría en la disminución de recursos destinados al cuidado dental especializado, tanto para el paciente como para los sistemas de salud. Es importante señalar que el programa para el adulto mayor de la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado la estrategia de motivar a los odontólogos sobre la atención primaria en ese campo. En nuestro país, las directrices del Ministerio de Salud Pública consideran el programa preventivo para el adulto mayor, el cual incluye la atención odontológica.

5. PROPÓSITO

Con la información obtenida en esta investigación, relacionada a enfermedades que afectan la cavidad oral del adulto mayor, podemos orientar sobre medidas que contribuyan a mantener la salud de la misma. La identificación de factores de riesgo o protectores, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos, los cuales son importantes para prevenir o atender de manera oportuna los problemas les afectan y así mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que acuden al Policentro de Salud de Juan Díaz.

La atención de la Cavidad Oral aborda todo lo relacionado con afecciones bucales, condiciones crónicas y plan terapéutico; las enfermedades de la misma pueden ser más comunes en la edad avanzada y generar mayores complicaciones para la práctica odontológica, por lo tanto, el obtener información de los determinantes de la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor podría orientar hacia medidas preventivas de intervención que garanticen una salud oral adecuada y una mejor calidad de vida. Al final todo esto redundaría en la disminución de recursos destinados al cuidado dental especializado, tanto para el paciente como para los sistemas de salud. Es importante señalar que el programa para el adulto mayor de la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado como estrategia, motivar a los odontólogos sobre la atención primaria en ese campo. En nuestro país, las directrices del Ministerio de Salud Pública consideran el programa preventivo para el adulto mayor, el cual incluye la atención odontológica.

En la República de Panamá, la edad para la pensión por vejez (jubilación) es 57 años para las mujeres y 62 para los hombres, por consiguiente la población correspondiente a este

grupo etario generalmente reciben un ingreso mensual reducido, no tienen remuneración o están dentro de los proyectos sociales del estado. Por lo tanto su estado socioeconómico, muchas veces limita el mantenimiento y la satisfacción de sus necesidades básicas, como alimentación, salud y vivienda. Esperamos con este estudio orientar medidas que reflejen un ahorro en sus gastos, ya que la diferencia entre vejez saludable y un adulto mayor enfermo está en la cantidad de dinero disponible.

El estudio realizado podría ser un modelo a replicar a nivel nacional con el fin de obtener información que se pueda extrapolar a toda la población adulta del país para elaboración de políticas nacionales de salud, que garanticen una atención de calidad y al menor costo a este grupo de población cada vez más creciente.

6. MARCO TEÓRICO

El proceso de envejecimiento biológico de las personas es hasta el presente irreversible, esta degeneración de la población se expresa, habitualmente, en el aumento de la proporción de personas mayores y en el influyen aspectos como la disminución de la fecundidad y la mortalidad. El incremento de los ancianos demandará nuevas interrogantes y un profundo análisis por la repercusión que tiene en los aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, recreativos medioambientales, entre otros. (Pérez, 2013)

La condición bucodental posee un fuerte valor en el rol de la salud general y desenvolvimiento social de la persona adulta mayor. (Bolaños, 2011) Por

consiguiente, la atención estomatológica a los ancianos es uno de los sectores de la salud mayormente involucrados, debido a los altos valores de prevalencia e incidencia de las patologías bucales. (Bascones, 1999)

Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, suelen venir a la mente una serie de sistemas que pueden estar comprometidos. Es así como casi en forma automática, se recuerdan el sistema cardiovascular, músculo esquelético y genitourinario entre otros, olvidando comúnmente uno, que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático. El sistema estomatognático está definido como un grupo de órganos que participan en importantes funciones como son la masticación, deglución y fonación, que está integrado por diversas estructuras compartiendo un pequeño territorio. Así en él encontramos huesos, músculos, articulaciones, glándulas salivales, dientes, mucosas y piel.

Probablemente debido a su pequeña extensión y a que con poca frecuencia puede llegar a comprometer la vida del paciente, a es relegado es a un segundo plano y hasta omitido del examen rutinario. A pesar de que la salud de la Cavidad oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, es un útil indicador de los cuidados odontológicos recibidos por el paciente durante toda su vida. Al respecto, hoy se sabe que en un alto porcentaje, la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total.

Ante la común creencia que en las personas adultas mayores, es inevitable pérdida de los dientes en la vejez, las piezas dentales, con el debido cuidado respectivo, pueden permanecer en la boca durante toda la vida del ser humano. (Bolaños, 2011)

La caries dental es la patología más prevalente y la que sin duda, crea más visitas de urgencia de esta. Las enfermedades periodontales son las siguientes en orden de demanda después de la caries, donde las gingivitis, movilidads dentarias y abscesos periodontales provocan un número elevado de visitas. La patología articular Témporomandibular condicionada en gran parte por el ritmo y la situación de la sociedad actual, donde el estrés es un factor predisponente y condicionante, cada vez comporta más consultas. Hasta hace pocos años no se diagnosticaba por desconocimiento y creaba un círculo vicioso sobre la patología que agravaba el cuadro. Nos referimos también a otras patologías como las maloclusiones, lesiones mucosas y de las glándulas salivales que si bien son menos frecuentes también generan un buen número de dudas y consultas de nuestros pacientes. La salud oral es fundamental para la salud general, el bienestar y la calidad de vida. Una boca sana permite al individuo comer, hablar y socializar sin dolor, malestar o complejos.

El impacto de la enfermedad oral no solo afecta al individuo (por el dolor, malestar e impacto en su calidad de vida), sino que también afecta a la comunidad a través de las necesidades del sistema sanitario y de los costes económicos derivados. (J. Falgás Franco, 2014). Las mejoras que ha representado la terapéutica restauradora son obvias. Sin embargo, pese al aumento en la calidad, estética y durabilidad de los tratamientos restauradores, la mejor opción posible es evitar la aparición de la enfermedad. En los últimos 50 años se ha producido una mejoría en la salud oral de los países desarrollados donde jóvenes y adultos jóvenes esperan conservar sus dientes toda la vida. (www.who.int/oral_health/databases/global/en/index.html).

Las enfermedades periodontales comprenden una serie de procesos clínicos caracterizados por la afectación de los tejidos de soporte del diente: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. La acumulación de placa dental (por una higiene imperfecta) comporta la inflamación y el sangrado de las encías (gingivitis). La gingivitis puede ser un paso previo al avance de la inflamación en los tejidos en dirección al hueso de sujeción de los dientes, provocando su pérdida, denominándose el proceso a partir de entonces periodontitis. La periodontitis conllevará con su avance la movilidad de los dientes, un aumento en su sensibilidad, al quedar descubierta la raíz, e incluso la pérdida del diente afectado. Por tanto, gingivitis y periodontitis son dos enfermedades causadas por microorganismos que colonizan la placa bacteriana —también denominado biofilm oral—, provocando una reacción inflamatoria en el tejido gingival. La diferencia entre estas dos enfermedades se encuentra en que mientras la gingivitis afecta a la encía, la periodontitis se extiende progresivamente hasta provocar la pérdida del hueso alveolar que soporta al diente. La gingivitis es una enfermedad que puede curar sin ningún tipo de secuela,

mientras que tras la «curación» de la periodontitis (la eliminación de la inflamación activa) se habrá perdido parte del hueso alveolar de soporte que no se recuperará excepto en casos en los que puede ser exitosa la cirugía periodontal regenerativa. (J. Falgás Franco, 2014).

Las maloclusiones dentales podrían definirse como la incongruencia en el encaje de las dos arcadas dentales maxilares superior e inferior, hecho que puede ocasionar alteraciones tanto funcionales como estéticas (estas generan más demanda) que inciden negativamente sobre la calidad de vida del paciente. La prevalencia de las maloclusiones indica que un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse normal o casi normal, mientras que dos tercios tienen algún grado de Maloclusión. De estos, tan solo el 5% tiene una Maloclusión atribuible a una causa específica conocida (fractura condílea, síndrome genético, etc.) y el resto, es decir, la mayoría, se deberían al resultado de una combinación compleja de influencias genéticas y ambientales. (J. Falgás Franco, 2014).

Entre las Patología de la mucosa bucal encontramos lesiones de la mucosas por agentes mecánicos, químicos y físicos. La Mucosa mordisqueada o morsicatiobucae, constituye una lesión mínima muy frecuente, consecutiva al hábito iatrogénico del mordisqueo continuo de la mucosa yugal, que se da en personas nerviosas y bruxómanos. Clínicamente no hay síntomas, y se observa como una lesión blanca normalmente en forma lineal. El diagnóstico diferencial debe realizarse con las Leucoplasia, liquen y candidiasis. El tratamiento consiste en eliminar el hábito, aliviar los bordes dentales causantes o colocar una férula de descarga nocturna. Las Úlceras traumáticas producidas al morderse accidentalmente, prótesis, rozaduras de dientes, cepillado; clínicamente son poco profundas, con los bordes no evertidos, suelo limpio y no duras al tacto. Se debe realizar diagnóstico diferencial con carcinoma. Algunos autores consideran las úlceras traumáticas

persistentes como predisponentes al desarrollo de neoplasias. Su tratamiento consiste en eliminar la causa y si no desaparecen en 15 días, deben ser biopsias. Una lesión ulcerada en boca que no mejora al retirar las posibles causas, después de 15 días debería ser biopsiada.

Las lesiones por contacto directo de la mucosa como en algunos pacientes con odontalgia colocan un comprimido de ácido acetilsalicílico (AAS) o paracetamol en la mucosa de vecindad de la pieza causal como terapia antiálgica, produciéndose lesiones por el efecto cáustico sobre la mucosa. Otras causas pueden ser por contacto con nitrato de plata o algunos colutorios. Clínicamente, se observa una película blanquecina que se desprende dejando un fondo eritematoso. No precisa tratamiento.

Las lesiones mucosas por irradiación (radioterapia) en neoplasias de cabeza y cuello se clasifican en cuatro grupos:

1. Xerostomía. Al quedar afectadas las glándulas salivares mayores, se pueden utilizar sustitutos de saliva artificial o administrar pilocarpina (si la atrofia glandular no es total).
2. Mucositis: aparece sobre las 2 semanas postirradiación, como un enrojecimiento de la mucosa oral, pasando más tarde a formar unas placas blancas en el área donde el haz de rayos ha incidido. Pueden llegar a ulcerarse en su estadio más avanzado. Estas lesiones son dosis-dependientes, y mejoran cada vez que cesa la irradiación. El tratamiento local consiste en la utilización de soluciones con anestésicos locales y clorhexidina al 0,12%.
3. Alteraciones dentarias. Mayor facilidad a padecer caries por la falta de salivación. Es preciso realizar prevención con flúor tópico.

4. Osteorradionecrosis. Es la afectación del tejido óseo de los maxilares, y es más frecuente en la mandíbula al estar menos irrigada. Puede instaurarse de forma aguda, pero lo común es que se inicie de forma crónica e insidiosa. El primer síntoma suele ser el dolor, que acostumbra a ser constante, y aumenta con el calor y la palpación. Puede aparecer una lesión ulcerada en la unión de la mucosa con el hueso. El estudio radiográfico demuestra la presencia de una zona de intensa radiotransparencia con bordes difusos. La presencia de secuestros óseos complica el cuadro y deben ser eliminados con una intervención quirúrgica cuidadosa y mínima. Influye en la etiopatogenia de este proceso la higiene oral del paciente, el hábito de ingerir alcohol y la presencia de infecciones crónicas en las piezas dentales.

Sería adecuado que todo paciente que deba ser sometido a radioterapia de cabeza y cuello fuera antes revisado por un odontólogo, a fin de realizar el tratamiento dental preciso antes de 15 días del inicio de las sesiones, para evitar en gran parte la aparición de complicaciones intraorales. Posteriormente a la radioterapia, no se deberían practicar exodoncias dentales hasta después de 1 año. Existen protectores intraorales plomados para minimizar la irradiación en las zonas no afectadas por el proceso neoplásico.

En los últimos años, y como consecuencia de la utilización de bisfosfonatos (BFF) como tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica o la osteólisis asociada al cáncer de mama o al mieloma múltiple, se han ido publicando numerosos casos de complicaciones asociadas a su uso. Los BFF inhiben la actividad osteoclástica, dando lugar a una disminución de la reabsorción y de la remodelación del hueso, comprometiendo su irrigación. Entre los posibles efectos adversos más importantes se encuentran los orales,

con la aparición de ulceraciones y sobre todo casos de osteonecrosis de los maxilares (más en mandíbula) asociados a esta terapéutica. Los BFF más frecuentemente asociados han sido los nitrogenados (pamidronato-ácido zoledrónico). Por ello se recomienda no iniciar ningún tratamiento con BFF sin antes controlar y tratar las posibles alteraciones orales existentes, más si se deben practicar exodoncias que deberían ser realizadas, como mínimo, 1 mes antes del inicio del tratamiento con BFF. Si durante el tratamiento con BFF hay que realizar alguna exodoncia dentaria, se debería suspender el fármaco (entre 1 y 3 meses dependiendo de los autores), realizar técnicas estrictamente asépticas, cirugía atraumática y lograr un cierre por primera intención cuando sea posible.

Se debería controlar el estado bucal previo a todo paciente que deba ser sometido a tratamiento radioterápico de cabeza y cuello.

La Leucoplasia, la OMS la define clínicamente como una lesión blanca que no puede ser caracterizada como otra lesión definible. Se considera lesión precancerosa.

La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento de elección. Como todo sistema, éste puede presentar alteraciones de orden degenerativo, patología tumoral, traumatismos y enfermedades de origen infeccioso

Es esencial entender que, aparte de todos aquellos factores que convierten a cualquier paciente en un individuo propenso a sufrir alteraciones de la salud oral, existen en el paciente geriátrico una serie de características que aumentan este riesgo y que con frecuencia dificultan que todas las medidas preventivas y terapéuticas disponibles puedan

llevarse a cabo en forma ideal. Este hecho evidentemente puede alterar el curso de una enfermedad, prolongando su duración o empeorando el pronóstico.

Los principales factores que pueden influir en la salud oral del adulto mayor son:

- *Presencia de una o más enfermedades de base:* Las enfermedades de base que debemos considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión.
- *Terapia farmacológica variada y con frecuencia de larga duración:* Todo fármaco administrado a un paciente, junto con ejercer su acción farmacológica benéfica, lleva asociada la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración. Además, se ha determinado que son capaces de interactuar con otros fármacos administrados en forma concomitante, pudiendo modificarse el metabolismo de ambos y por ende su acción final en el paciente. Muchos de los fármacos utilizados por pacientes geriátricos provocan como efecto secundario una disminución del flujo salival o xerostomía. Dentro de ellos están algunos analgésicos y antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, antihipertensivos, anticolinérgicos en general y derivados de los alcaloides opiáceos. La principal complicación derivada de xerostomía de larga duración es el aumento de incidencia de caries radiculares y de candidiasis oral, además de la aparición o aumento de las molestias en pacientes portadores de prótesis removible. Cuando un paciente padece esta alteración del

flujo salival, es prioritario determinar la causa que la genera, antes de indicar cualquier producto. Así, en el caso de alteraciones reversibles como el stress y la ansiedad, pacientes con deshidratación, casos de diabetes no compensada o cuando la xerostomía es debida a determinados fármacos, la resolución del problema a menudo radicará en estabilizar la condición primaria, por ejemplo disminuyendo la dosis de un fármaco o reemplazándolo por uno no xerostomizante, cuando sea posible. Existen, sin embargo ocasiones en que la solución del problema es más difícil porque existe pérdida irreversible de elementos necesarios para el reflejo salival, por ejemplo a causa de la disminución de estímulos debida al deterioro senil, o más complicado aún, en las destrucciones de parénquima salival en pacientes con síndrome de Sjögren o pacientes irradiados por tumores de cabeza y cuello. En estos casos o cuando el tratamiento con fármacos xerostomizantes se extienda por períodos largos, es altamente recomendable indicar productos que estimulen la secreción salival o bien otros que actúen humectando la mucosa bucal.

- *Limitaciones de orden socio-económico:* Es muy importante recordar, que aquellos pacientes que desde el punto de vista médico se definen como “adulto mayor”, han sido también caracterizados en el ámbito social como un grupo que en su gran mayoría se encuentra en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Este hecho debe considerarse al momento de indicar tratamientos dentales, pues suelen ser de alto costo, limitando su accesibilidad a gran parte de los pacientes. Por su parte los elementos de higiene dental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchos pacientes, en relación a otros productos de carácter indispensable. Es conveniente entonces,

analizar tratamientos dentales alternativos de menor costo y adecuar al presupuesto del paciente los artículos de higiene oral a indicar.

- *Higiene oral deficiente en el adulto mayor:* Para que se produzcan algunas enfermedades de la cavidad oral es necesaria la presencia de placa bacteriana, entidad definida como una película de bacterias adherida al diente, y de hidratos de carbono, sustrato sobre el cual la placa bacteriana ejerce su metabolismo. Cuando se inicia este proceso metabólico, da como resultado productos ácidos que en contacto con el esmalte dental, provocan una sucesiva pérdida de minerales y posterior formación de una cavidad, conocida como “caries dental” (Muñoz, Restrepo, & Chacón, 2011).

Pese a que paulatinamente se ha experimentado un positivo cambio respecto a la importancia de las terapias preventivas y la conservación de los órganos dentarios, la ausencia parcial o total de éstos en pacientes adultos mayores es aún una condición que les es característica y que para gran parte de la población es un estado “propio y normal” de esta etapa de la vida. Para que el sistema estomatognático pueda funcionar de forma óptima, es ideal la conservación de la mayor cantidad de dientes posibles en boca, no sólo para cumplir con una masticación eficiente y con los requerimientos estéticos del paciente, sino además porque los dientes tienen una importante función de sensibilidad propioceptiva, característica que se pierde cuando son reemplazados en su totalidad por elementos protésicos. Al respecto, en determinados casos es conveniente conservar raíces dentarias para su utilización como soporte de prótesis fijas o removibles, preservando además de esta forma, el fenómeno de la propiocepción. Cuando el paciente sufre la pérdida de uno o más dientes, es recomendable su reemplazo tan pronto como sea posible, por las razones ya

mencionadas. Si el estado bucal existente o motivaciones de costo determinan que es candidato a ser portador de prótesis removible, es fundamental establecer el diseño protésico más adecuado a la cantidad y ubicación de los dientes que permanecen en boca. El objetivo es rehabilitar con un sistema que junto con devolver al paciente los dientes perdidos, permita proteger las estructuras remanentes. Se ha estudiado que una prótesis removible de diseño inadecuado o con una distribución poco equitativa de las cargas oclusales, es la principal causa de la pérdida progresiva del reborde alveolar, lo que genera desajuste de las prótesis.

La atención primaria en el paciente adulto mayor, debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientada hacia la instrucción tanto del paciente como del personal o familiar que se encuentre a cargo de su cuidado. La educación impartida deberá incluir las diferentes medidas para el control de la placa bacteriana, el cuidado y correcto uso de las prótesis dentales, utilización de flúor en la prevención de caries radicular, control de afecciones de la articulación temporomandibular y detección precoz de cáncer oro facial. (Franco, 2014)

En la salud general del anciano, influye mucho la cavidad oral, ya que ésta tiene utilidad en el lenguaje, en la masticación y apariencia física, y por ende, en su autoestima. (Gluck, 1993). El odontólogo debe discernir si las quejas del anciano obedecen a transformaciones naturales o se deben a procesos patológicos. Tiene particular importancia en el individuo de edad avanzada un inventario y una estimación cuidadosa y detallada del estado de salud. La historia clínica y examen incluirán las enfermedades pretéritas y actuales, y las experiencias dentales sufridas (Gouarnalusses, 1999).

El adulto mayor es una persona que como los demás grupos edad, se está adaptando a una serie de cambios socioculturales que le llevan a disfrutar de una mejor calidad de vida, un programa preventivo dirigido a disminuir la prevalencia de la enfermedad bucodental de los adultos mayores, que tome en consideración la calidad de vida oral, contribuye de manera objetiva y práctica a identificar no sólo la percepción del estado de salud bucodental sino a la medición del impacto de los tratamientos realizados e intervenciones llevadas a cabo en la población de la tercera edad (Gómez, 2010).

En países como Colombia, hasta hace algunos años se empezó a reconocer la influencia que tiene la salud bucal como factor determinante de la salud general de los individuos y las comunidades. De ésta manera es como el componente bucal comienza a adquirir valor dentro de las Políticas Públicas Nacionales. (Agudelo A, 2008) (Agudelo Suárez AA, 2009). Un estudio en ese país han detectado que a mayor edad, mayor es el impacto negativo en la salud bucal de la población, posiblemente debido a que a medida que avanza a edad, las personas perciben un deterioro progresivo de su calidad de vida, influenciado por múltiples condicionantes (sistémicos, psicológicos, sociales, económicos, entre otros) que afectan su diario vivir. Los resultados de esa investigación son equiparables con los obtenidos en otros estudios a nivel internacional, los mismos reportan que las personas que perciben necesitar atención estomatológica, son los que más presentan problemas bucodentales que afectan su calidad de vida, con estos datos es posible confirmar que un peor estado bucal, es inherente a necesidad de atención odontológica; también reportan un mayor impacto en la calidad de vida derivado de los problemas bucales. (Duque-Duque, 2013).

7. VARIABLES

Las variables contempladas en el estudio son las siguientes:

Variables Independientes: En el adulto mayor existen factores de riesgo que condicionan la aparición de Enfermedades de la Cavity Oral, entre ellos podemos mencionar:

- Resequedad Bucal.
- Enfermedad crónica.
- Ausencia de Cuidados profesionales rutinarios.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Higiene oral deficiente.
- Frecuencia en el Consumo de Carbohidratos.

Variable Dependiente:

- Enfermedad de la Cavity Oral en el Adulto Mayor.

8. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS:

H_0 : No existe asociación entre la resequedad bucal y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_a : Si existe asociación entre la resequedad bucal y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_0 : No existe asociación entre la presencia de enfermedad crónica y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_a : Si existe asociación entre la presencia de enfermedad crónica y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_0 : No existe asociación entre la ausencia de cuidados profesionales rutinarios y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_a : Si existe asociación entre la ausencia de cuidados profesionales rutinarios y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_0 : No existe asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_a : Si existe asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_0 : No existe asociación entre una higiene oral deficiente y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_a : Si existe asociación entre una higiene oral deficiente y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_0 : No existe asociación entre la frecuencia en el consumo de carbohidratos y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

H_a : Si existe asociación entre la frecuencia en el consumo de carbohidratos y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

9. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor.

Objetivos Específicos

- 1) Determinar la asociación entre la resequedad bucal y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.
- 2) Determinar la asociación entre la existencia de enfermedad crónica y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.
- 3) Determinar la asociación entre la ausencia de cuidados profesionales rutinarios y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.
- 4) Determinar la asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.
- 5) Determinar la asociación entre la higiene oral deficiente y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.
- 6) Determinar la asociación entre la frecuencia en el consumo de carbohidratos y la enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor.

10. MARCO METODOLÓGICO

Área de Estudio:

Esta investigación se realizó en el Policentro de Salud de Juan Díaz, de la Región Metropolitana de Salud, República de Panamá, específicamente a pacientes adultos mayores que acudieron en búsqueda de atención y aceptaron formar parte del estudio.

Tipo de Estudio:

Se realizó un Estudio Analítico de Casos y Controles, mediante encuesta estructurada en pacientes adultos mayores que acudieron al Policentro de Salud de Juan Díaz, durante los meses de noviembre y diciembre 2017 y enero y febrero 2018, para la selección de los participantes, se desplazó directamente a la instalación y se realizó la captación de usuarios que asisten a la consulta médica y odontológica, así como a los diferentes programas asistenciales y servicios que presta a institución, para identificar cuáles son los factores asociados al problema planteado.

Población:

Según datos de la Contraloría General de la República de Panamá la población mayor de 60 años se estima en 451,238 habitantes para el 2016, lo que constituye el 11.2 % de la población total del país; *para el corregimiento de Juan Díaz, uno de los más poblados del país, la población adulta mayor estimada para el 2016 es de 16,736 habitantes*, que corresponde al 15 % de la población total para ese corregimiento.

Muestra:

Se aplicó un Muestreo Probalístico, ya que los participantes del estudio fueron Pacientes Adultos mayores que acudieron en busca de atención o por control de salud al Policentro

de Salud de Juan Díaz en los meses de noviembre 2017 a febrero de 2018, lo que nos podría generar un sesgo pues sólo los que tienen acceso a este servicio de atención podrán participar en el estudio, razón por la cual el estudio contempla una muestra total de 398 pacientes, la cual se obtuvo mediante la aplicación de cálculo con un nivel de seguridad de 0.95 y una potencia de 0.80.

Unidades de Análisis:

Muestra de caso: Pacientes adultos mayores que acudieron en busca de atención o por control de salud y presentan alguna Enfermedad de la Cavidad Oral.

Muestra de control: Pacientes adultos mayores que acudieron en busca de atención o por control de salud y no presentan Enfermedad de la Cavidad Oral.

Tabla para el cálculo de la muestra:

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL EN ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES							
<i>Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1</i>							
Frecuencia de exposición entre los casos	0.10						
Frecuencia de exposición entre los controles	0.20						
Odds ratio a detectar	1.50						
Nivel de seguridad	0.95						
Potencia	0.80						
Número de controles por caso	1						
<table> <tr> <td>p1</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>p2</td> <td>0.20</td> </tr> <tr> <td>OR</td> <td>1.50</td> </tr> </table>		p1	0.10	p2	0.20	OR	1.50
p1	0.10						
p2	0.20						
OR	1.50						
TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO							
Casos	199						
Controles	199						
<i>Sonia Pértega Díaz</i> <i>Salvador Pita Fernández</i> <i>Unidad de Epidemiología y Bioestadística</i> <i>Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"</i>							

Criterio de inclusión:

- Aquellas personas definidas como adultos mayores según la OMS (personas mayores de 60 años), a voluntad en la participación del estudio.

Criterio de exclusión:

- Se excluyeron a los Pacientes menores de 60 años de edad.
- Se excluyeron aquellas personas con dificultades en la comprensión de las preguntas (auditivas, mentales, visuales), aquellas con compromiso sistémico o discapacidades que impedían participar en el estudio.

Método de recolección de datos:

Se aplicó un cuestionario, validado previamente mediante la aplicación del mismo a adultos mayores que acuden a la consulta odontológica privada en el Consultorio Médico San Judas Tadeo, piso 3, consultorio 306; donde se registró la información de cada uno de los participantes como: datos personales (edad, lugar de nacimiento, el género, tipo de vivienda con suministro de agua potable), los factores socioeconómicos, alimenticios relacionados con el consumo de hidratos de carbono y los cuidados rutinarios de profesionales de Odontología al paciente y la higiene oral deficiente.

La Resequedad Bucal se evaluó mediante el examen clínico de la mucosa bucal, en la que observamos la existencia de manifestaciones de resequecedad bucal (Muñoz, Restrepo, & Chacón, 2011). Como factor socioeconómico se estudió el nivel de ingresos económicos.

La Higiene oral deficiente se evaluó a través del índice de análisis de higiene bucal (IAHB) de Love, para lo cual se dividió el total de puntos obtenidos entre el total de superficies

examinadas y el resultado se multiplicó por 100; se consideró la higiene oral como deficiente si el resultado era mayor de 30 puntos. Se tomó como unidad la superficie total de cada cara del diente y no se tuvo en cuenta las superficies oclusales ni los terceros molares. Se calificó en: 0- superficie limpia y 1- superficie sucia. Esta información se obtuvo a través del interrogatorio y el examen bucal realizado en la consulta en condiciones de luz artificial y con el empleo de: espejo plano para la boca, explorador, pinza para algodón, sonda periodontal y torundas de gasa, así como tabletas de PlacDent®, como sustancia reveladora de la placa dentobacteriana. (Dr. Kadir Argelio Santana Fernández, 2014).

El factor consumo de hidratos de carbono del adulto mayor se categorizó en: consumo de hidratos de carbono diario (frutas, pan, golosinas y bebidas azucaradas, etc.), según frecuencia o cantidad de veces. Los factores preventivos odontológicos se categorizaron en: cepillado dental diario frecuente (nº de veces al día), frecuencia de visitas al año odontólogo. La frecuencia en el cepillado dental diario se categorizó en: cepillado dental diario no frecuente (uno o dos veces por día) y en cepillado frecuente (tres o más veces al día). (Pautasso, 2014)

Procedimiento de Recolección de Datos:

- Evaluación y aprobación del Protocolo, incluyendo el consentimiento informado e instrumento de recolección de datos por el Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Panamá.
- Se obtuvo el visto bueno del Director de la Región Metropolitana de Salud para la realización de la investigación.

- Se obtuvo aprobación de la Directora Médico del Policentro de Salud de Juan Díaz para la realización de la investigación.
- Se obtuvo aprobación y colaboración del Servicio de Odontología del Policentro de Salud de Juan Díaz para la realización de la investigación
- Aplicación del instrumento de recolección de datos con ayuda del personal de apoyo.
- Se realizó un control de calidad de la información recogida en el trabajo de campo y del contenido del cuestionario.

11. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Los datos obtenidos se tabularon en Tablas Tetracóricas 2 X 2 por cada factor de riesgo analizado.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de frecuencias de cada una de las dimensiones de las preguntas. Posteriormente se analizó cada una de las variables de resumen del instrumento mediante frecuencias absolutas y relativas promedios con intervalos de confianza al 5% IC 95%, de acuerdo a las variables y pruebas de Chi cuadrado para observar diferencias significativas.

Por último, se calcularon Razones de Prevalencia (RP) primero crudas y posteriormente ajustadas a partir de Odds Ratio (OR), estimada mediante regresión logística no condicional.

Se utilizaran tablas de una entrada, con la presentación de clases de las variables de estudio en la columna matriz, para agrupar los datos, luego se utilizarán diagrama de barras y gráficos para la representación de los datos agrupados.

En el análisis de los datos se utilizaron los programas Excel para Windows y EPI INFO Versión 7.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las personas que participaron en el estudio tuvieron como criterio fundamental el respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y se garantizó la privacidad del individuo participante y sus datos en la investigación.

La realización de este estudio cumplió con las especificaciones de la normativa de salud en materia de investigación y con los principios científicos de Helsinki. Todos los individuos firmaron consentimiento informado.

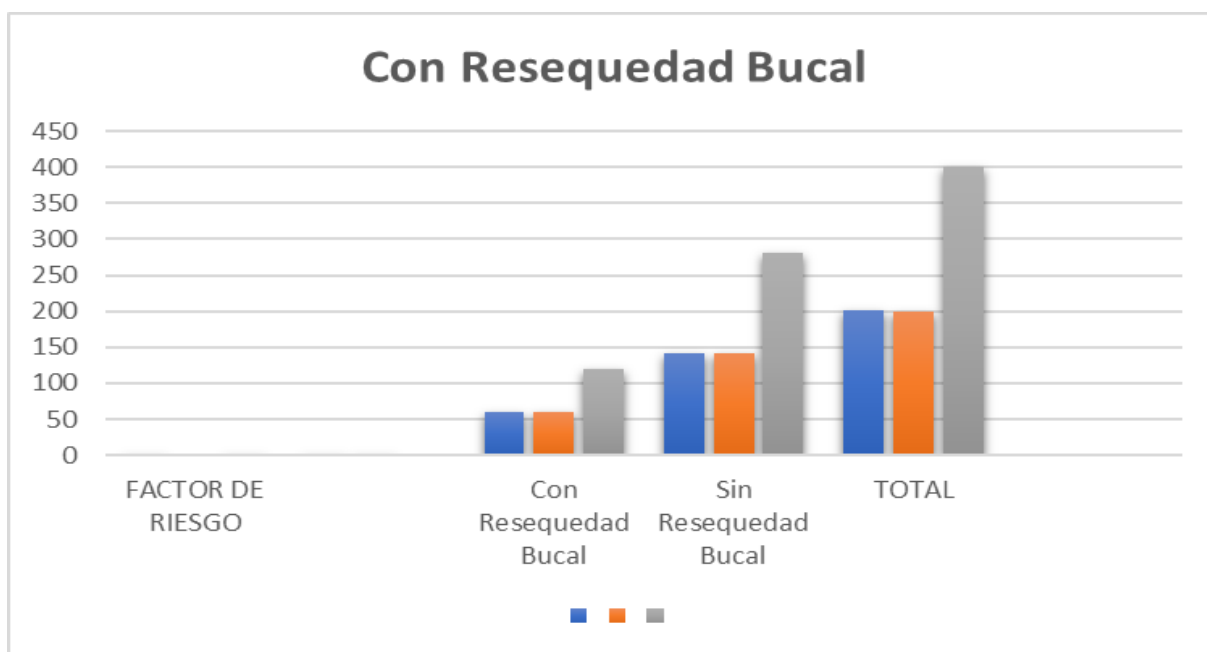
El protocolo fue revisado y aprobado por la Comisión Académica de la Maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. Se solicitó el aval de la Coordinación Nacional en Regulación de Investigación para Salud del Ministerio de Salud y la Aprobación del Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Panamá. Una vez cumplido los requisitos de Tesis de la Universidad de Panamá, todos los resultados de la investigación serán remitidos a estos organismos.

13. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla N° 1: Resequedad bucal y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018.

FACTOR DE RIESGO	Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor		TOTAL
	Sí	No.	
Con Resequedad Bucal	60	59	119
Sin Resequedad Bucal	141	141	282
TOTAL	201	200	401

Gráfico N° 1: Resequedad bucal y Enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.



Fuente: Resultados del análisis de los cuestionarios del estudio aplicados, octubre 2018.

Figura N° 1: Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Resequedad Bucal y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.

		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	60	59	119
	Row %	50.42 %	49.58 %	100.00 %
	Col %	29.85 %	29.50 %	29.68 %
	No	141	141	282
	Row %	50.00 %	50.00 %	100.00 %
	Col %	70.15 %	70.50 %	70.32 %
Total	201	200	401	
Row %	50.12 %	49.88 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	1.0169	0.6625	1.5610
MLE Odds Ratio (Mid-P)	1.0169	0.6615	1.5636
Fisher-Exact		0.6475	1.5975

Statistical Tests			
	χ^2	2 Tailed P	
Uncorrected	0.0059	0.93872367	
Mantel-Haenszel	0.0059	0.93879998	
Corrected	0.0000	1.00000000	

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Risk Ratio	1.0084	0.8150	1.2478
Risk Difference	0.4202	-10.2923	11.1326

Summary Results			
Odds Ratio	Estimate	Lower	Upper
Crude (Cross Product)	0.9851	0.8317	1.1669
Crude (MLE)	0.9852	0.8316	1.1670
Fisher-Exact		0.8287	1.1712
Adjusted (MH)	0.9800	0.8048	1.1933
Adjusted (MLE)	0.0000	16.4277	NaN

Risk Ratio			
	Estimate	Lower	Upper
Crude	0.9926	0.9120	1.0802
Adjusted	0.9900	0.8996	1.0896

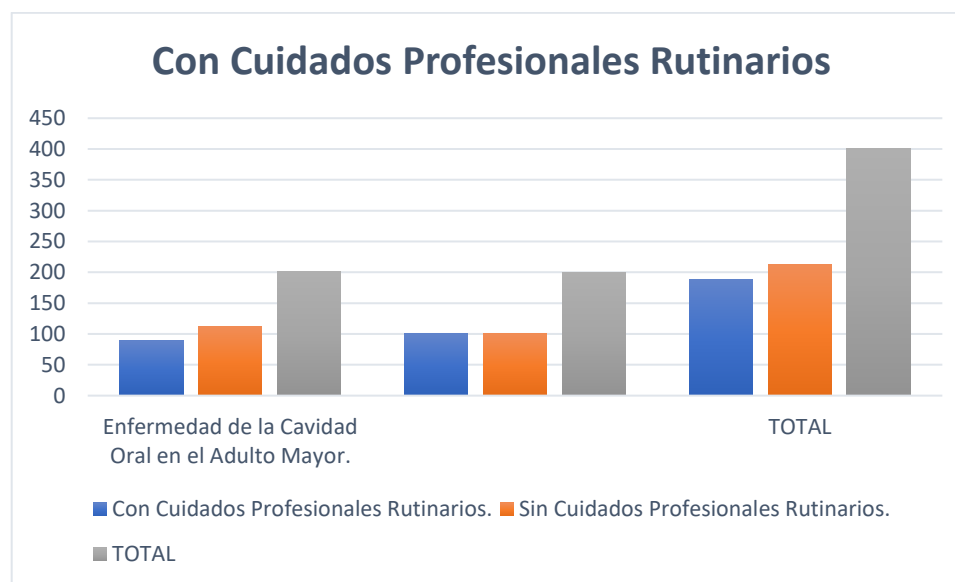
Chi Square			
	χ^2	1 Tailed P	2 Tailed P
Uncorrected (MH)	0.0408		0.8398678108
Corrected (MH)	0.0230		0.8794451797

Como se observa en la *Figura N° 1*, el 50.42% de los participantes que presentaron resequead bucal mostraron la presencia de Enfermedad de la cavidad oral, mientras que un 49.58% de esos participantes no presento Enfermedad de la cavidad oral. Un 50.00% de los participantes que no presentaron resequead mostraron indicios de enfermedad de la cavidad oral y un 50.00% no mostro ni enfermedad de la cavidad oral ni resequead bucal. En nuestro estudio, el resultado obtenido para **Chi-cuadrado** demostró que no existe significancia estadística entre la Resequedad Bucal y la Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, es decir, no hay diferencia entre tener o no resequead bucal para desarrollar enfermedad de la cavidad oral. El Chi-cuadrado resulto en 0.0059, con un valor de $p = 0.93872367$, lo que nos sugiere que no hay diferencia entre tener o no resequead bucal para desarrollar enfermedad de la cavidad oral y que los resultados obtenidos en relación a esta variable, son productos del azar.

Tabla N° 2: Cuidados Profesionales Rutinarios y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor en Pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018.

FACTOR DE RIESGO	Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.		TOTAL
	Sí	No.	
Con Cuidados Profesionales Rutinarios.	89	100	189
Sin Cuidados Profesionales Rutinarios.	112	100	212
TOTAL	201	200	401

Gráfico N° 2: Cuidados Profesionales Rutinarios y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en Pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.



Fuente: Resultados del análisis de los cuestionarios del estudio aplicados, octubre 2018.

Figura N°2: Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Cuidados Profesionales Rutinarios y Enfermedad de la Cavity Oral en el Adulto Mayor.

		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	89	100	189
	Row %	47.09 %	52.91 %	100.00 %
	Col %	44.28 %	50.00 %	47.13 %
	No	112	100	212
	Row %	52.83 %	47.17 %	100.00 %
	Col %	55.72 %	50.00 %	52.87 %
Total	201	200	401	
Row %	50.12 %	49.88 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

Odds-based Parameters				Statistical Tests		
	Estimate	Lower	Upper		χ^2	2 Tailed P
Odds Ratio	0.7946	0.5365	1.1770	Uncorrected	1.3170	0.25113632
MLE Odds Ratio (Mid-P)	0.7951	0.5360	1.1782	Mantel-Haenszel	1.3137	0.25172816
Fisher-Exact		0.5263	1.1996	Corrected	1.0974	0.29484438

Risk-based Parameters				1 Tailed P		2 Tailed P	
	Estimate	Lower	Upper				
Risk Ratio	0.8913	0.7316	1.0860	Mid-P Exact	0.12673768		
Risk Difference	-5.7402	-15.5280	4.0475	Fisher Exact	0.14741826	0.27178951	

Summary Results			
Odds Ratio	Estimate	Lower	Upper
Crude (Cross Product)	0.9851	0.8317	1.1669
Crude (MLE)	0.9852	0.8316	1.1670
Fisher-Exact		0.8287	1.1712
Adjusted (MH)	0.9800	0.8048	1.1933
Adjusted (MLE)	0.0000	16.4277	NaN

Risk Ratio			
	Estimate	Lower	Upper
Crude	0.9926	0.9120	1.0802
Adjusted	0.9900	0.8996	1.0896

Chi Square			
	χ^2	1 Tailed P	2 Tailed P
Uncorrected (MH)	0.0408		0.8398678108
Corrected (MH)	0.0230		0.8794451797

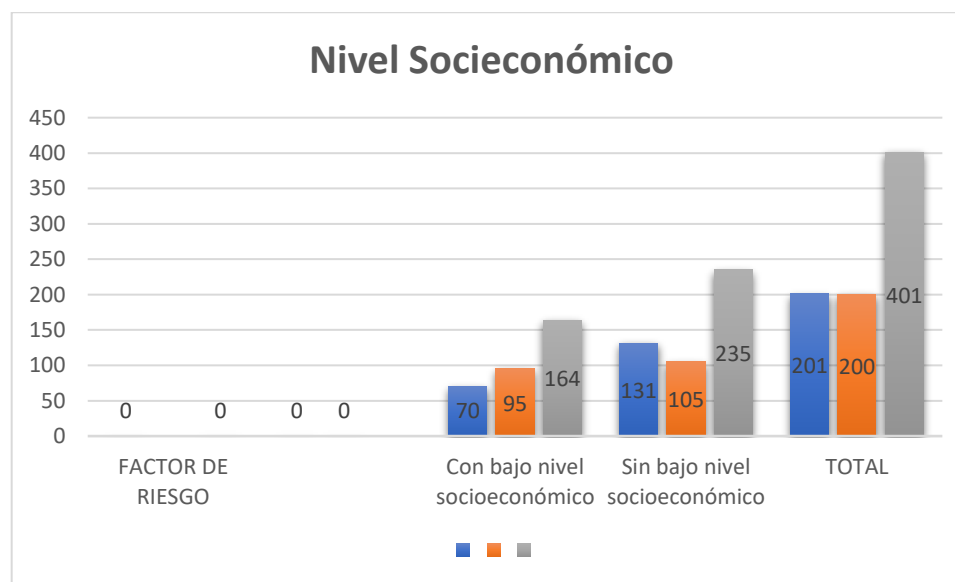
Como se observa en la *Figura N° 2*, un 47.09% de los participantes que tenían Cuidado profesional rutinario presentaron Enfermedad de la Cavity Oral, mientras que el 52.91 no presento Enfermedad de la Cavity Oral. Un 52.83% de los participantes que no contaban con un cuidado profesional rutinario adecuado presentaron Enfermedad de la Cavity Oral y un 47.17% de los participantes de este estudio no presentaron Enfermedad de la cavity oral al no contar con cuidado profesional rutinario

En este caso, el resultado obtenido para **Chi-cuadrado** demostró que no existe significancia estadística en el análisis de Cuidados Profesionales Rutinarios y la Enfermedad de la Cavity Oral en el Adulto Mayor. El Chi-cuadrado resulto en 1.3170, con un valor de $p = 0.25113632$, el Odds Ratio de 0.7946 con los intervalos de confianza en 0.5365 y 1.1770; la diferencia de riesgo y demás resultados relacionados a esta variable son producto del azar.

Tabla N° 3: Bajo nivel socioeconómico y Enfermedad de la cavidad oral en el adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018.

FACTOR DE RIESGO	Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.		TOTAL
	Sí	No.	
Con bajo nivel socioeconómico	70	95	164
Sin bajo nivel socioeconómico	131	105	235
TOTAL	201	200	401

Gráfico N° 3: Bajo nivel socioeconómico y Enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.



Fuente: Resultados del análisis de los cuestionarios del estudio aplicados, octubre 2018.

Figura N°3: Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Bajo nivel socioeconómico y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.

		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	70	95	165
	Row % Col %	42.42 % 34.83 %	57.58 % 47.50 %	100.00 % 41.15 %
No	131	105	236	
	Row % Col %	55.51 % 65.17 %	44.49 % 52.50 %	100.00 % 58.85 %
Total	201	200	401	
Row % Col %	50.12 % 100.00 %	49.88 % 100.00 %	100.00 % 100.00 %	

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	0.5906	0.3953	0.8824
MLE Odds Ratio (Mid-P)	0.5914	0.3948	0.8833
Fisher-Exact		0.3873	0.8999

Statistical Tests		
	χ^2	2 Tailed P
Uncorrected	6.6498	0.00991651
Mantel-Haenszel	6.6333	0.01000925
Corrected	6.1368	0.01323998

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Risk Ratio	0.7643	0.6187	0.9441
Risk Difference	-13.0842	-22.9367	-3.2318

Statistical Tests		
	1 Tailed P	2 Tailed P
Mid-P Exact	0.00510156	
Fisher Exact	0.00656603	0.01122315

Summary Results			
Odds Ratio	Estimate	Lower	Upper
Crude (Cross Product)	0.9851	0.8317	1.1669
Crude (MLE)	0.9852	0.8316	1.1670
Fisher-Exact		0.8287	1.1712
Adjusted (MH)	0.9800	0.8048	1.1933
Adjusted (MLE)	0.0000	16.4277	NaN

Risk Ratio			
	Estimate	Lower	Upper
Crude	0.9926	0.9120	1.0802
Adjusted	0.9900	0.8996	1.0896

Chi Square			
	χ^2	1 Tailed P	2 Tailed P
Uncorrected (MH)	0.0408		0.8398678108
Corrected (MH)	0.0230		0.8794451797

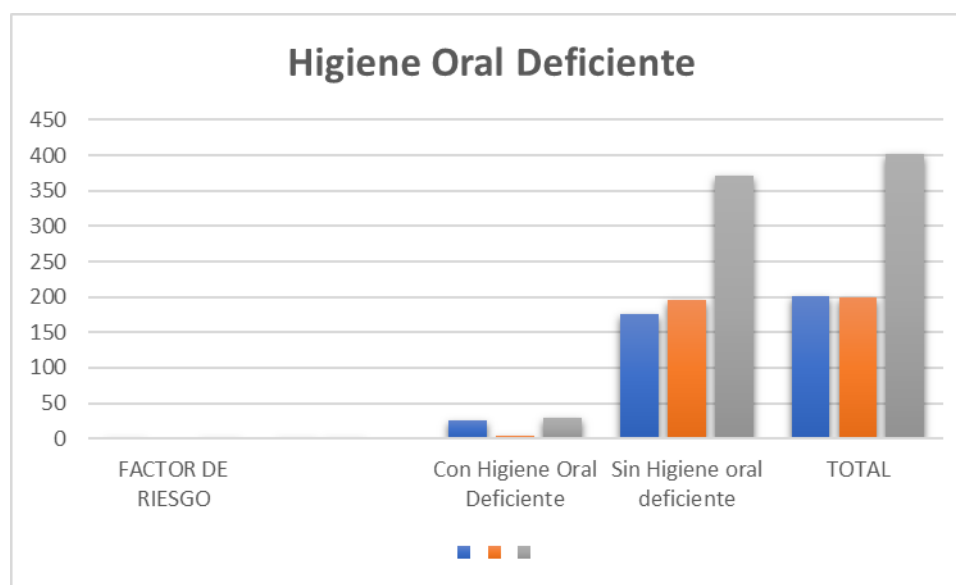
La *Figura N°3* muestra que el 42.42% de los participantes con bajo nivel socioeconómico presentaron Enfermedad de la Cavidad Oral, mientras que un 57.58% de ellos no presentaron evidencia de Enfermedad de la Cavidad Oral. De los pacientes que no presentaron un bajo nivel socioeconómico el 55.51% mostraron evidencias de Enfermedad de la Cavidad Oral; un 44.49% de los participantes no presentaron una enfermedad de la cavidad oral y no presento un nivel socioeconómico bajo.

En el análisis con Statcalc-Epiinfo, de nuestras variables Bajo nivel socioeconómico y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, los resultados estadísticos de **Chi-cuadrado** arrojan un valor de 6.6498 y una p de 0.00991651; lo que muestra una significancia estadística entre estas variables. El Odds Ratio de 0.5906 demuestra la fuerza de asociación con los límites de confianza al 95 % de 0.3953 y 0.8824; lo que significa que tener un nivel socioeconómico bajo disminuye en 0.59 el riesgo a desarrollar Enfermedad de la Cavidad Oral en los participantes de nuestro estudio, es decir, es un factor protector.

Tabla N° 4: Higiene Oral Deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018.

FACTOR DE RIESGO	Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.		TOTAL
	Sí	No.	
Con Higiene Oral Deficiente	26	4	30
Sin Higiene oral deficiente	175	196	371
TOTAL	201	200	401

Gráfico N° 4: Higiene Oral Deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.



Fuente: Resultados del análisis de los cuestionarios del estudio aplicados, octubre 2018.

Figura N°4: Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Higiene Oral Deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.

		Outcome						
		Yes	No	Total				
Exposure	Yes	26	4	30				
	Row %	86.67 %	13.33 %	100.00 %				
	Col %	12.94 %	2.00 %	7.48 %				
	No	175	196	371				
	Row %	47.17 %	52.83 %	100.00 %				
	Col %	87.06 %	98.00 %	92.52 %				
Total	201	200	401					
Row %	50.12 %	49.88 %	100.00 %					
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %					

Odds-based Parameters				Statistical Tests			
	Estimate	Lower	Upper		χ^2	2 Tailed P	
Odds Ratio	7.2800	2.4915	21.2716	Uncorrected	17.3196	0.00003159	
MLE Odds Ratio (Mid-P)	7.2501	2.6543	24.7516	Mantel-Haenszel	17.2764	0.00003232	
Fisher-Exact		2.4470	29.1497	Corrected	15.7758	0.00007131	

Risk-based Parameters				Statistical Tests			
	Estimate	Lower	Upper		1 Tailed P	2 Tailed P	
Risk Ratio	1.8373	1.5394	2.1929	Mid-P Exact	0.00000947		
Risk Difference	39.4969	26.3144	52.6793	Fisher Exact	0.00001681	0.00003171	

Summary Results			
Odds Ratio	Estimate	Lower	Upper
Crude (Cross Product)	0.9851	0.8317	1.1669
Crude (MLE)	0.9852	0.8316	1.1670
Fisher-Exact		0.8287	1.1712
Adjusted (MH)	0.9800	0.8048	1.1933
Adjusted (MLE)	0.0000	16.4277	NaN

Risk Ratio			
	Estimate	Lower	Upper
Crude	0.9926	0.9120	1.0802
Adjusted	0.9900	0.8996	1.0896

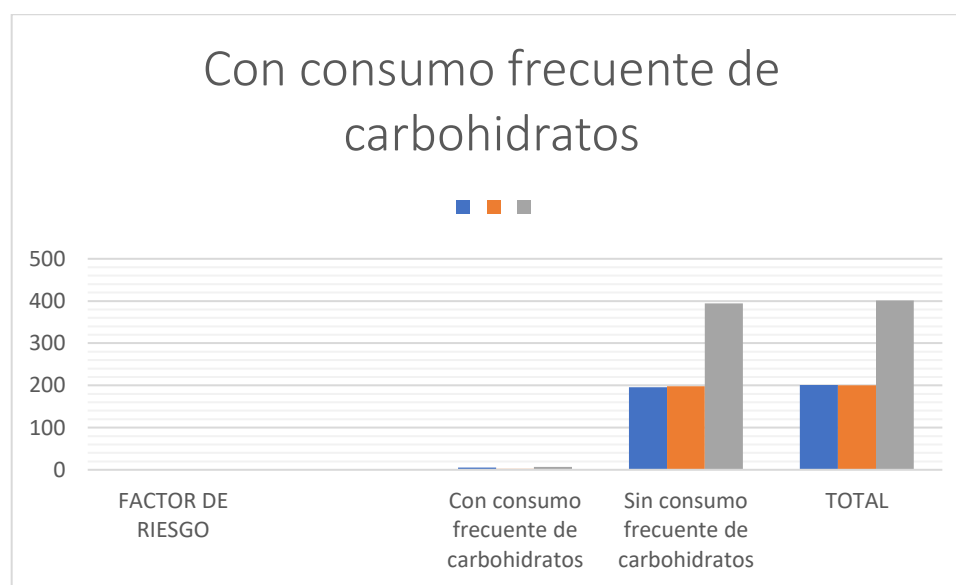
Chi Square			
	χ^2	1 Tailed P	2 Tailed P
Uncorrected (MH)	0.0408		0.8398678108
Corrected (MH)	0.0230		0.8794451797

Como se observa en la *Figura N°4*, un 86.67% de los participantes del estudio que presento higiene oral deficiente mostraron padecer Enfermedad de la Cavidad Oral, mientras que un 13.33% no evidenció enfermedad de la cavidad oral. Un 47.17% de los participantes sin higiene oral deficiente mostraron evidencia de enfermedad de la cavidad oral; hay un 52.83% de los participantes sin higiene oral deficiente ni enfermedad de la cavidad oral. En el análisis con Statcalc-Epiinfo de las variables Higiene Oral deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, los resultados estadísticos de **Chi-cuadrado** con un valor de 17.3196 y una p de 0.00003159; muestran significancia estadística entre estas variables. El Odds Ratio de 7.2800 nos demuestra fuerza de asociación con los límites de confianza al 95 % de 2.4915 y 21.2716; lo que significa que los participantes con Higiene Oral Deficiente tienen 6.2 veces más riesgo de padecer Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, en comparación con las que no tienen esta condición.

Tabla N° 5: Consumo frecuente de carbohidratos y Enfermedad de la Cavity Oral en el Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018.

FACTOR DE RIESGO	Enfermedad de la Cavity Oral en el Adulto Mayor.		TOTAL
	Sí	No.	
Con consumo frecuente de carbohidratos	5	2	7
Sin consumo frecuente de carbohidratos	196	198	394
TOTAL	201	200	401

Gráfico N° 5: Consumo frecuente de carbohidratos y Enfermedad de la Cavity Oral del Adulto Mayor en Pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.



Fuente: Resultados del análisis de los cuestionarios del estudio aplicados, octubre 2018.

Figura N° 5: Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Consumo frecuente de carbohidratos y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.

		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	5	2	7
	Row %	71.43 %	28.57 %	100.00 %
	Col %	2.49 %	1.00 %	1.75 %
	No	196	198	394
	Row %	49.75 %	50.25 %	100.00 %
	Col %	97.51 %	99.00 %	98.25 %
Total	201	200	401	
Row %	50.12 %	49.88 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	2.5255	0.4842	13.1727
MLE Odds Ratio (Mid-P)	2.5200	0.4909	18.9463
Fisher-Exact		0.4067	26.7608

Statistical Tests			
	χ^2	2 Tailed P	
Uncorrected	1.2934	0.25542584	
Mantel-Haenszel	1.2902	0.25601930	
Corrected	0.5715	0.44967282	

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Risk Ratio	1.4359	0.8894	2.3180
Risk Difference	21.6824	-12.1462	55.5110

Summary Results			
Odds Ratio	Estimate	Lower	Upper
Crude (Cross Product)	0.9851	0.8317	1.1669
Crude (MLE)	0.9852	0.8316	1.1670
Fisher-Exact		0.8287	1.1712
Adjusted (MH)	0.9800	0.8048	1.1933
Adjusted (MLE)	0.0000	16.4277	NaN

Risk Ratio			
	Estimate	Lower	Upper
Crude	0.9926	0.9120	1.0802
Adjusted	0.9900	0.8996	1.0896

Chi Square			
	χ^2	1 Tailed P	2 Tailed P
Uncorrected (MH)	0.0408		0.8398678108
Corrected (MH)	0.0230		0.8794451797

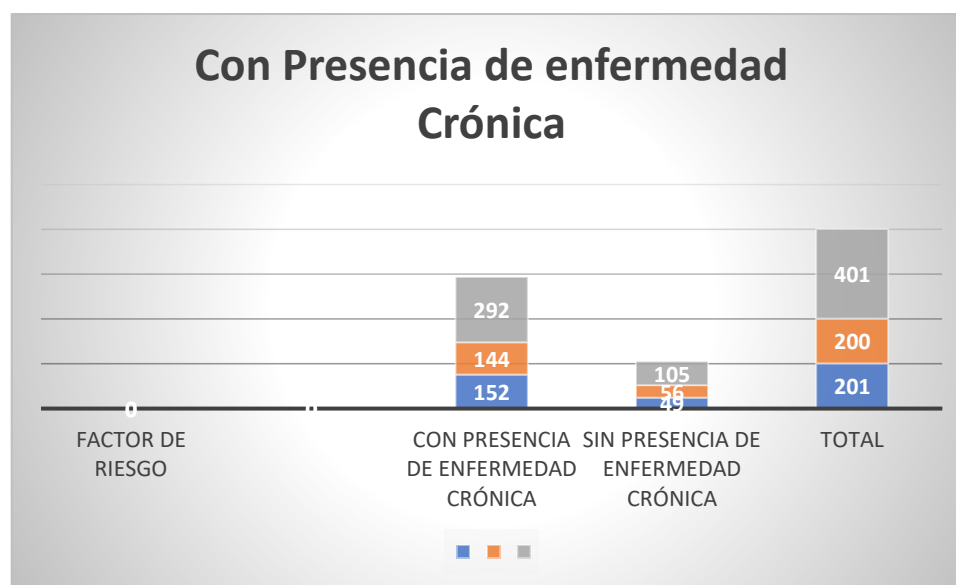
En la *Figura N°5* apreciamos que un 71.43% de los participantes que manifestó un consumo frecuente de carbohidratos presento Enfermedad de la Cavidad Oral, el 28.57% de estos participantes no presentaron Enfermedad de la Cavidad Oral. Un 49.75% de los participantes sin consumo frecuente de carbohidratos mostraron Enfermedad de la cavidad oral, se obtuvo un 50.25% de participantes sin consumo frecuente de carbohidratos no presentaron Enfermedad de la Cavidad Oral.

En el análisis con Statcalc-Epiinfo de las variables Consumo frecuente de Carbohidratos y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, el resultado obtenido para **Chi-cuadrado** demostró que no existe significancia estadística al comparar estas variables. El Chi-cuadrado resulto en 1.2934, con un valor de $p = 0.25542584$, el Odds Ratio de 2.5255 con los intervalos de confianza en 0.4842 y 13.1727; la diferencia de riesgo es resultado del azar.

Tabla N° 6: Presencia de Enfermedad crónica y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, nov 2017 a feb 2018.

FACTOR DE RIESGO	Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.		TOTAL
	Sí	No	
Con presencia de enfermedad crónica	152	144	292
Sin presencia de enfermedad crónica	49	56	105
TOTAL	201	200	401

Gráfico N° 6: Presencia de Enfermedad crónica y Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz.



Fuente: Resultados del análisis de los cuestionarios del estudio aplicados, octubre 2018.

Figura N° 6: Resultados estadísticos de Statcalc-Epiinfo para las variables Presencia de Enfermedad Crónica y Enfermedad de la Cavity Oral en el Adulto Mayor.

		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	152	144	296
	Row %	51.35 %	48.65 %	100.00 %
	Col %	75.62 %	72.00 %	73.82 %
	No	49	56	105
Row %	46.67 %	53.33 %	100.00 %	
Col %	24.38 %	28.00 %	26.18 %	
Total	201	200	401	
Row %	50.12 %	49.88 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	1.2063	0.7723	1.8845
MLE Odds Ratio (Mid-P)	1.2058	0.7711	1.8890
Fisher-Exact		0.7537	1.9335

Statistical Tests			
		χ^2	2 Tailed P
Uncorrected		0.6804	0.40945131
Mantel-Haenszel		0.6787	0.41003590
Corrected		0.5059	0.47691604

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Risk Ratio	1.1004	0.8720	1.3886
Risk Difference	4.6847	-6.4276	15.7969

Summary Results			
Odds Ratio	Estimate	Lower	Upper
Crude (Cross Product)	0.9851	0.8317	1.1669
Crude (MLE)	0.9852	0.8316	1.1670
Fisher-Exact		0.8287	1.1712
Adjusted (MH)	0.9800	0.8048	1.1933
Adjusted (MLE)	0.0000	16.4277	NaN

Risk Ratio			
	Estimate	Lower	Upper
Crude	0.9926	0.9120	1.0802
Adjusted	0.9900	0.8996	1.0896

Chi Square			
	χ^2	1 Tailed P	2 Tailed P
Uncorrected (MH)	0.0408		0.8398678108
Corrected (MH)	0.0230		0.8794451797

En la *Figura N° 6* se puede observar que el 51.35% de los participantes de este estudio, que contaban con Enfermedad Crónica presentaron Enfermedad de la Cavity Oral, mientras que el 48.65% de estos participantes que manifestaban Enfermedad Crónica, no evidenciaban Enfermedad de la Cavity Oral. Un 46.67% de los participantes que manifestaron no padecer de Enfermedad crónica mostraron Enfermedad de la Cavity Oral, pero el 53.33% de estos sujetos de investigación sin Enfermedad Crónica no presentaron Enfermedad de la cavity oral.

El resultado obtenido en el análisis con Statcalc-Epiinfo para **Chi-cuadrado** demostró que no existe significancia estadística al comparar las variables Presencia de Enfermedad Crónica y Enfermedad de la Cavity Oral en el Adulto Mayor. El Chi-cuadrado resulto en 0.6804, con un valor de $p = 0.40945131$, es decir, los resultados obtenidos en relación a esta variable son productos del azar.

14. DISCUSIÓN

Autores como Laplace, reportan que es frecuente en los adultos mayores el padecimiento de xerostomía (disminución del flujo salival), aunque estos problemas no deben considerarse sólo como una dificultad del envejecimiento, debido a que existen otros factores, como el exceso de medicaciones, que pueden provocar una disminución del flujo salival, (Beatriz Laplace Pérez, 2013, oct-dic). En nuestro estudio el resultado para Chi cuadrado fue de 0.0059, que nos sugiere que no existe asociación estadísticamente significativa entre la resequedad bucal y la Enfermedad de la Cavidad Oral.

Se puede inferir que el estado de salud bucal de la población geriátrica es el reflejo de los cuidados odontológicos que durante toda la vida se recibió (Beatriz Del Carmen Chávez-Reátegui, 2014). En este aspecto, nuestro estudio evaluó la variable Cuidados Profesionales Rutinarios y la Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, el Chi-cuadrado resulto en 1.3170, con un valor de $p = 0.25113632$, lo que demuestra en nuestro estudio, que no existe significancia estadística entre estas variables. Es importante señalar, que una de las limitantes para este estudio es que los participantes eran pacientes que acuden a su control como parte de un programa de salud del adulto mayor, los cuales incluyen visitas periódicas al servicio de odontología del centro.

Un estudio sobre salud bucal en adultos mayores de 65 años de edad de la Parroquia Hermano Miguel en la Ciudad de Cuenca, Ecuador 2017, concluyó que no existe relación entre nivel de ingreso económico y la salud bucal, ya que el Odds Ratio es de 1.14 (Rodríguez., Feb. 2018). Al evaluar la variable bajo nivel socioeconómico obtuvimos resultados para Chi-cuadrado de 6.6498 y una p de 0.00991651; lo que muestra una

significancia estadística en esta variable. El Odds Ratio de 0.5906 demuestra la fuerza de asociación con los límites de confianza al 95 % de 0.3953 y 0.8824; lo que significa que tener un nivel socioeconómico bajo disminuye en 0.59 el riesgo a desarrollar Enfermedad de la Cavidad Oral en los participantes de nuestro estudio.

En relación a la variable Higiene Oral Deficiente, el análisis nos refiere un Chi-cuadrado de 17.3196 y una $p= 0.00003159$; que muestran significancia estadística. El Odds Ratio de 7.2800 nos demuestra fuerza de asociación con los límites de confianza al 95 % de 2.4915 y 21.2716; lo que significa que los participantes con Higiene Oral Deficiente tienen 6.2 veces más riesgo de padecer Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor. Estos resultados de la investigación son equiparables con los obtenidos en otros estudios a nivel internacional, los mismos reportan que: se puede afirmar que al aumentar la edad y existir deficiencia en la higiene bucal, se produce una mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual facilita el proceso de desmineralización de la superficie dentaria y eleva el riesgo de aparición de caries y otras enfermedades de la cavidad oral. (Daniel René Castellanos Prada, 2018)

En la presente investigación dio por resultado que no existe significancia estadística entre las variables Consumo frecuente de Carbohidratos y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, al obtener un resultado un Chi-cuadrado de 1.2934, con un valor de $p = 0.25542584$, el Odds Ratio de 2.5255 con los intervalos de confianza en 0.4842 y 13.1727; por lo tanto no hay asociación entre estas variables estudiadas. Esto coincide con estudios como el de Flores Moreno, quien menciona que no existe relación entre la frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos y la prevalencia de caries dental en la población

estudiada. Esto se puede explicar porque existen otros factores involucrados en el desarrollo de la caries. (Flores Moreno & Montenegro Gutiérrez, 2005).

Si bien es cierto el adulto mayor se caracteriza usualmente por el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual trae consigo consecuencias en otros órganos, incluyendo la cavidad bucal. (Marta Rebolledo Cobos, 2018; 10 (1)); En la presente investigación el resultado obtenido para Chi-cuadrado 0.6804, con un valor de $p = 0.40945131$, demostró que no existe significancia estadística entre la Presencia de Enfermedad Crónica y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.

15. CONCLUSIONES

- No existe significancia estadística entre la Resequedad Bucal y la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor. El Chi-cuadrado resulto en 0.0059, con un valor de $p = 0.93872367$, por lo tanto no hay asociación entre estas variables.
- No existe significancia estadística entre los Cuidados Profesionales Rutinarios y la Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor. El Chi-cuadrado resulto en 1.3170, con un valor de $p = 0.25113632$. y por lo tanto no hay asociación entre estas variables.
- Al analizar el Bajo nivel socioeconómico y la Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, el Chi-cuadrado da un valor de 6.6498 y $p = 0.00991651$; lo que muestra una significancia estadística entre estas variables. El Odds Ratio de 0.5906 demuestra la fuerza de asociación con los límites de confianza de 0.3953 y 0.8824; lo que significa que tener un nivel socioeconómico bajo disminuye en 0.59 el riesgo a desarrollar Enfermedad de la Cavidad Oral.
- Los resultados de las variables Higiene Oral deficiente y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor da un valor de Chi-cuadrado de 17.3196 y una p de 0.00003159; que muestra significancia estadística entre estas variables. El Odds Ratio de 7.2800 nos demuestra fuerza de asociación con los límites de confianza de 2.4915 y 21.2716; lo que significa que las personas con Higiene Oral Deficiente tienen 6.2 veces más riesgo de padecer Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor.
- No existe significancia estadística entre el Consumo frecuente de Carbohidratos y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, esto es así por el resultado

obtenido para Chi-cuadrado de 1.2934, con un valor de $p = 0.25542584$, el Odds Ratio de 2.5255 con los intervalos de confianza en 0.4842 y 13.1727; por lo tanto no hay asociación entre estas variables.

- El resultado obtenido para Chi-cuadrado de 0.6804, con un valor de $p = 0.40945131$, demostró que no existe significancia estadística entre las variables Presencia de Enfermedad Crónica y Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor. El Odds Ratio resultó en 1.2063, con los intervalos de confianza en 0.7723 y 1.3886; por lo tanto no hay asociación entre estas variables.

16. RECOMENDACIONES

- Muchos de los pacientes que acuden a las instalaciones del Ministerio de Salud son de bajo nivel socioeconómico, en nuestro estudio esto constituye un factor protector a padecer de Enfermedades de la Cavidad oral en el paciente adulto mayor. El Policentro de Salud de Juan Díaz, donde se desarrolló este estudio, es una de las instalaciones donde mejor se lleva el recién aprobado Programa de Atención del Adulto Mayor, el cual incluye la atención odontológica; por tal razón resaltamos la importancia de dicho programa y recomendamos a las autoridades de salud el fortalecimiento de este programa a nivel nacional.
- Este estudio demostró que las personas con Higiene Oral Deficiente tienen 7.2 veces más riesgo de padecer Enfermedad de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor, consideramos que sería de importancia la implementación de medidas de promoción de higiene y cuidados de la cavidad oral en pacientes adultos mayores, que contribuyan en la prevención de lesiones y enfermedades bucales.
- En la República de Panamá son pocos los estudios nacionales en el campo de la Salud Bucal, el último realizado fue el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal (DISABU-2008), este solo abarcó población hasta los 75 años, es decir quedó parte de la población de adultos mayores sin estudiar, recomendamos la realización de estudios como estos a nivel nacional con el fin de obtener conocimientos sobre las necesidades de esta población en materia de salud bucal.

17. Referencia Bibliográfica

- Agudelo A, M. E. (2008). La participación social como referente estratégico para el fortalecimiento de la salud bucal en las políticas nacionales de salud pública. *CES Odontológica*, 77 - 84.
- Agudelo Suárez AA, M. H. (2009). La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: Un análisis. *Rev. Gerenc Polit Salud.*, 91 -105.
- Aracelly de López, L. L. (2010). Diagnóstico de Salud Bucodentak en Panamá, 2008. *Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios Superiores, Publicaciones*, 1 - 187.
- Bascones, A. (1999). *Tratado de Odontología - Epidemiología de la enfermedad de la cavidad oral en el anciano*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Beatriz Del Carmen Chávez-Reátegui, J. E.-C. (julio-septiembre, de 2014). Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana*, vol. 24, núm. 3, 199 - 207.
- Beatriz Laplace Pérez, S. M. (Oct-Dic de 2013, oct-dic). Enfermedades bucales en el Adulto Mayor. *SCIELO*, 477-488.
- Bolaños, O. M. (2011). Condición y educación Bucodental y otros determinantes de la salud. *Publicación científica Facultad de Odontología Universidad de Costa Rica*, 30-35.
- Daniel René Castellanos Prada, L. D. (2018). Manifestaciones bucales de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Adulto Mayor. *Revista Cubana de Endocrinología.*, 1 - 11.
- Dr. Kadir Argelio Santana Fernández, I. M. (2014). Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en. *MEDISAN*, 18(7):938.
- Duque-Duque, V. E.-C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a ala IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Revista CES Odontología*, 10 - 23.
- Flores Moreno, M., & Montenegro Gutiérrez, B. S. (2005). Relación entre la frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos y la prevalencia de caries dental . *Revista Estomatológica Herediana*, vol. 15, núm. 1, Perú, 36 - 39.
- Franco, J. F. (2014). *Atención Primaria. Problemas de Salud en la Consulta de Medicina de Familia, Cap. Patología de la Cavidad Oral*. España, S.L.: Elsevier.
- Gluck, G. (1993). Geriatric Dental Health. *Community Dental Healt*, 105 - 120.

- Gómez, E. M. (2010). Salud Bucodental y Calidad de vida en los Mayores. *Universidad Complutense de Madrid, Tesis Doctoral*, 163,164.
- Gouarnalusses, M. B. (1999). La Salud Bucodental en la Tercera Edad. *MEDEISAN*, 53-56.
- INEC. (2016). Población Estimada 2016. *Boletines Estadísticos*, Todo.
- J. Falgás Franco, E. C. (2014). *Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina familiar, Sèptima Edición*. España: Elsevier España, S.L.
- Marta Rebolledo Cobos, A. D. (2018; 10 (1)). Lesiones bucales en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de una institución geriátrica de Barranquilla. *Ciencia y Salud Virtual*, 4-14.
- MSc. Lic. Clara Roig Hechavarría, M. D. (2015). La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 346-352.
- Muñoz, E. E., Restrepo, C. A., & Chacón, J. A. (2011). Caracterización en Salud Oral Y Hábitos de Higiene Oral en Pacientes con Enfermedad Rena Crónica. *Acta Médica Colombiana, Vol. 36, N° 4*, 173 - 179.
- Pautasso, R. D. (2014). LA CARIES DENTAL Y FACTORES RELACIONADOS EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS DE LA CIUDAD DE LA RIOJA, ARGENTINA. *Fundación Acta Odontológica Venezolana - RIF, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, VOLUMEN 52 N° 2* .
- Pérez, B. d. (2013). Enfermedades Bucales en el Adulto Mayor. *Publicaciones CPICM, Cuba*, 13 - 21.
- Rodríguez., M. S. (Feb. 2018). RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO Y LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL CUENCA, Ecuador, 2017. *Repositorio Dspace de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador*.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8
Selección de Tema								
Elaboración de Protocolo								
Presentación Protocolo								
Autorización								
Comité de Bioética								
Comité de Bioética								
Aplicación de Cuestionarios								
Tabulación de Datos								
Análisis de Datos								
Presentación de Resultados								

PRESUPUESTO

➤ Pagos de Salarios o Servicios Profesionales	B/. 3,000. ⁰⁰
➤ Alimentación	B/. 450. ⁰⁰
➤ Combustible y Transporte	B/. 350. ⁰⁰
➤ Impresos y Papelería	B/. 1,000. ⁰⁰
➤ Uso de Software o apoyo tecnológico	B/. 500. ⁰⁰
➤ Imprevistos	B/. 530. ⁰⁰
Total	B/. 5,830⁰⁰

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



El siguiente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado: *“Factores de Riesgos asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en Pacientes Atendidos en el Policentro de Juan Díaz, septiembre de 2017”*, para optar por el título de Maestría en Salud Pública en la Universidad de Panamá.

La condición bucodental posee un fuerte valor en el rol de la salud general y desenvolvimiento social de la persona adulta mayor. Por lo que estamos invitando a todos los pacientes adultos, que acuden a este centro de atención, a participar en una investigación que tiene por objetivo “Determinar los factores de riesgo asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor”.

Para realizar este estudio contamos con el Visto Bueno del Director de la Región Metropolitana de Salud y la autorización de la Directora del Policentro de Salud de Juan Díaz, donde se aplicará un cuestionario a los pacientes que acudan a esta institución en busca de atención.

Solicitamos su consentimiento para participar en el desarrollo de esta investigación y para que nos conteste una serie de preguntas relacionadas con los factores en estudio de forma objetiva y veraz. La información obtenida es de carácter confidencial y reservada, los resultados serán manejados solo para la investigación. El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que esté disponible al público.

Aunque requerimos la identificación del paciente para poder enumerar los casos, éstos se conservarán en estrictas condiciones de confidencialidad y en los informes de la investigación se omitirán todos los datos que puedan identificar a los participantes.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo, e incluso consultar otras personas sobre su decisión a participar. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aun cuando ya haya aceptado antes.

Esta investigación no representa ningún beneficio directo ni riesgo para el paciente, sin embargo, los resultados serán de gran valor para identificar factores de riesgo que se asocian con la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor. Como se trata de un estudio que no es financiado por ningún patrocinador, forma parte de mi formación profesional en Salud Pública, el mismo no contempla compensación alguna. Cualquier hallazgo que requiera atención, será remitido de forma inmediata al servicio correspondiente en esta instalación.

Factores de Riesgos asociados a la enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz,

Sep. 2017

{ 31 }



APROBADO

FECHA

24-8-17

Al contestar las preguntas de este cuestionario acepta su participación en este estudio de forma voluntaria y ha tenido la oportunidad de aclarar sus dudas en relación al desarrollo de esta investigación. Sin embargo, de tener cualquier pregunta adicional, puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio, por lo tanto puede contactar mi persona *Dr. Rey Fuentes R.* al celular (507) 6105-3120 o al Correo Electrónico reyf6@hotmail.com.

Firma de quien obtuvo el consentimiento: _____ Fecha: _____

Firma y cédula de paciente que brinda la información (sólo para confirmar la veracidad de los datos): _____

 APROBADO
FECHA 24-8-17

CUESTIONARIO DEL ESTUDIO

“Factores de Riesgos asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en Pacientes Atendidos en el Policentro de Juan Díaz, septiembre de 2017”

Número de Cuestionario _____

Nombre del Investigador _____

Fecha de Aplicación de la Encuesta _____

Sección A: Datos Generales

1) Fecha de Nacimiento: _____

2) Edad (años): _____

3) Sexo: Femenino Masculino

4) Lugar de Residencia: _____

5) Teléfono: _____

6) Nivel Educativo:

- Ninguno Secundaria
 Primaria Universitarios

7) Nivel Económico:

- <250 1000-1250
 250-500 1250-1500
 500-750 >1500
 750-1000

8) Estado Civil:

- Soltero/a Viudo/a
 Casado/a Unido/a
 Divorciado/a Separado/a

9) Padece usted de alguna Enfermedades Crónica:

- Hipertensión Enfermedades del Corazón
 Diabetes Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas
 Asma Insuficiencia Renal
 Cáncer Obesidad
 Otras: _____



APROBADO

FECHA

24-8-17

Factores de Riesgos asociados a la enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz,

Sep. 2017
 { 33 }

10) Asiste usted al odontólogo:

- Nunca Dos veces al año
 Una vez al año Más de dos veces al año

11) Se cepilla usted los dientes:

- Nunca Dos veces al año
 Una vez al día Tres o más veces al día

12) Consume usted alimentos azucarados (dulces, golosinas, sodas o bebidas azucaradas u otras)?

- Nunca Tres veces al día
 Una vez al día Cuatro o más veces al día
 Dos veces al día

Resequedad Bucal**13) Tiene usted sensación de sequedad en la boca:**

- Sí No

14) Presenta usted dificultad para tragar o hablar:

- Sí No



Sección B: Inspección de la Cavidad Oral

1) Presencia de Enfermedad de la Cavidad Oral

¿A la inspección de la Cavidad Oral del Paciente se observa evidencia de alguna (s) de las siguientes enfermedades?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caries Dental | <input type="checkbox"/> Eritroplasia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Periodontal | <input type="checkbox"/> Leucoplasia |
| <input type="checkbox"/> Lesiones de Tejidos Blandos | <input type="checkbox"/> Cáncer Bucal |
| <input type="checkbox"/> Lesiones de Glándulas Salivales (o conductos) | <input type="checkbox"/> Candidiasis |
| <input type="checkbox"/> Xerostomía (evidencia de sequedad bucal) | <input type="checkbox"/> Maloclusión Dental |
| <input type="checkbox"/> Lesiones de Articulación Témporomandibular | |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | |

2) Índice de análisis de higiene bucal (IAHB) de Love

Nº de Superficies Manchadas _____

Nº de Dientes Examinados _____ (x 4) = Nº de Superficies Examinadas _____

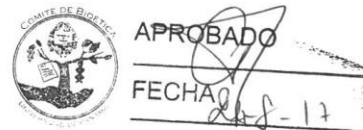
Método de aplicación del índice de Love:

1. Para detectar la placa se utilizan tabletas de Plac-Dent, se le indica al paciente triturarla con las superficies oclusales y con la lengua expandir por todas las superficies dentales y después se indica enjuagar.
2. Con ayuda del espejo se comprueban las caras de los dientes que han sido coloreadas por la sustancia reveladora y se registra con un punto de color rojo en el diagrama del formulario.
3. Los dientes ausentes se indican en el diagrama con una línea horizontal azul.
4. Los dientes que no han sido manchados se señalan con un punto azul.
5. Los terceros molares no se incluyen en el análisis por no ser dientes pilares de prótesis.

$$\text{Ej: IHB} = \frac{\text{No. de superficies manchadas}}{\text{Total de superficies examinadas}} \times 100$$

Se suman todas las superficies teñidas y se dividen entre el total de superficies examinadas, se multiplica por 100 la cifra obtenida y este resultado es el índice de análisis de higiene bucal de Love. Este índice fue evaluado de la forma siguiente:

- De 0 a 14 %: excelente.
- Del 14 al 20 %: bien.
- Del 20 al 30 %: regular.
- Más del 30 %: mal.



Factores de Riesgos asociados a la enfermedad de la cavidad oral del adulto mayor en pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz,

Sep. 2017
{ 35 }



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela de Salud Pública

Panamá, 29 de noviembre 2016
Nota-ESP-2016-210

A QUIEN CONCIERNA:

El suscrito Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

CERTIFICA:

Que el estudiante **Rey Fuentes** con cédula de identidad personal **N° 2-710-2436** presentó satisfactoriamente su protocolo de tesis "Factores de riesgos asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en Pacientes atendidos en el Policentro de Juan Díaz, noviembre de 20106"; ante la Comisión Académica de la Maestría en Salud Pública.

Que el protocolo de tesis del estudiante Fuentes fue debidamente revisado y aprobado.

Dado en la ciudad Universitaria "Octavio Méndez Pereira" a los veintinueve días del mes de noviembre del año 2016.

Atentamente,


Dr. Carlos Brandariz
Director
Escuela de Salud Pública



Correo - reyf6@hotmail.com

Página 1 de 2

Re: Solicitud_Aval_Protocolo

Regulainvsa Minsa <regula.investigacion@gmail.com>

vie 21/7/17 4:00 p.m.

Para: Rey Fuentes R. <reyf6@hotmail.com>

Buenas tardes Doctor Fuentes,

Hemos recibido su solicitud. Agradecemos la información, la cual se incluye en el registro de protocolos de investigación para la salud.

La circular 003 de septiembre de 2015 emitida por DIGESA y su réplica por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) de marzo 2016, indican que los estudios clínicos deberán ser avalados por la autoridad sanitaria previamente a ser sometidos a un Comité Bioética Institucional (CBI) acreditado. Hasta el momento, se ha implementado el aval mediante el registro de toda investigación para salud y la evaluación de algunos estudios clínicos, los que de acuerdo a los criterios señalados en ambas circulares, y modificados según acuerdos plasmados en el flujograma de protocolos de investigación (ensayos clínicos y polémicos), deben ser evaluados en la DIGESA. Puede descargar los documentos mencionados y otros relacionados a través del enlace: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/regulacion-de-investigacion-para-la-salud>

De acuerdo al protocolo adjunto y a los criterios contenidos en los lineamientos mencionados en el primer párrafo, el estudio por el que nos consulta, **no requiere evaluación para el trámite de autorización sanitaria para otorgar el aval.**

Le agradecemos continúe informándonos de los avances de esta investigación, tanto en lo relacionado a la obtención de la aprobación bioética, la fecha real de inicio, una vez confirmada, y en especial, notificándonos oportunamente, previo a su difusión por cualquier medio, sobre aquello que pueda apoyar la toma de decisiones en favor de la salud de la población a medida que vayan obteniendo resultados parciales, así como los finales, que puedan ser de impacto en este sentido.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 83 de 2012, que "*los trámites en línea tendrán la misma validez que los realizados de forma presencial*" y con miras a la mayor agilización de este paso regulatorio adicional, fue acordado entre MINSAL y CNBI que **puede imprimir este e-mail como constancia de nuestro aval para el CBI acreditado al que someterá esta investigación.**

Cordialmente,

Coordinación en Regulación de Investigación para Salud
 Dirección General de Salud Pública
 Ministerio de Salud
 República de Panamá
 Tel.: 512 9479

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/inbox>

21/07/17

Panamá, 14 de julio de 2017

Doctor
Aurelio Rangel Flores
 Director
 Región Metropolitana de Salud
 En su despacho



Respetado Doctor Rangel:


Sirva la presente para saludarle y a la vez solicitarle su autorización para la realización de la investigación que tiene por objetivo: **"Determinar los factores de riesgo asociados a la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor"**, se trata de un estudio en donde los casos y controles serán personas que asisten al Policentro de Salud de Juan Díaz en busca de atención de salud bucal.

Dicho estudio será realizado por mi persona, Rey Fuentes Rodríguez, con Cédula de identidad N° 2-710-2436 y tiene por título: **"Determinantes de la Enfermedad de la Cavidad Oral del Adulto Mayor en Pacientes Atendidos en el Policentro de Juan Díaz, septiembre de 2017"**, como parte de mi formación en la Maestría de Salud Pública, dictada en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Panamá.

Toda la información será manejada de manera confidencial, no se harán pruebas que pongan en peligro la salud de los participantes y los resultados serán enviados a usted para su información

Agradecido por todo el apoyo brindado, se despide de usted;

Atentamente,


 Doctor
Rey Fuentes Rodríguez
 Estudiante Maestría en Salud Pública
 Facultad de Medicina
 Universidad de Panamá

DIRECCIÓN DE LA REGIÓN
 METROPOLITANA DE SALUD
RECIBIDO
 Recibido por: 
 Fecha: 10/3/17
 Hora: 10:35

CC. Dra. Edilma Almanza; Directora Médica del Policentro de Salud de Juan Díaz.