

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA**



## **TESIS**

**RELACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y XEROSTOMÍA EN ADULTOS MAYORES  
DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASÍS DEL CUSCO - 2024**

**PRESENTADO POR:**

Br. TOMAS TEOFILLO FLORES DUEÑAS

**PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL  
DE CIRUJANO DENTISTA**

**ASESOR:**

DRA. CD. LIDA VELAZQUE ROJAS

**CUSCO-PERU**

**2024**

**INFORME DE ORIGINALIDAD**  
(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Dra. CD. Lida Velazque Rojas, asesor(a)** del trabajo de investigación/tesis titulada: **“Relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024”**. Presentado por: **Tomas Teofilo Flores Dueñas** con DNI Nro.: **06445710**, para optar el título profesional/grado académico de **Cirujano Dentista**. Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por **01 vez** mediante el **Software antiplagio**, conforme al Art. 6° del Reglamento para Uso de Sistema antiplagio de la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene **un porcentaje de 4%**.

| Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Porcentaje                                                                                                                                 | Evaluación y Acciones                                                                                                                                                                                                                                               | Marque con una (X) |
| Del 1 al 10%                                                                                                                               | No se considera plagio.                                                                                                                                                                                                                                             | X                  |
| Del 11 al 30 %                                                                                                                             | Devolver al usuario para las correcciones.                                                                                                                                                                                                                          |                    |
| Mayor a 31%                                                                                                                                | El responsable de la revisión del documento emite un informe inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad Académica para que tome las acciones correspondientes. perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan acuerdo a Ley. |                    |

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 10 de diciembre de 2024

*Firma*



*Post. Firma*

DRA. CD. LIDA VELAZQUE ROJAS

*Nro. de DNI*

43222194

*ORCID del Asesor*

0000-0003-1219-7456

**Se adjunta:**

- 1) Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- 2) Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **trn:oid:::27259:413459388**

# Tomas Teofilo Flores Dueñas

## 18 TESIS 100% XEROSTOMIA 05 Diciembre 2024.docx

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

---

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:413459388

Fecha de entrega

6 dic 2024, 5:05 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

6 dic 2024, 8:24 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

18 TESIS 100% XEROSTOMIA 05 Diciembre 2024.docx

Tamaño de archivo

46.8 MB

106 Páginas

22,019 Palabras

120,751 Caracteres

# 4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

## Fuentes principales

- 3%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Reina de los cielos,  
en Tus manos pongo mi causa.

Confía en María Auxiliadora y veras lo que  
son los milagros.

Don Bosco

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre y mis hermanos por su amor incondicional y constante apoyo en cada etapa de mi vida.

A mis profesores y mentores, quienes con su guía y conocimiento sembraron en mí la pasión por el aprendizaje y la investigación.

A mis amigos, por su compañía y aliento en los momentos de mayor desafío.

Y, finalmente, a todos aquellos que, directa o indirectamente, contribuyeron con su confianza y palabras de ánimo para que este logro fuera posible.

Con profunda gratitud, este esfuerzo es también para ustedes.

Gracias totales.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero y profundo agradecimiento a la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, quienes, desde 1981, han regentado con admirable dedicación y amor cristiano el Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco, brindando cuidado, asistencia espiritual y corporal a adultos mayores, con el valioso respaldo de la Sociedad de Beneficencia del Cusco.

Su incansable labor, inspirada en la virtud de la caridad cristiana, no solo proporciona un refugio seguro y digno a quienes más lo necesitan, sino que también refleja un compromiso genuino con la dignidad humana y el bienestar integral de cada residente, reafirmando su misión de ofrecer consuelo y esperanza a los más vulnerables.

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento especial a la Dirección de la Sociedad de Beneficencia del Cusco y a la Dirección del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco por su apertura y disposición al permitirnos llevar a cabo este trabajo de investigación en sus instalaciones. Gracias a su apoyo y confianza, fue posible desarrollar este estudio en un entorno de calidez, respeto y colaboración mutua.

Que su noble labor continúe siendo un faro de esperanza y un ejemplo de servicio desinteresado para las futuras generaciones. ¡Gracias infinitas por abrirnos las puertas y el corazón de esta institución!

“Es enfrentando las dificultades que te fortaleces.  
Es superando tus límites que logras verdaderamente crecer.  
Enfrenta el peligro y descubrirás la esencia de tu valentía.  
Arriésgate y veras como el crecimiento nace del desafío”

Robert Shinyashik



## RESUMEN

El incremento de la población adulta mayor a nivel mundial evidencia una mayor frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como el uso de múltiples medicamentos para su tratamiento (polifarmacia). Esta situación provoca alteraciones en la producción salival, generando sequedad oral (xerostomía secundaria farmacológica) en este grupo etario. **Objetivo** fue determinar la relación entre polifarmacia y xerostomía en el Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco. **Metodología** correlacional, con enfoque cuantitativo, no experimental, transversal prospectivo. **Resultados**, la población estudiada incluye 52 individuos masculinos (61.90%) y 32 individuos femeninos (38.10%), con una edad promedio de 77.28 años. La polifarmacia mayor afecta al 66.67% de los adultos mayores, siendo más prevalente en población femenina (75%) que en población masculina (61.54%). La xerostomía severa afecta al 40.48% de los adultos mayores, predominando en la población femenina (50%) frente a la masculina (34.62%), en tanto que, la xerostomía moderada afecta al 33.33% y la leve al 13.10% de la población total. Entre quienes presentan polifarmacia mayor, la xerostomía severa es más común (39.3%), mientras en aquellos con polifarmacia menor presentan mayor incidencia de xerostomía leve (6.0%) o moderada (16.7%). La prueba de correlación de Spearman entre la variable polifarmacia y la xerostomía, confirma que ambas presentan una asociación significativa en sus puntajes, el valor del coeficiente  $Rho=,529$  indica que la relación es positiva moderada, considerando el valor de significancia=0,00 el cual es menor a 0,05. Entre los medicamentos más usados destacan los antihipertensivos (19.70%) y antiinflamatorios (16.06%). Las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes incluyen hipertensión arterial (17.55%), osteoartritis (16.23%), artritis reumatoide (13.91%), DM2 (7.95%) y depresión (7.62%). La clasificación de salud de los participantes del estudio muestra que la mayoría está catalogada como adulto mayor enfermo 48.81% y como adulto mayor frágil 45.24%. En **conclusión**, existe mayor frecuencia de xerostomía entre adultos mayores que padecen polifarmacia, estos resultados acentúan la necesidad de estrategias para manejar la polifarmacia y prevenir la xerostomía, como la revisión regular de medicamentos y el uso de terapias estimulantes de la salivación, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores.

**Palabras clave:** Polifarmacia, xerostomía, adultos mayores, enfermedades crónicas no transmisibles.

## ABSTRACT

The increase in the elderly population worldwide has led to a greater growth in the frequency of chronic non-communicable diseases, as well as the use of multiple medications for their treatment (polypharmacy). This situation causes alterations in salivary production, generating oral dryness (pharmacological secondary xerostomia) in this age group. The **objective** was to determine the relationship between polypharmacy and xerostomia at the San Francisco de Asis Geriatric Center in Cusco. The **research methodology** was a correlational with a quantitative non-experimental approach, across sectional study. **Research results**, the population studied includes 52 male individuals (61.90%) and 32 female individuals (38.10%), with an average age of 77.28 years. Major polypharmacy affects 66.67% of older adults, being more prevalent in the female population (75%) than in the male population (61.54%). Severe xerostomia affects 40.48% of older adults, predominating in the female population (50%) compared to the male population (34.62%), while moderate xerostomia affects 33.33% and mild xerostomia 13.10% of the total population. Among those with major polypharmacy, severe xerostomia is more common (39.3%), while those with minor polypharmacy have a higher incidence of mild (6.0%) or moderate (16.7%) xerostomia. The Spearman 1 correlation test between the polypharmacy variable and xerostomia confirms that both present a significant association in their scores, the value of the Rho coefficient = .529 indicates that the relationship is moderately positive, considering the significance value = 0.00 which is less than 0.05. Among the most used medications are antihypertensive (19.70%) and anti-inflammatories (16.06%). The most common chronic non-communicable diseases include high blood pressure (17.55%), osteoarthritis (16.23%), rheumatoid arthritis (13.91%), DM2 (7.95%) and depression (7.62%). The health classification of the study participants shows that the majority are classified as sick older adults (48.81%) and frail older adults (45.24%). In **conclusion**, there is a higher frequency of xerostomia among older adults who suffer from polypharmacy. These results emphasize the need for strategies to manage polypharmacy and prevent xerostomia, such as regular medication review and the use of saliva-stimulating therapies, thus improving the quality of life of older adults.

**Keywords:** Polypharmacy, xerostomia, elders, chronic non-communicable diseases.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la expectativa de vida y el consecuente incremento de la población adulta mayor en países de medianos y altos ingresos en las próximas décadas, según la organización mundial de la salud (OMS), sobrecargará los sistemas de salud públicos, principalmente en los centros urbanos. Por ello, la prevención y tratamiento de enfermedades sistémicas crónicas, así como de la salud oral, son cruciales para este grupo humano. En este contexto la polifarmacia y su relación con la xerostomía es uno de los aspectos a ser abordados para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Polifarmacia, describe el uso concurrente de múltiples medicamentos por un individuo, generalmente dos o más, para tratar una o más condiciones de salud, esta práctica farmacológica es común en adultos mayores con enfermedades crónicas, quienes suelen utilizar diversos medicamentos para manejar sus condiciones médicas.

Xerostomía, es la sensación persistente de sequedad en la boca debido a una disminución del flujo salivar, puede ser un efecto secundario del uso de ciertos medicamentos, siendo especialmente relevante en el contexto de la polifarmacia, ya que algunos fármacos utilizados para tratar enfermedades crónicas contribuyen al surgimiento o intensificación de la sintomatología característica de la xerostomía.

La investigación se centra en la relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores, con enfermedades crónica. Así como, la combinación de múltiples medicamentos (polifarmacia), para tratar estas afecciones, aumentan el riesgo de experimentar o incrementar este efecto secundario (xerostomia), afectando la calidad de vida y la salud oral de este grupo demográfico.

El presente trabajo de investigación intitulado: *"Relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco - 2024"*, consta de las siguientes partes:

Capítulo I: El problema de investigación, contiene la descripción del problema, formulación del problema y objetivos de investigación, justificación del problema, formulación de hipótesis, viabilidad y aspectos éticos.

Capítulo II: Marco teórico, donde presentamos los antecedentes del estudio, bases teóricas, científicas y definición de términos empleados.

Capítulo III: Metodología, que contiene tipo y diseño de investigación, criterios de selección, población y muestra, variables y operacionalización de las mismas, técnicas e instrumentos de colecta de datos, procedimientos y plan de análisis estadístico.

Capítulo IV Resultados, expresa la respuesta al problema de investigación planteado, así como a los objetivos e hipótesis.

Capítulo V: Discusión y comentarios, analiza el significado de los resultados en relación con estudios previos sobre el tema, contrastándolos con las bases teóricas, destacando los hallazgos como aportes relevantes.

Capítulo VI: Conclusiones, donde se sintetizarán los principales hallazgos, y se responde a las preguntas de investigación.

Capítulo VII: Recomendaciones, donde se destacan las implicancias prácticas de la investigación y recomendaciones derivadas del mismo en ámbitos públicos y privados.

Finalmente acompañamos el trabajo de investigación con las referencias bibliográficas consultadas y anexos.

Cusco, febrero de 2025

## CONTENIDO

|                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>     | <b>5</b>  |
| <b>1.1 CARACTERIZACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b> | <b>5</b>  |
| <b>1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>     | <b>8</b>  |
| 1.2.1 Problema general .....                                   | 8         |
| 1.2.2 Problemas específicos .....                              | 8         |
| <b>1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>                 | <b>8</b>  |
| 1.3.1 Objetivo General .....                                   | 8         |
| 1.3.2 Objetivos Específicos .....                              | 8         |
| <b>1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>             | <b>9</b>  |
| 1.4.2 Relevancia Social .....                                  | 9         |
| 1.4.3 Valor teórico .....                                      | 9         |
| 1.4.4 Valor metodológico .....                                 | 10        |
| 1.4.5 Implicancias prácticas .....                             | 10        |
| <b>1.5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....</b>                   | <b>11</b> |
| 1.5.1 Hipótesis General .....                                  | 11        |
| 1.5.2 Hipótesis Específicas .....                              | 11        |
| <b>1.6 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>                | <b>11</b> |
| <b>1.7 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>                               | <b>11</b> |
| <b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>                        | <b>13</b> |
| <b>2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>              | <b>13</b> |
| 2.1.1 Internacionales .....                                    | 13        |
| 2.1.2 Nacionales .....                                         | 18        |
| 2.1.3 Locales .....                                            | 19        |
| <b>2.2 BASES TEORICAS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>            | <b>20</b> |
| 2.2.1 Polifarmacia .....                                       | 20        |
| 2.2.2 Xerostomía .....                                         | 21        |
| 2.2.3 Glándulas Salivales .....                                | 23        |
| 2.2.4 Saliva .....                                             | 27        |
| 2.2.5 Sialometría .....                                        | 28        |
| 2.2.6 Relación de los fármacos con la xerostomía .....         | 29        |
| 2.2.7 Adulto mayor .....                                       | 31        |
| 2.2.8 Enfermedades geriátricas crónicas no transmisibles ..... | 34        |

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.3 DEFINICION DE TERMINOS.....</b>                       | <b>36</b> |
| <b>CAPITULO III: METODOLOGIA.....</b>                        | <b>37</b> |
| <b>3.1 TIPO y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>              | <b>37</b> |
| <b>3.2 POBLACION y MUESTRA .....</b>                         | <b>37</b> |
| <b>3.2.1 Población .....</b>                                 | <b>37</b> |
| <b>3.2.2 Muestra .....</b>                                   | <b>37</b> |
| <b>3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN .....</b>                      | <b>38</b> |
| <b>3.3.1 Criterio de inclusión .....</b>                     | <b>38</b> |
| <b>3.3.2 Criterio de Exclusión .....</b>                     | <b>38</b> |
| <b>3.4 VARIABLES.....</b>                                    | <b>38</b> |
| <b>3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....</b>         | <b>39</b> |
| <b>3.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE COLECTA DE DATOS .....</b> | <b>41</b> |
| <b>3.6.1 Técnica.....</b>                                    | <b>41</b> |
| <b>3.6.2 Instrumento .....</b>                               | <b>41</b> |
| <b>3.7 PROCEDIMIENTO .....</b>                               | <b>42</b> |
| <b>3.7.1 Procedimientos administrativos .....</b>            | <b>42</b> |
| <b>3.7.2 Procedimientos operacionales .....</b>              | <b>42</b> |
| <b>3.8 ANALISIS DE DATOS .....</b>                           | <b>44</b> |
| <b>CAPITULO IV: RESULTADOS.....</b>                          | <b>45</b> |
| <b>4.1 Resultados para los objetivos específicos .....</b>   | <b>45</b> |
| <b>4.2 Resultados para el objetivo general .....</b>         | <b>52</b> |
| <b>CAPITULO V: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....</b>             | <b>52</b> |
| <b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....</b>                        | <b>57</b> |
| <b>CAPITULO VII: RECOMENDACIONES .....</b>                   | <b>58</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>                                    | <b>59</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                          | <b>64</b> |

## INDICE DE TABLAS

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1: Nivel de polifarmacia de los adultos mayores segun edad y sexo .....                                               | 45 |
| Tabla 2: Nivel de xerostomia de los adultos mayores según edad y sexo .....                                                 | 47 |
| Tabla 3: Frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles .....                                                         | 49 |
| Tabla 4: Relación entre enfermedades crónicas no transmisibles y polifarmacia en<br>adultos mayores según edad y sexo ..... | 51 |
| Tabla 5: Relación de polifarmacia y xerostomía en adultos mayores .....                                                     | 52 |

## ABREVIATURAS

|          |                                                          |
|----------|----------------------------------------------------------|
| CG SFA:  | Centro Gerontológico San Francisco Asís                  |
| ONU:     | Organización de las Naciones Unidas                      |
| BM:      | Banco Mundial                                            |
| OMS:     | Organización mundial de la salud                         |
| OPS:     | Organización panamericana de la salud                    |
| INEI:    | Instituto Nacional de Estadística e Informática          |
| JADA     | The Journal of the american dental association           |
| APS:     | Atención Primaria de Salud                               |
| MINSA:   | Ministerio de salud                                      |
| ESSALUD: | Seguro social de salud                                   |
| SEFC:    | Clasificación del estado de salud de los adultos mayores |
| S        | Adulto mayor saludable                                   |
| E        | Adulto mayor enfermo                                     |
| F        | Adulto mayor frágil                                      |
| C        | Paciente geriátrico complejo                             |
| ECNT:    | Enfermedades crónicas no transmisibles                   |
| FSNE:    | Flujo salival no estimulado                              |
| FSE:     | Flujo salival estimulado                                 |
| MAYOR:   | Polifarmacia mayor                                       |
| MENOR:   | Polifarmacia menor                                       |
| NO:      | No presenta polifarmacia                                 |
| S:       | Xerostomia severa                                        |
| M:       | Xerostomia moderada                                      |
| L:       | Xerostomia leve                                          |
| NOR:     | Flujo salival normal                                     |



## CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 CARACTERIZACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El aumento global de la población adulta mayor ha generado una mayor demanda de atención médica y odontológica en los últimos años. Sin embargo, los programas de Salud Pública, se enfocan principalmente en la atención de mujeres gestantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes, negligenciando a este grupo demográfico. <sup>(1) (2) (3)</sup>

Según informe del Banco Mundial (2022), la población global mayor de 65 años se duplicó entre 1960 y 2021, pasando del 4.97% al 9.54%. En Perú, la población adulta mayor creció del 5.7% (1950) al 13.6% (2023), constituyendo aproximadamente 4.6 millones de personas (INEI-2023). Sin embargo, la cobertura del Sistema de Salud Pública para este grupo etario, tanto médica como odontológica, sigue siendo limitada, alcanzando solo al 35% de esta población y centrándose principalmente en el control de enfermedades crónicas y terapias paliativas, sin mejoras significativas en la atención integral. <sup>(2) (4) (5)</sup>

Para el año 2050, se espera que la población mundial, de adultos mayores, pase del 11% actual al 22% (OMS-2020), en el Perú, se estima que las personas de 60 años o más representarán el 25% de la población total (INEI-2020). Esta población según proyecciones de la ONU representará del 36% al 40% de la población total del país para el 2100. A pesar de este crecimiento, solo el 45% de los adultos mayores peruanos tendrá acceso al Sistema de Salud Pública. En la Región del Cusco, este grupo demográfico constituye el 9.6% de la población, aproximadamente 147,000 personas, de las cuales el 47% son mujeres y el 53% varones (INEI-2020). <sup>(2) (4) (5)</sup>

Con el envejecimiento poblacional se observa un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad, polifarmacia y efectos secundarios asociados, como la xerostomía. Más del 50% de los medicamentos expendidos por el Sistema de Salud Pública son consumidos por adultos mayores, y más del 80% de ellos toma al menos un medicamento diario (MINSA). <sup>(6) (7) (8)</sup>

En los Estados Unidos, entre el 14% y el 37% de la población adulta mayor experimenta polifarmacia, porcentaje que supera el 40% en residencias geriátricas. En Europa, esta frecuencia oscila entre el 12% y el 80%, con tasas más altas en centros geriátricos. En el Perú, el 80 % de la población adulta mayor presenta alguna enfermedad crónica (85.3% en mujeres y 74.7% en hombres), y aproximadamente el 45% de esta población, atendidos de forma ambulatoria (APS), presentan polifarmacia (MINSAs-2023); y la xerostomía según estudios realizados alcanza de un 20% al 40% de esta población llegando a porcentajes mayores en centros geriátricos. <sup>(6) (8) (9)</sup>

Una publicación internacional (JADA-2022), señala que el 89% de los adultos mayores que asisten a consultas odontológicas manifiestan sintomatología condicente con el “síndrome de boca seca”, expresado por la xerostomía. Además, el 86% de los odontólogos americanos consideran que manejar las comorbilidades y la polifarmacia en estos pacientes es el mayor desafío en la consulta odontogeriátrica. <sup>(4) (5) (10)</sup>

La xerostomía es una de las afecciones que con mayor frecuencia presentan los adultos mayores en la cavidad oral, la cual tiene relación con la generación de condiciones para la presencia de diferentes enfermedades estomatológicas. La disminución de la saliva altera el equilibrio de la flora bacteriana en la boca y afecta la función protectora de la saliva, lo que a su vez contribuye al desarrollo y progresión de diferentes afecciones en la cavidad oral, como candidiasis, caries radicular y periodontopatías. <sup>(11) (12) (13)</sup>

Esta sensación de sequedad bucal, debido a una disminución en la producción de saliva (flujo salival), tiene diversas causas como las fisiológicas, patológicas y farmacológicas. Los adultos mayores, son más propensos a experimentar esta condición debido a factores asociados con el envejecimiento, la presencia de condiciones médicas crónicas y la polifarmacia en consecuencia de estas. En el presente trabajo de investigación nos centraremos en las causas farmacológicas de la xerostomía. <sup>(14) (15) (16)</sup>

Xerostomía farmacológica secundaria, en adultos mayores es causada por medicamentos utilizados para tratar múltiples condiciones clínicas, y se manifiesta como sequedad persistente en la cavidad oral debido a alteraciones en el flujo y composición de la saliva. <sup>(17) (18) (19)</sup>

Los fármacos, como antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, diuréticos, descongestionantes, ansiolíticos y tratamientos contra el cáncer, pueden producir como efecto secundario la xerostomía farmacológica. Esta condición afecta la calidad de vida de los pacientes adultos mayores, ya que la saliva es de suma importancia en la salud oral y proceso digestivo. <sup>(17) (18) (19)</sup>

Polifarmacia, se refiere al uso simultáneo de varios medicamentos por pacientes para tratar múltiples enfermedades crónicas comunes en la población adulta mayor, como diabetes, hipertensión, artritis y otras. Está relacionada al apareamiento o intensificación de síntomas asociados a la xerostomía, condición que impacta la calidad de vida en pacientes geriátricos. <sup>(18) (19) (20)</sup>

El incremento en la esperanza de vida y el consecuente crecimiento de la población de adultos mayores configuran un reto para la atención médica y odontológica, con el objetivo primordial de mitigar las desigualdades sanitarias, en este contexto, resulta imperativo implementar estrategias que garanticen la calidad de vida de los adultos mayores, lo cual implica una rápida adaptación de los sistemas de salud a los cambios epidemiológicos. Dicha adaptación debe enfocarse en la promoción, prevención y tratamiento precoz de patologías orales, con el fin de optimizar el bienestar de esta población (OPS). <sup>(3) (21) (22)</sup>

La presente tesis investigó la relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco. Su relevancia reside en la mejora de la salud oral y la calidad de vida de esta población, considerando el impacto de la xerostomía a nivel odontoestomatológico y sistémico. Además, el estudio tiene implicaciones sociales y contribuye teóricamente al campo de la odontogeriatría, pudiendo apoyar la formulación de políticas públicas de salud oral para este grupo demográfico.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Problema general**

- ¿Cuál es la relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de polifarmacia de los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?
- ¿Cuál es el nivel de xerostomía en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?
- ¿Cuál es la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?
- ¿Cuál es la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y la polifarmacia en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar la relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco - 2024.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de polifarmacia de los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.
- Identificar el nivel de xerostomía en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.
- Describir la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.
- Identificar la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y la polifarmacia en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El envejecimiento poblacional y el incremento de enfermedades crónicas en los adultos mayores, genera una mayor prescripción y consumo de medicamentos para el tratamiento de múltiples condiciones médicas, denominada polifarmacia, causa principal de la xerostomía farmacológica, que afecta la calidad de vida de este grupo etario. Esta problemática de salud oral no es ajena en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco. Por tanto, el presente estudio reviste importancia por las siguientes consideraciones:

### **1.4.1 Conveniencia**

La investigación sobre la relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores se justifica por el creciente fenómeno del envejecimiento poblacional a nivel global. Con el incremento en la esperanza de vida, se ha observado un notable aumento en la proporción de personas mayores. Este cambio demográfico presenta desafíos significativos para los sistemas de salud, dado que soportan una mayor incidencia de enfermedades crónicas y como consecuencia directa, un aumento en la prescripción de medicamentos.

### **1.4.2 Relevancia Social**

La investigación es socialmente relevante al abordar un problema de salud que afecta directamente a una parte significativa de la población. La xerostomía, conocida como sequedad bucal, puede tener un impacto considerable en la calidad de vida del adulto mayor, afectando aspectos clave como la alimentación, el habla y la salud bucal en general. Aunque la polifarmacia es esencial para tratar diversas condiciones médicas, sus efectos secundarios, como la xerostomía, deben manejarse de manera adecuada. Los hallazgos de este estudio pueden tener implicaciones importantes para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento dirigidas a la población geriátrica.

### **1.4.3 Valor teórico**

Este estudio aporta una comprensión más profunda de cómo la combinación de medicamentos afecta la salud odontoestomatológica en adultos mayores.

Además, facilita el análisis detallado de cómo la alteración del flujo salival influye en el desarrollo de patologías orales asociadas con la xerostomía. Los resultados obtenidos ofrecen información valiosa para la toma de decisiones clínicas y contribuyen a la construcción de un sólido marco teórico que beneficia a investigaciones futuras en el ámbito de la odontogeriatría.

#### **1.4.4 Valor metodológico**

Desde una perspectiva metodológica, los datos y conocimientos generados tendrán aplicaciones directas para profesionales de la salud, permitiéndoles optimizar la gestión de medicamentos en adultos mayores. Asimismo, posibilitará el desarrollo de estrategias de prescripción más cautelosas, la implementación de intervenciones específicas para mitigar efectos adversos como la xerostomía y la instauración de programas educativos y de promoción de la salud oral.

#### **1.4.5 Implicancias prácticas**

Los resultados de esta investigación influyen directamente en la atención odontológica que se brinda a los residentes de centros gerontológicos y a los adultos mayores en general. Además, ofrecen orientación a los profesionales de la salud bucal en la aplicación de medidas preventivas y terapéuticas específicas para abordar la polifarmacia y su impacto en la xerostomía.

## **1.5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

### **1.5.1 Hipótesis General**

- Existe una relación positiva alta, entre la polifarmacia y la xerostomía en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024.

### **1.5.2 Hipótesis Específicas**

- El nivel de la polifarmacia es mayor, en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.
- El nivel de xerostomía es severo, en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.
- Existe un alto porcentaje en la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según la edad y sexo.
- Existe una relación positiva alta, entre la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la polifarmacia en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.

## **1.6 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

El Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco proporciona un acceso práctico a una población relevante para el estudio. Los adultos mayores que serán incluidos en la muestra son residentes del centro geriátrico, lo que facilita la recopilación de datos. Además, la Institución cuenta con instrumentos de diagnóstico clínico y odontológico para el análisis de la polifarmacia y la determinación de la xerostomía en la población objetivo, lo que incrementa la viabilidad de la investigación.

## **1.7 ASPECTOS ÉTICOS**

El tema de investigación *"Relación de la polifarmacia con la xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco -*

2024" plantea varias consideraciones éticas importantes en su diseño y ejecución:

1. **Consentimiento informado:** Los participantes, residentes del centro gerontológico, brindaron su consentimiento informado antes de participar en la investigación. Dado que algunos podían tener capacidades cognitivas disminuidas, se aseguró un proceso de consentimiento claro y comprensible, buscando el permiso de sus familias o cuidadores legales cuando fue necesario.
2. **Confidencialidad y privacidad:** Dado que la información recopilada podía ser sensible y personal, fue vital garantizar la confidencialidad y privacidad de los participantes. Se establecieron procedimientos sólidos para proteger la identidad y la información médica de los residentes, utilizando códigos y números de identificación en lugar de nombres reales en los registros.
3. **Beneficios y riesgos:** Se consideró cuidadosamente el equilibrio entre los posibles beneficios del estudio y los riesgos para los participantes. La investigación podría haber proporcionado información valiosa para mejorar la atención dental de los adultos mayores, pero también podría haber causado molestias o preocupaciones a los residentes. Se hizo un esfuerzo por minimizar cualquier posible malestar.
4. **Cuidado y bienestar de los participantes:** La salud y el bienestar de los participantes fueron una prioridad. Si se identificaron problemas de salud oral durante el estudio, se consideró cómo manejar estos problemas y se garantizó que los participantes recibieran la atención y el tratamiento necesarios.
5. **Divulgación de resultados:** Una vez completada la investigación, los resultados deben ser comunicados con honestidad y precisión. Los participantes deben tener acceso a los hallazgos, y se debe considerar cómo compartir los resultados con la comunidad científica y el público en general, respetando la privacidad de los participantes.



## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1.1 Internacionales

Pérez, Maydel; Bravo, Beatriz. Cuba 2017. **“Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao – Cuba 2017”**. El estudio aborda el **problema** de la xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao, revela que este síndrome afecta significativamente una parte de la población anciana, con una tendencia global al aumento en países en desarrollo. El **objetivo** de la investigación fue caracterizar el comportamiento de la xerostomía en la población geriátrica vinculada a la casa comunidad del adulto mayor en dicho municipio. El estudio, empleó una **metodología** descriptiva y transversal con 59 pacientes, consideró variables como edad, sexo, secreción salival, consumo de fármacos y enfermedades bucales. Los **resultados** indican que el 93.2% de la población afectada era de sexo femenino, siendo el intervalo de edad más prevalente entre 70 y 79 años (30.5%). Los medicamentos más consumidos fueron antihipertensivos (55.3%) y diuréticos (35.7%). Además, se encontró que el 40.6% de los pacientes con xerostomía también padecían de disfunción masticatoria. **Conclusión**, se destaca la prevalencia de la xerostomía en mujeres y la exposición significativa del grupo de estudio a la polifarmacia, lo que reduce el flujo salival e incide en la disfunción masticatoria. <sup>(1)</sup>

Fornari, Cindel; Bergonci, Daniel; Stein, Cauane; Agostini, Bernardo; et al. Passo Fundo (RS), Brasil 2021. **“Prevalencia de xerostomía y su asociación con enfermedades sistémicas y medicación en ancianos: un estudio transversal”**. El **problema** de investigación define el síndrome de boca seca o xerostomía como una disminución del flujo salival o hipofunción de las glándulas salivales. Sus orígenes son multicausales y podrían ser el resultado de un cambio en las glándulas salivales o un desequilibrio sistémico. El **objetivo** de la investigación fue determinar la prevalencia de xerostomía e identificar los factores asociados. Este estudio es transversal, abarcó a 293 personas mayores de 60 años residentes en un municipio brasileño (RS), se buscó determinar la

prevalencia de xerostomía e identificar factores asociados. La **metodología** utilizada en la recolección de datos, a partir de un cuestionario sobre datos demográficos, enfermedades crónicas y uso de medicamentos frecuentes, que utilizó el Inventario de Xerostomía (XI) para evaluar la sensación de sequedad bucal. El análisis consistió en regresión multivariada y estimación de odds ratios (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95% en modelos de regresión logística binaria. Los **resultados** revelaron una prevalencia del 19,1% de xerostomía en la población estudiada. Se encontró que los adultos mayores con diabetes presentaban mayor probabilidad de experimentar xerostomía, con un odds ratio (OR) de 3,59 y un intervalo de confianza del 95% (IC) de 1,48-8,68 ( $p < 0,001$ ). Asimismo, aquellos adultos mayores con enfermedades crónicas y elevada frecuencia en el uso de medicamentos, mostraron una mayor probabilidad de manifestar xerostomía (OR: 2,3; IC 95%: 1,19-4,67;  $p = 0,009$ ). El uso frecuente de medicamentos para el tracto gastrointestinal también se asoció con un mayor riesgo de xerostomía (OR: 2,14; IC 95%: 1,03-1,44;  $p = 0,030$ ). En **conclusión**, este estudio destaca la vinculación entre la xerostomía y la presencia de diabetes, enfermedades crónicas, y el uso permanente de medicamentos, especialmente aquellos dirigidos al tracto gastrointestinal, subrayando la importancia de considerar estos factores en la atención y manejo de la salud bucal en la población geriátrica. <sup>(23)</sup>

Guimarães, Danielly; Parro, Yelda; Muller Herick; Coelho, Eduardo; et al. Brasilia 2023. ***“Xerostomía y disgeusia en adultos mayores: prevalencia y asociación con la polifarmacia”***. El **Problema** de investigación se centra en la xerostomía, la cual se define como la percepción de sequedad en la boca, y la disgeusia, como una alteración en el gusto. Ambas son quejas comunes en los ancianos, especialmente entre aquellos que utilizan combinaciones de medicamentos, polifarmacia. Este estudio tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia de xerostomía y disgeusia e investigar su asociación con la polifarmacia en ancianos. Se empleó el **método** de entrevistas a pacientes adultos mayores en seguimiento en el Centro Multidisciplinario de Ancianos del Hospital Universitario de Brasilia y se les inquirió sobre problemas de salud, medicamentos utilizados, presencia de xerostomía y disgeusia. Se utilizó estadística descriptiva para determinar la prevalencia de los síntomas

encuestados, empleando la prueba de chi-cuadrado para investigar la relación entre xerostomía y disgeusia y polifarmacia. Las asociaciones secundarias se realizaron mediante regresión logística binomial. Los **resultados** evaluaron 96 adultos mayores y de estas, el 62,5% presentaba xerostomía y el 21,1%, disgeusia. El promedio de medicamentos utilizados fue de  $4\pm 3$  medicamentos por individuo. La polifarmacia se asoció con xerostomía, pero no con disgeusia. Se pudo asociar la xerostomía con el uso de fármacos antihipertensivos. En **conclusión**, la xerostomía fue una queja frecuente entre los ancianos que utilizan polifarmacia, especialmente en aquellos que utilizan antihipertensivos. Los antihipertensivos y antidepresivos fueron los fármacos más utilizados por los ancianos y presentaron interacciones con los fármacos más prescritos en odontología. Se encontraron dos contraindicaciones entre fluconazol y mirtazapina; y entre eritromicina y simvastatina.<sup>(18)</sup>

Thomson, Murray; Chalmers, Jane; Spencer, John; Slade, Gary; et al. Australia 2006. ***“Estudio longitudinal sobre la exposición a medicamentos y la xerostomía en adultos mayores”***. El **problema** de investigación describe la historia natural de la xerostomía, mediante un estudio epidemiológico longitudinal. Si bien la medicación prolongada es un factor de riesgo reconocido de la sequedad bucal, la particularidad de ciertas categorías de medicamentos sigue siendo controvertida en su desempeño. El **objetivo** de la investigación fue describir la incidencia de xerostomía en una población de adultos mayores durante un período de 6 años, poniendo especial atención al uso de fármacos como factor de riesgo. La **metodología** empleada aplicó entrevistas y exámenes dentales a australianos del sur, mayores de 60 años, al inicio del estudio, y estas evaluaciones se repitieron 2, 5 y 11 años después. Los datos de medicación se recogieron al inicio, a los 5 y 11 años. Los datos de xerostomía se recopilaron a los 5 y 11 años utilizando el Inventario de Xerostomía (XI) y realizando preguntas estándar. Los **resultados** obtenidos, de los 1205 participantes dentados evaluados al inicio del estudio, 669 permanecieron después de 5 años y 246 fueron evaluados a los 11 años. Se registró un aumento en la prevalencia del consumo de medicamentos, alcanzando un 94,8% de la cohorte que ingería al menos un medicamento a los 11 años. En cuanto a la xerostomía, la prevalencia experimentó un incremento del 21,4% al 24,8% entre los 5 y los 11 años ( $p >$

0,05), y la puntuación media en el Inventario de Xerostomía (XI) aumentó de 20,0 (desviación estándar, 6,7) a 21,5 (desviación estándar, 7,9;  $p < 0,001$ ). Se identificó que un 14,7% de los participantes desarrollaron xerostomía durante el estudio, mientras que un 11,4% ya presentaban la condición al inicio. Un 10,1% de los participantes fueron diagnosticados como casos tanto a los 5 como a los 11 años. Después de ajustar por sexo y la gravedad de la xerostomía inicial (representada por la puntuación XI a los 5 años), se observó que aquellos que comenzaron a tomar aspirina diariamente después de los 5 años tenían más de cuatro veces más probabilidades de desarrollar xerostomía, mientras que los que iniciaron el consumo de diuréticos después de los 5 años presentaron casi seis veces más probabilidades de hacerlo. En **conclusión**, a pesar del aumento general en la prevalencia de xerostomía a lo largo del período de observación, se evidenció una considerable inestabilidad, con aproximadamente una cuarta parte de la cohorte experimentando cambios en su estado. Se observó una fuerte asociación entre la exposición a medicamentos y la incidencia de la condición, siendo la reciente exposición a diuréticos o la toma diaria de aspirina un predictor significativo de dicha incidencia. <sup>(24)</sup>

Espinosa, Vines; Marconi, Ronald. Cuenca - Ecuador 2018. ***“Prevalencia de Xerostomía, como efecto secundario de fármacos administrados en adultos mayores, en el centro geriátrico - Hogar de Cristo Rey”***. El **problema** de investigación, se centra analizar el uso de medicamentos que ocasionan xerostomía en la población adulta mayor que con diferentes condiciones crónicas. El **objetivo** de la investigación es determinar la prevalencia de xerostomía como efecto secundario de la administración de fármacos en el Centro Geriátrico "Hogar de Cristo Rey" en Cuenca - Ecuador, durante el año 2018. Se empleó una **metodología** cuantitativa, descriptiva, de campo, observacional y transversal, con una muestra de 120 individuos mayores de 65 años con enfermedades sistémicas tratadas farmacológicamente durante al menos seis meses. El diagnóstico de xerostomía se obtuvo tanto de forma perceptiva mediante un cuestionario como clínicamente mediante la aplicación del signo de gota de rocío, indicador de la permeabilidad de las glándulas accesorias. Se llegó a los **resultados** siguientes, del total de la muestra, el 65% presentó xerostomía, el 23% hiposialia y el 12% no manifestó alteraciones ni

síntomas asociados a la xerostomía. En cuanto al género, el sexo femenino prevaleció sobre el masculino con un 72,42% y 51,72%, respectivamente. En relación a las enfermedades, la hipertensión arterial fue prevalente con un 59,16%, seguida de Alzheimer con un 30%, depresión 27,5%, hipotiroidismo 18,33%, diabetes mellitus 15% e hiperplasia prostática con un 14,16%. En **conclusión**, se evidenció que el uso prolongado de medicamentos está asociado con la xerostomía, observando una significativa prevalencia del sexo femenino en comparación con el masculino. <sup>(25)</sup>

Thomson, William; Ferguson, Catherine; Janssens, Barbara, et al. New Zealand 2020 “**Xerostomía y polifarmacia entre adultos mayores neozelandeses dependientes: una encuesta nacional**”. Descripción del **problema** de investigación, la xerostomía inducida por medicamentos es una afección común entre las personas mayores. Según el estudio realizado en Nueva Zelanda, el objetivo de proyecto fue investigar la relación entre la medicación y la xerostomía en adultos mayores que dependen farmacológicamente de los medicamentos. La **metodología** se basó en el análisis de datos recolectados mediante una encuesta representativa a nivel nacional, enfocándose en adultos mayores farmacológicamente dependientes. Los **resultados** del análisis revelaron interacciones entre la ingesta de medicamentos y la aparición de xerostomía. Se observó que más de la mitad de los adultos mayores consumía entre cinco y nueve medicamentos, mientras que uno de cada cinco tomaba más de diez. La prevalencia de xerostomía se registró en un 29,4% (IC 95%: 26,5 - 32,5), siendo más alta entre aquellos que tomaban más medicamentos y más baja en pacientes psicogerítricos. Además, se encontró que la prevalencia era mayor entre las personas que utilizaban antidepresivos tricíclicos, esteroides o anticolinérgicos. Asimismo, el uso de broncodilatadores sin aspirina profiláctica se asoció con una mayor prevalencia de xerostomía, especialmente en función de la edad y el sexo de los pacientes. En **conclusión**, los profesionales de salud de diferentes áreas, deben trabajar conjuntamente para garantizar que los adultos mayores con xerostomía sean tratados de manera oportuna y adecuada, siendo la revisión periódica de la medicación un componente importante para esta finalidad. <sup>(26)</sup>

### 2.1.2 Nacionales

Guzmán, Ana Paula; Ruiz, Alice. Iquitos 2020. ***“Factores asociados a la xerostomía en la población geriátrica del Asilo de Ancianos San Francisco de Asís, Iquitos 2020”***. El **problema** de investigación analiza los diferentes factores que ocasionan xerostomía en la población adulta mayor. El **objetivo** de este estudio fue determinar los factores asociados a la presencia de xerostomía en la población geriátrica del asilo de ancianos San Francisco de Asís en Iquitos, año 2020. **Metodología**, se llevó a cabo una investigación transversal de tipo cuantitativo, correlacional y prospectivo, con un diseño no experimental y un nivel de investigación descriptiva. **Resultados**, la medición del flujo salival se realizó mediante el Test de Schirmer Modificado (TSM) en 44 pacientes estudiados, de los cuales el 9.5% presentó xerostomía. Se observó que el 50.0% de los casos correspondía a personas mayores de 89 años, con un 46.9% de ellos experimentando xerostomía. Además, se encontró que el 65.9% de los afectados eran del sexo masculino y el 63.6% consumía antihipertensivos, siendo este último grupo estadísticamente significativo en relación a la presencia de xerostomía ( $p=0.03$ ). Asimismo, el 77.3% de los participantes que consumían ansiolíticos presentaron xerostomía en comparación con el 59.1% que no los consumía. En **conclusión**, se identificó una asociación significativa entre el consumo de antihipertensivos y la presencia de xerostomía en la población geriátrica del asilo San Francisco De Asís en Iquitos, año 2020 ( $p < 0,05$ ).<sup>(27)</sup>

Mujica, Jessica; Mormontoy, Wilfredo. Lima 2019. ***“Factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa”***. El **problema** de investigación, los adultos mayores que acuden a consulta odontológica frecuentemente refieren problemas como sequedad bucal, sensación de ardor, dolor en lengua, sintomatología característica de xerostomía, que afecta su calidad de vida. El presente estudio tuvo como **objetivo** evaluar factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa. Se realizó mediante una **metodología** cuantitativa y un diseño prospectivo y analítico con análisis de datos siguiendo la metodología de análisis para caso control, para lo cual se hizo la prueba de Schirmer Oral a 90 adultos mayores independientes,

para determinar la presencia o no de xerostomía. Además, se aplicaron encuestas estructuradas acerca de los factores que pueden estar relacionados, entre ellos: edad, sexo, uso de medicamentos, el hábito de fumar, uso de prótesis dental y un test para evaluar depresión. Las pruebas estadísticas usadas fueron chi-cuadrado, y OR IC 95%. **Resultados**, se determinó que los factores no asociados significativamente a xerostomía en adultos mayores que viven en una residencia geriátrica de una Congregación Religiosa, en el distrito de Breña, 2019 son: factores demográficos, uso de medicamentos, hábito de fumar y uso de prótesis dental. Asimismo, los factores de riesgo y que si se asocian significativamente a la xerostomía son: El uso de medicamentos antihipertensivos donde el p valor es de ( $p=0,005<0.05$ ), lo cual indica que la asociación es significativa, el OR = 3,532, evidenciando que un adulto mayor que usa antihipertensivos tiene 3,532 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de 1,440 y 8,665, ambos mayores a 1 indican que es factor de riesgo; y la depresión donde el valor de p es de ( $p=0,033 <0.05$ ), lo cual indica que la asociación es significativa; el OR = 3,476, evidencia que un adulto mayor en estado de depresión tiene 3.476 veces más probabilidad de tener xerostomía y los intervalos de 1,057 y 11,374 ambos mayores a 1, nos indican que es factor de riesgo. En **conclusión**, existe mayor incidencia de xerostomía entre pacientes adultos mayores que consumen antihipertensivos y medicamentos para la depresión. <sup>(28)</sup>

### 2.1.3 Locales

No se encontraron trabajos relacionados sobre polifarmacia y xerostomía a nivel local.

## **2.2 BASES TEORICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 Polifarmacia**

Polifarmacia, se define como el uso de fármacos de modo concomitante para el tratamiento de múltiples afecciones crónicas que afectan generalmente a la población adulta mayor, en el contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles, representa una situación común donde los pacientes, especialmente aquellos con múltiples condiciones médicas crónicas, requieren la administración de varios medicamentos simultáneamente. <sup>(19) (29) (30)</sup>

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), también conocidas como enfermedades crónicas degenerativas, son afecciones de larga duración de progresión lenta y que no se transmiten de una persona a otra, las más frecuentes son, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer y artritis. Este grupo de enfermedades son la mayor causa de muertes prematuras y de discapacidad en la mayoría de los países. <sup>(15) (31) (32)</sup>

La relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y polifarmacia es intrínseca, ya que los pacientes con enfermedades crónicas a menudo necesitan una combinación de medicamentos para manejar sus condiciones de salud. Sin embargo, la polifarmacia también puede llevar a desafíos significativos, puede aumentar el riesgo de interacciones medicamentosas, efectos secundarios adversos y complicaciones asociadas con la administración de múltiples fármacos. Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud manejen la prescripción farmacológica de manera cuidadosa y consideren la singularidad de cada paciente. <sup>(33) (34) (35)</sup>

Una gestión efectiva de la polifarmacia en el contexto de las enfermedades crónicas implica la evaluación exhaustiva de los riesgos y beneficios de cada medicamento prescrito, así como una comunicación abierta y continua entre el paciente y el equipo de atención médica. <sup>(33) (34) (35)</sup>



La evaluación de la polifarmacia, que implica el uso simultáneo de múltiples fármacos para tratar una o varias condiciones médicas, varía en su grado de importancia según el criterio médico-farmacológico. Este criterio, dependiendo de la cantidad total de fármacos prescritos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la polifarmacia como mayor cuando se consumen más de 5 fármacos o menor cuando se consumen entre 2 a 4 medicamentos. (Anexo II: Cuadro 01). <sup>(34)</sup> <sup>(36)</sup> <sup>(37)</sup>

### **2.2.2 Xerostomía**

Xerostomía es un término médico que se refiere a la sensación persistente de sequedad en la boca debido a la disminución del flujo salivar. La saliva tiene un papel fundamental en la salud bucal, ya que ayuda en la digestión de los alimentos, previene la caries dental y mantiene la mucosa oral hidratada, entre otras funciones. Este síndrome presenta las siguientes características, sensación de sequedad en la boca, dificultad para hablar, tragar y masticar, alteración en el gusto (disgeusia), ageusia, mayor susceptibilidad a infecciones orales, formación de úlceras bucales y halitosis. <sup>(38)</sup> <sup>(39)</sup> <sup>(40)</sup>

Las causas de la disminución en la producción de saliva, conocida como hiposalivación y sus manifestaciones sintomáticas mediante la xerostomía, pueden ser atribuidas a diversos factores. Fisiológicamente, este fenómeno está asociado al envejecimiento natural del organismo, donde se observa una reducción en la producción salival conforme avanza la edad. Por otro lado, causas patológicas pueden contribuir a este problema e incluyen enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, así como afecciones que afectan las glándulas salivales o que resultan de tratamientos de radioterapia en la región de la cabeza y el cuello. <sup>(38)</sup> <sup>(39)</sup> <sup>(40)</sup>

Adicionalmente, ciertos medicamentos, como antidepresivos, antihistamínicos, diuréticos, antihipertensivos y otros empleados para el tratamiento de diversas enfermedades crónicas, pueden tener efectos farmacológicos que interfieren con la producción normal de saliva, acentuando la condición de hiposalivación ocasionando la xerostomía secundaria farmacológica. Estas diversas causas

pueden actuar de manera individual o combinada, contribuyendo a la manifestación de la disminución en la producción del flujo salivar en los individuos afectados. <sup>(38) (39) (40)</sup>

La xerostomía o síndrome de la boca seca, es descrita como la sensación de sequedad en la boca causada por una disminución o ausencia en la secreción salivar, no constituye una enfermedad en sí misma, sino un síntoma que se manifiesta en diversas condiciones patológicas. Puede surgir como un efecto secundario resultante del tratamiento de cáncer mediante quimioterapia y radioterapia en la región de la cabeza y el cuello, debido al consumo de ciertos medicamentos o como resultado de la disminución en la función de las glándulas salivales. <sup>(24) (40) (41)</sup>

Aunque la xerostomía es una queja común entre los pacientes de edad avanzada, afectando a más del 20% cuando se les consulta de manera adecuada, no parece estar directamente relacionada con el envejecimiento en sí, sino más bien con las enfermedades crónicas o medicación característica de esta etapa de la vida. <sup>(24) (40) (41)</sup>

Según la intensidad de la sintomatología presente, la xerostomía, se clasifica en tres niveles: en su forma leve, se observa una reducción de la saliva sin síntomas notables; en el nivel moderado, se experimenta una sensación de sequedad bucal, molestias al comer y beber; mientras que, en su manifestación más severa, la sequedad es grave y afecta la capacidad para hablar, tragar y masticar. Esta condición puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores, aumentando el riesgo de problemas odontoestomatológicos. <sup>(24) (40) (41)</sup>

La disminución de la producción de saliva se conoce como hiposialia o hiposalivación y la sensación de boca seca, ocasionada en consecuencia, se denomina xerostomía. La valoración del flujo salival estimulado y no estimulado determina el grado de hiposalivación del individuo, según la valoración del volumen salival colectado (VFS), esta será leve, moderada o severa (Anexo II: Cuadro 02). <sup>(19) (42) (43)</sup>

El tratamiento aborda las causas subyacentes y busca aliviar los síntomas, mediante enfoques que incluyen hidratación constante, uso de saliva artificial, ajustes en la dieta y modificaciones en la medicación. <sup>(24) (40) (41)</sup>

### **2.2.3 Glándulas Salivales**

Las glándulas salivales, son glándulas exocrinas compuestas túbulo acinosas, cuyos conductos se abren en la cavidad oral. Secretan saliva, que lubrica los alimentos ayudando al proceso de deglución, humidifica la mucosa oral, importante en el proceso del habla, proporcionando el disolvente acuoso necesario para procesar el sabor. Estas también secretan enzimas digestivas, como la amilasa salivar y agentes antimicrobianos, como inmunoglobulina A (IgA), lactoferrina y lisozima. La reducción significativa de la producción salivar produce xerostomía, manifestada por inflamación periodontal y caries dentales. <sup>(44) (45) (46)</sup>

Se clasifican en glándulas mayores y glándulas menores o accesorias, las primeras son pares y se encuentran anatómicamente delimitadas, las segundas se encuentran diseminadas por toda la mucosa oral. <sup>(44) (45) (46)</sup>

Las glándulas salivales mayores son las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales, las glándulas salivales menores se encuentran distribuidas en toda la túnica mucosa y submucosa oral, denominándose según la región donde se encuentran (labiales, bucales, palatinas menores, linguales, sublinguales accesorias). <sup>(44) (45) (46)</sup>

Se secretan aproximadamente 0,5 – 1,5 litros de saliva al día. El flujo salival normal es de 0,3 ml/min (no estimulado) y aumentan a 1,5-2 ml/min (estimulado). El flujo salival es insignificante durante el sueño. Durante el flujo salival en reposo (FSR), la glándula parótida aporta el 20%, la glándula submandibular aporta el 65% y glándulas salivales sublinguales y menores con el 15% de la producción diaria de saliva. Durante el flujo salival estimulado (FSE), la contribución parotídea aumenta al 50%. <sup>(44) (45) (46)</sup>

## a) Glándulas salivales mayores

- **Glándula Parótida.** - La glándula parótida es una de las tres principales glándulas salivales mayores en el cuerpo humano. Está situada bilateralmente en la región de la mandíbula, justo delante y debajo del pabellón auricular, extendiéndose hacia abajo y adelante en dirección al cuello. <sup>(47) (48) (49)</sup>

La glándula parótida es esencial para la función adecuada de la cavidad oral y la digestión, y su anatomía detallada es importante para comprender su funcionamiento y para el diagnóstico y tratamiento de cualquier trastorno que pueda afectarla. <sup>(47) (48) (49)</sup>

Ubicada en la parte posterior de la mandíbula, justo delante del oído externo, tiene una forma irregular semejante a un prisma vertical triangular o una pera. Está encapsulada por una fina capa de tejido conectivo que la separa del entorno y cuenta con varios conductos para drenar la saliva hacia la cavidad bucal, destacando el conducto de Stenon, que se abre cerca del segundo molar superior. Bien vascularizada por ramas de la arteria carótida externa e inervada principalmente por el nervio facial (VII), su función principal es producir saliva, esencial para la lubricación oral y la digestión. Entre sus patologías comunes se encuentran la parotiditis, la sialolitiasis y los tumores. Por su proximidad a nervios y estructuras vasculares importantes en la región mandibular y cervical, cualquier intervención quirúrgica requiere extrema precaución para evitar daños. <sup>(47) (48) (49)</sup>

- **Glándula Submandibular.** - La glándula submandibular es otra de las tres principales glándulas salivales mayores del cuerpo humano. La glándula submandibular pesa aproximadamente 7 gramos. Está ubicado entre la superficie lateral de la base de la lengua y la superficie medial de la mandíbula. La parte ventral se encuentra en el suelo de la boca. Ubicado directamente en el pliegue de la aponeurosis cervical superficial, es palpable entre el hueso hioides y la rama mandibular. <sup>(47) (48) (49)</sup>

Localizada debajo de la mandíbula a lo largo de la parte inferior y posterior de la boca, tiene una forma alargada que se asemeja a una nuez o herradura y está encapsulada por una delgada capa de tejido conectivo. Su principal conducto, el conducto de Wharton, drena la saliva hacia la cavidad bucal debajo de la lengua. Bien vascularizada por ramas de la arteria facial e inervada principalmente por el nervio facial (VII), su función principal es la producción de saliva, esencial para la lubricación oral y la digestión. Entre las patologías más frecuentes que afectan esta glándula se encuentran la sialoadenitis, la sialolitiasis y los tumores. Debido a su proximidad con nervios y estructuras vasculares clave en la región mandibular y cervical, las cirugías en esta zona requieren un manejo cuidadoso para prevenir posibles lesiones. (47) (48) (49)

- **La glándula sublingual.** - La glándula sublingual es una de las tres principales glándulas salivales mayores en el cuerpo humano. (47) (48) (49)

Se encuentra debajo de la lengua, en la parte anterior y lateral del suelo de la boca, y tiene una forma alargada y aplanada, similar a una almendra. Está formada por múltiples lóbulos pequeños separados por tejido conectivo, y cuenta con varios conductos que drenan la saliva hacia la cavidad bucal a través de la carúncula sublingual o conducto de Bartholin. Bien vascularizada e inervada, recibe irrigación de ramas de la arteria lingual y está controlada principalmente por el nervio facial (VII par craneal) y el nervio lingual, rama del trigémino. Su función principal es la producción de saliva, esencial para la lubricación bucal y la digestión. Entre las afecciones más frecuentes que comprometen esta glándula se encuentran la sialoadenitis, la sialolitiasis y los tumores. Debido a su proximidad a nervios y estructuras vasculares clave en la región mandibular y cervical, cualquier procedimiento quirúrgico debe ejecutarse con gran cuidado para prevenir posibles lesiones. (47) (48) (49)

## b) Glándulas accesorias menores de la cavidad oral

Las glándulas salivales menores, también conocidas como glándulas accesorias menores de la cavidad oral, son estructuras más pequeñas distribuidas en toda la cavidad oral y la mucosa que reviste la boca. Aunque hay numerosas glándulas salivales menores en la cavidad oral, las principales son las siguientes:

(47) (48) (49)

- **Glándulas labiales:** Se encuentran en los labios, tanto en la mucosa interna como en la mucosa externa. Producen una cantidad limitada de saliva.
- **Glándulas bucales:** Estas glándulas se encuentran en las mejillas y son similares en estructura a las glándulas labiales. Contribuyen a la lubricación de la mucosa bucal.
- **Glándulas palatinas menores:** Se localizan en el paladar blando y la parte posterior del paladar duro. Producen saliva para lubricar estas áreas.
- **Glándulas linguales:** Están distribuidas en la mucosa del dorso de la lengua. Ayudan a mantener la humedad y a facilitar el habla y la deglución.
- **Glándulas sublinguales accesorias:** Aunque las glándulas sublinguales principales son las más grandes, también hay glándulas sublinguales accesorias dispersas en la mucosa debajo de la lengua.

La anatomía de estas glándulas es similar en términos generales, están formadas por agrupaciones de células secretoras que liberan saliva a través de pequeños conductos hacia la cavidad oral. (47) (48) (49)

Las glándulas salivales menores, aunque más pequeñas que las mayores, son esenciales para mantener la humedad oral, facilitar la digestión y proteger contra infecciones. Sus alteraciones pueden provocar sequedad bucal, dolor o inflamación en la región bucofaríngea. (47) (48) (49)

## **2.2.4 Saliva**

### **a) Saliva**

Es un líquido biológico producido por las glándulas salivales ubicadas en la cavidad oral. Sus principales funciones son la lubricación y humidificación de la boca y los alimentos, la digestión inicial de los carbohidratos a través de la enzima amilasa salival, la protección contra infecciones bucales, y la facilitación de la deglución y el habla. <sup>(44) (45) (46)</sup>

Las características de la saliva y el flujo salival pueden variar dependiendo de varios factores, como la edad, el estado de hidratación, la salud oral y general, el consumo de ciertos medicamentos y la presencia de enfermedades. La saliva es un fluido esencial para la salud bucal y la digestión, su producción y composición están influenciadas por diversos factores biológicos, bioquímicos y fisiopatológicos del organismo. <sup>(44) (45) (46)</sup>

La saliva es un líquido complejo cuya viscosidad depende de la cantidad de mucina, una proteína que le aporta consistencia, su composición química incluye agua, electrolitos como sodio, potasio y cloruro, enzimas como la amilasa, proteínas, mucinas y compuestos antimicrobianos como la lisozima. Posee un pH ligeramente ácido, lo que contribuye a mantener un entorno bucal saludable y a prevenir el crecimiento de bacterias dañinas. El volumen salival diario varía entre 0.5 y 1.5 litros, con un flujo que aumenta durante la masticación, además, su función antimicrobiana protege la cavidad oral contra infecciones y la proliferación bacteriana. <sup>(44) (45) (46)</sup>

### **b) Fisiología de la Secreción Salival**

La secreción salival es un proceso complejo que implica varias etapas y la participación de múltiples estructuras y mecanismos fisiológicos. La fisiología de la secreción salival es un proceso complejo que involucra la detección de estímulos en la boca, la activación de las glándulas salivales a través de señales nerviosas, la producción y secreción de saliva, y la regulación del flujo salival para satisfacer las necesidades de la boca y el sistema digestivo. <sup>(44) (45) (46)</sup>

La secreción salival es un proceso regulado por diversos estímulos, como la presencia, el olor o el sabor de los alimentos, la estimulación mecánica de la mucosa oral, señales psicológicas y la actividad nerviosa. Los nervios sensoriales en la boca detectan estos estímulos y envían señales al sistema nervioso central, que a su vez activa las glándulas salivales principales (parótidas, submandibulares y sublinguales) para iniciar la producción de saliva. Este proceso involucra la acción de células glandulares que transfieren agua e iones bajo la influencia de hormonas y neurotransmisores. La saliva generada contiene agua, electrolitos, enzimas como la amilasa, mucinas, proteínas y compuestos antimicrobianos, cuya composición varía según el tipo de glándula activada y el estímulo recibido. Además, el flujo salival aumenta durante la masticación y la alimentación, facilitando la digestión y lubricación de los alimentos. <sup>(44) (45) (46)</sup>

### **2.2.5 Sialometría**

La sialometría es el estudio cuantitativo de la secreción salivar, que implica la recolección y medición precisa de la saliva producida por las glándulas salivales durante un período de tiempo específico. Se puede realizar tanto en condiciones de reposo como estimulada, utilizando diferentes métodos de recolección de saliva. <sup>(44) (45) (46)</sup>

Esta técnica se emplea para medir la cantidad de saliva producida por las glándulas salivales en un período de tiempo determinado. La medición del flujo salival es importante en el diagnóstico y seguimiento de diversas condiciones médicas que afectan la producción de saliva. <sup>(44) (45) (46)</sup>

La técnica sialométrica, reviste importancia en el diagnóstico y seguimiento de diversas condiciones médicas, incluyendo trastornos de las glándulas salivales (hiposalivación o la hipersalivación), enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren), trastornos neurológicos (parálisis de Bell), y efectos secundarios de ciertos medicamentos o tratamientos (radioterapia en la región de la cabeza y el cuello). Además, es útil en la evaluación de la función salival antes y después de cirugías orales o tratamientos médicos. <sup>(44) (45) (46)</sup>



### a) Métodos de valoración

Los métodos empleados para realizar las pruebas de sialometría, son:

- **Recogida no estimulada de saliva:** El paciente escupe la saliva acumulada en la boca en un recipiente durante un período de tiempo determinado, generalmente 5 minutos. Esta técnica mide la producción de saliva en condiciones de reposo, recolectando el flujo salival no estimulado (FSnE). <sup>(44)</sup>  
<sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup>
- **Recogida estimulada de saliva:** Se utiliza un agente estimulante, como ácido cítrico o goma de mascar, para aumentar la producción de saliva, y luego se recoge la saliva producida en un recipiente durante un período de tiempo especificado. Esta técnica mide la producción de saliva en condiciones de estímulo, recolectando el Flujo salival estimulado (FSE). <sup>(44)</sup>  
<sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup>

### b) Escalas valorativas:

Las escalas valorativas se utilizan para interpretar los resultados de las pruebas de sialometría y clasificar la producción de saliva de acuerdo con rangos específicos. Estas escalas pueden variar según el método de medición y los criterios utilizados, pero comúnmente clasifican la producción de saliva como normal, disminuida o aumentada, dependiendo de los valores obtenidos en la prueba. <sup>(44)</sup> <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup>

La sialometría es una herramienta importante en el diagnóstico y seguimiento de trastornos relacionados con la producción de saliva, y puede realizarse mediante diferentes métodos de recolección de saliva, con el objetivo de evaluar la función de las glándulas salivales y proporcionar información útil para el manejo clínico de diversas condiciones médicas. <sup>(44)</sup> <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup>

### 2.2.6 Relación de los fármacos con la xerostomía

La prescripción de fármacos entre adultos mayores se ha incrementado en las últimas décadas, lo que implica, el incremento de efectos secundarios no

deseados, uno de estos es la reducción del flujo salival (hiposalivación), la cual es regulada por el sistema nervioso central (simpaticomimético), este influenciado por factores endógenos (fisiopatológicos) y exógenos (farmacológicos). (16) (41) (50)

La xerostomía condicionada por el empleo de medicamentos, altera la composición, características y segregación del flujo salival denominando a esta condición xerostomía secundaria farmacológica. (16) (41) (50)

El empleo de fármacos para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores requiere tener conocimiento adecuado de los efectos secundarios, puesto que, en este grupo demográfico las interacciones medicamentosas generan efectos adversos como la xerostomía. (28) (41) (50)

Los fármacos que con mayor frecuencia inducen a la hiposalivación y xerostomía por su uso continuo son los antihipertensivos, medicamentos para la incontinencia urinaria, antihistamínicos, corticoides, relajantes musculares, descongestionantes, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos y sedantes. Estos fármacos prescritos por facultativo competente para el tratamiento de una o múltiples afecciones de salud tienen como efecto secundario la xerostomía. (39) (16) (29)

Existe una relación de más de 400 medicamentos descritos asociados a esta sintomatología (síndrome de la boca seca), siendo la xerostomía el efecto secundario que más incomoda a los adultos mayores que emplean más de un fármaco para el tratamiento de sus condiciones médicas (Anexo II: Cuadro 03). (15) (35) (51)

La sintomatología de la xerostomía varía según su gravedad y puede ser un efecto secundario temporal o persistente. Si alguien experimenta sequedad bucal mientras toma medicamentos, es recomendable que lo comunique a su médico u odontólogo, para que puedan evaluar la situación y si necesario, ajustar el régimen de medicamentos o proporcionar recomendaciones para aliviar la sintomatología prevalente ocasionada por la sequedad bucal. (18) (16) (41)

## 2.2.7 Adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adultos mayores como aquellas personas que han alcanzado los 60 años de edad o más. Sin embargo, en muchos contextos, especialmente en países de ingresos medios y altos, la definición puede variar debido a diferencias en la esperanza de vida y las condiciones socioeconómicas. A nivel global, este grupo etario está en crecimiento, y se espera que la proporción de este grupo demográfico aumente significativamente en las próximas décadas. Es la población objeto de estudio en el presente proyecto de investigación. <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>

### a) Clasificación de los adultos mayores según el MINSA

- **Persona adulta mayor activa saludable**

Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal. El objetivo fundamental en este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. <sup>(52)</sup> <sup>(53)</sup>

- **Persona adulta mayor enferma**

Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de persona adulta mayor frágil o paciente geriátrico.

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. <sup>(52)</sup> <sup>(53)</sup>

- **Persona adulta mayor frágil**

Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones: <sup>(52)</sup> <sup>(53)</sup>

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según el Índice de Katz que mide el grado de dependencia física de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

- Deterioro cognitivo leve o moderado, según el Test de Pfeiffer que evalúa el grado de deterioro cognitivo de una persona
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage que se utiliza para detectar síntomas depresivos en adultos mayores.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar que permite detectar situaciones de riesgo o problemática social en personas mayores de 65 años o más que viven en un entorno comunitario.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial, como déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28

El objetivo principal para las personas adultas mayores frágiles es la prevención y la atención, dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. <sup>(52)</sup> <sup>(53)</sup>

- **Paciente Geriátrico Complejo**

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones: <sup>(52)</sup> <sup>(53)</sup>

- Edad: 80 años a más
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo

- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal, como: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

El objetivo principal para el paciente geriátrico complejo, es la prevención y la atención, según requerimiento clínico. <sup>(52)</sup> <sup>(53)</sup>

### **b) Algunos indicadores sobre los adultos mayores en el Perú.**

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI - 2023), describe algunos rasgos demográficos, de la población de 60 a más años de edad. <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>

En relación al proceso de envejecimiento de la población peruana, se aprecia el aumento de la proporción de la población adulta mayor del 5.7% (1950), 12.7% (2002) al 13,8% (2023). Este grupo demográfico, según el INEI, se organiza en los siguientes intervalos etarios: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 y más, para estudios estadísticos. <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>

El 42.2% de los hogares del país tiene entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad, y del total de hogares del país, el 27.2% tiene como jefe de hogar a un adulto mayor, siendo conducidos por mujeres (28.9%) y por varones (26.3%). El 80.3% de la población adulta mayor del país presenta algún problema de salud crónico (85.3% femenina y 74.7% masculina), en todos los ámbitos geográficos una menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónico. <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>

El 38.0% de la población adulta mayor con algún problema de salud busco atención de salud, de este grupo el 11,6% buscó atención en farmacia o botica, el 10,7% acudió a establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa), el 8,0% en establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud) y el 5,6% fue a un consultorio privado. El 92.1% (2023) de los adultos mayores tienen algún tipo de seguro de salud. Según tipo de seguro de salud, el 37.8% de los adultos mayores acceden solo a EsSalud y el 48.3% solo al Seguro Integral de Salud. <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>

### 2.2.8 Enfermedades geriátricas crónicas no transmisibles

En las últimas décadas, los cambios demográficos a nivel mundial han provocado una transformación en la pirámide poblacional, destacándose un notable incremento en la población adulta mayor. Proyecciones de la OMS, estiman que entre el 2000 al 2050 esta población se duplicará, pasando del 11% al 22% de la población mundial. En el Perú el incremento de este grupo etario, entre 1950 al 2002, fue en el orden del 5.7% al 12.7% de la población general. Actualmente este porcentaje está en el orden del 13.8%, con estimaciones de llegar al 25% de la población en el 2050 (INEI-2023) y entre el 36.3% al 40.0% para el 2100 (ONU). <sup>(35) (54) (55)</sup>

El crecimiento de la población adulta mayor en la sociedad moderna se refleja en el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como en el incremento de patrones de morbilidad discapacitante y mortalidad que impactan a este grupo demográfico. <sup>(35) (54) (55)</sup>

Las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen la principal causa de morbimortalidad en individuos adultos mayores, estas patologías constituyen uno de los mayores retos de los sistemas de salud a nivel mundial, tienen como origen, un conjunto de factores de riesgo como el tabaquismo, la exposición pasiva al humo de tabaco, un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, obesidad y el consumo nocivo de alcohol, entre otros (OMS). <sup>(54) (55) (56)</sup>

Estas enfermedades crónicas no transmisibles como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas ocasionan 41 millones de fallecimientos cada año, lo que equivale al 74% de todas las muertes a nivel mundial. Las enfermedades cardiovasculares provocan al año 17,9 millones de decesos; el cáncer 9,3 millones, las enfermedades respiratorias crónicas 4,1 millones y la diabetes 2,0 millones, incluidos los fallecimientos por nefropatía diabética (OMS). <sup>(54) (55) (56)</sup>

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) más comunes en adultos mayores incluyen la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, enfermedades

cardiovasculares, osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y demencia, especialmente Alzheimer, siendo su frecuencia mayor en este grupo debido al envejecimiento y acumulación de factores de riesgo. Estas enfermedades crónicas, caracterizadas por su larga duración y progresión lenta, representan la principal causa de muerte e incapacidad a nivel mundial, subrayando la importancia de su prevención y manejo adecuado para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. <sup>(54)</sup> <sup>(55)</sup> <sup>(56)</sup>

En el Perú, las enfermedades crónicas más comunes en los adultos mayores según MINSA-2022 son: <sup>(52)</sup> <sup>(53)</sup>

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Osteoartrosis
- Artritis reumatoidea
- Enfermedades cardiovasculares, como las cardiopatías isquémicas
- Dislipidemia
- Enfermedades cerebrovasculares

Al evaluar las tendencias de salud en países con poblaciones en proceso de envejecimiento se requiere un enfoque que trascienda los indicadores clásicos de mortalidad. Es esencial medir indicadores específicos de morbilidad, calidad de vida y funcionalidad que reflejen la carga de enfermedades crónicas, la discapacidad, y el bienestar psicológico y social de la población adulta mayor, este enfoque permite comprender mejor las necesidades de salud de los adultos mayores y evaluar la efectividad de las políticas y programas diseñados para este grupo etario (PAHO). <sup>(35)</sup> <sup>(54)</sup> <sup>(55)</sup>

## 2.3 DEFINICION DE TERMINOS

- Adulto Mayor. – Grupo demográfico, conformado por personas mayores de 60 a más años según la OMS.
- Balanza de precisión. - Instrumento de medición utilizado para determinar el peso de objetos con alta precisión, expresado en gramos.
- Biquer. – Elemento utilizado en sialometría para recolectar y medir la cantidad de saliva producida durante un tiempo específico.
- Enfermedad crónica no transmisible. - Afección de larga duración con una progresión generalmente lenta, prevalente en adultos mayores.
- Enfermedad periodontal. - Grupo de afecciones que dañan los tejidos que rodean y soportan los dientes, incluyendo las encías y el hueso alveolar.
- Flujo salival. - Cantidad de saliva secretada en un período de tiempo determinado, generalmente expresada en mililitros por minuto (ml/min).
- Geriatria. - Rama de la medicina que se ocupa de la prevención, asistencia y recuperación funcional de las enfermedades presentes en adultos mayores.
- Incidencia. – Definición epidemiológica, número de casos nuevos de una enfermedad en una población durante un período de tiempo específico.
- Odontogeriatría. – Especialidad de la odontología que se encarga de tratar los problemas bucodentales de las personas adultas mayores.
- Polifarmacia. – Es el consumo simultáneo de 2 o más medicamentos para el tratamiento de condiciones médicas crónicas. Clasificada: menor y mayor.
- Prevalencia. – Definición epidemiológica, número de casos que afectan a una población de individuos en un lugar y tiempo determinado.
- Tarar. – Proceso de ajustar una balanza o una báscula para que reste el peso del recipiente o el envase y solo muestre el peso neto del contenido.
- Saliva. - La saliva es un líquido biológico secretado por las glándulas salivales en la cavidad oral, con funciones digestivas, lubricantes y protectoras.
- Sialometría. - Proceso de valoración cuantitativa del flujo salival, que permite medir la cantidad de saliva producida en un tiempo determinado.
- Xerostomía. - Sensación persistente de sequedad en la boca debido a la disminución de la producción de saliva.



## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

En cuanto a su alcance, la investigación es de tipo correlacional, dado que su objetivo principal fue explorar e identificar posibles relaciones o asociaciones entre las variables de interés. <sup>(57) (58) (59)</sup>

En cuanto a su enfoque metodológico, el proyecto de investigación adoptó un enfoque cuantitativo. Esto se debió a que se llevaron a cabo mediciones numéricas y cuantificables en las variables de interés. Este enfoque permitió analizar de manera objetiva y estadística la relación entre las variables, proporcionando una base sólida para la interpretación de los resultados. <sup>(57) (58)</sup>  
(60)

En cuanto a su diseño, el estudio se clasificó como no experimental, transversal y prospectivo. Fue no experimental ya que no implicó la manipulación deliberada de las variables de estudio; este enfoque permitió una comprensión más descriptiva y observacional de la relación entre las variables sin realizar cambios deliberados en su configuración. Además, se caracterizó como un estudio transversal y prospectivo, puesto que se realizaron mediciones en un único momento temporal específico. <sup>(57) (58) (59)</sup>

### **3.2 POBLACION y MUESTRA**

#### **3.2.1 Población**

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores residentes del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco, que fueron 120 individuos de sexo masculino y femenino.

#### **3.2.2 Muestra**

La muestra adoptada fue no probabilística por conveniencia, seleccionada entre todos los residentes del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco que cumplieron con los criterios de selección (inclusión y exclusión) establecidos para el presente trabajo, alcanzando un total de 84 participantes.

### **3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.3.1 Criterio de inclusión**

- Adultos mayores, residentes del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco (CG-SFA).
- Adultos mayores, residentes del CG-SFA, con capacidad para brindar información veraz sobre su salud bucal y médica.
- Adultos mayores, residentes del CG-SFA, que den su consentimiento informado firmado para participar de modo voluntario del estudio.
- Adultos mayores, residentes del CG-SFA, con datos actualizados en la Historia clínica institucional.

#### **3.3.2 Criterio de Exclusión**

- Adultos mayores, residentes del CG-SFA, que presenten limitaciones físicas o psiquiátricas que no permitan la colecta de datos.
- Adultos mayores, residentes del CG-SFA, con enfermedades neurológicas degenerativas que dificulten la comunicación o el entendimiento del estudio.
- Adultos mayores, residentes del CG-SFA, que hayan sido sometidos a cirugía oral mayor en los últimos tres meses.
- Adultos mayores, residentes del CG-SFA, que estén bajo tratamiento de radioterapia en la región bucal.

### **3.4 VARIABLES**

- **Variable Independiente:** Polifarmacia
- **Variable dependiente:** Xerostomía
- **Co-variables:** Sexo y edad

### 3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLE INDEPENDIENTE | DEFINICION CONCEPTUAL                                                                                                                                                   | NATURALEZA  | FORMA DE MEDICIÓN | INDICADOR                                                                            | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN                                                                                                | PROCEDIMIENTO DE MEDICION                                                                        | EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       | DEFINICIÓN OPERACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Polifarmacia</b>    | La polifarmacia es el uso simultáneo de múltiples medicamentos para el tratamiento de condiciones médicas.                                                              | Cualitativa | Indirecta         | Número total de medicamentos ingeridos por día durante un tiempo mínimo de 6 semanas | Ordinal            | Historia Clínica                                                                                                       | Recopilación de datos farmacológicos consignados en la historia clínica institucional del CG-SFA | Se medirá considerando:<br>N° medicamentos ingeridos por día (≥ 6 semanas)<br>• 2 – 4 menor<br>• ≥ 5 mayor                                                                                                                                                                                           | Consumo de 2 o más medicamentos diarios, por un tiempo mínimo de 6 semanas continuas (polifarmacia). Se evalúa según el número total de medicamentos ingeridos por día en: polifarmacia mayor y polifarmacia menor.                                                                  |
| VARIABLE DEPENDIENTE   | DEFINICION CONCEPTUAL                                                                                                                                                   | NATURALEZA  | FORMA DE MEDICIÓN | INDICADOR                                                                            | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN                                                                                                | PROCEDIMIENTO DE MEDICION                                                                        | EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE                                                                                                                                                                                                                                                                       | DEFINICIÓN OPERACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Xerostomía</b>      | La xerostomía es la sensación de sequedad en la boca, causada por la disminución en la producción de saliva. medido a través del volumen del flujo salival recolectado. | Cualitativa | Directa           | Volumen del flujo salival (VFS) expresado en: ml/min                                 | Ordinal            | Escala de valoración Sialométrica:<br><br>• Flujo salival no estimulado (FSnE)<br><br>• Flujo salival estimulado (FSE) | Recolección y registro del Volumen de flujo salival en adultos mayores del CG-SFA                | Se medirá considerando Valoración de flujo salival:<br><br><b>Flujo salival no estimulado (FSnE):</b><br>• Leve: < 0.3 ml/min<br>• Moderado: 0.25-0.1<br>• Severo: < 0.1 ml/min<br><br><b>Flujo salival estimulado (FSE):</b><br>• Leve: < 1 ml/min<br>• Moderado: 0.7-0.5<br>• Severo: < 0.5 ml/min | Sensación de sequedad en la cavidad bucal (xerostomía). La evaluación se realiza midiendo el flujo salival, recolectado en condiciones no estimuladas (FSnE) y estimuladas (FSE), clasificándose en grados: leve, moderado o severo según los parámetros de referencia establecidos. |

| CO-VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL                                                                                                                                   | NATURALEZA   | FORMA DE MEDICIÓN | INDICADOR                                                                                  | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | PROCEDIMIENTO DE MEDICION                             | EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE                                                                                                         | DEFINICIÓN OPERACIONAL                                                                        |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sexo</b> | Características físicas y fisiológicas que distinguen a los individuos por sexo masculino y femenino.                                                   | Cualitativa  | Indirecta         | Categorización del individuo como:<br>• Masculino<br>• Femenino                            | Nominal            | DNI                     | Registro de datos del Documento nacional de Identidad | Se expresará mediante la identificación del sexo:<br>• Masculino<br>• Femenino                                                         | Se operacionalizará de modo binomial según expresión genotípica en sexo masculino y femenino. |
| CO-VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL                                                                                                                                   | NATURALEZA   | FORMA DE MEDICIÓN | INDICADOR                                                                                  | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | PROCEDIMIENTO DE MEDICION                             | EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE                                                                                                         | DEFINICIÓN OPERACIONAL                                                                        |
| <b>Edad</b> | Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente, expresado en años, meses y días, vinculado al proceso de envejecimiento del individuo. | Cuantitativa | Indirecta         | Se expresará a través de la edad cronológica, medida en años completos desde el nacimiento | Intervalo          | DNI                     | Registro de datos del Documento nacional de Identidad | <b>Intervalo de años cumplidos por grupos etarios:</b><br>• 60-64<br>• 65-69<br>• 70-74<br>• 75-79<br>• 80-84<br>• 85-89<br>• 90 a más | Posición cronológica de una persona en su ciclo vital, expresado en años cumplidos.           |

## **3.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE COLECTA DE DATOS**

### **3.6.1 Técnica**

En el contexto de la investigación, se emplearon dos técnicas específicas: la técnica documental y la técnica observacional.

La técnica documental se utilizó para acceder y analizar las historias clínicas almacenadas en el Centro Gerontológico San Francisco de Asís. Estas historias clínicas proporcionaron información valiosa sobre el historial médico de los participantes, abordando aspectos relevantes para la investigación y brindando una visión integral de la salud de cada individuo.

La técnica observacional fue implementada para evaluar la presencia de xerostomía. Para este propósito, se empleó una técnica observacional mediante el uso de la Sialometría, la cual permitió medir y cuantificar la producción salival de los participantes. Esta técnica observacional se llevó a cabo en un entorno controlado y metódico para garantizar resultados precisos.

### **3.6.2 Instrumento**

Se empleó para el estudio la “Ficha de Recolección de Datos”, instrumento elaborado por el investigador, el cual consignó los datos obtenidos de la Historia Clínica Institucional del Centro Gerontológico y los datos registrados del flujo salival de los participantes (Anexo II).

La “Ficha de Recolección de Datos” fue una herramienta diseñada específicamente para capturar la información relevante relacionada con la polifarmacia y la presencia de xerostomía en los pacientes geriátricos del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco. Esta contuvo categorías y variables cuidadosamente seleccionadas para abordar los objetivos de la investigación, permitiendo una recopilación sistemática y estructurada de los datos, y fue elaborada por el investigador (Anexo II).

### **3.7 PROCEDIMIENTO**

Los procedimientos a seguir para el cumplimiento de los objetivos del presente trabajo son clasificados entre administrativos y operacionales

#### **3.7.1 Procedimientos administrativos**

Se realizaron los siguientes pasos (Anexo III):

- Elaboración del Proyecto de Investigación
- Documento dirigido a la Comisión de investigación permanente (CIP) para solicitar la inscripción del tema del Proyecto de investigación y aceptación del asesor de tesis.
- Ampliación y mejoramiento del proyecto de tesis
- Orientaciones y correcciones periódicas por el asesor
- Actualización del cronograma de actividades.
- Trámites administrativos para evaluación por el Jurado A50
- Solicitación de permisos respectivos para recopilación de datos:
  - Beneficencia Pública del Cusco
  - Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco.
- Realizar el proceso de recolección de datos en el CG SFA
- Análisis estadístico e interpretación de resultados
- Correcciones realizadas por el asesor
- Trámites para el jurado A-100
- Levantamiento de observaciones del jurado A100
- Trámites para defensa de Tesis
- Defensa de tesis ante el Jurado B

#### **3.7.2 Procedimientos operacionales**

Se realizaron los siguientes pasos:

- Explicar el objetivo del estudio a los participantes
- Obtener el consentimiento informado de los participantes observando los criterios de inclusión y exclusión.

- Recopilar información sobre el tipo de medicamentos que cada participante emplea y de las enfermedades crónicas de las que adolece mediante entrevista personal y la historia clínica institucional.
- Seleccionar un momento específico del día para realizar las pruebas, de preferencia al medio día antes del almuerzo entre las 9 am y medio día.
- El procedimiento previo consiste en tarar la balanza (descontando el peso de las torundas de algodón y el peso del vaso Biquier) y se procede a registrar el peso de la saliva colectada en mg.
- Medir la cantidad de saliva inicial para establecer una línea base con un cronómetro durante 5 minutos (flujo salival no estimulado).
- Asignar las pastillas de parafina (dulces ácidos o chicle) a los participantes.
- Administrar la pastilla de parafina sublingual a cada participante (3 min) y comenzar la recolección de saliva controlando el tiempo con un cronómetro durante 5 minutos (flujo salival estimulado).
- Recolectar la saliva mediante la colección de las torundas de algodón o gasa de la cavidad oral y depositar estas en los recipientes previamente graduados (vaso Biquier).
- Pesar la saliva recolectada (torundas de algodón) en la balanza digital de precisión y calcular el flujo salival en (ml/min).
- El valor obtenido se convierte a ml ( $1\text{ml}=1000\text{mg}$ ) para realizar los cálculos
- Anotar los datos en la ficha de recolección de datos.
- Evaluar la calidad de la saliva mediante análisis sialométricos.
- Comparar los resultados entre los diferentes grupos de polifarmacia.
- Analizar estadísticamente los datos obtenidos para identificar correlaciones significativas.

### **3.8 ANALISIS DE DATOS**

La totalidad de la información recopilada a través de los instrumentos fue ingresada y organizada en una hoja de cálculo en Excel 2023, posteriormente, se procedió a tabular los datos en el software SPSS versión 27 para llevar a cabo un análisis estadístico detallado.

En la fase inicial del análisis, se empleó estadística descriptiva para obtener una visión general de ambas variables en estudio, este enfoque, permitió explorar las características fundamentales de los datos, como tendencias centrales, dispersión y distribuciones.

En una segunda fase, se aplicó la correlación de Spearman a datos no agrupados para determinar la relación existente y el tipo de asociación entre las variables. La correlación de Spearman proporcionó un coeficiente que cuantificó la fuerza y la dirección de la relación lineal entre la polifarmacia y la xerostomía en la población de estudio.

Este proceso analítico no solo brindó una comprensión más profunda de la relación entre las variables, sino que también permitió identificar posibles patrones o tendencias que resultaron cruciales para la interpretación de los resultados. La combinación de técnicas estadísticas descriptivas y correlacionales contribuyó a la solidez y la fiabilidad de los hallazgos en este estudio.



## CAPITULO IV: RESULTADOS

### 4.1 Resultados para los objetivos específicos

#### 4.1.1 Objetivo específico 01:

**Tabla 1: Nivel de polifarmacia de los adultos mayores según edad y sexo**

09-27 setiembre  
CG SFA

|                      |      | POLIFARMACIA |      |             |             |       |      |             |             |             |     |            |            |       |      |              |
|----------------------|------|--------------|------|-------------|-------------|-------|------|-------------|-------------|-------------|-----|------------|------------|-------|------|--------------|
|                      |      | MAYOR        |      |             |             | MENOR |      |             |             | NO PRESENTA |     |            |            | TOTAL |      |              |
| EDAD                 | SEXO | f            | %    | %fr         | %Σ          | f     | %    | %fr         | %Σ          | f           | %   | %fr        | %Σ         | N     | %    | %Σ           |
| <b>60 a 64 años</b>  | M    | 2            | 2,4  | 3,6         | <b>4,8</b>  | 0     | 0,0  | 0,0         | <b>1,2</b>  | 0           | 0,0 | 0,0        | <b>0,0</b> | 2     | 2,4  | <b>6,0</b>   |
|                      | F    | 2            | 2,4  | 3,6         |             | 1     | 1,2  | 4,0         |             | 0           | 0,0 | 0,0        |            | 3     | 3,6  |              |
| <b>65 a 69 años</b>  | M    | 3            | 3,6  | 5,4         | <b>9,5</b>  | 2     | 2,4  | 8,0         | <b>2,4</b>  | 1           | 1,2 | 33,3       | <b>2,4</b> | 6     | 7,1  | <b>14,3</b>  |
|                      | F    | 5            | 6,0  | 8,9         |             | 0     | 0,0  | 0,0         |             | 1           | 1,2 | 33,3       |            | 6     | 7,1  |              |
| <b>70 a 74 años</b>  | M    | 7            | 8,3  | 12,5        | <b>9,5</b>  | 2     | 2,4  | 8,0         | <b>2,4</b>  | 0           | 0,0 | 0,0        | <b>0,0</b> | 9     | 10,7 | <b>11,9</b>  |
|                      | F    | 1            | 1,2  | 1,8         |             | 0     | 0,0  | 0,0         |             | 0           | 0,0 | 0,0        |            | 1     | 1,2  |              |
| <b>75 a 79 años</b>  | M    | 8            | 9,5  | 14,3        | <b>10,7</b> | 4     | 4,8  | 16,0        | <b>7,1</b>  | 1           | 1,2 | 33,3       | <b>1,2</b> | 13    | 15,5 | <b>19,0</b>  |
|                      | F    | 1            | 1,2  | 1,8         |             | 2     | 2,4  | 8,0         |             | 0           | 0,0 | 0,0        |            | 3     | 3,6  |              |
| <b>80 a 84 años</b>  | M    | 7            | 8,3  | 12,5        | <b>13,1</b> | 6     | 7,1  | 24,0        | <b>9,5</b>  | 0           | 0,0 | 0,0        | <b>0,0</b> | 13    | 15,5 | <b>22,6</b>  |
|                      | F    | 4            | 4,8  | 7,1         |             | 2     | 2,4  | 8,0         |             | 0           | 0,0 | 0,0        |            | 6     | 7,1  |              |
| <b>85 a 89 años</b>  | M    | 3            | 3,6  | 5,4         | <b>14,3</b> | 4     | 4,8  | 16,0        | <b>7,1</b>  | 0           | 0,0 | 0,0        | <b>0,0</b> | 7     | 8,3  | <b>21,4</b>  |
|                      | F    | 9            | 10,7 | 16,1        |             | 2     | 2,4  | 8,0         |             | 0           | 0,0 | 0,0        |            | 11    | 13,1 |              |
| <b>90 a más años</b> | M    | 2            | 2,4  | 3,6         | <b>4,8</b>  | 0     | 0,0  | 0,0         | <b>0,0</b>  | 0           | 0,0 | 0,0        | <b>0,0</b> | 2     | 2,4  | <b>4,8</b>   |
|                      | F    | 2            | 2,4  | 3,6         |             | 0     | 0,0  | 0,0         |             | 0           | 0,0 | 0,0        |            | 2     | 2,4  |              |
| <b>TOTAL</b>         | M    | 32           | 38,1 | <b>61,5</b> | <b>66,7</b> | 18    | 21,4 | <b>34,6</b> | <b>29,8</b> | 2           | 2,4 | <b>3,8</b> | <b>3,6</b> | 52    | 61,9 | <b>100,0</b> |
|                      | F    | 24           | 28,6 | <b>75,0</b> |             | 7     | 8,3  | <b>21,9</b> |             | 1           | 1,2 | <b>3,1</b> |            | 32    | 38,1 |              |

Donde: f= Frecuencia de adultos mayores; %= porcentaje; %fr= porcentaje frecuencia relativa polifarmacia; %ΣAcumulado. Fuente: Datos propios de la investigación

### **Interpretación:**

La tabla 1: analiza el nivel de polifarmacia de los adultos mayores según edad y sexo, donde se evidencia que la polifarmacia mayor representa el 66.7% del total de la muestra, y en la distribución por edad el grupo etario con mayor frecuencia de polifarmacia mayor es de 85 a 89 años (14.3 % del total), seguido por el grupo etario de 80 a 84 años (13.1% del total). La menor frecuencia de polifarmacia mayor se observa en los grupos de 60 a 64 años y 90 años o más (4.8% en ambos casos). En la distribución por sexo se muestra que los varones representan el 38.1% de los casos de polifarmacia mayor (que constituye el 61.5% dentro de su grupo), mientras que las mujeres representan el 28.6% del total de la muestra (que constituye el 75.0% dentro de su grupo).

En cuanto a la polifarmacia menor representa el 29.8% del total de la muestra, donde la distribución por edad evidencia que el grupo con mayor frecuencia de polifarmacia menor está entre los 80 a 84 años (9.5% del total), seguido por los de 85 a 89 años (7.5% del total). Los grupos con menor frecuencia de polifarmacia menor son los de 65 a 69 años (2.4% del total) y 60 a 64 años (1.2% del total). En la distribución por sexo se muestra que los varones representan el 21.4% de la muestra total (que constituye el 34.6% dentro de su grupo), mientras que las mujeres representan el 8.3% de la muestra total (que conforma el 21.9% dentro de su grupo).

#### 4.1.2 Objetivo específico 02:

**Tabla 2: Nivel de xerostomía de los adultos mayores según edad y sexo**

09-27 setiembre  
CG SFA

|               |      | XEROSTOMIA |      |      |      |          |      |      |      |      |     |      |      |        |      |      |      |       |      |       |
|---------------|------|------------|------|------|------|----------|------|------|------|------|-----|------|------|--------|------|------|------|-------|------|-------|
|               |      | SEVERA     |      |      |      | MODERADA |      |      |      | LEVE |     |      |      | NORMAL |      |      |      | TOTAL |      |       |
| EDAD          | SEXO | f          | %    | %fr  | %Σ   | f        | %    | %fr  | %Σ   | f    | %   | %fr  | %Σ   | f      | %    | %fr  | %Σ   | N     | %    | %Σ    |
| 60 a 64 años  | M    | 1          | 1,2  | 5,6  | 3,6  | 0        | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 1    | 1,2 | 9,1  | 1,2  | 0      | 0,0  | 0,0  | 1,2  | 2     | 2,4  | 6,0   |
|               | F    | 2          | 2,4  | 11,1 |      | 0        | 0,0  | 0,0  |      | 0    | 0,0 | 0,0  |      | 1      | 1,2  | 9,1  |      | 1     | 1,2  |       |
| 65 a 69 años  | M    | 2          | 2,4  | 11,1 | 4,8  | 0        | 0,0  | 0,0  | 3,6  | 3    | 3,6 | 27,3 | 3,6  | 1      | 1,2  | 9,1  | 2,4  | 6     | 7,1  | 14,3  |
|               | F    | 2          | 2,4  | 11,1 |      | 3        | 3,6  | 10,7 |      | 0    | 0,0 | 0,0  |      | 1      | 1,2  | 9,1  |      | 6     | 7,1  |       |
| 70 a 74 años  | M    | 2          | 2,4  | 11,1 | 2,4  | 5        | 6,0  | 17,9 | 6,0  | 1    | 1,2 | 9,1  | 2,4  | 1      | 1,2  | 9,1  | 1,2  | 9     | 10,7 | 11,9  |
|               | F    | 0          | 0,0  | 0,0  |      | 0        | 0,0  | 0,0  |      | 1    | 1,2 | 9,1  |      | 0      | 0,0  | 0,0  |      | 1     | 1,2  |       |
| 75 a 79 años  | M    | 4          | 4,8  | 22,2 | 6,0  | 5        | 6,0  | 17,9 | 8,3  | 2    | 2,4 | 18,2 | 2,4  | 2      | 2,4  | 18,2 | 2,4  | 13    | 15,5 | 19,0  |
|               | F    | 1          | 1,2  | 5,6  |      | 2        | 2,4  | 7,1  |      | 0    | 0,0 | 0,0  |      | 0      | 0,0  | 0,0  |      | 3     | 3,6  |       |
| 80 a 84 años  | M    | 5          | 6,0  | 27,8 | 9,5  | 5        | 6,0  | 17,9 | 8,3  | 1    | 1,2 | 9,1  | 2,4  | 2      | 2,4  | 18,2 | 2,4  | 13    | 15,5 | 22,6  |
|               | F    | 3          | 3,6  | 16,7 |      | 2        | 2,4  | 7,1  |      | 1    | 1,2 | 9,1  |      | 0      | 0,0  | 0,0  |      | 6     | 7,1  |       |
| 85 a 89 años  | M    | 2          | 2,4  | 11,1 | 9,5  | 2        | 2,4  | 7,1  | 7,1  | 0    | 0,0 | 0,0  | 1,2  | 3      | 3,6  | 27,3 | 3,6  | 7     | 8,3  | 21,4  |
|               | F    | 6          | 7,1  | 33,3 |      | 4        | 4,8  | 14,3 |      | 1    | 1,2 | 9,1  |      | 0      | 0,0  | 0,0  |      | 11    | 13,1 |       |
| 90 a más años | M    | 2          | 2,4  | 11,1 | 4,8  | 0        | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0    | 0,0 | 0,0  | 0,0  | 0      | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 2     | 2,4  | 4,8   |
|               | F    | 2          | 2,4  | 11,1 |      | 0        | 0,0  | 0,0  |      | 0    | 0,0 | 0,0  |      | 0      | 0,0  | 0,0  |      | 2     | 2,4  |       |
| TOTAL         | M    | 18         | 21,4 | 34,6 | 40,5 | 17       | 20,2 | 32,7 | 33,3 | 8    | 9,5 | 15,4 | 13,1 | 9      | 10,7 | 17,3 | 13,1 | 52    | 61,9 | 100,0 |
|               | F    | 16         | 19,1 | 50,0 |      | 11       | 13,1 | 34,4 |      | 3    | 3,6 | 9,4  |      | 2      | 2,4  | 6,3  |      | 32    | 38,1 |       |

Donde: f= Frecuencia de Adultos mayores; %= porcentaje; %fr= porcentaje frecuencia relativa xerostomía; %ΣAcumulado. Fuente: Datos propio de la investigación

### **Interpretación:**

La tabla 2: respecto al nivel de xerostomía de los adultos mayores según edad y sexo; el nivel de xerostomía severa representa el 40.5% del total de la muestra, donde la distribución por edad expresa que el grupo con mayor frecuencia de xerostomía severa corresponde a los grupos etarios de 80 a 84 años y 85 a 89 años (9.5% de total en ambos respectivamente) y 75 a 79 años (6.0% del total), que indica una relación directa entre la edad avanzada y la severidad de la xerostomía. En los grupos etarios menores, como los de 70 a 74 años (2.4%) y los de 60 a 64 años (3.6%), la xerostomía severa tiene una menor frecuencia. La distribución por sexo, muestra que las mujeres tienen una mayor proporción relativa de xerostomía severa, el 50.0% dentro de su grupo, frente al 34.6% en los varones.

En cuanto a la xerostomía moderada, esta representa el 33.3% del total de la muestra, donde la distribución por edad evidencia que la mayor frecuencia de xerostomía moderada se observa en los grupos etarios de 85 a 89 años (7.1% del total), seguido por los de 80 a 84 años y 75 a 79 años (8.3% del total en ambos respectivamente). Evidenciando que la xerostomía moderada también es más frecuente en los grupos de mayor edad. La distribución por sexo tanto en varones como en mujeres presenta una distribución semejante, los varones representan el 32.7% de los casos dentro de su grupo y las mujeres el 34.4% dentro de su grupo.

Respecto a la xerostomía leve, esta representa el 13.1% del total de la muestra donde la distribución por edad es más frecuente en los de 65 a 69 años (3.6% del total) y disminuye considerablemente en los grupos etarios mayores. Evidenciando que a mayor edad, la xerostomía tiende a ser más severa. En la distribución por sexo, los varones presentan una mayor proporción de xerostomía leve (15.4% dentro de su grupo) en comparación con las mujeres (9.4% dentro de su grupo).

#### 4.1.3 Objetivo específico 03:

**Tabla 3: Frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores según edad y sexo**

09-27 setiembre  
CG SFA

#### ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

| EDAD          | SEXO     | 1 A 3     |             |             |             | 4 A 6     |             |             |             | 7 o MAS  |            |            |            | TOTAL     |             |              |
|---------------|----------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|----------|------------|------------|------------|-----------|-------------|--------------|
|               |          | f         | %           | %fr         | %Σ          | f         | %           | %fr         | %Σ          | f        | %          | %fr        | %Σ         | N         | %           | %Σ           |
| 60 a 64 años  | M        | 2         | 2,4         | 5,0         | <b>4,8</b>  | 0         | 0,0         | 0,0         | <b>1,2</b>  | 0        | 0,0        | 0,0        | <b>0,0</b> | 2         | 2,4         | <b>6,0</b>   |
|               | F        | 2         | 2,4         | 5,0         |             | 1         | 1,2         | 2,4         |             | 0        | 0,0        | 0,0        |            | 3         | 3,6         |              |
| 65 a 69 años  | M        | 4         | 4,8         | 10,0        | <b>7,1</b>  | 2         | 2,4         | 4,8         | <b>7,1</b>  | 0        | 0,0        | 0,0        | <b>0,0</b> | 6         | 7,1         | <b>14,3</b>  |
|               | F        | 2         | 2,4         | 5,0         |             | 4         | 4,8         | 9,5         |             | 0        | 0,0        | 0,0        |            | 6         | 7,1         |              |
| 70 a 74 años  | M        | 4         | 4,8         | 10,0        | <b>6,0</b>  | 4         | 4,8         | 9,5         | <b>4,8</b>  | 1        | 1,2        | 50,0       | <b>1,2</b> | 9         | 10,7        | <b>11,9</b>  |
|               | F        | 1         | 1,2         | 2,5         |             | 0         | 0,0         | 0,0         |             | 0        | 0,0        | 0,0        |            | 1         | 1,2         |              |
| 75 a 79 años  | M        | 8         | 9,5         | 20,0        | <b>9,5</b>  | 5         | 6,0         | 11,9        | <b>9,5</b>  | 0        | 0,0        | 0,0        | <b>0,0</b> | 13        | 15,5        | <b>19,0</b>  |
|               | F        | 0         | 0,0         | 0,0         |             | 3         | 3,6         | 7,1         |             | 0        | 0,0        | 0,0        |            | 3         | 3,6         |              |
| 80 a 84 años  | M        | 8         | 9,5         | 20,0        | <b>10,7</b> | 4         | 4,8         | 9,5         | <b>10,7</b> | 1        | 1,2        | 50,0       | <b>1,2</b> | 13        | 15,5        | <b>22,6</b>  |
|               | F        | 1         | 1,2         | 2,5         |             | 5         | 6,0         | 11,9        |             | 0        | 0,0        | 0,0        |            | 6         | 7,1         |              |
| 85 a 89 años  | M        | 4         | 4,8         | 10,0        | <b>8,3</b>  | 3         | 3,6         | 7,1         | <b>13,1</b> | 0        | 0,0        | 0,0        | <b>0,0</b> | 7         | 8,3         | <b>21,4</b>  |
|               | F        | 3         | 3,6         | 7,5         |             | 8         | 9,5         | 19,0        |             | 0        | 0,0        | 0,0        |            | 11        | 13,1        |              |
| 90 a más años | M        | 0         | 0,0         | 0,0         | <b>1,2</b>  | 2         | 2,4         | 4,8         | <b>3,6</b>  | 0        | 0,0        | 0,0        | <b>0,0</b> | 2         | 2,4         | <b>4,8</b>   |
|               | F        | 1         | 1,2         | 2,5         |             | 1         | 1,2         | 2,4         |             | 0        | 0,0        | 0,0        |            | 2         | 2,4         |              |
| <b>TOTAL</b>  | <b>M</b> | <b>30</b> | <b>35,7</b> | <b>57,7</b> | <b>47,6</b> | <b>20</b> | <b>23,8</b> | <b>38,5</b> | <b>50,0</b> | <b>2</b> | <b>2,4</b> | <b>5,2</b> | <b>2,4</b> | <b>52</b> | <b>61,9</b> | <b>100,0</b> |
|               | <b>F</b> | <b>10</b> | <b>11,9</b> | <b>31,3</b> |             | <b>22</b> | <b>26,2</b> | <b>68,8</b> |             | <b>0</b> | <b>0,0</b> | <b>0,0</b> |            | <b>32</b> | <b>38,1</b> |              |

Donde: f= Frecuencia de Adultos mayores; %= porcentaje; %f= porcentaje frecuencia relativa ECNT; %ΣAcumulado. Fuente: Datos propio de la investigación

### **Interpretación:**

La tabla 3: Referente a la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores según edad y sexo, el número de enfermedades crónicas no transmisibles entre 1 a 3 representan en 47.6% del total de la muestra, donde la distribución por edad evidencia que la mayor proporción de adultos mayores con 1 a 3 ECNT se encuentra en los grupos etarios de 80 a 84 años (10.7% del total) y 85 a 89 años (8.3% del total). Los grupos de adultos mayores con edades menores, como 60 a 64 años, presentan una menor proporción (4.8% del total). En la distribución por sexo se observa que los varones tienen una mayor frecuencia relativa (57.7% dentro de su grupo) en relación a las mujeres (31.3% dentro de su grupo).

En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles entre 4 a 6, representan el 50.0% del total de la muestra, donde la distribución por edad evidencia que este rango de enfermedades es más frecuente en los grupos etarios de 85 a 89 años (13.1% del total) y de 80 a 84 años (10.7% del total), mostrando un aumento significativo en las condiciones crónicas con el avance de la edad. En edades menores, como 70 a 74 años (4.8% del total) y 60 a 64 años (1.2% del total), esta categoría disminuye. Según la distribución por sexo, las mujeres tienen una mayor proporción relativa (68.8% dentro de su grupo) en comparación con los varones (38.5% dentro de su grupo).

Respecto a la muestra que padece de 7 o más enfermedades crónicas no transmisibles representa el 2.4% del total de la muestra, donde la distribución por edad evidencia que la mayor concentración de individuos aparece en los grupos de 70 a 74 años y 80 a 84 años (1.2% del total en ambos). Según la distribución por sexo se evidencia que solo los varones reportan casos en esta categoría (5.2% dentro de su grupo).

#### 4.1.4 Objetivo específico 04:

**Tabla 4: Relación entre enfermedades crónicas no transmisibles y polifarmacia en adultos mayores según edad y sexo**

| 09-27 setiembre<br>CG SFA |                                              | Enfermedades<br>crónicas no<br>transmisibles | Polifarmacia | Edad   | Sexo   |        |
|---------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|--------|--------|--------|
| Rho de Spearman           | Enfermedades<br>crónicas no<br>transmisibles | Coefficiente de<br>correlación               | 1,000        | ,652** | ,615** | ,683** |
|                           |                                              | Sig. (bilateral)                             | .            | ,000   | ,000   | ,000   |
|                           |                                              | N                                            | 84           | 84     | 84     | 84     |
|                           | Polifarmacia                                 | Coefficiente de<br>correlación               | ,652**       | 1,000  | ,589** | ,709** |
|                           |                                              | Sig. (bilateral)                             | ,000         | .      | ,000   | ,000   |
|                           |                                              | N                                            | 84           | 84     | 84     | 84     |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

#### Interpretación:

La tabla 4, muestra la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la polifarmacia mediante los valores de correlación de Spearman, evidenciándose una correlación positiva fuerte ( $r= 0.652$ ) y estadísticamente significativa ( $p= 0.000$ ) entre las variables, indicando que, a medida que aumenta el número de enfermedades crónicas en los adultos mayores, también aumenta el uso de múltiples medicamentos (polifarmacia).

Asimismo, el análisis estadístico muestra una correlación positiva, moderada-alta ( $r=0.615$ ) y estadísticamente significativa ( $p<0.01$ ), entre la edad y la presencia de ECNT, lo que sugiere una mayor comorbilidad a edades avanzadas. De igual modo, se identificó una correlación positiva, fuerte ( $r=0.683$ ) y estadísticamente significativa ( $p<0.01$ ), entre el sexo y las ECNT, donde las mujeres tienden a presentar mayor número ECNT.

También se evidencia una correlación positiva, moderada ( $r= 0.589$ ) y estadísticamente significativa ( $p< 0.01$ ), entre la edad y la polifarmacia, sugiriendo un incremento en el uso de polifarmacia con el avance de la edad. Finalmente se muestra una correlación positiva, fuerte ( $r= 0.709$ ) y estadísticamente significativa ( $p< 0.01$ ), entre el sexo y la polifarmacia.

## 4.2 Resultados para el objetivo general

**Tabla 5: Relación de polifarmacia y xerostomía en adultos mayores**

| 09-27 setiembre<br>CG SFA |                | XEROSTOMÍA |      |          |       |        |       |        |       |       |       | Correlación<br>de Spearman       |       |
|---------------------------|----------------|------------|------|----------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|----------------------------------|-------|
|                           |                | LEVE       |      | MODERADA |       | SEVERA |       | NORMAL |       | Total |       |                                  |       |
|                           |                | f          | %    | f        | %     | f      | %     | f      | %     | f     | %     |                                  |       |
| POLIFARMACIA              | MAYOR          | 5          | 6,0% | 14       | 16,7% | 33     | 39,3% | 4      | 4,8%  | 56    | 66,7% | Coeficiente<br>de<br>correlación | ,529* |
|                           | MENOR          | 5          | 6,0% | 14       | 16,7% | 1      | 1,2%  | 5      | 6,0%  | 25    | 29,8% |                                  |       |
|                           | NO<br>PRESENTA | 1          | 1,2% | 0        | 0,0%  | 0      | 0,0%  | 2      | 2,4%  | 3     | 3,6%  | Sig.<br>(bilateral)              | ,000  |
|                           | <b>Total</b>   | 11         | 13,1 | 28       | 33,3% | 34     | 40,5% | 11     | 13,1% | 84    | 100%  | N                                | 84    |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Dónde: f= Frecuencia de Adultos mayores %= porcentaje

### Interpretación:

La tabla 5: muestra la relación de polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís, donde la xerostomía severa afecta al 40.5% del total de la muestra, seguida de xerostomía moderada (33.3%) y xerostomía leve (13.1%). La polifarmacia mayor y polifarmacia menor representan el 66.7% y 29.8% de la muestra respectivamente.

El análisis estadístico de la xerostomía confirma que se presenta con mayor severidad en el grupo con polifarmacia mayor, donde predomina la forma de xerostomía severa (39.3% de la muestra), seguida de la xerostomía moderada (16.7%) y xerostomía leve (6.0%). En contraste, el grupo con polifarmacia menor presenta principalmente xerostomía moderada (16.7%) y leve (6.0%), con una mínima proporción de casos severos (1.2%).

Se evidencia también, que la relación entre polifarmacia y xerostomía al emplear la correlación de Spearman ( $Rho = 0.529$ ,  $p < 0.01$ ), es positiva, moderada-alta ( $Rho = 0.529$ ) entre la polifarmacia y la severidad de la xerostomía, siendo estadísticamente significativa ( $p = 0.000$ ). Esto indica que a mayor cantidad de medicamentos consumidos (polifarmacia), mayor es la probabilidad de desarrollar xerostomía severa.



## CAPITULO V: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La muestra poblacional de adultos mayores del Centro Geriátrico San Francisco de Asís del Cusco (CG SFA), está conformado por 52 (61.9%) individuos de sexo masculino y de 32 (38.1%) individuos de sexo femenino. Se observa una notable concentración de adultos mayores en el rango de 75-89 años (63.1%). El 50% de la población masculina están en el rango de 75-84 años, mientras que el 53.13% de la población femenina están entre los 80-89 años. La edad promedio es de 77.28 años, con una moda de 78 años, y lo cual sugiere una distribución homogénea de la población (Cuadro 04) (Cuadro 05).

Comparando con otros estudios, como el de Pérez y Maydel, donde el 93.2% de la población era femenina y el rango predominante era de 70-79 años, nuestro estudio muestra una diferencia en la composición de sexo y un rango de edad ligeramente mayor. Fornari y Guimarães, con muestras de 293 y 96 adultos mayores, respectivamente, y Thomson con 1205 participantes mayores de 60 años, refuerzan la relevancia de estudiar las características de adultos mayores en diferentes entornos y rangos de edad. <sup>(1) (17) (22) (23)</sup>

El análisis de la muestra indica que el 66.7% de los adultos mayores en el CG SFA presenta polifarmacia mayor (uso de más de cinco medicamentos diarios), con una mayor prevalencia entre la población femenina (75%) en comparación con la población masculina (61.5%). Asimismo, un 29.8% presenta polifarmacia menor, predominando en adultos mayores de sexo masculino (34.6%). Solo un pequeño porcentaje, el 3.6%, no presenta polifarmacia. Esto implica que la polifarmacia es una característica dominante en esta población (96.5% en algún grado), y particularmente alta entre las mujeres. Estos resultados coinciden con el estudio de Pérez y Maydel, donde se resalta la prevalencia de xerostomía en mujeres debido a la alta exposición a múltiples medicamentos, lo cual afecta el flujo salival y la función masticatoria. Thomson y Murray también destacan un alto consumo de medicamentos en adultos mayores (94.8%), observando un riesgo elevado de xerostomía en quienes usan aspirina y diuréticos, lo que sugiere que la polifarmacia en esta población requiere monitoreo y ajustes para reducir sus efectos adversos. <sup>(1) (23) (25)</sup>

Se observa que la xerostomía severa afecta a 40.5% de los adultos mayores del CG SFA, siendo más común la población femenina (50%) que en la población masculina (34.6%). La xerostomía moderada impacta a un 33.3% de la población, sin diferencias significativas entre ambos sexos, mientras que la xerostomía leve aparece en 13.1% de los casos, más frecuente en el sexo masculino (15.4%). Finalmente, un 13.1% no presenta signos de xerostomía, confirmando que esta afección es mayor en la población femenina. Estos hallazgos coinciden con estudios previos de Pérez y Maydel que asociaron la xerostomía con disfunción masticatoria, mientras que Espinosa y Vinces hallaron una prevalencia superior en el sexo femenino. En un contexto más amplio, Fornari y Guimarães también observaron una alta prevalencia de xerostomía en adultos mayores, siendo más común entre quienes consumen múltiples medicamentos. Esta tendencia sugiere la necesidad de estrategias para reducir la xerostomía en esta población vulnerable. <sup>(1) (17) (22) (24)</sup>

En la muestra se evidencia que los antihipertensivos son los medicamentos más empleados, representando el 19.7% del total, seguidos por antiinflamatorios (16.1%) y otros como medicamentos gástricos (13.7%). Ansiolíticos, sedantes y antidepresivos también son comunes, con el 9.4% y 8.7% respectivamente. Estos patrones de consumo coinciden con estudios como el de Pérez, quien reporta el alto uso de antihipertensivos y su asociación con xerostomía. Fornari y Guimarães destacan que la polifarmacia, y en particular el uso de fármacos gastrointestinales, aumentan el riesgo de sequedad bucal. Thomson y Mujica también subrayan que el consumo de múltiples fármacos incrementa la prevalencia de xerostomía, especialmente entre adultos mayores que consumen antihipertensivos y ansiolíticos, lo cual sugiere la necesidad de monitorear el uso de estos medicamentos en esta población para mitigar efectos adversos como la sequedad bucal (Cuadro 06). <sup>(1) (17) (22) (23) (27)</sup>

Hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica más común en la población estudiada, afectando al 17.6% de los casos, seguida de osteoartritis (16.2%) y artritis reumatoide (13.9%). También destacan otros problemas como prostatitis y gastritis (11.6%) y la diabetes mellitus tipo 2 (7.9%). Condiciones como la depresión (7.6%), EPOC (5.9%), ansiedad y deterioro cognitivo (ambas con

4.9%), y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (3.9% y 3.6% respectivamente) son frecuentes. Estos hallazgos coinciden con estudios como el de Fornari, que vincula diabetes y enfermedades crónicas con una mayor incidencia de xerostomía. Espinosa también resalta la alta prevalencia de HTA y enfermedades como depresión en personas mayores (Cuadro 07). <sup>(22) (24) (26) (27)</sup>

El estado de salud de los adultos mayores del gerontológico revela que solo el 2.38% de la población se considera saludable, con una representación ligeramente mayor en la población femenina (3.1%) en comparación con la masculina (1.9%). La mayoría de los adultos mayores cae en la categoría de "enfermos" (48.8%), con una leve predominancia en la población masculina (51.9%) frente a la femenina (43.8%). Además, un 45.2% se clasifica como "frágiles," una condición más común en la población femenina (50%) que en la masculina (42.3%). El 3.6% de la población se considera "compleja," con una distribución similar entre ambos sexos (3.8% masculino y 3.1% femenino). Estos datos subrayan la necesidad de cuidados integrales para abordar condiciones crónicas y fragilidad en esta población (Cuadro 08) (Anexo VII).

La xerostomía severa es prevalente en adultos mayores con polifarmacia mayor (más de cinco medicamentos diarios), afectando al 66.6% de esta población, de los cuales el 39.3% presenta sequedad bucal severa. Esto sugiere una fuerte relación entre el consumo elevado de medicamentos y la xerostomía severa, como fue evidenciado por Fornari y Thomson. En contraste, aquellos con polifarmacia menor (2 a 4 medicamentos), que constituyen el 29.8% de la población, presentan mayormente xerostomía leve (6.0%) o moderada (16.7%) que indica una menor incidencia de sequedad extrema en comparación con el grupo de polifarmacia mayor. <sup>(22) (23) (25)</sup>

Sequedad bucal o xerostomía, es un problema común en esta población y puede afectar significativamente su calidad de vida como indican Guzmán y Mujica. Por lo tanto, implementar estrategias para aumentar el flujo salival, así como el uso de estimulantes salivales o la modificación de la medicación, podría ser beneficioso para este grupo demográfico. <sup>(26) (27)</sup>

Por otro lado, los adultos sin polifarmacia (0 o 1 medicamento), que representan solo el 3.6% de la población, no muestran casos de xerostomía severa o moderada, lo que sugiere que el bajo consumo de medicamentos se asocia con niveles mínimos de sequedad bucal, como fue evidenciado por Guimarães. Estos hallazgos destacan la importancia de monitorear y gestionar la polifarmacia en adultos mayores para reducir el riesgo de xerostomía severa. Implementar estrategias como la revisión periódica de medicamentos y el uso de estimulantes salivales puede ser beneficioso para mejorar la calidad de vida de esta población. <sup>(17)</sup>

La recopilación de datos del flujo salival no estimulado (FSnE) y flujo salival estimulado (FSE) se realizaron siguiendo la técnica de Navazeh – modificado. Los datos se registraron en la ficha de recolección de datos previamente elaborada, el análisis de la muestra evidencia que la media del FSnE es de 0.15ml/min, mientras que la media del FSE es de 0.44ml/min, con una diferencia media de 0.22 ml entre ambas escalas. Este resultado nos indica que la estimulación incrementa notablemente la producción de saliva, como citado por Guzmán y Mujica. Hallazgo especialmente relevante para los adultos mayores, quienes pueden beneficiarse de técnicas de estimulación salival para contrarrestar la sequedad bucal. La tabulación de los datos de FSnE y FSE, se empleó para determinar el nivel de xerostomía (leve, moderada y severa) en los adultos mayores del Centro Gerontológico, según tablas de valoración del flujo salival (cuadro 02). Los datos tabulados de FSnE y FSE, mostraron resultados coincidentes en la clasificación de los diferentes niveles de xerostomía en los participantes, lo que permitió agrupar los resultados obtenidos del flujo salival (Anexo VII). <sup>(26) (27)</sup>

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES**

### **PRIMERA. –**

La relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, es significativa. La prueba de correlación de Spearman indica una asociación positiva moderada ( $Rho = 0.529$ ;  $p < 0.01$ ), expresando una relación directa entre ambas variables.

### **SEGUNDA. –**

El nivel de polifarmacia de los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, es mayor. Según edad y sexo, a mayor rango etario, mayor frecuencia de polifarmacia mayor (relación directamente proporcional), y esta tiene una expresión elevada en la población femenina.

### **TERCERA. –**

El nivel de xerostomía en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, es severa. Según edad y sexo, a mayor rango etario, mayor la expresión de severidad de xerostomía, y esta se expresa significativamente en la población femenina.

### **CUARTA. -**

La frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, es mayor, entre los que padecen de 4 a 6 enfermedades crónicas no transmisibles. Según edad y sexo, se manifiestan con mayor frecuencia en grupos etarios mayores, y con marcada tendencia en la población femenina sobre la masculina.

### **QUINTA. –**

La relación entre enfermedades crónicas no transmisibles y polifarmacia en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís de Cusco - 2024, es significativa, con una correlación de Spearman positiva moderada ( $r=0.652$ ,  $p<0.01$ ). Además, las enfermedades crónicas y la polifarmacia muestran correlación significativa, positiva moderada con la edad y el sexo, ambas respectivamente.

## **CAPITULO VII: RECOMENDACIONES**

### **1) Al Director del Centro Gerontológico y cuidadores:**

Diseñar e implementar programas de atención integral y personalizada, basados en la prevención y manejo de enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores, coordinando actividades para la revisión periódica de medicamentos, enfocándose en reducir la polifarmacia y sus riesgos asociados, especialmente en la población más afectada e incorporar estrategias para la prevención y manejo de la xerostomía, como parte de los cuidados rutinarios del Centro Gerontológico. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los residentes del centro gerontológico mediante una atención especializada que reduzca complicaciones asociadas al envejecimiento y garantice bienestar integral.

### **2) A Cirujanos dentistas y estudiantes de odontología:**

Implementar la estimulación salival como parte de la rutina de cuidado oral en los adultos mayores, utilizando técnicas y productos adecuados, para evaluar y ajustar los tratamientos orales en pacientes con xerostomía, reduciendo los medicamentos que afectan el flujo salival y previniendo complicaciones como caries y enfermedades periodontales, desarrollando programas de educación sobre higiene oral para los adultos mayores y su cuidador personal, enfatizando la importancia del manejo de la xerostomía. Con la finalidad de prevenir el deterioro de la salud oral en adultos mayores, reduciendo el impacto negativo de la xerostomía y la polifarmacia en su calidad de vida.

### **3) A los Investigadores en ciencias de salud:**

Realizar estudios longitudinales sobre la relación entre polifarmacia, xerostomía y enfermedades crónicas en adultos mayores, evaluando la efectividad de estrategias de manejo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de esta población, así como desarrollar protocolos específicos para el manejo farmacológico en adultos mayores, minimizando el impacto en la xerostomía. Con la finalidad de generar evidencia científica que sirva como base para mejorar la atención y políticas de salud enfocadas en adultos mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Fuentes M, Bravo Seijas B. Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao-2017. *Gac Méd Espirit*. 2018; 20(3):24-33  
([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-9212018000300024&Ing=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-9212018000300024&Ing=es.)).
2. WHO. WHO. [Online].; 2023. Acceso 1 de december de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. Alejandro M. Derechos Humanos y Salud: Personas Mayores (OPS). En: Comision económica de America latina y el Caribe New York.; 2022 p. 27p.
4. Peruano E. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online]; 2023. Acceso 21 de Agostode 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/inei>.
5. Azañedo D, Díaz-Seijas D. Salud oral del adulto mayor: acceso desfios y oportunidades para la salud publica peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(2):373-5.
6. Casas-Vásquez P, Ortiz-Saavedra P, Penny-Montenegro E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(2)335-341(doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2153).
7. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatorialmente en un hospital general. *Rev Med Hered*. 2012; 23(4):229-234  
([http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2012000400003&Ing=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000400003&Ing=es.)).
8. OMS. Organización Mundial de la Salud: Envejecimiento y salud. [Online]; 2022. Acceso 10 de Agostode 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
9. INEI. INEI Catalogo de Publicaciones: Situación de la población adulta mayor. [Online]; 2024. Acceso 10 de Agostode Julio. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista>.
10. ADA. Oral health care practice patterns for geriatric patients. *Journal of American Dental Association*. 2022; 153(9) (<http://jada.ada.org>).
11. Guzmán Torres AP, Ruiz Navarro A. Factores asociados a la xerostomía en la población geriátrica del Asilo de Ancianos San Francisco de Asís, Iquitos 2020. Tesis. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Odontología.  
(<https://hdl.handle.net/20.500.12737/7190>)
12. Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Bull. PAHO*. 1994; Vol. 28(3): 1994 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/15706>).
13. Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. Periodontal diseases prevalence and some risk factors present in the aged. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2024; 28( 3 ): 73-82  
([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-3002009000300007&Ing=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3002009000300007&Ing=es.)).

14. Botelho J, Machado V, Proença L, al. e. Perceived xerostomia, stress and periodontal status impact on elderly oral health-related quality of life: findings from a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2020; 20(1): 199 (<https://doi.org/10.1186/s12903-020-01183-7>).
15. Rodríguez Palacios JA, Martínez Naranjo T, Fernández Ramírez L, Alfonso Betancourt N, Sanabria Reyes D. Xerostomía y uso de medicamentos en adultos. *Rev Cubana Estomatología*. 2008; 45( 3-4) ([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072008000300003&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000300003&lng=es.)).
16. Monasterios DL, Llabrés R. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. *Avances en odontoestomatología*. 2014; 30(3):121-128 (<https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n3/original2.pdf>).
17. Fernandes M. Relações das funções orofaciais com a cognição, medidas antropométricas e a polifarmácia no idoso. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 2019; (<https://hdl.handle.net/20.500.12733/1636939>).
18. Guimarães D, Parro Y, Muller H, col. e. Xerostomia and dysgeusia in the elderly: prevalence of and association with polypharmacy. *Brazilian Journal of Oral Sciences - SciELO Brasil*. 2023; 22(00):e236637 (<https://doi.org/10.20396/bjos.v22i00.8666637>).
19. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. *Rev Clin.Med.Fam.*2009;2(6):300-304 ([http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000100009&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100009&lng=es.)).
20. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert opinion on drug safety*. 2014; 13(1) 57–65 (<https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660>).
21. OMS. Organización Mundial de la Salud (Salud Bucal dental). [Online]; 2024. Acceso 31 de Enero de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
22. OPS. Situación de la salud bucodental de las personas mayores en la Región de las Américas. Diagnóstico Situacional. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275326633>.
23. Bergonci, Daniel. Prevalence of xerostomia and its association with systemic diseases and medications in the elderly: a cross-sectional study. *Sao Paulo medical journal*. 2021; 139(4), 380–387. (<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0616.R3.1902021>).
24. Thomson M, Chalmers J, Spencer J, Slade G, Carter G. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. *Gerodontology*. 2006; 23(4), 205–213. (<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2006.00135.x>).
25. Espinosa V, Marconi R. Prevalencia de Xerostomia, como efecto secundario de fármacos administrados en adultos mayores, en el centro geriátrico "Hogar de Cristo Rey", Cuenca - Ecuador 2018. Tesis. Cuenca - Ecuador: Universidad Católica de Cuenca, Odontología. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/9693>.



26. Thomson WM, Ferguson CA, Janssens BE, Kerse NM. Xerostomia and polypharmacy among dependent older New Zealanders: a national survey. *Age and Ageing*. 2021; 50:248–251 (doi: 10.1093/ageing/afaa099).
27. Guzmán Torres AP, Ruiz Navarro AE. Factores asociados a la xerostomía en la población geriátrica del Asilo de Ancianos San Francisco de Asís, Iquitos 2020. Tesis. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Odontología. <https://hdl.handle.net/20.500.12737/7190>.
28. Mujica Espinoza J. Factores asociados a xerostomía en adultos mayores que viven en una Residencia geriátrica de una Congregación Religiosa. 2019. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Maestría Salud Pública. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/4439>.
29. Ibáñez Mancera N, Aguilar Díaz N. Xerostomia (hiposalivación) secundaria al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. *REVISTA ADM*. 2011; 68(6): 283-289.
30. Díaz-Ramos JA, Mondragón-Cervantes MI, col. e. Prevalencia de la xerostomía y su asociación con síndromes geriátricos en pacientes ancianos que asisten a un centro de atención de primer nivel. *Rev. Odont. Mex*. 2018; 22(4): 214-220  
([https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-199X2018000400214](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2018000400214)).
31. Oliveira Carvalho, Guereth. Manifestaciones orales derivadas de la polifarmacia en ancianos de um refugio público. *Research, Society and Development*. 2020; 9 (7): e08973522.  
(DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3522>).
32. Balbinot Fornari C, Bergonci Dec. Prevalence of xerostomia and its association with systemic diseases and medications in the elderly: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med. J*. 2021; 139 (4):380-387. (<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0616.R3.1902021>).
33. Leyre ERR, Natividad. IFM. La polifarmacia como detección del paciente de alto riesgo mayor de 65 años en urgencias. *Gerokomos*. 2023;34(2)91-95  
([http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2023000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000200002&lng=es)).
34. Homero GE. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *REV. MED. CLIN. CONDE*. 2012; 23(1) 31-35  
(<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012702705>).
35. Pajuelo Ramírez J, Bartolo Marchena M, col. e. Frequency and factors associated with chronic non-communicable diseases in older adults in Peru, 2005. *An. Fac. med*. 2022; 83(4): 299-306. (<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i4.24333>).
36. Hernández Ugalde F, Álvarez Escoba MdC, et. a. Polifarmacia en el anciano: Retos y soluciones. *Rev.Med.Electrón*.2018;40(6):2053-2070.  
([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000602053](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602053)).
37. Sánchez-Pérez H, Ramírez-Rosillo FJ, Carrillo-Esper R. Polifarmacia en el adulto mayor: consideraciones en el perioperatorio. *Rev. mex. anestesiología*. 2022; 45(1): 40-47  
(<https://doi.org/10.35366/102902>).

38. Terci A. Xerostomia em pacientes idosos: relação com o fluxo salivar, proteínas totais, capacidade tampão, pH e medicação em uso. Tesis. São Paulo: USP, Facultad de Odontologia. <https://doi.org/10.11606/D.23.2007.tde-22042008-115758>.
39. Gallardo J. Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46(1):109-116.
40. Troya Borges E, Martínez Abreu J, al. e. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. *Rev. Med. Electrón.* 2014;36(5):583-595 ([http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-8242014000500006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-8242014000500006&script=sci_arttext&lng=en)).
41. Chimenos-Küstner E, De Luca-Monasterios F. Síndrome de boca ardiente y factores asociados: estudio retrospectivo de casos y controles. *Med Clin (Barc).* 2016; 148(4):153-157 (DOI: 10.1016/j.medcli.2016.09.046).
42. Ocampo Juan OS, S. HZ, Bélgica V. Hiposialia y Xerostomía Post Irradiación: Terapias Innovadoras en el Campo Biomolecular. *Int. J. Morphol.* 2019; 37(4):1564-1571. ([http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022019000401564&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022019000401564&lng=es)). (<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022019000401564>).
43. Jocelyn C, García L. Prevalence of hyposalivation (Xerostomía) in geriatric patients. *Revista ADM (Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana).* 2009; 65(5) 56-60 (<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od95j.pdf>).
44. Liebaut L. Xerostomie et implications odonto-stomatologiques. These. Lorraine: Université de Lorraine, Faculte d Odontologie. hal-01739175
45. Georges D. Pathologies générales et salive. These. Lorraine: Université de Lorraine, Faculte de chirurgie dentaire. hal-01739037
46. Philippe A. Mise en place d'un protocole d'évaluation de l'indice de résistance de l'échographie Doppler comme outil de suivi de la sécrétion salivaire chez des patients porteurs de xérostomie et traités par Pilocarpine. HAL Open Science - Université de Bretagne occidentale. 2013 (<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00844496v1>).
47. Standring, Susan. *Gray's Anatomía: A Base Anatômica da Prática Clínica.* 40th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
48. Snell R. *Clinical Anatomy by Regions.* 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
49. Moore K, Dalley A. *Anatomía orientada para a clínica.* 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
50. Átilas Aleva N, Costa Armond M, al. e. Hiposalivación inducida por drogas antihipertensivas. *Acta odontol. venez.* 2009;47(1)122-130 ([http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000100015&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100015&lng=es)).
51. Pamo Chambilla, Paúl Alonzo. Análisis del flujo salival y diabetes en pacientes atendidos en un establecimiento de salud de la región de Tacna. Tesis. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Odontología.

52. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Norma técnica. LIMA: Ministerio de Salud, LIMA.
53. MINSA. Resolución Ministerial 789-2023/MINSA. Norma técnicas. LIMA: Ministerio de Salud, LIMA.
54. Conrado Peranovic A. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina. *Saúde Debate*. 2016; 40(109): 125-135 (DOI: 10.1590/0103-1104201610910).
55. González Rodríguez R, Cardentey García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Rev Finlay*. 2018; 8(2):103-110 (<https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2018/fi182e.pdf>).
56. OMS. OMS Enfermedades Crónicas no transmisibles. [Online]; 2023. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-seases#:~:text=Los%20principales%20tipos%20de%20ENT,el%20asma\)%20y%20la%20diabetes](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-seases#:~:text=Los%20principales%20tipos%20de%20ENT,el%20asma)%20y%20la%20diabetes).
57. Hernandez Sampieri R. Metodología de la Investigación. 6th ed. Interamericana , editor. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2014.
58. Dueñas Peña de Sovero E. Metodología de la Investigación Educativa - enfoque cuantitativo y cualitativo -. 1st ed. Cusco: Editorial Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2011.
59. Baquero G. Métodos de pesquisa pedagógica - estadística psicosocial -. 5th ed. Sao Paulo: Loyola; 1978.
60. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6th ed. Mexico. DF: McGraw Hill Interamericana; 2000.

## **ANEXOS**

## ANEXO I: CUADROS

**Cuadro 01: Valoración de la polifarmacia**

| Valoración de la polifarmacia                     |       |          |
|---------------------------------------------------|-------|----------|
| Según el número de medicamentos ingeridos por día | mayor | más de 5 |
|                                                   | menor | 2 a 4    |

*Fuente: OMS. Elaboración propia*

**Cuadro 02: Valoración del flujo salival estimulado y no estimulado**

| VALORACIÓN DEL FLUJO SALIVAL ESTIMULADO Y NO ESTIMULADO |          |                             |                          |
|---------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|--------------------------|
|                                                         |          | Flujo salival no estimulado | Flujo salival estimulado |
| Hiposalivación                                          | Leve     | < 0.3 ml/min                | < 1 ml/min               |
|                                                         | Moderado | 0.25- 0.1 ml/min            | 0.7-0.5 ml/min           |
|                                                         | Severo   | < 0.1 ml/min                | < 0.5 ml/min             |
| Normal                                                  |          | 0,3 a 0,4 ml/min            | 1,0 a 2,0 ml/min         |

**Fuente:** Relationship of hyposalivation and xerostomia in Mexican elderly with socioeconomic, sociodemographic and dental factors  
Elaboración propia

**Cuadro 03: Fármacos relacionados con la xerostomía**

| <b>Fármacos relacionados con la xerostomía</b> |                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Antidepresivos</b>                          | Muchos antidepresivos, especialmente los tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pueden causar sequedad bucal           |
| <b>Antipsicóticos</b>                          | Algunos antipsicóticos, como la clozapina y la olanzapina, pueden contribuir a la xerostomía                                                                     |
| <b>Antihistamínicos</b>                        | Los antihistamínicos de primera generación, utilizados para alergias y a menudo encontrados en medicamentos para el resfriado, pueden causar sequedad en la boca |
| <b>Antihipertensivos</b>                       | Algunos medicamentos para la presión arterial, como los diuréticos y los bloqueadores de los canales de calcio, pueden estar asociados con la xerostomía         |
| <b>Medicamentos incontinencia urinaria</b>     | Algunos fármacos utilizados para tratar la incontinencia, como los anticolinérgicos, pueden tener como efecto secundario la sequedad bucal                       |
| <b>Ansiolíticos y sedantes</b>                 | Algunos medicamentos utilizados para tratar la ansiedad y mejorar el sueño pueden causar sequedad en la boca                                                     |
| <b>Descongestionantes</b>                      | Los descongestionantes orales y tópicos, a menudo utilizados para aliviar la congestión nasal, pueden causar sequedad bucal                                      |
| <b>Relajantes musculares</b>                   | Algunos relajantes musculares pueden tener la sequedad bucal como un efecto secundario                                                                           |

*Elaboración propia*

**Cuadro 04: Medidas de tendencia central de adultos mayores**

| <b>Edad Adultos Mayores CG SFA</b> |                  |                 |              |
|------------------------------------|------------------|-----------------|--------------|
|                                    | <b>Masculino</b> | <b>Femenino</b> | <b>Total</b> |
| <b>Media</b>                       | <b>77,34</b>     | <b>77,46</b>    | <b>77,28</b> |
| <b>Mediana</b>                     | <b>78,5</b>      | <b>79</b>       | <b>78,5</b>  |
| <b>Moda</b>                        | <b>78</b>        | <b>78</b>       | <b>78</b>    |

Fuente: Datos propios de la investigación

**Cuadro 05: Adultos mayores por intervalos de edad**

| <b>Adultos mayores por intervalos de edad</b> |           |             |           |           |             |           |              |               |
|-----------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|--------------|---------------|
| <b>Intervalo</b>                              | <b>M</b>  | <b>%</b>    | <b>fr</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>    | <b>fr</b> | <b>Total</b> | <b>%</b>      |
| <b>60-64</b>                                  | 2         | 2,4         | 3,8       | 3         | 3,6         | 9,4       | 5            | 6,0           |
| <b>65-69</b>                                  | 6         | 7,1         | 11,5      | 6         | 7,1         | 18,8      | 12           | 14,3          |
| <b>70-74</b>                                  | 9         | 10,7        | 17,3      | 1         | 1,2         | 3,1       | 10           | 11,9          |
| <b>75-79</b>                                  | 13        | 15,5        | 25,0      | 3         | 3,6         | 9,4       | 16           | 19,0          |
| <b>80-84</b>                                  | 13        | 15,5        | 25,0      | 6         | 7,1         | 18,8      | 19           | 22,6          |
| <b>85-89</b>                                  | 7         | 8,3         | 13,5      | 11        | 13,1        | 34,4      | 18           | 21,4          |
| <b>90 a mas</b>                               | 2         | 2,4         | 3,8       | 2         | 2,4         | 6,3       | 4            | 4,8           |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>52</b> | <b>61,9</b> |           | <b>32</b> | <b>38,1</b> |           | <b>84</b>    | <b>100,00</b> |

Fuente: Datos propio de la investigación

**Cuadro 06: Medicamentos más empleados por adultos mayores**

| <b>Fármacos empleados por adultos mayores CG SFA</b> |          |              |
|------------------------------------------------------|----------|--------------|
|                                                      | <b>N</b> | <b>%</b>     |
| Antiinflamatorios                                    | 75       | <b>16,06</b> |
| Antidepresivos                                       | 41       | <b>8,78</b>  |
| Antipsicóticos                                       | 11       | <b>2,36</b>  |
| Antistamínicos                                       | 37       | <b>7,92</b>  |
| Antihipertensivos                                    | 92       | <b>19,70</b> |
| Medicamentos Incontinencia Urinaria                  | 20       | <b>4,28</b>  |
| Ansiolíticos y Sedantes                              | 44       | <b>9,42</b>  |
| Descongestionantes                                   | 19       | <b>4,07</b>  |
| Relajantes musculares                                | 2        | <b>0,43</b>  |
| Hipoglicemiantes                                     | 32       | <b>6,85</b>  |
| Anti-agregantes plaquetarios                         | 19       | <b>4,07</b>  |
| Irrigantes del SNC (Cetilcolina, Nimodipino, ...)    | 11       | <b>2,36</b>  |
| Medicamentos gástricos y otros                       | 64       | <b>13,70</b> |

Fuente: Datos propio de la investigación

**Cuadro 07: Adultos mayores y Enfermedades crónicas no transmisibles**

| <b>Enfermedades Crónicas no Transmisibles</b> |                                         |          |             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------|-------------|
|                                               | <b>ECNT</b>                             | <b>N</b> | <b>%</b>    |
| <b>DM2</b>                                    | Diabetes mellitus tipo 2                | 24       | <b>7,9</b>  |
| <b>HTA</b>                                    | Hipertensión arterial                   | 53       | <b>17,5</b> |
| <b>ANS</b>                                    | Ansiedad                                | 15       | <b>5,0</b>  |
| <b>OST</b>                                    | Osteoartrosis                           | 49       | <b>16,2</b> |
| <b>AREU</b>                                   | Artritis reumatoidea                    | 42       | <b>13,9</b> |
| <b>DIS</b>                                    | Dislipidemia                            | 3        | <b>1,0</b>  |
| <b>DEP</b>                                    | Depresión                               | 23       | <b>7,6</b>  |
| <b>CARV</b>                                   | Enfermedad cardiovascular               | 12       | <b>4,0</b>  |
| <b>CERV</b>                                   | Enfermedad cerebrovascular              | 11       | <b>3,6</b>  |
| <b>EPOC</b>                                   | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 18       | <b>6,0</b>  |
| <b>DS</b>                                     | Deterioro cognitivo                     | 15       | <b>5,0</b>  |
| <b>CA</b>                                     | Cáncer                                  | 2        | <b>0,7</b>  |
| <b>OTR</b>                                    | Otros (prostatitis - gastritis)         | 35       | <b>11,6</b> |

Fuente: Datos propio de la investigación

**Cuadro 08: Adultos mayores clasificación por estado de salud**

| <b>Adultos mayores clasificación por estado de salud</b> |                                       |           |             |              |           |             |              |              |               |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------|--------------|-----------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| <b>AM SEFC</b>                                           |                                       | <b>M</b>  | <b>%</b>    | <b>fr</b>    | <b>F</b>  | <b>%</b>    | <b>fr</b>    | <b>Total</b> | <b>%</b>      |
| <b>S</b>                                                 | <b>Adultos Mayores Saludable</b>      | 1         | 1,2         | <b>1,92</b>  | 1         | 1,2         | <b>3,13</b>  | 2            | 2,38          |
| <b>E</b>                                                 | <b>Adultos Mayores Enfermo</b>        | 27        | 32,1        | <b>51,92</b> | 14        | 16,7        | <b>43,75</b> | 41           | 48,81         |
| <b>F</b>                                                 | <b>Adultos Mayores Frágil</b>         | 22        | 26,2        | <b>42,31</b> | 16        | 19,0        | <b>50,00</b> | 38           | 45,24         |
| <b>C</b>                                                 | <b>Pacientes geriátricos Complejo</b> | 2         | 2,4         | <b>3,85</b>  | 1         | 1,2         | <b>3,13</b>  | 3            | 3,57          |
| <b>TOTAL</b>                                             |                                       | <b>52</b> | <b>61,9</b> |              | <b>32</b> | <b>38,1</b> |              | <b>84</b>    | <b>100,00</b> |

Fuente: Datos propio de la investigación



## ANEXO II: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

|                |  |                |             |          |
|----------------|--|----------------|-------------|----------|
| <b>Código:</b> |  | <b>Numero:</b> |             |          |
|                |  |                | <b>Sexo</b> |          |
|                |  |                | <b>F</b>    | <b>M</b> |

| <b>PATOLOGÍAS PRINCIPALES</b>                  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)                 |           |           |
| Hipertensión arterial (HTA)                    |           |           |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |           |           |
| Osteoartrosis                                  |           |           |
| Artritis reumatoide                            |           |           |
| Otros:                                         |           |           |

| <b>FÁRMACOS FRECUENTEMENTE USADOS</b> | <b>N° pastillas /día</b> |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Antidepresivos                        |                          |
| Antipsicóticos                        |                          |
| Antistamínicos                        |                          |
| Antihipertensivos                     |                          |
| Medicamentos incontinencia Urinaria   |                          |
| Ansiolíticos y sedantes               |                          |
| Descongestionantes                    |                          |
| Relajantes Musculares                 |                          |
| Antinflamatorios                      |                          |
| Anticoagulantes                       |                          |
| Otros:                                |                          |
| <b>Total:</b>                         |                          |

| <b>POLIFARMACIA</b> |       |  |
|---------------------|-------|--|
| <b>Menor</b>        | 2 - 4 |  |
| <b>Mayor</b>        | ≥ 5   |  |

| <b>VALORACIÓN DEL FLUJO SALIVAL ESTIMULADO Y NO ESTIMULADO</b> |          |                                    |                                 |
|----------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------|---------------------------------|
|                                                                |          | <b>Flujo salival no estimulado</b> | <b>Flujo salival estimulado</b> |
| <b>Hiposalivación</b>                                          | Leve     | < 0.3 ml/min                       | < 1 ml/min                      |
|                                                                | Moderado | 0.25 – 0.1 ml/min                  | 0.7-0.5 ml/min                  |
|                                                                | Severo   | < 0.1 ml/min                       | < 0.5 ml/min                    |
| Normal                                                         |          | 0,3 a 0,4 ml/min                   | 1,0 a 2,0 ml/min                |
|                                                                |          |                                    |                                 |
| <b>REGISTRO</b>                                                |          | Gr./5min                           | Gr./5min                        |
|                                                                |          | ml/min                             | ml/min                          |

| <b>CLASIFICACION DEL ADULTO MAYOR</b>        |                       |  |
|----------------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>Persona adulta mayor activa saludable</b> | (sano)                |  |
| <b>Persona adulta mayor enferma</b>          | (no incapacitante)    |  |
| <b>Persona adulta mayor frágil</b>           | (dependencia parcial) |  |
| <b>Paciente geriátrico complejo</b>          | (incapacitante)       |  |

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD SAN ANTONIO ABADEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a: \_\_\_\_\_

Le invitamos a participar en el estudio intitulado: "Relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024", que tiene como objetivo analizar cómo el uso de múltiples medicamentos (polifarmacia) está relacionado con la aparición de xerostomía (síndrome de boca seca) en los adultos mayores.

**Descripción del Estudio:** Este estudio busca comprender mejor los efectos secundarios de los medicamentos y cómo estos pueden impactar la salud bucal, en particular la producción de saliva. Los datos obtenidos se utilizarán para proponer mejoras en el tratamiento de esta afección y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar, se le solicitará información sobre los medicamentos que está tomando actualmente y se realizará una evaluación simple de recolección del flujo salival en reposo y estimulado para detectar signos de xerostomía.

**Riesgos y Beneficios:** No existen riesgos físicos asociados con su participación. Sin embargo, su colaboración será de gran importancia para ayudar a entender mejor esta condición. Los resultados del estudio pueden beneficiar a la población geriátrica, mejorando las estrategias de tratamiento.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y solo será utilizada con fines de investigación. Sus datos personales no serán revelados.

**Participación Voluntaria:** Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto afecte su acceso a los servicios de salud.


**Consentimiento:** Al firmar este documento, usted indica que ha leído y comprendido la información proporcionada y que acepta participar en el estudio.

Firma del  
participante \_\_\_\_\_


Firma del  
Investigador \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO V: FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS (APLICADAS)



UNIVERSIDAD SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

|                       |                   |                                                                  |
|-----------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------|
| Código: <b>CMVF86</b> | Numero: <b>19</b> | E-7L                                                             |
| Apellidos y Nombres   | Edad              | DNI                                                              |
|                       |                   | Genero                                                           |
|                       |                   | <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |

| PATOLOGÍAS PRINCIPALES                         | Si | No |
|------------------------------------------------|----|----|
| Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)                 | X  |    |
| Hipertensión arterial (HTA)                    | X  |    |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |    |    |
| Osteoartrosis                                  | X  |    |
| Artritis reumatoide                            | X  |    |
| Otros: <b>Gastritis crónica</b>                | X  |    |
| <b>Glucosa</b>                                 |    |    |

| FÁRMACOS FRECUENTEMENTE USADOS      | N° pastillas / día |
|-------------------------------------|--------------------|
| Antidepresivos                      |                    |
| Antipsicóticos                      |                    |
| Antistamínicos                      |                    |
| Antihipertensivos                   |                    |
| Medicamentos incontinencia Urinaria |                    |
| Ansiolíticos y sedantes             |                    |
| Descongestionantes                  |                    |
| Relajantes Musculares               |                    |
| Antiinflamatorios                   |                    |
| Anticoagulantes                     |                    |
| Otros:                              |                    |
| <b>Tansulomida 0.4</b>              | <b>1/2</b>         |
| <b>Loratadina 10mg</b>              | <b>1</b>           |
| <b>Naproxeno 550mg</b>              | <b>2</b>           |
| <b>omeprazol 20mg</b>               | <b>1</b>           |
| <b>Metformina 875mg</b>             | <b>2</b>           |
| <b>glibencemida 5mg</b>             | <b>1</b>           |
| <b>Timololol</b>                    | <b>1</b>           |
| <b>Total:</b>                       | <b>6</b>           |

| POLIFARMACIA |       |   |
|--------------|-------|---|
| <b>Menor</b> | 2 - 4 |   |
| <b>Mayor</b> | ≥ 5   | X |





| VALORACIÓN DEL FLUJO SALIVAL ESTIMULADO Y NO ESTIMULADO |                             |                          |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|                                                         | Flujo salival no estimulado | Flujo salival estimulado |
| Hiposialivación                                         | Leve < 0.3 ml/min           | < 1 ml/min               |
|                                                         | Moderado 0.25 – 0.1 ml/min  | 0.7-0.5 ml/min           |
|                                                         | Severo < 0.1 ml/min         | < 0.5 ml/min             |
| Normal                                                  | 0,3 a 0,4 ml/min            | 1,0 a 2,0 ml/min         |
| REGISTRO                                                | 1.5 Gr./5min                | 4 Gr./5min               |
|                                                         | 0.3 ml/min                  | 0.8 ml/min               |

| CLASIFICACION DEL ADULTO MAYOR        |                       |   |
|---------------------------------------|-----------------------|---|
| Persona adulta mayor activa saludable | (sano)                |   |
| Persona adulta mayor enferma          | (no incapacitante)    | X |
| Persona adulta mayor frágil           | (dependencia parcial) |   |
| Paciente geriátrico complejo          | (incapacitante)       |   |

Fecha: 09/09/24



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a: [REDACTED]

Le invitamos a participar en el estudio intitulado: **"Relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024"**, que tiene como objetivo analizar cómo el uso de múltiples medicamentos (polifarmacia) está relacionado con la aparición de xerostomía (síndrome de boca seca) en los adultos mayores.

**Descripción del Estudio:** Este estudio busca comprender mejor los efectos secundarios de los medicamentos y cómo estos pueden impactar la salud bucal, en particular la producción de saliva. Los datos obtenidos se utilizarán para proponer mejoras en el tratamiento de esta afección y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar, se le solicitará información sobre los medicamentos que está tomando actualmente y se realizará una evaluación simple de recolección del flujo salival en reposo y estimulado para detectar signos de xerostomía.

**Riesgos y Beneficios:** No existen riesgos físicos asociados con su participación. Sin embargo, su colaboración será de gran importancia para ayudar a entender mejor esta condición. Los resultados del estudio pueden beneficiar a la población geriátrica, mejorando las estrategias de tratamiento.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y solo será utilizada con fines de investigación. Sus datos personales no serán revelados.

**Participación Voluntaria:** Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto afecte su acceso a los servicios de salud.

**Consentimiento:** Al firmar este documento, usted indica que ha leído y comprendido la información proporcionada y que acepta participar en el estudio.

Firma del participante



Firma del investigador

Fecha: 09/09/24





FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

|                     |            |          |                                                                  |
|---------------------|------------|----------|------------------------------------------------------------------|
| Código: SQVM 80     | Numero: 75 | E. L NOR |                                                                  |
| Apellidos y Nombres | Edad       | DNI      | Genero                                                           |
|                     |            |          | F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> |

| PATOLOGÍAS PRINCIPALES                         |                   | Si | No |
|------------------------------------------------|-------------------|----|----|
| Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)                 |                   |    |    |
| Hipertensión arterial (HTA)                    |                   |    |    |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |                   |    |    |
| Osteoartritis                                  |                   | X  |    |
| Artritis reumatoide                            |                   |    |    |
| Otros:                                         | 6° Depresivo      | X  |    |
|                                                | Gastritis crónica | X  |    |
|                                                | ONICOMICOSIS      |    |    |

| FÁRMACOS FRECUENTEMENTE USADOS      |                                  | N° pastillas / día |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Antidepresivos                      | Niprazolan 2mg                   | 1                  |
| Antipsicóticos                      |                                  |                    |
| Antistamínicos                      | Desametasona 4mg                 | 1 (5da)            |
| Antihipertensivos                   |                                  |                    |
| Medicamentos incontinencia Urinaria |                                  |                    |
| Ansiolíticos y sedantes             |                                  |                    |
| Descongestionantes                  |                                  |                    |
| Relajantes Musculares               |                                  |                    |
| Antiinflamatorios                   | Diclofenaco 50 mg                | 3 (3da)            |
| Anticoagulantes                     |                                  |                    |
| Otros:                              | Omeprazol 20 mg                  | 1                  |
|                                     | Hidroxido de aluminio<br>LACTOSA | 1                  |
|                                     |                                  | Total: 3           |

| POLIFARMACIA |       |   |
|--------------|-------|---|
| Menor        | 2 - 4 | X |
| Mayor        | ≥ 5   |   |



| VALORACIÓN DEL FLUJO SALIVAL ESTIMULADO Y NO ESTIMULADO |          |                             |                          |
|---------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|--------------------------|
|                                                         |          | Flujo salival no estimulado | Flujo salival estimulado |
| Hiposalivación                                          | Leve     | < 0.3 ml/min                | < 1 ml/min               |
|                                                         | Moderado | 0.25 - 0.1 ml/min           | 0.7-0.5 ml/min           |
|                                                         | Severo   | < 0.1 ml/min                | < 0.5 ml/min             |
|                                                         | Normal   | 0,3 a 0,4 ml/min            | 1,0 a 2,0 ml/min         |
| REGISTRO                                                |          | 2 Gr./5min<br>0.4 ml/min    | 5 Gr./5min<br>1 ml/min   |

| CLASIFICACION DEL ADULTO MAYOR        |                       |   |
|---------------------------------------|-----------------------|---|
| Persona adulta mayor activa saludable | (sano)                |   |
| Persona adulta mayor enferma          | (no incapacitante)    | X |
| Persona adulta mayor frágil           | (dependencia parcial) |   |
| Paciente geriátrico complejo          | (incapacitante)       |   |

Fecha: 20/09/24





### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a: \_\_\_\_\_

Le invitamos a participar en el estudio intitulado: **“Relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024”**, que tiene como objetivo analizar cómo el uso de múltiples medicamentos (polifarmacia) está relacionado con la aparición de xerostomía (síndrome de boca seca) en los adultos mayores.

**Descripción del Estudio:** Este estudio busca comprender mejor los efectos secundarios de los medicamentos y cómo estos pueden impactar la salud bucal, en particular la producción de saliva. Los datos obtenidos se utilizarán para proponer mejoras en el tratamiento de esta afección y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar, se le solicitará información sobre los medicamentos que está tomando actualmente y se realizará una evaluación simple de recolección del flujo salival en reposo y estimulado para detectar signos de xerostomía.

**Riesgos y Beneficios:** No existen riesgos físicos asociados con su participación. Sin embargo, su colaboración será de gran importancia para ayudar a entender mejor esta condición. Los resultados del estudio pueden beneficiar a la población geriátrica, mejorando las estrategias de tratamiento.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y solo será utilizada con fines de investigación. Sus datos personales no serán revelados.

**Participación Voluntaria:** Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto afecte su acceso a los servicios de salud.

**Consentimiento:** Al firmar este documento, usted indica que ha leído y comprendido la información proporcionada y que acepta participar en el estudio.

Firma del  
participante








Firma del  
investigador




Fecha: 20/09/24

## ANEXO VI: REGISTRO FOTOGRÁFICO

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>Centro Geriátrico San Francisco de Asís – Cusco</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala común del ala masculina</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                            |
|   | <p>Mesa de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de recolección de datos</li> <li>• Balanza de precisión</li> <li>• Tambor de torundas y gasas</li> <li>• Guantes de procedimiento</li> <li>• Bandeja de examen</li> <li>• Biquer</li> <li>• Alcohol gel</li> <li>• Clorhexidina</li> <li>• Campos de trabajo</li> <li>• Pastillas de ácidas</li> <li>• Cronómetro</li> </ul> |
|  | <p>Adultos mayores del Centro Geriátrico San Francisco de Asís – Cusco</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de fisioterapia</li> <li>• Área de recolección de muestras</li> </ul>                                                                                                                                                                                                     |
|  | <p>Toma de muestra y recopilación de datos de las Historias Clínicas Institucionales de los adultos mayores residentes del Centro Gerontológico San Francisco de Asís</p>                                                                                                                                                                                                                          |

**PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE MUESTRAS DEL FLUJO SALIVAL (NAVAZESH - MODIFICADO)**

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>1) Tarar la balanza digital, descontando el peso del vaso Biquer y el de las torundas de algodón.</p>                                                                                            |
|    | <p>2) Colocar las torundas de algodón debajo de la lengua para recoger el flujo salival no estimulado durante 5 minutos.</p> <p>3) Recoger las torundas de boca y colocarlas en el vaso Biquer.</p> |
|   | <p>4) Pesar la muestras y registrar en la ficha de recolección de datos en (gr/5min). Realizar la conversión a ml/min.</p>                                                                          |
|  | <p>5) Dar la pastilla de limón (ácida) al adulto para estimular la insalivación durante 3 minutos.</p> <p>6) Recoger y desechar el resto de la pastilla.</p>                                        |
|  | <p>7) Tarar nuevamente la balanza digital, descontando el peso del Biquer y las torundas de algodón.</p> <p>8) Colocar las torundas en boca debajo de la lengua durante 5 minutos</p>               |

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <p>9) Observa que el paciente coloque el mentón lo más próximo del pecho para coleccionar el mayor volumen de saliva producida.</p>                                                               |
|   | <p>10) Recoger las torundas de la cavidad oral</p> <p>11) Pesar y registrar la muestra recolectar de saliva estimulada, en la fichas de recolección de datos, en gr/5min. Convertir a ml/min.</p> |
|  | <p>12) Firma y registro del consentimiento Informado</p>                                                                                                                                          |



## ANEXO VII: TABULACION DE DATOS

|    | CODIGO | I    | II   | III  | IV           | Número de medicamentos | V          | FLUJO SALIVAL |     | VI   |
|----|--------|------|------|------|--------------|------------------------|------------|---------------|-----|------|
|    |        | SEXO | EDAD | SEFC | POLIFARMACIA |                        | XEROSTOMIA | FSNE          | FSE | ECNT |
| 1  | AMEM65 | M    | 65   | E    | Mayor        | 8                      | NOR        | 0.4           | 1   | 4    |
| 2  | APGF60 | F    | 60   | E    | Menor        | 4                      | NOR        | 0.4           | 1   | 4    |
| 3  | AVFM88 | M    | 88   | F    | Mayor        | 6                      | NOR        | 0.4           | 1   | 6    |
| 4  | ARJM89 | M    | 89   | F    | Mayor        | 6                      | S          | 0.1           | 0.4 | 3    |
| 5  | BFAF76 | F    | 76   | E    | Mayor        | 7                      | S          | 0.1           | 0.4 | 4    |
| 6  | BFVM78 | M    | 78   | E    | Mayor        | 6                      | M          | 0.2           | 0.6 | 3    |
| 7  | BSCF89 | F    | 89   | F    | Mayor        | 7                      | S          | 0.1           | 0.4 | 3    |
| 8  | BHAM78 | M    | 78   | E    | Mayor        | 6                      | S          | 0.1           | 0.4 | 3    |
| 9  | BLCF94 | F    | 94   | F    | Mayor        | 6                      | S          | 0.1           | 0.2 | 5    |
| 10 | BRSF69 | F    | 69   | F    | Mayor        | 7                      | S          | 0.1           | 0.4 | 4    |
| 11 | BLFM75 | M    | 75   | E    | Mayor        | 6                      | M          | 0.2           | 0.6 | 5    |
| 12 | CVMM72 | M    | 72   | F    | Mayor        | 7                      | M          | 0.1           | 0.6 | 3    |
| 13 | CCEM71 | M    | 71   | E    | Mayor        | 7                      | S          | 0.1           | 0.4 | 4    |
| 14 | CQBF69 | F    | 69   | F    | Mayor        | 7                      | M          | 0.2           | 0.6 | 3    |
| 15 | CBAM68 | M    | 68   | E    | Menor        | 4                      | L          | 0.3           | 0.8 | 2    |
| 16 | CQNF62 | F    | 62   | E    | Mayor        | 5                      | S          | 0.1           | 0.2 | 2    |
| 17 | CCBM72 | M    | 72   | E    | Mayor        | 5                      | S          | 0.1           | 0.4 | 3    |
| 18 | CMSM82 | M    | 82   | F    | Menor        | 4                      | S          | 0.1           | 0.4 | 4    |
| 19 | CMVF86 | F    | 86   | E    | Mayor        | 6                      | L          | 0.3           | 0.8 | 6    |
| 20 | CAHF84 | F    | 84   | F    | Mayor        | 6                      | S          | 0.1           | 0.4 | 5    |
| 21 | CQPM89 | M    | 89   | F    | Menor        | 4                      | M          | 0.2           | 0.6 | 3    |
| 22 | CMAM67 | M    | 67   | E    | NO           | 1                      | L          | 0.3           | 0.8 | 1    |

|    |        |   |    |   |       |    |     |     |     |   |
|----|--------|---|----|---|-------|----|-----|-----|-----|---|
| 23 | CHSM68 | M | 68 | F | Mayor | 12 | S   | 0.1 | 0.2 | 4 |
| 24 | DVNM66 | M | 66 | F | Menor | 4  | L   | 0.3 | 0.8 | 2 |
| 25 | DVLM76 | M | 76 | F | Mayor | 5  | M   | 0.2 | 0.6 | 3 |
| 26 | EZTM83 | M | 83 | F | Mayor | 7  | M   | 0.2 | 0.6 | 7 |
| 27 | FRGM63 | M | 63 | E | Mayor | 6  | S   | 0.1 | 0.4 | 2 |
| 28 | FCAM78 | M | 78 | E | Mayor | 7  | S   | 0.1 | 0.4 | 4 |
| 29 | GBRM85 | M | 85 | E | Menor | 3  | NOR | 0.4 | 1   | 3 |
| 30 | HHMF84 | F | 84 | E | Menor | 4  | M   | 0.2 | 0.6 | 5 |
| 31 | HMSM71 | M | 71 | E | Mayor | 6  | NOR | 0.4 | 0.1 | 4 |
| 32 | HPTM82 | M | 82 | E | Mayor | 6  | S   | 0.1 | 0.4 | 5 |
| 33 | HQBF76 | F | 76 | F | Menor | 4  | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 34 | HRFM75 | M | 75 | S | NO    | 1  | NOR | 0.4 | 1   | 2 |
| 35 | HPMF85 | F | 85 | F | Mayor | 5  | S   | 0.1 | 0.4 | 3 |
| 36 | HREM66 | M | 66 | E | Mayor | 5  | S   | 0.1 | 0.2 | 3 |
| 37 | HCHM83 | M | 83 | F | Mayor | 6  | S   | 0.1 | 0.4 | 2 |
| 38 | HCEF86 | F | 86 | E | Mayor | 7  | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 39 | JVJM71 | M | 71 | F | Menor | 3  | M   | 0.2 | 0.6 | 2 |
| 40 | LAAM87 | M | 87 | E | Menor | 4  | NOR | 0.4 | 1   | 4 |
| 41 | LBGM87 | M | 87 | F | Menor | 4  | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 42 | LEEM81 | M | 81 | F | Menor | 4  | M   | 0.2 | 0.6 | 2 |
| 43 | MSNF86 | F | 86 | E | Mayor | 7  | S   | 0.1 | 0.4 | 4 |
| 44 | MAJM74 | M | 74 | E | Menor | 4  | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 45 | MLMM73 | M | 73 | E | Mayor | 7  | L   | 0.3 | 0.8 | 4 |
| 46 | MPVM79 | M | 79 | F | Mayor | 7  | S   | 0.1 | 0.4 | 3 |
| 47 | MAJF68 | F | 68 | E | Mayor | 7  | S   | 0.1 | 0.4 | 5 |
| 48 | MHF83  | M | 83 | E | Menor | 4  | M   | 0.2 | 0.6 | 3 |
| 49 | NPFF77 | F | 77 | E | Menor | 4  | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |

|    |        |   |    |   |       |   |     |     |     |   |
|----|--------|---|----|---|-------|---|-----|-----|-----|---|
| 50 | ORMF84 | F | 84 | F | Mayor | 7 | S   | 0.1 | 0.4 | 4 |
| 51 | OGEF70 | F | 70 | E | Mayor | 5 | L   | 0.3 | 0.6 | 3 |
| 52 | PFTF68 | F | 68 | F | Mayor | 6 | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 53 | POVM77 | M | 77 | E | Menor | 4 | M   | 0.2 | 0.6 | 3 |
| 54 | PSMF88 | F | 88 | F | Mayor | 7 | S   | 0.1 | 0.4 | 4 |
| 55 | PHSM70 | M | 70 | E | Mayor | 5 | M   | 0.2 | 0.6 | 2 |
| 56 | PVAF82 | F | 82 | E | Mayor | 7 | S   | 0.1 | 0.4 | 4 |
| 57 | PCBM80 | M | 80 | F | Mayor | 6 | L   | 0.3 | 0.8 | 3 |
| 58 | PVNF85 | F | 85 | F | Menor | 4 | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 59 | PEPM78 | M | 78 | F | Mayor | 6 | M   | 0.2 | 0.6 | 5 |
| 60 | PHSM78 | M | 78 | F | Mayor | 8 | S   | 0.1 | 0.2 | 4 |
| 61 | PVMF88 | F | 88 | E | Mayor | 7 | S   | 0.1 | 0.2 | 4 |
| 62 | QCSM71 | M | 71 | E | Mayor | 7 | M   | 0.2 | 0.4 | 7 |
| 63 | QHBM82 | M | 82 | F | Menor | 4 | M   | 0.2 | 0.6 | 1 |
| 64 | QHVF86 | F | 86 | E | Mayor | 6 | M   | 0.2 | 0.6 | 3 |
| 65 | QNSF81 | F | 81 | F | Mayor | 9 | M   | 0.2 | 0.6 | 5 |
| 66 | QQSF61 | F | 61 | F | Mayor | 9 | S   | 0.1 | 0.4 | 3 |
| 67 | QRBM83 | M | 83 | F | Mayor | 9 | S   | 0.1 | 0.2 | 5 |
| 68 | QVVF67 | F | 67 | F | Mayor | 6 | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 69 | RDVF88 | F | 88 | F | Menor | 4 | M   | 0.2 | 0.6 | 4 |
| 70 | RMRM83 | M | 83 | E | Mayor | 7 | NOR | 0.4 | 1   | 3 |
| 71 | RFGM94 | M | 94 | C | Mayor | 8 | S   | 0.1 | 0.2 | 6 |
| 72 | SMLM77 | M | 77 | E | Menor | 3 | L   | 0.3 | 0.8 | 3 |
| 73 | SZRM78 | M | 78 | E | Menor | 4 | NOR | 0.4 | 1   | 4 |
| 74 | SMAM94 | M | 94 | C | Mayor | 7 | S   | 0.1 | 0.2 | 5 |
| 75 | SQVM80 | M | 80 | E | Menor | 3 | NOR | 0.4 | 1   | 4 |
| 76 | SMSM77 | M | 77 | E | Menor | 3 | L   | 0.3 | 0.8 | 2 |

|    |         |   |    |   |       |   |     |     |     |   |
|----|---------|---|----|---|-------|---|-----|-----|-----|---|
| 77 | SBCF89  | F | 89 | F | Mayor | 8 | S   | 0.1 | 0.4 | 6 |
| 78 | SASF98C | F | 98 | C | Mayor | 5 | S   | 0.1 | 0.4 | 2 |
| 79 | TAEM82  | M | 82 | F | Mayor | 7 | S   | 0.1 | 0.4 | 3 |
| 80 | TSAM81  | M | 81 | E | Menor | 4 | M   | 0.2 | 0.6 | 3 |
| 81 | UHFM60  | M | 60 | F | Mayor | 5 | L   | 0.3 | 0.8 | 3 |
| 82 | UPAM88  | M | 88 | F | Mayor | 5 | S   | 0.1 | 0.2 | 3 |
| 83 | VHEF84  | F | 84 | E | Menor | 3 | L   | 0.3 | 0.8 | 2 |
| 84 | VAGF68  | F | 68 | S | NO    | 1 | NOR | 0.4 | 1   | 1 |

LEYENDA:

|         |                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------|
| CG SFA: | Centro Gerontológico San Francisco Asís               |
| SEFC:   | Adultos mayores Sanos, Enfermos, Frágiles y Complejos |
| ECNT:   | Enfermedades crónicas no transmisibles                |
| FSNE:   | Flujo salival no estimulado                           |
| FSE:    | Flujo salival estimulado                              |
| MAYOR:  | Polifarmacia mayor                                    |
| MENOR:  | Polifarmacia menor                                    |
| NO:     | No tiene polifarmacia                                 |
| S:      | Xerostomia severa                                     |
| M:      | Xerostomia moderada                                   |
| L:      | Xerostomia leve                                       |
| NOR:    | Flujo salival normal                                  |



## ANEXO VIII: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### Relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco - 2024.

| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FORMULACIÓN DEL PROBLEMA                                                                                                                                                                              | OBJETIVO GENERAL                                                                                                                                                                                                             | HIPÓTESIS GENERAL                                                                                                                                                                                                                                  | METODOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>• Desde hace varias décadas, se ha venido observando a nivel global un constante aumento en la población de adultos mayores. Esta tendencia ha llevado consigo un incremento considerable en la demanda de atención médica y odontológica para este grupo demográfico.</p> <p>• Para el año 2050, se estima que la población peruana de 60 años o más, constituiría un 25% la población total (INEI-2024), a pesar de estas cifras, los datos del Ministerio de Salud revelan que solo una minoría de esta población tendrá acceso a tratamientos de odontología integral en centros de atención primaria (APS).</p> <p>• La xerostomía se refiere a la sensación de sequedad en la boca debido a una disminución en la producción de saliva, lo cual puede tener diversas causas, como las fisiológicas, patológicas y farmacológicas. En el presente trabajo nos centraremos en las causas farmacológicas.</p> <p>• El presente estudio pretende investigar la relación de la polifarmacia en el apareamiento o intensificación de la xerostomía en los adultos mayores residentes del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco.</p> | ¿Cuál será la relación entre polifarmacia y xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024?                                                            | Determinar la relación entre la polifarmacia y Xerostomía en adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco - 2024.                                                                                | Existe una relación positiva alta, entre la polifarmacia y la xerostomía en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de Investigación:</b> Correlacional, con enfoque cuantitativo, no experimental</li> <li>• <b>Diseño Metodológico:</b> Correlacional simple</li> <li>• <b>Población y Muestra:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Población:</b> Adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco. (120)</li> <li>– <b>Muestra:</b> no probabilística por conveniencia (84)</li> </ul> </li> <li>• <b>Técnicas e instrumentos de colecta de datos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Documental:</b> HC</li> <li>– <b>Observacional</b> Sialometría. Ficha de recolección de datos</li> </ul> </li> <li>• <b>Técnica estadística y análisis de datos:</b> Estadística paramétrica: coeficiente de correlación de Spearman para datos no agrupados</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>                                                                                                                                                                          | <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Cuál será el nivel de polifarmacia de los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?                                                        | Identificar el nivel de polifarmacia de los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.                                                                              | El nivel de la polifarmacia es mayor, en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Cuál será el nivel de xerostomía en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?                                                          | Identificar el nivel de xerostomía en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.                                                                                | El nivel de xerostomía es severo, en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuál será la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Describir la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo.                          | Existe un alto porcentaje en la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según la edad y sexo.                           |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuál será la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y la polifarmacia en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Identificar la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y la polifarmacia en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo. | Existe una relación positiva alta, entre la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la polifarmacia en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Francisco de Asís del Cusco – 2024, según edad y sexo. | <p style="text-align: center;"><b>VARIABLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Variable Independiente:</b> Polifarmacia</li> <li>• <b>Variable dependiente:</b> Xerostomía</li> <li>• <b>Co-variables:</b> Sexo y edad</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |