



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL EN ADULTOS DE
EDAD AVANZADA DE LA FUNDACIÓN "VIDA PLENA". 2005**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

DANIEL TABLEROS SÁNCHEZ

**DIRECTORA: C.D. REBECA ACITORES ROMERO
ASESORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER**

MÉXICO D. F.

2005

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the author or a supervisor, is written over the text of the directors and advisor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PROFESORES

Que con sus conocimientos nos dan la base para realizarnos como profesionistas. En especial a la Doctora **Patricia Henonín Palacio** por todo el apoyo que me dio en este seminario. Gracias

A MIS PADRES:

Maria de Jesús y Jesús

Por que sin su apoyo y comprensión no hubiese podido salir adelante, muchas gracias por su apoyo incondicional y por haber creído en mí para realizar el sueño más grande de mi vida.

A MIS HERMANOS:

Arlene, Adriana, Rodolfo y Cesar

Por que siempre han estado conmigo, demostrándome su apoyo y la confianza que me tienen y les puedo tener. Los quiero mucho.

A MIS AMIGAS

Gabriela Lastiri

Por la gran ayuda que me has dado durante toda la carrera y sobre todo por tu amistad que se que siempre puedo contar con ella. Gracias por ser mi amiga te quiero mucho.

Karina Rojas

Por tu amistad, apoyo y comprensión, eres una persona muy especial para mí, contigo he pasado momentos muy felices en toda la carrera y desde la prepa. Te quiero mucho.

Darlene Aglae

Por estar conmigo toda la carrera y todo el seminario, por la confianza que me das y que has depositado en mí y sobre todo por tu amistad; gracias amiga.

INDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES.....	1
1.1 Envejecimiento.....	4
1.2 Teorías del envejecimiento.....	5
1.2.1 Teorías Estocásticas.....	5
1.2.2 Teorías no Estocásticas.....	8
1.3 Edades de Interés Geriátrico.....	9
1.4 Valoración de la cavidad oral en adultos de edad avanzada.....	10
1.4.1 Exploración extrabucal en el adulto de edad avanzada.....	11
1.4.2 Exploración Intrabucal en el adulto de edad avanzada.....	12
1.5 Condiciones de salud oral en el adulto de edad avanzada.....	14
1.6 Alteraciones orales frecuentes en el adulto de edad avanzada.....	18
1.7 Lesiones orales frecuentes por el uso de prótesis en adultos de Edad avanzada.....	23
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
3. JUSTIFICACIÓN.....	28
4. HIPOTESIS.....	29
5. OBJETIVO.....	30
5.1 Objetivo general.....	30
5.2 Objetivo específico.....	30
6. METODOLOGÍA.....	31
6.1 Tipo de Estudio.....	32
6.2 Población de Estudio.....	32
6.3 Tamaño de muestra.....	32
6.4 Criterios de Inclusión.....	33
6.5 Criterios de Exclusión.....	33
6.6 Variables de Estudio.....	33
6.6.1 Variable Dependiente.....	33
6.6.1 Variable Independiente.....	33
7. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS.....	34
8. RECURSOS.....	34
8.1 Humanos.....	34
8.2 Materiales.....	34
8.3 Financieros.....	34

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
10. RESULTADOS.....	36
11. CONCLUSIONES.....	45
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
13. ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Hoy en día en nuestra actualidad, el envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico de alcance mundial; el presente estudio tiene el objeto de definir el estado de salud oral en los adultos de edad avanzada e identificar las lesiones orales relacionadas con el envejecimiento, los factores biológicos involucrados así como los aspectos generales del envejecimiento.

El cirujano dentista está obligado a comprender los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentan en los adultos de edad avanzada, vigilar y prevenir lesiones que pudiesen presentarse en esta etapa de la vida para de esta manera evitar que estas lesiones se hagan crónicas.

Este estudio se enfoca en evaluar el estado de salud oral que presentan los adultos de edad avanzada que asisten a la Fundación Vida Plena realizando un análisis de las patologías orales más frecuentes en esta etapa de la vida.

1. ANTECEDENTES:

La población de la república mexicana continúa siendo predominantemente joven; sin embargo tanto el descenso de la fecundidad experimentada desde inicio de los 70, como la disminución de la mortalidad han propiciado el envejecimiento paulatino. Ello explica que la mediana de edad en el año 2000 sea alrededor de 22 años, cuando en 1990 era de 19 años y 1970 de 17 años. En el país hay casi 5 millones de personas y más, de los cuales más de la mitad son mujeres¹.

El aumento observado en las últimas décadas en la proporción de adultos mayores en nuestro país se traduce en un incremento de las necesidades y demandas de atención odontológica a este grupo poblacional, a la vez que hace necesario para el dentista conocer con precisión los factores etiológicos, así como la patogenia y factores que determinan la especificidad de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida.^{2,3,4}

Las carencias nutritivas pueden ser factores fundamentales en el desarrollo de algunas enfermedades o a veces actuar como factores coadyuvantes en la aparición y evolución de ciertas enfermedades, según la *Dra. Lydia Paszucki Docente Adjunta de la Clínica del Adulto Mayor de la Asociación Odontológica Argentina*³. Una irritación mecánica de un resto radicular o gancho de una prótesis puede originar una úlcera por decúbito. El Dr. Ricardo Roisnblt. Los factores biológicos como bacterias, virus, parásitos, entran en juego muchas veces para facilitar la aparición y el desarrollo de una actinomicosis cervicofacial, una candidiasis, un herpes o una enfermedad periodontal.⁵

Una prótesis completa superior, por ejemplo, puede facilitar el desarrollo de una candidiasis que se va a traducir por un intenso enrojecimiento en todo el paladar duro, siguiendo los límites de la prótesis. La etiología directa son los hongos *Cándida Albicans* pero el factor concomitante es la prótesis completa y la mala higiene.⁶

Existen pocos estudios publicados sobre la prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en adultos de edad avanzada. El Dr. Axell 1976; Bhaskar 1986, Rueda 1987, Díaz Guzmán y Castellanos en 1989 realizaron este tipo de estudios mostrando una menor incidencia de lesiones y patologías comparado con el estudio del Dr. González en 1995.^{7,8}

Estos estudios se realizaron con el propósito de detectar las alteraciones de la cavidad oral y de estructuras relacionadas más frecuentes en población geriátrica; el estudio realizado por el Dr. González y colaboradores se llevo a cabo en 24 municipios que constituyen la región 1 del estado de México. Se realizó un examen que consistió en la observación y palpación de los tejidos bucales, de la cabeza y cuello. El diagnóstico se estableció a través de la correlación de los hallazgos clínicos y el interrogatorio.

Este fue un estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, el cual tiene por objeto conocer la prevalencia de diversas alteraciones de la mucosa oral en adultos mayores; la población quedo conformada por dos grupos de personas de ambos sexos. A cada individuo se le aplico un cuestionario que recogía la siguiente información: nombre, edad y sexo, ocupación, hábitos como tabaco (mencionando su frecuencia), enfermedades sistémicas y por último protésico-dental.

Las alteraciones más frecuentes que se obtuvieron fueron: varices sublinguales (58%), gránulos de Fordyce (31%), pigmentación melánica no gingival (26%) hiperplasia fibrosa (18%) y candidiasis (14%). Estos hallazgos destacan la importancia de efectuar análisis completos orales el paciente de edad avanzada.⁸

Algunos estudios muestran que la prevalencia de este tipo de entidades en población latinoamericana (Jiménez y Bojanini; Rueda 1987; Ramírez, 1986; Díaz Guzmán y Castellanos 1989) es mayor en anglo-sajones y escandinavos (Axell 1976).^{7,8,9,10}

Los datos presentados en este trabajo demuestran la prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en los adultos de edad avanzada.

1.1 Envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso de desgaste en parte debido al mal funcionamiento de las células corporales o a la falta de producción de células nuevas que reemplacen las muertas o defectuosas. La función celular normal se pierde durante las enfermedades infecciosas, los estados de malnutrición o la exposición a peligros ambientales, o bien por influencias genéticas. Las primeras células que muestran signos de envejecimiento son aquellas que suelen dejar de dividirse al alcanzar la madurez.¹¹ Las características del envejecimiento son:

- **Universal.** Propio de todos los seres vivos.
- **Irreversible.** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e individual.** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Deletéreo.** Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- **Intrínseco.** No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero el "maximum life span" se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de supervivencia se ha hecho más rectangular. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años.¹¹

1.2 Teorías del Envejecimiento.

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).¹¹

1.2.1 Teorías Estocásticas.

- **Teoría del error catastrófico.**

Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular.

Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, no aumenta la cantidad de RNA defectuoso con la edad, etc.). Actualmente hay poca evidencia que apoye esta teoría.

- **Teoría del entrecruzamiento.**

Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de cataratas es secundario a que las proteínas del

cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro.

- **Teoría del desgaste.**

Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Estudios animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN en los animales que envejecen. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

- **Teoría de los radicales libres.**

Esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical súper óxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos subcelulares oxidados.

Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de súper óxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates.

Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad de éstas, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres. Pero, por otro lado, no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevida.

Desgraciadamente, faltan más estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento.

Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras.

Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales libres o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades. Entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas patologías.

Lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, lograremos aumentar la longevidad.

1. 2. 2 Teorías no Estocásticas (Genéticas y del desarrollo).

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

- **Teoría del marcapasos.**

Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida.

El Timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento", según Burnet.

- **Teoría genética.**

Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

1.3 Edades de Interés Geriátrico:

- **Edad intermedia:**

Abarca aproximadamente de los 45 a 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En efecto en esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento que representan a menudo una tendencia al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas.

- **Senectud gradual:**

Es el periodo de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno.

- **Senilidad o vejez declarada:**

Esta se inicia alrededor de los 70 años incluye una importante creciente de problemas asistenciales en el ámbito médico social y sobre todo de rehabilitación. A los mayores de 90 años suelen llamárseles longevos.¹²

1.4 Valoración de la cavidad oral en adultos de edad avanzada

Los adultos de edad avanzada están más expuestos a contraer enfermedades de la boca y algunas otras, particularmente si la persona se encuentra agobiada y no cuida su salud bucal el paciente puede llegar a la desagradable situación de sufrir problemas físicos, emocionales y sociales a causa del estado de su boca. El mal olor de una boca sucia producirá vergüenza y frustración en el paciente y los demás evitarán tratar con él.¹³

El profesional en el área de salud odontológica, debe entender y reconocer enfermedades de la cavidad bucal. Todos estos se basan en la estructura de la cabeza, cara, cuello y cavidad bucal.

Existe una serie de alteraciones que acompañan el proceso normal de envejecimiento. El metabolismo se altera y se atrofia, así mismo se pierden los nutrientes, así como piezas dentales junto con la disminución del sentido del gusto y olfato, típicos del adulto mayor, hace a la comida monótona, poco atractiva y desalentadora.^{13,14}

Los problemas obligan al adulto mayor a comer dietas blandas, ricas en carbohidratos y pobres en proteínas y vitaminas están aunados a factores de escasez de recursos económicos, estados depresivos, soledad, invalidez física desnutrición algunos trastornos crónicos como diabetes, problemas digestivos, reumáticos que causan deterioro de la calidad de vida.

Los diversos cambios bucales que sufren las personas de edad avanzada como por ejemplo la pérdida de elasticidad de tejidos blandos y músculos, así como también de disminución de producción de saliva lo que conlleva a dificultar para masticar, irritación y disminución en la velocidad de curación de lesiones orales y caries. La xerostomía es muy frecuente en pacientes geriátricos provocando sequedad bucal, ardor lingual, dificultad para deglutir. Otras características del estado bucal del adulto mayor es la aparición del chasquido en la ATM, por la pérdida de dientes posterior no

reemplazados. No obstante en los portadores de prótesis totales la prevalencia es mayor.¹⁴

1. 4. 1 Exploración Extrabucal en el Adulto edad avanzada

Observar al pacientes desde el primer contacto que tenemos con el; los rasgos expresivos que se determinan como facies (febril, caquética, dolorosa y anémica) y coloración, datos sobre su actitud problemas físicos que son obvios a simple vista. Al observar y palpar la cara, se podrá apreciar si el paciente presenta asimetría facial producto de patologías infecciosas, hiper o hipotonía muscular, traumatismos. En el caso de la cara y orejas es importante observar la presencia de úlceras, eritemas, nódulos, quistes y cicatrices.

La presencia de ganglios edematosos, es señal evidente de procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En algunos casos se pueden presentar de forma dolorosa o asintomática a la palpación, siendo móviles o fijos en los tejidos adyacentes.

Con respecto a la Articulación Temporo Mandibular debemos ubicar los dedos por delante del orificio auricular mientras se le pide al paciente que realice apertura y cierre de manera muy lenta de esta manera podemos identificar ruidos articulares que no son normales, y si nos ubicamos por delante del paciente pidiendo que repita los movimientos, observaremos las posibles desviaciones que el paciente presenta. En algunos de estos casos son producto de disfunciones o traumatismos de la Articulación Temporo Mandibular.

Una de las partes anatómicas más traumatizadas por así decirlo, son los labios, en estos se busca la presencia de cicatrices; se debe observar tanto el labio húmedo como seco, palparan para descartar la presencia de quistes o nódulos de implantación superficial o profunda, úlceras o aftas, costras como en el caso del Herpes Simple.

Las comisuras labiales deben tener continuidad, ya que la presencia de escamas o erosiones nos evidencia la presencia de enfermedades oportunistas como la candidiasis y deficiencias vitamínicas disminución de la dimensión vertical. Los carrillos deben de estirarse con la ayuda de un espejo bucal se aprecia la coloración y textura de los mismos.

La mayoría de los adultos mayores padecen una o más enfermedades crónicas así como una diversidad de problemas médico - patológicos. La depresión es frecuente y aunada a la soledad provoca falta de higiene.

La enfermedad dental tiene una importante repercusión en la salud. La salud dental mejora la calidad de vida del adulto mayor, mejorando su estado nutricional, la capacidad de lenguaje y aumento de su autoestima.¹³

1 .4 .2 Exploración Intrabucal en Adultos de Edad Avanzada

Es importante verificar el cambio de coloración, forma, tamaño y textura de las encías, las características no normales nos indican alteraciones en los procesos gingivales y periodontales.

Para el paladar duro y blando, con la ayuda de un espejo observamos la porción anterior, las rugas palatinas y papila incisiva. En el paladar blando se visualiza la úvula, podemos apreciar la inserción muscular de la zona.

En la lengua, es vital observar todas sus caras. Los dientes sufren desgastes por bruxismo o por cepillado incorrecto a través del tiempo. Los dientes cambian de coloración a uno más oscuro presentan grietas longitudinales del esmalte y son más propensos a la caries. Con la edad, hay más pérdida de hueso alveolar, por ello, las raíces quedan expuestas al medio bucal, siendo más sensibles a la abrasión, atrición y

desmineralización. Las caries generalmente se presentaran a nivel radicular que es de gran medida originada por las recesiones gingivales que con frecuencia tienen estos pacientes igualmente se debe al excesivo consumo de azúcar.

Los dientes tienden a volverse quebradizos por que al disminuir los vasos sanguíneos y los nervios de la pulpa reciben menor aporte nutricional.

La enfermedad periodontal es causada por la acumulación de placa dentobacteriana que fomenta la destrucción inmunitaria de los tejidos conjuntivos con reacción inflamatoria (gingivitis) llegando a la destrucción del hueso alveolar y del ligamento (periodontitis), con pérdida del tejido de sostén.¹³

1. 5 Condiciones de salud oral en adultos de edad avanzada

La vejez esta caracterizada por una serie de cambios que ocurren en diferentes dimensiones, formas y ritmos. Diversos factores culturales, educativos, socioeconómicos, así como su relación con la edad cronológica y reserva biológica hacen en su conjunto esta gran diversidad en el proceso del envejecimiento; las actividades, experiencias y expectativas para las situaciones que enfrenta el adulto mayor en su diario vivir son diferentes y únicas.

El adulto mayor es una persona que posee características propias de su edad como la declinación de su capacidad y resistencia física, muscular, ósea e intelectual, sin embargo, gracias a la medicina y la odontología moderna muchas personas llegan a la tercera edad con mínimas enfermedades y conservando una salud adecuada.^{15, 16}

▪ **Piel:**

Al envejecer pierde su textura fina, y su elasticidad. La atrofia concomitante que se produce en las estructuras debajo de la piel conduce a cambios faciales todavía más evidentes. Los músculos, la grasa y los tejidos conectivos, todos disminuyen su volumen. Hay más piel que la necesaria para recubrirlos, y así cae en pliegues y exagera las arrugas, que se hacen más obvias.¹⁶

▪ **Mucosa bucal:**

Se produce un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo dado a un progresivo adelgazamiento de la capa epitelial. Los cambios posteriores incluyen una pérdida de continuidad de las fibras colágenas y una homogenización general de las zonas intercelulares. El envejecimiento progresivo puede conducir a la fragmentación y desaparición gradual del tejido elástico. La mucosa se hace más sensible a las influencias externas como resultado de estos trastornos. Puede ser más fácil dañarla por alimentos duros y su capacidad cicatrizante es notablemente más lenta.^{13, 16}

▪ **Lengua:**

Algunos cambios estructurales básicos que pueden relacionarse con la edad. Más fácilmente observable es el cambio que sufre la textura de la superficie ocasionada por la pérdida de papilas. La atrofia de papilas filiformes en el dorso de la lengua le da un aspecto liso y pulido. Además en la edad avanzada desciende el número de botones gustativos de las papilas circunvaladas.

También se presenta un agrietamiento de la lengua, en particular en la sexta década de la vida, junto con el desarrollo de las varicosidades en su superficie inferior.

Esto afecta al sistema venoso colector superficial, las paredes de los vasos dilatados son espesas y celulares, con un forro endotelial hipoplásico. En el adulto mayor totalmente desdentado, la lengua asume una función importante durante la formación del bolo alimenticio, y llega a adquirir gran fuerza y movilidad que le permiten desmenuzar muchos de los componentes elaborados de la dieta, al friccionarlos vigorosamente contra el paladar.¹³

▪ **Glándulas Salivales:**

El volumen de saliva segregado y la concentración de algunos de sus constituyentes, por ejemplo, la amilasa, varían con la edad. En 1937 Meyer registró un descenso de 75% en la actividad de las enzimas de la saliva en sujetos con más de 65 años, tanto en reposo como en estimulación.

El efecto de esta reducción sobre el metabolismo de los carbohidratos es probablemente limitado, debido a que el nivel de amilasa pancreática parece no disminuir. La reducción del flujo salival y la consiguiente menor lubricación de los tejidos bucales afecta tanto a la movilidad de la lengua como a la facilidad para deglutir alimentos.

La viscosidad de la saliva es también significativamente menor en las personas de edad, independientemente de la condición bucal. Los valores del pH de la saliva neutralizada no muestran diferencias significativas. Las personas mayores con

prótesis tienen más capacidad neutralizadora, superior a los de los jóvenes con dentaduras completas y a las personas mayores que conservan sus propios dientes.

La secreción disminuida de saliva va acompañada por la atrofia de las células glandulares secretoras. La disminución de volumen salival y del contenido estará relacionada tanto con la atrofia producida por la edad en estos conductos como con las células secretoras glandulares.¹³

▪ **Periodonto:**

La estructura del tejido gingival clínicamente sano no muestra cambios producidos por la edad en epitelio. Sin embargo, la submucosa muestra una celularidad con un aumento del tejido fibroso de tosca textura. Los siguientes cambios del periodonto se aplican a pacientes dentados o parcialmente desdentados de edad avanzada: disminución de la queratinización en hombres y mujeres, la reducción o ningún cambio en la cantidad del punteado de la encía, el incremento del ancho de la encía adherida, con posición constante de la unión mucogingival durante toda la vida adulta; disminución de células de tejido conectivo.

La recesión en el margen gingival aumenta la exposición de la superficie del diente, el grado de recesión está relacionado con la edad. Se observa una erupción masiva continua de los dientes, en la que se produce una progresiva migración del margen de la encía hacia apical a medida que avanza la edad, con cambios asociados en los tejidos adyacentes. La forma de tales cambios incluirá una pérdida progresiva también del ligamento periodontal y la resorción de las crestas óseas de los alvéolos dentales.^{12, 13}

▪ **Dientes:**

Durante el ciclo vital de la dentición normal se producen cierto número de ajustes fisiológicos. El lento movimiento mesial de los dientes, que es un fenómeno normal secundario al desgaste del diente en el área de contacto con los dientes adyacentes.

Tras ese cambio ínter proximal, la fuerza de oclusión puede hacer que los dientes se inclinen mesialmente, obliterando cualquier espacio que hubiera quedado libre.

El color de los dientes también sufre cambios con la edad. Volviéndose más oscuro. Parece que esta tendencia es más fuerte en los pigmentos amarillos, castaños y grises. Esto puede deberse a una calcificación progresiva, aunque la pigmentación producida por los alimentos también puede influir.

Independientemente del desgaste oclusal o incisal, la pulpa continúa depositando dentina durante toda la vida en un diente sano, lo que empequeñece la cámara pulpar.¹⁶

1. 6 Alteraciones orales frecuentes en el adulto de edad avanzada

- **Caries:**

La caries afecta principalmente a las raíces en adultos de edad avanzada; ya que con la edad se produce pérdida de hueso y las raíces quedan expuestas. La prevalencia de caries en las raíces es aproximadamente 4 veces superior en el anciano que en individuos más jóvenes.^{17, 19}

- **Perdida del tejido óseo mineralizado no dentario:**

Aunque con la edad se produce una pérdida generalizada de la masa ósea, la reabsorción del hueso alveolar es una consecuencia de factores locales más que un componente en el proceso de envejecimiento. En la medida que se pierden los dientes, el alveolo se va perdiendo lenta y gradualmente ya que se disminuye su función. Este proceso se encuentra influido no sólo por la osteoporosis del maxilar y mandíbula.¹⁷

- **Trastornos de la articulación Temporomandibular:**

El trastorno más frecuente es el síndrome de disfunción –dolor miofacial que se asocia a una contracción involuntaria de la mandíbula o al roce de los dientes como manifestación de la tensión.¹⁷

- **Disfunción motora oral:**

El aparato motor oral interviene en funciones finamente coordinadas, como el habla, la masticación, la deglución y la postura facial. La función motora oral en adultos sanos tiene variaciones (p. Ej. Reducción de la función de los músculos masticadores y una fase bucal prolongada de la deglución)¹⁷

▪ **Disfunción gustativa:**

La función gustativa se reduce con la edad. En personas sanas es moderado. La Hipogeusia es la disminución de la capacidad de apreciar sabores, y la Disgeusia, presencia de mal sabor persistente en la boca, pueden asociarse a neuropatías, infecciones respiratorias altas, uso de fármacos, Tx dentarios, traumatismos y Menopausia. Es probable que la mayoría de los síntomas gustativos en el anciano estén en relación con su estado dentario y con una mala higiene bucal; así por ejemplo la presencia de un absceso dentario o periodontal pueden ser responsables de que el material purulento distorsione las señales gustativas. La mala higiene en especial alrededor de los dientes con restauraciones extensas o prótesis dentarias, pueden provocar sensaciones gustativas molestas y crónicas.¹⁷

▪ **Periodontitis:**

Se presenta sobre todo en la edad adulta, destruye las estructuras de soporte de los dientes, la encía puede presentar diferentes grados de inflamación. Presencia de bolsas periodontales profundas. La pérdida ósea, la migración patológica de los dientes y la pérdida de la dimensión vertical en estas personas, son el resultado de la enfermedad periodontal. En etapas avanzadas los dientes se vuelven móviles a tal punto que se pierde el diente.^{17, 18}

- **Candidiasis:**

Se produce por un hongo del género candida. Las manifestaciones bucales son variables la forma más frecuente es la pseudomembranosa conocida como muguet o algodoncillo. Las lesiones bucales de la candidiasis aguda tienen la característica de ser placas blancas blandas o gelatinosas y /o nódulos que crecen de manera centrifuga y se unen. Las placas se componen de hongos, restos queratósicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas, bacterias y fibrina la cual se elimina fácilmente con una gasa. (Fig.)

Estas lesiones predominan en la mucosa bucal, pliegues mucobules, la bucofarínge y los bordes laterales de la lengua. En casos graves los pacientes tienen sensibilidad, sensación de quemadura y disfagia.^{18, 19, 20}

- **Várices linguales:**

Venas tortuosas, dilatadas, cuyo desarrollo esta sujeto al aumento de la presión hidrostática, con disminución de la resistencia de sus paredes de color azul rojizo y con escaso tejido de soporte. La dilatación de las venas se puede observar como estados varicosos que generalmente se encuentran en la cara inferior de la lengua, en los bordes, en piso y vestíbulo de boca.¹⁹

- **Queilitis comisural:**

Fisuras bilaterales sintomáticas de los ángulos de la boca, frecuentemente en pacientes con infección por candida albicans en otras partes de la boca y que suelen acentuarse cuando se cierra la boca firmemente.(fig.2)

Se presenta en personas que tienen disminución de la dimensión vertical, debido a perdida de dientes, desgaste de los dientes o uso muy prolongado de una misma prótesis dental. A veces se presentan infecciones bacterianas secundarias, que complican el tratamiento. Aunque la sobre oclusión maxilomandibular puede intensificar mecánicamente la queilitis comisural y proporcionar un entorno

favorable para su desarrollo, no es una única causa. Cualquier tratamiento que consista solo en aumentar dimensión vertical es insuficiente para corregir el problema. Como en el caso de todas las lesiones de candidiasis, el tratamiento es un proceso doble que consiste en identificar los factores predisponentes y erradicar la infección local.^{18, 19, 20}

- **Gránulos de Fordyce:**

Los acúmulos de glándulas sebáceas que aparecen en diversas localizaciones dentro de la cavidad oral. Se observan con mayor frecuencia en ambos lados de la mucosa bucal y en el bermellón del labio superior, se presentan en diversas localizaciones intraorales, incluso en las encías. Los gránulos de Fordyce son estructuras maculopapulosas múltiples, pequeñas, de color amarillento y aspecto miliar, que miden de 1 a 2mm de diámetro. Puesto que se ha estimado que al menos un 80% de los adultos presentan gránulos de Fordyce en alguna medida, la presencia de glándulas en esta área tiene que considerarse normal.¹⁹

- **Leucoedema:**

Es una alteración del epitelio oral caracterizada por la acumulación de líquido (edema) en las capas de las células espinosas. Es tan frecuente en algunos grupos raciales que no se considera como enfermedad, si no más bien como variante de la normalidad. Afecta bilateralmente a la mucosa bucal, aunque también pueden estar afectados los bordes laterales de la lengua. La mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y trasparente de color blanco grisáceo. En casos extremos la mucosa esta agrietada o arrugada.^{19, 20}

- **Lengua fisurada:**

Fisuras en lengua profundas que se extienden hasta la punta o bordes laterales de la lengua. Se observan en casos de boca seca. Clínicamente los pliegues o fisuras pueden presentar grandes variaciones morfológicas. Las fisuras pueden ser

relativamente superficiales, pero también es posible que sean profundas (la acumulación de restos alimenticios provoca inflamación y dolor en la lengua).¹⁹

- **Lengua geográfica:**

Aparición de placas eritematosas, múltiples, hipersensibles e irregulares en la lengua, con bordes blancos y arqueados que aumentan y cambian de forma a diario

Conocido también como eritema migrante benigna o glositis migratoria benigna. Se encuentra más en mujeres que en hombres; se caracteriza por la presencia de áreas pequeñas redondas o irregulares de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas son rojas, tienen poca sensibilidad, bordes gruesos y de color blanco o blanco amarillento. Es asintomática.¹⁹

1.7 Lesiones orales frecuentes por el uso de prótesis en adultos de edad avanzada

▪ Hiperplasia papilar:

También llamada papilomatosis de paladar se presenta de manera exclusiva en el paladar duro y algunas veces el paladar blando, casi siempre tiene que ver con el uso de prótesis removible o dentaduras completas. (fig.3)

Presenta de manera característica, múltiples excrecencias papilares eritematosas y edematosas que forman agrupaciones compactas que parecen verrugas granulares. En pocas ocasiones se ulceran con el paso del tiempo a causa del eritema intenso que presentan y pueden parecer erosiones.

Se presenta con frecuencia en pacientes con dentaduras flojas o mal adaptadas que predisponen el posible crecimiento de microorganismos de *Candida albicans* por debajo o en la interfase de la base de la dentadura y la mucosa.

Por lo regular se presenta en pacientes que llevan su dentadura día y noche, siendo más frecuente en el sexo femenino.

Características clínicas: el área de la mucosa palatina que tiende a ser afectada con mayor frecuencia es la bóveda. Se caracteriza por prolongaciones eritematosas múltiples y papilas edematizadas, lo que produce un aspecto verrucoso granular. Las prolongaciones pueden ser delgadas y casi vellosas, por lo regular cada prolongación tiende a ser cilíndrica y roma con espacios estrechos de cada lado. La ulceración es rara si bien el intenso eritema confiere algunas veces apariencia erosiva.^{18, 19, 20}

- **Hiperplasia marginal:**

También llamada hiperplasia inflamatoria o hiperplasia por prótesis. Es una lesión asintomática y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobre extendidos o desajustados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por resorción del reborde residual. Es una lesión que se presenta exclusivamente en el paladar duro, esta lesión se ve en 1 de cada 10 pacientes que usa prótesis total superior. La lesión puede observarse alrededor de los bordes vestibulares y bucales de una prótesis inmediata, de transición o de uso prolongado. (fig.4)

Se dan cambios de volumen rápidos y continuos de los tejidos blandos después de las extracciones, junto con la reparación ósea y la resorción de los tejidos alveolares residuales que dan como resultado el asentamiento de la base protésica en los tejidos de soporte. El borde de la dentadura inmediata o el desajuste prolongado ejerce así presión sobre la mucosa del vestíbulo causando hiperplasia marginal.

Características clínicas: es la lesión más frecuente de la mucosa vestibular donde el borde de la dentadura tiene contacto con los tejidos, este borde se extiende de manera gradual hacia el vestíbulo. Por esto la irritación y el traumatismo crónico, provocan una respuesta exagerada de reparación del tejido fibroso, lo que causa la aparición de pliegues indoloros del tejido fibroso que rodean al borde sobre extendido de la dentadura artificial.^{18, 19}

- **Úlceras Traumáticas:**

Úlcera se define como la pérdida del epitelio. La estructura de la úlcera y su borde son puntos decisivos para la valoración clínica, además de la cantidad, profundidad y forma de las lesiones. Estas constituyen la lesión más común de tejido blando en la boca. La mayor parte se debe a traumatismo mecánico simple y casi siempre es evidente la relación causa-efecto, la mayoría de las veces se relacionan úlceras

traumáticas agudas o crónicas con las dentaduras totales en pacientes de edad avanzada. (fig.5)

Características clínicas: se produce una zona eritematosa, poco después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos, agrandados, y son muy dolorosos. Esta es la úlcera aguda típica, provocada por una dentadura total recién colocada, como la sintomatología es aguda y el paciente se encuentra aun en la etapa de adaptación, el problema se resuelve en pocos días con un desgaste o ajuste de las prótesis. Si el traumatismo es ligero y provoca molestias leves, sobre todo en portadores de prótesis antiguas, se observara la mucosa eritematosa que comienza a engrosarse, hipertrofiando, al punto de llegar a causar verdaderas tumoraciones y esta se diagnostica como fibromas. Estas tienen una zona de implantación alargada en el fondo del vestíbulo con una ulceración central leucoqueratósica, áspera y dura, frecuentemente colonizada por candida, coincidiendo con uno o varios pliegues y en uno de los cuales se aloja el borde traumático de la prótesis.^{19,20}

▪ **Estomatitis Protésica:**

Lesión que afecta a un gran número de pacientes, la prevalence se considera en alrededor del 50% de los pacientes que son portadores de prótesis removible pueden padecer de esta lesión en algún momento. Se ha comprobado que la mucosa del reborde residual y palatina cambian de color y de estructura después de usar por cierto tiempo dentaduras completas. (fig. 6)

Los cambios que se presentan en la mucosa al examen clínico son:

- Mucosa más enrojecida y brillante
- Granulomatosis

Entre los factores etiológicos se encuentran los traumáticos, tóxicos, microbiológicos, alérgicos, sistémicos, una higiene de la dentadura deficiente,

utilización sin descanso de la prótesis, traumatismos por desajustes, infecciones. Una de las principales causas para la aparición de esta lesión es el trauma causado por la prótesis y la presencia de microorganismos especialmente de la *Candida albicans*. El trauma es un factor predisponente y la *Candida albicans* es determinante inductora de la estomatitis simple o granular así como de la queilitis angular y glositis.

Características clínicas: la mucosa subyacente de la dentadura se torna muy roja, hinchada, lisa o granular y dolorosa. Con frecuencia se observan puntos múltiples de hiperemia por lo general son en el maxilar. Es común que haya una fuerte sensación de ardor, el enrojecimiento de la mucosa esta bien delimitado y se restringe al que está en contacto con la prótesis. Suelen aparecer en los tejidos blandos situados sobre el paladar duro y generalmente se caracteriza por un área intensamente enrojecida brillante y ligeramente tumefacta, algunas veces se nota una sensación viscosa al pasar un dedo sobre la superficie. La lesión suele ser generalizada y difusa, afectando todos los tejidos en contacto con dentaduras, pero en algunos casos se presentan en forma de placas localizada en lesiones aisladas. Los síntomas son muy variables, algunas veces la lesión es asintomática, aunque es más frecuente que el enfermo se queje de cierta sensibilidad, sequedad, sensación de ardor, hasta un verdadero dolor. Pueden llegar a presentar dolores intensos con sensación de quemadura, queilitis angular y glositis.^{18,19}

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que la población de adultos mayores esta aumentando progresivamente representando un número cada vez mayor respecto a la población total, de forma que se prevé que represente un 15% respecto a la población total; es poco conocido su estado de salud oral, los cambios que reflejan los tejidos de la cavidad oral producen una serie de manifestaciones graduales, irreversibles y acumulativas que son particularmente evidentes.

Así mismo el envejecimiento conduce a un aumento en la susceptibilidad a los acontecimientos y factores perjudiciales del medio ambiente. La degeneración de los tejidos favorece a que inevitablemente aparezca un aumento de las lesiones orales en los adultos de edad avanzada.

Algunas de estas asociadas al uso de prótesis dentales, mala higiene bucal y algunas enfermedades sistémicas.

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado de salud oral que presentan los adultos de edad avanzada de la Fundación Vida Plena?

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando el aumento de la población de adultos de edad avanzada. Es importante la realización de una evaluación del estado de salud oral que nos permita conocer los cambios fisiológicos propios de esta edad; así como también conocer la prevalencia de alteraciones orales.

Es muy importante obtener esta información porque de esta manera se puede ofrecer al paciente un buen diagnóstico y tratamiento adecuado.

4. HIPOTESIS

Hi

En los pacientes de edad avanzada que asisten a la Fundación Vida Plena, por falta de recursos, información y atención odontológica, presentan un mal estado de salud oral, predominando la tendencia a padecer patologías relacionadas con el envejecimiento.

Ho

Los adultos de edad avanzada de la Fundación Vida Plena presentan un buen estado de salud oral y no existe presencia de lesiones relacionadas con el envejecimiento.

5. OBJETIVO

5.1 Objetivo General

- Evaluar el estado de salud oral de los adultos de edad avanzada que asisten a la Fundación Vida Plena 2005.

5.2 Objetivo Específico

- Evaluar el estado de la ATM, y determinar las alteraciones más frecuentemente padecidas en los adultos de edad avanzada que asisten Fundación Vida Plena.
- Identificar las patologías orales frecuentes en los adultos de edad avanzada y determinar su prevalencia, por edad, género y ubicación.

6. METODOLOGÍA

Material y Método

El presente estudio se realizó en la Fundación Vida Plena IAP. localizada en San Juan No. 134 col. Olivar de los padres. En la que se examinaron 30 personas de edad avanzada en un rango de edad de 60 a 85 años.

Por tal motivo se realizó una visita con la encargada de la fundación vida plena para informarle sobre el trabajo de investigación y pedir la autorización para dicho efecto. (Anexo 1)

A su vez se les explicó a los adultos de edad avanzada en que consistía dicho estudio. Haciendo mención de la inspección bucal realizada y se les explicó que esto no tendría otra implicación, posteriormente se les pidió su consentimiento por escrito. (Anexo 2)

Para la recolección de datos se diseñó un formato con todas las variables del estudio (Anexo 3).

Cabe mencionar que la prevalencia de patologías, se determinó exclusivamente por observaciones clínicas.

Los materiales utilizados fueron: espejo plano #5, pinzas de curación, gasas, cubrebocas, guantes y campos.

6.1 Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo, prospectivo

6.2 Población de Estudio

Estuvo conformada por adultos de edad avanzada que asisten a la Fundación Vida Plena.

6.3 Tamaño de Muestra

Se trabajo con un grupo de 30 personas que asisten a la Fundación Vida Plena cuyas edades fluctúan entre 60 y 85 años de edad.

6.4 Criterios de Inclusión

- Adultos de edad avanzada de sexo masculino y femenino que asisten a la fundación Vida Plena.
- Adultos de edades entre los 60 y 85 años de edad
- Adultos de edad avanzada que deseen participar en el estudio.

6.5 Criterios de Exclusión

- Adultos de edad avanzada que no desean participar en el estudio

6.6 Variables de Estudio

6.6.1 Variable Dependiente

- Patología de la mucosa bucal, dorso de la lengua y provocadas por prótesis

6.6.2 Variable Independiente

- falta de interés por el cuidado oral y de información, prótesis desajustadas

7. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Para este estudio se cálculo el promedio y distribución porcentual analizado por medio del paquete Excel

8. RECURSOS

8.1 Humanos

- Adultos de edad avanzada que asistan a la Fundación Vida Plena
- Un pasante Cirujano Dentista
- Un tutor y un asesor Cirujano Dentista

8.2 Materiales

- 30 formatos para la recolección de datos de la evaluación
- 30 espejos dentales
- 30 pinzas de curación
- Gasas
- Campos para paciente
- Guantes
- Cubrebocas
- Cámara digital
- Computadora, impresora

8.3 Financieros

- Los gastos corrieron a cargo del pasante

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Día	Hora	Actividad
10-feb-05	16:30a17:30	Presentación y comunicación formal del proyecto con las autoridades de la fundación solicitando la autorización para llevar a cabo la investigación
17-feb-05	11:00a12:00	Se comunicó a los adultos de edad avanzada las actividades a realizar y la obtención del consentimiento informado de cada uno de ellos.
24-feb-05	11:00a13:00	Se realizó la primera revisión a 10 adultos de edad avanzada
03-mar-05	11:00a13:00	Se realizó la segunda revisión a 10 adultos de edad avanzada
10-mar-05	11:00a13:00	Se realizó la última revisión a los 10 adultos restantes
17-mar-05	11:00a13:00	Agradecimiento tanto a los adultos de edad avanzada como a las autoridades de la fundación por la participación y apoyo en el proyecto de investigación

10. RESULTADOS

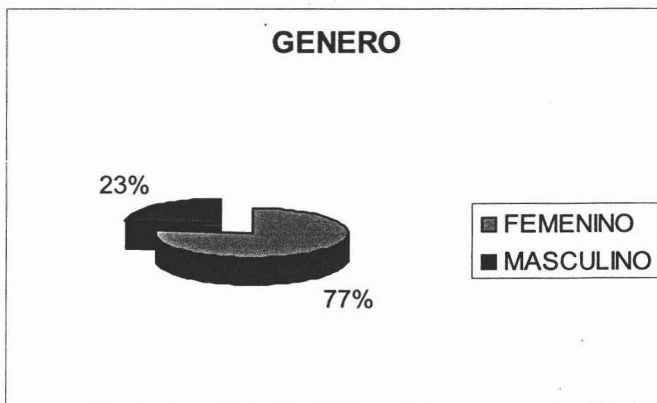
Durante el periodo comprendido entre los meses de Febrero y Marzo del año 2005 en la fundación Vida Plena se realizó la investigación del estado de salud oral en adultos de edad avanzada. En donde participaron 30 adultos de edad avanzada que asisten a esta institución se obtuvo lo siguiente:

- La distribución porcentual de género de 30 personas de la fundación Vida Plena corresponde a el 23% hombres y el 77% mujeres (ver cuadro 1 grafica 1).

Cuadro 1

	Masculino	Femenino
Población	7	23
Porcentaje	23%	77%

Grafica 1

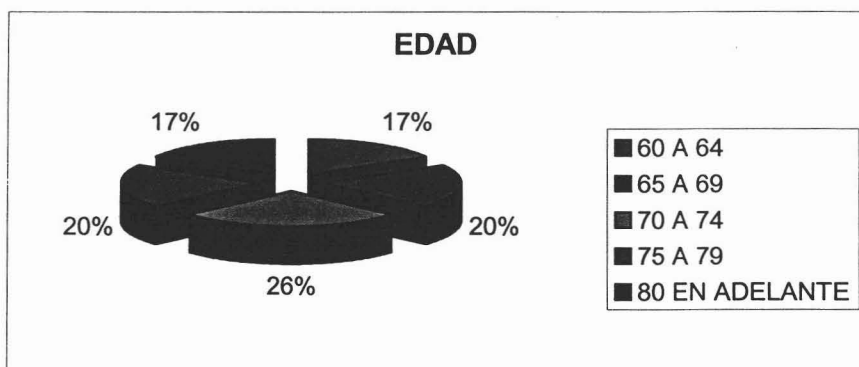


- La distribución porcentual de edades de 30 personas de la fundación vida plena corresponde a el 26% de 70 a 74 años, 20% de 65 a 69 años, 20% de 75 a 79 años, 17% de 60 a 64 años y 17% de 80 años en adelante. (ver cuadro 2, grafica 2).

Cuadro 2

	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 años en adelante
Número de personas	5	6	8	6	5
Porcentaje	17%	20%	26%	20%	17%

Grafica 2

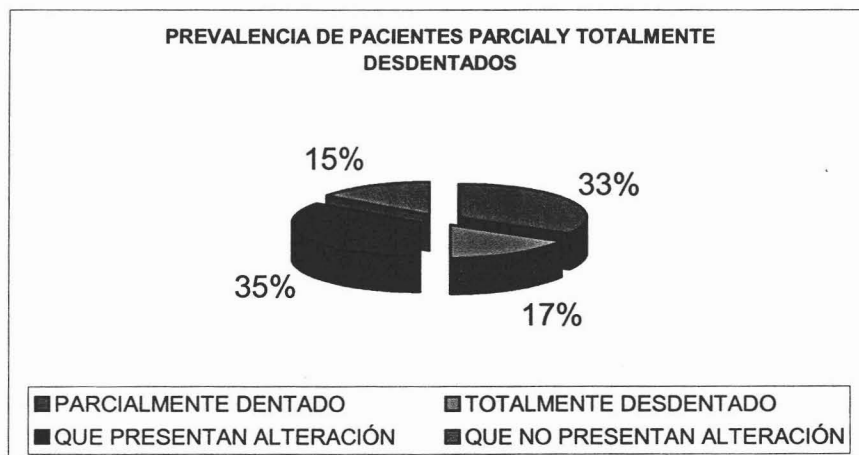


- La distribución porcentual de personas parcialmente dentadas corresponde a el 33%, totalmente desdentadas 17%, que presentan alteración 35% y que no presentan alteración 15%. (ver cuadro 3, grafica 3).

Cuadro 3

	Parcialmente dentados	Totalmente desdentados	Que presentan alteración	Que no presentan alteración
Número de personas	20	10	21	9
Porcentaje	33%	17%	35%	15%

Grafica 3

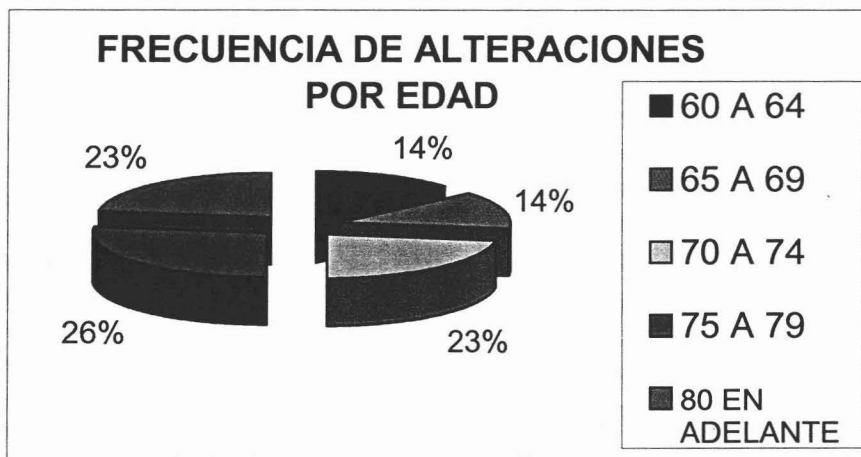


- La distribución porcentual, de la frecuencia de alteraciones por edad, corresponde a el 26% adultos de 75 a 79 años, 23% de 70 a 74 años, 23% de 80 años en adelante, 14% de 60 a 64 años y 14% de 65 a 69 años. (ver cuadro 4, grafica 4).

Cuadro 4

	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 años en adelante
Número de personas	3	3	5	6	5
Porcentaje	14%	14%	23%	26%	23%

Grafica 4



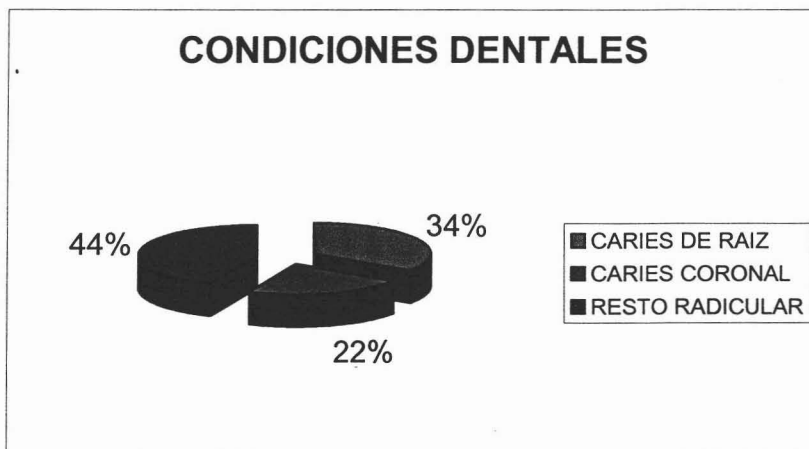
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- La distribución porcentual de condiciones dentales corresponde a el 44% presentó resto radicular, 34% presentó caries de raíces y el 22% presentó caries coronal. (ver cuadro 5, grafica 5)

Cuadro 5

	Caries de raíz	Caries coronal	Resto radicular
Número de personas	11	7	14
Porcentaje	34%	22%	44%

Grafica 5

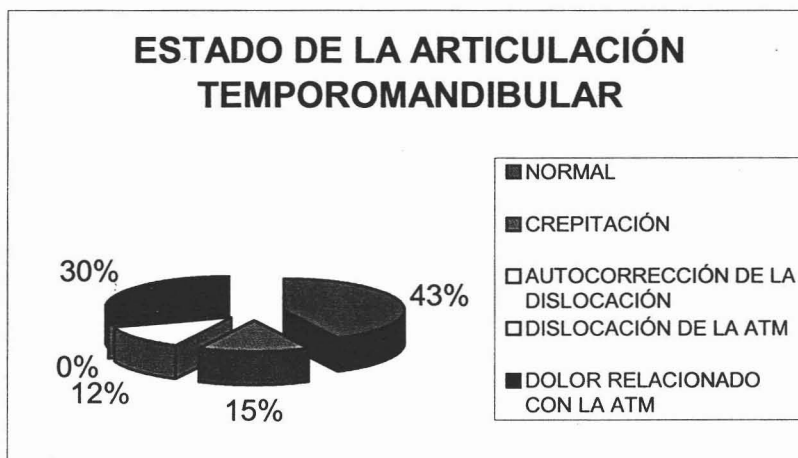


- La distribución porcentual del estado de la articulación temporomandibular corresponde a el 30% presenta dolor relacionado con la ATM, 15% presenta crepitación, y 12% auto corrección de la crepitación.(ver cuadro 6 grafica 6)

Cuadro 6

	Normal	Crepitación	Auto corrección de la dislocación	Dislocación de la ATM	Dolor relacionado con la ATM
Número de personas	14	5	4	0	10
Porcentaje	43%	15%	12%	0%	30%

Grafica 6

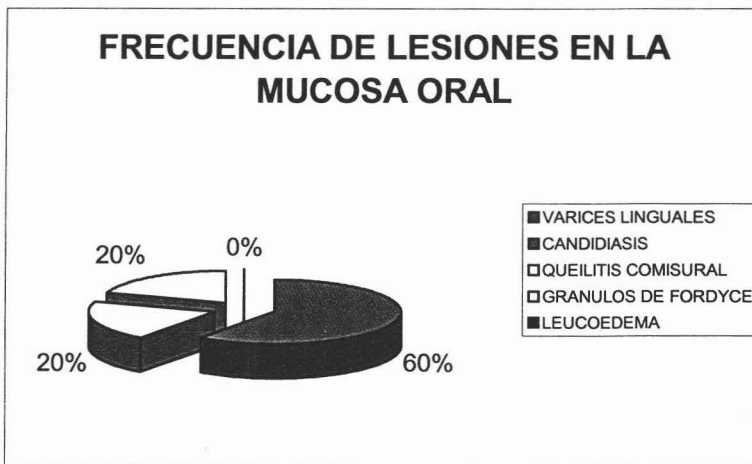


- La distribución porcentual de la frecuencia de lesiones en la mucosa bucal corresponde a 60% candidiasis, 20% queilitis comisural y 20% gránulos de Fordyce. (ver cuadro 7, grafica 7)

Cuadro 7

	Varices linguales	Candidiasis	Queilitis comisural	Gránulos de Fordyce	leucoedema
Número de personas	0	3	1	1	0
Porcentaje	0%	60%	20%	20%	0%

Grafica 7

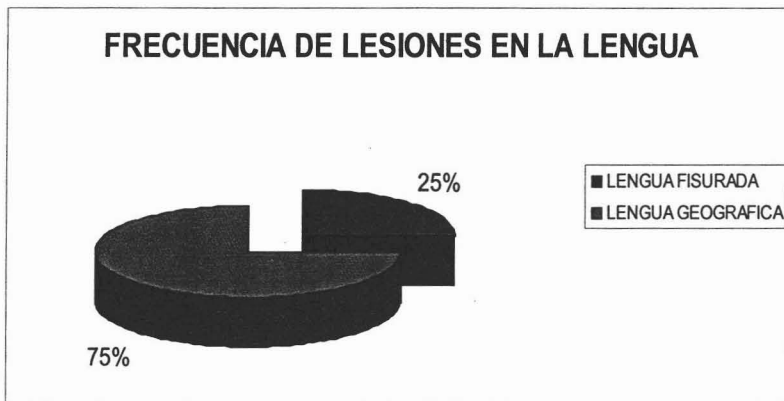


- La distribución porcentual de la frecuencia de lesiones en la lengua corresponde a 75% lengua geográfica y 25 % lengua fisurada. (ver cuadro 8, grafica 8).

Cuadro 8

	Lengua fisurada	Lengua geográfica
Número de personas	2	3
Porcentaje	25%	75%

Grafica 8

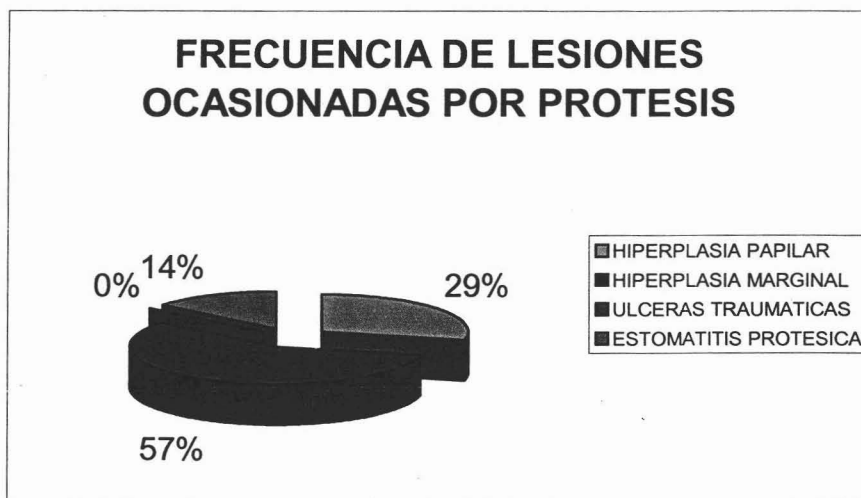


- La distribución porcentual de lesiones ocasionadas por prótesis corresponde que 57% hiperplasia marginal, 29% hiperplasia papilar y 14% estomatitis protésica. (ver cuadro 9, grafica 9)

Cuadro 9

	Hiperplasia papilar	Hiperplasia marginal	Ulceras traumáticas	Estomatitis protésica
Número de personas	2	4	0	2
Porcentaje	29%	57%	0%	14%

Grafica 9



11. CONCLUSIONES

Es importante mencionar que las alteraciones de la cavidad oral encontradas en este estudio, en su mayoría son variaciones de la normalidad, seguidas por cambios debidos a un proceso de adaptación de la mucosa ante estímulos locales, tales como son la pérdida de dientes y la irritación mecánica por aparatos protésicos.

En este estudio se encontró que el 35% de las personas de edad avanzada presentan algún tipo de alteración, la edad en que presentaron más frecuencia de alteraciones es entre los 75 y 79 años de edad (26%); la alteración más frecuentemente encontrada es el resto radicular, que presentaron 14 personas (44%) seguida de la caries de raíz que presentaron 11 personas (34%) y 10 presentaron dolor relacionado con la ATM (30%) estos pacientes en su mayoría no son portadores de prótesis y algunos no tienen acceso a la atención dental.

De los pacientes portadores de prótesis se encontraron 4 casos de Hiperplasia marginal todas ellas debidas a prótesis desajustadas; los casos encontrados de Candida (3) los presentan las personas que no realizan la limpieza de sus prótesis.

La falta de información hacia el cuidado de las prótesis y de la cavidad oral en este grupo poblacional favorece la aparición de lesiones y enfermedades bucales.

Este estudio a pesar de que fue realizado en una población de solo 30 personas demuestra la necesidad de que el cirujano dentista y las instituciones de salud refuercen la información sobre el cuidado e higiene oral en este grupo poblacional ya que esta población solo acude al servicio de salud cuando esta enferma.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII. Censo General de Población y Vivienda.
2. Rev. ADM 1995, 52 (3): 129-137.
3. Salud pública de México. Volumen 35 numero 4. 1995
4. Salud pública de México. Volumen 42 numero 2. 2000
5. Rev.ADM XLVI:134-8
6. Ramírez, A.V. Mosqueda, Hernández L.H. estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Cuadernos de CBS. Num. 11 UAM-X México 1986.
7. Axell, T. Bhaskar. A prevalence study of oral mucosal lesions. Community Dent Oral Epidemiol 22: 392-5. 1987
8. Díaz Guzmán L.,Castellanos J.L. Mucosa bucal. Cambios funcionales involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. Rev. 1989
9. Jiménez Gómez R, Bojanini J. Epidemiología de patología bucal en ancianos. Rev Ceron Venezuela 5: 29-38. 1990
10. Rueda, A.J. Mosqueda T. A. Zimbron, Vergara B. G. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en ancianos. Práctica Odontológica 8, 38-47.

11. Pontificia universidad católica de Chile. Programa de geriatría y gerontología. Capitulo 2 1998
12. Ozawa Deguchi José Y, Estomatología b Geriátrica. Primera edición México. editorial Trillas
13. Giglio., M Semiología en la Practica de la Odontología, última Edición, Santiago de Chile, Mc Graw-Hill Interamericana, p 6-11.
14. Roisinblit, R., La atención Odontológica del Anciano, Revista de Odontogeriatría, Volumen- II, Diciembre 2000, p. 98-103.
15. Richard, J., Atención Primaria en Geriatría, segunda Edición, Madrid España, Mosby-Doyma Libros, 1995, p. 66,70
16. Robles, C., El Envejecimiento y sus repercusiones Odontológicas. Practica Odontológica, Vol. 17-No 9 septiembre 1996, p., 20-22
17. Rowe JW Schneider El Manual Merck de Geriatria, 1990
18. Regezzi Joseph, Patología Bucal, tercera edición. México. Editorial Mc Graw Hill interamericana 2000
19. Sapp J. Philippe. Patología oral y maxilofacial contemporánea. España, editorial Harcourt. 1998
20. Océano Mosby. Diccionario de medicina, cuarta edición. Grupo editorial océano. 1994



VERDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

**C. LEONOR DE MARÍA PAYRO
FUNDACIÓN "VIDA PLENA" I.A.P
DIRECTORA
P R E S E N T E**

Por este conducto me permito solicitar a usted su autorización para que los pasantes Darlene Aglaé Sánchez Torres y Daniel Tableros Sánchez alumnos de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología en el Seminario de Titulación de Educación para la Salud, realicen un programa de salud bucodental dirigido a los adultos en plenitud que asisten a esa institución, con el objetivo de brindarles mayor conocimientos e información sobre su salud bucal.

Esperando contar con su autorización para realizar estas actividades educativas tan importantes para su salud bucal e integral.

Le saluda afectuosamente:

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria a 25 de febrero de 2005

C.D. Patricia Henonín Palacio
Coordinación de Educación para la Salud Bucal



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**SEMINARIO DE TITULACIÓN EDUCACIÓN PARA
LA SALUD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a 17 de febrero de 2005.

Por medio de la presente hago constar mi participación en el Proyecto de Investigación: Evaluación del estado de salud oral en adultos de edad avanzada, y autorizo al pasante Daniel Tableros Sánchez, para que me realice una exploración bucal y utilice los resultados obtenidos para los fines que ha el y a la Universidad mas convengan.

Nombre y Firma del participante.

Folio: 0
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUDO ORAL EN ADULTOS DE EDAD AVANZADA DE LA FUNDACIÓN VIDA
PLENA. 2005

CUESTIONARIO:

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: () Masculino () Femenino
4. ¿Cual o cuales son sus padecimientos actuales?

5. ¿Cuantos medicamentos toma actualmente? ¿Cuáles?:

6. ¿Fuma usted? ¿Cuantos cigarros fuma al día?

7. ¿Ve bien con ambos ojos?. Si () No () usa anteojos?
() Si () No
8. ¿Escucha bien con ambos oídos? Si () No (). usa aparato auditivo?
() Si () No
9. (en presencia de dientes) ¿Cuantas veces cepilla sus dientes al día?:
a) 1 b) 2 c) 3 d) ninguna
10. (edentulo) ¿ Realiza la limpieza de sus encías, lengua y carrillos?:
() Si () No
11. ¿Cuantas veces?:
a) 1 b) 2 c) 3 d) ninguna
12. ¿Usa algún tipo de prótesis bucal? :
() Si () No
13. ¿Que tipo de prótesis usa?
a) Fija b) Removible c) Dentadura Total
14. ¿ Como realiza la higiene de su prótesis?:

16. ¿Cuanto tiempo tiene con sus prótesis actual?
a) De 1 a 3 años b) De 3 a 6 años c) De 6 a 10 años d) más de 10 años

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL EN ADULTOS DE EDAD AVANZADA

Estado de la ATM.

	Si	No
Normal	_____	_____
Crepitación	_____	_____
Auto corrección de la Dislocación	_____	_____
Dislocación de la ATM	_____	_____
Dolor relacionado con La ATM	_____	_____

Labios:

- Forma de los labios: _____
- Color: _____
- Textura: _____
- Humedad: _____

Carrillos:

- Color: _____
- Textura: _____
- Humedad: _____

Lengua:

- Forma: _____
- Color: _____
- Humedad: _____
- Consistencia: _____
- Movilidad: _____
- Gusto: _____
- Vasos raninos: _____

Piso de boca:

- Color: _____
- Humedad: _____
- Consistencia: _____
- Textura: _____
- Conductos salivales: _____

Paladar:

- Color: _____
- Humedad: _____
- Consistencia: _____
- Textura: _____
- Movilidad: _____
- Úvula: _____
- Pilares anteriores: _____

Maxilar:

	Si	No
• Edéntulo:	_____	_____
• Dientes obturados	_____	_____
• Caries radicular	_____	_____
• Caries coronal	_____	_____
• Resto radicular	_____	_____
• Atrición	_____	_____
• Abrasión	_____	_____
• Erosión	_____	_____
• Abscesos	_____	_____
• Movilidad	_____	_____
• Placa y Cálculo	_____	_____

Mandibula:

	Si	No
• Edéntulo:	_____	_____
• Dientes obturados	_____	_____
• Caries radicular	_____	_____
• Caries coronal	_____	_____
• Resto radicular	_____	_____
• Atrición	_____	_____
• Abrasión	_____	_____
• Erosión	_____	_____
• Abscesos	_____	_____
• Movilidad	_____	_____
• Placa y Cálculo	_____	_____
• Movimiento	normal _____	excesivo _____ limitado _____

Saliva:

- Consistencia: _____
- Cantidad: _____
- Xerostomia: _____

Patología

Mucosa Bucal ()

- a. Várices linguales
- b. Candidiasis
- c. Queilitis Comisural
- d. Gránulos de Fordyce
- e. Leucoedema

Dorso de la Lengua ()

- a) Lengua fisurada
- b) Lengua geográfica

Provocadas por Prótesis ()

- a) Hiperplasia papilar
- b) Hiperplasia marginal
- c) Úlceras traumáticas
- d) Estomatitis protésica

Perdida del tejido óseo mineralizado no dentario ()

- a) Maxila
- b) Mandíbula

Otras patologías: _____