

71095

**LESIONES INTRAORALES MAS FRECUENTES BASADAS EN
IMPRESIONES DIAGNOSTICAS EN ADULTOS MAYORES,
ALBERGADOS EN 3 HOGARES GERIATRICOS DEL MUNICIPIO DE
ZIQUIRA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2003.**

Investigadoras:

CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ VARGAS código 991040
YESMIN YOHANNA VALENTIN ACUÑA código 991048

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Bogotá, D.C. octubre 2003.

**LESIONES INTRAORALES MAS FRECUENTES BASADAS EN
IMPRESIONES DIAGNOSTICAS EN ADULTOS MAYORES,
ALBERGADOS EN 3 HOGARES GERIATRICOS DEL MUNICIPIO DE
ZIPAQUIRA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2003.**

Investigadoras:

CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ VARGAS código 991040
YESMIN YOHANNA VALENTIN ACUÑA código 991048

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

**ASESOR CIENTIFICO
GERMAN BARAHONA**

**ASESOR METODOLÓGICO
ADIELA RUIZ G**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
AREA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Bogota,D.C. octubre 2003.**

El trabajo de grado LESIONES INTRAORALES MAS FRECUENTES BASADAS EN IMPRESIONES DIAGNOSTICAS EN ADULTOS MAYORS ALBERGADOS EN TRES HOGARES GERIATRICOS DEL MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2003. elaborado por: CLAUDIA FERNANDEZ VARGAS y YOHANNA VALENTIN ACUÑA, ha sido aprobado como requisito parcial para optar por el titulo de Odontólogo General.

Asesor Científico
GERMAN BARAHONA

Asesor Metodológico
ADIELA RUIZ

CLAUDIA BASTIDAS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer especialmente a las Directivas de tan prestigiosa y concurrida Institución, al cuerpo de catedráticos, y todas aquellas personas vinculadas en el desarrollo administrativo del Colegio Odontológico Colombiano.

Pues debido a su incansable labor por formar día a día los mejores profesionales del país se ha hecho posible que a quello (s) (as) estudiantes logren alcanzar el título de Odontólogos(as) Colegiales.

Profesión exsaltada y valorada por quienes con el transcurrir del tiempo hemos aportado con gran esfuerzo y dedicación un grano de arena en función del bienestar y conservación de la salud Oral de los Colombianos.

Por otra parte la presencia y aporte de todos aquellos pacientes que confiaron tanto en la Institución como en cada uno de los estudiantes, para de esta manera desarrollar las prácticas clínicas exigidas para el beneficio y bienestar de todos.

Claudia Fernández Vargas.

Yohanna Valentin Acuña.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1. PROBLEMA.....	10
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	11
1.3. PROPÓSITO.....	11
1.4. MARCO TEORICO.....	12
1.4.1. MARCO HISTORICO.....	12
1.4.2. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	17
1.4.3. SITUACIÓN DEL ANCIANO EN COLOMBIA.....	19
1.4.4. TENDENCIA DE LA POBLACIÓN.....	20
1.4.5. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ENVEJECIMIENTO.....	21
1.4.6. ASPECTOS FISICOS DEL ENVEJECIMIENTO.....	22
1.4.7. CAMBIOS EN LA MUCOSA ORAL DEBIDOS AL ENVEJECIMIENTO.....	25
1.5 OBJETIVOS.....	32
1.5.1 General.....	32
1.5.2. Específico.....	32
2. MÉTODO.....	33
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	33
2.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	33
2.3. MUESTRA.....	33
2.4 DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	34
2.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
2.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	34

2.7 PROCEDIMIENTO A PLAN DE CAMPO.....	36
2.8 PLAN DE ANÁLISIS.....	38
3. ASPECTOS ADMINISTRO-OPERATIVOS.....	39
3.1. RECURSOS.....	39
3.1.1. HUMANOS.....	39
3.1.2. TECNICOS.....	39
3.1.3. FINANCIEROS.....	39
3.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	39
3.3. PRESUPUESTO.....	40
4. RESULTADOS.....	41
5. DISCUSION.....	43
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
7. BIBLIOGRAFIA.....	48

INTRODUCCIÓN

Ya que es una realidad irrefutable que los ancianos son desplazados por sus propias familias de una vida digna en su hogar y que por su debilitamiento fisiológico tienden a desarrollar lesiones o patologías que los aquejan ya que en una gran cantidad de países, la población se va convirtiendo cada vez en una población “vieja”. Es importante conocer el estado de salud oral de las personas de la tercera edad, las enfermedades sistémicas más frecuentes y la condición protésico- dental de esta población; ya que permite informar cuales son las lesiones encontradas y dar una impresión diagnóstica de estas, lo cual ayuda a los profesionales en salud a direccionar los programas de prevención y promoción para este tipo de poblaciones según sus necesidades y brindar un mejoramiento en su calidad de vida.

El presente trabajo permite dar a conocer las lesiones intraorales mas frecuentes basadas en impresiones diagnosticas en un grupo de ancianos de 3 hogares geriátricos del municipio de Zipaquirá y establecer la existencia de enfermedades sistémicas que pueden estar relacionadas con esas patologías encontradas. Es difícil establecer hasta que punto algunas alteraciones son el resultado del proceso del envejecimiento y en que medida se deben a trastornos del estado nutricional o a enfermedades sistémicas prevalentes en esta etapa de la vida, que pueden ser inducidas por los diversos medicamentos empleados para su control. Esto obliga a que el odontólogo tenga un conocimiento mas claro sobre las patologías más frecuentes en las personas de la tercera edad. Algunos estudios realizados en Europa, Asia y Estados Unidos, han revelado una alta prevalencia de alteraciones patológicas y no patológicas de la mucosa

bucal del adulto mayor. Sin embargo este tipo de estudios son escasos en Latinoamérica

Debido a esto surgió la necesidad de realizar esta investigación que nos permitiera explorar el estado de salud oral de pacientes de la tercera edad institucionalizados.

ANEXOS

- 1. DEFINICION DE VARIABLES.**
- 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**
- 3. ENCUESTA A PACIENTES.**
- 4. FICHA CLINICA.**
- 5. TABLAS DE RESULTADOS.**
- 6. HISTOGRAMAS DE RESULTADOS.**

1. ASPECTOS TEORICO-CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es inevitable el proceso de envejecimiento en el transcurso normal de la vida, el adulto mayor (Revista de la Tercera Edad) presenta una serie de cambios a nivel físico, mental, emocional entre otros, en algunos estudios realizados por el Dr. Marco Antonio Díaz Franco, en la ciudad de México, encontró que en la cavidad oral de algunos adultos mayores se presentaron alteraciones como várices sublinguales (58%), gránulos de Fordyce (31%), pigmentación melánica no gingival (26%), hiperplasia fibrosa (18%) y candidosis eritematosa (14%), el leucoedema (9%), exostosis (3%), pigmentación melánica no gingival (26%) con respecto a la pigmentación localizada en la mucosa de encía o proceso alveolar (4%), hiperplasia fibrosa (18%), úlcera traumática (6%), queratosis friccional (4%) y epulis fisurado (1%), candidosis eritematosa (14%) y queilitis comisural asociada a *C. albicans* (8%). Un estudio realizado por la Dra Rosa M Tristan, universidad de granada, 2000), en España reveló que El edentulismo que se presenta con mayor frecuencia es el parcial inferior (75.0%), seguido del edentulismo parcial superior (61,8%), el edentulismo total superior e inferior solo fueron del 25%, Del total de prótesis presentes el 14% es funcional y un 63% del total de prótesis presentes requiere cambio. La lesión que más se presentó en el grupo poblacional estudiado fue la estomatítis protésica con una prevalencia del 27.9%, seguida de la queilitis angular, así como en menor grado se encontraron las úlceras aftosas, los fibromas, hiperplasias y los tumores malignos, junto con las deficiencias por vitaminas. El estudio realizado por Donna E. Sálala en Estados Unidos dejó como resultado que existe una alta prevalencia de alteraciones patológicas y no patológicas de la mucosa bucal en el adulto mayor; todo lo anterior nos lleva a preguntarnos ¿Cuáles son las lesiones intraorales más frecuentes basadas en impresiones diagnósticas en adultos mayores albergados en 3 hogares geriátricos del municipio de zipaquira, durante el primer semestre del año 2003?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En los últimos años América Latina, Europa y específicamente Colombia ha venido experimentando cambios en el ámbito demográfico, epidemiológico y socioeconómico los cuales han exigido variaciones en la perspectiva y ampliación de horizontes, así como la expectativa de vida en un país demográficamente adulto, razón por la cual se ve aumentada la necesidad de conocer las implicaciones que tiene el envejecer a nivel fisiológico y sobre todo de que manera el paso del tiempo se hace presente en la cavidad oral de algunos adultos mayores, cuales son las lesiones más frecuentes y donde se encuentran estas localizadas en la cavidad oral.

1.3 PROPÓSITO

El presente trabajo quiere determinar cuales son las lesiones intraorales más frecuentes basadas en impresiones diagnósticas de algunos adultos mayores (Tercera Edad), con el fin de ayudar a los profesionales de la salud a direccionar los programas de promoción y prevención para este tipo de poblaciones según sus necesidades para brindar un mejoramiento en su calidad de vida. Y brindar también orientación a las personas encargadas del cuidado de estos ancianos.

1.4 MARCO TEÓRICO

Marco Histórico

Se ha considerado la geriatría como la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de la enfermedad en aquellos pacientes mayores de 60 años con trastornos que tienden hacia la incapacidad, con pluripatologías y factores psíquicos y/o sociales que condicionan la evolución de su afección (Línea médica. Programas de información geriátrica. denominación oficial, decreto 127/84).

Este proceso de envejecimiento es analizado por la gerontología, definido como el estudio de la ancianidad que abarca desde características diferenciales entre los sexos como aspectos médicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, jurídicos y filosóficos. A continuación se describen los resultados de estudios que se relacionan con las características de la investigación: **(prevalencia alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor, Estudio en dos grupos del sur de la ciudad de México, D. Marco Antonio Díaz Franco).**

Este es un estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, el cual tiene por objeto conocer la prevalencia de diversas alteraciones de la mucosa bucal en adultos mayores de 50 años, residentes de la zona sur de la Ciudad de México.

A. Población en estudio

La población en estudio quedó conformada por dos grupos de personas de ambos sexos, mayores de 50 años, que residen en la zona sur de la ciudad de México, distribuidas de la siguiente manera: 50 pacientes que solicitaron atención

estomatológica en forma consecutiva en las clínicas estomatológicas Tepepan, San Lorenzo y Tláhuac de la UAM. Xochimilco durante 1996 y 50 personas que asistían al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) en la sucursal de la Delegación Tláhuac durante 1996.

La población de estudio se obtuvo mediante muestreo por conveniencia, tomando en cuenta la población asistente a los centros mencionados, previa autorización de las autoridades de ambos lugares. Se determinó estudiar la prevalencia de 29 entidades, cuyos criterios diagnósticos se encuentran descritos previamente en la Guía de Epidemiología y Diagnóstico de Enfermedades de la Mucosa Bucal de la OMS (1980) y en el Estudio Epidemiológico de las Lesiones de la Mucosa Oral (Ramírez, et al. 1986).

Con respecto a consumo de tabaco, se encontró que 15 sujetos eran fumadores activos al momento de realizarse el estudio, 17 habían dejado de fumar, y 68 negaron haber consumido esta sustancia, lo que representa un total de 32% de la muestra con antecedentes de tabaquismo.

1. Se presenta la lista y frecuencia de los principales padecimientos sistémicos que presentaban los sujetos estudiados, con diagnóstico establecido y/o bajo tratamiento médico, entre los que destacan la hipertensión arterial, diabetes mellitus, padecimientos del aparato digestivo y artritis reumatoide.

2. Se presenta una relación de los medicamentos ingeridos por los pacientes al momento de efectuarse el estudio, en donde destacan los medicamentos antihipertensivos, hipoglucemiantes orales, bloqueadores de la secreción de ácido

clorhídrico y anti-inflamatorios no esteroideos. se puede observar que la gran mayoría de los sujetos examinados eran portadores de uno o más aparatos protésicos, pero destaca el hecho de que la mayoría de éstos se encontraban desajustados. También se encontró un elevado número de pacientes parcial o totalmente edéntulos que requieren de prótesis, y solamente hubo cinco individuos que presentaban su dentición completa y no requerían de prótesis.

En el momento de hacer el análisis del estudio este reveló que las patologías más comunes fueron: várices sublinguales (58%), gránulos de Fordyce (31%), pigmentación melánica no gingival (26%), hiperplasia fibrosa (18%) y candidosis eritematosa (14%). Asimismo, se describen la frecuencia de enfermedades sistémicas y los tipos de medicamentos empleados para su control, los antecedentes de tabaquismo y la presencia, el estado y las necesidades de prótesis dentales.

Cada patología se analizó de diferente manera es decir, Entre las condiciones no patológicas que se presentaron más comúnmente entre los sujetos estudiados destacan las várices sublinguales (58%), los gránulos de Fordyce (31%) y el leucoedema (9%). En este estudio se detectaron también tres casos de exostosis (3%). La pigmentación de la mucosa bucal es otra condición relativamente frecuente, la cual generalmente está asociada a la intensidad de la pigmentación cutánea y, de acuerdo con algunos estudios, tiende a aumentar con la edad (Rueda et al., 1987; Ramírez et al., 1986). En el presente trabajo se encontró un porcentaje más alto de pigmentación melánica no gingival (26%) con respecto a la pigmentación localizada en la mucosa de encía o proceso alveolar (4%).

Otro estudio que permite comparacion se realizo en España se titula,

Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas de la facultad de odontología de la U. de Granada durante el primer semestre del años 2.000. (Rosa M Tristan, universidad de granada, 2000).

La patología sistémica más prevalente en la población de estudio es la hipertensión arterial (30.8%), seguida de la artritis reumatoidea (19.1%), miopía (14.7%), hipoacusia (14.7%), osteoporosis 10.2% diabetes, problemas gástricos. Dentro de la población un 66.1% presenta más de una de enfermedad sistémica. El consumo de medicamentos es correspondiente con las patologías más prevalentes en la población. El edentulismo que se presenta con mayor frecuencia es el parcial inferior (75.0%), seguido del edentulismo parcial superior (61,8%), el edentulismo total superior e inferior solo fueron del 25% reflejándose un cambio en el patrón de pérdida dental. En el presente estudio la prótesis que más se presenta es la total superior con un porcentaje del 38.2%, este dato es inferior con respecto al estudio del 98 donde se registra un porcentaje de presencia de prótesis total superior del 71%. Del total de prótesis presentes el 14% es funcional y un 63% del total de prótesis presentes requiere cambio. En el grupo de estudio, la necesidad protésica individual con mayor porcentaje se registra para la prótesis removible inferior con 52.9%, La lesión que más se presentó en el grupo poblacional estudiado fue la estomatitis protésica con una prevalencia del 27.9%, seguida de la queilitis angular, así como en menor grado se encontraron las úlceras aftosas, los fibromas, hiperplasias y los tumores malignos, junto con las deficiencias por vitaminas.

En el estudio del **(DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS, SERVICIO DE SALUD PÚBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS, Donna E. Sálala)** en Estados Unidos estos fueron los resultados:

Alrededor de un 30 por ciento de los adultos de más de 65 años son desdentados, comparados al 46 por ciento hace 20 años. Estas cifras son más altas entre aquellos que viven en la pobreza.

El cáncer oral y el faríngeo son diagnosticados en cerca de 30.000 norteamericanos al año; 8.000 mueren anualmente como consecuencia de estas enfermedades. Estos cánceres son diagnosticados principalmente en los ancianos. La prognosis no es buena: 5 años de supervivencia para el 56% por ciento de pacientes blancos; sólo el 34% para pacientes negros.

La mayoría de los ancianos norteamericanos toman medicinas de venta con o sin receta médica. Es muy probable que por lo menos una de esas medicinas tenga efecto colateral oral--generalmente boca seca. La inhibición del flujo salivar aumenta el riesgo de enfermedades orales porque la saliva contiene componentes antimicrobiales, así como minerales que ayudan a recuperar el esmalte dental después del ataque de las bacterias acidógenas que causan las caries.

Algunos otros estudios epidemiológicos realizados en Europa, Asia y Estados Unidos han revelado una alta prevalencia de alteraciones patológicas y no patológicas de la mucosa bucal en el adulto mayor (Axell 1976, Vigild 1987, Mac Entee et al. 1988,

van der Waal 1983, Corbet et al. 1994, Fleishman et al. 1985, Bhaskar 1968, Hand y Whitehill 1986). Sin embargo, este tipo de estudios son escasos en Latinoamérica (Jiménez y Bojanini 1980, Rueda et al. 1987, Ramírez et al. 1986, Díaz Guzmán y Castellanos 1989, Jorge et al. 1991). Por esto es necesario realizar este estudio en Colombia para determinar cual es la lesión que mas afecta a nuestros adultos mayores

SITUACIÓN MUNDIAL DEL ADULTO MAYOR

Hoy encontramos países con una expectativa de vida de 80 años, donde la mitad de sus poblaciones se encuentran por encima de la edad de 38 años y con un 30% de personas en edades menores de 15 años, los cuales son indicadores de población vieja.

Es un hecho que las personas de la tercera edad vienen en aumento mundial, para el año 1991 existía en Colombia aproximadamente 2.000.000 de personas mayores de 60 años de edad, total que se estima para el año 2025 en siete millones, equivalentes al 13% de la población, para ese año en el mundo ese grupo ascenderá a unos 1.100 millones, presentado un aumento de más del 300% a partir de 1997. El continuo descenso de la fecundidad en numerosos países en desarrollo es hoy más rápido que el descenso gradual experimentado por los países actualmente desarrollados. Por consiguiente, en los países en desarrollo el ritmo de envejecimiento de la población rebasará el ritmo que se registra en los países desarrollados, esto se corrobora en el análisis de los indicadores y tendencias demográficas del mundo. La conclusión es evidente, la población de los países en desarrollo envejecerá y este evento afectará a

un mayor número de personas en términos absolutos, y será más rápido que el de la población de los países desarrollados y con gran impacto en los patrones de desarrollo de las regiones. (Instituto Colombiano Agustín Codazzi 1993).

En una gran cantidad de países, la población se va convirtiendo cada vez más en una población "vieja", esto es, que el porcentaje de adultos mayores de 50 años va en aumento en relación con los grupos más jóvenes. Los elementos que han contribuido a esta modificación poblacional incluyen, en términos generales, a los avances médicos y científicos que posibilitan que el promedio de vida sea cada vez más alto (por ej. inmunizaciones diversas, control de enfermedades que anteriormente eran necesariamente mortales, etc.) y, por otro lado, las campañas para el control de la natalidad y la planificación familiar han contribuido también de manera importante a que el crecimiento poblacional se vaya modificando con un incremento en el grupo de mayor edad (Ettinger 1997).

Esta tendencia, que al parecer no será revertida, indica que en el corto y mediano plazos se estará frente a una población compuesta de manera importante por ancianos, por lo que se tendrá que asumir el reto que significará el proporcionar atención estomatológica específica a este grupo poblacional, a la vez que se deberá conocer con precisión los factores etiológicos al igual que la patogenia y factores coadyuvantes que determinan la especificidad de las condiciones bucales en esta edad.

SITUACIÓN DEL ANCIANO EN COLOMBIA

Colombia como muchos otros países se enfrenta en la actualidad a un aumento de la

población de mayores de 60 años y a una tendencia mas migratoria del area rural hacia las ciudades, debido a esto se distinguen diferentes habitat en los cuales el anciano se desenvuelve y desarrolla. Habitat individual, colectivo y el mas favorable y adecuado psicologicamente se ve enfrentado a sufrir lo que se denomina la perdida de los poderes económicos.

La evolución de la población depende de las variaciones demográficas tales como, la natalidad, la mortalidad y las migraciones dado por esto que se presentará algo asi como una explosión las necesidades de las personas dela tercera edad influyen en todos los aspectos de la organización social.

TENDENCIA DE LA POBLACIÓN

Colombia ha llegado a ser un país de población madura que en 20 años sera un país de población relativamente mayor. Por tal motivo fue escogida la población mayor de 60 años, como un grupo prioritario para desarrollar el estudio en un campo social.La proporción de personas de 60 a 74 años, se incrementa de 4.5% en los pasados 50 años y pasara de representar un 14% en el año 2050. por su parte el grupo de 75 años o mas corresponde a personas de mayor edad con mas riesgos y problemas mas complejos en el campo de la salud y en muchos aspectos de su vida personal y familiar, se incrementa en forma ascelerada llegando a representar mas de un 7.5% en el año 2050.(Ministerio de Salud, Colombia 1996).

ENTORNO DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

Generalmente las personas de la tercera edad estan dispuestas a sufrir un rapido

deterioro debido a las condiciones económicas, biológicas, y ambientales a las cuales estan expuestas, este grupo lo conforman los residentes en instituciones de bienestar para ancianos invalidos e incapacitados.

En relación con el aspecto socio cultural del envejecimiento se observa que el individuo llegara a una etapa en la que tendra que adaptarse a una nueva situación. Al llegar a la tercera edad un grupo de estas personas se convierte en una carga debido a la limitacion del espacio en la vivienda y la disolucion del hogar, motivo por el cual son recludos en sitios apartados de su hogar o familia y siguen siendo sometidos a la discriminacion ya que en esta sociedad existe un tipo de rechazo a prestar cualquier tipo de servicio a la población de la tercera edad , no teniendo en cuenta que el envejecimiento es un fenomeno inevitable que requiere de solidaridad social.

No se puede negar que en Colombia las poblaciones rurales son las que mas albergan a los adultos mayores es por esto que son motivo de estudio los ancianos del municipio de zipaquirá albergados en 3 hogares geriaticos que cuentan con servicio médico pero no odontológico, y que a su vez se encuentran en una de la poblaciones con mas ancianos segun el dane (DANE analisis poblacional, pre-censo 1997).

Estos hogares geriaticos se encuentran ubicados en zonas populares de estrato entre uno y dos, y que no cobran mensualidad a familiares de los ancianos sino que se mantiene con obras de caridad o con la colaboracion de otros.

Es importante ver que no solo el estado socio-cultural brinda, la información suficiente acerca de su entorno es importante también analizar los cambios que sufre

el pensamiento en las personas de la tercera edad.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO:

Envejecer implica adoptar un nuevo papel en la sociedad, las circunstancias diferentes que enfrenta el adulto mayor hacen que su actividad como miembro de una comunidad y su sistema de interrelación se modifique.

El comportamiento de la vejez puede caracterizarse por que el individuo de edad es mas parecido a si mismo , esto significa que la persona de edad esta dispuesta a cualquier tipo de de esfuerzo, tal como, al dolor o a circunstancias que no le son familiares, de modo carateristicamente exagerado.

Existen 3 tipos de problemas prioritarios en las personas geriaticas y estos son:

LA DEPRESIÓN: tendencia excesiva a encontrarse en un estado de ánimo bajo.

Es de dos tipos:

DEPRESIÓN REACTIVA: cuando es con causa evidente.

DEPRESIÓN ENDÓGENA: en la cual no existe un factor desencadenante obvio.

LA DEMENCIA: perdida lenta y progresiva de la inteligencia por degeneración y muerte de las células cerebrales.

PROBLEMAS CON ALCOHOLISMO o MEDICAMENTOS: producen transtornos en el comportamiento.

Sin olvidar que además los adultos mayores presentan unos cambios físicos que pueden afectar su comportamiento. Al envejecer se producen alteraciones generales siendo las más comunes las de apariencia física, estos cambios están condicionados con la edad, factores hereditarios, situación social y la aparición de enfermedades relacionadas con la edad.

CAMBIOS FÍSICOS EN EL ADULTO MAYOR

El envejecer del cabello es el resultado de la carencia de una enzima, de la disminución o mal funcionamiento de las células que producen pigmentos. (Paola S. Timiras. 1997). En la piel el envejecimiento normal provoca cambios de las fibras elásticas y de colágeno, haciendo que la piel sea menos flexible y formándose más delgada y seca. También se producen modificaciones ligeras en la talla debido a una alteración de la postura, a una disminución de los discos intervertebrales y a una pérdida de agua de los mismos. También una pérdida en el calcio óseo siendo doble en las mujeres que en los hombres, la dentadura se desgasta con bastante lentitud y se vuelven menos vulnerables a la caries y más propensos a alteraciones periodontales.

Otros cambios que presentan son:

Cambios Respiratorios: Hay cambios en la nariz, senos paranasales, y garganta.

Cambios Cardiovasculares: Disminución del flujo sanguíneo hacia los vasos periféricos, disminuye la capacidad del corazón para bajar la proporción de flujo arterial sanguíneo a través de los tejidos corporales.

Cambios Gastrointestinales: Segregan las mismas enzimas que los jóvenes pero en menor cantidad, el hígado disminuye su tamaño y las enzimas que producen son menos concentradas y aumenta los problemas de la vesícula biliar.

Cambios en el sistema excretor: Cambios en la vejiga y en los riñones, disminuye la capacidad de la vesícula y aumentan las infecciones del tracto urinario.

Cambios del Sistema Endocrino: Disminuye la secreción hormonal y de las glándulas, se reduce la secreción de la glucosa duplicando así la probabilidad de adquirir diabetes.

Cambios en los órganos de los Sentidos

***Visión:** Hundimiento del globo ocular, flojedad de los párpados, pérdida de la agudeza visual, debilitación de los músculos que controlan la pupila y el cristalino se vuelve amarillo y grueso.

***Oído:** Pérdida de la agudeza auditiva.

***Habla:** Cambio de la voz, pérdida de la potencia y agudeza de la voz, habla confusa.

***Cambios Oseos:** Disminución de la densidad ósea, manifestación oral es la reabsorción ósea del hueso alveolar.

***Cambios en el Sistema Estomatognático:** Cambios en el color de los dientes, resorción de las crestas óseas, y los alveolos dentales, reducción del flujo salival, cambios en el gusto. Y no se pueden olvidar las enfermedades sistémicas que mas

aquejan a la población de adultos mayores a nivel mundial estas son:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Elevación de la tensión arterial sistémica sin que se pueda encontrar su causa y que suele ser el único hallazgo clínico relevante, siempre debe considerarse un riesgo y los individuos con tensión elevada presentan riesgo de padecer a consecuencia una patología cardiovascular.

DIABETES: Enfermedad del complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que en un comienzo son el resultado de la falta relativa o compleja de secreción de insulina por las células beta del páncreas o por defectos de los receptores de insulina, que no pueden metabolizarlas.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: Son trastornos adquiridos que tiene en común; cambios inflamatorios e inmunológicos difusos en pequeños vasos sanguíneos y en el tejido conectivo. Los rasgos más comunes de la mayoría de estas enfermedades son artritis, lesiones cutáneas, pericoronitis, pleuritis, nódulos subcutáneo, etc. Afecta los vasos linfáticos y vasos sanguíneos situados en el corazón.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: Complejo o problema en el proceso de intercambio molecular de oxígeno anhídrido, carbónico y los tejidos corporales, desde los pulmones a los procesos de oxidación celular.

ARTRITIS: Inflamación de las articulaciones que se caracteriza por dolor y tumefacción en lugares comunes como rodillas, dedos, codos, etc.

OSTEOPORÓISIS: Enfermedad caracterizada por un debilitamiento anormal de los huesos, que se produce con más frecuencia en las mujeres posmenopausicas, en individuos sedentarios o inmovilizados y en los pacientes sometidos a tratamientos con esteroides de larga duración. Puede causar dolor especialmente en la región inferior de la espalda, fracturas patológicas, pérdida de estatura y diversas deformidades. La osteoporosis puede ser idiopática o asociada a alteraciones secundarias como la desmineralización de los huesos o el hiperparatiroidismo.

CAMBIOS EN LA MUCOSA ORAL DEBIDOS AL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento produce en la mucosa bucal una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos. De acuerdo con (Squier et al. 1976), los cambios más significativos que ocurren a nivel microscópico en los tejidos bucales del adulto mayor incluyen:

Atrofia del epitelio superficial, principalmente a nivel del dorso de la lengua.

- Incremento en la queratinización.
- Disminución en el número de células y degeneración de las fibras del tejido conectivo.

Agrandamiento varicoso de las venas del vientre lingual.

- Aumento en la cantidad de glándulas sebáceas (gránulos de Fordyce).
- Atrofia progresiva de las glándulas salivales menores.
- Disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas,

particularmente en encía y lengua, donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.

Existen también otras lesiones que se diferencian clínicamente y que fueron muy comunes en otros estudios por eso serán relacionadas a continuación:

VARICES SUBLINGUALES

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Son dilataciones vasculares anormales, que se pueden presentar en la superficie ventral de la lengua y se deben a anomalías del desarrollo de sí mismas. En pocas ocasiones se pueden encontrar en el labio inferior de personas ancianas, que se exponen crónicamente al sol, son lesiones azulosas que palidecen a la presión.

TRATAMIENTO: Generalmente no se requiere, pero se extirpan si son representativas.

GRÁNULOS DE FORDYCE

ETIOLOGÍA: Los granulos de Fordyce representan glándulas sebáceas ectópicas o quistomas sebáceos, el origen de estos, se piensa desde el momento del desarrollo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Son múltiples, se observan agregados o en agrupaciones confluentes; los sitios predilectos son la mucosa bucal y el bermellón del labio superior, estas lesiones son simétricas, asintomáticas que se distribuyen alrededor o junto a los conductos excretores, son blancas y pediculadas. Afectan principalmente a hombres entre los 20 y 30 años y a veces pueden presentar recurrencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Pequeñas colonias de Candida albicans, como lesiones similares a la Candidiasis Pseudomembranosa pero con la diferencia que esta es negativa al test de raspamiento.

TRATAMIENTO: No está indicado tratamiento ya que las glándulas no producen molestias.

HIPERPLASIA FIBROSA O EPULIS FISURADO: (por prótesis mal adaptadas):

ETIOLOGÍA: Se relaciona con el traumatismo crónico por una prótesis mal ajustada, es similar al fibroma traumático pero esta siempre se relaciona con el uso de prótesis dental.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Lesión frecuente en la mucosa vestibular donde el borde de la dentadura, tiene contacto con los tejidos, es por esto que la inflamación y el traumatismo crónico causan una respuesta exagerada de reparación del tejido que origina la aparición de pliegues indoloros de aspecto como el de la mucosa oral.

TRATAMIENTO: Retirar la prótesis solo disminuye la lesión, debe extirparse el tejido y hacer una nueva prótesis.

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA: INFECCIÓN FÚNGICA (CANDIDIASIS) :

ETIOLOGÍA: Producida por el Hongo Candida Albicans, es una infección fúngica común entre personas vulnerables por diabetes, anemia terapéutica con antibióticos o glucocorticoides, y en algunas ocasiones el cáncer.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: La *Candida albicans* es un habitante de la cavidad bucal que suele encontrarse en 30 a 40% de la población general, solo causa enfermedad cuando hay deficiencia de los mecanismos protectores habituales. En general la candidiasis bucal adopta la forma de una placa adherente en color blanco, caseiforme, circunscrita a cualquier región de la cavidad bucal, pero suele relacionarse también con el uso de prótesis e ir directamente de la mano con la queilitis comisural, y ubicarse especialmente en el dorso de la lengua y el paladar. La pseudo membrana puede desprenderse y mostrar la base subyacente inflamada eritematosa y granular. En el huesped particularmente vulnerable la candidiasis puede propagarse al esófago, sobretodo cuando se introdujo una sonda nasogástrica o pueden producirse lesiones viscerales extensas si el hongo penetra a la corriente sanguínea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Gránulos de Fordyce.

TRATAMIENTO: Ordenar al paciente Antifungicos.

QUEILITIS COMISURAL

ETIOLOGÍA: Es una degradación tisular acelerada del bermellón de los labios en especial el inferior o de la comisura labial en individuos que usan prótesis, se encuentra altamente relacionada.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Se da por acumulación de saliva en los pliegues cutaneos de las comisuras labiales donde se forman colonias de hongos. Son lesiones blancas como fisuras sintomaticas que duele al hacer apertura y sin tamaño común, son casi siempre bilaterales.

TRATAMIENTO: Humectar con cremas pero no con saliva.

LEUCOEDEMA

ETIOLOGÍA: No se conoce la etiología pero se relaciona con el consumo de tabaco, alcohol, mala higiene oral y patrones de masticación anormal.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Es un trastorno asintomático en el que se aprecia una superficie de color blanco grisáceo membranoso o suave de distribución simétrica en la mucosa bucal, en casos más graves hay alteraciones de la textura en forma de arrugas o pliegues de coloración blanquecina que son negativas al test de raspamiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Leucoplasia, nevo esponjoso blanco, fibrosis traumática.

TRATAMIENTO: No requiere tratamiento.

AFTAS:

ETIOLOGÍA: Se desconoce la causa, pero se sospecha un origen autoinmunitario, usualmente son autolimitadas y se resuelven en pocas semanas aunque en ocasiones recurren en el mismo sitio o en otro diferente.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Úlceras pequeñas (por lo general menores de 5 mm de diámetro), dolorosas, superficiales y muy comunes. En su forma más característica se presentan como erosiones superficiales, circulares, casi siempre cubiertas por un exudado gris blanquecino o rodeadas de una región

eritematosa, pueden ocurrir aisladas o en grupos sobre la mucosa bucal no queratinizada, en particular paladar blando, mucosa bucolabial, piso de boca y bordes laterales de la lengua, al parecer son desencadenadas por estrés, fiebre y ingestión de ciertos alimentos y enfermedad inflamatoria intestinal activa.

LEUCOPLASIA

ETIOLOGÍA: Están fuertemente relacionadas con el uso de tabaco, en particular fumar pipa y empleo de tabaco no fumado (tragado aspirado, masticado). La relación, con fricción crónica como dentaduras mal ajustadas o diente mellados, abuso de bebidas alcohólicas y alimentos irritantes es menos evidente.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Placas mucosas blanquecinas mal definidas o placas causadas por engrosamiento o hiperqueratosis epidermica, son más frecuentes en hombres y se observan casi siempre sobre el borde del bermellón del labio inferior, mucosa bucal y paladar blando y óseo, con menor frecuencia en piso de boca, se presentan como áreas discretas de mucosa engrosada, circunscrita, a veces multifocales e incluso difusas, lisas o rugosas, correosas, de color blanco.

TATUAJES POR AMALGAMA

ETIOLOGÍA: Lesión iatrogenica que se presenta después de la inflamación traumática de partículas de amalgama en los tejidos blandos al reparar un diente con amalgama antigua.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Pigmentación de la mucosa bucal mas

frecuente, se presenta en tejidos blandos contiguos a un diente que se obturo con amalgama por lo que los tejidos que se afectan son; encia, mucosa y lengua.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Nevo, Melanoma.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 GENERALES:

Establecer las Lesiones mas frecuentes de la Cavidad Oral basados en impresiones diagnósticas en Adultos mayores, albergados en 3 hogares geriátricos de Zipaquira durante el primer periodo del año 2003.

1.5.2 ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar cuales son las enfermedades sistémicas que mas afectan a los adultos mayores en 3 hogares geriátricos de zipaquira.
- ❖ Describir el estado protésico dental de los adultos mayores albergados en tres hogares geriaticos del municipio de Zipaquira.
- ❖ Describir los tipos de lesiones mas frecuentes intraorales, basados en impresiones diagnósticas; (también describir su localización). En adultos mayores de tres hogares geriátricos del municipio de zipaquira.
- ❖ Proponer un programa de prevención en salud oral para la población de estos hogares e implementar un programa de padrinos para estos adultos mayores.

2. ASPECTOS TECNICO-METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo-observacional –transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores albergados en 3 hogares geriátricos en el primer semestre del año 2003 del municipio de Zipaquirá; que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.3 MUESTRA

110 Adultos mayores del municipio de Zipaquirá

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Pacientes albergados en 3 hogares geriátricos de Zipaquirá mayores de 60 años.
- ❖ Pacientes con Historias Médicas completas.
- ❖ Pacientes que acepten su participación voluntaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Pacientes albergados que tuvieran algún tipo de discapacidad para abrir la boca o contestar la encuesta.

2.4 DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Las lesiones intraorales en los adultos mayores son importantes porque reflejan el estado de salud oral de los pacientes, y no se puede olvidar que en su aparición intervienen ciertos factores, químicos, físicos y biológicos que promueven estas alteraciones.

2.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener la información necesaria a cada paciente que firme el consentimiento informado se le aplicó una encuesta y se les realizó un examen clínico oral.

Con base en una entrevista semiestructurada.

2.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se le explicó a cada paciente los procedimientos e intervenciones a realizar; posteriormente se ubicó al paciente en el lugar de intervención, obviamente contando con su aprobación, para después cuestionar o preguntar todos aquellos datos de rigor que deben ser consignados en la elaboración y desarrollo de la respectiva historia clínica.

Las preguntas a realizar son las siguientes:

1. Nombre, Edad, Sexo, Escolaridad.

2. ¿Cuándo fué la ultima vez que asistió a consulta medica?

Con base a los datos. de las historias clinicas- medicas allí elaboradas se pudo determinar que la mayoría de los pacientes presentaba algun tipo de enfermedad sistémica y por esta razón se preguntó:

3. ¿Qué enfermedad actual presenta?

4. ¿Es tratado o controlado?

5. ¿Qué medicamento toma o le es suministrado?

6. ¿Cuándo fué la ultima vez que visitó al odontólogo?

7. ¿Ha tenido algun tipo de molestia en la boca?

8. ¿Qué ha sentido?

9. Se le preguntó a los pacientes, si tenían algun tipo de hábito como fumar o beber y la frecuencia con que lo hacen.

10. Posterior mente se les preguntó el tiempo que llevaban de haber perdido la dentadura.

11. ¿Cuánto tiempo hace que tiene las caja o prótesis?

12. ¿Le molesta la caja o prótesis?

13. Si le duele ¿Cómo es el dolor o la molestia?

14. ¿Tiene molestias cuando no usa la caja(s) o prótesis puestas?

Como último punto; para poder determinar que se puede esperar del estado de salud oral de los paciente en estudio se les preguntó si tenían seguro medico.

2.7 PROCEDIMIENTO A PLAN DE CAMPO

Teniendo en cuenta que toda consulta debe hacerse bajo los criterios de comodidad, espacio, luz, ventilación, ambientación e higiene se determinó que para examinar a cada uno de los pacientes, el mejor lugar seria la enfermería.

Para realizar el exámen se tuvo en cuenta que la boca es una cavidad irregular ubicada entre el masizo oseo facial superior y la mandibula, se sabe que esta tiene unos limites y estos son: ADELANTE: La region labial superior y la region labial inferior. ARRIBA: Region palatina , del papadar duro hacia adelante y del paladar blando hacia atras. ABAJO: Región del piso de boca y lengua. REGIÓN GINGIVO-DENTARIA: Arcada dentaria superior y arcada dentaria inferior. LATERAL: se llama zona de carrillos y va desde el fondo del surco vestibular superior hasta el fondo del surco vestibular inferior. ATRAS: Itsmo de las fauces que lo comprente el velo del paladar, la base de la lengua y la uvula.

Teniendo esto claramente definido se inició el estudio, informando a cada paciente de forma clara que su participación seria libre, voluntaria y espontánea y una vez conocida su aceptación, sería incluido en el estudio y se iniciba con el exámen clínico oral; de esta manera, se colocaba al paciente en posición de cúbito prono, y se iniciaba el examen, realizando una serie de preguntas claras para que ellos; las cuales nos

determinan el estado de salud oral. Las respuestas en mención eran transcritas a las encuestas; y mientras un operador realizaba el interrogatorio el otro tramitaba la encuesta, sin que el paciente hubiese abierto la boca para examinar intraoralmente. Se inició el examen clínico oral, observando sus labios y comisuras labiales, (además de la textura y tono). posteriormente se les solicita a cada uno de los paciente que abra la boca y le hace un enjuge bucal, se le solicitó que sacara la lengua, esto con el propósito de examinar la parte dorsal, ventral y lateral de la misma; A continuación se procedió con el examen de los carrillos, se les introdujo un espejo bucal desechable contra el carrillo y se les traccionó lateralmente, esto para que se pudiera observar el carrillo libremente y determinar si existía allí algún tipo de lesión. Después se continuó con el paladar duro y blando y con ayuda del espejo bucal desechable y linterna se ubicaron lesiones en esta zona, también con ayuda de gasas y algodones se examinaron la mucosa alveolar superior e inferior; además de hacer un examen completo de palpación, como último procedimiento se pudo observar el piso de la boca, con ayuda de las gasas y la linterna. Sorpresivamente se observó que algunos pacientes estaban rehabilitados; se determinó entonces estudiar el estado de las prótesis de los pacientes, donde se consideró una prótesis mal adaptada a aquella que presentaba sus flancos largos, poca retención o fracturas y/o enmendaduras; para lo cual se solicitó a cada paciente que retirara de su boca la prótesis y y de esta manera observar el estado de la misma para así poder determinar si estaban adaptadas o no o si el paciente requería ser rehabilitado con algún tipo de prótesis. Finalmente cuando se terminó de realizar el examen clínico oral y teniendo en cuenta las lesiones que se a groso modo se pudieron observar se transcribieron estos datos a una ficha clínica que

contiene una serie de items tales como: La localizacion y tipo de lesión, sus característica, entre otros items importantes, y donde se registraron los datos finales del estudio.

2.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con base a los datos recolectados; la informacion se analizará empleando como medidas de tendencia central las siguientes:

- Frecuencias
- Porcentajes
- Promedios.

3. ASPECTOS ADMINISTRATIVO-OPERATIVOS

3.1 RECURSOS

3.1.1. HUMANOS

Asesor Metodológico

Dra. Adielia Ruiz.

Asesor Científico

Dr. German Barahona.

3.1.2. TÉCNICOS

Transporte, gasolina, fotocopias, guantes, tapabocas , bajalenguas, espejos desechables, batas desechables, gasas, algodones, enjuague bucal, cristaflex, papel soctt, linternas, pilas, horas de trabajo en computador de café internet, papel e impresión, rollos fotográficos, revelado y diapositivas.

3.1.3. FINANCIEROS

Los gastos de la investigación son de aproximadamente de \$2.800.000.00 pesos moneda legal, el cual será asumido en su totalidad por las investigadoras.

PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS		VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Asesor Científico				
Asesorías	50,000,00	7		350,000,00
asesor metodológico				
Asesorías	50,000,00	30		1,500,000,00
TOTAL	100,000,00	37		1,850,000,00
RECURSOS FISICOS				
Hogar geriátrico 1	10,000,00	3		30,000,00
Hogar geriátrico 2	15,000,00	2		60,000,00
Hogar geriátrico 3	20,000,00	4		40,000,00
TOTAL	45,000,00	9		130,000,00
RECURSOS TECNICOS				
Transporte	7,000,00	15		105,500,00
Gasolina	10,000,00	9		90,000,00
Fotocopias	100,00	445		44,500,00
Guantes	10,000,00	3		30,000,00
Tapabocas	12,000,00	2		24,000,00
Bajalenguas	6,000,00	2		12,000,00
espejos desechables	300,00	120		36,000,00
batas desechables	3,500,00	2		7,000,00
Gazas	4,000,00	2		8,000,00
Algodones	4,500,00	1		4,500,00
enjuague bucal	3,800,00	2		15,600,00
Crisaflex	12,000,00	1		12,000,00
papel scott	7,000,00	2		14,000,00
Linternas	3,000,00	2		6,000,00
Pilas	2,500,00	4		10,000,00
horas de café internet	2,500,00	60		150,000,00
papel e impresión	1,000,00	135		135,000,00
otros elementos	2,000,00	7		14,000,00
TOTAL	91,200,00	814		612,600,00
TOTALES GENERALES				
TOTAL RECURSOS HUMANOS				1,850,000,00
TOTAL RECURSOS FISICOS				130,000,00
TOTAL RECURSOS TECNICOS				612,600,00
TOTAL FINAL				2,595,600,00

4. RESULTADOS

De los 110 pacientes examinados, que estaban albergados en tres hogares geriátricos del municipio de Zipaquirá; 44 fueron hombres y 66 mujeres, las edades fluctuaron entre los 60 y los 95 años siendo la media de 82 años.

Con respecto al consumo de tabaco, el 2% de la población era fumadora activa al momento del estudio.

En cuanto al porcentaje de hombres y mujeres de la población de estudio la mayor población de pacientes examinados fueron mujeres 66; (60%), y entre todos los grupos de edades. el grupo de 80 años o más representa la mayor frecuencia con 48 pacientes el (43.63%).

Continuando con el estudio, al analizar los resultados de la frecuencia de las enfermedades sistémicas de la población del estudio, se encontró que: Las enfermedades sistémicas de mayor frecuencia absoluta en adultos mayores, son la Hipertensión Arterial que afectó a (70) pacientes, seguida de la diabetes Mellitus que afectó a (24) pacientes, las enfermedades cardiovasculares a (14) pacientes, la trombosis a (10) pacientes y la demencia Senil a (10) pacientes siendo estas las más comunes dentro de la población en estudio. En menor proporción se encontraron enfermedades como el Parkinson a (2) pacientes, el cáncer a (2) pacientes y la Hemofilia a (1) paciente. En cuanto al consumo de medicamentos de la población de estudio se encontró que existe una relación entre las enfermedades sistémicas padecidas y los medicamentos que consumen los pacientes para su control o tratamiento allí se destacan los medicamentos antihipertensivos (70),

hipoglucemiantes orales (24), Asa (22), antidepresivos(12) Y vitaminas (10) siendo estos los de mayor consumo.

Los resultados encontrados al analizar la condición protesico- dental de la población del estudio revelaron que: Se puede observar que la gran mayoría de los sujetos examinados eran portadores de uno o más aparatos protésicos 48; (43.6%), de las cuales 21 (19.0%), se encontraron desadaptados, 15; (13.6%) estaban adaptados y 2 el (1,81%) de los pacientes presentaban gran parte de dentición y no requerían prótesis.

Teniendo en cuenta las lesiones intraorales más frecuentes basadas en impresiones diagnósticas se encontró que: la candidiasis 54 (49.0%), la queilitis angular 51 (46.3%), el fibroma traumático 37 (33.6%), las varices sublinguales 32 (29.0), y las hiperplasias 17 (15.4%) fueron las entidades más frecuentes, seguidas por la estomatitis 6 (5.4%), las pigmentaciones melánicas y los nevos en menor grado.

Y de acuerdo a la localización de estas lesiones en la cavidad oral los resultados muestran que Se encontró que la candidiasis se ubicó en el 49% de los casos en la lengua. La queilitis en 46% en las comisuras labiales, los fibromas traumáticos en un 33% en los carrillos, las varices sublinguales en un 29% en la parte ventral de la lengua, siendo estas las más importantes.

5. DISCUSION

Los datos presentados a pesar de sufrir variaciones por provenir de un estudio descriptivo –observacional transversal, basado en impresiones diagnosticas, muestra que existen alteraciones intraorales en la población adulta mayor como también lo demostró (Axell 1976, Vigild 1987, Mac Entee et al. 1988, van der Waal 1983, Corbet et al. 1994, Fleishman et al. 1985, Bhaskar 1968, Hand y Whitehill 1986). Algunas de la posibles lesiones son variaciones de normalidad, seguidas por cambios debido a procesos de adaptación de la mucosa ante los estímulos locales como pérdida de dientes, irritación mecánica y química por aparatos protésicos, tabaco, etc y en menor proporción a manifestaciones de enfermedades sistémicas.

A diferencia del estudio de **prevalencia alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor, Estudio en dos grupos del sur de la ciudad de México**, D. Marco Antonio Díaz Franco y col. Reveló que de las 29 entidades estudiadas las de más alta prevalencia fueron: vórices sublinguales (58%), los gránulos de Fordyce (31%) y el leucoedema (9%), exostosis (3%), pigmentación melánica no gingival (26%), pigmentación localizada en la mucosa de encía o proceso alveolar (4%), hiperplasia fibrosa (18%), úlcera traumática (6%), queratosis friccional (4%) y epulis fisurado (1%). candidosis eritematosa (14%) y queilitis comisural asociada a *C. albicans* (8%). En la población de zipaquira se se estudiaron 10 entidades de las cuales las de mayor frecuencia fueron: la candidiasis (49.0%), la queilitis angular (46.3%), el fibroma traumático (33.6%), las varices sublinguales (29.0%), las hiperplasias (15.4%), la estomatitis (5.4%), las laceraciones (1.8%), las pigmentaciones melánicas (1.8%), los

nevos y tatuajes por amalgama (0.9%). Por lo que se puede decir que aunque algunas entidades son las mismas en ambos estudios, las lesiones que presentan los adultos mayores de zipaquira, no son similares en frecuencia a las que presentaron los adultos mayores de una población de Mexico. En cuanto a las enfermedades sistemicas en los estudios del Dr, Antonio Diaz Franco y col, en Mexico, se observó que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus , la gastritis y artritis fueron las enfermedades mas frecuentes. Mientras que en la población de Zipaquira las enfermedades sistemicas más frecuentes fueron: la Hipertensión Arterial (70), seguido de la diabetes Mellitus (24), las enfermedades cardiovasculares (14), la trombosis (10) y la demencia Senil (10) siendo estas las más comunes y denotando que estas no fueron localizadas como unicas, sino que se encuentran acompañadas con otros padecimientos, por lo que fue común encontrar a la hipertensión acompañada de la diabetes, o a la hipertensión acompañada de enfermedades cardiovasculares. En otro estudio realizado en España; por la Dra. Rosa M Tristan ; reveló que la patología sistémica mas prevalente en la población de estudio fue: la Hipertensión arterial, seguida de la artritis reumatoidea, miopia, osteoporosis, diabetes, y problemas gastricos. Estos pacientes también presentaron alteraciones en la mucosa oral que no fueron tan relevantes estadisticamente como las del estudio realizado en Mexico. Por tanto podemos afirmar que los ancianos de zipaquira, presentan enfermedades comunes a las de anteriores investigaciones.

En cuanto al estado protésico- dental de la población, la mayoría de sujetos examinados 48 (46.3%) eran portadores de aparatos protésicos una gran cantidad de

esos estaba desadaptados 21(19.0%) , y casi la mitad los pacientes requerian algun tipo de rehabilitación 24 (21.8%). Es importante contar que resulta explicable el haber encontrado un numero importante de casos de candidiasis y queilitis en estos pacientes ya que la mayoría de estas condiciones se presentaron en personas que padecen enfermedades que favorecen la colonización de candida Albicans como la Diabetes Mellitus. Entre las lesiones encontradas basadas en impresiones diagnósticas las hiperplasias fibrosas se estudiaron como mecanismos de respuesta ante un agresión crónica o aguda de la mucosa que se producen por mecanismos de adaptación(prótesis). Las condiciones no patológicas como las varices sublinguales, aumentan su frecuencia durante el proceso del envejecimiento. Su etiología exacta se desconoce pero no producen sintomatología alguna y por lo mismo no requieren tratamiento.

(Squier

et al., 1976; Ramírez et al., 1986; Díaz Guzmán y Castellanos, 1989; Ettinger y Manderson, 1974). Su importancia reside en considerarlas dentro del diagnóstico diferencial de condiciones patológicas de naturaleza vascular o epitelial que pudieran indicar la existencia de una enfermedad sistémica o de naturaleza local que ponga en riesgo la salud de los afectados. Los fibromas y las estomatitis también se estudiaron como mecanismos de respuesta a la agresión, en una gran cantidad de estas condiciones se puede identificar el agente causal como la prótesis mal adaptada y La pigmentación en la región gingival al avanzar la edad podría tener su explicación en la disminución o desaparición de estímulos inflamatorios crónicos asociados a la presencia de órganos dentarios; es decir, que al disminuir el número de dientes disminuye o desaparece un estímulo (inflamación) para la producción de melanina. La

gran presencia de estos problemas resalta la necesidad de valorar periódicamente a todo paciente portador de prótesis, a fin de prevenir estos cambios y evitar tratamientos posteriores que pueden llegar a convertirse en procedimientos quirúrgicos que no son siempre factibles de llevarse a cabo sin riesgo en los pacientes adultos mayores. Entre las condiciones de salud sistémica el panorama es similar al igual que el de otros estudios; nuestros ancianos padecen enfermedades sistémicas que comprometen su salud oral. Por todo esto se determina que la población adulta mayor presenta algún tipo de alteración intraoral que debe ser diagnosticada definitivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ❖ Los datos presentados muestran que existen alteraciones intraorales en la población adulta mayor de municipio de Zipaquirá.
- ❖ La frecuencia de las alteraciones reportadas en otros estudios son similares a las que se analizaron en los adultos de Zipaquirá.
- ❖ Los adultos mayores de Zipaquirá presentan enfermedades sistémicas comunes a las de otras investigaciones.
- ❖ Algunas de las lesiones intraorales encontradas en los adultos mayores son variaciones de la normalidad, seguidas por cambios debido a procesos de alteración de la mucosa oral.
- ❖ Es importante realizar más exámenes intraorales para diagnosticar estas lesiones definitivamente.
- ❖ La gran presencia de estos problemas resalta la necesidad de valorar periódicamente a todo paciente portador de prótesis.

7. BIBLIOGRAFIA

AINAMO, J., et al. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Indices Treatment Needs (CPITN). International Dental Journal. 1982, 32:3, p281-291

ANGLE, EH. Malocclusion of the Teeth, ed. 7. Philadelphia, 1907 S.S. White.

ARDILA, A., ROSELLI, M. Neuropsicología del Envejecimiento. 1987

BERNAL, Ángel Emilio. Estomatitis Subprótesis. Federación Odontológica Colombiana. P. 21 – 31. CARLOS, JP., WOLFE, MD., KINGMAN, A. The extent and severity index: A simple method for use in epidemiologic studies of periodontal disease. Journal of clinical Periodontology.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA. Boletín Demográfico: América Latina, proyecciones de población 1950-2050. Santiago de Chile, V.27, n.54, 1994.

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO. Universidades federal so Rio Grande do Sul. V. 2, 1999.

DANE COLOMBIA, "Censo 1993" Santa fe de Bogotá

GALAN Douglas, EDWARD Lynch. Epidemiology of root caries. The gerodontology Association. 1993 Vol 10 No. 2.

HELFT M W. "Prevalence of TMJ signs and symptoms in the ederly. Gerontology 1984 3 : 125-130.

HOLM-PEDERSEN P, AGERBAEK N, THEILADE E. "Experimental gingivitis in young and elderly individuals" Journal Clin. Periodontol 1975 2: 14-24

KAPLAN, P. Drifting, tipping, supraeruption, and segmental alveolar bone growth. The journal of prosthetic dentistry Vol. 54 No. 2, Agosto 1985.

KLEIN, H., PALMER, CE., KHUTSO, JW. Studies on dental caries. I. Dental status and dental needs of elementary school children. Public Health Rep. 1938; 53: 751 - 65

LÖE H, ANERUD A., BOYSE H, et al. "De natural history of periodontal diseases in man. De rate of periodontal destruction before 40years of age" Journal Periodontol. 1978 49:

LUDVING K. Haugen. "Biological and fisiological changes in the ageing individual." International Dental Journal. Oslo, Norway (1992) 42, 339-348.

LUNA TORRES, Leonor. El anciano de hoy 1996

MASAHIRO Umino, MASANORI Nagao, Systemic disease in elderly dental patients. Int Dent Journal 19993, 43:213-218.

MATIZ CUERVO, Jimmy. "Morbilidad oral en la población geriátrica". Oral - Día. 1992 5:41-49

MONCADA, O., HERAZO, A. Estudio Nacional de Salud Bucal, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, ASCOFAME. Bogotá D.E. 1984.

NIZEL, A E. "Role of nutrition in the oral health of the age patient". Dent Clin. North Am. 1976 20:569-584.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación científica No. 492. Washington. E.U.S. 1985.

PAPAPANOU, PN., et al. Extent and Severity of periodontal destruction based on partial clinical assessments. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 1993, 21: 181-184.

SALGADO, Alberto; GUILLEN, Francisco. Manual de Geriatria. 1990.

SANDOVAL, C. Investigación Cualitativa. Unidad 4: Implementación y gestión de los procesos de investigación social cualitativa. ED. CORCAS, Santa fe de Bogotá, 1997, p125-127.

SAUNDERS, M., PUNOVICH, E. Common Oral in the Geriatric Patient, Dec., 1991, series of lectures.

SCHULTZ, A. La construcción significativa del mundo social, en Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona, Paidós, 1993, p127-167.

SCOTT J, BAUM B J. "Oral effects aging" In Oral Manifestations of sistemics disease 2º ed. 1990 London- Philadelphia- Toronto- Sidney : Balliere, Tindall, Pg. 311-338

THE GLOSARY OF PROSTHODONTICS TERMS. 7ª ed. The Academy of Prosthodontics. Teh Journal of Prosthetic Dentistry. 1999, 81:1.

VAN DER VELDEN U,. "Effect of age on the periodontium" Journal Clin. Periodontol. 1984 11: 281-294.

Axell, T. (1976). "A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population". Odontol revy 27: Suppl 36.

Bhaskar, S. N. (1968). "Oral lesions in the aged population. A survey of 785 cases". Geriatrics 23:137-49.

Corbet, E. F., Holmgren, C. J., Philipsen, H. P. (1994). "Oral mucosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese". Community Dent Oral Epidemiol 22:392-5.

Díaz Guzmán, L., Castellanos, J. L. (1989). "Mucosa bucal. Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. Rev. ADM XLVI:134-8.

Ettinger, R. L. (1997). "The unique oral health needs of an aging population". Dent Clin North Am 41:633-49.

Ettinger, R. L., Manderson, R. D. (1974). "A clinical study of sublingual varices".

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 38:540-5.

Fleishman, R., Peles, D. B., Pisanti, S. (1985). "Oral mucosal lesions among elderly in Israel". J Dent Res 64:831-6.

Hand, J. S., Whitehill, J. M. (1986). "The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population". JADA 113:73-6.

Jiménez, Gómez R., Bojanini, J. (1980). "Epidemiología de patología bucal en ancianos". Rev. CERON (Venezuela) 5:29-38.

Jorge, J. Jr., Almeida, O. P., Bozzo, L., Scully, C., Graner, E. (1991). "Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. Community Dent Oral Epidemiol 19:173-5.

Mac Entee, M. I., Scully, C. (1988). "Oral disorders and treatment implications in people over 75 years". Community Dent Oral Epidemiol 16:271-3.

Ramírez, A. V., Mosqueda, T. A., Hernández, L. H. (1986). Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Cuadernos de C.B.S. Núm. 11. UAM-X. México.

Roed-Petersen, B., Renstrup, G. (1969). "A topographical classification of the oral mucosa suitable for electronic data processing. Its application to 560 leukoplakias". Acta Odontol Scand 27:681-95.

Rueda, A. J. A., Mosqueda, T. A., Zimbrón, R. A., Vergara, B. G. (1987). "Prevalencia de lesiones en mucosa oral en ancianos". Práctica Odontológica 8:38-47.

Squier, C. A., Johnson, N. W., Hopps, R. M. (1976). Human Oral Mucosa. Development, Structure and Function. Blackwell Scientific Publications. Oxford.

van der Waal I. (1983). "Diseases of the oral mucosa in the aged patients" Int Dent J 33:319-24.

Vigild, M. (1987). "Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in

Denmark". *Community Dent Oral Epidemiol* 15:309-13.

World Health Organization. (1980). "Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions". *Community Dent Oral Epidemiol* 8:1-26.

ANEXOS

ENCUESTA

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

¿Cuándo fue la última vez que asistió a consulta medica?

¿Qué enfermedad sistémica actual presenta?

¿Es tratado(a) o controlado(a)? SI _____ NO _____

¿Con que medicamento es controlado(a) o Tratado(a)?

¿Cuándo fue la ultima vez que asistió a consulta
odontologica? _____

¿Ha tenido algún tipo de molestia en la boca? SI _____ NO _____

¿Que

ha

54

sentido? _____

¿Tiene algún tipo de hábito (beber, fumar, cigarrillo, pipa, tabaco)? _____

¿Con qué frecuencia lo hace? 1 vez ____ 2 veces ____ 3 o más veces al día ____

¿Hace cuánto tiempo perdió sus dientes? _____

¿Hace cuánto tiempo tiene las prótesis? _____

¿Siente algún tipo de molestias cuando tiene la prótesis? SI__ NO_____

¿Cómo es el dolor o la molestia? _____

¿Siente molestias cuando no tiene la prótesis?

¿Tiene un seguro médico? SI_____ No_____.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIUDAD Y FECHA:

Yo, _____

persona mayor de edad e identificado(a) con cedula de ciudadanía

n° _____

Ratifico mi autorización para participar en proyecto de investigación titulado

“LESIONES MAS FRECUENTES DE LA CAVIDAD ORAL EN ADULTOS

MAYORES ALBERGADOS EN EL

HOGAR _____ DE ZIPAQUIRA

CUNDINAMARCA EN EL AÑO 2003. Bajo las normas éticas de investigación.

FIRMA:

CEDULA:

FICHA CLINICA

EDAD: 60-64 _____ 65-69 _____ 70-74 _____ 75-79 _____ 80 O MAS _____

SUSTANCIA QUE CONSUME:

Medicamento _____ alcohol _____ cigarrillo _____ tabaco _____ otras _____

ENFERMEDAD ACTUAL QUE PRESENTA

Hipertensión _____ Diabetes _____ Enf Cardiacas _____ Infección _____

otras _____

PRESENTA PROTESIS REMOVIBLE O FIJA

Superior _____ Inferior _____ Ambas _____ Ninguna _____

PRESENTA PROTESIS TOTAL

Superior _____ Inferior _____ Ambas _____ Ninguna _____

TIPO DE LESION INTRAORAL

Úlcera _____ Laceración _____ Quemadura _____ Eritema _____ Edema _____

Hematoma _____ Facetas de desgaste _____ Caries _____ Vesícula _____

Vesícula _____

Blanca _____ Pigmentada _____ otras _____

Cuales? _____

LOCALIZACION DE LA LESION INTRAORAL

Mucosa Vestibular Inferior _____ Mucosa Vestibular Superior _____

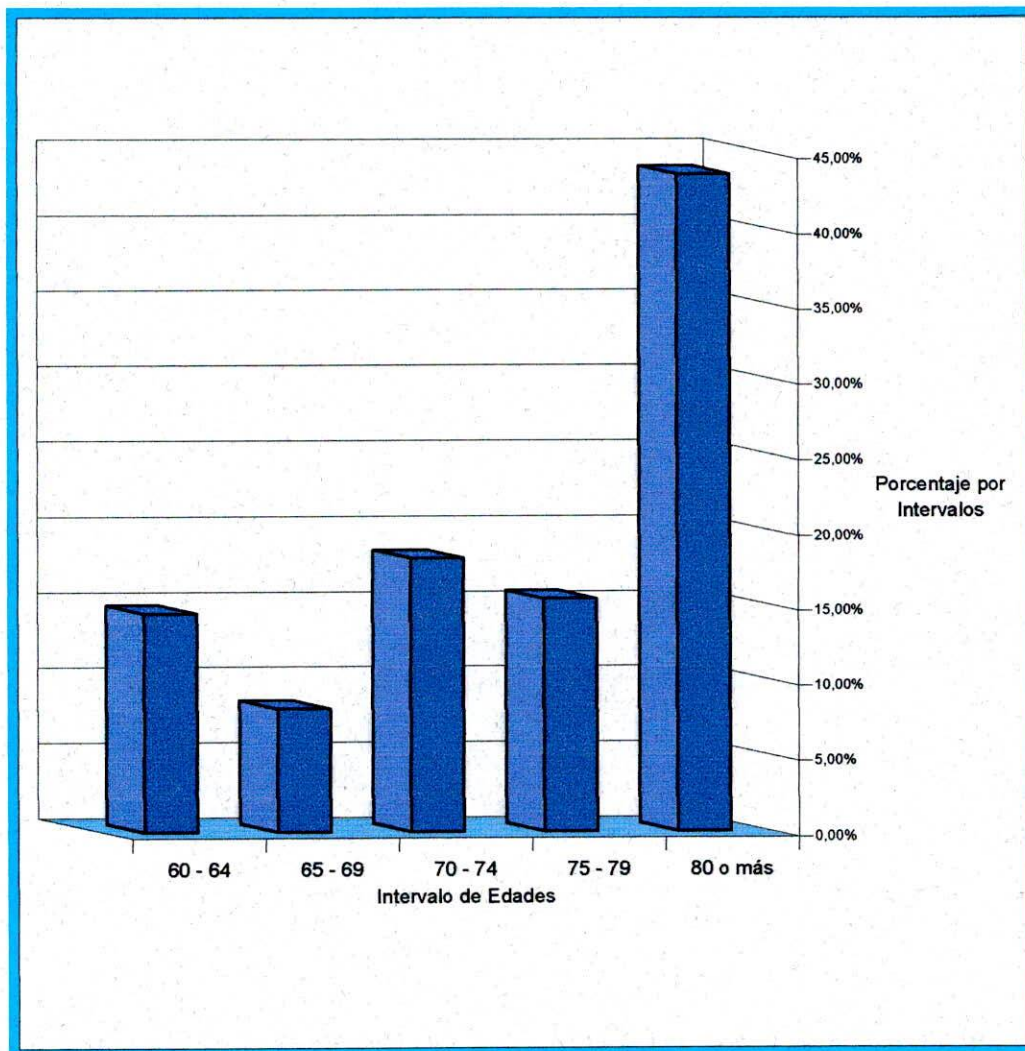
Mucosa Labial Inferior _____ Mucosa Palatina Superior _____

Carrillo Derecho _____ Carrillo izquierdo _____

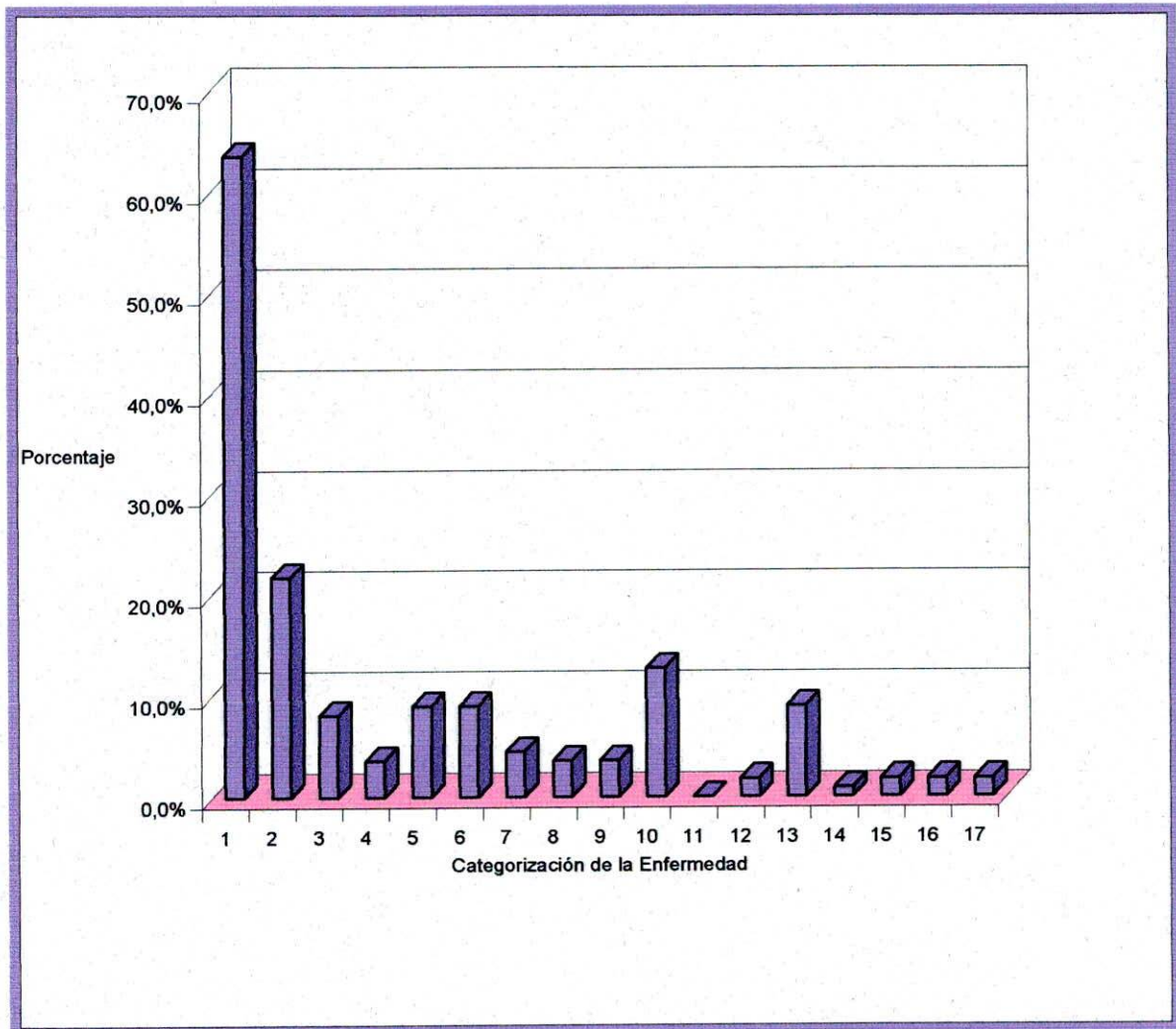
Lengua _____ Paladar _____ Encía _____

Piso de boca _____ Comisura Labial _____

PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES DE LA POBLACION DE ESTUDIO

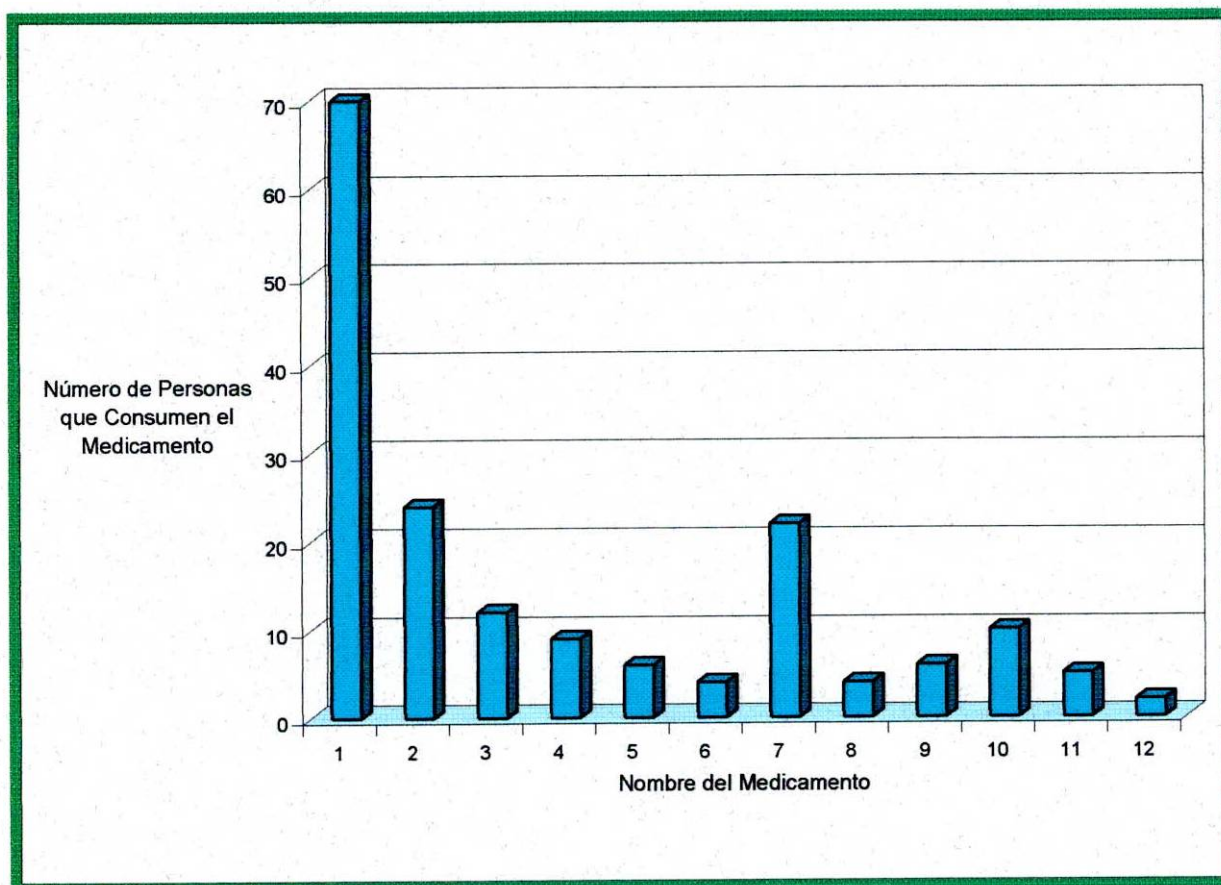


FRECUENCIA ABSOLUTA DE ENFERMEDADES SISTEMICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO



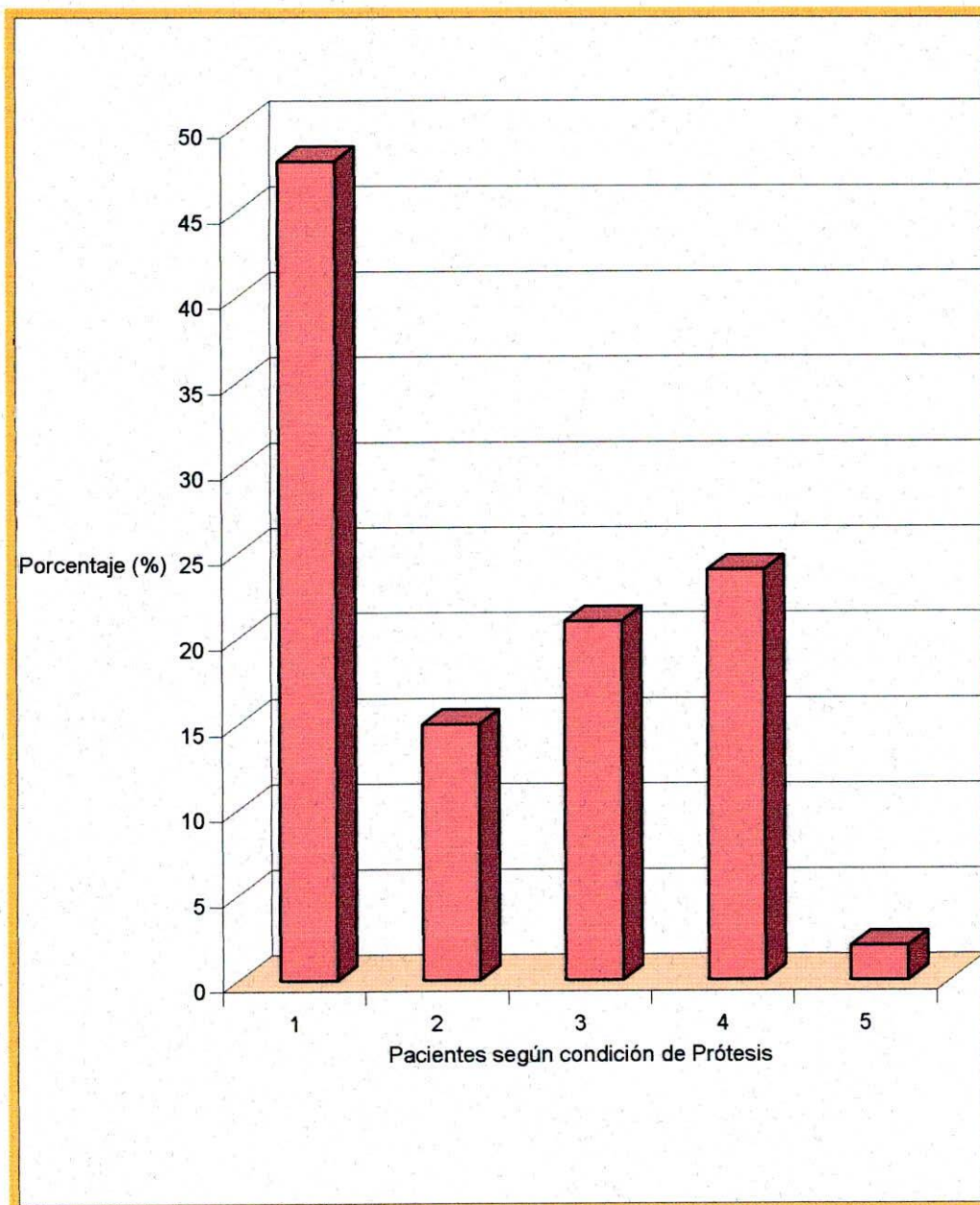
- | | | |
|--------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. Hipertensión arterial | 2. Diabetes Mellius | 3. Enfermedad Cardiovascular |
| 4. Trombosis | 5. Demencia Senil | 6. Enfermedad Respiratoria |
| 7. Artritis | 8. Osteoporosis | 9. Hiperplasia Prostatica |
| 10. Epilepsia | 11. Gastritis/Ulceras | 12. Retardo Mental |
| 13. Ceguera | 14. Parkinson | 15. Cáncer |
| | | 16. Hemofilia |

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR LA POBLACION DE ESTUDIO



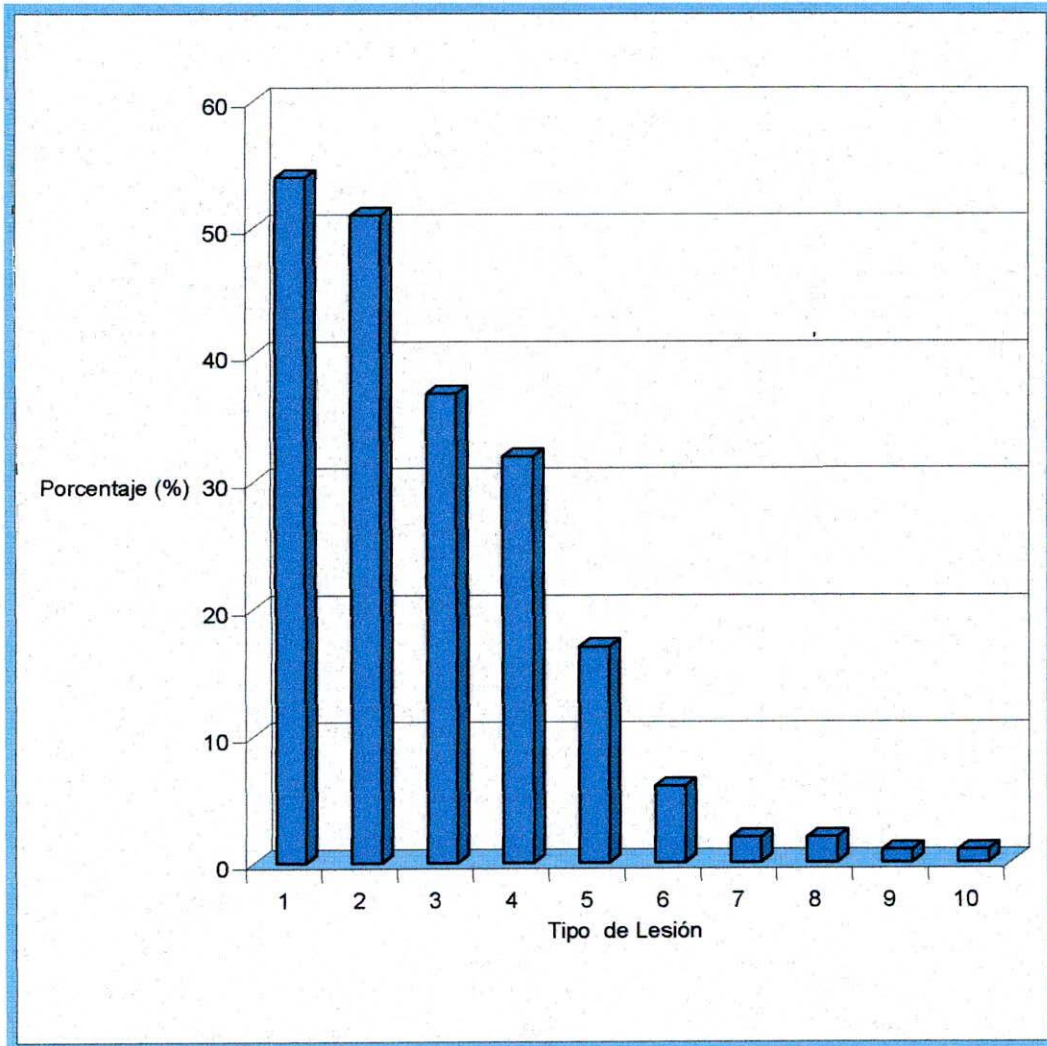
- | | | |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1. Antihipertensivos | 2. Hipoglucemiantes | 3. ASA |
| 4. Antidepresivos | 5. Vitaminas | 6. Antihistaminicos |
| 7. Aines | 8. Anticonvulsivos | 9. Med. Respiratorias |
| 10. Medicinas de Protección gástrica | 11. Hiperlipidémicos | |

CONDICIÓN PROTESICO – DENTAL DE LA POBLACIÓN.



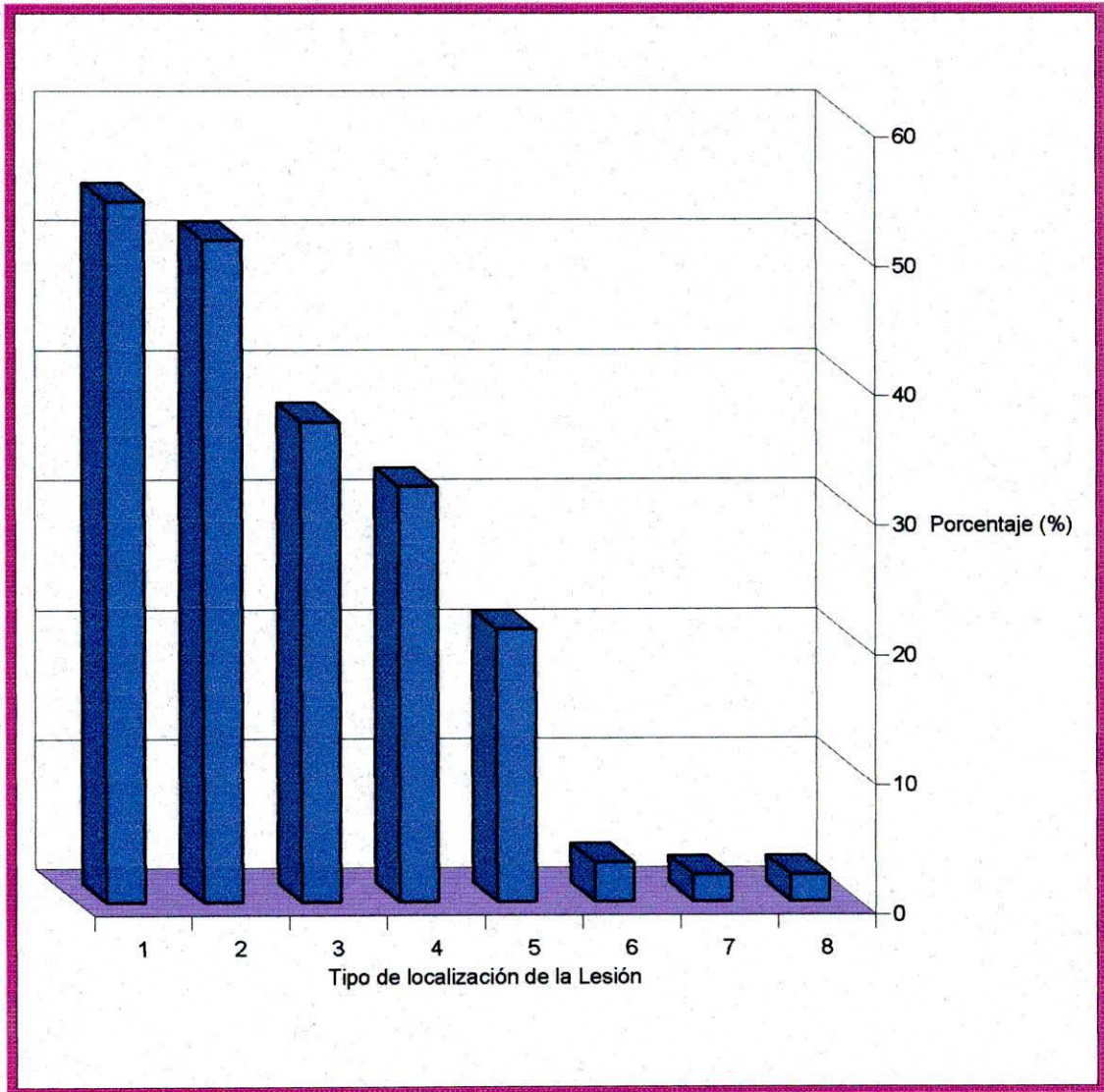
1. pacientes con Prótesis.
2. Prótesis Adaptadas
3. Prótesis Desadaptadas
4. Pacientes total o parcialmente edéntulos que requieren prótesis.
5. Pacientes que no requieren prótesis.

**LESIONES INTRAORALES MAS FRECUENTES BASADAS EN
IMPRESIONES DIGNOSTICAS**



- | | | | |
|--------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------|
| 1. Candidiasis | 2. Queilitis Angular | 3. Fibroma Traumático | 4. Várices |
| Sublinguales | 5. Hiperplasias | 6. Estomatitis | 7. Laceraciones |
| 8. Pigmentación Melánica | 9. Nevo | 10. Tatuajes por Amalgama | |

LOCALIZACION INTRAORAL DE LAS LESIONES MAS FRECUENTES



1. Lengua 2. Comisuras Labiales 3. Carrillos 4. Parte Ventral de la Lengua
5. Paladar 6. Encía 7. Mucosa vestibular Inferior 8. Mucosa Vestibular Superior.

5. TABLAS DE RESULTADOS

PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL EDAD	PORCENTAJE (%)
60 - 64	6	10	16	14.54
65 - 69	3	6	9	8.18
70 - 74	6	14	20	18.18
75 - 79	5	12	17	15.45
80 O MAS	24	24	48	43.63
TOTAL	44	66	110	100%

**FRECUENCIA ABSOLUTA DE ENFERMEDADES SISTEMICAS DE LA
POBLACIÓN DEL ESTUDIO**

ENFERMEDAD SISTEMICA	FRECUENCIA DE AFECTADOS
Hipertensión arterial	70
Diabetes mellitus	24
Enfermedades cardiovasculares	14
Trombosis	10
Demencia Senil	10
Enfermedades Respiratorias	10
Artritis	9
Osteoporosis	5
Hiperplasia prostática	4
Epilepsia	4
Gastritis / Ulceras	4
Retardo mental	2
Ceguera	2
Parkinson	2
Cáncer	2
Hemofilia	1

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

MEDICAMENTO	NUMERO DE CONSUMIDORES
Antihipertensivos	70
Hipoglucemiantes	24
ASA	22
Antidepresivos	12
Vitaminas	10
Antihistamínicos	9
AINES	6
Anticonvulsiantes	6
Med. enfermedades respiratorias	5
Medicamentos protección gastrica	4
Hiperlipidémicos	4

CONDICION PROTESICO DENTAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

CONDICION	FRECUENCIA DE PERSONAS	PORCENTAJE (%)
Pacientes con Prótesis	48	43.6
Prótesis Adaptadas	15	13.6
Prótesis Desadaptadas	21	19.0
Pacientes total o parcialmente edéntulos que requieren prótesis	24	21.8
Pacientes que no requieren Prótesis	2	1.81

**LESIONES INTRAORALES MAS FRECUENTES BASADAS EN
IMPRESIONES DIAGNOSTICAS**

TIPO DE LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Candidiasis	54	49.0
Queilitis Angular	51	46.3
Fibroma Traumático	37	33.6
Várices Sublinguales	32	29.0
Hiperplasias	17	15.4
Estomatitis	6	5.4
Laceraciones	2	1.8
Pigmentación Melánica	2	1.8
Nevo	1	0.9
Tatuajes por amalgamas	1	0.9

LOCALIZACIÓN INTRAORAL DE LAS LESIONES MAS FRECUENTES

LOCALIZACIÓN INTRAORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Lengua	54	49
Comisura Labial	51	46
Carrillos	37	33
Parte ventral de la Lengua	32	29
Paladar	21	19
Encía	3	2.7
Mucosa Vestibular Inferior	2	1.8
Mucosa vestibular Superior	2	1.8