

Ministerio de Salud Pública
Instituto Superior de Ciencias Médicas Camagüey
Facultad de Ciencias Médicas Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta”
Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”
Las Tunas

CAMBIOS MORFOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO PROTÉSICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

AUTORAS

1. Dra. CARMEN M. GARCÍA ARGUACIL.

Dra. en Estomatología.

Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica.

Hospital “Luis Aldama Palomino”. Amancio Rodríguez

Ave. 1ra No. 62 e/ B y C Amancio, Las Tunas. Teléfono: 9 3420

2. Dra. HAYDÉE E. SÁNCHEZ LABRADA.

Dra. en Estomatología.

Especialista de Primer Grado en Bioestadística.

Dpto de Estadística. Dirección Provincial de Salud. Las Tunas.

Calle 24 de Febrero No 49, e/ C. Benítez y A. Espinosa. Rpto Pena.

Tunas 5. Las Tunas. E mail: haydee@dps.ltu.sld.cu

3. Dra. ANGELA O. MARTÍNEZ RAMÍREZ.

Dra. en Estomatología.

Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica.

Hospital “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”.

Edificio 22. Apto F5, Buena Vista. Las Tunas

RESUMEN:

Se realizó un estudio transversal con los pacientes geriátricos del hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo” del municipio Las Tunas entre los meses de Enero a Junio de 1999, con la finalidad de determinar las necesidades de rehabilitación y los cambios morfológicos que influyen en el tratamiento protésico; el universo estuvo integrado por 147 pacientes de la institución, a los cuales se les aplicó una encuesta en el momento en que se realizaba el examen bucal pudiendo definirse que de los pacientes ingresados en el hogar el 75% son masculinos y el 25% femeninos; encontrándose el mayor grupo etáreo en 80 y más años. Siendo la causa de ingreso al hogar “Que no tiene quien lo cuide” con un 55.8% la mayor representada; al tener en cuenta la receptividad del tratamiento con 66.6% como respuesta negativa y dentro de las morfologías más acentuadas que incidieron fueron: la reabsorción del reborde alveolar mediano en 61.2%, seguido de la poca saliva viscosa para un 64.6% y 53.0% respectivamente, así como la reseque bucal, en la mujer la alteración funcional más acentuada con un 100%.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

OBJETIVOS 5

MATERIAL Y MÉTODO 6

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 10

CONCLUSIONES 17

RECOMENDACIONES 18

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 19

ANEXOS 25

INTRODUCCIÓN

Actualmente podemos registrar una población mundial más anciana debido a influencias de los principios básicos de alimentación como también a los avances preventivos y curativos de que dispone la medicina contra las enfermedades consideradas fatales para la humanidad (1).

En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos del envejecimiento, pero no todos lo hacen al mismo tiempo, los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad forman parte del envejecimiento general del organismo; se conoce que un número importante de ancianos presenta enfermedades de los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general (2, 3).

Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal: los dientes tienen cambio de coloración, reabsorciones radiculares, alteraciones pulpares, desgastes, atrofas gingivales, hiperplasias, favoreciendo el crecimiento bacteriano y causando enfermedades periodontales crónicas, pérdidas del diente, edentulismo, atrofia del reborde, cambio en el volumen y densidad del hueso (4, 5, 6).

Algunos de los cambios más significativos ocurren en la estructura de la mucosa, la función de la musculatura bucal, la articulación temporomandibular, la percepción del sabor, función salival y el sistema nervioso (7).

La mucosa en los ancianos puede aparecer seca, atrófica, sensible, dolorosa y en muchas ocasiones con una sensación urgente o de quemazón principalmente en la lengua y los labios, produciendo sequedad, decamación y fisura (8).

La vejez en épocas y culturas diferentes, siempre fue encarada desde el punto de vista social como un cuadro ilustrativo de atención más aguda (1).

Pueblos antiguos y primitivos despreciaban a los viejos, considerándolos inútiles; eran un peso para la comunidad y debían ser muertos sin recibir ninguna atención médica (1).

En nuestro mundo pleno de diversidad y constantemente cambiante, la ciencia cuenta con progresos que han ido aumentando la esperanza de vida y con ello el número absoluto y relativo de las personas de 60 años y más, enfrentando los servicios de salud bucodentales nuevos desafíos (6, 7).

El envejecimiento es una de las pocas características, que nos unifican y definen a todos, es considerado un fenómeno universal, un proceso dinámico, irreversible, inevitable, progresivo que involucra un cierto número de cambios fisiológicos en su mayoría simplemente una declinación en la función del organismo como un todo, considerándolo por algunos autores “un error en el código genético” (9, 10, 11).

La valoración del paciente geriátrico debe incluir cinco aspectos fundamentales: salud física, mental, nivel socioeconómico, circunstancias del ambiente y estado funcional (8).

Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran dando lugar a alteraciones en la estructura y el funcionamiento habitual de los diferentes órganos, sistemas y aparatos (8).

Estos procedimientos se ven complicados por las alteraciones propias del envejecimiento o por la presencia de enfermedades crónicas degenerativas (2).

Por otro lado se sugieren influenciar las funciones del Aparato Estomatognático para la salud del cuerpo entero; relacionando la masticación y estado de la dentición en personas mayores con muchos tipos de funciones fisiológicas (12).

Planteando además que las enfermedades bucodentales del paciente geriátrico de forma aislada o asociadas con otras dolencias determinan disminución de su capacidad masticatoria alterando por consecuencia todo su estado general, tornándolo un ser apático, inactivo y dependiente de terceros (13).

Otros autores afirman que el tratamiento de los problemas bucales en los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez (14, 15).

Los estudios en la variedad de dinámica física y psicológica asociada con el proceso de envejecimiento son necesarios para proporcionar al viejo las modalidades de tratamiento (6).

La salud es vital para mantener el bienestar y la calidad de la vida en la tercera edad. Esto es esencial para que los ciudadanos de esta edad sigan haciendo una contribución activa y positiva a sus respectivas sociedades (11).

Como parte de la meta “Salud para todos en el año 2000” la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y la Federación Dental Internacional (F.D.I), trazaron metas específicas para mejorar la salud bucodental de los ancianos (6).

En Cuba, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud ha llevado a cabo como parte del Programa de Atención al Adulto Mayor la implantación de

programas de promoción y prevención para la salud en el país, dando lugar a un aumento en la esperanza y el nivel de vida, lo que se traduce en un incremento de la población de la tercera edad.

De la misma forma en el Programa Nacional de Estomatología General Integral se incluyen dentro de sus objetivos las actividades de rehabilitación protésica a estos pacientes (16).

En la provincia Las Tunas, de acuerdo con el levantamiento de la situación actual de salud en Estomatología; en el año en curso, se encuentra a un 96% la necesidad de prótesis en la población de 60 y más años (17).

Esto nos motivó a identificar los cambios morfológicos del Aparato Estomatognático y las necesidades de rehabilitación en un centro de salud institucionalizado para prepararnos en el trabajo y atención a los pacientes geriátricos con el propósito de promover una vejez más sana en la medida posible y mejorar en forma importante su calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la necesidad protésica y los cambios morfológicos del Aparato Estomatognático en pacientes geriátricos del Hogar de Ancianos “Carlos Fons Pupo” en el período comprendido de enero a junio de 1999.

ESPECÍFICOS:

- 1- Identificar los pacientes estudiados según grupos de edades, sexo y perfil ocupacional.
- 2- Determinar la necesidad de tratamiento protésico en estos pacientes según:
 - Causas de ingreso al Hogar.
 - Necesidad objetiva (sentida y no sentida) y no necesidad.
- 3- Describir las características del Aparato Estomatognático en los pacientes geriátricos según:
 - Grado de reabsorción del reborde
 - Condiciones de la mucosa
 - Condiciones de la saliva
- 4- Describir las alteraciones funcionales más frecuentes en los pacientes geriátricos en cuanto a:
 - Dificultades en la deglución
 - Dificultades masticatorias
 - Trastornos digestivos
 - Alteraciones del gusto
 - Sequedad bucal

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de corte transversal determinándose los cambios morfológicos del Aparato Estomatognático en los pacientes geriátricos, así como, la necesidad de rehabilitación protésica de los mismos en el Hogar de Ancianos “Carlos Fons Pupo” del municipio Las Tunas durante el año 1999; en el periodo comprendido entre los meses de Enero a Junio.

El universo de estudio estuvo integrado por los ancianos de 60 y más años internos y semi – internos del Hogar con un total de 211, excluyendo aquellos con capacidad psíquica limitada que imposibilitaba el examen físico e interrogatorio, teniendo en consideración la información del personal médico del centro, pacientes hospitalizados y pacientes menores de 60 años que viven en la instalación. Se estudiaron 147 pacientes que representa un 69.7% del total de ancianos del Hogar, a los que se les aplicó una encuesta que llenó la autora del trabajo, consistiendo en un interrogatorio y examen físico (Anexo 1).

Se examinaron los tejidos bucales utilizando en algunos casos el sillón dental de la institución o la habitación o lecho según las características del paciente, ayudados por instrumental para diagnóstico de uso estomatológico.

Estableciéndose las siguientes variables de estudio:

- ◆ Edad: Distribuida en los siguientes grupos de: 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, 75 – 79, 80 y más.
- ◆ Sexo: Femenino y Masculino.

- ◆ Causa de ingreso al Hogar: Incluye los casos “ Si tiene familia” ó “ No tiene quien lo cuide”.
- ◆ Necesidad de tratamiento protésico: Determinada por la Necesidad objetiva (necesidad sentida y no sentida) y No necesidad.
- ◆ Perfil ocupacional: Profesional, técnico medio, obrero, campesino y nunca trabajó.
- ◆ Grado de reabsorción del reborde: Prominente, ligeramente reabsorbido, muy reabsorbido (18).
- ◆ Condiciones de la mucosa: Determinándose en cuanto a color y textura (18).
Color : normal, hipocoloreada, hipercoloreada
Textura: normal, atrófica, hiperplásica
- ◆ Condiciones de la saliva: Determinándose por observación y palpación la cantidad y calidad (18).
Cantidad: poca, mediana, mucha
Calidad : fluida, viscosa y mixta

Las necesidades de tratamiento protésico se evaluaron de acuerdo a las preguntas (1, 2 y 3) de la encuesta, seguido se evaluaron las condiciones del aparato estomatognático en el aspecto (4) y por último las alteraciones funcionales se evaluaron por entrevistas individuales a profundidad, las cuales se incluyen en el aspecto (5).

En el análisis de datos se emplearon: Distribución de frecuencias y cálculos de porcentos. Los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficos utilizando para ello un procesador de textos Microsoft Word versión 6 para Windows y Microsoft Excel para Windows.

CRITERIOS Y DEFINICIONES OPERACIONALES

Necesidades de Tratamiento:

- Necesidad objetiva: La que el especialista determina después del examen clínico independientemente del deseo del paciente, que puede ser sentida y no sentida.
- Necesidad sentida: La que el paciente solicita espontáneamente.
- Necesidad no sentida: Es aquella en la cual el paciente no solicita el tratamiento.
- No necesidad: La que el especialista determina luego de examinar el aparato protésico, que el mismo cumple con las condiciones biomecánicas y funcionales y tiene poco tiempo de confeccionado.

Rebordes Residuales Alveolares:

- Reborde Prominente: Aquellos en los que según apreciación clínica tenían una altura desde el fondo del surco vestibular a la cima del reborde de 8mm o más.
- Reborde mediano: Aquellos que se encontraban por debajo de 8 mm y superior a 3 mm.
- Reborde muy reabsorbido: Aquellos que se encontraban por debajo de 3mm.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El envejecimiento como parte del curso de la vida puede traer modificaciones en los procesos biológicos y psico-sociales que se desarrollan en el anciano, por lo que constituye una necesidad su conocimiento para mejorar la calidad de vida.

En este trabajo se observó que de la población en estudio predominó el grupo etáreo de 80 y más años (50.3%), estando mayoritariamente representado por el sexo masculino (75.5%) sobre el femenino (24.5%), Cuadro 1, Gráfico 1.

Cuadro 1: Distribución de los ancianos según grupos de edades y sexo.
Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Grupos de Edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	7	6.3	0	0.0	7	4.8
65-69	17	15.3	7	19.4	24	16.3
70-74	13	11.7	4	11.1	17	11.6
75-79	23	20.7	2	5.6	25	17.0
80 y +	50	45.0	24	66.7	74	50.3
Total	111	75.5	36	24.5	147	100.0

Estos resultados pudieran relacionarse con la pirámide poblacional de la provincia Las Tunas, donde se ha observado un envejecimiento de la población y el país en los últimos diez años.

Al estudiar el perfil ocupacional de la población (Cuadro 2) detectamos que el nivel profesional (0.7%) y Técnico Medio (4.1%) fueron los menos representados, en ambos sexos y especialmente en el sexo femenino

(0.0%) para ambos perfiles. Esta situación está acorde con la poca o casi nula posibilidad que presentaban la mayoría de las mujeres cubanas de alcanzar algún estudio de este tipo antes del triunfo de la revolución (19). A esto se sumaba la discriminación de la cual era objeto la mujer que se desempeñaba esencialmente como ama de casa o como obrera asalariada, comportándose en el estudio en un 47.2%.

Cuadro 2: Distribución de los ancianos según sexo y perfil ocupacional.
Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Perfil Ocupacional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Profesional	1	0.9	0	0.0	1	0.7
Técnico medio	6	5.4	0	0.0	6	4.1
Obrero	72	64.9	17	47.2	89	60.5
Campesino	31	27.9	1	2.8	32	21.8
Nunca trabajó	1	0.9	18	50.0	19	12.9
Total	111	75.5	36	24.5	147	100.0

Por otra parte es bien conocida la diferencia con la que al producirse la separación definitiva del matrimonio en la vejez las madres quedan al cuidado de los hijos, mientras que algunos padres ya en edad avanzada ingresan al Hogar de Ancianos porque “no tienen quien lo cuide” (55.8%) o peor aún “porque no tiene familia” (44.2%), como se representa en el Cuadro 3, Gráfico 2.

Cuadro 3: Distribución de los ancianos según causa de ingreso y necesidad de rehabilitación protésica.

Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Causa de ingreso al Hogar	Necesidad								Total	
	Objetiva				No					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No tiene familia	49	43.0	29	40.3	20	47.6	16	48.5	65	44.2
No tiene quien lo cuide	65	57.0	43	59.7	22	52.4	17	51.5	82	55.8
Total	114	77.5	72	49.0	42	28.6	33	22.4	147	100.0

Teniendo en cuenta esto la necesidad de rehabilitación objetiva se comportó en un (77.5%), observándose que de ellos 72 pacientes sienten la necesidad del uso de prótesis para un 49% y el resto no.

Estos pacientes de acuerdo con la causa de ingreso al hogar correspondieron al grupo “que no tiene quien lo cuide”, esto pudiera estar asociado a que tuvieron algún motivo (familiar, amigo, personas allegadas, etc) que los impulsó al cuidado de su salud bucal. Mientras que el resto, al no tener vínculo familiar afectivo, no sienten la necesidad.

En estudios realizados en Cienfuegos y Sao Paulo (4, 20) se reportaron que del total de personas de 60 años y más al examinarlo el 76.5% y el 86.5% eran edéntulos y necesitaban prótesis; estos resultados son muy similares a los encontrados en este estudio.

Dando respuesta a la pregunta del cuestionario ¿Para qué quiere ponerse la prótesis? confeccionamos el Cuadro 4 donde vemos que se identificó el 100% en “Hablar Mejor”, seguido de “Para masticar mejor” con 97.2% y finalmente “Mejor estética” con un 95.8%.

Cuadro 4: Distribución de los ancianos según respuesta afirmativa a la necesidad de tratamiento protésico.

Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Para qué quiere ponerse la prótesis	No.	%
Masticar mejor	70	97.2
Hablar mejor	72	100.0
Mejor estética	69	95.8
Total	72	100.0

El resultado de este trabajo coincide con lo planteado por Sharry (21) acerca de las funciones que realiza la prótesis; el habla es uno de los actos fisiológicos que se cumplen en mayor o menor proporción durante las 24 horas, mientras que la masticación consume menos de 3 horas y en el tratamiento de los pacientes geriátricos parece indicar que la masticación está en una categoría inferior.

Sin embargo otros autores como Esposito (22) y Sheifer (23) plantean que es más fácil hablar con menos esfuerzos cuando se usa la prótesis, McGrath y Fenlon (24, 25), determinaron que sus pacientes edéntulos solicitaban las dentaduras para masticar; Aliun y Fabián (26, 27) concluyen su estudio exponiendo que los pacientes solicitaban la prótesis por estética; coincidiendo estos resultados con lo planteado en el estudio.

De las principales respuestas a ¿Por qué no quiere ponerse la prótesis?, confeccionamos el Cuadro 5 en el cual se encontró que “Demora mucho el tratamiento”, correspondió al mayor porcentaje con 66.6%; esto puede estar relacionado con la carencia de recursos materiales en las clínicas dentales e irregularidades en el abastecimiento, lo cual hace que se prolongue el tiempo de rehabilitación protésica, seguido de “es difícil ir a

la consulta” con un 59.8% y en otro orden el 50% no quería el tratamiento por referir que “le van a molestar”.

Cuadro 5: Distribución de los ancianos según respuesta negativa a la necesidad de tratamiento protésico y sexo.

Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Por qué no quiere ponerse la prótesis	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
No me voy a adaptar	10	35.7	6	42.8	16	38.0
Me van a molestar	14	50.0	7	50.0	21	50.0
Es difícil ir a consulta	17	60.7	8	57.1	25	59.5
Demora mucho el tratamiento	19	67.8	9	64.2	28	66.6
Otros	9	32.1	4	28.5	13	30.9
	28	66.6	14	33.3	42	100.0

En revisiones bibliográficas sobre la tercera edad se encontró que casi la totalidad de las personas viejas tiene algún padecimiento físico, pero solo algo más de la mitad cree que su salud es regular o mala; que para las tareas fuera del hogar disminuye el validismo; siendo afectado el anciano por las posibilidades de caminar, subir y bajar escaleras, necesidad de ayuda y otras acciones como ir al médico (28) y a veces no solicitando la prótesis por el propio “Conformismo del viejo” (4).

Pyle, Matear, Knwan y Jitomirki; describieron que los pacientes de 70 años edéntulos no consideraban importante el cuidado de su salud bucal con un 27% de negatividad ante el tratamiento protésico comportándose con apatía o falta de interés y relegando a un segundo plano la propia salud bucal (29, 30, 31, 32).

Esto coincide con los resultados del estudio, donde se observó además un comportamiento similar en ambos sexos.

Teniendo en cuenta el grado de reabsorción del reborde se confeccionaron el Cuadro 6 y el Gráfico 3, donde el mayor porcentaje correspondió al ligeramente reabsorbido con 61.2%. Esto pudiera estar relacionado con el hecho de que en edades tempranas recibieron algún tratamiento conservador que les permitió llegar hasta esa característica. Garg y Saizar (33, 34) describen que las prótesis ayudan a que el reborde conserve su ajuste al aparato protésico.

Cuadro 6: Grado de reabsorción del reborde de los ancianos.
Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Grado de reabsorción del reborde	No.	%
Prominente	2	1.3
Ligeramente reabsorbido	90	61.2
Muy reabsorbido	55	15.2
Total	147	100.0

En este estudio se encontró que el 15.2% de los pacientes analizados presentó el reborde muy reabsorbido, esto pudiera estar asociado a lo planteado por Davis y Ulm (35, 36) que en las personas edéntulas la reabsorción del hueso estaba relacionada a perturbaciones en el metabolismo del calcio, alteraciones metabólicas, observándose que en los huesos maxilares ocurrían cambios como descenso en la altura, disminución del contenido de agua, disminución del trabeculado, mostrándose separación en las trabéculas sin interconexión trayendo por consecuencia que se reduzca el volumen y densidad ósea.

Al analizar las condiciones de la mucosa en los pacientes estudiados según Cuadro 7, el 49.6% presentó mucosas normocoloreadas y en su mayoría la textura atrófica 63.3%.

Cuadro 7: Condiciones de la mucosa de los ancianos.
Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Condiciones de la mucosa		No.	%
	Normocoloreada	73	49.6
Color	Hipocoloreada	66	44.8
	Hipercloreada	8	5.4
	Normal	25	17.0
Textura	Atrófica	93	63.2
	Hiperplásica	29	19.7
Total		147	100.0

Los resultados coinciden con los estudios revisados en los que se plantea que los cambios en la mucosa bucal son atribuidos al proceso normal de envejecimiento en los cuales se observan disminución del flujo de sangre, cambios en la vascularización, atrofia del epitelio con pérdida de elasticidad, disminución de las proteínas, mucoproteínas que pudieran reducir la resiliencia y por consiguiente aumenta la susceptibilidad a traumatismos (3).

Con la edad la mucosa bucal sufre un grado variable de atrofia, se vuelve un poco más delgada, lisa, seca, adquiere un aspecto satinado y menos elástico, siendo más susceptible a los factores irritativos, sin embargo las alteraciones patológicas de la mucosa bucal que a menudo se describen en estos pacientes están asociados a enfermedades sistémicas, a efectos indeseables de medicamentos orales o al uso de las prótesis dentales (7, 37).

Conociendo las características de la saliva en estos pacientes confeccionamos el Cuadro 8 en el cual vemos que la saliva en cantidad y calidad se correspondió a la poca y de consistencia fluida para un 64.6% y 53.0% respectivamente. Esto pudiera estar asociado a que en la vejez disminuyen las secreciones de las glándulas salivales, debido a un mecanismo de envejecimiento celular normal en el organismo, lo que puede ser resultado directo de la sustitución del tejido parenquimatoso o funcional por tejido fibroso, estos cambios a escala microscópica son más evidentes en la glándula parótida y salivales menores, pudiendo afectar la calidad del flujo salival (12, 38).

Cuadro 8: Condiciones de la saliva de los ancianos.
Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Condiciones de la saliva		No.	%
Cantidad	Poca	95	64.6
	Mediana	45	30.6
	Mucha	7	4.8
Calidad	Viscosa	78	53.1
	Fluida	16	10.9
	Mixta	53	36.0
Total		147	100.0

La bibliografía revisada concuerda con la cantidad de saliva que es poca, planteando que la xerostomía o asialia y la oligosialia, disminución de la cantidad de saliva, se asocian a situaciones comunes en el adulto mayor, tales como: la acción de ciertos agentes farmacológicos, estados de enfermedades, intervenciones quirúrgicas o enfermedades propias del envejecimiento, siendo la sequedad bucal una queja común en los pacientes viejos; también se encuentra disminución de la enzima ptialina, ausencia de ácido clorhídrico (aclorhidria) en las secreciones gástricas del anciano (21, 39, 40). El resultado coincide con lo planteado.

En relación con la calidad, en estudios realizados se plantea que la saliva se torna pegajosa y filamentosa y que tanto la calidad como la tasa de flujo salival están influenciados por la edad (41).

En estudios revisados se plantea, que el sistema nervioso autónomo es responsable del control fisiológico de las glándulas salivales y que la estimulación parasimpática produce una vasodilatación induciéndose una secreción abundante y fluida, mientras que la estimulación simpática aumenta la secreción pero es de menor intensidad, siendo la saliva más viscosa y rica en mucina (42).

Teniendo en cuenta las alteraciones funcionales en el adulto mayor, vemos que ésta quedó representada en el Cuadro 9, Gráfico 4, en el cual se encontró con mayor frecuencia la sequedad bucal con 83.7% destacándose el 100% del sexo femenino, seguido de alteraciones en el gusto con 73.1% y en otro orden dificultades masticatorias con 55.8%.

Cuadro 9: Alteraciones funcionales de los ancianos según sexo.

Hogar de ancianos “Carlos Fons Pupo”, enero - junio, 1999.

Alteraciones funcionales	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dificultades en la deglución	45	40.5	16	44.4	61	41.5
Dificultades masticatorias	63	56.7	19	52.7	82	55.7
Trastornos digestivos	62	55.8	16	44.4	78	53.1
Alteraciones del gusto	82	73.8	26	72.2	108	73.4
Sequedad bucal	87	78.3	36	100.0	123	83.6
	111	75.5	36	24.4	147	100.0

Los resultados obtenidos coinciden con la bibliografía revisada correspondiente a la Sequedad Bucal, expuesto en el Cuadro 8 sobre la cantidad de saliva.

Hay autores (43, 44, 45) que plantean que la disminución en el sentido del gusto se debe a la disminución en el número de papilas gustativas, así como, reducción de la salivación, lo que lleva a perder el “gusto” por las comidas y a estados de desnutrición, deficiencias de minerales y vitaminas y al menor número de los quimiorreceptores. Esto provoca alteraciones en las transformaciones sensoriales llevando a una atrofia de las papilas gustativas en las edades de 70-80 años que puede ser completa, concluyendo con la pérdida del sabor que es común en el anciano, como resultado del envejecimiento normal, coincidiendo con el resultado del estudio.

Las dificultades masticatorias se plantean que pudieran estar relacionadas en la vejez con la reducción en la fuerza masticatoria aproximadamente a 1,7 Kg ó menos; puesto que la eficiencia de la dentadura es la expresión de la relación de la función masticatoria o sus logros en términos de esfuerzo muscular gastado (7); a la disminución del tono muscular y modificación de los tejidos adyacentes (2) coincidiendo con el estudio realizado.

CONCLUSIONES

1. El grupo etáreo que predominó en la población geriátrica encuestada fue el de 80 y más, siendo el sexo masculino y el perfil ocupacional de obreros quienes siguieron en orden de importancia.
2. Los ancianos que no tienen quien los cuide representaron el mayor porcentaje en el estudio, siendo la necesidad sentida de rehabilitación protésica la prevaleciente.
3. El grado de reabsorción ligeramente reabsorbido de los rebordes alveolares fue el más encontrado así como la mucosa normocoloreada y la saliva viscosa y escasa.
4. Las alteraciones funcionales encontradas en los pacientes geriátricos siguieron el orden siguiente:
Sequedad bucal.
Alteraciones del gusto.
Dificultades masticatorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afonso P, Rios Aruffo D, Urania M, Semelao Mederos B. Atendimento odontológico ao idoso: estudo clínico e bibliográfico. *Rev Bras Odontol* 1998; 16 (18): 26.
2. Silvia González B, López L, González Huidobro. Prevalencia de patología bucal y de estructuras relacionadas en pacientes geriátricos de la región J del estado de México. *Rev A.D.M.* 1995; 11 (3): 130-32.
3. Ortega Velazco D. Envejecimiento oral. En: Bullón Fernández P, Velazco Ortega E. *Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada.* Madrid: Coordinación editorial IM & C; 1996. p. 159, 164-6.
4. Brito Espinosa A, Cabrera Romero A J. Temas de gerontogeriatría. *Rev Finlay* 1990; 18 (3): 25.
5. Gutiérrez Robledo, Luis M. Principales aspectos de salud de los ancianos: afecciones orales. En: Elías Anzola Pérez, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M. *La atención de los ancianos: Un desafío para los años 90.* Washington: OPS; 1994. p. 200.
6. Mariño R. La Salud Bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Bol Of Sanit Panam* 1994; 116 (5): 419-26.
7. Hirai T. Trends in geriatric dentistry and the future from the point of view of masticatory function. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* 1994; 31 (2): 106-11.

8. Francisco Cardoso M. El paciente geriátrico. Rev Colomb Odontoestomatol 1995; 2(5-8): 8-9.
9. Hawkins Rj. Dental specification care. Oral health status and the treatment required for an 85 year-old canadian senior citizen. Spec Care Dentist 1998; 18 (4): 164-9.
10. Paz Flor De. Tiempo para envejecer. Juventud Rebelde 1998 abr 19; 398:3 (col 1-4).
11. Políticas para el envejecimiento saludable en América Latina. Programa de salud de la familia y población: envejecimiento y salud. División de Promoción y Protección de la Salud. 2 ed. Washington: OPS; 1997.
12. Martínez Morales F. Aspectos biológicos del envejecimiento. En: Azola Pérez E, Galinsky D, Morales F, Salas Aquiles, Sámchez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. Washington: OPS; 1994. p. 45.
13. Madeira AA, Caetano M, Minatti Et. Odontogeríatria: uma necessidade curricular. Rev Bras Odont 1996; 53 (2): 6-12.
14. Koller M. Geriatric Dentistry: medical problems as well as disease and therapy indeed oral disorders. Sweiz Rundsch Med Pract. 1997; 83 (10): 273-82
15. Hunt, Rj. Edentulism and oral health problems among el derly lowans: the lowa 65 rural health study. Am. J Public Health. 1998; 84 (11): 1177-81.

16. Dirección Provincial de Salud. Diagnóstico de salud bucal de estomatología. Las Tunas; 1996.
17. Dirección Provincial de Salud. Levantamiento de la Situación de Salud bucal. Las Tunas; 2000.
18. La Habana. Ministerio de Salud Pública. Especialidad estomatología. Prótesis estomatológica II. Texto Provisional, 1982: 36-7.
19. CUBA. Ministerio de Justicia. La mujer en Cuba Socialista. – La Habana: Editorial Orbe, 1977— p. 5.
20. Fernández RA, Silva Rocha S, Watanabe M, Carvalho G, Ramalho M. Uso e necessidade de protese con idosos que demandam um centro de saude. Rev Brass Odontol 1997; 54 (2): 107-10.
21. Sharry J. Prótesis de Dentadura Completa: serie III. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1990; vol 24: 254-6.
22. Esposito SJ, Mitsumoto H, Zancas M las. Palatal raising and prosthesis enlargement improve the dysarthria in patients with amyotrophic lateral sclerosis. A case presentation. J Prosthet Mella 2000; 83 (1): 90-8.
23. Sheifert E, Runte CS, Lamprecht D, Dinnosen Un, Bollmann F. Dental prosthesis effects on voice. Hno 1999; 47 (5): 485-9.
24. Mc Grath C, Bedi R. The importance of oral health in the life cuality of the elderly. J Prosthet Dent 1998; 80 (7): 533-9.

25. Fenlon Mr, Sherriff M, Walter JD. An investigation of the factors influencing upon patients with while false teeth model on a technical structural equation. *La Mella de la Comunidad Epidemiol* 2000; 28 (2): 133-40.
26. Ali Un, Hollisey T, Mc Lean D. An aesthetical improvements in patients with complete false teeth. *La Mella Actualización* 1999; 26 (5): 198-202.
27. Fabian T, Fejerdy P, Somogyi E. Evaluation of the dental statud from he wiewpoint of denture requirements in the adult population of hungary fogorv-sz 1998: 91(12): 383-9.
28. Duran Gondar A, Cháves Negrin E. Una sociedad que envejece: retos y perspectivas. *Temas Cultura Ideología Sociedad* 1998; (14): 63-7.
29. Pyle MA, Jasinevicius Tr, Shechan R. Dental student perceptions of the elderly: measuring negative perceptions with projective tests. *Spec Care Dentist* 1999; 19 (1): 40-6.
30. Matear Dw. Demonstrating the need for oral heath education in geriatric institutions. *Probe* 1999; 33 (2): 66-71.
31. Kwan Sy, Williams SA. Dental beliefs knowledge and behaviours of in the united kingdow. *JASC*; 1999; 41 (1): 19-27.
32. Jitomirski, Fanny, Jitomirski S.O que os cuidadores de idossos precisam saber sobre a saf de bucal. *Curitiba*; s.n; set. 1997:16.
33. Garg AK, Winkler S, Bakaeen LG, Meka Arajjanonth T. Dental grafting in geriatric patients. *Implante Mella* 1997; 6 (3): 168-73.

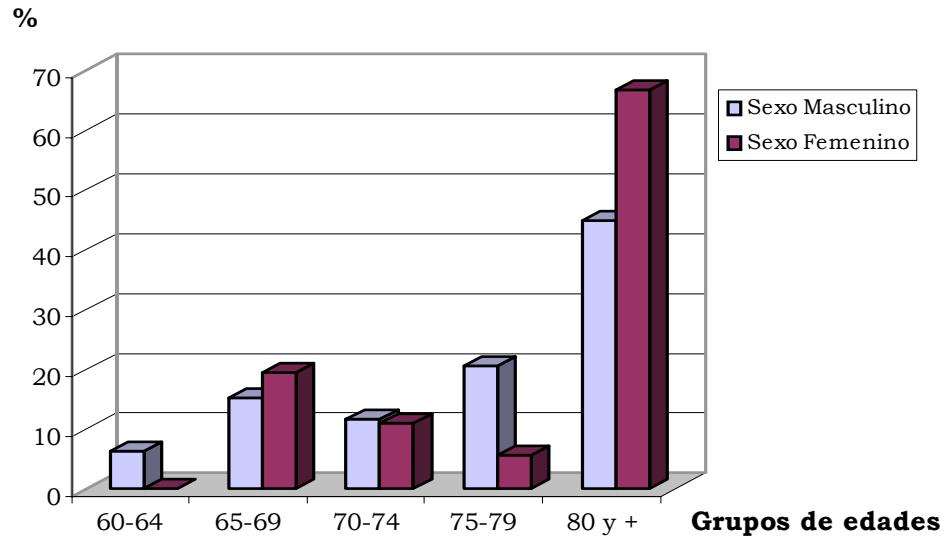
34. Saizar P. Patología paraprotética. En su: Prótesis a Placa. 6 ed. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1990. p. 750-1.
35. Davis WH, Lam PS, Marshall Mw, Dorches Tor W, Hoch Wald DA, Kaminishi RM. Using restorations borne totally by anterior implants to preserve the edentulous mandible. JAM Dent Assoc 1999; 13 (8): 1183-9.
36. ULM C, Kneissell A, Solar P, Natejka M. Characteristic features of trabécular bone in edentulous. Clin Oral implants Res 1999; 10 (6): 459-67.
37. Vlasova LF, Reznikova EO. Physico-chemical changes of the mucus regarding the acrylic false teeth surface. Bull E Ksp Biol Medz 2000; 11(8): 28-30.
38. Neira D, Arbeláez M M. Envejecimiento y secreción salivar. Rev Colomb Odontoestomatol 1995; 2(5-8): 5.
39. Narhi To, Kurki N, Ainamo A. Saliva salivar y micro-organisms and oral health in the homedwelling elderly-a five-year longitudinal study. J Dent Res 1999 78 (10): 1640-6.
40. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Sha de GD. Medications and dry mouth: Findings from a cohort study of older people. J Public Health Dent 2000; 60 (1): 12-20.
41. Fortanete A. Saliva en adultos mayores. Rev Odonto Postg 1996; 3(3): 17-9.
42. López Jornet P, Bermejo Fenoll A. Xerostomía en el paciente geriátrico. En: Bullón Fernández P, Velazco Ortega E.

Odontostomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid; Coordinación Editorial IM & C; 1996. p. 212-4, 217.

43. Hen Kin RI, Martin BM, Agarwal Rp. Decreased Parotid Saliva gustin/carbonic anydrase VI Secretion: An Enzyme disorder manifested by Gustatory and Olfatory dysfuncton. Am J Med Sci 1999; 18 (6): 380-91.
44. Schiffmen SS. Taste and smell losses in normal aging and disease. JAMA 1997; 278 (16); 1357-62.
45. Ship JA, Duffy V, Jones JA, Langmore S. Geriatric oral health and its impact on eating. J AM Geriatric Soc 1996; 44 (4): 456-64.

ANEXOS

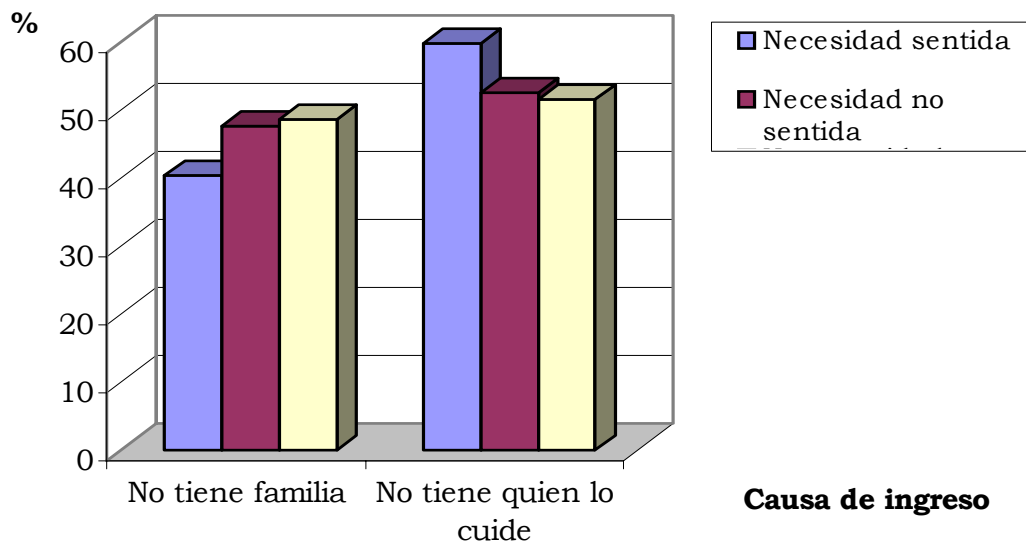
Gráfico 1: Distribución de los ancianos según edad y sexo.



Fuente: Cuadro

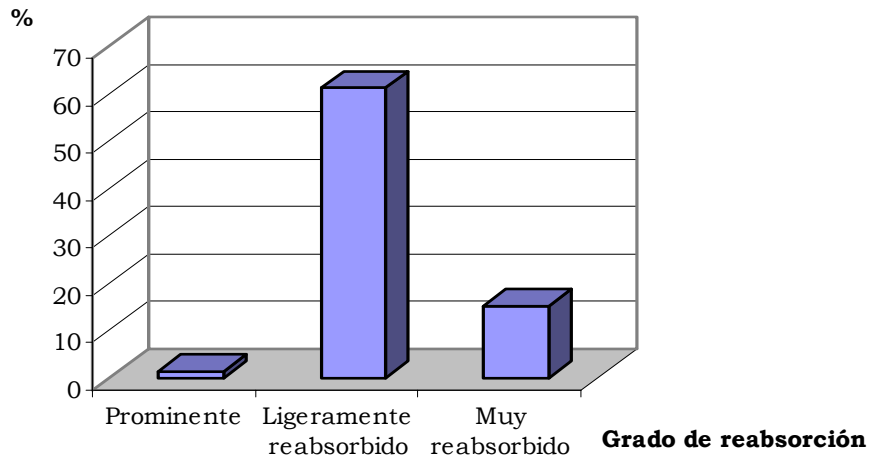
1

Gráfico 2: Distribución de los ancianos según causa de ingreso y necesidad de rehabilitación protésica.



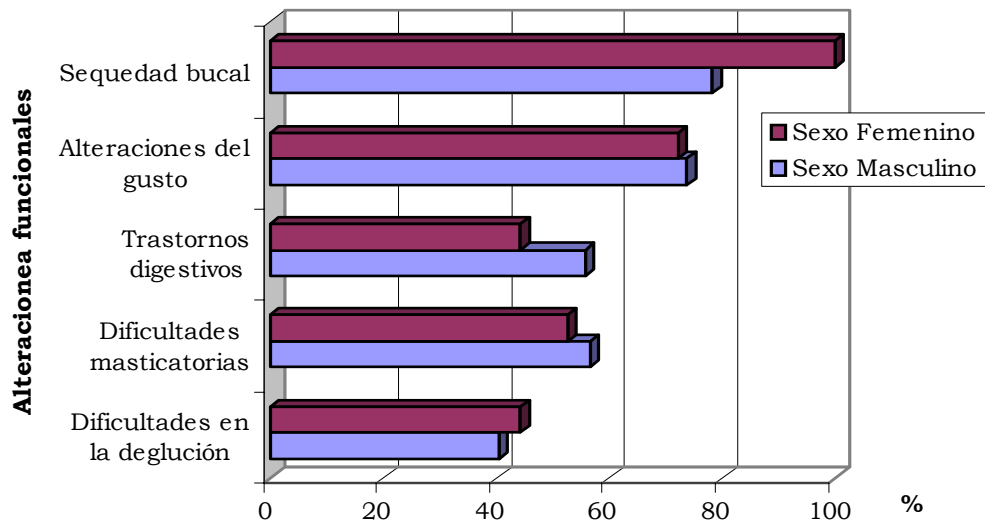
Fuente: Cuadro 3.

Gráfico 3: Grado de reabsorción del reborde de los ancianos.



Fuente: Cuadro 6

Gráfico 4: Alteraciones funcionales de los ancianos según sexo.



Fuente: Cuadro 9

ENCUESTA

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Número de orden.....
Nombre y Apellidos.....
Edad.....
Sexo.....
Ocupación anterior o última ocupación.....

2. CAUSA DEL INGRESO AL HOGAR.

No tiene familia.....
No tiene quien lo cuide.....

3. NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTÉSICO.

Necesidad objetiva Si..... No.....
Necesidad sentida Si..... No.....

Quiere ponerse la prótesis Si..... No.....

Si responde Si

¿Para qué se quiere poner la prótesis?

Masticar mejor.....

Hablar mejor.....

Mejor estética.....

Responde No

¿ Por qué no se la quiere poner?

No me voy a adaptar.....

Me van a molestar.....

Es difícil ir a la consulta.....

Demora mucho el tratamiento.....

Otros.....

4. EXAMEN FÍSICO.

Examen intraoral

◆ *Rebordes residuales.*

Grado de reabsorción

- Prominente..... - Ligeramente reabsorbido.....
- Muy reabsorbido.....

◆ *Mucosa*

Textura

- Normal..... - Atrófica..... - Hiperplásica.....

Color

- Normal..... - Hipocoloreada..... - Hipercoloreada.....

◆ *Saliva.....*

Calidad

- Fluída..... - Viscosa..... - Mixta.....

Cantidad

- Poca..... - Mediana..... - Mucha.....

5. ALTERACIONES FUNCIONALES

Dificultades en la deglución.....

Dificultades masticatorias.....

Trastornos digestivos.....

Alteraciones del gusto.....

Sequedad bucal.....