

MANIFESTACIONES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR MALNUTRIDO POR DEFECTO, HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO- QUIRÚRGICO GENERAL “FREYRE DE ANDRADE”

Autor: MSc. Dr. Hugo García Alderete, Especialista en Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Master en Odontogeriatría. Email: gladiatm@infomed.sld.cu

Coautor: Dr. C. Raúl Padrón Chacón, Dra. C. Gladia Toledo Mayarí, MSc. Esteban Egaña Morales.

RESUMEN.

Introducción: El envejecimiento poblacional constituye la transformación más importante de la sociedad en la actualidad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de manifestaciones bucales en una muestra de adultos mayores malnutridos por defecto.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en adultos mayores malnutridos por defecto hospitalizados en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico General Freyre de Andrade en el período comprendido de Abril a Octubre del 2009, a los cuales una vez dado el consentimiento informado, se les realizó un interrogatorio y un minucioso examen de la cavidad bucal y se estudiaron las variables: sexo, edad, hábitos tóxicos, grado de malnutrición por defecto y manifestaciones bucales. Se aplicó en calidad de medida de resumen el porcentaje y se calculó la prevalencia de las alteraciones bucales encontradas. Los resultados fueron presentados en forma resumida en tablas y gráficos diseñados al efecto. **Resultados:** Se encontró una alta prevalencia de las siguientes alteraciones bucales: palidez de la mucosa bucal (96), aftas (88), lengua saburral (87), depapilación lingual (79), queilitis angular (79), xerostomía (76) y desdentamiento (72). **Conclusiones:** La totalidad de los adultos mayores malnutridos por defecto presentó al menos una manifestación bucal, las que se presentaron con más frecuencia en pacientes femeninas de 70 a 79 años, que presentaban hábitos tóxicos y un déficit nutricional moderado.

Palabras Clave: Adulto mayor, Manifestaciones bucales, Envejecimiento.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye la transformación demográfica más importante de la sociedad actual, de mayor impacto en los países desarrollados; influenciado directamente por tres factores demográficos (nacimientos, fallecimientos y movimientos migratorios) que actúan de forma desigual; se ha tratado de explicar a través de varias teorías (teoría de la mutación, la inmunológica, la relacionada con el estrés cotidiano, la llamada por muerte celular programada, pero la que involucra los efectos nocivos de los radicales libres ¹ puede justificar el proceso de la senectud); también han sido descritos mitos en este proceso tales como: el mito del envejecimiento cronológico, el de la improductividad, el de la incapacidad de adaptación y el de la senilidad ².

La edad media de la población en el 2030 será de 44,1 años y en el 2015, se estima que la población de 60 años y más en Cuba sea de 19,2 %. Desde el punto de vista de la prolongación de la vida, en los últimos 60 años la población de América Latina ha ganado 21,6 años para ambos sexos. Actualmente Cuba ocupa el segundo lugar dentro de los países más envejecidos en esta región, donde su población mayor de 60 años representa el 17.8 % de la población total de la isla. Según los indicadores demográficos publicados por la Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba registraba al finalizar el año 2010 una población de 11 236 336 habitantes; la esperanza de vida al nacer para las mujeres se fijaba en los 80.02 años y para los hombres en 76, indicadores con comportamiento muy similar a los llamados países del primer mundo ³

El aparato estomatognático está integrado por estructuras que convergen en la realización de una serie de funciones de vital importancia para el ser humano (masticación, insalivación, deglución y fonación) comprende tres componentes: complejo dental, Articulación Témporo-Mandibular y la musculatura influenciados por un intrincado sistema de control neurológico. ⁴ .

Los primeros signos del envejecimiento del sistema digestivo se observan en la cavidad bucal, los dientes cambian de forma y color y pueden presentar atrición, erosión y abrasión relacionados con el tipo de dieta, hábitos alimentarios y dureza de los alimentos ⁵ Las lesiones de la cavidad bucal también pueden aparecer en el curso del

consumo de las llamadas drogas autorizadas (café, tabaquismo y alcoholismo) que forman parte de los llamados hábitos tóxicos ⁶ responsables en parte de lengua saburral, queilitis angular y depapilación lingual, así mismo déficit nutricionales de determinados índoles juegan por su parte un rol preponderante en la patogenia y aparición de manifestaciones bucales en los adultos mayores.

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios que repercuten directamente sobre el estado nutricional de la población adulta mayor, que la hace vulnerable con un riesgo elevado de sufrir deficiencias nutricionales. La pérdida del gusto u olfato, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, trastornos neurodegenerativos, enfermedades como el cáncer o cambios en la composición corporal, se consideran factores de riesgo ^{7, 8}.

Justificación de la investigación, Teniendo en cuenta que Cuba con 11,2 millones de habitantes puede en dos o tres décadas llegar a ser el país latinoamericano más envejecido y que los primeros signos del envejecimiento del sistema digestivo se observan en la cavidad bucal nos motivamos a realizar esta investigación con los siguientes objetivos caracterizar el grupo estudiado según edad, sexo, hábitos tóxicos, grado de malnutrición por defecto y manifestaciones bucales. Y determinar la prevalencia de manifestaciones bucales en adultos mayores malnutridos por defecto.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por todos los pacientes geriátricos de diferentes sexos y edad hospitalizados en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico "General Freyre de Andrade" en el período comprendido de Abril a Octubre del 2009, y la muestra quedo conformada por aquellos diagnosticados como malnutridos por defecto (80 adultos mayores).

A los pacientes una vez dado el consentimiento informado, se les realizó un interrogatorio, un minucioso examen de la cavidad bucal y se le calculó el Índice de Masa Corporal.

Se estudiaron las variables: sexo, edad, hábitos tóxicos, grado de malnutrición por defecto y manifestaciones bucales.

El grado de malnutrición por defecto, se clasificó después del cálculo del índice de

masa corporal (IMC) en Intenso, Moderado y Ligero:

-Intenso: cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es 15 Kg./m^2 de superficie corporal.

-Moderado: si IMC se encuentra entre $16-16,99 \text{ Kg./m}^2$ de superficie corporal.

-Ligero: si IMC oscila entre $18-18,49 \text{ kg./m}^2$ de superficie corporal.

El procesamiento de los datos se realizó utilizando una base de datos confeccionada en EXCEL y luego procesada mediante el programa SPSS versión 13.0. Se utilizó el porcentaje como medida resumen y se calculó la prevalencia de las manifestaciones bucales encontradas.

Los resultados fueron presentados en forma resumida en tablas diseñadas al efecto.

RESULTADOS:

La tabla 1 presenta que la muestra de estudio estuvo constituida por 80 adultos mayores malnutridos por defecto, de los cuales 67 (84%) presentaron al menos una manifestación bucal, por lo que la prevalencia total de las manifestaciones bucales encontradas abarcó el orden del 84 % de los mismos.

Tabla 1. Distribución de adultos mayores malnutridos por defecto según presencia de manifestaciones bucales.

Manifestaciones bucales	No	p
Si	67	84
No	13	16
Total	80	100

p prevalencia

En la tabla 2 se muestra la distribución de los adultos mayores malnutridos por defecto con manifestaciones bucales según sexo y grupos de edades, se observa que hubo predominio del sexo femenino (56.7%) y un mayor número de ancianos de 70 a 79 años de edad en ambos sexos (53.7%).

Tabla 2. Distribución de adultos mayores malnutridos por defecto con manifestaciones bucales según sexo y grupos de edad*.

Grupos de	Femenino	Masculino	Total
-----------	----------	-----------	-------

Edad (Años)	No	%	No	%	No	%
60-69	10	14.9	6	8.96	16	23.9
70-79	20	29.9	16	23.9	36	53.7
80-89	8	11.9	7	10.4	15	22.4
Total	38	56.7	29	43.3	67	100,0

*El por ciento se calculó en base al total de adultos mayores con manifestaciones bucales (67).

La tabla 3 relaciona la distribución de los adultos mayores malnutridos por defecto con manifestaciones bucales según sexo y hábitos tóxicos se encontró que el mayor porcentaje de la muestra de ancianos ingería café y fumaban (94% y 85 % respectivamente), observándose predominio del sexo femenino en el consumo de café (55.6%) y en el tabaquismo (50.9%). El alcoholismo solo se presentó en un bajo porcentaje de los hombres (15%).

Tabla 3. Distribución de adultos mayores malnutridos por defecto con manifestaciones bucales según sexo y tipo de hábito tóxico.

SEXO.	TIPO DE HÁBITO TÓXICO.					
	Café		Tabaquismo		Alcoholismo	
	N=63	94%*	N=57	85%*	N=10	15%*
	No	%	No	%	No	%
Femeninos.	35	55.6	29	50.9	0	0.0
Masculinos.	28	44.4	28	49.1	10	100,0
TOTAL.	63	100,0	57	100,0	10	100,0

*El por ciento se calculó en base al total de adultos mayores con manifestaciones bucales (67).

La tabla 4 relaciona la distribución de los adultos mayores malnutridos por defecto con manifestaciones bucales según grupos de edades y grado de malnutrición por defecto, se encontró que la mayor proporción de pacientes presentaban un grado de malnutrición moderado (56%), y en cada uno de los grado de malnutrición por defecto analizados se encontró más frecuencia de pacientes de 70 a 79 años de edad (Ligero

64%, Moderado 71% e Intenso 71%). Los pacientes con desnutrición por defecto intensa representaron el 10% de todos los pacientes con manifestaciones bucales.

Tabla 4 Distribución de adultos mayores malnutridos por defecto con manifestaciones bucales según grupos de edad y grados de malnutrición por defecto.

Grupos de Edad (Años)	GRADOS DE MALNUTRICIÓN POR DEFECTO					
	Ligero		Moderado		Intenso	
	N=22	32%*	N=38	56%*	N=7	10%*
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	4	18,0	9	24,0	2	29,0
70-79	14	64,0	27	71,0	5	71,0
80-89	4	18,0	2	5,0	0	0,0
Total	22	100,0	38	100,0	7	100,0

*El % se calculó en relación al total de Adultos Mayores estudiados (67).

La tabla 5 muestra la prevalencia de cada una de las manifestaciones bucales encontradas en la muestra de adultos mayores malnutridos por defecto hospitalizados en el HDCQ General “Freyre de Andrade”, se encontró que cada una de las manifestaciones estudiadas presentó una prevalencia alta de más del 60%

Tabla 5. Prevalencia de manifestaciones bucales encontradas en los adultos mayores malnutridos por defecto.

Manifestaciones Bucles	No	Prevalencia.
Palidez de la mucosa bucal	64	96
Aftas	59	88
Lengua saburral	58	87
Depilación lingual.	53	79
Queilitis angular.	53	79
Xerostomía.	51	76

Desdentamiento.	48	72
-----------------	----	----

DISCUSIÓN

El 84 % de los adultos mayores malnutridos por defecto estudiados presentaron al menos una manifestación bucal y sus prevalencias se relacionan de la siguiente manera: palidez de la mucosa bucal (96%), aftas (88%), lengua saburral (87%), depapilación lingual y queilitis angular (79%) y xerostomía (76%).

Las lesiones bucales presentan en el adulto mayor han sido estudiadas por varios autores: Montero y cols.⁹ y Pérez Hernández y cols.¹⁰ relacionan la aparición de lesiones bucales y el uso de prótesis y Gonzáles y cols.¹¹ relacionan las lesiones bucales con factores de riesgos.

En los adultos mayores desnutridos por defecto, con manifestaciones bucales existió un predominio del sexo femenino y un mayor número de ancianos de 70 a 79 años de edad en ambos sexos. Con relación a la edad estos resultados no coinciden con los Pérez Hernández y cols.¹⁰ quienes encuentran que el grupo más numeroso de su investigación lo representó el de 65-69 años, ni con los de Gonzáles y cols.¹¹ quienes encuentran mayor representación en el grupo de edad de 60 a 69 años. En relación con el sexo nuestros resultados coinciden con los estudios de Pérez Hernández y cols.¹⁰ y García Alpizar y cols.¹² donde predominó el sexo femenino. Sin embargo, estos resultados no coinciden los estudios de Gonzáles y cols.¹¹ y los de Contreras y cols.¹³ quienes tienen mayor porcentaje de afectados del sexo masculino.

Otro hallazgo importante encontrado que pudiera justificar este predominio es que nuestro docente-asistencial es más frecuentado por féminas que por pacientes del sexo masculino.

En cuanto a los Hábitos Tóxicos se refiere el 94% de la muestra bebía café en tanto que el 85% fumaba, lo cual consideramos está en relación con el hecho de que a temprana edad en nuestro país se comienza a ingerir café y a fumar. En el hábito de fumar estos resultados son similares a los de Gonzáles y cols.¹¹ sin embargo estas autoras encuentran un elevado porcentaje de pacientes con el hábito de ingestión de alcohol.

El estado nutricional, desde un punto de vista antropométrico, se estima por la evaluación de la correspondencia del peso para la estatura que haya alcanzado y la estimación de las proporciones que en ese peso corresponden al tejido magro, fundamentalmente el integrado por la masa muscular, y la que corresponde al tejido graso. Para la evaluación del peso del adulto en relación con su estatura, se utiliza la relación peso para la talla, de la cual existen múltiples índices. De todos ellos, el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, es el más comúnmente utilizado por cumplir en mayor medida el requisito de estar altamente correlacionado con el peso y ser independiente de la talla y por existir una información muy amplia de su relación con morbilidad y muerte en individuos de muy diversa distribución geográfica, estructura social y grupos de edad. Este índice es la razón entre el peso (expresado en kilogramo) y la talla al cuadrado (expresada en metro) (P/T^2). Basándose en datos de morbilidad y mortalidad se ha llegado a establecer puntos de corte o valores críticos que delimitan la “normalidad” de los valores que denotan “pesos bajos” y posiblemente o ciertamente malnutrición por defecto, y los “pesos altos” y posiblemente o ciertamente malnutrición por exceso. La normalidad quedaría enmarcada entre los valores de 18,5 y 24,9; por debajo de 18,5 estarían los “pesos bajos” o malnutridos por defecto ¹⁴

Con relación al grado de malnutrición en este estudio predominó la malnutrición por defecto moderada. Los adultos mayores son particularmente vulnerables de padecer malnutrición, y la malnutrición calórico-proteica es un problema común en el adulto mayor ¹⁵.

La prevalencia de queilitis angular encontrada en este estudio (79%) fue superior a la encontrada por Pérez Hernández y cols. ¹⁰ quienes encuentran una prevalencia de 33,78%.

En los adultos mayores estudiados la prevalencia de xerostomía fue de 76%. Es frecuente en los ancianos el padecimiento de xerostomía, que causa la pérdida del gusto y provoca dificultades al tragar, aunque estos problemas no deben considerarse sólo como una dificultad del envejecimiento, debido a que existen otros factores, como el exceso de medicaciones, que pueden provocar una disminución del flujo salival ¹⁶. Laplace Pérez y cols.¹⁷ realizan una revisión sobre las enfermedades bucales en el

adulto mayor donde encuentran que la xerostomía (sensación subjetiva de sequedad bucal) es causada por una disminución en la secreción de la saliva y afecta entre el 29 y el 57% de la población de ancianos, lo cual no coincide con lo encontrado en este estudio, donde es mucho mayor la prevalencia (76%). El reconocimiento de la xerostomía es esencial, con el objetivo de ayudar a los pacientes a minimizar los síntomas de sequedad, instituir medidas preventivas y limitar la aparición de otras complicaciones orales.

La prevalencia de desdentamiento encontrada (72 %) es superior a la reportada por Taboada Aranza y cols.¹⁸ quienes realizan un estudio en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo en México, y encuentran una prevalencia de desdentamiento total de 8,8% y la reportada por Von Marttens y cols.¹⁹ que realizan un estudio realizado en adultos mayores, en Santiago de Chile y encuentran que la prevalencia de desdentados totales en individuos mayores de 65 años es de 33.84%. Los autores consideran que estos resultados pudieran deberse a que en este estudio se incluyeron los pacientes desdentados parciales y los totales.

CONCLUSIONES

En el grupo estudiado predominó el sexo femenino y las edades entre 70 y 79 años, los hábitos tóxicos más frecuentes fueron la ingestión de Café y el Tabaquismo y predominó un déficit nutricional moderado.

Un poco más de las tres cuartas partes de los adultos mayores malnutridos por defecto presentaron al menos una manifestación bucal. Las manifestaciones bucales más frecuentes en el curso de la malnutrición por defecto en los adultos mayores estudiados fueron: la palidez de la mucosa bucal, las aftas, la lengua saburral, la depapilación lingual, la queilitis angular, la xerostomía y el desdentamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Urbaneja I. Radicales libres Algunas consideraciones clínicas. Gac Méd Caracas 2007; 114 (2): 56-59.
2. Carvajal López P, Zamora Guzmán R. Demografía y Sociología del Envejecimiento. En: Bullón Fernández P, Velasco Ortega E. Odontoestomatología Geriátrica. La Atención Odontológica Integral del Paciente de Edad Avanzada. Madrid: Madrid S.A. s. ed.1996.p. 17-41.

3. Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Cuba. 2011 [citado 14 Oct 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
4. Sáez Carriera R, Carmona M, Jiménez Quintana Z y Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev. Cub Estomatol 2007;44(4).URL disponible en: [http://bsv.sld.cu/revistas/est/vol44\(4\)-07](http://bsv.sld.cu/revistas/est/vol44(4)-07) [consulta 12 mar 2008].
5. Ortiz Velaz L. Enfermedades de la cavidad bucal en el Adulto Mayor: aspectos semiológicos. En Propedéutica Clínica y Fisiopatología odontológica fundamental del Profesor Dr. Padrón Chacón. Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2008; 1 (1): 177-81.
6. González Ramos Rosa María, Madrazo Ordaz Daisy Elena, Osorio Núñez Maritza. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2015 Jul 30] ; 50(3): 284-291. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=es.
7. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349 (9063):1436-42,
8. Mila R, Formiga F, Duran P, Abellano R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Med Clin (Barc). 2012; 139(11):502–508.
9. Montero JM, Torres M, Fundora M. Lesiones bucales en el paciente geriátrico portador de prótesis total. Rev Mediciego[serie en internet]. 2010 [citado 19 septiembre 2013]; 10(S1): [aprox. 3p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_sulp1_04/articulos/a13_v10_supl104.htm
10. Pérez Hernández Yaimara, Pérez Ayala Danisbel, Elisberth Milians Planes, Díaz Clara Zeida, Vento Blanco Yarielys. La rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto mayor. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2015 Feb [citado 2015 Jul 30] ; 19(1): 13-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100005&lng=es.
11. Gonzáles RM, Herrera IB, Osorio M, Madrazo D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev Cubana Estomatología[serie en internet]. 2010 ene-mar[citado 7 septiembre 2013]; 47(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es&nrm=iso
12. García Alpizar B, Benet Rodríguez M, Castillo Betancourt EE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Rev Medisur[serie en internet]. 2010 [citado 17 Mayo 2012]; 8(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000100008&script=sci_arttext
13. Contreras, Ana Lucía et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. Rev Med Hered [online]. 2013, vol.24, n.3 [citado 2015-07-30], pp. 186-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300002&lng=es&nrm=iso
14. Berdasco Gómez A. Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría.Revista Cubana Aliment Nutr 2002;16(2):146-52.
15. Reuben D, Geendale G, Harrison G. Nutrition screening in older persons. J Am Geriatr Soc. 1995; 43(4): 415-425.
16. Htwe TH, Mushtaq A, Robinson SB, Rosher RB, Khardori N. Infection in the elderly. Infect Dis Clin N Am. 2007; 21: 711–43.
17. Laplace Pérez Beatriz de las N, Legrá Matos Sara María, Fernández Laplace Josué, Quiñones Márquez Dinorah, Piña Suárez Lizzy, Castellanos Almestoy Lourdes. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado

2015 Ago 01] ; 17(4): 477-488. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es.

18. Taboada Aranza O, Cortés Coronel X, Hernández Palacios RD. Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. Revista ADM 2014; 71 (2): 77-82.
19. Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y Significado del Proceso de Edentulismo de Adultos Mayores, Atendidos en un Consultorio del Servicio Público Chileno. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabíl Oral. 2010; 3 (1): 27-33.