

**INCIDENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN ADULTOS MAYORES EN
DIFERENTES CENTROS DE VIDA DE LA LOCALIDAD 3 EN LA CIUDAD DE
CARTAGENA DE INDIAS**

OSCAR LUIS HERRERA TORRES

GINA PAOLA OLARTE LOPEZ

MARILUZ PEREZ VIAÑA

LEISDY LAURA PADILLA MONDOL

HILBA KARINA SOLANO BRU

KARENT JULIETH TARAZONA LOPEZ

LESBIA ROSA TIRADO AMADOR

UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AREA DE INVESTIGACION

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

CARTAGENA DE INDIAS, D.T.C Y H

2017

ESTUDIANTES

OSCAR LUIS HERRERA TORRES

GINA PAOLA OLARTE LOPEZ

MARILUZ PEREZ VIAÑA

HILBA KARINA SOLANO BRU

KARENT JULIETH TARAZONA LOPEZ

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE ODONTOLOGO

ASESOR DISCIPLINAR

LEISDY LAURA PADILLA MONDOL

Odontóloga. Especialista en rehabilitación oral

ASESOR METODOLOGICO

LESBIA ROSA TIRADO AMADOR

Odontóloga. Especialista en Estadística Aplicada

UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

CARTAGENA DE INDIAS, D.T.C Y H

2017

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

A Dios, a nuestros padres,
Docentes y compañeros de
estudio.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos aquellos que dedicaron su tiempo para la realización de este proyecto principalmente a la Dra. Lesbia Rosa Tirado Amador Y la Dra. Leisdy Laura Padilla Mondol, sin ellas no hubiese sido posible la realización de esto, agradecemos su paciencia y dedicación para lograr el buen trabajo.

A Dios principalmente por regalarnos la vida y la oportunidad de formarnos como futuros profesionales odontólogos, por concedernos los conocimientos y discernimiento para llevar a cabo todas las actividades propuestas.

Gracias a nuestros padres por ser un gran apoyo en nuestro proceso de formación académica, que con su esfuerzo diario esperan con ansias poder ver el fruto obtenido de tanto empeño y sacrificio puesto alrededor de toda la carrera

Y a demás familiares y amigos que contribuyen de una u otra forma al proceso de formación académica.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3.2.1 DEFINICIÓN	5
3.2.2 JUSTIFICACIÓN	5
4. MARCO TEÓRICO	7
5. MATERIALES Y MÉTODOS	22
5.4.1 MATERIALES	22
5.4.2 METODOLOGÍA	22
6. DESARROLLO DEL PROYECTO	27
6.5.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	27
7. DISCUSION	30
8. CONCLUSIONES	34
9. RECOMENDACIONES	35
10. BIBLIOGRAFÍA	36
11. ANEXOS	37

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Operacionalización de variables	28
Tabla 2. Edentulismo	32
Tabla 3. Portador o no de prótesis	32
Tabla 4. Estado de los tejidos blandos	32
Tabla 5. Estado de los tejidos duros y movilidad dental	33
Tabla 6. Estado de compromiso sistémico	33

GLOSARIO

CLASIFICACION DE KENNEDY: Sistema que clasifica el tipo de edentulismo parcial, que Permite al clínico una fácil identificación del problema, así como el planteamiento del diseño más favorable para solucionar el caso

CEPILLADO DENTAL: Es una técnica de higiene que mediante el uso de un cepillo y crema dental permite remover la placa bacteriana de los dientes y tejidos blandos, para prevenir problemas de caries dentales o encías.

EDENTULISMO: Ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes.

PROTESIS DENTAL: Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares

PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL: Enfermedad infecciosa crónica que afecta los tejidos que rodean, soportan o sostienen y protegen los dientes, frente a diversas bacterias.

RESUMEN

Objetivo: describir la incidencia de patologías a nivel de cavidad bucal en adultos mayores entre 60 y 90 años con edentulismo parcial o total y uso de prótesis en diferentes centros de vida ubicados en la localidad 3 de la ciudad de Cartagena.

Método: toma de una muestra en estudio de 114 adultos mayores teniendo en cuenta ciertos criterios de inclusión, los cual mediante una historia clínica avalada por especialistas de diferentes áreas de odontología, pudimos diagnosticar ciertas patologías bucales que poseen esta comunidad estudiada. La población estudiada hace parte del sistema de salud SISBEN 1 y 2, lo cual nos permitió identificar de mejor manera si existe un eficiente acceso a los servicios de odontología en donde se brinden buenas alternativas de tratamiento. De igual manera se establecieron relaciones entre ciertas enfermedades de nivel sistémico que pueden estar relacionadas, es decir, un factor etiológico de ciertas patologías a nivel de cavidad bucal, si ciertas manifestaciones clínicas están relacionadas directamente con el mal control de ciertas enfermedades o incluso estas pueden provocar la ausencia de órganos dentales y otras patologías, enfermedades tales como: diabetes, hipertensión arterial entre otras, en algunos casos ser el factor de el origen de lesiones de caries los cuales en muchos casos estas piezas dentarias no pueden ser rehabilitadas debido a la escasez de remanente dentario que persiste.

Resultados: obtuvimos incidencias de patologías como enfermedades periodontales en donde re reporta un 47.22 % de la población, lengua saburra con un 60,19%, candidiasis con un 5.56%, estomatitis subprotésica con un 8.33%, quelitis angular con un 4.63%, xerostomía con un 4.63%, exostosis con un 17.59%, torus con un 23.15%.

Conclusión: Con esta investigación logramos identificar que a nivel de cavidad bucal podemos diagnosticar diferentes patologías en adultos mayores, relacionadas a factores fisiológicos del envejecimiento, higiene oral, y condiciones sistémicas del adulto mayor.

Palabras clave: adulto, edad, patologías, prótesis, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento puede producir cambios en la estructura y funciones de la cavidad bucal, logrando a su vez adquirir patologías propias de este tipo de pacientes, aunque estos varían entre los individuos y pueden o no causar alteraciones en la función¹. Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, se menciona una serie de sistemas que pueden estar comprometidos. Olvidando comúnmente, que en cualquiera de sus estructuras puede comprometerse en diversos grados con la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático².

Hoy se conoce que en un alto porcentaje de la población geriátrica de la localidad III en la ciudad de Cartagena de indias que presenta condiciones de salud oral precarias, incluyendo también la deficiencia a nivel funcional por la pérdida de órganos dentales, lo cual genera alteraciones funcionales y estéticas que afectan la calidad de vida relacionada con la salud bucal, la cual se define como “el impacto de los desórdenes bucales, sobre aspectos de la vida diaria que son importantes para los pacientes y las personas, con esos impactos siendo de magnitud suficiente, en términos de severidad, frecuencia y duración, para afectar la percepción del individuo sobre su vida en general”³. Presentándose esto a causa de patologías como lo son la periodontitis y la caries; El edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo tener una idea cercana y establecer la cantidad de las piezas dentarias en boca para su posterior rehabilitación. Reflejadas en el hecho de que la condición de mayor

Prevalencia es la ausencia de múltiples y hasta todos los órganos dentales³.

Las patologías causales del edentulismo parcial y total que es posible encontrar en la cavidad oral del adulto mayor son variadas. Pero existen unas que merecen especial análisis; La enfermedad periodontal, candidiasis, lengua saburral, estomatitis subprotésica, queilitis⁴.

Por esto es importante establecer la incidencia de este tipo de enfermedades en diferentes tipos de adultos mayores, las características y los factores a los que estos se ven expuestos en su vida diaria, para lograr un ideal diagnóstico, y brindarle así un plan de tratamiento adecuado dándole al paciente un bienestar funcional, estético, social y psicológico⁴.

Por lo anterior el presente proyecto busca identificar la incidencia de patologías bucales presentes en los adultos mayores pertenecientes a la localidad 3 evaluados mediante en jornadas clínicas en las cuales se pretendía diagnosticar a la muestra seleccionada, con el fin de analizar cuáles eran las principales patologías que afectando a esta población debido a los diferentes factores, tanto internos del paciente como externos.

1

Ministerio de Salud, Gaviria Uribe A. IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL – ENSAB IV 2014

López Olivera JV, Gallo Zapata W. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral. Lima-Perú. Rev. Prótesis Parcial Removible. 1era Edición.(2013), C.A. pág. 57-59.

Ríos-Eraza M & Borges-Yañez SA. Psychological factors and his influence in the oral health of older people: A narrative review. J Oral Res 2016; 5(1): 43-49.

2. OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la incidencia de patologías a nivel de cavidad bucal en adultos mayores entre 60 y 90 años con edentulismo parcial o total y uso de prótesis en diferentes centros de vida ubicados en la localidad 3 de la ciudad de Cartagena.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio
- Identificar las patologías a nivel de cavidad bucal que afectan a adultos mayores comprometidos sistémicamente con edentulismo parcial y uso de prótesis en diferentes centros de vida pertenecientes a la localidad 3 de la ciudad de Cartagena.
- Establecer la prevalencia de las enfermedades asociadas al uso de prótesis parciales removibles y prótesis total removibles.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha establecido que con el pasar de los años se pueden producir cambios a nivel de cavidad oral. Los adultos mayores son considerados con un alto índice de riesgo de afección buco dental, la sociedad en general y los mismos ancianos. La interrelación entre la salud oral y la general, es particularmente estrecha en el adulto mayor⁵.

En un estudio realizado por (MARCILIA. E col 2016) Se demuestra que en los ancianos es muy frecuente la pérdida de dientes como resultado de caries dentales y la enfermedad periodontal; pero también de la actitud del paciente y el estomatólogo, la viabilidad y la accesibilidad a la atención odontológica y la prevalencia de estándares de cuidado dentro de los centros de vida a los cuales estos pertenecen. Estas enfermedades provocan que el estado dental que más

prevalece en los ancianos sea la pérdida total o parcial de dientes, que provoca un grado variable de invalidez o incapacidad oral, lo cual solo es mejorable con una óptima rehabilitación protésica⁶.

A su vez ha sido demostrado que las prótesis, sobre todo cuando tienen un largo tiempo de ser portadas, y en algunos casos desajustadas, incorrectamente confeccionadas o están en mal estado, producen daños que en relación a inadecuados estilos de vida, conllevan aún más al deficiente estado de la cavidad bucal, afectando en todos sus aspectos, la salud de las personas, principalmente la de los ancianos⁷.

A partir de esto surge entonces la necesidad de diagnosticar, prever y tratar las diferentes afecciones que surgen con el paso del tiempo y en relación a diversos factores predisponentes presentes, en la vida cotidiana del adulto mayor, relacionados también con el abandono por parte de familiares, de la población, el descuido por parte de la sociedad y del sistema de salud, por todo lo anterior es de importancia y por los escasos estudios realizados a nivel de esta población establecer la incidencia de las patologías bucales en adultos mayores involucrados en nuestro estudio, para su correcto diagnóstico, detección temprana de la enfermedad y su posible tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de vida haciéndolos parte de una sociedad incluyente⁸.

2

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 [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Mayo 09]; 17(4): 477-488.

García-Alpízar B, Capote-Valladares M, Morales-Montes-de-Oca T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay [revista virtual]. 2012 [citado 2017 Mayo 9]; 2(1).

3.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de patologías bucales en adultos mayores de 60 a 90 años que pertenecen a los centros de vida de la localidad 3?

3.2.2 JUSTIFICACIÓN

El transcurso de la vida trae consigo el deterioro de órganos y sistemas que se traducen en enfermedades y patologías, que con el avance de los años estos afectan la calidad de vida. Una de las principales causas del deterioro de la salud es la pérdida de órganos dentales⁸.

Las gestiones realizadas por los organismos del gobierno por lo general son de difícil acceso, dificultando el control de enfermedades o patologías que aparecen conforme pasan los años, adicionalmente la pobre educación y la falta de promoción y prevención ha provocado que gran parte de la población colombiana sufra de edentulismo parcial o total, por consiguiente, afectando la función y la calidad de vida de las personas. La odontología permite recuperar esos espacios dejados por la pérdida de órganos dentales mediante el uso de prótesis totales o removibles⁹.

El uso de estas alternativas en rehabilitación también trae consigo consecuencias para los pacientes, a pesar de mejorar la estética y función son muchos los casos desarrollo de patologías en la cavidad oral asociadas a una prótesis mal adaptada, así mismo pacientes que presenten enfermedades sistémicas ya existentes pueden agravar las patologías asociadas a dichas prótesis⁹⁻¹⁰.

A nivel local en la ciudad de Cartagena no se reportan estudios realizados a pacientes geriátricos evaluando su cavidad oral y el uso de prótesis, por ende resulta de mucha importancia el estudio a realizar, para con ello realizar un censo y verificar que tan eficaz es su salud oral, de igual manera identificar aquellos adultos portadores de prótesis parciales o

removibles, y si estas están ocasionando el surgimiento de lesiones y patologías.

Los centros de vida son instituciones públicas destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores, por esta razón es complejo realizar un seguimiento con respecto al cuidado de las prótesis o incluir a una persona responsable del adulto mayor, ya que estos solo pasan un corto periodo del día en los centros de vida^{10, 3}

Gutierrez-V1a, R León-Manco1a, D Castillo-Andamayo1abc, Edentulism and need of prosthetic treatment for adults in marginal urban human settlement área, Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):179-86.

E. Lasso Hormanza, K. Morales Kujilema. Influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acudieron a la clínica Odontologica de la Universidad de las Américas. 2017. Rev. Ucla. Feb. 32(5). 65-73 .

Cano-Gutiérrez Carlos, Borda Miguel G, Arciniegas Antonio J, Borda Claudia X. Edentulism and dental prostheses in the elderly: impact on quality of life measured with EuroQol - visual analog scale (EQ-VAS). Acta odontol. latinoam. [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Mayo 09]; 28(2): 149-155

Ribeiro Camila Garcez, Cascaes Andreia Morales, Silva Alexandre Emídio Ribeiro, Seerig Lenise Menezes, Nascimento Gustavo Giacomelli, Demarco Flávio Fernando. Edentulism, Severe Tooth Loss and Lack of Functional Dentition in Elders: A Study in Souther Brazil. Braz. Dent. J. [Internet]. 2016 June [cited 2017 May 09]; 27(3): 345-352.

4. MARCO TEÓRICO

- Prótesis

Reemplazo artificial de alguna parte del cuerpo.

La prótesis constituye una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aunque son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos que trae consigo el envejecimiento y los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de la mucosa, y en especial, a la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad. La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica. Los efectos de presión, tracción y empuje que con ella se producen, pueden causar acciones irritantes sobre la mucosa¹¹.

4

Prótesis removible o total

Una prótesis dental, permite reemplazar uno o más dientes que, por distintos motivos, se han perdido. Su finalidad es permitir que el paciente pueda masticar los alimentos y expresarse de manera correcta, dos cuestiones que, ante la falta de dientes, no podría realizar sin la prótesis en cuestión.¹² Podemos decir, por tanto, que existen dos tipos de prótesis:

González-Beriau Y, Dumenigo-Soler A, Fuguet-Boullón J. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. Rev. Medisur. 2017. 4; 15(1)

-Las *parciales*, que se usan cuando sólo hay que sustituir uno o varias piezas dentales naturales. Son prótesis parciales dentomucosoportadas. Es decir, se sujetan tanto en los dientes como en la mucosa, y se realizan cuando el paciente aún conserva algunos de sus dientes naturales. Estas prótesis son removibles, o lo que es lo mismo, pueden ser extraídas y colocadas por el paciente¹².

Se hacen mediante una estructura metálica colada (que puede ser de diferentes aleaciones, tanto nobles como no nobles) a partir de un patrón de cera realizado manualmente, y con el uso de preformas, sobre los modelos de revestimiento. Los dientes y reconstrucciones de la encía son de resina acrílica¹².

-Las *totales*, que se emplean para sustituir todos los dientes naturales que tenga el paciente. Estas, por su parte, se componen de dos partes: las prótesis superiores, que reemplazan las piezas que estaban situadas en la parte de arriba de la boca, y las prótesis inferiores, que hacen lo propio con las de abajo^{12,5}

Edéntulo

Es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo

Corona Carpio, M. H., Ramón Jimenez, R., & Urgellés Matos, W. (2017). Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales. MEDISAN, 1.
Noborikawa-Kohatsu AK, Kanashiro-Irakawa CR. Evaluación del un programa educativo preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. Rev Estomatol. Herediana. 2009; 19(1):31-38.

Laplace Pérez, B., Legrá Matos, S. M., Fernández Laplace, J., Quiñones Márquez, D., Piña Suárez, L., & Castellanos Almestoy, L. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor. Correo Científico Médico, 1.

Producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal.

Podemos encontrar diversos factores que no son directamente causantes del edentulismo pero si acentúan el riesgo, entre estos encontramos, edad, grado de instrucción del paciente, nivel socioeconómico, ocupación, sexo, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, medicamentos o mal nutrición¹³.

Enfermedad periodontal

La periodontitis es una enfermedad de etiología infecciosa y que aparece de forma crónica y el desarrollo produce la destrucción y pérdida del soporte de los tejidos periodontales de los dientes¹⁴.

La primera etapa es la gingivitis que se presenta como inflamación de los tejidos blandos (encía) por acumulación de placa bacteriana, lo cual provoca sangrado, si esta etapa sigue avanzando provocara una periodontitis. Pero no siempre la gingivitis llevara a una periodontitis, esto involucrara otros factores^{14,6}

Factores de riesgo

- **TABACO:** uno de los factores más característicos asociados con el avance de la enfermedad periodontal es fumar.
- **CAMBIOS HORMONALES:** Las encías se vuelven más sensibles y aceleran el proceso de la enfermedad periodontal.

Gutierrez-V1a, R León-Manc01a, D Castillo-Andamayo1abc, Edentulism and need of prosthetic treatment for adults in marginal urban human settlement área, Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):179-86.

González-Beriau Y, Dumenigo-Soler A, Fuguet-Boullón J. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. Rev. Medisur. 2017. 4; 15(1)

- *DIABETES*: Personas que presentan diabetes poseen un alto riesgo de que las infecciones aumenten.
- *ESTRÉS*: La presencia de estrés en nuestro cuerpo hace que la lucha contra las infecciones sea más difícil.
- *MEDICAMENTOS*: Algunos medicamentos consiguen influir en la salud bucal y perjudican el tratamiento dental. Varios fármacos como diurético, analgésicos, antihistamínicos, fármacos antidepresivos e hipertensión provocan efecto secundario como xerostomía, alteración del gusto, cambios en los tejidos blandos¹⁵

Compromiso sistémico: Enfermedad que afecta a todos los elementos de un mismo sistema.

Clasificación Kennedy

Existen diferentes sistemas para clasificar los arcos parcialmente desdentados, la más usada en la actualidad es la creada por el Dr. Edgard Kennedy en el año 1925; el cual permite al clínico una identificación del problema así como el planteamiento del diseño más favorable para solucionar el caso¹⁶

Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principales.¹⁶

- Clase I: Áreas edentulas bilaterales, ubicadas posteriormente a los dientes remanentes (extensión distal bilateralmente).
- Clase II: Área edentula unilateral ubicada posteriormente a los dientes remanentes (extensión distal unilateral).
- Clase III: Área edentula unilateral limitada por dietes remanentes anteriores y posteriores.
- Clase IV: Área edentula única bilateral, localizada delante de los dientes remanentes y que cruza la línea media¹⁶

Fonación: es el proceso mediante el cual se produce la voz.

Se trata del mecanismo sonoro inicial que, a continuación, se somete al filtrado de la faringe y de la cavidad bucal para transformarse en vocales y consonantes sonoras. La laringe y en particular las cuerdas vocales se encuentran en el centro del dispositivo de producción de la voz. Durante la fase pre-fonatoria preparatoria, los músculos y los cartílagos de la laringe aproximan las cuerdas vocales entre sí (posición fonatoria), lo que estrecha la luz respiratoria. A continuación, el aire contenido en los pulmones se propulsa por una espiración activa a través de las cuerdas vocales. Las características anatómicas de las cuerdas vocales permiten, gracias a su estructura laminar, una vibración pasiva de la mucosa del borde libre bajo la influencia del aire fonatorio.^{7, 17}

Lengua saburral:

Es un síntoma que se relaciona con diferentes patologías. Los motivos pueden ser desde una mala higiene bucal hasta incluso en algunos casos enfermedades graves.

La lengua saburral es la capa blanquecina que se crea sobre la lengua. Se trata de una capa compuesta por células viejas, restos de comida y

bacterias. Normalmente, se forma cuando no hay una buena higiene en la zona lingual¹⁸.

Causas:

- En algunos casos puede deberse a candidiasis (hongos)
- Infecciones que cursan con fiebre y enfermedades del estómago (como gastritis)
- Enfermedades de transmisión sexual (sífilis)
- Inflamación de la lengua (glositis) – lengua lisa, roja y con ardor.
- Medicamentos y sustancias tóxicas (intoxicación por plomo llamada saturnismo, o por bismuto).
- Enfermedades de los dientes y encías
- Enfermedades de la piel que se manifiestan no sólo en la piel, sino también en la mucosa oral (pénfigo o liquen plano).^{18,7}

Queilitis: Es una lesión inflamatoria en la comisura labial, que puede ser unilateral o bilateral. En casos graves, las fisuras pueden sangrar cuando se abre la boca, y formar úlceras poco profundas o una costra¹⁹.

Tipos de queilitis:

Actínica o solar: causada por exposición crónica al sol, un bajo porcentaje evoluciona a carcinoma espino celular.

E. Lasso Hormanza, K. Morales Kujilema. Influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acudieron a la clínica Odontologica de la Universidad de las Américas. 2017. Rev. Ucla. Feb. 32(5). 65-73.

Corona Carpio, M. H., Ramón Jimenez, R., & Urgellés Matos, W. (2017). Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales. MEDISAN, 1.

Angular: se presenta con frecuencia en la población de adultos mayores que sufren una disminución de la dimensión vertical, debido a la pérdida de los dientes, lo que permite el exceso de cierre de la boca¹⁹.

Xerostomía:

Es la sensación subjetiva de boca seca¹ que es secundaria a una hiposecreción salival, la cual corresponde a una disminución objetiva del flujo salival. El flujo salival puede ser medido en reposo o estimulado. Los valores de un flujo bajo en reposo son menores a 0,1-0,2 mL/min y de un flujo bajo estimulado menores 0,4-0,7 mL/min²¹⁹

Torus:

Los torus o exostosis óseas se consideran excrescencias no neoplásicas, las cuales se localizan en los maxilares, provenientes del mismo hueso. Estas excrescencias óseas pueden clasificarse de acuerdo a su localización, forma, tamaño y número y cuyo tratamiento únicamente está indicado cuando la estética y la planificación de una prótesis total o removible así lo requieren.^{20,8}

MARCO ANTECEDENTES

La pérdida de órganos dentales conlleva a la necesidad de las personas a rehabilitar la falta de estos por medio de prótesis totales o removibles las cuales pueden ser consideradas un indicativo para la evolución de enfermedades a nivel de cavidad oral si estas se encuentran mal adaptadas. Igualmente, con el tiempo si no se tiene una buena higiene oral pueden conllevar a la aparición de ciertas patologías a nivel de cavidad oral²⁰.

SÁNCHEZ JIMÉNEZ J 1, RAMOS HERRERA CA 2, ACEBAL BLANCO F 3, ARÉVALO ARÉVALO RE 1, MOLINA MARTÍNEZ M 1. Manejo terapéutico de la xerostomía en Atención Primaria. Medicina de Familia 2004; vol. 5 No. 1 p 42-49.

RODRÍGUEZ L, SANTOS M, MEDINA A. Torus y exostosis óseas. Revisión de la literatura. Acta odontológica Venezolana 1999; Vol. 37 No. 2: P. 12 - 15

Se ha reportado la asociación de patologías y prótesis dentales totales o removibles, tal como describen Jones PM, en 1976, Buchner A et al, en 1979. Y Budtz-Jørgensen E, en 1981 en Institut for Protetik, Royal Dental College, encontraron que el uso de prótesis contribuye al desarrollo de las lesiones en cavidad oral y cambios en la morfología de los tejidos, por lo general son producto del trauma físicos por la base de las dentaduras protésicas, sin embargo, también se menciona que las enfermedades sistémicas presentan una influencia en el desarrollo de patologías como estomatitis subprotésica, queilitis angular, úlceras traumáticas, entre otras. De igual manera se encontró que Albanese S, Miraldi G, Villani G. et al, en 1989 en Italia, describen que en varios estudios clínicos realizados en pacientes portadores de prótesis parciales removibles (RPDS), se observó la aparición de reacciones en el tejido periodontal producidas por este tipo de prótesis. Existen tres principales factores que discutidos por estos autores los cuales fueron: 1) placa e higiene oral 2) cobertura de la gingival marginal por partes de un RPD 3) las fuerzas oclusales que se transmiten a los dientes restantes y su Tejidos periodontales por la prótesis^{20,9}.

De igual manera un factor que tiene un gran impacto en la aparición de este tipo de lesiones o enfermedades a nivel de cavidad oral es la falta educación sobre el cuidado y manejo de la prótesis. En 1987 surge un estudio realizado por Bo Bergman et al, el cual se basa en Estudios longitudinales los cuales indican que es posible que los pacientes con RPD posean un buen control de placa consecutivamente una buena higienes oral. Para esto se debe realizar un control periódico del control de placa y se debe examinar el estado de las prótesis, las fuerzas

Cunha, Madalena; Santos, Eduardo; Costa, Anabela; Pereira, Marta; Varanda, Ricardo; Loureiro, Sara. Oral Health, Literacy and Quality of Life in the Elderly – Systematic Literature Review. Revista de Enfermagem Referência . fev/mar2014, Vol. 4 Issue 1, p121-129. 9p. 1 Diagram, 3 Charts.

Albanese S, Miraldi G, Villani G. [Effects of the use of removable partial dentures (RPD) on the integrity of dento-periodontal structures. Review of the literature]. Arch Stomatol (Napoli). 1989 Jul-Sep;30(3):521-7.

transmitidas a los dientes del pilar no parecen inducir la ruptura periodontal y si estos siguen siendo un pilar con un soporte exigido para una prótesis.

Carrera JM, en 2006 realizó un estudio para determinó la frecuencia y clase de Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy entre los pobladores Residentes en el AAHH "Sol Naciente" del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005. El estudio fue del tipo transversal y se desarrolló en el paradigma cuantitativo. En este estudio se evaluó un total de 127 pobladores mayores de 14 años de edad. En los resultados encontramos que presentaron algún tipo de edentulismo parcial un 66.1% de la población evaluada, de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino, en cuanto a la edad se registró que la clase III también fue la más frecuente casi todos los decenios, excepto en el séptimo decenio donde la clase II fue la más frecuente en ambos maxilares, también se registró que el edentulismo parcial del maxilar inferior fue el más frecuente y el sexo femenino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial. Así mismo, Keyf F, en el 2000 en la ciudad de Quito-Ecuador realizó un estudio con la finalidad de establecer la frecuencia de varias clases de prótesis parciales removibles y de la selección de los conectores y retenedores directos e indirectos.

El análisis de un total de 528 bases metálicas de 362 pacientes entre los 29 y 81 años de edad de ambos sexos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Hacettepe en Turkía durante el año 1999. Los resultados indicaron que la mayoría de las bases metálicas (295) correspondían a la mandíbula. Del total de pacientes, 171 necesitaron PPR tanto en el maxilar superior como en el inferior. La Clase I de Kennedy estricta (sin modificaciones) era la más común en la mandíbula con el 18.37% (97 casos) y la Clase II estricta en el maxilar superior con el 7.95% (42 casos) mientras que no encontraron algún caso

de Clase IV. Los resultados permitieron observar que el porcentaje de Clase I y II se ha incrementado mientras que la de Clase III no ha cambiado ²¹.

También podemos ver que Cisneros del Águila M et al, en el 2014 en España realizaron un estudio para determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, utilizando la clasificación de Kennedy. Se estudiaron 200 pacientes, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico, consignándolos en una ficha clínica juntamente con lo reportado en la anamnesis. Según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%; la referencia de problemas gástricos representó 15%¹⁰.

En el examen clínico, el grupo etario de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino.²⁰ Referente a lo anterior, encontramos que, Luna GA, en 2011 realizó un estudio con la finalidad de conocer la Incidencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los internos del Centro De Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja. El universo estuvo constituido por 414 internos, 373 de sexo masculino y 41 de sexo femenino. El tipo de estudio fue: observacional y descriptivo y de tipo transversal. Los resultados de la investigación revelaron que: La clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72% y la modificación

III-1 en ambos maxilares con 26,91%. Según la edad, en los rangos de: menores de 20 años, 20 a 39 y de 40 a 59 años, la clase III de Kennedy es la más frecuente, a excepción del rango de mayores de 60, en la cual la clase I es la que predomina. Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente.²¹ Aquí encontramos que Curtis y col examinaron 327 bases metálicas construidas por laboratorios comerciales y encontraron que 122 eran para el maxilar superior y 205 para maxilar inferior; la clase I de Kennedy inferior es la más frecuente y que la clase I superior e inferior representan el 40 % de prótesis parcial removible, 33% la clase II, 18% la clase III 9% la clase IV¹¹.

Dice el autor que la clase II comparada con estudios previos ha aumentado, mientras que las clases I, III, IV no han cambiado significativamente. Otros estudios hechos anteriormente demuestran que el mayor edentulismo parcial se da en maxilar inferior y que la clase I de Kennedy es la más frecuente²¹. Noborikawa A, en el 2001 en Lima, Perú realizó un estudio en la ciudad de descriptivo retrospectivo de la frecuencia de edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy-Applegate en la Universidad de San Martín de Porres en el Distrito de San Luis, Lima Perú. El año 2000. Mediante la revisión de 9,500 historias clínicas de las cuales tomo como muestra 346. En los resultados se halló que la Clase I fue la más frecuente con un 47% (226 casos), siguiéndole la Clase II con 27% (127 casos), la Clase III con 25% (117casos) y finalmente la Clase IV con el 1% (7 casos). La Clase I mandibular fue de 75% (175 casos). Las Clases II y III se presentaron con mayor frecuencia en el maxilar superior²¹. Sadig W, et al, en el 2002 Determinaron la incidencia de varias clases de prótesis parciales removibles incluyendo

Reissner CV, Perez NM, Ferrerira MI, Sanabria DA, U. Pacifico private, Paraguay. Autopercepcion de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana, paraguay. Rev. Odontologica Latinoamericana.(2015) Vol. 7. Num. Pp 23-31.
López Olivera JV, Gallo Zapata W. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral. Lima-Perú. Rev. Prótesis Parcial Removible. 1era Edición.(2013). C.A. pág. 57-59.
Sánchez-Muriguondo M, Román-Velásquez M, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza-Avilés A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Rev Esp Med Quir 2011;16(2):110-115.

sus diseños y su comparación con previos estudios con el propósito de determinar el patrón de edentulismo parcial, el tipo de conector mayor y el diseño de 740 bases metálicas de 422 pacientes en una selecta población de Arabia Saudita. Los resultados indicaron que el promedio de edad para ambos sexos fue de 42 años y del total de pacientes, 319 utilizaban PPRs en ambas arcadas. Los resultados fueron que la Clase III (48.8%) de Kennedy fue la más frecuente en ambos sexos y la Clase IV (5.9%) la menos frecuente. La clase III mandibular con su opuesta combinación maxilar fue la más frecuente (22.5%)²⁰⁻²¹.

Se puede decir también que, López J, en el 2009 en Puerto de la Cruz Venezuela realizó un estudio con la finalidad de conocer la Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres. Los resultados fueron que la Clase I fue la que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%. La Clase I mandibular estricta resultó ser la más frecuente. No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino. Se encontró que conforme avanza la edad, aumenta la prevalencia de maxilares edéntulos parciales, mostrando el pico más alto en el rango de edad de 50 a 59 años. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del sexo masculino sobre el femenino²¹.

Complementando con lo anterior Chalco A, en el 2009 en la ciudad de Lima, Perú realizó un estudio con la finalidad de analizar la calidad del diseño de la prótesis parcial removible, en modelos de trabajo. Este estudio se realizó ocho laboratorios prestigiosos del Centro de Lima, En cada laboratorio visitado llegaban los modelos de trabajo de las cuatro

clases de Kennedy, llegando a un total de 97 elementos para analizar; para luego desarrollar una ficha matriz y llegar a los resultados finales. Uno de los resultados fueron que la clase I de Kennedy es más preponderante con 36.1% seguida de la clase II con un 34.0% y finalmente la clase III con un 29.9%^{22,12}.

Knezovic D, en el 2001, en Croacia Estudió la influencia de la clasificación de Kennedy en la satisfacción de 165 pacientes (59 hombres y 105 mujeres) entre los 38 y 85 años de edad durante el uso de la prótesis parcial removible en la población que acuden a recibir tratamiento a la escuela de Odontología de la Universidad de Zabreg, Croacia; se encontró que la Clase I fue la más frecuentemente hallada con 56% (92 casos) seguida de la Clase II con 30% (50 casos) y la menos frecuentemente hallada fue la Clase III con 10% (16 casos). El 60% de los pacientes habían perdido por lo menos 10 piezas dentales (99 casos) 21-22.

Rodriguez LL, en el 2013 en Moche Perú realizo un estudio retrospectivo, descriptivo y trasversal para determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos, entre 20-70 años, que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche durante los años 2008 al 2012. Se encontró mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y grupos de edad. No se halló diferencia estadística significativa entre las variables¹²

López Olivera JV, Gallo Zapata W. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral. Lima-Perú. Rev. Prótesis Parcial Removible. 1era Edición.(2013), C.A. pág. 57-59.

Sánchez-Muriguiondo M, Román-Velásquez M, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza-Avilés A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Rev Esp Med Quir 2011;16(2):110-115.

Hernández R , Férez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. revista adm/marzo-abril 2012/vol. Ixix no. 2. p.p. 69-75.
E García 1 , M. Sixto 2 , E Hernández3 , E Perera4 , J García5 Rev. The unitary prosthetic rehabilitation on implants in the partially-edentulous patient. Ciencias Médicas. Mayo-junio, 2015; 19(3):403-412

Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May;13(5):E270-4
10. González-Beriau Y, Dumenigo-Soler A, Fuguet-Boullón J. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. Rev. Medisur. 2017 .4; 15(1)

Gutierrez-V1a, R León-Manco1a, D Castillo-Andamayo1abc, Edentulism and need of prosthetic treatment for adults in marginal urban human settlement área, Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):179-86.

Santiago de Cuba jul. 2017 realizó un estudio descriptivo y transversal de 96 adultos mayores con prótesis dentales totales, atendidos en Servicio de Prótesis de la Clínica Dental "Lidia Doce Sánchez" de Guantánamo, desde enero de 2014 hasta abril del 2015, para determinar las lesiones bucales que presentaban. Entre las variables analizadas figuraron: edad, sexo, tipo de lesión, localización, estado higiénico de la prótesis y uso continuo. En la serie predominaron el grupo etario de 80 años y más (38,5 %) y la estomatitis subprótesis (54,7 %) como lesión más frecuente, fundamentalmente en el paladar (57,3 %) ²¹.

Beatriz de las N. Laplace Pérez y colaboradores de octubre-diciembre del 2013 Realizó una revisión bibliográfica de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Medline, con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre las enfermedades bucales que con mayor frecuencia afectan al adulto mayor. Los ancianos tienen un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas de la boca y que incluyen las infecciones (caries, periodontitis), pérdida dentaria, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Otras condiciones que aparecen con mayor frecuencia son la xerostomía (generalmente secundaria a medicaciones) y la candidiasis bucal ^{22, 13}.

Gutiérrez-V1a, R León-Manco1a, D Castillo-Andamayo1abc, Edentulism and need of prosthetic treatment for adults in marginal urban human settlement área, Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):179-86.

E. Lasso Hormanza, K. Morales Kujilema. Influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acudieron a la clínica Odontológica de la Universidad de las Américas. 2017. Rev. Udl. Feb. 32(5). 65-73.

Corona Carpio, M. H., Ramón Jiménez, R., & Urgellés Matos, W. (2017). Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales. MEDISAN, 1.

Laplace Pérez, B., Legrá Matos, S. M., Fernández Laplace, J., Quiñones Márquez, D., Piña Suárez, L., & Castellanos Almestoy, L. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor. Correo Científico Médico, 1.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.4.1. METODOLOGIA

Tipo de investigación:

Estudio descriptivo de corte transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estuvo constituida por (157 adultos mayores) de los centros de vida de la piedra de bolívar, del barrio el nuevo bosque y ciudadela 2000 pertenecientes a la localidad 3 de la ciudad de Cartagena

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- Adultos mayores entre los 60 y 90 años pertenecientes a los centros de vida de la localidad 3
- Pacientes con edentulismo parcial o total, portadores de prótesis parciales removibles, y prótesis total removibles.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No desean participar en el estudio
- No firman el formato de consentimiento informado
- Adultos ausentes en las jornadas establecidas

TABLA 1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
SEXO	Condición biológica que diferencia al hombre de la mujer	Cualitativa	Masculino Femenino	Masculino Femenino
EDAD	Corresponde al proceso biológico que se genera conforme avanza el tiempo y determina el envejecimiento	Cuantitativa	60-90	Años
EDENTULISMO	Ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes.	Cualitativa	Clasificación de Kennedy Edentulismo total Edentulismo parcial	Parcial Total
PRESENCIA DE PROTESIS	Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la	Cualitativa	Superior Inferior	Presente maxilar superior Presente maxilar inferior
LOCALIZACION DE LA PROTESIS				

	relación entre los maxilares			
PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	Enfermedad infecciosa crónica que afecta los tejidos que rodean, soportan o sostienen y protegen los dientes, frente a diversas bacterias.	Cualitativa	SI NO	Crónica
CEPILLADO DENTAL	Es un método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas de caries dentales o encías.	cualitativo	Siempre A veces Nunca	Si No
USO DE ENGUAJE BUCAL	Método utilizado mediante enjuagues bucales o colutorios que se emplean después del cepillado con el fin de eliminar gérmenes y bacterias.	cualitativos	Siempre A veces Nunca	Si No

USO DE SEDA DENTAL.	Mecanismo mediante el cual se elimina la placa dental principalmente entre los espacios interproximales, de igual manera eliminar restos alimenticios que quedan en la boca.	cualitativos	Siempre A veces Nunca	Si No
---------------------	--	--------------	-----------------------------	----------

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Se realizó un formato de historia clínica debidamente revisado, replanteado, autorizado y validado por un docente especialista en rehabilitación oral; el cual constó de un documento que tendrá como primer ítem un consentimiento informado diligenciado con nombre y número de documento del paciente al igual que su firma, de igual manera se realizó un cuestionario titulado como los antecedentes personales del paciente, hábitos y vicios, posterior a esto encontramos un cuadro de diagnóstico donde se registró si el paciente padece o no de alguna patología a nivel oral y cuál de estas padece; en un siguiente cuadro se registraron los datos a nivel facial del paciente, datos intraorales a nivel de rebordes, como siguiente requisito se realizó un odontograma donde se registró la cantidad de dientes presentes en boca, y como punto final se anexaron las observaciones dadas por los estudiantes previamente estandarizados, este formato de historia clínica se aplicó a los adultos mayores que participarán en el estudio.

Se programaron ciertas jornadas clínicas para la recolección de los datos con los materiales y ayudas diagnósticas necesarias, en las cuales los estudiantes previamente estandarizados se encargaron de realizar el examen intraoral y diligenciar dentro del formato de historia clínica todos los hallazgos de la cavidad bucal del paciente.

5.4.2. MATERIALES

Formato de historia clínica sometido a revisión y posterior validación. Que incluía

- Consentimiento informado
- Antecedentes personales del paciente.
- Hábitos y vicios
- Hallazgos intraorales
- Odontograma
- Diagnóstico de patologías orales
- Observaciones

6. DESARROLLO DEL PROYECTO

Tabla 2. En lo que respecta el tipo de edentulismo en adultos mayores se pudo identificar que se presenta un edentulismo parcial con el 55,5% y prevalece su localización en ambas arcadas, superior e inferior con un 37,8%. En cuanto al edentulismo total, se pudo identificar que la prevalencia de esta es de un 49,07% y su localización prevalece en ambas arcadas. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Edentulismo

	Frecuencia	Porcentaje
Edentulo parcial		
Si	60	55,5
No	48	44,4
Localización		
Inferior	16	14,8
Superior	3	2,7
Superior-inferior	41	37,8
	Frecuencia	Porcentaje
Edentulo total		
Si	53	49,07
No	55	50,93
Localización		
Inferior	1	0,93
Superior	19	17,59
Superior-inferior	34	30,7

Tabla 3. Con respecto a la presencia de prótesis se encontró que el 79,63% de los pacientes no porta prótesis superior, el 20,37% porta prótesis superior, el 93,52% no porta prótesis inferior y el 6,48% si porta prótesis inferior. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Portador o no de prótesis

	Frecuencia	Porcentaje
Prótesis superior		
No	86	79,63
Si	22	20,37
Prótesis Inferior		
No	101	93,52

Si	7	6,48
----	---	------

Tabla 4. En lo que se refiere al estado de los tejidos blandos se evidencia que la frecuencia de enfermedad periodontal en adultos mayores es de 47%, se encontró un porcentaje de más del 60% en pacientes que presentan lengua saburral y se identifica que la frecuencia de enfermedades como candidiasis, estomatitis subprotésica, queilitis angular y xerostomía presentan menos del 10%.(ver tabla 4)

Tabla 4. Estado de los tejidos blandos

Enfermedad periodontal	Frecuencia	Porcentaje
No	57	52,78
Si	51	47,22
Lengua Saburral		
No	43	39,81
Si	65	60,19
Candidiasis		
No	102	94,44
Si	6	5,56
Estomatitis protésica		
No	99	91,67
Si	9	8,33
Queilitis angular		
No	103	95,37
Si	5	4,63
Xerostomía		
No	103	95,37
Si	5	4,63

Tabla 5. En lo que respecta el estado de los tejidos duros y a la movilidad dental, los pacientes que presentan exostosis son el 17,59%, los que no presentan son el 82,41%, los pacientes que presentan torus son el 23,15% y los que no presentan son el 76,85%, en cuanto a la movilidad dental, los pacientes que no presentan esta son el 77,78% en comparación a el 22,22% que si presenta movilidad dental. (ver tabla 5)

Tabla 5. Estado de los tejidos duros y movilidad dental

	Frecuencia	Porcentaje
Exostosis		
No	89	82,41
Si	19	17,59
Torus		
No	85	76,85
Si	23	23,15
Movilidad dental		
No	84	77,78
Si	24	22,22

Tabla 6. Con referencia al estado sistémico de los pacientes geriátricos se pudo identificar que los pacientes que no presentan enfermedades sistémicas y los que si padecen son el 50% cada uno. Los pacientes que se encuentran en control médico son el 58,33% y los que no se encuentran en control médico son el 41,67%. Los pacientes que tienen el hábito de fumar son el 10,19% y los que no fuman son el 89,81%. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Estado de compromiso sistémico

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad sistémica		
No	54	50
Si	54	50
Control medico		
No	45	41,67
Si	63	58,33
Hábito de fumar		
No	97	89,81
Si	11	10,19

7. DISCUSION

Este estudio determinó la prevalencia de una o más patologías de la cavidad bucal en un grupo de edad, 60-90 años, en una muestra representativa de 114 sujetos de estudio. La comparación de los resultados obtenidos en esta investigación con otros estudios epidemiológicos similares revela que la prevalencia de una o más patologías a nivel oral (47 - 60%) se encuentra dentro del rango observado (4,5 – 84,5%), aunque este es muy amplio, y estaría más cercano a la prevalencia observada en Turquía 41,7% (Mumco y cols., 2009). Dentro de los estudios mencionados previamente, el único que utiliza los mismos grupos de edad de nuestro estudio fue realizado en Alemania y determinó una prevalencia de 62,2% en un grupo de edad entre 55 - 70 años y de 66,1% en el grupo de 65-74 años (Reichart, 2000); lo que es mayor a las prevalencias descritas en este estudio para ambos grupos de edad, 29,5% y 46,9%, respectivamente. Para facilitar la comparación entre estudios epidemiológicos se debería promover el uso de estos grupos de edad, recomendados por la OMS para estudios epidemiológicos para representar a los adultos y adultos mayores mencionados tanto en la cuarta (World Health Organization, 1997) como quinta edición (World Health Organization, 2013) del libro Encuestas de la salud bucodental: métodos básicos de la OMS. El grupo de 35-44 años es el grupo de edad estándar para la vigilancia de condiciones de salud oral en adultos, aunque se ha descrito especialmente para evaluar el pleno efecto de la caries dental, el nivel de afectación periodontal y los efectos generales de la atención de la salud oral proporcionada. El grupo de 65-74 años se ha vuelto más importante con los cambios en la distribución por edades de las poblaciones y en el aumento mundial de la esperanza de vida. En este grupo de edad, es posible estimar la manifestación de la enfermedad oral desde una perspectiva de curso de vida. Los datos de este grupo son necesarios para la planificación de intervenciones

adecuadas para las personas mayores y el efecto final de 24 los programas de salud bucal en la población (World Health Organization, 2013).

La evaluación de población adulta y adulto mayor además se justifica por la importancia que adquieren la presencia de patologías a nivel oral y los trastornos temporomandibulares. El amplio rango de prevalencia de patologías a nivel bucal se explicaría por diferentes motivos. Principalmente, por el tipo de lesiones de mucosa oral que han sido incluidas en los diferentes estudios, como por ejemplo, algunos incluyen condiciones, variaciones de la normalidad o malformaciones como lengua fisurada, gránulos de Fordyce y varices linguales, que para otros autores no son considerados como lesiones o patologías de mucosa oral. Además, existen diferencias en la población en estudio, por ejemplo, algunos son realizados en poblaciones especiales, de mayor vulnerabilidad que pueden tener una mayor carga de enfermedades, como clínicas odontológicas u hospitales, y otros estudios son en grupos altamente seleccionados como de adultos mayores institucionalizados (denominados en Colombia como centros de vida para adultos mayores) En general, estudios de base poblacional de patologías orales en la comunidad con representación nacional o regional son escasos. Por último, también las diferencias podría explicarse en los criterios de diagnóstico establecidos para definir patologías orales, siendo el más utilizado la guía de la OMS para el diagnóstico de enfermedades de mucosa oral (Kramer y cols., 1980), pero este sólo incluye definiciones operacionales para algunas lesiones específicas (target lesions). En relación a esto último se debería hacer un esfuerzo para incorporar descripción de los criterios de diagnóstico de lesiones en la sexta edición del manual Encuestas de salud bucodental: métodos básicos de la OMS. Respecto a los factores de riesgo, se han asociado variables sociodemográficos y de comportamiento con la presencia de patologías orales. En nuestro estudio no se encontró una diferencia significativa en relación al género, consumo de medicamentos y hábito de fumar, a diferencia de los estudios de Carrad y cols. (2011) y García Pola y cols. (2002). Sin embargo, hallamos que existe una relación significativa entre la presencia de lesiones de mucosa oral y los grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 60-90 años. 25.

Esto se relaciona con lo publicado por Reichart (2000) y Mumcum y cols. (2009), los cuales relacionan el aumento de edad con la mayor frecuencia de varias lesiones de mucosa oral por ejemplo, pigmentaciones, lengua fisurada, leucoplasia, estomatitis subprotésica, candidiasis, lengua saburral, entre otras. Considerando el grupo de edad unificado, encontramos una asociación estadísticamente significativa entre las personas que poseían una o más patologías a nivel oral pertenecientes al grupo de 60 a 90 años de edad y el nivel socioeconómico completo. Estudios epidemiológicos relacionan el nivel educacional con cierto tipo de lesiones. En Chile, Reichart (2010) determinó que existe una relación significativa entre la frecuencia de lengua saburral y el bajo nivel educacional. También se ha descrito una asociación entre la queilitis angular y el bajo nivel educacional en una campaña de prevención de cáncer bucal (Gueno y cols., 2015), al igual que en una población de trabajadores de zona costera (Souza y cols., 2012). Enfermedades crónicas como la diabetes, son también condiciones sistémicas que favorecen el desarrollo de patologías de la mucosa oral, como por ejemplo gingivitis y disminución de flujo salival o xerostomía. En nuestro estudio encontramos una asociación entre la población con enfermedades sistémicas y el aumento de las patologías a nivel bucal (47%). Esta relación entre el aumento de patologías orales y compromiso sistémico ha sido descrita también por otros autores como Vasconcellos y cols. (2008) quien publicó que existe un 80% de prevalencia de lesiones de mucosa oral en pacientes con diabetes, lo cual se encuentra muy cercano a lo publicado por Silva y cols. (2015), con una prevalencia de 78,4%. Esto podría explicarse por la emergencia de otros factores en este grupo de edad como son el aumento de otras patologías sistémicas, envejecimiento fisiológico de mucosa oral, disminución de la función glandular tanto por el aumento de edad como por el mayor consumo de medicamentos relacionados con la xerostomía. Por lo que creemos que la relación no resultó significativa en el grupo de 60-90 años de edad, debido a que esto. Puede enmascarse con otros factores que producen aumento de la frecuencia de lesiones de mucosa oral. En nuestra investigación encontramos que el uso de prótesis removibles parciales o totales aumenta la probabilidad de

tener una o más lesiones de mucosa oral, Esto se relaciona con lo publicado previamente por Espinoza y cols. (2003) quien halló un aumento cercano a 3 veces la probabilidad de tener una o más lesiones de mucosa oral en portadores de prótesis removible en una muestra de adultos de 60 o más años. Varios investigadores han relacionado el uso de prótesis removibles y totales con lesiones orales (Espinoza y cols., 2003) (Shulman y cols., 2004) (Mumcu y cols., 2005) (dos Santos y cols., 2004). (Budtz-Jorgensen, 1985) (MacEntee y cols., 1998) (Freitas y cols., 2008) (Jainkittivong y cols., 2010). Las patologías a nivel bucal relacionadas con el uso de prótesis han sido asociadas con una mala higiene, pobre retención de la prótesis y el trauma mecánico (Freitas y cols., 2008) (Coelho y cols., 2004), antigüedad de las prótesis y uso continuo de la prótesis removibles (Espinoza y cols., 2003). Además las prótesis removibles pueden predisponer a los pacientes a la aparición de lesiones de la mucosa del tipo candidiasis, hiperplasia inflamatoria y úlcera traumática (Coelho y cols., 2004) (Jainkittivong y cols., 2010). Consideramos entonces que este aumento de patologías a nivel oral en los participantes portadores de prótesis dental removible está relacionado con el deterioro de esta o escaso control que llevan los pacientes posteriores a recibir este tipo de tratamiento²².

En nuestro estudio hallamos que la enfermedad periodontal fue la patología oral más frecuente con un 47,22%, esto relacionado con los otros estudios de prevalencia de lesiones de patologías orales que se han realizado en Chile, se encuentra sobre lo encontrado por Espinoza y cols. (2003) 2,9%, Cueto y cols. (2013) 3,6% y Raposo y cols. (2011) 2,67%. Es interesante destacar el alto porcentaje de Gingivitis necrotizante aguda de 9,75%, lo cual nos lleva a pensar que parte de la población, sobretudo comprometida sistémicamente, no estaban controlados. Al momento del diagnóstico sobre las distintas patologías, sólo se preguntó si alguna vez le habían diagnosticado alguna de ellas, por lo que no existe un registro sobre si estaban en control de su enfermedad ²³.

Actualmente en la mayoría de los servicios de salud pública los profesionales que desempeñan el papel de diagnóstico de patologías bucomaxilo faciales son médicos

con especialidad en patología, por lo que sugerimos incluir un mayor número de especialistas en patología oral, debido a la gran cantidad de patologías que existen en el territorio bucal que son de conocimiento odontológico y como se mencionó anteriormente su relación con el compromiso o no de tipo sistémico del paciente²³.

8. CONCLUSIONES

Con respecto a la investigación realizada anteriormente podemos deducir que con el pasar los años se producen diversos cambios; Lo cual se refleja en el estado de vida que llevan los pacientes, estas variaciones nos llevan a concluir que la salud bucal referente a los adultos mayores que pertenecen a los centro de vida ubicados en la localidad 3 en la ciudad de Cartagena de indias, se evidenciaron patologías tales como la presencia de enfermedad periodontal y la lengua saburral con una prevalencia de 47% a 60,19% relacionadas a su vez con el compromiso sistémico de la población estudiada y los diferentes hábitos de higiene implementados en el transcurso de su vida; puede ser considerado de igual manera un hallazgo relevante el control médico de las enfermedades de tipo sistémicas ya que se evidenció en un 58,35% que los pacientes que no están sometidos a ningún tratamiento son los que más presentan afecciones como la candidiasis, la Queilitis angular y la estomatitis subprotésica debido a su predisposición y vulnerabilidad sistémica. Con respecto a los pacientes portadores de prótesis se evidencia que la mayoría de estos sujetos no portaban prótesis en la arcada superior con más del 79% y en la arcada inferior con más del 93%, pero los individuos pertenecientes al rango del 6,48% al 20,37% que si portaban prótesis en donde se reporta que son la población más relacionada al presentar diversos tipos de patologías como la estomatitis subprotésica¹⁴.

REISSNER CV, PEREZ NM, Paraguay. Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana, paraguay. Rev. Odontologica Latinoamericana. (2015) Vol. 7. No. 5, p 23-31.

RIBEIRO C, CASCAES A, SILVA A, SEERIG L, NASCIMENTO GUSTAVO GIACOMELLI, DEMARCO F. Edentulism, Severe Tooth Loss and Lack of Functional Dentition in Elders: A Study in Southern Brazil. Braz. Dent. J. [Internet]. 2016 June [cited 2017 May 09]; Vol, 27 No. 3 p. 345-352.
RIOS-ERAZO M & BORGES-YÁÑEZ SA. Psychological factors and his influence in the oral health of older people: A narrative review. J Oral Res 2016; vol. 5 no 1, p. 43-49.

SÁNCHEZ-MURIGUIONDO M, ROMÁN-VELÁSQUEZ M, Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Rev Esp Med Quir 2011; vol.16, No.2, p.110-115.

9. RECOMENDACIONES

Crear un programa en donde todos estos pacientes que se diagnosticaron con patologías orales sean tratados.

Realizar diversos convenios con entidades públicas para el temprano diagnóstico y tratamiento de estos pacientes que fueron estudiados.

Implementar medidas de promoción y prevención para los adultos mayores pertenecientes a los diferentes centros de vida

10.BIBLIOGRAFÍA

ALBANESE S, MIRALDI G, VILLANI G. [Effects of the use of removable partial dentures (RPD) on the integrity of dento-periodontal structures. Review of the literature]. Arch Stomatol (Napoli). 1989 Jul-Sep;30 Vol.3 No. 5 p.21-7.

BUDTZ-JØRGENSEN E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J Oral Pathol. 1981 Apr;10 Vol.2 No. 4 65-80.

CANO-GUTIÉRREZ C, BORDA MIGUEL G, ARCINIEGAS A J, BORDA C X. Edentulism and dental prostheses in the elderly: impact on quality of life measured with EuroQol - visual analog scale (EQ-VAS). Acta odontol. latinoam. [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Mayo 09] ; Vol. 28 No. 2 p. 149-155

CONHA, M; SANTOS, E; COSTA, A; PEREIRA M; VARANDA R; LOUREIRO, S. Oral Health, Literacy and Quality of Life in the Elderly – Systematic Literature Review. Revista de Enfermagem Referência . fev/mar2014, Vol. 4 No. 1, p121-129.

CURONA CARPIO, M. H., RAMÓN JIMENEZ, R., & URGELLÉS MATOS, W. (2017). Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales. *MEDISAN*, 1.

DELGADO A, CALERO J. ARCHES. Partway edentulous patients with prosthetic requirements in a population sample in santiago de cali between 2008-2014. Revista Gastrohnp; 2015. Vol.17 no 2, p. 81-86

ESMEINER J. LASSO H, K. MORALES K. Influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acudieron a la clínica Odontologica de la Universidad de las Américas. 2017. Rev. UdlA. Feb. 32 vol. 5. No. 3 p.65-73.

GARCÍA-ALPÍZAR B, CAPOTE-VALLADARES M, MORALES-MONTES-DE-OCA T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay [revista virtual]. 2012 [citado 2017 May 9]; vol.2 No.1 p. 23- 27.

GARCÍA E, SIXTO F, The unitary prosthetic rehabilitation on implants in the partially-edentulous patient. Rev. Ciencias Médicas. Mayo-junio, 2015; vol. 19, No.3 pag.403-412

GAVIRIA URIBE A. Ministerio de salud. IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL – ENSAB IV 2014

GONZÁLEZ-BERIAU Y, DUMENIGO-SOLER A, FUGUET-BOULLÓN J. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. Rev. Medisur. 2017 .Vol.4. No 15, p. 56-67.

GUTIERREZ-V1A, R LEÓN-MANCO1A, D CASTILLO-ANDAMAYO1ABC, Edentulism and need of prosthetic treatment for adults in marginal urban human settlement área, Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25 Vol,3 No 7, p.86-179.

HERNÁNDEZ R, FÉREZ J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. revista adm/marzo-abril 2012/ vol.23, no. 2. p. 69-75.

LAPLACE PÉREZ B, DE LAS N, LEGRÁ MATOS S, FERNÁNDEZ LAPLACE J, QUIÑONES MÁRQUEZ D, PIÑA SUÁREZ L, Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Mayo 09]; Vol. 17 No.4 p. 477-488.

LÓPEZ OLIVERA JV, GALLO ZAPATA W. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral. Lima-Perú. Rev. Prótesis Parcial Removible. 1era Edición.(2013), vol 1, No. p. 57-59

MUJICA V, RIVERA H, CARRERO M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May1; vol. 13 No.5, p.4- 27.

NOBORIKAWA-KOHATSU AK, KANASHIRO-IRAKAWA CR. Evaluación de un programa educativo preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. Rev Estomatol. Herediana. 2009; Vol. 19 No. 1 p.31-38

REISSNER CV, PEREZ NM, Paraguay. Autopercepcion de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores residentes en albergues

estatales del área metropolitana, paraguay. Rev. Odontologica Latinoamericana. (2015) Vol. 7. No. 5, p 23-31.

RIBEIRO C, CASCAES A, SILVA A, SEERIG L, NASCIMENTO GUSTAVO GIACOMELLI, DEMARCO F. Edentulism, Severe Tooth Loss and Lack of Functional Dentition in Elders: A Study in Southern Brazil. Braz. Dent. J. [Internet]. 2016 June [cited 2017 May 09]; Vol, 27 No. 3 p. 345-352.

RÍOS-ERAZO M & BORGES-YAÑEZ SA. Psychological factors and his influence in the oral health of older people: A narrative review. J Oral Res 2016; vol. 5 no 1, p. 43-49.

RODRÍGUEZ L, SANTOS M, MEDINA A. Torus y exostosis óseas. Revisión de la literatura. Acta odontológica Venezolana 1999; Vol. 37 No. 2: P. 12 - 15

SÁNCHEZ-MURIGUIONDO M, ROMÁN-VELÁSQUEZ M, Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Rev Esp Med Quir 2011; vol.16, No.2, p.110-115.

SÁNCHEZ JIMÉNEZ J 1, RAMOS HERRERA CA 2, ACEBAL BLANCO F 3, ARÉVALO ARÉVALO RE 1, MOLINA MARTÍNEZ M 1. Manejo terapéutico de la xerostomía en Atención Primaria. Medicina de Familia 2004; vol. 5 No. 1 p 42-49.