



23
200

Universidad Nacional Autónoma de México .

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MANIFESTACIONES DE CAVIDAD ORAL
EN PACIENTE
DE LA
TERCERA EDAD
POR DESNUTRICION**

Vobo
[Signature]

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

AMALIA JOSEFINA APERMAR TINGALE VELLVE



TUTORA: C.D. MA. DE LOURDES ERIKSEN PERSSON

México, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1998

269429⁸



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a Dios por darme:

Serenidad para aceptar las cosas

que no puedo cambiar

Valor para lograr lo que

Anhelaba

y

Sabiduría para reconocer la diferencia.

Gracias:

a la Universidad Nacional Autónoma de México

y Facultad de Odontología:

Por abrirme sus puertas al conocimiento

a la Dra. Ma. de Lourdes Eriksen Persson:

Por su Asesoría, Tiempo, Apoyo y Orientación.

a los Profesores del Seminario de Odontogeriatría:

Por su Enseñanza.

al Profesor C. D. José Salazar Ilarregui

por valiosa orientación.

a Ti Madre:

*Te dedico mis esfuerzos que
fueron insignificantes,
comparados con tu Amor
Incondicional, Apoyo y
Sacrificios, para que mi
sueño se volviera realidad.*

a Ustedes Hijos:

Richard, Edwin, Jenny y Edgar.

*Por el Amor, Tiempo, Apoyo y
Paciencia de esperarme.*

Recuerden:

*"La Madurez se logra con Valor
y la mayoría de las veces es a
base de sufrimiento"*

*No Desistan, luchen por lo que
deseen y ante todo no pierdan la
fe.*

Los Amo

a mis Hermanos:

Jeannete, Gloria, Rocío, Blanca, Tere, Javier, Agustín.

Por impulsarme y apoyarme siempre.

a mis Amigos:

***Jorge, Luz Maria, Nayeli,
Citlalli, Carlos, Guillermo,
Rosalinda y David.***

**Por alentarme y no permitir
que desistiera.**

a el Ing. Rafael F. Macías Arevalo.

Por brindarme su Apoyo incondicional.

a Francisco Pineda Vargas:

***Por sus consejos como
padre, amigo y hermano.***

La Vida

*Nadie envejece solo por vivir un número de años.
La gente envejece al abandonar sus ideales. Los
años arrugan el rostro pero perder el entusiasmo
arruga el alma.*

*La preocupación, la duda, el egoísmo, el miedo,
la desesperación son largos años que inclinan la
cabeza y llevan el espíritu nuevamente al polvo.*

Cicerón 73 A.C.

INDICE

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

CAPITULO 1

1. FUNCIONES DE LA CAVIDAD ORAL.....	8
1.1 Masticación.....	8
2.2 Salivación.....	9
1.3 Deglución.....	9
1.4 Fonación.....	11
1.5 Defensas.....	12

CAPITULO 2

2. NUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD.....	13
2.1 Nutrición.....	13
2.2 Nutrimentos.....	14
2.3 Macronutrientes esenciales.....	14
- Proteínas.....	14
- Carbohidratos.....	15
2.4 Micronutrientes esenciales.....	18
- Vitaminas.....	18
- Oligoelementos.....	18
2.5 Valores energéticos de nutrientes.....	19

2.6 <i>Requerimientos calóricos en personas de la tercera edad.</i>	20
2.7 <i>Fluidos necesarios</i>	21
CAPITULO 3	
3. CAMBIOS FUNCIONALES, SISTÉMICOS Y EN CAVIDAD ORAL POR ENVEJECIMIENTO	23
3.1 <i>Cavidad oral</i>	23
3.2 <i>Signos biohumorales en el organismo por envejecimiento.</i>	25
CAPITULO 4	
4. DESNUTRICIÓN	28
4.1 <i>Conceptos.</i>	28
4.2 <i>Tipos de desnutrición</i>	29
- <i>Primaria.</i>	29
- <i>Secundaria.</i>	29
4.3 <i>Causas.</i>	30
4.4 <i>Trastornos externos.</i>	30
4.5 <i>Trastornos internos</i>	31
- <i>Sistémicos.</i>	31
- <i>Trastornos específicos.</i>	32
CAPITULO 5	
5. MANIFESTACIONES EN CAVIDAD ORAL POR DEFICIENCIA DE NUTRIENTES.	34
5.1 <i>Generalidades</i>	34
5.2 <i>Deficiencias</i>	34

- Vitamina A	34
- Vitamina B ₂	35
- Vitamina B ₃	36
- Vitamina C. (Escorbuto).	39
- Vitamina D	40
- Hierro.	41
- Complejo B y ácido fólico.	41
<i>5.3 Alteraciones de las encías, mucosa de la mejillas y paladar.....</i>	<i>45</i>
<i>5.4 Otras enfermedades generales.</i>	<i>46</i>
<i>5.5 Cirrosis nutricional.....</i>	<i>47</i>
<i>5.6 Esprue</i>	<i>47</i>
<i>5.7 Seudoqueilosis.</i>	<i>48</i>
<i>5.8 Síndrome de Plummer-Vinson.....</i>	<i>48</i>
<i>5.9 Síndrome de Sjögren.</i>	<i>50</i>
CONCLUSIONES.	51
GLOSARIO.....	53
BIBLIOGRAFÍA.	56

INTRODUCCIÓN.

El número de ancianos de 60 a 75 años se ha incrementado dramáticamente alrededor del mundo. La magnitud de este crecimiento demográfico solamente lo podremos observar si consideramos que al principio de éste siglo 1 de cada 25 personas era mayor a 65 años.

Las expectativas de vida actualmente han aumentado con los avances de la medicina, y la erradicación de ciertas enfermedades, indicándonos que las personas de la tercera edad aumentarán en número dentro del nuevo siglo.

En el pasado rara vez se vigilaba o se registraba sistemáticamente los hábitos alimenticios de los paciente en las salas de hospitales generales, pero el aumento de la longevidad de la población, ha obligado a estudiar mejor los problemas y las necesidades de los ancianos para lograr un bienestar físico y mental adecuados en ésta población.

Al observar que dentro del equilibrio en un individuo está incluida la salud, es necesario considerar el impacto nutricional en pacientes de la tercera edad ya que es un aspecto importante para tener una alta calidad de vida.

La gente mayor tiene más problemas de salud que la gente joven, debido a que el cuerpo se modifica con la edad. Cada individuo presenta un estado peculiar en cuanto a los

procesos metabólicos, la vitalidad celular, el equilibrio endocrino, los patrones dietéticos y los estados mentales.

Actualmente se considera la nutrición parte primordial para el ser humano.

Un estudio realizado en la Universidad de Saint-Etienne, Francia fue en relación al estado nutricional de personas de la tercera edad aunado a actividades fisicoculturistas. Se les administró macronutrientes, minerales y vitaminas en tabletas y el estado nutricional fue en algunos casos mayor al RDA (Regulation Drugs Administration of U.S.A.) sin embargo otros mostraron deficiencias en minerales y vitaminas.⁽¹⁰⁾

Esto demuestra que aún en individuos con cuidados en su alimentación hay posibilidades de carencias nutricionales. Las personas de la tercera edad deben realizar ejercicio, unido a una alimentación adecuada con el objeto de mantenerse constantes en su peso. Cuando se trate de personas que usualmente realizan ejercicio al ir disminuyendo éste deberán también reducir la ingesta de calorías y elevar la proporción de frutas, vegetales y leche (baja en grasa) a fin de prevenir la aparición de déficit de nutrimentos.

En este sentido la cavidad oral le proporciona al cirujano dentista la oportunidad de observar procesos patológicos pertenecientes a enfermedades sistémicas o nutricionales.

Saber quienes son los pacientes con riesgo de desnutrición es una manera de no pasar por alto a quienes pueden sufrir una fuerte deficiencia. La mayoría de los estados deficitarios comprenden la desnutrición de proteínas y calorías, acompañadas en grados variables de carencia de nutrimentos esenciales.

Los tejidos bucales se pueden afectar por deficiencias nutricionales. Las personas de la tercera edad presentan trastornos en su alimentación debido a diferentes causas; dentaduras deficientes, depresión, enfermedad crónica, medicamentos, etc.

Con frecuencia el envejecimiento presenta trastornos de tipo físico, sistémico y social que pueden ser internos o externos, pero no hay una causa específica. Existen varias teorías del envejecimiento en la actualidad sin embargo no existen criterios unificados acerca de la misma.

Mi objetivo al realizar esta tesina es poder obtener nosotros como futuros cirujanos dentistas un diagnóstico diferencial acertado, basándonos en la evaluación del estado nutricional en el paciente de la tercera edad. Al demostrar que la cavidad oral, puede manifestar problemas de desnutrición comprenderemos que realmente es un proceso complejo y exigente por tener relación con el

bienestar de un individuo tanto en aspectos físicos como psicosociales durante el envejecimiento

Nosotros como futuros cirujanos dentistas debemos darle los fundamentos y la orientación necesaria al paciente teniendo como base el análisis de la evaluación nutricional.

ANTECEDENTES.

La calidad de vida en las personas ancianas depende de la prevención nutricional y de tratamientos adecuados de las enfermedades sistémicas.

El conocimiento del proceso de envejecimiento aunado a una buena educación reduce los factores de riesgo de una enfermedad crónica.

La era moderna ha logrado la longevidad de las poblaciones de países desarrollados y en vías de crecimiento.

El crecimiento socioeconómico ha producido una mejor nutrición, vivienda, educación, higiene personal y pública. Esos factores han originado aumento de la edad promedio de vida en la población, sin embargo los expertos en geriatría no tienen la habilidad de predecir, como el envejecimiento ira ocurriendo en cada individuo.

En México a las personas mayores de 55 años se les considera como personas de tercera edad.

De hecho mundialmente el índice de envejecimiento de una población viene determinado por la relación porcentual de las personas de 65 años o más años en base a la población total.⁽¹⁷⁾

La edad de 65 años en Estados Unidos fue establecida en 1880 por Bismarck como línea divisoria para considerar a estas personas como pensionados.⁽¹⁾

El primer estudio relacionado con la tercera edad fue "The Baltimore Longitudinal Study of Ageing" en Estados Unidos, el cual se continúa investigando.⁽¹⁾

Incluso esto se ha complicado por el hecho de que los humanos tenemos una genética profunda; el conocimiento médico que cambia de una generación a otra; los avances en la ciencia afectan la calidad de vida, como el mejoramiento de los suplementos alimenticios, la refrigeración, el sistema de transporte, la accesibilidad a los medicamentos, el control del medio ambiente y la carencia de marcadores biológicos que nos indiquen la verdadera edad psicológica.⁽³⁾

Se ha estimado que la expectativa de vida humana entre los 112 y 114 años, no ha cambiado en 200 años, pero en el siglo XXI se considera que se incrementará 25 años.

La investigación clínica y epidemiológica del envejecimiento a nivel celular, solo puede estudiarse en forma independiente de las enfermedades relacionadas con las células.

El envejecimiento representa cambios celulares, la disfunción sistémica estará relacionada a los efectos ambientales que interactúan en dichos procesos.

Para nosotros los cirujanos dentistas es importante observar las manifestaciones orales ya que pueden ser manifestaciones de alguna enfermedad sistémica.

Hipócrates relacionó a la lengua con la disenteria. En el renacimiento de la medicina ocurrido entre los siglos XVII y XIX, observar el estado de la lengua y de la boca adquirió importancia, tanto como la del pulso. En 1844 la glosología se había convertido en parte importante para el médico.⁽⁶⁾

De hecho el Dr. Benjamín Ridge emitió la teoría de que las vísceras estaban representadas por áreas definidas en la lengua y que todas la anomalías de una víscera se manifestaban en una zona predeterminada.

Durante la primera mitad del siglo XX la medicina aventajó y muchos médicos prefirieron la utilización de nuevos instrumentos diciendo que los conceptos del siglo eran "cuentos de viejas".

En 1900 William Hunter utilizó la glositis de la anemia perniciosa como medio de diagnóstico.

Las investigaciones nutricionistas de Spies, Jollife, Sydenstricker, Sebrell y Kruse, destacan la importancia de las lesiones bucales en el diagnóstico temprano de las enfermedades por carencias nutricionales.⁽⁶⁾

CAPITULO 1

1. FUNCIONES DE LA CAVIDAD ORAL.

La cavidad oral es el primer órgano del aparato digestivo, nos sirve en la masticación para el sabor, la formación del bolo alimenticio, el comienzo del desdoblamiento de azúcares a través de las glándulas salivales mayores y menores para ablandarlos por medio de enzimas y llevarse a cabo la deglución; es reservorio para los alimentos, y durante el lapso que los retiene regula su temperatura, su pH, la osmolaridad, la consistencia y aumenta sus superficie por masticación.⁽¹⁷⁾

Además es una caja fonética para hablar; y como vía accesoria para respirar.

1.1 Masticación.

Una buena masticación es importante para la digestión de los alimentos, especialmente en las frutas y vegetales, los cuales contienen membrana celulosa que no se desintegra y tiene que romperse antes de que pueda ser utilizada por el cuerpo.⁽¹⁾

Los alimentos masticados forman el bolo alimenticio que pasa primero por el esófago y luego con secreciones al estómago.

No solamente es para la preparación de los alimentos sino que al estar en la boca estimula simultáneamente a los

receptores olfativos y gustativos, los cuales se localizan en la lengua y en parte del paladar blando llamadas papilas gustativas. Mucha de esta satisfacción y placer por comer depende de estos estímulos.

Se cuenta con 32 órganos dentales que nos sirven para desgarrar y triturar los alimentos,

Las investigaciones sugieren que el número de dientes en oclusión especialmente los segmentos posteriores de la boca, esta relacionada con la eficiencia masticatoria.⁽¹⁾

2.2 Salivación.

La saliva contiene la enzima digestiva amilasa, que tiene como función hidrolizar disacáridos, maltosa e isomaltosa. Este es el primer paso para digerir los carbohidratos. De tal manera, que cuando el alimento esta en la boca masticándose sólo el 3% ó 5% son hidrolizados.⁽¹⁾

1.3 Deglución.

En este acto de deglución, el bolo pasa por tres espacios:

La boca, la faringe y el esófago.

La boca (fase oral) es voluntaria, la musculatura de la porción oral de la faringe es estriada.

Por lo tanto se controla solo bajo la influencia de impulsos neuronales desde el Sistema Nervioso Central (S.N.C.); la relajación es aquí la consecuencia de la falta de actividad nerviosa.

Los dos tercios dístales del esófago están compuestos de musculatura (lisa) no estriada y sometidos por lo tanto al control autónomo.

En la primera parte de la deglución se eleva la punta de la lengua, separa una porción del bolo ingerido en la boca y los desplaza al centro de la base de la lengua y paladar duro. Los labios y la mandíbula se cierran, el paladar blando se eleva, mientras que la parte anterior de la lengua presiona el bolo hacia atrás, a la región superior de la porción oral en la faringe.

El paladar y los músculos palatofaríngeos contraídos forman una pared de separación entre la cavidad bucal y la porción nasal de la faringe, cerrándolo. Mientras la lengua sigue apretando el bolo más hacia atrás, la respiración se interrumpe reflejamente por corto tiempo. La llegada del bolo dobla la epiglotis por encima de la entrada de la laringe impidiendo así la aspiración de partículas alimenticias por la tráquea. El bolo se desliza por encima de la epiglotis al esófago, después de abrirse el esfínter fisiológico superior del esófago.

Mientras que la fase oral puede ser controlada voluntariamente: Cuando el bolo alcanza la faringe comienza un proceso de reflejo involuntario desencadenado por receptores de la boca y faringe, los impulsos aferentes corren por el nervio Glossofaríngeo y la rama del laringeo

superior del nervio Vago. Las neuronas motoras que inervan la faringe están distribuidas en cinco grupos principales, la asociación en el tronco encefálico se encuentra en los núcleos del trigémino, facial, hipogloso y en el núcleo ambiguo así como en los segmentos espinales C₁, C₂.

Una vez estimulado el centro de la deglución en el tronco encefálico el proceso de deglución transcurre de forma involuntaria.

El adulto normal traga 600 veces en 24 hrs. 350 veces en estado de vigilia, 50 veces durante el sueño y 200 veces en la comida.

En la fase esofágica, con el paso por el esfínter fisiológico esofágico previamente se inicia el proceso de salivación y desdoblamiento y en una segunda etapa la cual es involuntaria, constituida por contracciones para el paso del alimento a través de la faringe hacia el esófago. Finalmente el esófago realiza un movimiento involuntario que permite el paso del alimento de la faringe al estómago.

1.4 Fonación.

El habla integra un proceso complejo de respiración, movimientos orales, resonancia y articulación. Los órganos principales para esta articulación, son los labios, la lengua, el paladar blando, 32 órganos dentales, frenillos, paladar duro y el vestíbulo.⁽¹⁾

Es importante observar que los tejidos bucales soportan traumatismos intensos y repetidos.

Una apropiada nutrición puede ayudarnos a mantenerlos íntegros, ya que muchos médicos lo consideran como un barómetro de la salud de todo el organismo, las personas de la tercera edad son más susceptibles a tener cambios y si entendemos el funcionamiento de la cavidad oral y su estado normal podremos diferenciar cuando existe un estado patológico por una enfermedad sistémica o por deficiencia nutricional.

1.5 Defensas.

Entre el arco palatogloso y palatofaríngeo se encuentra la fosa tonsilar donde se ubican las tonsilas palatinas.

Por detrás de la V lingual y del agujero ciego se encuentra un cumulo de tejido linfoide formando otra tonsila denominada lingual.

Estas tres tonsilas forman el primer sistema de defensa de aparato digestivo y son parte del circulo linfático de cabeza y cuello

CAPITULO 2

2. NUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD.

2.1 Nutrición

La manera en que el organismo utiliza los nutrientes contenidos en los alimentos se denomina nutrición.

Una buena nutrición es cuando el organismo contiene nutrimentos esenciales en las cantidades requeridas, la educación nutricional en un individuo nos lleva a un buen desarrollo físico y mental, especialmente al bienestar en la calidad de vida dependiendo de nuestro estado nutricional.

La dieta es lo que llevamos a la boca y constituye parte de la buena nutrición, no es cuanta cantidad ingerimos lo que nos proporciona bienestar sino lo que comemos.⁽⁴⁾

En las personas de la tercera edad los alimentos que se consumen deben ser con gran densidad de nutrientes y calidad. El inicio de la carencia de nutrientes en personas de la tercera edad son frecuentemente: calcio, ácido fólico, almidón tiamina, vitamina A y zinc.⁽¹¹⁾

Si el contenido usual de la dieta es menor de 1200 calorías, posiblemente necesite suplementos vitamínicos y de minerales pero con la supervisión médica, ya que el exceso puede ser peligroso o innecesario.

Es importante el papel que juega la salud dental, los alimentos con muchas calorías son altamente cariogénicos

y a veces reemplazan las comidas importantes de la dieta, nos proporcionan energía pero no de los nutrientes que necesita el organismo.

En personas edéntulas es necesario colocar dentaduras bien ajustadas ya que de esto depende una adecuada nutrición.⁽⁷⁾

Una óptima ingesta de nutrimentos esenciales y un ejercicio adecuado es importante para un mantenimiento saludable y funcional en la vejez.⁽¹⁾

2.2 Nutrimentos.

Existen tres categorías de nutrimentos esenciales, proteínas, carbohidratos y lípidos (grasas), estos tres corresponden a los macronutrientes esenciales. Se debe tener una óptima ingesta de estos para un mantenimiento saludable y funcional.

También existen los micronutrientes esenciales, que son las vitaminas, minerales y oligoelementos.

El nutrimento es la parte del alimento que nos nutre.

2.3 Macronutrientes esenciales.

- Proteínas.

Se componen por aminoácidos y se dividen en:

- *Esenciales*
- *No esenciales*

Los esenciales no pueden ser sintetizados y vienen de los alimentos.

Los no esenciales son los que pueden ser sintetizados por el cuerpo para sus requerimientos.

Funciones en el organismo:

Mantenimiento de los tejidos, formación de hormonas, enzimas y anticuerpos. Regula los fluidos de balance en las células y mantiene neutralizada la sangre.

Deficiencias:

Pérdida de tejido muscular. **Pérdida de peso.** Edema. Infecciones.

Personas con riesgo:

Mal nutrición. Ancianos. Vegetarianos. Minusválidos.⁽⁴⁾

<i>RDA.</i>	0.8 Gm/Kg/día
<i>(Recomendaciones diarias aceptadas.)</i>	(depende de edad y talla)
<i>Aporte energético</i>	1 Gm. proteína = 4 kcal

- **Carbohidratos.**

Es el macronutriente que proveen la mayor cantidad de energía en la dieta y también actúa como principal material

Lípidos

Son macronutrientes con las concentraciones más altas de energía, constituidas por:

- *Triglicérido*
- *Ácidos grasos*
- *Fosfolípidos*

Principales fuentes:

Leche y sus derivados, carnes, pescado, cerdo, aceite de oliva, aguacate, nuez, semillas, aceites, margarina.

Funciones el organismo:

Es una fuente concentrada de energía en forma de ácidos grasos. Transporte de vitaminas liposolubles. Separa y forma un cojín amortiguador en el cuerpo.

Deficiencia:

Dermatitis. Disturbios en el metabolismo de las grasas.

Personas con riesgo:

Insuficiencia arterial. Hipertensos. Enfermedad coronaria. Enfermedad biliar. Enfermedad en hígado.⁽⁴⁾

RDA. 30% de calorías totales al día

Aporte energético 1Gm = 9 kcal

2.4 Micronutrientes esenciales

- Vitaminas

Son micronutrientes esenciales que ayudan al organismo en el procesamiento de otros nutrientes (proteínas, carbohidratos y minerales). Participan en la formación de células sanguíneas, hormonas, información genética y sistema nervioso.⁽⁴⁾

Una vitamina es un componente derivado de la dieta. Pequeñas cantidades son necesarias para el desarrollo y el mantenimiento de nuestra vida.⁽¹⁹⁾

Las vitaminas se dividen en:

- *Liposolubles (A, D, E, K)*
- *Hidrosolubles (B₁, B₂, B₃, B₆, B₁₂, ácido fólico, ácido pantotéico, biotina y C)*

- Oligoelementos

Desempeñan multitud de funciones en reacciones de oxidoreducción y como partes integrales de muchas enzimas denominadas metaloenzimas cantidades muy pequeñas de 14 elementos inorgánicos son esenciales para la vida y la salud.

Los minerales en el cuerpo humano se encargan de la actividad hormonal el transporte de oxígeno, el mantenimiento de fluidos y el balance electrolítico, también en la presión osmótica y la contracción muscular, y

estimulan la respuesta de los nervios y de algunas otras funciones que son necesarias para la vida.⁽¹⁶⁾

Estos se presentan en largas cantidades o mínimos indicios.

Minerales

Calcio

Fósforo

Magnesio

Sodio

Potasio

Cloruro

Oligominerales

Hierro

Zinc

Yodo

Cobre

Manganeso

Fluoruro

Cromo

Selenio

Molibdeno

(15)

2.5 Valores energéticos de nutrientes.

Los valores energéticos de nutrientes se miden en kilocalorías. Una kilocaloría (kcal) representa una cantidad de energía necesaria para 1 Kg. (1000 Gm.).

<i>PROTEINAS</i>	4 kcal/Gm
<i>CARBOHIDRATOS</i>	4 Kcal/Gm
<i>GRASAS</i>	9 Kcal/Gm

Para calcular las Kcal. de los alimentos debemos conocer la composición de los elementos y podremos calcular el total de contenidos cada nutriente, como a continuación se demuestra:

Una taza de leche entera contiene:

9 Gm de proteína 12 Gm de proteínas 9 Gm de grasas

$$9 \times 4 = 36$$

$$12 \times 4 = 48$$

$$9 \times 9 = 81$$

Resultando de la suma de los tres un TOTAL de 165 Kcal.

Para calcular las cantidades de calorías necesarias en cada individuo, se considera el peso, la altura y la edad así se puede determinar la energía basal que será una medida de calorías por día.

2.6 Requerimientos calóricos en personas de la tercera edad.

MUJERES	
EDAD	
51 a 75	1800 calorías /día
76 en adelante	1600 calorías/día
HOMBRES	
EDAD	
51 a 75	2400 calorías /día
76 en adelante	2050 calorías /día

2.7 Fluidos necesarios.

La cantidad total de agua en el organismo se decrementa con la edad. Un serio desbalance ocurre en la vejez ya sea por la utilización de diuréticos, laxantes, alimentación parenteral y malnutrición.

Para calcular los fluidos necesarios en un período de 24 hrs. se debe considerar el peso de la persona o por la dieta llevada calculando las Kilocalorías (Kcal) de 24 hrs.

Por peso:

100 ml/Kg por los primeros 10 Kg. del peso corporal

50 ml/Kg por los siguientes 10 Kg. del peso corporal

Después de éstos 20 Kg. se deben agregar 15 ml/Kg de peso corporal

Ejemplo.

Si pesa 76 Kg

$$100\text{ml} \times 10 \text{ Kg} = 1000\text{ml}$$

$$50\text{ml} \times 10 \text{ Kg} = 500\text{ml}$$

$$15\text{ml} \times 56 \text{ Kg} = 840\text{ml}$$

2,340ml/día

Por dieta:

En esta la cantidad de Kcal. ingerida por la misma cantidad de fluidos en ml.

Ejemplo:

Si se ingieren 1800 Kcal.

1000ml = 1000 kcal.

800ml = 800 kcal.

1800 ml/día

Se recomienda que en la vejez se tomen los fluidos esparcidos en 100-150 ml/hora y ni se tomen antes de dormir ni durante la noche. Esto es con el fin de no sobrecargar de líquidos rápidamente al organismo sino que sea poco a poco.

CAPITULO 3

3. CAMBIOS FUNCIONALES, SISTÉMICOS Y EN CAVIDAD ORAL POR ENVEJECIMIENTO.

3.1 Cavidad oral

El deterioro y desgaste dental al paso de los años por la masticación provoca modificaciones en los dientes y periodonto. Se puede observar retracción de las encías y esto provocar movilidad y dificultad para morder y masticar afectando la mecánica de la ingestión de los alimentos.

Existen alteraciones en el gusto, causadas principalmente por una disminución en el número de papilas gustativas.

El declive gustativo se inicia en las papilas de la parte anterior de la lengua resultando un descenso de la sensibilidad.

Esta pérdida de sensibilidad gustativa en paladar unida al deterioro olfativo, induce a muchos ancianos hacia la ingesta de preparaciones culinarias fuertemente sazonadas con sal o azúcar.⁽¹⁷⁾

La mucosa bucal es friable y fácilmente puede sufrir lesiones como: sensación de ardor y dolor.

La articulación temporomandibular puede ser reducida por la osteoartritis.

Hay tendencia a la resequedad, ya sea por obstrucción o por ruptura de un conducto excretor de la glándula salival, esto puede ser ocasionado por traumatismo de una prótesis mal realizada o por algún problema sistémico.⁽¹³⁾

Xerostomía se le denomina a esta tendencia y es un síntoma evidente, la causa principal es la utilización de medicamentos; otras causas incluyen deficiencia de vitaminas, respiradores bucales y estrés.⁽¹⁾

Es importante señalar que la saliva provee una fina película de fluido entre la base de la dentadura y los tejidos suaves; necesaria para la retención y estabilidad de las dentaduras durante su función.⁽¹⁾

La salivación disminuye en estados febriles, sudoración profusa, aumento de la orina, diarreas y hemorragias.

Las alteraciones en la deglución pueden presentarse por el tejido linfático incluyendo formación de cálculos y quistes amigdalinos. Los músculos y cartílagos faríngeos (aparato hioideo) tiende a la osificación cartilaginosa.

Las faringitis son frecuentes y ocupan un sitio importante ya que están relacionadas con la deglución, ya que la mucosa se torna delgada, brillante, seca y pálida con venas y arterias ectásicas.

El individuo puede reportar dolor y disfagia.

La patología esofágica de la edad avanzada debe sospecharse cuando presenta síntomas como: Disfagia, regurgitación, dolor y hematemesis.

En lo que respecta a las secreciones digestivas la hipoclorhidria, la progresiva disminución de los transportadores intraluminales del intestino y la pérdida variable de la superficie de absorción útil, puede dificultar en algunos casos la absorción de hierro, vitamina B12, calcio y folatos.⁽¹⁷⁾

3.2 Signos biohumorales en el organismo por envejecimiento.

El organismo con la edad presenta cambios en los órganos y estos varían en cada individuo, pero alguna de estas modificaciones se encuentran dentro del estado sano y normal de el proceso de envejecimiento.

La prevejez es el primer signo de este proceso caracterizándose como un equilibrio inestable, debido a esto existe un derrumbe psicológico el cual puede provocar un desinterés por la vida y una apatía hacia el bienestar del individuo. Sin embargo hay mecanismos de adaptación instintivos.

Existen signos biohumorales de la etapa previa al envejecimiento que por medio de estudios podremos encontrar alteraciones en el organismo por ejemplo; niveles

en sangre, ácido úrico, glucemia, coagulación sanguínea, electrocardiogramas etc.⁽²⁾

Cuando los datos encontrados están en el límite de lo normal debemos tomar las medidas necesarias para prevenir deficiencias o enfermedades que pueden evolucionar.

SIGNOS BIOHUMORALES

- **Disminución de la memoria y de la capacidad de concentración.**
- **Disminución de la agudeza visual.**
- **Menor eficiencia cardiopulmonar.**
- **Hipertrofia prostática leve.**
- **Fatiga psicofísica**

- Geriatria de Nicolla ⁽²⁾

los procesos de envejecimiento afectan de manera importante a la digestión, absorción, utilización y excreción de nutrientes.⁽¹⁷⁾

Es importante entender que todos los individuos tendremos que llegar a la edad crítica de la vejez pero conociendo como evolucionamos podemos tomar las medidas necesarias para que los cambios no sean tan drásticos.

Una dentadura deficiente provoca la disminución de ingestión en la variedad de los alimentos que consumimos, esto unido a una depresión, enfermedad crónica o la administración de medicamentos puede llevarnos a la anorexia y una disminución en el aprovechamiento de los alimentos.

Como hemos observado la nutrición esta ligada con el bienestar integral de un individuo pero debemos saber que hay personas de alto riesgo dentro de los 60 años o más las cuales pueden sufrir problemas nutricionales severos.

CAPITULO 4

4. DESNUTRICIÓN

4.1 Conceptos.

La desnutrición puede definirse como un trastorno de forma o de función debido a la falta (o exceso) de calorías o de uno o más nutrientes. (DHSS 1972).

Se estima que hasta mil millones de individuos sufren desnutrición grave y cada día mueren miles por inanición y trastornos relacionados, en países no industrializados. La desnutrición no se restringe al tercer mundo se encuentra incluso en países altamente industrializados.

Es sorprendentemente común entre alcohólicos, farmacodependientes y en quienes padecen trastornos en la alimentación. También en especial cuando pacientes hospitalizados reciben alimentación parenteral.(16)

Estudios realizados recientemente indican que más del 10% de las personas de edad avanzada tienen ingestas inferiores a las dos terceras partes del RDA para calcio, hierro, vitamina A y vitaminas hidrosolubles.(11)

Se encuentra deficiencia nutricional cuando las pruebas cuantitativas no aportan los requerimientos de nutrientes esenciales. La desnutrición puede ser evidente o clínica sobre todo se observa en individuos de escasos recursos.

El requerimiento de un nutriente esencial se define como la mínima cantidad capaz de mantener normal la masa

corpórea composición química y funciones fisiológicas del organismo y que evita cualquier signo clínico o bioquímico del estado correspondiente de deficiencia.

Los ancianos corren mayor riesgo de contraer carencias nutricionales, debido a un menor ingreso de alimentos, por una incapacidad física, de una enfermedad sistémica o trastornos funcionales.

No se sabe a que edad el paciente geriátrico va a tener alteraciones metabólicas, pero influye su medio ambiente, el estado patológico y socioeconómico.

4.2 Tipos de desnutrición

- Primaria.

Por deficiencia prolongada del aporte de caloría y/o proteínas. Se caracteriza por un mayor consumo de reservas proteicas con alteración de la estructura y función del organismo.⁽²⁰⁾

- Secundaria.

Es una desnutrición con adecuada disponibilidad de nutrientes, pero que sobre viene la desnutrición por alteración en la incorporación de alimentos, metabolismo o excreción por lo que acaba afectando los componentes proteicos, alterando la estructura y función del organismo.⁽²⁰⁾

4.3 Causas.

Existen varios factores de riesgo tanto externos como internos que llevan a un paciente geriátrico a sufrir deficiencias nutricionales, estos los podemos dividir en:

- **Trastornos externos**
 - √ Factores de riesgo médico y ambientales.

- **Trastornos internos**
 - √ Sistémicos
 - √ Específicos

4.4 Trastornos externos.

Estos se clasifican en primarios y secundarios ya que dependen de condiciones sociales, culturales, de religión o raza, siendo causa frecuente de disminución de alimentos en personas de la tercera edad.

TRASTORNOS EXTERNOS	
<i>Primarios</i>	<i>Secundarios</i>
Ignorancia	Deterioro del apetito
Aislamiento social	Deficiencia masticatoria
Trastorno mental	Defectos de absorción
Intoxicaciones	Alcoholismo
Pobreza	Medicamentos

- **Trastornos por factores de riesgo médico o ambiental predisponentes.**

- Vivir solos
- Comidas cocinadas no regulares
- Dientes en mal estado
- Estado confinado a su hogar
- Depresión
- Gastrectomía

4.5 Trastornos internos

- **Sistémicos.**

- Ingreso inadecuado de alimentos, vitaminas y minerales.
- Inanición y carencias alimentarias mixtas
- Anorexia nerviosa
- Osteomielitis

Absorción y utilización insuficiente de nutrimentos esenciales.

- Aquilia gástrica
- Esprue
- Fibrosis quística del páncreas
- Enfermedad celiaca
- Cirrosis hepática y otras hepatopatías crónicas
- Diabetes sacarina

Carencias concominantes con infecciones crónicas y otras enfermedades que aumentan el catabolismo.

- Tuberculosis
- Parásitos intestinales
- Osteomielitis crónica
- Cáncer
- Paludismo
- Sífilis
- Asma bronquial

- Trastornos específicos.

Causas en cavidad oral que provocan disminución de alimentos en pacientes geriátricos.

- Atrofia de papilas gustativas
- Lesiones en la cavidad bucal
- Úlceras
- Xerostomía
- Disfagia

Incoordinación de los músculos de la faringe.

- Espasmo esofágico
- Esofagitis
- Estenosis
- Cáncer de estómago y esófago

Dolor abdominal

- Úlcera gástrica o duodenal

- **Enfermedad diverticular del colon**

Otros

- **Depresión**
- **Estreñimiento**
- **Falta de ejercicio**

CAPITULO 5

5. MANIFESTACIONES EN CAVIDAD ORAL POR DEFICIENCIA DE NUTRIENTES.

5.1 Generalidades

Cuando una persona está enferma por un la carencia de algún nutrimento puede presentar dolor en lengua y boca, sin embargo también las células del organismo presenta ese estado carencial. Los factores por lo que se manifiestan en la boca es por la vascularidad, humedad constante, flora bacteriana, focos de infección y traumatismos benignos recurrentes . Las enfermedades carenciales producen cambios más lentos en los tejidos de reposo que en los que experimentan degeneración o reparación constante.

Las vitaminas del complejo B son indispensables para algunas reacciones bioquímicas en cadena .

En las dietas deficientes nunca falta un solo nutrimento esencial sino muchas vitaminas y minerales que son indispensables para reacciones bioquímicas como en la liberación de energía en el ciclo de Krebs .

5.2 Deficiencias

- Vitamina A

La vitamina A conserva la integridad de los epitelios especializados. Durante la deficiencia de esta vitamina las

células basales proliferan hasta producir epitelio queratinizado, muy susceptible a la invasión bacteriana. En las fases avanzadas de deficiencia se ve hiperplasia e hiperqueratosis de la encía, leucoplasia, e infecciones graves de la mucosa de las mejillas.

- **Vitamina B₂**

Riboflavina (Arriboflavinosis)

Los síntomas en lengua y boca suelen ser benignos, existe agrandamiento del epitelio superficial y la infección secundaria causa dolor a la palpación y en comisuras labiales; casi siempre hay sensación de ardor, picazón en los ojos, debilidad, irritabilidad y falta de apetito.

La lesión de las comisuras puede ser asimétrica es una papula grisácea, dolorosa y crece lentamente, posteriormente se agrieta y hay infección secundaria con ulceración mostrando costras amarillentas a esto se le llama "estomatitis angular".

Cuando los labios se encuentran rojos y agrietados se le denomina "queilosis".

Si la enfermedad tiene recidivas por no mejorar la dieta puede haber cicatrización permanente.

La mucosa de los carrillos es atacada simultáneamente con las comisuras labiales, tornándose un color rojo mate, al progresar la carencia la mucosa se torna edematosa, grisácea y granulosa.

En los labios se presenta en la porción de la línea de cierre aspecto granuloso y de color rojo oscuro, el borde mucocutáneo de los labios presenta exfoliación, sequedad, fisuras y grietas.

En período terminal la estomatitis consiste en mucosa atrófica con puntilleo.

La lengua presenta en las papilas fungiformes aumento y se torna hiperémica, posteriormente sucede lo mismo con las filiformes, el epitelio se torna edematoso produciendo papilas hiperémicas abultadas " lengua empedrada", el penacho vascular hiperémico de cada papila está cubierto por mucosa edematosa y engrosada dando a la lengua un color rojo magenta difuso.

En personas seniles se puede presentar cambios en conjuntivas, córnea, lente y piel.

- **Vitamina B₃**,

Niacina. (estomatitis y glositis pelagrosa)

Cuando disminuye la concentración de niacina puede haber sensación de ardor en la lengua después de ingerir alimentos calientes o condimentados, el ardor puede aparecer y desaparecer y tener relación con anorexia benigna, fatiga, nerviosismo, irritabilidad, períodos de estreñimiento o diarrea y ardor en el epigastrio. En esta etapa inicial la lengua puede presentar anomalías patentes aunque en ocasiones hay hiperestesia.

Si evoluciona puede haber complicación por la necesidad de niacina presentándose síntomas más severos como diarrea acuosa grave, erupciones eritematosas urentes, queilosis, estomatitis angular, seborrea en pliegues nasolabiales, confusión mental, delirio y a veces paraplejía espástica. Se observa aquí que las papilas fungiformes se tornan más vascularizadas y notables por lo cual hay enrojecimiento de la punta y los lados de la lengua. las papilas sobresalen en forma de globos rojos tumefactos en un fondo de papilas filiformes con aspecto normal, pero pueden ser atacadas posteriormente. El ataque comienza en las papilas de la punta y los bordes laterales de la lengua y suele extenderse hacia atrás en dirección de las papilas circunvaladas.

Las papilas filiformes al tumefactarse pierden los penachos epiteliales con hiperemia y fusión en algunas áreas con aspecto edematoso, liso de color rojo escarlata intenso.

Pueden presentarse úlceras pequeñísimas que experimentan infección por estafilococo, estreptococo hemolítico, microorganismos de Vincent u hongos, a menudo estas úlceras están cubiertas por una membrana blanca o gris.

El color rojo intenso se observa en el dorso de la lengua, la cara ventral y en la mucosa lisa de paladar blando, carrillos y mejillas. Hay ataque semejante en la mucosa del

estómago, recto, vagina y porción anterior de la uretra. A menudo ocurren ulceraciones superficiales, en los bordes cortantes de los dientes destruidos irritando la mucosa bucal adyacente, en esta etapa, lengua y boca duelen mucho y puede haber escurrimiento de saliva, es tan doloroso que el paciente se niega a ingerir alimentos.

Este puede ser un estado carencial crónico pero cuando la carencia persiste por años o por meses, las papilas fungiformes y filiformes se tornan aplanadas atróficas y desaparecen gradualmente quedando una lengua lisa surcada o arrugada. Durante períodos de remisión la lengua esta muy pálida; y en las exacerbaciones se tornan de color rojo vivo, incluso las papilas se observan a simple vista como pequeños puntos rojos en la punta y lados de la lengua. Las papilas interdentes se retraen y presentan a veces gingivitis o periodontitis.

Los pacientes con carencia crónica de complejo vitamínico B pierden dientes a temprana edad por alteraciones periodontales.

Independientemente de la falta de niacina se ha comprobado que también hay carencia de triptófano .

En el estado carencial agudo ocurre glositis; pero la dermatitis se provoca cuando hubo o hay carencia gradual. Se observan placas y úlceras blanquecinas debajo de la

lengua, queilosis y estomatitis angular, diarrea, irritabilidad, intranquilidad y debilidad.

Con un tratamiento adecuado la glositis pelagrosa aguda desaparece de 24 a 48 horas. En enfermedad crónica y atrofia de la lengua puede ocurrir regeneración de las papilas después de semanas de tratamiento. Cuando más prolongada haya sido la carencia los fenómenos de regeneración son mas lentos.

En lengua con cicatrización crónica las papilas pueden no regenerarse aunque se haya recibido el tratamiento adecuado.

- Vitamina C. (Escorbuto).

Las manifestaciones en cavidad oral son dolor, tumefacción y hemorragia gingival. Cuando esta muy avanzada el paciente no puede masticar. La gingivitis y las enfermedades periodontales predisponen a la aparición del escorbuto.

Las lesiones suelen comenzar en las papilas interdentes y se extienden a los bordes de las encías y por último a la mucosa alveolar. Estas por lo general no exceden de la unión gívolabial y alveololabial.

Las primeras manifestaciones son: dilatación y congestión de capilares, al experimentar extravasación sanguínea las

enciás toman color rojo azulado obscuro, los bordes de la encía pueden presentar edema muy intenso por lo que los dientes presentan un collar de mucosa tumefacta, friable, de color rojo azul que en casos avanzados casi los cubre.

En los bordes gingivales se acumulan alimentos y microorganismos lo que provoca infección extensa y destrucción de gran parte de la encía. En ocasiones hay gangrena de las papilas interdenciales. En casos muy graves hay escurrimiento espontáneo de sangre o hemorragia patente. Al ocurrir ésta, excepcionalmente es excesiva o muy copiosa. El aliento es fétido y esta aumentada la salivación.

Los dientes se aflojan o se caen en casos avanzados, por rarefacción y resorción del hueso alveolar. La encía se torna pálida y cicatrizada.

En adultos, por lo regular ocurre anemia normocítica o macrocítica después de un largo período de carencia de vitamina C y por otras carencias de nutrientes esenciales, principalmente ácido fólico.

- Vitamina D

La osteomalacia es una enfermedad que reblandece los huesos, su alteración más importante en las estructuras bucales es la pérdida de lamina dura que rodea a los dientes.

- **Hierro.**

La pérdida de sangre provoca anemia, puede ocurrir en personas de la tercera edad por una lesión maligna o una úlcera en el tubo digestivo. Puede aparecer en pacientes con padecimientos que reduzcan la absorción de hierro, pero hay que establecer un diagnóstico por deficiencia de hierro o por falta de éste elemento en la alimentación. La anemia crónica es un signo típico de tumor maligno y de ciertas infestaciones parasitarias. Presentan uñas con fisuras y quebradizas, disnea de esfuerzo y lengua dolorosa. La presencia de signos y síntomas linguales menos frecuentes.

- **Complejo B y ácido fólico.**

En el ser humano no se ha observado lesiones bucales específicas que guarden relación con la deficiencia de tiamina, ácido pantotéico, ácido paraaminobenzoico, colina e inositol.

Las alteraciones linguales han variado entre la lengua geográfica y la atrofia general de las papilas linguales con la atrofia marginal. La carencia aguda de ácido fólico provocada por aminopterina o ametopterina, antagonistas de la reacción que convierte el ácido fólico en ácido fólico, puede causar dolor intenso y úlceras en boca y lengua.

Las lesiones comienzan como placas eritematosas en la mucosa bucal o encías; el epitelio superficial se esfacela y aparecen úlceras que se extienden y pueden afectar toda la cavidad bucal. Considerando que los fármacos antes mencionados se emplean en padecimientos de leucemia aguda, las lesiones a menudo se tornan purpúricas e infectadas por toda clase de microorganismos.

En la anemia hemolítica, este tipo de deficiencia se debe a defectos del eritrocito produciéndose por una deficiencia de vitamina B y ácido fólico que es un factor de las causas más comunes, es posible que exista cierta hemólisis sin producir ictericia por la capacidad del hígado normal de excretar grandes cantidades de bilirrubina.

Hay algunos signos bucales y físicos comunes dentro de la anemia hemolítica, se observa palidez en el lecho de las uñas y la conjuntiva. También se observa palidez en la mucosa del paladar blando, lengua y región sublingual.

Debido a la hiperbilirrubinemia por destrucción de eritrocitos. Hay hiperplasia de los elementos eritroides de la médula, en un intento por compensar la anemia. Radiográficamente las trabéculas se hacen más prominentes, creando una mayor transparencia radiológica de los huesos con estriaciones laminares prominentes.

En la anemia perniciosa la enfermedad crónica es provocada por deficiencia de factor intrínseco. Se necesita factor intrínseco para la absorción en el íleon de vitamina B₁₂ (factor extrínseco) en la mayor parte de los pacientes se desconoce la razón por la cual la mucosa gástrica no secreta factor intrínseco. Esta anemia se caracteriza por ser una enfermedad al final de la vida adulta. Afecta a ambos sexos y es menos frecuente que la anemia por deficiencia de hierro.

Las manifestaciones clínicas de la anemia perniciosa son similares a cualquier deficiencia de vitamina B₁₂; y debe considerarse "como anemia perniciosa" por aplicarse solamente cuando hay deficiencia de vitamina B₁₂ en forma secundaria a falta de factor intrínseco.

Las demás causas de deficiencia de vitamina B₁₂ son rarísimas como: alimentación pobre en productos animales o bacterianos, bacterias intestinales que consumen estas vitaminas, enfermedades intestinales que afectan el íleon y disminuyen la absorción o por la infestación de la tenia del pescado.

El inicio de la enfermedad es insidioso y los síntomas pueden referirse a muchos sistemas. Hay modificaciones sanguíneas y se observan signos neurológicos y gastrointestinales como; estreñimiento, diarrea o molestias epigástricas vagas. Los trastornos neurológicos preceden a

los ocasionados por la anemia, hay sensación de hormigueo en los dedos de manos y pies hasta pérdida de sensibilidad, falta de coordinación y debilidad muscular. Los síntomas de anemia son los mismos que en otras, incluyen palidez, fatiga y falta de aire.

Los signos y síntomas en cavidad bucal es una glositis dolorosa con glosopirosis, lengua dolorosa, dificultad de deglución o ambas cosas. La glositis acompañada de una anemia perniciosa se caracteriza por un color rojo intenso y una distribución en la punta y bordes del órgano con atrofia papilar en la zona afectada. En casos graves disminuyen todas las papilas de la lengua y se pierde el tono muscular normal. Algunos pacientes sufren pérdidas de sensaciones gustativas, suelen tener dificultad en el uso de prótesis ya que no toleran la irritación local producida por las mismas.

La mucosa bucal presenta color amarillo verdusco lo que nos permite tener una mejor visión en la unión de los paladares duro y blando. Como puntos fundamentales de diagnóstico diferencial la anemia perniciosa cuenta con un color rojo brillante en la lengua, las zonas afectadas, y las remisiones y exacerbaciones que suelen acompañarse de síntomas generales.

Anemia por ácido fólico, la causa más frecuente de anemia macrosítica son las alteraciones medulares megaloblásticas

por la deficiencia de ácido fólico que se encuentra en pacientes mal alimentados especialmente de los que no ingieren legumbres verdes y presentan mayor necesidad de ácido fólico. Se puede observar en pacientes con síndrome de mala absorción intestinal. Los cambios hematológicos son los mismos que en la anemia perniciosa, pero la deficiencia de ácido fólico no produce síntoma nervioso específico.

Las manifestaciones bucales incluyen queilitis angular y en casos graves, estomatitis o faringitis ulcerada.

Se encuentran signos bucales similares con agentes químicos terapéuticos contra el cáncer, que actúan por antagonismo con el ácido fólico

5.3 Alteraciones de las encías, mucosa de la mejillas y paladar.

Las encías se muestran más sensibles a las deficiencias de elementos nutritivos y reparación. Están sujetas a traumatismos recurrentes de dos diferentes direcciones simultáneas y los defectos ligeros en su integridad puede dar manifestaciones clínicas exageradas.

Las deficiencias de la mucosa de las mejillas y el paladar corresponden al complejo B, la vitamina C y el hierro.

Estas pueden ser primarias o secundarias por extensión a partir de las que sufren los labios y las encías.

En la pelagra los síntomas prodrómicos son resequedad y sensación de quemadura en la mucosa de las mejillas y del paladar blando el cual se hincha, enrojece y es doloroso, si no se atiende el proceso afecta zonas extensas, que se ulceran y se infectan.

Durante el escorbuto, la coloración, la hinchazón y la congestión gingival llega ocasionalmente a los pliegues mucobucales, siguiendo hasta la mucosa de las mejillas.

Las alteraciones de la mucosa de las mejillas durante la deficiencia de vitaminas del grupo B y las anemias nutricionales son causa común de aflojamiento de las dentaduras artificiales.

La palidez de la mucosa de las mejillas, junto con vesículas pequeñas rodeadas por zonas de eritema, se presentan en muchos casos por deficiencia de anemia de hierro.

5.4 Otras enfermedades generales.

Muchas enfermedades generales o factores irritativos producen lesiones que pueden desarrollar morfología idéntica observadas en las carencias vitamínicas. estas anomalías deben identificarse para comprender y evitar

errores al estimar el mecanismo que produce el dolor en lengua y boca.

5.5 Cirrosis nutricional .

El alcoholismo produce carencias vitamínicas especialmente en pacientes con cirrosis. La anorexia y los vómitos pueden producir estados de carencia en sujetos que padecen cirrosis posnecrótica. Cuando hay deficiencia alimentaria las lesiones desaparecen al mejorar la dieta o dar vitaminas suplementarias del complejo B. Sin embargo a menudo se observa lengua muy roja con atrofia papilar e hipertofia de las papilas pero siempre con capilares dilatados y congestionados. También hay lesiones eritematosas esparcidas en la mucosa bucal estas son indoloras y reaccionan a la administración de vitaminas del complejo B, hígado y levadura. Al mejorar la hepatopatía mejora también las lesiones de lengua y boca.

Pero si hay insuficiencia hepática puede ocurrir dolor dependiente de una moniliasis identificada que se presentan en labios, lengua o paladar blando.

5.6 Esprue

Síndrome caracterizado por dificultad en la absorción intestinal de la grasa, las vitaminas liposolubles y algunos hidratos de carbono. Sus signos y síntomas principales son estatorrea, pérdida progresiva de peso corporal, anemia

macrótica hiperocrómica, hipoclorhidria, ardor lingual y edema e inflamación de los tejidos gingivales.

Existe similitud entre las lesiones linguales observadas en la anemia perniciosa, en el esprue y en las anemias por deficiencias nutritivas. Durante el esprue se ha encontrado degeneración del tejido conjuntivo de las encías y de las membranas periodontales y osteoporosis de hueso alveolar, que se manifiesta por destrucción periodontal avanzada, aflojamiento de los dientes y erosión y retracción de las encías.

5.7 Seudoqueilosis.

La queilosis angular se manifiesta en la deficiencia de riboflavina como en la deficiencia por hierro. Otros factores no nutritivos deben considerarse en la diferenciación clínica como: hipersensibilidad a los alimentos, a materiales dentales, cosméticos, humedecimiento con la lengua sobre las comisuras, la pérdida de la dimensión vertical del tercio inferior de la cara, prótesis mal adaptadas que no restituyen las eminencias caninas y la altura adecuada, radiaciones solares, y antibióticos, que modifican la flora bacteriana.

5.8 Síndrome de Plummer-Vinson.

Este síndrome se caracteriza por disfagia y anemia hipocrómica micótica. Encontramos en cavidad bucal la

lengua muy lisa y a veces dolorosa, boca seca, uñas en palillo de tambor y estomatitis angular. La atrofia de la cubierta superficial de la lengua no es tan pronunciada como en la anemia perniciosa. Se observan cambios atróficos en la mucosa de la boca, faringe, esófago alto y uvula. Los tejidos se encuentran secos, sin elasticidad y de aspecto lustroso. Encontramos síntomas generales como agitación, palidez, edema de los tobillos y disnea, esto está relacionado con la anemia. La mayoría de los enfermos están desdentados por la pérdida temprana de sus piezas dentales. Presentan imposibilidad para soportar la prótesis por dolor severo en boca, además reportan espasmos en la faringe y laringe o que la comida queda atorada en la garganta. La disfagia de esta enfermedad se debe a la degeneración muscular a nivel del esófago y estenosis o membranas de la mucosa. Como muchos de los síntomas son semejantes a los que se observan en las anemias del complejo B y las anemias hipocrómicas simples, se debe utilizar el mismo tratamiento. En algunas ocasiones la disfagia disminuye después de la terapéutica a base de hierro.

Este síndrome puede ser grave, pues en estos pacientes son comunes los carcinomas bucales y faringeos. El cirujano dentista debe observar en intervalos cortos a estos

ESTA TIENE QUE DEBE
VALER DE LA BIBLIOTECA

pacientes, vigilando la posible aparición de lesiones malignas.

5.9 Síndrome de Sjögren.

Es un padecimiento clínico patológico caracterizado por ojos secos y xerostomía, a consecuencia del daño extensivo de glándulas salivales y lagrimales. También pueden estar afectadas otras glándulas secretoras.

La mucosa bucal puede atrofiarse, con formación de fisuras y úlceras inflamatorias. Predomina en mujeres mayores de 40 años de edad.

CONCLUSIONES.

El proceso de envejecimiento es una adaptación del individuo a prolongar la duración de vida modificando actitudes, comportamientos y alimentación. El anciano en particular tiene más riesgo de llegar a una grave malnutrición. Cerca del 50% ingieren apenas dos tercios de las recomendaciones actualmente aceptadas. Hay evidencias de que el proceso de envejecimiento va de la mano de factores dietéticos.

La mal nutrición es un riesgo para la salud y puede desencadenar múltiples trastornos como se observo anteriormente pero debemos entender que hay factores inherentes en el estilo de vida atribuibles al proceso del envejecimiento, como la nutrición.

El envejecimiento esta asociado con una disminución en la densidad ósea, repercutiendo en el estado bucal de un individuo, esto asociado con el tabaquismo y el sedentarismo repercute en la calidad de vida de una persona como parte integral

Un cambio positivo en la alimentación puede estar en el incremento de preparados poli vitamínicos, pero hay que tener cuidado de modificar hábitos y el estilo de vida de un individuo a esta edad ya que puede haber riesgo en la integridad del estado nutricio de los ancianos.

También debemos recordar que el sobrepeso aumenta al envejecer, predominando en personas de sexo femenino, y dentro del 25% de desnutrición a nivel mundial la mitad esta en personas con obesidad.

Como hemos observado esta íntimamente relacionada la alimentación con la salud integral de un individuo.

Si consideramos que desde el nacimiento el cuerpo va sufriendo desgaste y degeneración, podríamos decir que realmente no hay un estancamiento en nuestro organismo y por consecuencia el arduo trabajo que experimentan nuestras células nos lleva a algo bello que se llama "vejez". La vejez es un estado de animo para mi en lo personal ya que si un individuo tiene una alta calidad de vida tanto física, psíquica emocional y espiritual el complemento a todo esto sería la salud y la felicidad.

A los pacientes de la tercera edad debemos verlos como un "TODO" ya que la experiencia de la vida les ha conferido algo muy bello que es la sabiduría.

GLOSARIO.

ALBUMINA: Proteínas sencillas de bajo peso molecular.

AMILASA: Enzima que cataliza la hidrólisis del almidón en moléculas más pequeñas.

ANEMIA: Disminución en el número de eritrocitos, se altera cuando hay pérdida en el equilibrio de la sangre y su producción

CELULOSA: Es la más abundante de la naturaleza. Carbohidrato, polisacárido. Forma el esqueleto de la mayor parte de las estructuras y células vegetales.

DEGLUCIÓN: Acción de tragar.

DERMATITIS SEBORREICA: Seca y descamativa.

DIGESTIÓN: Acción y efecto de convertir los alimentos en sustancias químicas que pueden ser absorbidas y asimiladas.

DISENTERIA: Enfermedad infecciosa, dolor intestinal, tenesmo, diarrea con moco y sangre de origen bacterial, viral o amibiano.

DISNEA: Falta de aliento. Respiración difícil con sensaciones de ahogo.

ECTÁSICAS: venas dilatadas.

EDEMA: Hinchazón blanda con infiltración de líquido en el tejido celular.

ENZIMA: Proteína producida en una célula, que por su acción catalítica apresura reacciones químicas de una sustancia (sustrato) para la cual suele ser específica.

EPIDEMIOLOGÍA: Estudio de las relaciones de los diversos factores que rigen la frecuencia y distribución de enfermedades en una comunidad humana.

EPIGLOTIS: Estructura cartilagenosa que cubre la entrada a la laringe e impide que los alimentos entren a la laringe y a la tráquea al deglutir.

ESFACELA: Gangrenarse un tejido.

ESFÍNTER: Fibras musculares que estrechan o cierran un orificio natural.

ESÓFAGO: Conducto musculomembroso que extiende de la faringe al estómago.

ESTEATORREA: Presencia de manchas de grasa en las evacuaciones

ESTRIADA: Que presenta estrías o surcos.

EXTRAVASARSE: salir un líquido de un vaso.

FARINGE: Conducto musculomembranoso situado entre bocas, coanas, laringe y esófago.

FIBROBLASTO: Célula de tejido conectivo que forman los tejidos fibrosos del cuerpo.

FRIABLE: Condición de tejidos duros o cuerpos que se dejan desmenuzar o pulverizar con facilidad.

GERIATRÍA: Rama de la medicina que trata los problemas peculiares de la senectud y del envejecimiento.

GLOSITIS: Inflamación de la lengua.

GLOSOFARÍNGEO: Perteneciente o relativo a la lengua y a la faringe.

HEMATEMESIS: Vómito de sangre.

HIDRÓLISIS: Desdoblamiento de un compuesto en fragmentos al añadir agua.

HIDROLIZADO: Compuesto obtenido por la hidrólisis. Brinda el equivalente nutritivo aproximado de la proteína.

HIOIDEO: Perteneciente al hueso hioides.

HIPERCUPREMIA: Exceso de cobre en la sangre.

HIPEREMIA: Acumulación de sangre en un tejido u órgano, con distensión de los vasos sanguíneos.

HIPERGLICEMIA: Aumento en la cantidad de glucosa en sangre.

ILEON: 3era. porción del intestino

ILIÓN: Hueso que forma la cadera en la vida fetal, pero luego constituye la parte superior y posterior del hueso iliaco.

REGURGITACIÓN: Reflujo de alimentos desde el esófago o el estómago hacia la boca, sin vómito y a medio digerir.

TEMPOROMANDIBULAR: Perteneciente al hueso temporal y la mandíbula.

VESTÍBULO: Parte de la cavidad bucal limitado por un lado con dientes y encías y por labios y mejillas.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Chernoff, Roni. Geriatric Nutrition (the health professional's publication handbook.).Edit. Aspen publication. Gaithersburg, Maryland 1991.(p. 43-77)
2. Nicola , de Prieto. Geriatria. Edit. El manual moderno. México, D.F. 1985.(p. 14-17)
3. Guyton, C. Arthur. Tratado de fisiología médica. 7a ed. Nueva Edit. Interamericana. 1989.
4. Jaffe, Marie. Geriatric nutritionn and diet therapy. Edit. Skiidmore-Roth publishing. El paso, Texas. 1991.
5. Mc. Laren, Donald,S. La nutrición y sus trastomos. 2a ed. Edt. El manual moderno. México, D.F. 1993.
6. Mac. Bryde, Cyrill, Mitchel. Signos y síntomas. 4a ed. Edit. Interamericana. México, D.F. 1966.
7. Coni, nicholas; Davison, Williams, Webster, Stephen. Geriatria.3a ed. Edit. El manual moderno. México, D:F: 1990.
8. Gutiérrez Robledo L.M., La nutrición y el proceso de envejecimiento. Revista del Instituto Nacional de nutrición. Salvador Zubirán. Año 2 Vol. 11 num.7 Juluio/ agosto 1990.
9. Beaven.D,W, Brooks S.E. Color atlas of the tongue in clinical diagnosis. Edit. Wolfe medical plublications Ltd. Dunedin, New Zealand. 1988
10. Chatard, S; Boutet, C; Tourney, C; et all. Nutricional status and physical fitness of elderly sportsmen. Eur. Journal apply.. Physio. 1998; 77(1-2):157-63.

11. Marshall. Carolyn E.; Saunders S. Practical nutrition for elderly dental patient. Dental journal. March 1990. (p.17-20).
12. Braunward; Issellbader; Petersdorf. et all. Principios de medicina interna. 7a. ed. Edit. Interamericana. Mc. Graw-Hill.
13. Ozawwa , Deguchi,J, Estomatología geriátrica. 1a ed. Edit. Trillas. México, D.F. 1994.
14. Feldman, Elaine B. Principios de nutrición clínica. Edit. Manual moderno. México- Santa fe Bogotá.
15. Taylor, Keight; B.; Luean,E Anthony . Nutrición clínica. 1a edición. Edit. Mac. Graw-Hill. México, D:F: 1983.
16. Wolfgang Bengel, Hannelone Taschini L., Günter Veltman. Differential diagnosis of diseases of the oral mucosa. Edit. Quintessence Publishing Co., . Chicago, Illinois. 1989.
17. Serra, Majen L.; Aranceta, Bartrina J. Nutrición y salud pública. Edit. Masson. Barcelona España 1994..
18. Brainer, Oscar L. Fistopatología y clínica de la nutrición:Edit. Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1987.
19. Erlich, Ann. Nutrition and dental health. 2a ed. Edit. Del mar. Albany, New York.1994.
20. Laurin, D; Valleé, R; Lachapelle, D. Nutrient intake and gastrointestinal disorder related to masticatory performance in the edentulous elderly. Journal, Prosthet Dent. Que. Canada.,: 70(5): p.468-73: 1993 November
21. Oureshi, AR; Alvestrand, A; Danielsson Filho, JC; et, all. Factors predicting malnutrition in hemodialysis patients: a cross sectional study.

Journal Announcement. Stockholm, Sweden.: 53(3) p. 773-82 March 1998

22. Journal announcement. University of Nairobi, Department of Nursing, Kenya. 74(10) p. 622-4. October. 1997

23. Pfitzenmeyer, P; Guillard, JC; d'Athis P. Vitamin b6 and vitamin C status in elderly patients with infections during hospitalization. Switzerland. 41(6) p. 344-52. 1997.

24. Mc. Cormack. Undernutrition in the elderly population living at home in the community; a review of the literature. Journal 9802. England. 25 (5) p. 856-63. November. 1997.

25. Ortega, RM; Requejo, AM; Andres P; et, all. Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. Journal 9801. Madrid, Spain. 66 (4) p. 803-9. October. 1997.