
Trabajo Original

Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao. 2017

Xerostomia in Marianao municipality geriatric population in 2017

Maydel Pérez Fuentes¹, Beatriz Bravo Seijas².

1. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.
2. Facultad Finlay-Albarran. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.

RESUMEN

Fundamentación: La xerostomía es un problema de salud en una parte de la población geriátrica y se observa a nivel mundial una tendencia a su aumento en países en desarrollo.

Objetivo: Caracterizar el comportamiento de la xerostomía en la población geriátrica, pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor del municipio Marianao.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal en 59 pacientes pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, secreción salival, consumo de fármacos y enfermedades bucales.

Resultados: El 93.2 % de la población correspondió al sexo femenino, la edad más afectada fue entre 70 y 79 años (30.5 %), los medicamentos más consumidos fueron los antihipertensivos (55.3 %) y los diuréticos (35.7 %), el 40.6 % de los pacientes que presentaron xerostomía padecen de disfunción masticatoria.

Conclusiones: Predominó el sexo femenino con xerostomía y el grupo de estudio está mayormente expuesto a la polifarmacia, reduciendo el flujo salival e incidiendo en la disfunción masticatoria.

DeCS: XEROSTOMÍA; ANCIANO.

Palabras clave: Xerostomía; anciano; paciente geriátrico.

ABSTRACT

Background: Xerostomia is a health problem in a part of the geriatric population, at present, there is a worldwide tendency to increase it in developing countries.

Objective: To characterize the behavior of the xerostomia in the geriatric population, at the Aged Community House in Marianao municipality.

Methodology: Descriptive and cross-sectional study in 59 patients belonging to the aged home community. The variables used were: age, sex, salivary secretion, drug consumption and oral diseases.

Results: 93.2% of the population corresponded to the female sex, the most affected age was between 70 and 79 years (30.5%), the most consumed drugs were the antihypertensive drugs (55.3%) and diuretics (35.7%), 40.6% of patients who presented xerostomia suffer from masticatory dysfunction.

Conclusions: The female sex predominated with xerostomia and the study group is mostly exposed to polypharmacy, reducing the salivary flow and affecting the masticatory dysfunction.

MeSH: XEROSTOMIA; AGED.

Keywords: Xerostomia; aged; elderly; geriatric patient.

INTRODUCCIÓN

Internacionalmente se ha definido al adulto mayor como aquella persona que ha cumplido 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. En los últimos años, se observa a nivel mundial una tendencia sostenida al incremento de la expectativa de vida al nacer y un aumento porcentual de la población de 60 y más años. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de esa edad, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el 2050 podrían llegar a los 2 billones de personas, la mayoría de ellos viviendo en países en desarrollo¹.

Cuba es ejemplo de país en vías de desarrollo, con un envejecimiento importante de su población y con una expectativa de vida al nacer de más 75 años. Según los datos del anuario estadístico de salud de Cuba, publicado en el año 2015, se pronostica que para el 2025 uno de cada cuatro cubanos será una persona de 60 años de edad. La provincia La Habana es la más envejecida del país, y ha entrado al nuevo milenio con más del 15 % de su población en el grupo de 60 años y más².

Epidemiológicamente ha habido un aumento progresivo de los problemas de salud en los ancianos, siendo los de mayor prevalencia los de naturaleza no transmisible. Hecho que ha motivado a tornar la mirada hacia este sector poblacional e insistir en su atención de salud.

Entre los diez problemas de salud bucal más frecuente en las personas de la tercera edad está la xerostomía³. Se define como la sensación subjetiva de sequedad bucal, pudiendo ir acompañada o no de una disminución en la cantidad de saliva producida. Término clínico que traduce una hiposialia o asialia, cuando las cifras son menores a 0.1-0.2 ml/min (500 cc/día) en reposo y 0.5-0.7 ml/min en saliva estimulada. No es una enfermedad sino una situación clínica a la que se llega por multitud de causas^{4,5}. La cual provoca sequedad bucal, dificultad al tragar, ardor lingual, alteraciones del gusto, etc. Su etiología está relacionada con componentes emocionales, estrés, alteraciones para funcionales, hormonales, uso prolongado de fármacos como son los diuréticos, antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, anticolinérgicos entre otros^{6,7}.

Las glándulas salivales elaboran la saliva, la cual es una secreción mixta de todas ellas, y que puede ser de 1000 a 1500 ml en 24 horas. Es un líquido viscoso que contiene agua, mucina, proteínas, sales y las enzimas: ptialina y maltasa, que son las encargadas de iniciar la digestión de los alimentos⁸.

Tal y como cita Bascones et al⁹, la Federación Dental Internacional define a la xerostomía como “la enfermedad del hombre moderno” debido a su carácter casi epidémico, siendo de esta manera un problema con gran significación a la que se enfrentan pacientes y profesionales de la salud teniendo múltiples consecuencias para la salud bucal y la calidad de vida¹⁰.

Se desconoce de investigaciones precedentes sobre la xerostomía en el adulto mayor en el municipio de Marianao. Es por ello que el objetivo es Caracterizar el comportamiento de la xerostomía en la población geriátrica, pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor del municipio Marianao. 2017

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal acerca del comportamiento de la xerostomía en la población geriátrica, en el mes de enero del 2017 a 59 adultos mayores pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor del municipio Marianao. Acudieron a consulta, previa cita, confeccionándole la historia clínica estomatológica, donde se efectuó interrogatorio por parte de los profesionales y exploración clínica de la cavidad bucal para detectar afecciones bucodentales y examinar las glándulas salivales mayores utilizando para ellos guantes y set de clasificación. Durante el examen la persona estaba tranquila y relajada, debía haber pasado una hora si había ingerido alimento. El paciente debía estar sentado con su cabeza inclinada hacia adelante para que la saliva producida sea reunida en el piso de boca.

A cada paciente se le recogió datos sobre: su sexo, edad actual, si presentaban enfermedades bucales (caries dental, enfermedad periodontal, disfunción masticatoria, lesión en la mucosa) y si tomaban fármacos xerostomizantes (diuréticos, antihistamínicos, antihipertensivos, anticonvulsivos, antiparkinsonianos, ansiolíticos). Se determinó además si su secreción salival era normal o presentaban xerostomía. Los datos se presentan en tablas de frecuencias.

Los pacientes seleccionados fueron informados del objetivo de la investigación teniendo en cuenta los principios bioéticos vigentes¹¹.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que más de la mitad de la población estudiada son mujeres, de ellas 37 presentan xerostomía. Se encuentran más afectado el grupo de edad de 70 a 79 años con un 30.5 %.

Tabla 1: Adultos mayores pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor en Marianao según grupos de edades y presencia de xerostomía por sexo.

Grupo de edades	Secreción salival por sexo								Total	
	Femenino				Masculino					
	Normal		Xerostomía		Normal		Xerostomía		n.º	%
n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
60 - 69	4	6.7	16	27.3	0	0	0	0	20	34
70 - 79	13	23.2	18	30.5	1	1.7	0	0	32	54.2
80 - 89	1	1.7	1	1.7	0	0	2	3.4	4	6.7
90 y más	0	0	2	3.4	0	0	1	1.7	3	5.1
Total	18	30.5	37	62.7	1	1.7	3	5.1	59	100

En la tabla 2 se aprecia que los antihipertensivos con 55.3 % y diuréticos con 35.7% son los fármacos xerostomizantes más consumidos y exhiben como efecto secundario su acción xerostomizante en el 35.7 % y 21.4 % respectivamente de los pacientes que presentan xerostomía en la población geriátrica estudiada.

Tabla 2: Adultos mayores pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor en Marianao de acuerdo con el consumo de fármacos con efecto xerostomizante y la presencia o no de xerostomía.

Fármacos xerostomizantes*	Secreción salival				Total	
	Normal		Xerostomía			
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Antihipertensivos	10	17.8	21	37.5	31	55.3
Diuréticos	8	14.3	12	21.4	20	35.7
Antihistamínicos	6	10.7	8	14.3	14	25
Ansiolíticos	2	3.5	10	17.8	12	21.4
Anticonvulsivos	0	0.0	4	7.1	4	7.1
Antiparkinsonianos	0	0.0	3	5.4	3	5.4

*Algunos pacientes consumen más de un fármaco xerostomizante.

En la tabla 3 se muestra que el 40.6% de los pacientes que presenta xerostomía padecen de disfunción masticatoria, seguido de los que presentan enfermedad periodontal representando el 16.9 %.

Tabla 3: Adultos mayores pertenecientes a la casa comunidad del adulto mayor en Marianao con enfermedades bucales según presencia de xerostomía.

Enfermedades bucales	Secreción salival				Total	
	Normal		Xerostomía		n.º	%
	n.º	%	n.º	%		
Caries dental	0	0	6	10.2	6	10.2
Enfermedad periodontal	2	34	10	16.9	12	20.3
Disfunción masticatoria	12	20.3	24	40.6	36	61
Lesiones mucosas	1	1.7	4	6.8	5	8.5

DISCUSIÓN

La xerostomía es más frecuente en el sexo femenino así se señala en toda la bibliografía consultada y en esta investigación. Gómez Capote obtuvo como resultado de su estudio un 66.6 % de pacientes femeninas con xerostomía¹².

Hochberg, de 2520 personas con edades comprendidas entre los 65 y los 85 años que vivían en la comunidad, el 17 % de los pacientes manifestaron síntomas de sequedad bucal. La prevalencia de síntomas de xerostomía aumentaba con la edad y era mayor en las mujeres que en los hombres¹³.

En estudios realizados acerca de las glándulas salivales mayores (parótida, submandibular y sublingual) a pacientes de avanzada edad, no se han encontrado cambios en la composición del fluido salival de los mismo. Sin embargo, se ha comprobado una disminución del fluido salival de las glándulas salivales menores por: pérdida de su naturaleza funcional en este tipo de población, por disminución de la composición (IgA) y por ende disminución del potencial inmunológico^{8,12,14}.

La reducción del flujo salival puede ser inducida por tratamientos médicos administrados; hay alrededor de cuatrocientos cincuenta medicamentos que como efecto secundario producen xerostomía; entre estos fármacos se destacan: agentes anti colinérgicos, antidepresivos, antimicóticos, ansiolíticos, antihipertensivos, diuréticos, antihistamínicos, relajantes musculares, analgésicos, narcóticos, antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos^{6,15-17}.

En el estudio de Gómez Capote los grupos farmacológicos de los antihipertensivos (87.4 %), diuréticos (81.2 %) y antidepresivos (21.5 %) son los medicamentos más empleados por su población. Según Ibáñez Mancera el 63.2 % de los pacientes tenían tratamiento con dos o más fármacos; los medicamentos más empleados fueron furosemida, enalapril y nifedipino. Palomeque Zambrano demostró que el 48 % de sus adultos mayores consumían antihipertensivos^{12,18,19}.

Coincidiendo así con el presente estudio y exponiendo que la polifarmacia reduce el flujo salival.

El efecto xerostomizante de los fármacos es producido por la acción de estos sobre el sistema nervioso central y las células mioepiteliales que regulan la secreción de las glándulas salivales²⁰. Es por ello que los pacientes que ingieren estos fármacos deben ir seguidos de una estricta vigilancia de la función salival, pues se les disminuye la respuesta gustativa; puede estar deteriorada la masticación, el alimento se adhiere a los dientes y a los tejidos blandos, la deglución es difícil, la mucosa bucal o faríngea puede agrietarse, sangrar debido a que el paso de aire la seca y no hay suficiente salivación para mantenerla constantemente humedecida.

Para aliviar los síntomas de los pacientes con xerostomía han sido desarrollados sustitutos de saliva artificial cuya propiedades químicas y físicas son muy semejantes a la saliva humana hasta tratamientos con neuroestimulación. Entre los sustitutos de saliva encontrados tenemos: la mucina extraída de la glándula submaxilar del bovino, la glicerina, el limón, la carboximetilcelulosa⁶. Biotene® y oralbalance® son productos de sistemas enzimáticos que contienen lactoperoxidasa, lisozimas y glucosa oxidasa, así como lactoferrina que proporcionan humedad a la mucosa bucal permitiendo una sensación de alivio en la sintomatología del paciente^{6,21,22}.

Muchos pacientes que tienen escasa producción de saliva y notan sequedad en la boca eligen consumir alimentos azucarados como caramelos para estimular la secreción de saliva, lo que acentúan la aparición de caries dental y el deterioro de su dentición natural.

La caries dental radicular es frecuente y debilitante entre los adultos mayores. Su prevalencia en la población general va aumentando a medida que envejece, ya que se asocia con la conservación de sus dientes por más tiempo, y por la disposición de la superficie de la raíz, que queda expuesta^{17,19}.

En 1940 se realizó estudio de los efectos producidos por la extirpación de las glándulas salivales en ratas, encontrando que el efecto más notable fue un incremento en el número de bacterias y en la incidencia de caries dental, además de una severa recesión gingival a nivel de los dientes anteriores, resultando una exposición del cemento, lo cual ocurrió entre 14 y 18 días de removidas las glándulas²⁰.

Estos resultados confirman la importancia de la saliva en el bienestar de la boca por sus múltiples funciones: favorece la masticación y deglución, inicia la digestión de los alimentos, lubrica el bolo alimenticio, protege la mucosa bucal, labial y los dientes a través de su efecto antimicrobiano y remineralizante, permite la sensación del gusto al humedecer los alimentos, concede el equilibrio hídrico, el intercambio iónico en la cavidad bucal y favorece a la dicción⁸.

Quedando establecida así la correlación entre una adecuada salivación y un buen estado de salud bucal.

Por otra parte, hay estudios que demuestran la vinculación de la xerostomía en pacientes con prótesis en mal estado y con estomatitis subprotésica respectivamente^{12,19}.

La xerostomía incide desfavorablemente en la disfunción masticatoria pues evita que se cumpla los principios físicos de biomecánica de la prótesis mucosoportadas: adhesión, cohesión, tensión superficial y presión atmosférica, disminuyendo la adherencia de la prótesis a los rebordes alveolares residuales, lo cual conlleva al desalojo de la misma con gran facilidad durante la masticación, la deglución y el habla. Es decir, el uso satisfactorio de la prótesis es extremadamente difícil sin la salivación adecuada.

A criterio de los autores, deben hacerse todos los esfuerzos por preservar los dientes de los pacientes geriátricos a los que se les indica fármacos con efecto xerostomizante, con el uso diario de geles tópicos, enjuagatorios fluorados, controles de placa dental bacteriana y un correcto control de la dieta cariogénica. Este tipo de pacientes, ingieren alimentos azucarados para estimular la secreción salival que se encuentra disminuida y esto además de favorecerlos en este sentido los perjudica, pues los detritus de alimentos se quedan alojados en su cavidad bucal al no ser removidos mecánicamente, debido a la falta de destreza al realizar el cepillado dental; originan caries dental y periodontopatías. Enfermedades que tienen una gran incidencia a nivel mundial y que con el de cursar del tiempo traen consigo la disfunción masticatoria.

Por todo lo anteriormente expuesto recomendamos que se realice una correcta vigilancia epidemiológica a pacientes que se le prescriben fármacos xerostomizantes y replicar este tipo de estudio en otros municipios del país.

CONCLUSIONES

Las mujeres con xerostomía son mayoría en la población geriátrica estudiada, la edad entre 70-79 años fue la más afectada. Los fármacos xerotomizantes más consumidos fueron los antihipertensivos y diuréticos. La disfunción masticatoria fue la enfermedad bucal más representada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Ministerio de salud. Guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años [Internet]. Chile: Minsal; 2010. [citado 20 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2014 [Internet]. La Habana: Minsap; 2015. [citado 20 Dic 2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
3. Bayo-Martin.dental [Internet]. España: Descubre cuáles son los 10 problemas dentales más frecuentes en la tercera edad. [Actualización 2015; citado 19 Mar 2017] Disponible en: <http://www.bayomartindental.com/descubre-cuales-son-los-10-problemas-dentales-mas-frecuentes-en-la-tercera-edad/>
4. Sánchez Jiménez J, Ramos Herrera CA, Acebal Blanco F, Arévalo Arévalo RE, Molina Martínez M. Manejo terapéutico de la Xerostomía en Atención Primaria. Medicina de familia [Internet]. 2004 [citado 19 Mar 2017];5(1):14-16. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/08.pdf>
5. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suarez E, Rodríguez Hernández Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Sept-Oct [citado: 20 Mar 2017];36(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema06.htm>
6. Chapa Arizpe G, Garza Salina B, Garza Enríquez M, Martínez Sabdoval G. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad aplicación de neuroestimulación. Rev Mexicana Periodontol [Internet] 2012 [citado 17 Mar 2017];3(1):38-46 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121h.pdf>
7. De Luca Monasterios FM, Roselló Llabrés X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. Av. Odontoestomatol [Internet]. 2014 [citado 20 Mar 2017];30(3):121-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n3/original2.pdf>
8. Colectivos de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
9. Bascones A, Tenovuo J, Ship J, Turner M, Mac-Veigh I, López-Ibor JM et al. Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre "Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente". Av Odontoestomatol [Internet]. 2007 Jun [citado 18 Sep 2017];23(3): 119-26. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n3/original1.pdf>
10. Dost F, Farah CS. Stimulating the discussion on saliva substitutes: a clinical perspective. Aust Dent J. [Internet]. 2013. [cited 2017 Mar 20]; 58(1):11-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/adj.12023>
11. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. En: 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil [Internet]. Brasil: AMM; 2013. [citado 20 Mar 2017] Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

12. Gómez Capote I, Hernández Roca CV, Clausell Ruiz M, Reyes Puig AC, Castilla González R. Xerostomía en adultos mayores del Reparto Camilo Cienfuegos de Habana del Este [Internet]. En: Congreso Internacional de Estomatología 2 hasta 9 de noviembre del 2015. La Habana: Palacio de las convenciones; 2015. [citado: 21 de Mar 2017]. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/528/311>
13. Hochberg MC, Tielsch J, Muñoz B, Bandeen-Roche K, West SK, Schein OD. Prevalence of symptoms of dry mouth and their relationship to saliva production in community dwelling elderly: the SEE project. Salisbury Eye Evaluation. J Rheumatol [Internet]. 1998 [cited 2017 Jan 20];25(3):486-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9517768>
14. Brailo V, Boras VV, Pintar E, Juras DV, Karaman N, Rogulj AA. Analysis of oral mucosal lesions in patients referred to oral medicine specialists. Lijec Vjesn [Internet].2013 [cited 2017 Jan 20]; 135(7-8):205-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Analysis+of+oral+mucosal++lesions+in+patients++referred++to++oral++medicine++specialists>.
15. Cuba. Minsap. Formulario Nacional de Medicamentos de Cuba [Internet]. La Habana: Minsap-Editorial Ciencias Médicas; 2014. [citado 22 Mar 2017]. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/hospmiguelenriquez/files/2018/01/Formulario-nacional-de-medicamentos.pdf>
16. Formiga F, Mascaro J, Vidaller A, Pujol R. Xerostomía en el paciente anciano. Rev Mult Gerontol [Internet] 2003. [citado 22 Mar 2017];13(1):24-28. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/28081985/download>
17. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. 2. da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
18. Ibañez Mancera NG, et al. Xerostomía (Hiposalivación) secundaria al tratamiento farmacológico de Hipertensión arterial. Rev ADM [Internet]. 2011. [citado 22 Mar 2017];68(6):283-89. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od116e.pdf>
19. Palomeque Zambrano AJ. Perfil Epidemiológico de la Salud Oral en personas de la Tercera Edad que habitan en el asilo Cristo Rey de la Ciudad de Cuenca. [Tesis Odontología Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015. [citado 20 Ago 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24042>
20. Escalona LA, Acevedo AM. Xerostomía. Diagnóstico y tratamiento. Acta Odontológica Venezolana. 1990, 28(1):37-40.
21. Löfgren CD, Wickström C, Sonesson M, Lagunas PT, Christersson C. A systematic review of methods to diagnose oral dryness and salivary gland function. BMC Oral Health [Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Jan 20];12:29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573918/>
22. Jacobson JJ. Is dentistry going to get into the salivary diagnostics game or watch from the sidelines. Today's FDA [Internet]. 2013 May-Jun [cited 2017 Jan 20];25(3):26-7, 29-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23858673>

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en esta investigación.

Recibido: 2018-01-27

Aprobado: 2018-09-18