



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 18 de Noviembre de 2021

C. AMAIRANI LIZBETH DOMINGUEZ PEREYRA

Pasante del Programa Educativo de: CIRUJANO DENTISTA

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL POR PROTESIS TOTAL EN PACIENTES GERIATRICOS DE
DE CONSULTA ESTOMATOLOGICA EN EL CENTRO DE SALUD PATRIA NUEVA, PERIODO
MARZO A DICIEMBRE DE 2020.

En la modalidad de: TESIS PROFESIONAL

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

MTRO. ROLANDO ROSAS SANCHEZ

E.E. GLORIA AZUCENA MAZA SANTOS

DR. ANGEL GUTIERREZ ZAVALA (Director de Tesis)



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Firmas:

[Handwritten signatures on lines]

Ccp. Expediente





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 18 de Noviembre de 2021

C. JESUS ABRAHAM RAMIREZ HERNANDEZ

Pasante del Programa Educativo de: CIRUJANO DENTISTA

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL POR PROTESIS TOTAL EN PACIENTES GERIATRICOS DE

DE CONSULTA ESTOMATOLOGICA EN EL CENTRO DE SALUD PATRIA NUEVA, PERIODO

MARZO A DICIEMBRE DE 2020.

En la modalidad de: TESIS PROFESIONAL

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

MTRO. ROLANDO ROSAS SANCHEZ

E.E. GLORIA AZUCENA MAZA SANTOS

DR. ANGEL GUTIERREZ ZAVALA (Director de Tesis)



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Firmas:

[Handwritten signatures]

Ccp. Expediente



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA

TESIS

Lesiones de la mucosa bucal por prótesis total en
pacientes geriátricos de consulta estomatológica en
el centro de salud Patria Nueva periodo Marzo a
Diciembre 2020.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:
Amairani Lizbeth Domínguez Pereyra
Jesús Abraham Ramírez Hernández

ASESORES:
Dr. Ángel Gutiérrez Zavala
Mtro. Rolando Rosas Sánchez
E.E. Gloria Azucena Maza Santos



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Diciembre del 2021

INDICE

Introducción	4
I. Planeamiento del problema	5
II. Objetivos	7
2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos	7
III. Justificación	8
VI. Marco teórico	10
4.1. Envejecimiento	11
4.2. Odontogeriatría	12
4.3. La salud buco dental en la tercera edad	13
4.4. Cambios asociados al proceso de envejecimiento	14
4.5. Prótesis total mal adaptada	17
4.6. Principios biomecánicos de una prótesis total	18
4.6.1. Retención:	18
4.6.2. Adhesión y cohesión	19
4.6.3. Tensión superficial	20
4.6.4. Tensión atmosférica	20
4.6.5. Viscosidad de la saliva	21
4.6.6. Sellado periférico	21
4.6.7. Estabilidad	22
4.6.8 Soporte	22

4.7. Factores en la aparición de las lesiones en la mucosa	23
4.8. Tipo de lesiones en la mucosa bucal	25
4.9. Ulceras Traumáticas - Aftas o Llagas	27
4.10. Estomatitis protésica	27
4.11. Quelitis angular o estomatitis angular	28
4.12. Hiperplasia fibrosa o épulis fisurado	29
4.13. Candidiasis	30
V. Material y método	32
5.1 Diseño de estudio	32
5.2 Descripción del área de estudio	32
5.3. Lugar de estudio	32
5.4. Tipo de estudio	32
5.5. Universo, Muestra y Muestreo	33
5.6. Población	34
5.7. Criterio de inclusión y exclusión	35
5.8 Variables y su operacionalizacion	36
5.9. Método de recolección de datos	39
5.10. Procedimiento de recolección de datos	39
5.11. Plan de análisis de resultados	39
5.12. Método y modelo de análisis de resultados	40
5.13. Programa a utilizar para análisis de datos	40
VI. Aspectos éticos y legales de la investigación	41
VII. Recursos materiales y humanos	42

VIII. Presupuesto	42
IX. Cronograma de actividades	43
X. Resultados	44
XI. Conclusión	52
XII. Discusión	53
XIII. Propuesta	54
XIV. Glosario	55
XV. Anexos	56
XVI. Bibliografía	58

Introducción

Actualmente los problemas asociados al progresivo envejecimiento de la población son objeto de mayor atención, debido al aumento de las personas mayores. En poco tiempo estaremos frente a una población importante de adultos mayores; así se tendrá que asumir la atención de este grupo poblacional. Estos pueden haber perdido piezas dentarias y la colocación de un aparato protésico constituye una solución para rehabilitar la función del sistema estomatognático.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población mundial envejece el 1,7% anualmente y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1 100 000 000 de personas mayores de 60 años en el mundo; de este total, según el Centro Latinoamericano de demografía, 82 000000 estarán en América Latina. El aumento de la población adulta mayor se debe, entre otros aspectos, a la reducción de las tasas de mortalidad infantil, de fecundidad (pasa de 5.96 en 1960 a 2.84 en el 2000, para Latinoamérica) y al aumento de la expectativa de vida y constituyen los factores poblacionales más característicos en los cambios demográficos del mundo desarrollado de hoy.

La forma en que las personas perciben su salud bucal está relacionada con el bienestar; una boca “saludable” contribuye a que se sienta bien y ayuda a su satisfacción. Por ello la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de la calidad de vida y se asocia a una variedad de indicadores de salud general y conductas saludables. Existen estudios que informan sobre la asociación entre la autopercepción de la salud oral global con la autopercepción específica de limitaciones funcionales bucales. Los instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a la salud oral, son sensibles para detectar la influencia de los tratamientos odontológicos en la percepción del paciente sobre su salud oral, lo que podría ser útil para relacionar satisfacción y percepción del paciente en relación a su rehabilitación.

El uso de prótesis durante largos períodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación, factores que conjuntamente con otros pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico. La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida.

I. Planeamiento del problema

El edentulismo es la manifestación de la falta de piezas dentarias en la boca, causado por diversos motivos, siendo los principales: caries dental y enfermedad periodontal, repercutiendo en la salud general del paciente.

Esto tiene como consecuencia que los adultos mayores demanden más los servicios odontológicos y usen prótesis o tengan necesidad de ellas. Por lo que deben de tener la capacidad para obtener atención dental más cómoda cuando sea necesario.

El restablecimiento de las piezas dentales extraídas, mediante prótesis removible beneficiaria diferentes funciones fisiológicas, como por ejemplo: la fonación, deglución, masticación y renovación de la estética perdida. Aun cuando esta alternativa promete ser beneficiosa no se encuentra exenta de causar daños relacionados con la susceptibilidad a los tejidos, derivados de incorrectos estilos de vida o por el envejecimiento que producen transformaciones importantes en las mucosas y huesos de la cavidad oral; pero sobretodo, que dan paso a la aparición de las lesiones.

La presencia de lesiones de la mucosa oral afecta el estado de salud, general, de las personas. Esto se debe a que son patologías acumulativas o progresivas que propician trastornos fisiológicos muy complejos que pueden llegar a afectar el estilo de comer, la forma de comunicarse, el aspecto físico, producir dolor y molestias. El área más frecuente para el desarrollo de las lesiones es la zona que mantiene el contacto constante con la parte interna de la prótesis. Esto se debe a que este punto da lugar a la presencia de microorganismos por la mala práctica de higiene y predomina un contacto directo con las mucosas; por ejemplo: paladar, suelo de boca, reborde alveolar, comisura labial, entre otras.

Estas lesiones protésicas pueden diagnosticarse de dos tipos: agudas y crónicas. La primera suele ser producto del uso de prótesis nuevas mal ajustadas que ejercitan una presión enorme contra los tejidos blandos lo que favorece la aparición de ulceraciones o isquemia arterial y/o dolor. La segunda, son el resultado de prótesis inestables que producen roces sobre el tejido lo que estimulan modificaciones graduales del tejido de sostén. Sin duda, la opción de cubrir las zonas de soporte con prótesis representa un ataque mecánico no fisiológico para los tejidos que pueden ser víctimas de irritación tisular y reacciones inflamatorias.

El diseño, elaboración y aplicación de cualquier prótesis no solamente tiene como objetivo básico reponer piezas dentales perdidas y tejidos subyacentes para una mejor estética y funcionamiento, sino también para mejorar los tejidos permanentes mediante una concepción bien clara de los estados de reposo y actividad de la estructura dental con precaución de no ocasionar daños a dichos tejidos.

Por lo anterior se investigó las lesiones de la mucosa bucal por prótesis total en pacientes geriátricos de consulta estomatológica en el C.S Patria Nueva, periodo Marzo – Diciembre 2020.

II. Objetivos

2.1. Objetivo general:

Determinar si existe relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones bucales de pacientes portadores de Prótesis totales.

2.2. Objetivos específicos:

Identificar la presencia de lesiones bucales de los pacientes portadores de prótesis totales incluidos en el estudio.

Identificar el tipo de lesiones en bucales de los pacientes portadores de prótesis totales incluidos en el estudio.

Clasificar las lesiones bucales prevalentes, de acuerdo al rango de edad, género, número de lesiones.

Establecer relación entre las lesiones benignas, premalignas y malignas observadas en los tejidos blandos de los adultos mayores.

III. Justificación

La instalación y control en prótesis estomatológica es un acto clínico en el cual se realizan una serie de controles y revisiones por estomatólogos que comprende diversas técnicas hasta obtener el ajuste y adaptación de estas en los tejidos, que le servirán de soporte definitivo, hasta que no existan alteraciones o molestias, lo que llega a constituir una parte solidaria del organismo humano. Es sabido por todos que una prótesis casi nunca se ajusta en forma correcta en los tejidos humanos de primera intención, por lo que es necesario un espacio de tiempo para que las prótesis colocadas se ajusten definitivamente sin producir molestias o alteraciones de tipo locales, generales y psicológicos, ya que es necesario una adaptación integral prótesis-paciente para que el organismo se acostumbre debidamente al cuerpo extraño representado por la aparatología, una vez efectuada la colocación de estas en su boca.

Saber los motivos nos permite implementar medidas preventivas y recuperativas con la finalidad de restablecer la salud bucal y disminuir las lesiones en pacientes geriátricos con prótesis totales.

Para ello se debe realizar una buena historia clínica y tener en cuenta que existen alteraciones del sistema estomatognático tales como por ejemplo: candidiasis eritematosa, estomatitis protésica, hiperplasia fibrosa inducidas por la prótesis, paladar del fumador, queilitis angular y úlceras traumáticas, ya que cada vez se ve con mayor frecuencia a los pacientes geriátricos en la clínica dental.

Los problemas que puedan surgir durante el tratamiento dental, puede deberse:

- Tiempo de uso, algunos autores recomiendan no retirar la prótesis los primeros días de haber sido colocada y sobre todo en el sueño, para una mejor adaptación, solo retirarlas para higienizarlas. Otros autores manifestaron evitar el uso nocturno para que la mucosa se libere del contacto con las bases, ya que es un material extraño que en algunos individuos puede ocasionar lesiones debido sobre todo por prótesis mal elaboradas o ajustadas, porque el monómero en exceso al mezclarse con la saliva irrita químicamente los tejidos.
- Inquietud del paciente por la movilidad de la prótesis al masticar.
- Molestia o puntos dolorosos de presión.

- Alteraciones de la fonación, hay que explicar al paciente que el habla puede estar alterada, por lo que debe practicar leyendo en voz alta o controlándose frente a algún espejo, no debe repetir las mismas palabras, pues la impresión de no hablar con corrección se convertirá en un obstáculo mental durante el periodo de adaptación.
- Exceso de saliva es normal; al colocar las prótesis durante las primeras horas, las glándulas salivales se estimulan, por lo que hay que explicar al paciente que esto se detendrá dentro de algunas horas y sus palabras no serán confusas.
- Mordisqueo de la lengua o carillos
- Nauseas
- Afecciones psicológicas

No debemos de culpar de todo al paciente ni cambiar nuestros procedimientos técnicos y menos comenzar la elaboración de una nueva prótesis por lo que se debe dar el apoyo emocional y profesional para el éxito del tratamiento.

El propósito del estudio será determinar los motivos principales de las lesiones de la mucosa bucal por prótesis total en pacientes geriátricos y si existe una relación entre el estado de conservación de la prótesis para tener un instrumento que nos permita recolectar los datos de los tratamientos que se han hecho, así como registrar las causas más comunes, esto permitirá brindar la información necesaria para planear actividades preventivas promocionales que permitan a los paciente recuperar la salud bucal; y desde un punto de vista social, se conocerá la capacidad de atención en los centros odontológicos para actividades de proyección social.

VI. Marco teórico

A nivel mundial y en Latinoamérica.

El término envejecimiento se refiere a un proceso que se da tanto en una persona como en una población. Desde el ámbito demográfico se define como el aumento gradual de la proporción de personas adultas y de edad avanzada, con respecto a la población total, en tanto que el envejecimiento individual alude al proceso biológico, psicológico y social que vive una persona al alcanzar una edad avanzada. (C. J. 1990)

Hay dos procesos determinantes en el **envejecimiento de la población**, en primer lugar, el descenso de la fecundidad y el otro es la disminución de las tasas de mortalidad, fenómenos que se han producido paralelamente y a consecuencia del desarrollo científico, técnico y económico. Estos dos fenómenos están condicionados por las variables sociales y económicas de cada país. (C. J. 1990)

Un fenómeno asociado al envejecimiento de la población es que las personas viven en promedio más años que antes, en términos demográficos significa un aumento en esperanza de vida. Quiere decir, que una persona puede vivir en promedio más años que aquellos que han nacido en otro momento. (F. 2001)

La esperanza de vida es un indicador sensible a las condiciones de vida y al desarrollo de los países. Así tenemos que a mayor desarrollo, mayor es la esperanza de vida de los habitantes de un país. La esperanza de vida promedio en los países más industrializados está en el orden de los 75,5 años para los hombres, en tanto que para las mujeres alcanza los 83 años.

El **envejecimiento individual** es el segundo concepto de envejecimiento mencionado, tiene que ver con la prolongación de la vida de los individuos. El proceso de envejecimiento biológico ocurre a lo largo de toda la vida, sin embargo se considera vieja a una persona cuando se encuentra al final de ésta, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. (C. J. 2000)

Como se ha descrito, el envejecimiento poblacional está definido en base a tres factores que determinan la llamada pirámide demográfica, son: la fertilidad, la mortalidad infantil y los fenómenos migratorios, sobre todo en las capas juveniles.

La **Organización de Naciones Unidas** (ONU), en el año 1956 estableció tres parámetros para caracterizar si una sociedad era joven o madura; utilizando como límite inferior del comienzo de la tercera edad los 65 años y más. (E. s.f.)

1. Sociedad joven: aquella que tiene menos de un 4% de personas mayores de 65 años
2. Sociedad madura: aquella que tiene entre un 4 y un 6.9% de adultos mayores
3. Sociedad envejecida: aquella que supera el 7% de adultos mayores

Ancianos jóvenes: Personas de edades comprendidas entre los 60-74 años. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia (es independiente para realizar las actividades de la vida diaria); por ello, el estomatólogo deberá desarrollar para este grupo un plan educacional dirigido a prevenir la incapacidad. (C. J. 2000)

Ancianos: Personas de 75-84 años. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables, así como la morbilidad y la mortalidad. (C. J. 2000)

Ancianos viejos: Personas de más de 85 años. La fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes. (C. J. 2000)

4.1. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal que se traduce en una serie de cambios fisiológicos que lenta y progresivamente se presentan en el transcurso del tiempo y pueden considerarse como el efecto global del envejecimiento celular. Se caracteriza por la disminución gradual de algunas funciones y desaparición de otras, disminución de la adaptabilidad y defensas frente a los cambios ambientales, aumentando la vulnerabilidad de la persona con la aparición de una mayor incidencia de enfermedades que ponen en peligro la supervivencia del sujeto. (M. 2001)

Una definición cronológica de tercera edad o de persona mayor se usa con mucha frecuencia, pero es cuestionada. Tanto la Organización de la Naciones Unidas (ONU) como la OMS utilizan

tablas donde categorizan a las personas mayores en rangos de edad, que inician a partir de los 60 en algunos casos 65 años y a los 80 años, clasificándolos en mayores y muy mayores respectivamente. (cols 2001)

Para muchos hombres y mujeres, especialmente en países en vías de desarrollo, la tercera edad viene acompañada de enfermedades y discapacidades crónicas, el resultado de unas vidas vividas en la pobreza, con escaso (o ningún) acceso a una asistencia sanitaria adecuada. Muchas personas son “mayores” funcionalmente en la cuarentena o en la cincuentena, lo que pone en duda la pertinencia de las definiciones cronológicas de la vejez. Para las personas mayores de países desarrollados la importancia de la salud personal se clasifica constantemente al mismo nivel que la de la seguridad material como preocupación prioritaria. (K. 1999)

4.2. Odontogeriatría

La Odontogeriatría, “es el estudio multidisciplinario del proceso de envejecimiento en el área bucofacial y su relación con zonas vecinas”. Su objetivo principal es el estudio del envejecimiento bucofacial mediante la investigación clínica y básica, para aportar mejores bases en la toma de decisiones clínicas. (D. 2000)

La Odontología Geriátrica es aquella parte de la Odontología que trata del cuidado de la salud oral de los ancianos con una o más enfermedades crónicas, debilitantes, físicas o mentales, asociadas a tratamientos medicamentosos y problemas psico-sociales. (R. 1997)

La prestación de servicios odontológicos a los adultos mayores, no sólo es una aplicación de odontología general, esta debe darse con base en principios científicos, que partan del conocimiento, entendimiento y manejo del proceso de envejecimiento del individuo y de su cavidad bucal. Una encuesta realizada en 1986, por un grupo de la Comisión para la Educación y la Practica Dental Internacional (FDI), acerca de los problemas específicos en el campo de la Odontogeriatría, permitió establecer las siguientes áreas como las de mayor preocupación: (D. 2000)

1. Tanto los odontólogos como el personal no odontológico consideraron que los adultos mayores no valoran su salud bucal.

2. Los odontólogos reportaron no tener el suficiente entrenamiento para atender a esta población.
3. Que existían dificultades con la accesibilidad al consultorio para las personas mayores.
4. Que hay ausencia de programas públicos que promuevan la salud bucal para este grupo poblacional, y el insuficiente financiamiento a la investigación de las necesidades de salud bucal para los mismos.

La situación de los adultos mayores en lo que se refiere a su salud física, puede considerarse cubierta por todos los servicios y programas desarrollados con este fin por la medicina. No puede decirse lo mismo en lo que se refiere a la rehabilitación bucodental y la participación de la estomatología en la prevención y conservación de esta. (Castañeda N. 2001)

4.3. La salud bucodental en la tercera edad

Las personas mayores son una combinación y expresión compleja de predisposiciones genéticas individuales, estilos de vida, socialización y ambientes, los cuales afectan sus creencias sobre la salud y su comportamiento sobre la misma. (R. 1997)

En el pasado, la población de adultos mayores se consideraba una proporción relativamente pequeña de la población; la mayoría de estas personas eran edéntulas y utilizaban los servicios odontológicos con poca frecuencia, y cuando lo hacían, era sólo por aquellas necesidades no realizadas antes y que no podían ser ignoradas por más tiempo. Sin embargo, hoy existen grandes evidencias para demostrar que han surgido nuevos consumidores dentales, y se trata de este grupo creciente de adultos mayores, los cuales cada vez más, tienen más alto nivel de instrucción, por lo tanto poseen más información, acceso y conocimiento de los tratamientos realizados en la actualidad, y lo más importante, preservan dientes remanentes. Como pacientes estas personas tienen un rango de necesidades y expectativas mayor, y demandan gran variedad de servicios. (R. 1997)

4.4. Cambios asociados al proceso de envejecimiento

Al igual que en el resto del organismo conforme la edad avanza se van presentando cambios en las distintas estructuras y tejidos de la cavidad bucal. El envejecimiento normal de los tejidos que componen el aparato estomatognático no afecta por sí mismo la función y bienestar de las personas mayores, sin embargo, debido a la suma de factores etiológicos que aparecen durante la vida y las deficiencias en cuanto a medidas preventivas y terapéuticas, algunas de las alteraciones bucales prevalentes en las personas de la tercera edad constituyen la extensión de problemas establecidos en otras épocas, los cuales no han recibido atención adecuada.

Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad, forman parte del envejecimiento general del organismo, conociéndose que un número importante de ancianos, presenta enfermedades en los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general.

El tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez.

La valoración del paciente geriátrico debe de incluir 5 aspectos fundamentales; salud física, salud mental, nivel socioeconómico, circunstancias del ambiente y estado funcional. Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran, dando lugar a las alteraciones de la estructura y el funcionamiento vital de los órganos, sistemas y aparatos.

Según el investigador ortega Velazco;

Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal.

Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son resultados de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad puede tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicha o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedades, pero indican a cambios bioquímicos funcionales y estructurales. (Castellanos JL. Diaz GL 2002)

- **Dientes:** El oscurecimiento dental, atrición, líneas de fracturas coronarias secundarias a bruxismo y tendencia a caries radicular, son algunos de los cambios. Con el paso de los años se incrementa la pérdida de dientes en la población, sin embargo, no puede afirmarse que el envejecer cause edentulismo o que el perder dientes sea inherente a la edad, por lo tanto los problemas bucodentales de los ancianos han sido originados y acumulados a lo largo de la vida, unido esto a las complicaciones crónicas y sistémicas que los acompañan. (Taboada O. 2000)
- **Periodonto:** Recesión gingival, atrofia de las encías y disminución del grado de queratinización son cambios asociados con la edad. A mayor edad, mayores son las cifras de prevalencia de gingivitis y periodontitis, especialmente porque a los ancianos se les dificulta el control de la placa bacteriana. (O. 2005)
- **Mucosa bucal:** Resultado de los cambios metabólicos que se producen en las personas de edad, las membranas mucosas de la cavidad bucal pueden atrofiarse y hacerse frágiles, adquiriendo un aspecto liso y brillante. También las encías muestran estos cambios, junto con la pérdida de puntillado característico. El adelgazamiento progresivo de la capa epitelial se produce en combinación con un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo. Clínicamente estos efectos producen una reducción de la elasticidad de los tejidos. Además, el descenso de los capilares superficiales y la consiguiente reducción de la irrigación sanguínea retrasa la micronutrición y deteriora la capacidad de regeneración. (M. 2001)
- **Capacidad masticatoria y deglución:** Los cambios en la masa muscular influyen en la capacidad masticatoria, así como la frecuencia en la deglución. Estas actividades se ven más deterioradas en los ancianos que han perdido dientes o que utilizan aparatos protésicos mal adaptados. (O. 2005)
También se ha observado que los ancianos tienen una menor frecuencia de deglución que los jóvenes, las personas mayores sanas mastican con menos fuerza, debido a la

disminución en tamaño de la masa muscular y empeora con la pérdida parcial o total de dientes. Sin embargo, a pesar de las alteraciones funcionales observadas en algunos componentes individuales del aparato masticatorio y en el proceso de deglución, no parece existir ninguna alteración significativa en este último avance de edad. (Castellanos JL. Diaz GL 2002)

- **Gusto:** El sentido del gusto, se origina y ocurre durante la masticación y la deglución, cuando los alimentos se ponen en contacto con las papilas gustativas, distribuidas a lo largo de la superficie dorsal de la lengua, paladar blando, faringe, laringe, epiglotis, úvula y la primera parte del esófago. Estas papilas gustativas transmiten señales en relación a la calidad e intensidad, y pueden detectar las sensaciones gustativas de dulce, agrio, salado, picante, amargo, etc. (Castellanos JL. Diaz GL 2002)

Conforme avanza la edad, se producen ciertos cambios sensoriales asociados al envejecimiento, donde pueden estar alterados el gusto y el olfato, esto influye directamente en la nutrición. Estos cambios a nivel gustativo pueden verse irritados por la ingesta de medicamentos, ya que como es bien sabido, la mayoría de los adultos mayores, presentan múltiples enfermedades crónicas.

- **Glándulas salivales y saliva:** La saliva es una secreción exocrina compleja, que cubre y protege toda la superficie bucal. Tiene una participación fundamental en el mantenimiento de la homeostasis de la cavidad bucal y participa de manera importante en el proceso digestivo. La mayor parte de la saliva se produce en las glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sublinguales) y sólo alrededor del 7% es producida por las glándulas salivales menores. (Castellanos JL. Diaz GL 2002)

La producción de saliva en el ser humano sano, oscila entre 600 y 800 ml, y casi la totalidad se produce durante el día, observándose una tasa de fluido salival en estado de reposo de aproximadamente 0.4 ml/min y de alrededor de 2 ml/min en condiciones de estimulación. Estos valores pueden variar, ya que existen factores que pueden modificar la tasa de producción salival en reposo, como grado de hidratación, consumo de medicamentos inductores de hiposalivación, presencia de estímulos secretores e ingestión de alimentos entre comidas.

Esta alteración en la cantidad y la calidad de la saliva, afecta de manera importante la cavidad bucal del adulto mayor, provocando las lesiones cariosas características que se observan en esta población, a nivel del tercio gingival, producto de la hiposalivación y los cambios de pH y flora bacteriana, aunados también a la exposición de los cuellos dentarios, producto de la recesión gingival y enfermedades periodontales. (Castellanos JL. Diaz GL 2002)

4.5. Prótesis total mal adaptada

El uso de prótesis durante largos períodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente, puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación, factores que conjuntamente con otros, pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico. Las lesiones en la mucosa bucal, de igual manera que las enfermedades, afectan la salud general del individuo, son progresivas y acumulativas y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas, ya que pueden llegar a afectar la capacidad de comer, el tipo de alimentos que se elige, el aspecto y la forma de comunicarse, estas enfermedades pueden afectar también la productividad económica y limitar la capacidad para desempeñar algunas actividades.

Los hábitos de uso incorrecto como lo son el uso continuo de la prótesis las 24 horas del día y la incorrecta limpieza de la misma, han demostrado estar íntimamente asociados con la presencia de inflamación en la mucosa bucal, paladar y tejidos blandos en contacto con la prótesis. Entre los factores locales más importantes en el desarrollo y prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes con prótesis removible se encuentra: mala higiene bucal, mala calidad en la superficie de la prótesis removible, trauma mecánico ocasionado por mal ajuste de la prótesis, relaciones oclusales incorrectas, sequedad bucal, tiempo de uso de la prótesis y susceptibilidad de los tejidos por el envejecimiento. (Rodríguez Calzadilla O. L 2018)

El uso continuo de la prótesis total removible es un factor de riesgo para el paciente, ocasionando lesiones en la mucosa del complejo bucal como la estomatitis subprotésica, enfermedad en el periodonto y tejidos adyacentes, además de lesiones de crecimiento de los tejidos de tipo inflamatoria o neoplásica. (Rodríguez Calzadilla O. L 2018)

Las lesiones son más frecuentes en aquellos pacientes que tienen más de 10 años de uso de la prótesis estomatológica y de forma permanente. La estomatitis subprótesis aparece con mayor

frecuencia en pacientes con tiempo de uso de 6 a 20 años, el émulis fisurado y fibroso; por el uso por más de cinco años y de forma continua. (Rodriguez Calzadilla O. L 2018)

4.6. Principios biomecánicos de una prótesis total

Entre los objetivos principales para realizar una prótesis total son el recuperar las funciones perdidas, el aspecto facial del paciente y el poder conservar la salud del mismo.

Hoy en día se puede considerar que los principios biomecánico de una prótesis total que son 3:

- Retención.
- Soporte.
- Estabilidad.

4.6.1. Retención:

Es la propiedad de la prótesis de oponerse a las fuerzas de tracción y entre estas van a estar la adhesión y la cohesión, tensión superficial, presión atmosférica, viscosidad de la saliva y el sellado periférico.

Para elegir la técnica de retención más adecuada en la elaboración de las prótesis, se realiza un examen minucioso del área donde se encuentra el defecto, las cavidades, las condiciones de los tejidos y las zonas de soporte óseo.

Retención anatómica

Es la retención dada por la anatomía propia de la boca en los pacientes edéntulos, que después del tratamiento quirúrgico no presenta deformidades de importancia, es el método más adecuado, ya que conjunta la fijación, retención y estabilidad funcional que requiere el paciente, así como la estética.

Retención química

Durante muchos años la técnica de elección más efectiva para brindarle al paciente fijación, y retención y estabilidad a su prótesis han sido los adhesivos médicos.

Retención mecánica

La más usada en la cavidad bucal, tanto para prótesis dentales como para restauraciones, actualmente se cuenta como una gama de materiales y estructuras que le garantizan al paciente una excelente retención: ayudándonos con ganchos colados, ganchos forjados de titanio, cromo, cobalto, puentes, barra lingual, palatina, ataches, conectores, esqueletos protésicos. (Redin. 2017)

4.6.2. Adhesión y cohesión:

Cuando dos sustancias diferentes entran en contacto directo, las moléculas de cada cuerpo se atraen unas a otras; así se unen las moléculas del epitelio y la base de la dentadura, realizando la adaptación. El efecto más importante es la adhesión de las moléculas de saliva a la dentadura y a los tejidos de la boca, de tal forma que la fuerza adhesiva es mayor que las fuerzas que sostienen unidas a las moléculas de la saliva. (Redin. 2017)

Adhesión:

Es la fuerza de atracción que mantiene unidas las moléculas de distinta especie química. La acción de la adhesión en las prótesis completas viene dada por la atracción de las moléculas de la saliva y las del acrílico de las bases, y por la relación entre la saliva y la fibromucosa subyacente. (Redin. 2017)

Cohesión:

(Fuerza que une moléculas semejantes) entre las moléculas de la saliva permite que dicha prótesis recupere su posición inicial- por ello, es muy importante la regularidad del mecanismo salival, ya que si tuviese irregularidades no se produciría una correcta movilidad de la prótesis (las prótesis no regresarían a su lugar tras pequeños desplazamientos), y disminuirá la adhesión.

4.6.3. Tensión superficial:

Debido a que la capa de saliva se quiebra en dos la dentadura llega a perder su retención, una parte se quiebra en la superficie de la dentadura y el otro en los tejidos, a pesar de esto la presión atmosférica ayudara a mantener la dentadura en su posición. (Redin. 2017).

La tensión superficial se produce en la región donde el borde de la prótesis se une con la región de la mucosa móvil del fondo del surco bucal. La película de saliva que se encuentra entre la mucosa y el borde de la prótesis evita que penetre el aire, manteniendo la presión interna de la saliva y manteniendo la fuerza cohesiva. Si se pierde la tensión superficial y el sellado periférico, entrara aire y la prótesis caerá y perderá las fuerzas de adhesión y cohesión.

4.6.4. Tensión atmosférica:

El efecto de la tensión superficial reduce ligeramente la presión interna de la saliva; por lo tanto, es importante excluir tanto aire como sea posible de la capa de saliva.

El efecto total de la tensión superficial y la presión atmosférica se relaciona con el área cubierta por la base de la dentadura. Mientras mayor sea el área mayor será el poder retentivo. (Redin. 2017).

Siempre que una prótesis se encuentra en reposo, la presión interna (negativa) se iguala a la presión externa. La presión atmosférica interviene únicamente cuando se generan fuerzas que tienden a expulsar la prótesis, de forma que aparece una presión negativa entre la prótesis y la mucosa. La actuación de la presión atmosférica es relativamente elevada al ser resultado de la diferencia entre la presión externa e interna requiere que el sellado periférico de las prótesis sea óptimo, de modo que no se introduzca nada de aire ante la presencia de fuerzas para que pueda desarrollarse el efecto de ventosa. (Redin. 2017).

4.6.5. Viscosidad de la saliva:

La principal fuente de retención de una prótesis total a la mucosa subyacente es la saliva; la saliva fluida va a generar una película súper fina entre 0.1mm de espesor, esta aumentara el efecto de capilaridad entre la mucosa y la base protésica; la saliva viscosa formara una película más espesa entre la mucosa y la base protésica, la cual tiene mayor probabilidad de romperse. (Redin. 2017)

Cuando se intenta retirar la dentadura, la viscosidad de la capa de saliva que contiene mucina detiene o se resiste a esta fuerza proporcionando una fuerza retentiva.

Esta facilita la adhesión, mientras que la fluidez de la misma causa el efecto contrario. Sin embargo es importante que la saliva tenga una cierta viscosidad, pero dentro de unos límites; ya que una saliva demasiado espesa y viscosa es suficiente para desplazar la prótesis de su ubicación correcta. La cantidad y consistencia de la saliva afecta a la estabilidad, retención y confortabilidad de las prótesis. Mientras un exceso de saliva complicara la toma de impresiones y constituye una molestia para el paciente, la ausencia de saliva o xerostomía presenta inconvenientes más graves. La humedad es necesaria para que actúen los factores habituales de la retención. La usencia de saliva produce la adhesión de mejillas y labios a la base de la prótesis y eso se vuelve incómodo para el paciente. El bienestar durante el uso de las prótesis depende en medida de la capacidad lubricante de la saliva. La sequedad de la mucosa oral compromete la retención de las dentaduras y puede producir molestias en la mucosa o úlceras en las zonas de apoyo de las prótesis. (Redin. 2017)

4.6.6. Sellado periférico:

La delimitación correcta de los bordes periféricos de la dentadura superior e inferior, es importante para evitar la penetración de aire y consecuentemente la ruptura de la capa de la saliva. (Redin. 2017)

Es un procedimiento que tiene por objetivo adaptar con una ligera presión, el borde de las cucharillas a la mucosa, modelando las inserciones mucogingivales, frenillos y áreas linguales con las que se ponen en contacto; con el fin de delimitar el área basal de las prótesis totales procesadas y que estas se adapten a los rebordes alveolares del paciente, siguiendo la forma de las inserciones musculares y del surco mucogingival.

4.6.7. Estabilidad:

Es la propiedad que tiene las prótesis para conservar su posición de reposo o de volver a ella después de haber realizado movimientos funcionales; es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas horizontales y de rotación. (Redin. 2017)

La acción coordinada y equilibrada de las superficies pulidas con las presiones de los labios, carrillos y la lengua genera fuerzas estabilizantes durante la función y mantienen una estrecha relación con la oclusión y la articulación de los dientes. (Redin. 2017)

4.6.8 Soporte:

Es la propiedad que tiene la prótesis para que no se produzcan fuerzas excesivas sobre las estructuras de apoyo (mucosa y hueso subyacentes), es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas de compresión. La zona de soporte protésico se va reduciendo a medida que se reabsorbe el reborde residual. Cuando se emplean prótesis desajustadas durante largos periodos de tiempo, el reborde residual puede reabsorberse gravemente, si las crestas están muy reabsorbidas, el área que soporta la prótesis se reduce y la mucosa que la rodea disminuye el grosor y elasticidad. La consecuencia es que el reborde es incapaz de soportar adecuadamente la carga oclusal. Mediante un rebase a tiempo, puede conseguirse una mejora en el soporte, estabilidad oclusal y la eficacia masticatoria. (Redin. 2017)

4.7. Factores en la aparición de las lesiones en la mucosa

El envejecimiento es uno de los cambios fisiológico en el adulto mayor lo que conllevará alteración en los tejidos orales relacionado a un proceso dinámico de cambios morfológicos, funcionales y bioquímicas, que se desarrollan en el momento del nacimiento y a lo largo de la vida. (Franco M Junio 2011)

Estos cambios pueden estar relacionados de manera directa e indirecta con factores intrínsecos (genéticos, metabólicos, sistémicos), extrínsecos (tabaquismo, higiene oral, prótesis, medicamentos) y actividades psicomotoras y psicosociales, los cuales llevaran a la disminución e incapacidad de los procesos de autocuidado, particularmente en los tejidos orales. (Franco M Junio 2011)

Uno de los cambios en la cavidad oral en los adultos mayores es:

a) Disminución del flujo salival denominada (hiposialía), es cuando hay una sensación de ardor en las mucosas orales, otro de los síntomas es la disminución del sentido del gusto (disguesia), se debe a un proceso de infección recurrente que suele ser llamado síndrome de boca ardiente, esto va a depender del género, se ha observado una mayor prevalencia en el sexo femenino que presentan disminución de saliva desde los 60 años de edad. (Franco M Junio 2011)

b) Alteraciones en la mucosa oral con el pasar de los tiempos, pierden las características del brillo, textura y elasticidad lo que llevara a una atrofia del epitelio, cambios que están relacionados con el tabaquismo, alcohol, prótesis, alimentación y patologías como él (liquen plano, leucoplasia), que pueden generar carcinomas escamocelulares. (Franco M Junio 2011)

c) Cambios en la lengua, la mayoría son de origen benigno, una de las más frecuentes son las alteraciones del gusto por la atrofia de las papilas gustativas, otra seria glositis migratoria benigna, aumento del tamaño (macroglosia) en algunos individuos. La presencia de fisuras también es un cambio frecuente, que son relacionadas con enfermedades sistémicas. (Franco M Junio 2011)

d) Disminución del hueso alveolar que está relacionada con la enfermedad periodontal esta disminución del hueso alveolar se ha reportado en un 40% de la población adulta, y puede

aumentar según la edad, genética, enfermedades óseas metabólicas como la (osteoporosis), exodoncias e higiene oral. (Franco M Junio 2011)

En las últimas décadas la prevalencia sobre el edentulismo y el número de incidencias sobre la pérdida dental en Europa y en otras regiones han disminuido, sin embargo en la mayoría de los pacientes edéntulos con prótesis dental ya sea parcial o total el tratamiento con prótesis removibles tiene un beneficio en la salud oral devolviéndole la función fonética, estética y masticatoria. (Franco M Junio 2011)

El uso de las prótesis dentales mal ajustadas por más de 5 años tienden a producir lesiones en la mucosa bucal como estomatitis subprotésica, épulis fisurado y úlcera traumática estas lesiones son más prevalentes en el sexo femenino ya que se retiran las prótesis con menor frecuencia que en el sexo masculino, los tratamientos de estas lesiones sería en el caso de la estomatitis subprotésica y úlcera traumática, el cambio por una prótesis nueva y en el caso de la épulis será una intervención quirúrgica y una prótesis nueva. (L, M y C. Abril 2014)

En la mayoría de los estudios se han observado un mayor porcentaje de enfermedades en la mucosa bucal, por el uso de prótesis dental en pacientes edéntulos totales, esto suele presentarse en adultos mayores que están comprometidos con enfermedades crónicas y discapacidades entre otras, los indicadores clínicos del estado de salud bucal y la calidad de vida de estos pacientes. (R y J. Marzo - Abril 2012)

La pérdida total de los dientes y el uso de unas prótesis convencionales han mostrado un efecto negativo en la calidad de vida de las personas; esto ha sido utilizado para medir el efecto en la calidad en la utilización de unas prótesis nuevas en los pacientes edéntulos totales. (R y J. Marzo - Abril 2012)

El Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), ha sido diseñado para medir los problemas de salud bucal de los adultos mayores. El instrumento muestra un alto nivel y confiabilidad con las nuevas prótesis, así como los cambios funcionales después de un mes de haber usado estas nuevas prótesis. (R y J. Marzo - Abril 2012)

El comportamiento psicológico de los pacientes portadores de prótesis dental se va afectando en la estimulación de los tejidos de sostén lo que ocasionara una agresión en la cavidad oral. La

mayoría de los autores manifestaron que presentan una mayor incidencia de enfermedades con la cavidad bucal que van desde un proceso inflamatoria hasta alteraciones leucoplásicas. (I, y otros 2016)

Las prótesis de mala calidad y mal elaboradas así como el uso excesivo de tiempo requerido, han incrementado la aparición de las lesiones bucales en la cavidad oral otra de las causas es una inadecuada higiene en las prótesis y de la cavidad oral, lo que aumentaría la proliferación de microorganismo oportunistas como la *Candida albicans*; que pueden irritar la mucosa bucal en diferentes grados. (I, y otros 2016)

Varios estudios reportan que el edentulismo tiene mayor prevalencia en el adulto por lo cual la mayoría de las personas son portadores de prótesis dentales teniendo como objetivo reemplazar las piezas dentarias con la finalidad de devolver la función estética, fonética y masticatoria, cuando estas prótesis son adaptadas en la cavidad oral constituye un hecho traumático de primera magnitud, con implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales. (C, B y S. 2015)

4.8. Tipo de lesiones en la mucosa bucal

En los pacientes adultos mayores se determinó que el 45 % están asociadas con las lesiones en la mucosa por el uso de las prótesis dentales y aproximadamente el 60% de estos pacientes presentaba alguna lesión mucosa no asociada al uso de una prótesis dental. (S, y otros 2013)

Las prótesis dentales constituyen un remplazo para la pérdida de las piezas dentarias. Pero, aun cuando son una buena solución, para la cavidad oral lo cual no quiere decir que no esté libre de provocar lesiones en los tejidos orales por el envejecimiento fisiológico que pueden llegar a cambios en la mucosa oral ocasionando alterar los tejidos de soporte uno de ellos es la falta de ajuste y la inestabilidad de las prótesis dentales son considerados coadyuvantes en la aparición de las lesiones en la mucosa bucal lesiones que pueden ser desde la más simple hasta maligna y causar un gran problema de salud en el paciente. (B, M y E. 2010)

Las lesiones orales en pacientes portadores de prótesis dentales se establece en un grupo, estas prótesis suelen ser las causas debido a los cambios de la cavidad oral, tanto en los aspectos clínicos como histopatológico, sin embargo también están relacionadas a las enfermedades

sistémicas que pueden alterar los tejidos de la mucosa oral, otra de las causas es la hiposalivación y para función pueden tener mayor riesgo en alteraciones de la mucosa oral. (Mubarak S 2015)

La prevalencia de las lesiones en la mucosa oral ha sido un incremento por la edad mientras que en un estudio determinaron que la pérdida de las piezas dentales aumenta con la edad y el uso de una prótesis dental parcial removible suele ser remplazada más tarde por una prótesis total. En cambio otros autores recomiendan que el tiempo de uso de una prótesis dental aumente la edad de los portadores ya que no están dispuestos a cambiar o sustituir sus prótesis viejas, que son las causantes de las lesiones en la mucosa oral. (Mubarak S 2015)

Una de las causas importantes durante el desarrollo de las lesiones orales parece ser los de carácter traumático, la mala higiene bucal y la sequedad en la cavidad oral. Los primeros incluyen las quemaduras, mucosa mordisqueada, efecto local del tabaco y la acción de las prótesis, las cuales al estar mal adaptadas, originan continuos microtraumatismos sobre la mucosa de soporte que cubren. (Lemus L 2009)

Otra de las causas se debe a una mala higiene de la prótesis dental y de la cavidad oral debido a la acumulación y proliferación de microorganismo ocasionando una disminución de la microflora bucal permitiendo la entrada de microorganismo oportunistas como la *Candida albicans*. (Lemus L 2009)

Las lesiones bucales reactivas asociadas con el uso de las prótesis dentales pueden ser de dos tipos: agudas o crónicas:

Las lesiones agudas son aquellas que suelen producirse por prótesis nuevas y mal ajustadas que van a ocasionar una presión excesiva sobre los tejidos blandos, lo que provocara una isquemia arterial, ulceración y dolor. (M, y otros 2014)

Mientras que las lesiones crónicas se deben a una alteración que se desarrolla en el tejido de soporte, donde las prótesis removibles desajustadas, producen leves roces sobre el tejido que conllevara a un proceso inflamatorio crónico. (M, y otros 2014).

4.9. Úlceras Traumáticas - Aftas o Llagas

Las úlceras traumáticas son desarrolladas con mayor repeticiones dentro del primer y segundo día después de la adaptación de la nueva prótesis dental pero también suelen presentarse en la prótesis con mayor tiempo de uso y mal adaptada, otra de las causas sería una oclusión desequilibrada esto se presenta durante los primeros 5 años de haber usado las prótesis. (Mubarak S 2015)

Las lesiones son una de las más frecuentes sobre todo en una prótesis removible debido a varios factores como el desajuste provocando el exceso de movilidad que puede llegar a una atrofia del epitelio de la mucosa que generalmente suelen ser indolora. (Nuño J 2009)

El siguiente grado de lesión es la erosión, en la cual se perdió parte del espesor del epitelio pero sin afección del tejido conjuntivo ya que se suele dar algunos síntomas dolorosos, por último se presentan úlceras que son dolorosas por su tamaño y varían dependiendo de la fuerza ejercida y el tiempo de la evolución. Una de las causas de estas úlceras es producida por el roce con los bordes de una prótesis total. (Nuño J 2009)

Las úlceras orales se clasifican en:

- Úlceras agudas: esta lesión suele aparecer de forma espontánea y de poca duración debido a un traumatismo en los tejidos de soporte otra de las causas sería por una micosis o por enfermedades sistémicas.
- Úlceras crónicas: en cambio estas son de aparición lenta. (L y M. 2016)

4.10. Estomatitis protésica

La estomatitis protésica es una enfermedad inflamatoria que se presenta en la mucosa oral, son más frecuentes en pacientes portadores de prótesis dentales en un 15% a más del 70 % en prótesis removibles. Asociaciones han descrito que la estomatitis protésica lo han relacionado con la colonización y la infección por Candida, el uso nocturno y la falta de higiene en las prótesis, mientras que los resultados de los estudios han mostrado lo contrario, que se debe al pH de la saliva, fumar, consumo de azúcar, son uno de los factores que ocasionan estomatitis a pesar de

varios estudios sobre los factores que suelen dar, lo que ha existido un desacuerdo entre ellos. (Martori E Apr. 2014)

La estomatitis protésica es una alteración que afecta las prótesis dentales esta se caracteriza por una inflamación o enrojecimiento que afecta en la mucosa oral , varios estudios indican que hasta dos tercios o más de las personas portadores de prótesis totales removibles pueden presentar estomatitis. (Martori E Apr. 2014)

La estomatitis subprotésica es un término que ha sido utilizado en la inflamación en la mucosa de soporte donde se aloja la prótesis dental, afectando especialmente a los adultos mayores de edad avanzada portadores de prótesis totales, estas lesiones son reconocidas como Mucosa Inflamada Subprotésica, Palatitis Subprotésica Crónica, Estomatitis Subprotésica, Candidiasis Atrófica Crónica, Estomatitis con relación a prótesis o Estomatitis Protésica. (L y Z. 2011)

Durante la noche y el uso de las prótesis removibles más la acumulación de la placa bacteriana hacen una acumulación y contaminación de bacterias en la superficie de las prótesis dentales lo que va ocasionar y aumentar el trauma de la mucosa, todos estos factores se relacionan con el aumento de la acumulación de Candida albicans que se van a colonizar en la superficie de las prótesis y en la mucosa bucal donde van actuar como patógenos oportunos. (L y Z. 2011)

4.11. Quelitis angular o estomatitis angular

Esta lesión es más frecuente en pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales, según su etiología relaciona por una infección candida albicans (Candidiasis) otra de las causas seria en los pacientes portadores de prótesis removibles con deficiencia de vitaminas. (Crispian J 2013)

Es una herida bucal principalmente localizada en las comisuras de los labios, corresponde a una lesión inflamatoria y aguda que puede ser unilateral o bilateral.

Suele comenzar cuando las comisuras de la boca permanecen húmedas durante un periodo prolongado de tiempo. Cuando la saliva se disipa, aparece la resequeidad y la irritación. Cuando una persona se lame los labios repentinamente para aliviar la resequeidad, el área de la boca se puede resecar más y puede llegar a romperse, permitiendo que entren bacterias y causen una infección.

El ambiente húmedo también puede propiciar el crecimiento de hongos, resultado en una infección de candidiasis que arde y provoca comezón. La piel de la comisura puede verse escamosa, de color blanco, inflamada o con ampollas.

4.12. Hiperplasia fibrosa o épulis fisurado

Varios estudios han determinado que las prótesis en malas condiciones como: el desajuste, mal estado y una mala elaboración producen consecuencias en la cavidad oral afectando especialmente en el adulto mayor, por otro lado se relaciona por el tiempo de uso y la mala higiene oral. (L, M y C. Abril 2014)

El término de hiperplasia se define al aumento del tejido por el incremento de las células lo que provocará una respuesta exagerada en la mucosa oral frente a irritantes crónicos de baja intensidad lo que se denominara en una lesión reactiva. (A, y otros 2011)

La hiperplasia se clasifican en:

Hiperplasias Fibrosas Inflammatorias e Hiperplasia Gingival inducida por Fármacos.

Hiperplasia fibrosa inflamatoria: causada por un agente físico constante, esta se caracteriza por un agrandamiento reactivo de crecimiento lento y asintomático según su localización es de tipo inflamatorio en el tejido conectivo. (A, y otros 2011)

Esta lesión se presenta aproximadamente el 66 % en la cavidad oral lo que está más relacionado por una mala higiene bucal y por el uso de una prótesis dental .La mayoría de los casos son más propensos a los 60 años de edad más el tiempo de uso de las prótesis y también lo asociaron a las prótesis dentales mal adaptadas, en cuanto al género prevaleció el sexo femenino ya que predomina por el hecho que las mujeres usan más frecuentemente las prótesis por razones estéticas. (A y S. 2005)

4.13. Candidiasis

La prevalencia de la candidiasis oral es más frecuente en los pacientes adultos mayores ya que también está asociada con enfermedades sistémicas, baja nutrición, disminución o cambios en la cantidad de saliva, mala higiene; todos estos factores más el uso de las prótesis dentales hacen que con mayor facilidad se presenten cambios en la cavidad oral generando el desarrollo de la candida provocando una irritación aguda o crónica en la mucosa oral. (Mansour F 2013)

La candidiasis se caracteriza por el déficit de la higiene bucal, el uso nocturno de las prótesis dentales son una de las causas que desarrollan la estomatitis por prótesis dental, en la cavidad oral no solo las piezas dentales ni los tejidos de soporte pueden presentar lesiones tumorales, traumáticas neoplásica tanto benigna como maligna y también por infecciones virales, bacterianas o micótica de todas las mencionadas la Candida albicans es la más relacionada con la micosis en la cavidad oral. (N, y otros 2010)

Samaranayake clasifico la Candidiasis en:

Candidiasis oral primaria:

- Formas agudas
 - Pseudomenbranosa
 - Eritematosa

- De forma crónica
 - Hiperplásica: nodular y placa.
 - Eritematoso

- Lesiones asociadas por la Candida
 - Estomatitis por dentaduras
 - Quelitis angular
 - Glositis romboidea media
 - Eritema lineal gingival

Candidiasis oral secundaria

Enfermedad infecciosa ocasionada por el crecimiento de las colonias de candida y la penetración de las mismas en los tejidos bucales cuando las barreras físicas y las defensas del huésped se encuentran alteradas. Es una infección frecuente de la cavidad oral de los adultos de edad avanzada. Aunque la incidencia real se desconoce, se sabe que existe una prevalencia aumentada en presencia de prótesis mucosoportadas, xerostomía etc.

Según la OMS el envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática (equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado), debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciado por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. (N, y otros 2010).

V. Material y método

5.1 Diseño de estudio

Tipo cuantitativo: Porque se va a describir mediante estadística la mayor prevalencia de lesiones presentes en la mucosa bucal por el uso de una prótesis total mal adaptada.

Tipo Descriptivo: Porque es un estudio observacional en el cual se describió la frecuencia de lesiones y su relación con el estado de conservación de la prótesis.

Tipo Observacional: Porque se realizó mediante la exploración clínica de la cavidad bucal en este caso para poder diferenciar los tipos y ubicación de lesiones en la mucosa oral en los pacientes portadores de prótesis total.

5.2 Descripción del área de estudio

Pacientes que acuden al servicio odontológico en el Centro de Salud Patria Nueva.

5.3. Lugar de estudio

Consultorio de estomatología del turno Vespertino del C.S. Patria Nueva en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

5.4. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional, cuantitativo, no experimental, en el C.S. Patria nueva en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; durante el periodo Marzo a Diciembre del 2020.

5.5. Universo, Muestra y Muestreo

Universo

El C.S. Patria Nueva en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; conto con, una población de 60 pacientes geriátricos, de los cuales 38 son mujeres y 22 hombres.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 29 pacientes mayores de 45 años portadores de prótesis totales que acudieron al servicio odontológico en del Centro de Salud Patria Nueva durante los meses de Marzo a Diciembre del 2020

Muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple. El cálculo del muestreo se realizó a partir de censos y exámenes clínicos, de pacientes geriátricos, turno vespertino del C.S. Patria Nueva, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

5.6. Población

Conformada por 60 pacientes mayores de 45 años que acudieron al servicio odontológico.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	38	63.33%
Masculino	22	36.66%
TOTAL	60	100%
GRUPO DE EDADES		
46 - 56 años	6	10%
57 - 66 años	11	18.33%
67 - 76 años	19	31.66%
77 - 87 años	20	33.33%
88 - 90 años	4	6.66%
TOTAL	60	100%
PRESENCIA DE LESIONES		
Presentan lesiones	29	48.33%
No presentan lesiones	31	51.66%
TOTAL	60	100%

5.7. Criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes portadores de prótesis totales de 45 a 90 años.
- Pacientes que estén dispuestos a colaborar con el estudio.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes dispuestos a colaborar con previo consentimiento informado.
- Pacientes portadores de Prótesis total Removible de estructura metálica.
- Pacientes portadores de Prótesis Total Removible.
- Pacientes desdentados completamente.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no estén dispuestos a colaborar con el estudio.
- Pacientes menores de 45 años.
- Pacientes edéntulos parciales.
- Pacientes fumadores.
- Pacientes portadores de VIH
- Pacientes que no utilicen prótesis totales.
- Pacientes que tengan alguna enfermedad mental que estén impedidos a colaborar con este estudio

5.8 Variables y su Operacionalizacion

<u>Nombre de la variable</u>	<u>Tipo de variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Escala de medición</u>
EDAD	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Años cumplidos	45 a 60 años 60 a 90 años
GENERO	Cualitativo Nominal	Características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres.	Masculino femenino	Cualitativo
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Cualitativo ordinal	Capacidad económica y social de un individuo.	Bajo Medio Alto	Cualitativo
ACTIVIDAD FÍSICA	Cualitativo Ordinal	Movimiento que desarrolla un individuo, aumentando el consumo de energía.	Nula Moderada Avanzada	Cualitativo
TIPO DE ALIMENTACIÓN	Cualitativo ordinal	Es el proceso por medio del cual obtenemos, preparamos e ingerimos alimentos, obteniendo los nutrientes necesarios para su desarrollo.	Excelente Buena Regular Mala	Cualitativo

<u>Variable</u>	<u>Definición de variable</u>	<u>Dimensión de la variable</u>	<u>Indicador</u>
DEPENDIENTE PROTESIS MAL ADAPTADA	Cuando se detecten signos de deficiencia en la retención, soporte y estabilidad de la prótesis	Rebordes alveolares bajos Forma de los rebordes Para función	Según examen clínico Si o No
INDEPENDIENTE TIPOS DE LESIONES DE LA MUCOSA	Son enfermedades que afectan la salud general del individuo, tienden a ser progresivas y acumulativas y tienen consecuencias durante la masticación los factores que conjuntamente con otros, pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico.	Estomatitis: es una alteración e inflamación de la mucosa Úlceras: son protuberancias, manchas o llagas en la boca, los labios o la lengua. Leucoplasia: una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral Hiperplasia: es el aumento del volumen y su forma de responder de los tejidos de la encía	Según examen clínico Si o No
INTERVINIENTE TIEMPO DE USO DE LA PROTÉSIS	Tiempo que viene usando la prótesis.	Según los años cumplidos en el momento de la inclusión Cuantitativa continua	Menos de un año. Más de un año. Más de 5 años. 6 a 10 años

CALIDAD DE LA HIGIENE DE LA PRÓTESIS	Son las veces que se debe realizar tanto mecánico como químico en los pacientes portadores de prótesis.	Una vez al día	Limpio
		Dos veces al día	
		Tres veces al día	Sucio
		Cuatro veces al día	
		A veces	Muy sucio
		Ninguna vez al día	

5.9. Método de recolección de datos

El examen clínico odontológico, se realizó bajo exploración visual utilizando un equipo de examen básico. (Guantes, espejos, cubre bocas, abatelenguas) durante la examinación se observó la mucosa de los carrillos y de los fondos del surco vestibular y lingual, paladar duro y blando.

5.10. Procedimiento de recolección de datos

Se evaluaron pacientes adultos mayores (mayores de 60 años) portadores de prótesis total removible del Centro de salud Patria Nueva que quisieron participar en el estudio, los cuales firmaron una Carta de Consentimiento Informado, se excluyeron a todos los sujetos que no estuvieron dentro de los criterios de inclusión antes mencionados. Luego se procedió al examen clínico odontológico de los participantes.

5.11. Plan de análisis de resultados

Se elaboró examen clínico y una evaluación con su respectiva escala de valoración para determinar el estado de conservación de las prótesis total removibles el cual estuvo constituido por la evaluación de la retención, estabilidad y la integridad del aparato protésico.

Procedimientos

Una vez que se obtuvo la colaboración y autorización de los pacientes se realizó lo siguiente:

1. A cada uno se le entregará un consentimiento informado para su respectiva firma y autorización.
2. A cada paciente se le llenara una historia clínica (recabando datos importantes para nuestro estudio como edad, sexo etc.)
3. Se procedió a examinar la cavidad oral, esto se realizó utilizando un espejo bucal para identificar los tipos de lesiones que se presentan en la mucosa oral por una prótesis total mal adaptada.

4. Previo a la revisión de la cavidad oral se procedió a que cada uno llenara un test de encuesta sobre la higiene oral donde se señaló el tiempo de uso de sus prótesis dentales, edad del paciente, sexo.

5. Una vez culminado con la exploración y encuestas se procedió a recopilar toda la información para poder registrar y sacar el porcentaje y los resultados de este tema de investigación.

6. Se procedió a obtener la prevalencia de lesiones en la mucosa oral por el uso de una prótesis total mal adaptada.

7. Se realizó la tabulación de datos obtenidos.

Sin la prótesis, se inspeccionó la mucosa de los carrillos y de los fondos de saco vestibular y lingual, paladar duro y blando. Esto nos permitió comprobar la presencia de lesiones e identificar los tipos de lesiones presente y su ubicación, además se observó el ajuste de las prótesis totales verificando su estabilidad y retención.

5.12. Método y modelo de análisis de resultados

Se elaboró graficas comparativas con su respectivo resultado para determinar las lesiones bucales en los pacientes que accedieron a participar en este estudio.

5.13. Programa a utilizar para análisis de datos

Los registros obtenidos fueron procesados en formato Microsoft Word y Excel para obtener una base de datos y para analizar las variables del estudio a través de las medidas de frecuencias absolutas de relativas.

VI. Aspectos éticos y legales de la investigación

El presente proyecto se apegara al Reglamento de la **Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** vigente desde la última reforma publicada **DOF 02-04-2014** con base al **Título Segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I, Disposiciones comunes.**

Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

1. Investigación sin riesgo: No se realizara ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas y psicológicas de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: entrevistas, Historia clínica (consentimiento informado).

VII. Recursos materiales y humanos

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS
Historia clínica (consentimiento informado)	2 Alumno del servicio social de Odontología, del Centro de Salud Patria Nueva.
Bolígrafo	
Lápices	
Guantes	
Cubre bocas	
Lentes	
Abatelenguas	
Espejos intraorales	
Equipo de computo	

VIII. Presupuesto

Los gastos generadores durante el estudio fueron financiados con recursos propios de los investigadores.

IX. Cronograma de actividades

La investigación se realizó en un período de 10 meses, de Marzo a Diciembre del 2020.

ACTIVIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11
Tema seleccionado	X										
Revisión bibliográfica	X	X									
Examen clínico (consentimien to informado)			X	X	X	X	X	X			
Registro de datos									X		
Resultados										X	
Entrega de Trabajo											X

X. Resultados

La población total estuvo conformada de 60 pacientes diagnosticados, 29 adultos mayores presentaban lesiones en la mucosa bucal, de estos 19 pacientes el (65.51%) eran del sexo femenino y 10 eran de sexo masculino con el (34.48%) donde tenían una edad comprometida de 64 a 90 años de edad.

Cuadro 1. Características generales de los pacientes

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	10	34,48%
Femenino	19	65,51%
TOTAL	29	100%
GRUPO DE EDADES		
64 – 69 A	6	20,68%
70 – 75 A	4	13,79%
76 - 85 A	12	41,37%
86 – 90 A	7	24,13%
	29	100%
PRESENCIA DE LESIONES		
Presentan lesiones	29	49%

Cuadro 2. Causas que provocaron lesiones en la mucosa oral por el uso de prótesis total

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uso nocturno de la prótesis	Si	Si	No	No
	23	79,31%	6	20,68%
Higiene de la prótesis	Buena	Buena	Mala	Mala
	5	17,24%	24	82,57%
Mal adaptación	Si	Si	No	No
	19	65,51%	10	34,48%
Estado de la prótesis total	Buena	Buena	Mala	Mala
	7	24,13%	22	75,86%

Podemos observar las causas que provocaran lesiones en la mucosa oral por el uso de prótesis total las cuales arrojaron los siguientes resultados:

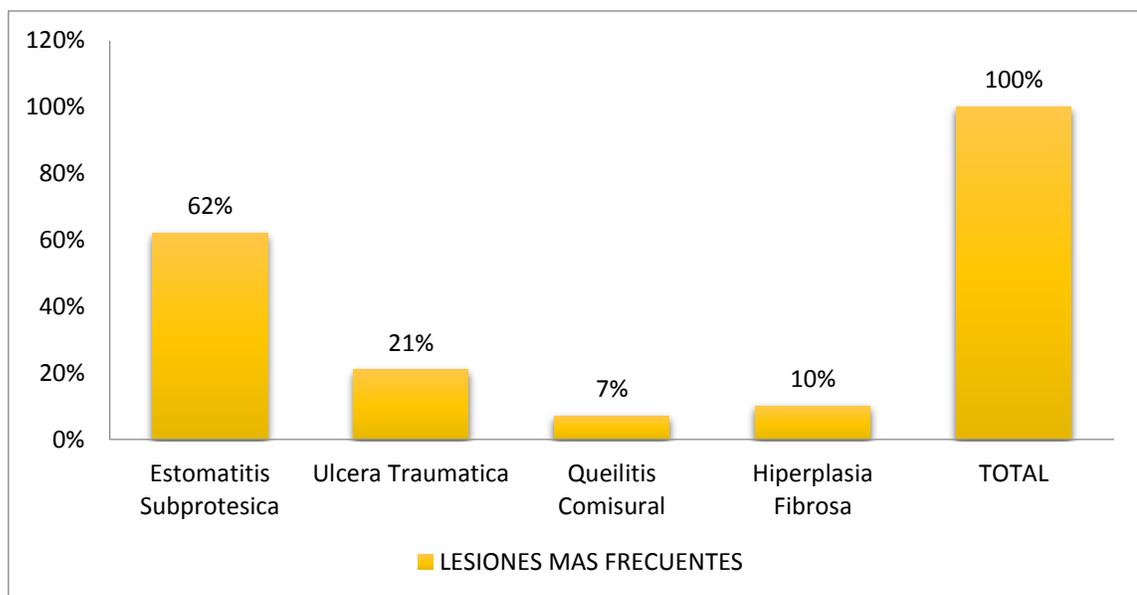
El 79.31% de los pacientes menciona el uso nocturno de la prótesis y tan solo el 20.68% interrumpe el uso de la prótesis para poder descansar.

La higiene de la prótesis fue mala en más de la mitad de los pacientes estudiados dando un porcentaje de 82.57% tan solo 5 pacientes mantienen una higiene buena de la prótesis total.

En cuanto a la adaptación de la prótesis los resultados obtenidos arrojaron que el 65.51% de nuestros pacientes estudiados presentaron una mala adaptación y el 34.48% la adaptación es correcta y no presenta ninguna molestia ante su uso constante.

El estado de la prótesis total refiere a que no tiene ninguna fisura, fractura, cambio de color o pigmentación. Los resultados obtenidos de los cuales fueron 22 pacientes estudiados presentaron un mal estado de la prótesis con un 75.86% y tan solo el 24.13% fueron solo 7 pacientes con un buen estado de la prótesis total.

Grafico 1. Lesiones más frecuente en los tejidos de soporte



En la gráfica (1) se observa las 4 lesiones que más prevalecieron en el adulto mayor portador de prótesis total, teniendo mayor predominio la estomatitis subprotésica con 18 casos con un (62%), seguida de 6 casos de úlceras traumática lo que corresponde al (21%) en cuanto a la Hiperplasia fibrosa fueron 3 casos con (10%) y por último la queilitis comisural se presentó 2 casos con (7%).

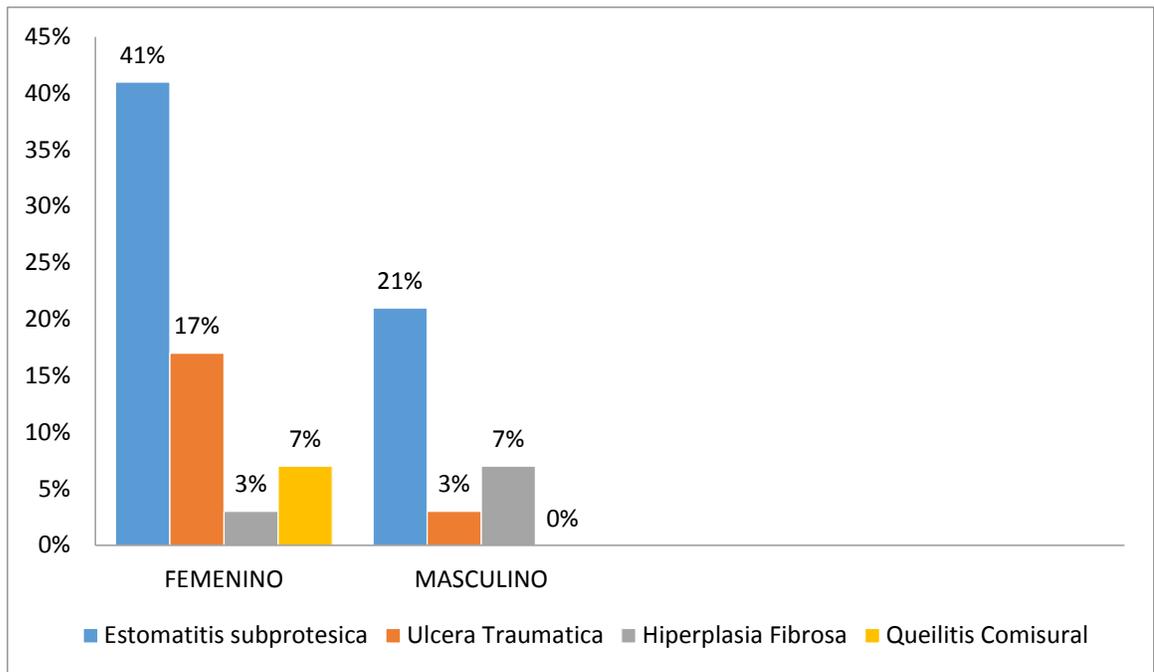
Cuadro 3. Lesiones en la mucosa según el género y la edad.

LESIONES EN LA MUCOSA BUCAL	GRUPO DE EDADES								FRECUENCIA	PORCENTAJE
	64-69		70-75		76-85		86-90			
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Estomatitis Subprotésica	2	3	1	2	2	4	1	3	18	62%
Úlcera Traumática	0	1	0	1	1	2	0	1	6	21%
Queilitis Comisural	0	0	0	0	0	1	0	1	2	7%
Hiperplasia Fibrosa	0	0	0	0	2	0	0	1	3	10%
TOTAL	2	4	1	3	5	7	1	6	29	100%

De acuerdo a las 4 lesiones que más prevalecieron en el adulto mayor portador de prótesis total, de los 29 pacientes estudiados podemos ver que el género más vulnerable es el femenino con el total de 20 mujeres que presentan estas lesiones, el género masculino es el menos vulnerable con tan solo 9 pacientes estudiados. Esta gran diferencia puede deberse a los cambios hormonales que sufre una mujer (embarazo, lactancia, menopausia, etc.), si bien es sabido el género femenino acude más al dentista y cuida más su higiene bucal, pero son las que más cambios sufren incluso por modas (estilo de vida, alimentación, tratamientos estéticos), que se ven reflejados cuando son adultos mayores.

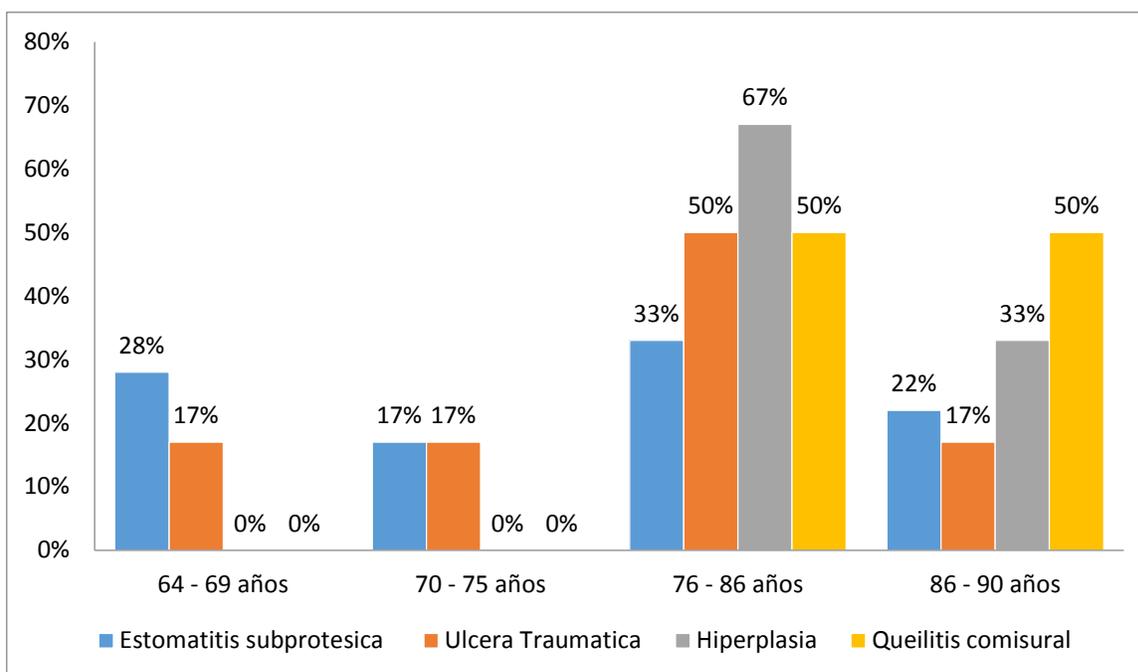
De 29 pacientes examinados se presentaron 18 casos con estomatitis subprotésica con (62%) predominando el sexo femenino en cuanto al grupo de edades prevaleció 76-85 años, mientras que la úlcera traumática se encontró 6 casos lo que corresponde al (21%) donde prevaleció así mismo el sexo femenino de 76-85 años. La hiperplasia fibrosa 3 casos con el (10 %) en el sexo masculino de 76-85 años y finalmente 2 pacientes estudiados son queilitis comisural con el (7 %) en el sexo femenino en los grupos de edades de 76 a 85 años y de 86 a 90 años de edad.

Grafica 2. Lesiones en la mucosa bucal según el sexo



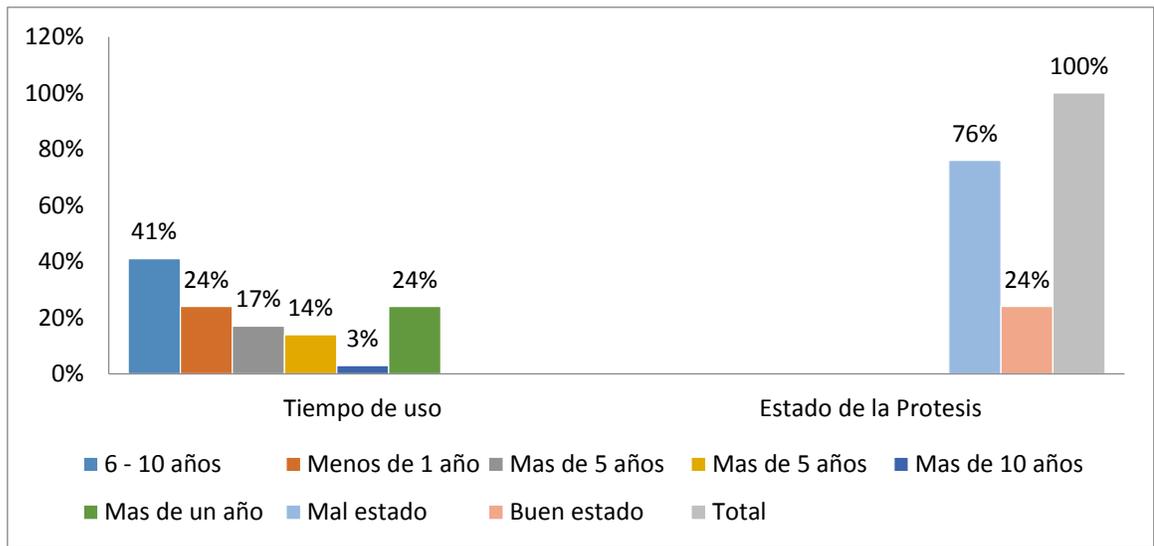
En la gráfica (2) se muestra las lesiones en la mucosa bucal que más prevalecieron según el género. La estomatitis subprotésica prevaleció en el género femenino con un 41%, seguida de la ulcera traumática con un 17%, en cuanto al sexo masculino la lesión que más frecuente fue la estomatitis subprotésica con el 21% y presentando 0% de los pacientes estudiados queilitis comisural.

Grafica 3. Lesiones en la mucosa bucal según la edad



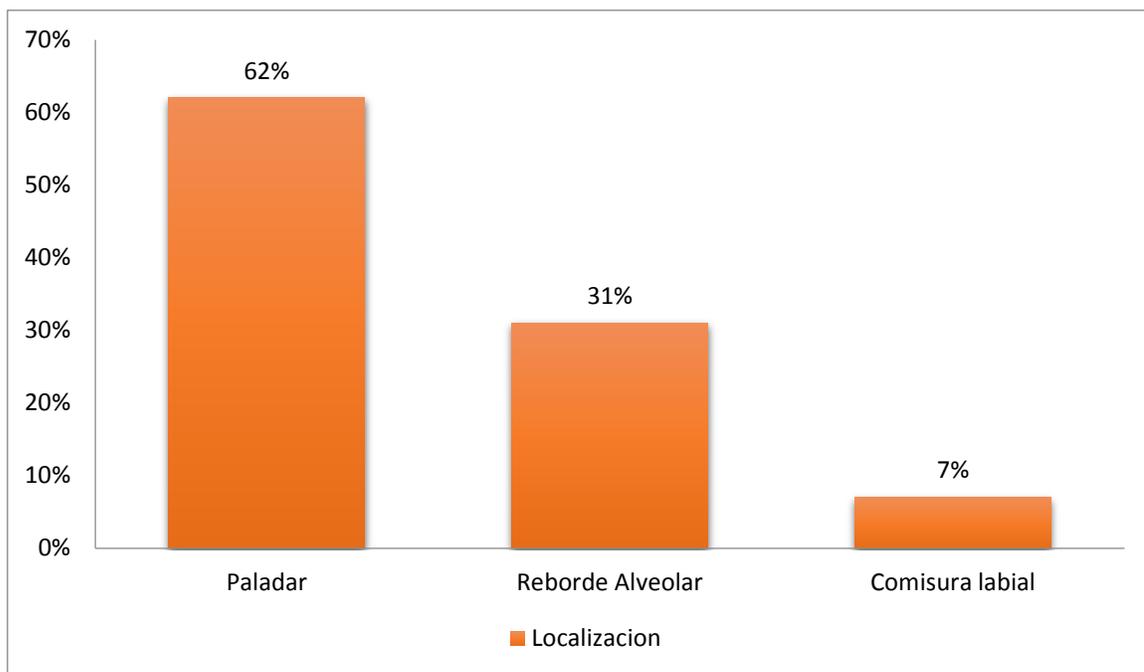
Gráfica (3) En cuanto al grupo de edades con lesiones en la mucosa el rango de edad más vulnerable fue de 76 – 86 años, y la lesión más frecuente fue la hiperplasia con un 67%, el rango de edad de 86 – 90 años, la lesión más común fue queilitis comisural con un 50%, el rango de 64 – 69 años presento mayor primacía la estomatitis subprotésica con un 28% y finalmente el rango menos vulnerable es de 70 - 75 años teniendo el 17% estomatitis y 17% ulcera traumática.

Grafica 4. Tiempo de uso y estado de las prótesis totales



Grafica (4) De los 29 pacientes estudiados 22 de ellos con el 76 % presentaron su prótesis total en mal estado, tan solo 7 pacientes con 24% tenían una prótesis total en buen estado. El riesgo de las lesiones fue incrementando en cuanto al tiempo de uso de la prótesis total, teniendo el (41%) de 6 a 10 años de uso con su prótesis total, el (24 %) menos de un año y el (17%) más de 5 años mientras que el (3%) más de un año de uso. En cuanto al estado de la prótesis el 76% estaba en mal estado.

Grafica 5. Localización de lesiones en la mucosa bucal



Grafica (5) En cuanto a la localización de las lesiones se determinó que de 29 adultos mayores 18 pacientes presentaban lesiones que correspondían al (62%) de las lesiones en el paladar duro otra de las ubicaciones fueron el reborde alveolar lo que representa al (31%) y (7%) en la comisura labial.

XI. Conclusión

La higiene deficiente de las prótesis trae como consecuencia el depósito de microorganismos en el interior de la base, en aquellas prótesis que no están bien adaptadas, pueden proliferar bacterias en forma de cocos y bacilos, a causa de la descomposición de los alimentos. El riesgo de poseer lesiones paraprotésicas.

Las lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales fueron más frecuentes en el sexo femenino, en los grupos de edades de 76 a 85 años seguido por el de 86 a 90 años. En el período de uso de las prótesis hasta diez años, y el mal estado de las prótesis propiciaron más lesiones en los pacientes. La estomatitis subprotésica fue la que predominó, seguida de la úlcera traumática y la hiperplasia fibrosa en relación con las prótesis desajustadas.

Se concluye que las lesiones bucales estuvieron muy relacionadas con los factores locales: estado de conservación, higiene, tiempo de uso de las prótesis; y con factores generales como: el incremento de la edad lo que constituye un problema de salud en su cavidad oral.

XII. Discusión

Las lesiones de la mucosa oral comprenden una gran variedad de alteraciones diversas localizadas en el tejido blando de la cavidad oral, puede verse afectado por una gran variedad de lesiones y afectaciones, algunas de las cuales son inofensivas mientras que otras pueden presentar complicaciones graves.

Los adultos mayores portadores de prótesis completas son propensos a presentar lesiones de la mucosa oral, desde reacciones agudas a crónicas, resultados que se encuentran directamente relacionados con la utilización de prótesis.

Es relevante entender que la prótesis es un cuerpo extraño en la cavidad bucal, que provoca inestabilidad y variación en el área bucal, que ocasiona que los tejidos se readapten a este objeto que depende de la reacción de cada organismo. Uno de los grandes problemas es el uso constante y desajuste del aparato protésico, más otros factores como la precaria higiene de la boca y de la prótesis, desencadenando las lesiones de la mucosa bucal, que desmejoran las condiciones de la salud bucal de los pacientes.

XIII. Propuesta

Es muy importante que se realicen un estudio aumentando el tamaño de la muestra referente a los tipos de lesiones en la mucosa que se presentan por el uso de la prótesis total mal adaptada en los adultos mayores en las clínicas odontológicas, o en los asilos de ancianos del estado.

Es importante que tanto los estudiantes como los profesionales odontólogos concienticen al paciente en el manejo y uso correcto de la higiene de sus prótesis dentales y lo más importante llevar y asistir a los controles periódicos para el cuidado de su salud bucal y evitar este tipo de lesiones. Y así identificar las oportunidades de intervenir efectivamente, lo cual requiere considerar los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que influyen en la salud bucal.

Indagar más en los hábitos de nuestros pacientes como por ejemplo: consumo de sustancias (tabaco, alcohol), actividad física, dieta, nutrición y de esta manera ayudar a nuestros pacientes tanto física y psicológicamente.

Implementar un cambio en la distribución de los recursos y destinarlos no solo a actividades curativas sino también a los preventivos. Hacer campañas para concientizar e integrar a los pacientes geriátricos en el cuidado de su salud bucal, de igual manera capacitar a los estomatólogos para que puedan conocer, actuar, y desarrollar actividades en situaciones críticas durante la práctica clínica.

XIV. Glosario

Edentulismo: Es la pérdida parcial o total de los dientes por diversas causas como la caries dental, periodontitis, agenesia (ausencia de formación del diente), falta de erupción (inclusión dentaria), o traumatismos.

Prevalencia: Es un grupo o población de individuos que presentan una enfermedad o síntomas en un momento o tiempo determinado.

Prótesis dentales: Son aparatos confeccionados por los protésicos dentales en los laboratorios, pero diseñadas por el odontólogo

Retención activa o física: Es la fuerza de atracción entre la prótesis y la mucosa, donde interviene una película delgada de saliva que provee mayor adhesión,

Soporte: Es la disponibilidad de la prótesis de oponerse a las fuerzas de intrusión durante el proceso de masticación.

Estabilidad: son características propias de la prótesis para mantenerse firme frente a las fuerzas horizontales y giratorias.

Aftas: La palabra afta procede del término griego “Aphtay” y significa quemadura.

XV. Anexos

Lesiones de la mucosa bucal por prótesis total en pacientes geriátricos de consulta estomatológica atendidos en el C.S. Patria Nueva

CUESTIONARIO DE ENCUESTAS

SEXO: FEMENINO MASculINO
EDAD: SEÑALE CON X

1. ¿Tipo de prótesis dental?
Prótesis total superior Prótesis total inferior Prótesis total superior e inferior
2. ¿Existe presencia de lesión en la mucosa?
Sí No
3. ¿Qué Tipos de lesión presenta en la mucosa?
Estomatitis protésica Hiperplasia Ulceras traumática Quelitis angular Otras lesiones
4. ¿Localización de las lesiones en la mucosa?
Paladar Reborde alveolar Comisura de la boca Tejidos blandos
5. ¿Por cuantos años vienen usando sus prótesis dentales?
Menos de un año Más de un año Más de 5 años De 6 a 10 años
6. ¿Estado de las prótesis totales? Buen estado Mal estado
7. ¿Adaptación de la prótesis en la cavidad oral? Ajustable Desajustable
8. ¿Cuántas veces se realiza su higiene bucal protésica?
Una vez al día Dos veces al día Tres veces al día A veces Ninguna vez en el día
9. ¿Sabe usted cómo realizar una correcta higiene oral y protésica?
Sí No
10. ¿Qué elementos usa usted para su higiene bucal?
Pasta y cepillo dental Pasta, cepillo dental y enjuague bucal Otros
11. ¿Usted se retira las prótesis dentales antes de dormir?
Sí No
12. ¿Cuántas veces al año visita al odontólogo?
Una vez al año Dos veces al año Ninguna vez

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lesiones de la mucosa bucal por prótesis total en pacientes geriátricos de consulta estomatológica atendidos en el C.S. Patria Nueva

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: __ / __ / 2020

Una vez que he recibido la explicación necesaria, acerca de mi participación, en este estudio de investigación sabiendo los perjuicios, y beneficios, Yo (Nombres) _____ (Apellidos) _____ con _____ años de edad, acepto participar de manera libre y voluntaria como sujeto de esta investigación en este estudio y autorizo que indagarán sobre aspectos de mi salud oral y mantenimiento de la protodoncia total realizando una encuesta sobre el cuidado de esta, por los alumnos Jesús Abraham Ramírez Hernández y Amairani Lizbeth Domínguez Pereyra.

Todos los datos aportados son confidenciales y serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio. Usted no recibirá pago económico, ni tendrá que hacer ningún pago por su participación en el mismo.

Le agradecemos su colaboración. Usted es libre de no participar, respetando su posición.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

Nombre del Alumno

Firma del paciente

Firma de un testigo

XVI. Bibliografía

- 1.- El Proceso de envejecimiento de la población. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. 1990
- 2.- Chackiel J. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL. Serie Población y Desarrollo N° 4. 2000
- 3.- Coppin A. Sociedad venezolana de medicina geriátrica. OPS. 1990
- 4.- Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL / Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE. 2001.
- 5.- Semino E. El falso paradigma de la vejez. Transición demográfica. Disponible en la dirección electrónica: www.defensoria.org.ar
- 6.- Hernández de Ramos, M. Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de odontología Edit. Unibiblos. 2001.
- 7.- Beaglehole y cols. Hombres envejecimiento y salud, World Health Organization, Ginebra. 2001.
- 8.- Ahenkora K. The Contribution of Older People to Development: The Ghana Study. HelpAge International, and HelpAge Ghana. 1999.
- 9.- Marín D. ¿Es necesario la Odontogeriatría? Revista de la Federación odontológica colombiana 2000; 59(198). Disponible en la dirección electrónica: www.encolombia.com
- 10.- Castañeda N., Rodríguez A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev. Cubana Estomatol 2001; 38(3):181-91.

- 11.-** Ettinger R. Las peculiares necesidades de salud oral en una población que envejece. Toma de decisiones clínicas en Odontología geriátrica – clínicas Odontológicas de Norteamérica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1997;(4):711-730
- 12.-** Castellanos JL, Díaz GL, Gay ZO, Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Cap. 23 Manejo Estomatológico del paciente geriátrico. 2ª ed. México. Manual Moderno, 2002.
- 13.-** Taboada O., Mendoza M., Hernández I., Martínez A. Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. Revista ADM 2000; 5:188-192.
- 14.-** Díaz L., Gay O. Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista ADM 2005; 1:36-39
- 15.-** Hernández de Ramos, M. Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de odontología Edit. Unibiblos. 2001.
- 16.-** Ritchie C., Oral health, taste, and olfaction. Clin Geriatr Med. 2002; 18:709-717
- 17.-** Jiménez S; Godoy C; Rodríguez M; Lama E. Lesiones en la mucosa bucal portadores de prótesis removibles. Revista Nacional de Odontología de México (internet). Mayo - Junio 2013. (Citado 28 de Julio de 2016); III: 00(Disponible: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=82970>).
- 18.-** Rodríguez M; Portillo A; Lama E; Hernández S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Revista ADM (internet). Agosto 2014. (Citado 5 de Junio de 2016); 5:221-225(Disponible:<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145d.pdf>).
- 19.-** Nandkumar A. Problemas generales de salud relacionados con prótesis dentales mal elaboradas. [Online]. 2013 [cited 2016 Junio 25. Available from: <http://mybloggermania.blogspot.com/>.
- 20.-** Vilchez E; Watanabe R; Reyes S; Vilchez E, Torres C, Vilchez M. Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. Rev. Odontol. Sanmarquina (internet). Junio 2013. (Citado 1 de Junio de 2016); 16(1): 29 -31 (Disponible:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3574/1/odontologia_sanmarquina06v16n1_2013.pdf).

21.- Molina Redin R. A. Rehabilitación oral en paciente geriátrico para mejorar su calidad de vida. Noviembre 2017. (Disponible: [file:///C:/Users/Compaq%20Mini/Downloads/T-UIDE-1732%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Compaq%20Mini/Downloads/T-UIDE-1732%20(1)%20(1).pdf))

22.- Franco M, Escobar G, Turizoa A, Vélez M, Cardona D. Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. Rev. Nacional de Odontología (Internet). Enero -Junio 2011. (Citado 05 de julio de 2016); 7 (12):28-34(Disponible: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/296/307>).

23.- Martori E, Ayuso R, Martínez J, Viñas M, Peraire M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. J Prosthet Dent (on-line). Apr 2014. (Cited 16 Julio de 2016); 111 (4): 273- 279(Available:[https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(13\)00298-9/abstract](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(13)00298-9/abstract)).

24.- Marchena L; Osorio M; Fernández C. Diagnóstico del épulis fisurado y otras lesiones bucales en la consulta odontológica. Rev. Europea de Odontoestomatología (internet). Abril 2014. (Citado 27 Julio de 2016); 23: 00(Disponible: <http://www.redoe.com/print.php?id=143>)

25.- Esquivel R; Jiménez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. REVISTA ADM (Internet). Marzo -Abril 2012. (Citado 12 de Junio de 2016); LXIX (2):69-75. (Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>).

26.- Nápoles I; Rivero O; García C; Pérez D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. Archivo Médico de Camagüey (internet). 2016. (Citado: 5 de julio de 2016); 20(2): 158-166. (Disponible: <file:///D:/Desktop/2016%20lesiones%20art%20.pdf>).

27.- Romero C; García B; Genicio S. Estado prostodónico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas. Correo Científico Médico de Holguín (internet). Ene- Mar 2015.(Citado 6 de julio de 2016); 19 (1) :38-50.(Disponible :http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100005) (C, B y S. 2015)

28.- García B; Benet M; Castillo E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos (internet). Ene - Feb 2010. (Citado 20 Junio de 2016); 8 (1): 36-41(Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100008)

29.- Mubarak S, Hmud A, Chandrasekharan S, Una Ali A. Prevalence of denture-related oral lesions among patients attending College of Dentistry, University of Dammam: A clinico-pathological study. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry (on-line). 2015. (Cited 2016 July 9); 5 (6): 506-512. (Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697237/>)

30.- Lemus L, Triana K, Del Valle O, Fuertes L, Sáez R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev. Cubana de Estomatología (internet). 2009 (citado: 04 de Julio de 2016); 46 (1): 1-14(Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v46n1/est03109.pdf>) (Lemus L 2009)

31.- Nuño J, López A, Somacarrera M^a L, Moreno L, Díaz M. Revista Gaceta Dental. [Online].; 2009 [cited 2016 Junio 28. Available from: <http://www.gacetadental.com/2009/02/lesiones-en-la-mucosa-oralignadas-por-prtesis-31690/>.

(Nuño J 2009)

32.- Vaillant L; Samimi M. Aphthous ulcers and oral ulcerations. Presse Med (Paris, France 1983) (on-line). Feb 2016. (Cited 2016 July 29); 45(2):215 - 226(Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26880080/>)

33.- Gendreau L; Loewy Z. Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis. Rev. Journal of Prosthodontics by the American College of Prosthodontists (on-line). June 2011. (Cited 2016 July 16); 20 (4) :251–260(Available From : http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=scholar.google.com.ec&purchase_site_license=LICENSE_DENIED). (L y Z. 2011)

- 34.-** Crispian J, Bagán J, Carrozzo M, Flaitz C, Gandolfo S. Guía de bolsillo de enfermedades orales. Guayaquil. D: elbdIUCSd, editor. Barcelona -España.: Elsevier; 2013. (Citado 03 de Agosto de 2016). (Crispian J 2013)
- 35.-** Casian A; Trejo P; De León C; Carmona D. Inflammatory Fibrous Hyperplasia: case report. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral (on- line). Aug 2011. (Cited: 2016 July 5); 4 (2):74-79. (Available from:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072011000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- 36.-** Mansour F, Joukar F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Kord A. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in an Adult Iranian Population. Red Crescent Medical Journal (Published On- line). July 2013. (Cited 2016 July 18); 15(7):600–604. (Available from: <http://doi.org/10.5812/ircmj.4608>).
- 37.-** Ibáñez N; Díaz M; Flores D; López C. Candidiasis oral y prótesis dentales. Med oral (internet). Julio - Septiembre 2010. (Citado 20 de julio de 2016); XII (3):97- 101. (Disponible:<https://silo.tips/download/candidiasis-oral-y-protesis-dentales>).
- 38.-** Rodríguez Calzadilla O. L, Rodríguez Aparicio A, Rodríguez Sanday R. Lesiones de la mucosa bucal en pacientes rehabilitados con prótesis estomatológica acrílica total removible. Revista Scrielo. (Internet) enero 2018; 3. (Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2018/cmh181d.pdf>). (Rodríguez Calzadilla O. L 2018)
- 39.-** Molina Redin R. A. Rehabilitación oral en pacientes geriátricos para mejorar su calidad de vida. (Internet) Noviembre 2017; 38 – 42. (Disponible: [file:///C:/Users/Compaq%20Mini/Downloads/T-UIDE-1732%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Compaq%20Mini/Downloads/T-UIDE-1732%20(1)%20(1).pdf)). (Redin. 2017)

