



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCAL
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PARA LA
PREVENCIÓN DE ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARCOS AGUSTÍN PÉREZ GUTIÉRREZ

TUTOR: Esp. FELIPE TÉLLEZ DOMÍNGUEZ

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Nuestra recompensa se encuentra
en el esfuerzo y no en el resultado.
Un esfuerzo total es una victoria completa.*

Mahatma Gandhi (1869-1948) Político y pensador indio.

A Dios

A la Facultad de Odontología

A mis papás (La Jefa y el Jovo), por todo, la verdad es que no tengo palabras para agradecerles todo lo que han hecho por mí, porque me han enseñado a disfrutar cada momento de la vida, a levantarme cuando me caigo, a valorar todo lo que tengo, a realizar mis sueños, y porque son mis amigos para toda la vida. A ti mami porque siempre nos haz enseñado que la constancia y la disciplina es lo más importante para alcanzar una meta, y que no basta solo con llegar a ella, por ser mi paciente estrella y también mi favorito, por escucharme cuando te necesito, por sacrificar todo por tus hijos, y por darme la vida. A mi papi porque siempre me haces reír en los momentos difíciles, porque me has enseñado a ser humilde ante todo, y también a darme cuenta de que siempre existe una solución a los problemas, y como olvidarlo, por ser mi motivo para escoger esta carrera. Ojala algún día pueda llegar a ser la mitad de lo que ustedes son como personas. Gracias, los amo.

A mis hermanos (Lupis y Diego), porque desde siempre los he admirado y son mi modelo a seguir, porque siempre me apoyan cuando me tropiezo, porque quiero ser como ustedes en lo profesional, y porque me han enseñado que siempre hay que esforzarse para triunfar. A Lupis, porque eres mi segunda mamá, siempre me cuidas aunque ya esté grande, me enseñas a mejorar como persona y profesional, por apoyarme de todas las formas posibles, por ser mi maestra favorita y también la más divertida. A Diego, porque me haz enseñado que en la vida hay que tomar riesgos sin dudar, por enseñarme mis errores con chistes, y por ser mi pareja de juegos favorito. A los dos los quiero por igual.

A Lupita, por ser mi ángel, mi novia, mi equipo, mi fuerza y mi colega favorito, gracias a ti me he dado cuenta de que puedo lograr cualquier cosa, por estar cuando te he necesitado, por soportar mis malos ratos, por apoyar siempre mis ideas por muy locas que sean, por sacrificar tiempo en mí, por enseñarme a ver primero a la persona que al paciente, y también por enseñarme a hacer bien las cosas. Estos cuatro años han sido maravillosos a tu lado, y espero seguir muchísimos más para seguir aprendiendo y disfrutando la vida juntos de la mano. Te amo mi Conchis.

A mi tía Toña, porque haz visto por nosotros desde siempre, por ser como mi papá, por hacerme reír siempre, porque nunca hace un favor esperando algo a cambio, por soportarnos en su casa desde niños. Gracias por todo tía, la quiero mucho.

A mi tía Sofy, por ayudarme en los tiempos difíciles, por echarme la mano para llegar a cumplir este objetivo, y por creer siempre en mí. Gracias.

A mis tíos que de alguna manera tuvieron que ver con este logro: Tío Lalo, gracias por lo del consultorio. Tía Coca, Irene, Bety y Vero, gracias por ser mis pacientes.

A mis primos, que me dieron la oportunidad de aprender a través de ellos: a Bianquis, Amalia, Bere, Chucho, Andrés, Bernardo, Karla.

A mis amigos de la facultad, sobretodo Jahel, Lucio, Alejandro, Arturito, Hersa, Néstor, Ale, Emerson, Grovis, por esos buenos momentos que pasamos.

Al Dr. Charly, por jugársela por mí aún y cuando no me conocía, aprendí mucho de usted en esa etapa.

Al Dr. Felipe Téllez, por su apoyo y su paciencia para realizar este trabajo, espero no haberlo incomodado en algún momento.

A todos los doctores de la Facultad de Odontología que fueron mis maestros, en especial a los que se preocupan en calificar a la persona por encima del que sabe o no sabe: la Dra. Cristina Sifuentes, el Dr. Arcadio Barrón, la Dra. Martha Chimal, el Dr. Fernando Tenorio, al Dr. Raúl León, a la Dra Grissel López y a la Dra. Andrea Lara.

Y a todos los pacientes externos que he tenido a lo largo de estos años, gracias por permitirme trabajar con ustedes, espero haber sido de ayuda en su problema.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL.....	9
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
4. ANTECEDENTES.....	10
5. BIOLOGÍA DE LA SENECTUD.....	12
5.1 Envejecimiento.....	12
5.2 Cambios biológicos durante el envejecimiento.....	12
5.2.1 Interacción farmacológica en el adulto mayor.....	14
5.2.1.1 Recomendaciones para el uso de fármacos en el adulto Mayor.....	15
5.2.2 Nutrición durante la vejez.....	16
5.2.2.1 Influencias biológicas.....	17
5.2.2.2 Influencias sociales.....	17
5.2.2.3 Influencias médicas.....	17
5.2.2.4 Influencias dentales.....	18
5.3 Cambios psicológicos durante el envejecimiento.....	19
5.3.1 Cambios intelectuales o cognitivos.....	19
5.3.2 Cambios en la personalidad durante el envejecimiento.....	20
5.4 Valoración funcional del anciano.....	21
5.4.1 Autonomía e incapacidad.....	22
5.4.2 Instrumentos para la valoración funcional del anciano.....	23
5.4.2.1 Índice de Katz.....	23
5.4.2.2 Escala de AIVD de Lawton y Brodie.....	24
5.4.3 Instrumentos multidimensionales para la valoración geriátrica...24	
5.4.3.1 Escala de Recursos Sociales (OARS).....	25
5.4.3.2 Escala de Incapacidad física-psíquica de la Cruz Roja..25	
6. GERONTOESTOMATOLOGÍA.....	25
6.1 Cambios en las estructuras dentarias.....	26
6.2 Enfermedad periodontal.....	27
6.3 Cambios estructurales en el hueso alveolar.....	27
6.4 Cambios en la articulación mandibular.....	28

6.5 Cambios en la mucosa oral y tejidos de revestimiento.....	29
6.6 Envejecimiento de la lengua.....	29
6.7 Glándulas salivales mayores y menores.....	30
6.8 Sensaciones gustativas.....	31
7. ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.....	31
7.1 Acción iatrogénica de las prótesis.....	32
7.2 Estomatopatías protésicas de la tercera edad.....	33
7.2.1 Hiperplasia papilar inflamatoria.....	34
7.2.2 Úlceras traumáticas.....	34
7.2.3 Hiperplasia marginal.....	35
7.2.4 Estomatitis protésica.....	36
7.2.5 Queilitis Angular.....	37
7.2.6 Candidiasis oral.....	37
7.2.6.1 Candidiasis pseudomembranosa aguda (muguet).....	38
7.2.6.2 Candidiasis atrófica (eritematosa).....	39
7.2.6.3 Candidiasis hiperplásica crónica.....	40
7.2.7 Hiperplasia fibrosa inflamatoria (Épulis fisurado).....	41
7.2.8 Hiperplasia fibrosa focal.....	42
7.3 Lesiones precancerosas de la mucosa oral.....	43
7.3.1 Leucoplasia oral ó queratosis plana.....	43
7.3.2 Papilomatosis bucal florida ó queratosis exafítica.....	43
7.3.3 Eritroplasia de Queirat.....	44
7.4 Actitud del paciente portador de prótesis totales (Clasificación de House).....	44
7.5 Ajustes protésicos realizados por el dentista.....	45
7.6 Indicaciones posteriores a la colocación de prótesis totales.....	46
7.6.1 Higiene de las dentaduras.....	47
7.6.2 Preservación del reborde alveolar.....	49
7.6.3 Promoción del autocuidado en el adulto mayor.....	50
8. PROPUESTA DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL PARA LA PREVENCIÓN DE ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.....	53

8.1 JUSTIFICACIÓN.....	53
8.2 TIPO DE ESTUDIO.....	53
8.3 MATERIAL Y MÉTODO.....	54
8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	56
8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	56
8.6 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	57
8.7 VARIABLE DEPENDIENTE.....	57
8.8 VARIABLES CONFUSORAS.....	57
8.9 RESULTADOS.....	57
9. CONCLUSIONES.....	58
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	62



1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en el mundo, las personas de la tercera edad han ido aumentando con el paso del tiempo, y nuestro país no es la excepción, lo cual se debe de tomar en cuenta en la realización de programas tanto de salud general, como de salud bucal, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, y de ese modo, mejorar la esperanza de vida.

La gerontología, es una de las ramas de la medicina encaminadas al cuidado del adulto mayor, buscando mejorar su calidad de vida. La salud bucal tampoco debe demeritarse en el adulto mayor, a pesar de que sabemos que las enfermedades bucales mas frecuentes son la caries dental y la enfermedad periodontal, también debemos tomar en cuenta que los pacientes de la tercera edad son propensos a padecer edentulismo, y que el tratamiento de esto es la colocación de prótesis tanto parciales o totales removibles.

Aún así, la deficiencia de estos tratamientos y la falta de información del paciente, puede generar algunas patologías ocasionadas por dichas prótesis, conocidas como estomatopatías protésicas, y que pueden ser prevenibles en la gran mayoría de los casos si el odontólogo está capacitado, y también si el paciente conoce los cuidados que debe tomar con éstas.

En el presente trabajo, se abordarán los cambios más significativos en el adulto mayor, a nivel general y bucal, incluyendo las patologías protésicas que puede presentar, y se abordará el tratamiento de estas. Además, se hará una propuesta de un programa de educación para la salud bucal en estos pacientes, para mejorar la funcionalidad y adaptación a las prótesis totales, y para prevenir las estomatopatías protésicas más comunes y algunas de las lesiones precancerosas que se originan en la cavidad oral.



2. OBJETIVO GENERAL

Dar una propuesta de un programa de educación para la salud bucal en pacientes de la tercera edad que son portadores de prótesis totales, para prevenir las estomatopatías protésicas más comunes dentro de la cavidad oral.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los conceptos básicos de gerontología, así como la relación de esta con la odontología.
- Dar a conocer la relación de la odontología con la gerontología, así como los cambios que ocurren en la cavidad oral, con respecto a la vejez, en cada una de las estructuras de la boca.
- Estudiar las patologías más frecuentes que se presentan en la cavidad oral, debido a la acción iatrogénica de las prótesis (estomatopatías protésicas), conociendo su etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento indicado.
- Conocer algunas de las lesiones precancerosas de la cavidad oral, ocasionadas por las prótesis mal ajustadas.
- Analizar la psicología del paciente portador de prótesis totales, así como dar a conocer la actitud del odontólogo ante este.
- Conocer las medidas de higiene que el paciente portador de las prótesis totales debe llevar a cabo para la correcta adaptación de su dentadura con el organismo.
- Mostrar los ajustes protésicos que deben ser realizados por el odontólogo, así como las indicaciones que se deben dar a los pacientes portadores de prótesis totales, posteriores a la culminación de su tratamiento.



-Desarrollar adecuadamente los conceptos de autocuidado en el adulto mayor, basados en el modelo andragógico de Knowles, así como las técnicas de aprendizaje en los pacientes de la tercera edad.

4. ANTECEDENTES

La población mexicana cuenta con cerca de 7 millones de personas mayores de 65 años, se estima que para el año 2030, ésta cifra alcanzará los 17 millones, y para el 2050 será de 32 millones, lo cual representa el 24% de la población de nuestro país.¹

Actualmente, la esperanza de vida es de 70 años para los hombres y de 77 a 79 para las mujeres y de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB), las personas de más de 65 años, presentan una media de 10 o mas órganos dentarios perdidos.

Las enfermedades bucales más frecuentes son la caries dental y enfermedad periodontal, las cuales pueden ser prevenibles con una adecuada educación para la salud bucal, la cual involucra enseñanza de técnica de cepillado y controles de placa periódicos cada seis meses. Teniendo en cuenta que en estas dos enfermedades, así como en el uso de prótesis, la problemática radica en la deficiencia de higiene, lo cual genera acumulación de placa dentobacteriana.²

El gobierno federal ha implementado el Programa Nacional de Salud Bucal, el cual establece las medidas que dicho organismo llevará a cabo en los años 2007-2012, para disminuir el índice CPOD en los menores de 12 años, y, por consiguiente, lograr disminuir estas cifras, mediante el uso de acciones preventivas realizadas con el odontólogo, combatiendo a las patologías orales mas comunes, como lo son la caries dental, las periodontopatías y la detección temprana del cáncer bucal. Aún así, falta poner mayor énfasis en los pacientes adultos mayores.³



La MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995, en el punto 7 *Sobre la prevención de enfermedades bucales, en su apartado 7.2.7 con respecto a la atención del paciente desdentado, establece únicamente el control de la placa bacteriana mediante la higiene de las prótesis dentales para la prevención de las patologías orales.*⁴

El Boletín “CAMINANDO A LA EXCELENCIA” del Programa de Salud Bucal surge de la necesidad de evaluar el desempeño de todas las entidades federativas mediante indicadores de cobertura, productividad, calidad en la atención, esquema básico de prevención, promoción de la salud y prevención en preescolares y escolares y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales. Estos indicadores se presentaron a los líderes de programa de las 32 entidades federativas en el IV Encuentro Nacional de Prevención y Promoción de la Salud 2004 y en la Reunión Nacional de Líderes del Programa de Acción Salud Bucal 2005 y con las últimas modificaciones en el Encuentro Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud 2007.³

La ponderación de estos indicadores permite observar claramente los puntos débiles del programa para fortalecerlos. Por tanto, se dió mayor peso a los indicadores de cobertura, productividad y esquema básico de prevención ya que es necesario incrementar el número de servicios odontológicos, hacerlos más productivos y fortalecer las actividades preventivas en las unidades aplicativas de la Secretaría.

Asimismo, en la Facultad de Odontología el área de Salud Pública Bucal tiene una línea de investigación sobre salud bucal de los ancianos, que también considera la relación con las condiciones de salud general.

Los proyectos de investigación que se han desarrollado en la coordinación de Salud Pública Bucal DEPeIO se iniciaron en el año de 1994, abarcando la promoción de salud y la epidemiología bucal, trabajando de manera coordinada con otras facultades, universidades e instituciones de salud como son: El INCMNSZ, la Facultad de Medicina y la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, así como con la Dirección Nacional de Estomatología, Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.¹



5. BIOLOGÍA DE LA SENECTUD:

5.1 Envejecimiento

Se entiende por envejecimiento del ser humano los cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos y psicológicos que acontecen como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo. Es un producto de una relación compleja y dinámica entre la persona que envejece y los factores externos ambientales y ecológicos.

Existe una gran diversidad en la forma de envejecer en lo físico y lo mental, siendo común que los cambios que aparecen con el envejecimiento determinen una disminución de la capacidad de respuesta o adaptación a las situaciones estresantes biopsicosociales.

Una persona anciana es más susceptible a los problemas de salud que las personas jóvenes, pero el envejecimiento por si mismo no es causa de enfermedad; la presencia de síntomas corresponde a la presencia de enfermedades y no a los cambios fisiológicos del envejecimiento.⁵

5.2 Cambios biológicos durante el envejecimiento

Con el envejecimiento acontecen diversos cambios biológicos en los sistemas del organismo, con disminución de sus reservas funcionales y de su capacidad de adaptación. Entre estos se destacan:

- a) Disminución de la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular.
- b) Descenso en la respuesta del centro termorregulador.
- c) Disminución funcional del sistema renal.
- d) Cambios degenerativos en el sistema osteomuscular.

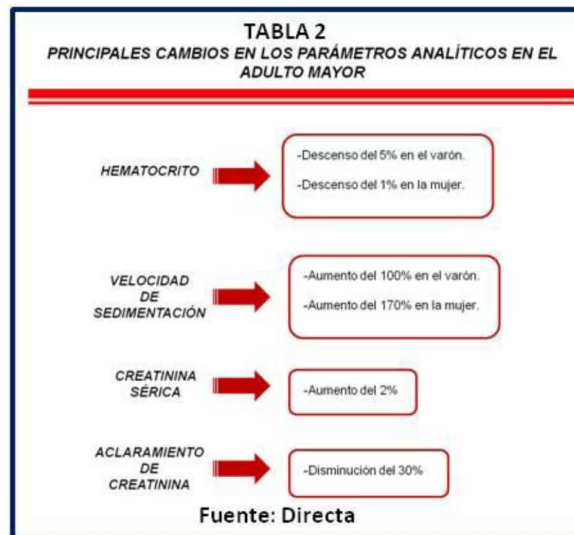
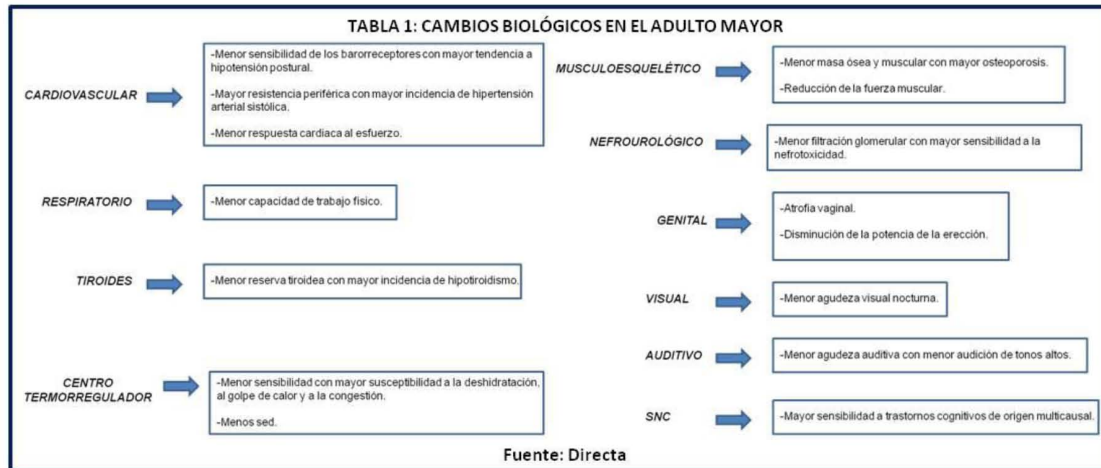
El envejecimiento también provoca cambios neurosensoriales que disminuyen las funciones perceptivas visuales y auditivas.



PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PARA LA PREVENCIÓN DE ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.



Por otro lado, también origina un aumento de la sensibilidad del sistema nervioso central, lo que da lugar a que diversas enfermedades se desarrollen inicialmente como trastornos cognitivos y/o afectivos (Tablas 1 y 2).





5.2.1 Interacción farmacológica en el adulto mayor

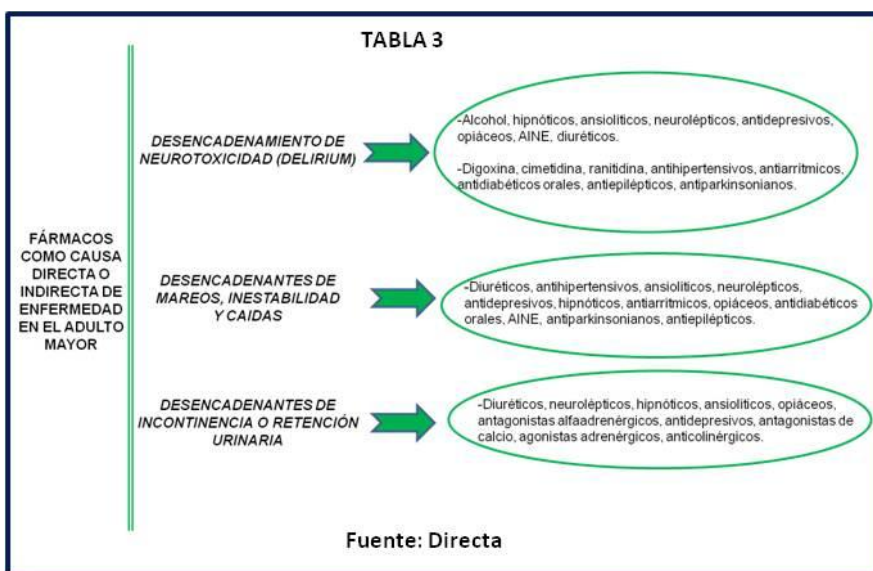
Los ancianos son el sector de población en el que la terapéutica medicamentosa cobra mayor significación. Se considera como tal aquella en la que el consumo correcto de los fármacos, utilizados en circunstancias ideales, ocasiona efectos secundarios y reacciones adversas que aumentan la morbilidad y mortalidad de las personas.

Las circunstancias que favorecen el daño de los medicamentos en las personas mayores son diversas:

- a) Cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que modifican los efectos farmacológicos.
- b) La pluripatología que modifica la respuesta del organismo.
- c) La polimedición que favorece las interacciones farmacológicas.
- d) Errores de prescripción.
- e) Automedicación

Los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos se producen por los cambios fisiológicos que acontecen en el organismo por el envejecimiento.⁵

De las modificaciones farmacocinéticas, las de mayor trascendencia son la disminución del aclaramiento renal y las modificaciones del volumen de distribución (Tabla 3).



5.2.1.1 Recomendaciones para el uso de fármacos en el adulto mayor

Los principios generales de la prescripción de fármacos en el anciano son:

1. Considerar los tratamientos no farmacológicos como elementos fundamentales de los esquemas terapéuticos.
2. Revisión periódica del tratamiento.
3. Suspensión de los tratamientos que ya no se precisen.
4. Antes de introducir un nuevo fármaco valorar si pueden ser retirados otros medicamentos.
5. Iniciar los tratamientos con dosis bajas e incrementar lentamente las dosis hasta conseguir la mínima eficaz.
6. Ajustar la dosis de los fármacos en función del aclaramiento renal.
7. Preguntar sobre la polimedicación.
8. Evitar la utilización de fármacos de vida media larga o que se acumulen.
9. Ante la aparición de síntomas inespecíficos considerar la posibilidad de
10. tratar los efectos adversos.
11. Considerar que la edad avanzada no es un factor que contraindique la utilización de un fármaco potencialmente benéfico.⁶



5.2.2 Nutrición durante la vejez

La estrecha relación entre la dieta y la salud le exigen un conocimiento completo de los problemas de nutrición que pueden surgir con la edad, además de reconocer su importancia en la etiología de las enfermedades orales.

Inevitablemente, la nutrición tiene influencia sobre los fenómenos del envejecimiento a causa de su directa repercusión sobre la función normal y el medio ambiente de cada una de las células. Por lo tanto, las personas de edad avanzada necesitan una nutrición equilibrada, lo cual se logra únicamente por medio de una dieta regularizada.

La nutrición equilibrada es el resultado de complejos procesos fisiológicos: de la ingestión, absorción, acumulación, utilización y excreción de los alimentos.

Una mala nutrición, aparte de acentuar el progreso del cambio degenerativo, aumenta el riesgo en ciertas situaciones clínicas, como lo pueden ser las intervenciones quirúrgicas. Antes de intervenir quirúrgicamente, deben corregirse los trastornos de nutrición, especialmente los que afectan al nitrógeno, y al equilibrio de electrolitos y líquidos.⁷

Una de las cosas más importantes para decidir las calorías que necesita el anciano es la cantidad de energía que gasta. Las necesidades nutritivas básicas se agrupan en dos categorías principales:

- a) Desarrollo y restauración de la estructura normal
- b) Demanda de la energía para necesidades funcionales

El modelo de dieta en la senectud es a menudo resultado de la acumulación de todas las experiencias vividas acerca de los alimentos, y en consecuencia varía considerablemente. Sin embargo, hay otras influencias adicionales significativas:



- 1) Biológicas
- 2) Sociales
- 3) Médicas
- 4) Dentales

5.2.2.1 Influencias Biológicas

Se han considerado los cambios por edad en sentidos específicos. La atrofia senil de los órganos del gusto y del olfato indudablemente contribuye a la anorexia senil. Sin embargo, el sentido del gusto en las personas mayores también puede verse afectado por su reacción psicológica a los alimentos.

5.2.2.2 Influencias sociales

El vivir solo es un factor adverso importante en el establecimiento de una dieta equilibrada. Muchas personas de edad adulta que viven solas encuentran que cocinar es un esfuerzo excesivo y no sienten ningún incentivo para alimentarse adecuadamente. Además, pocas son las que quieren o pueden comprar distintos grupos de alimentos.

La mejor protección contra una dieta inadecuada parece consistir en mantener contactos con la comunidad, participando en actividades fuera del hogar o dependiendo de alguien que prepare y cocine sus alimentos.

Algunas comunidades disponen de un servicio de alimentación móvil que tiene un valor importante tanto en lo social como en lo psicológico. Aparte de proporcionar a los ancianos el estímulo de ser atendidos, permite mantenerlos en observación y estar alerta ante cualquier otro servicio que precisen.

5.2.2.3 Influencias médicas

En presencia de alguna infección grave, cualquier persona de todas las edades puede mostrar pérdida de apetito, resultando en menor ingestión de



calorías. Durante la fase de recuperación, se produce normalmente el restablecimiento del apetito e incluso, un periodo de sobrealimentación.

Generalmente, la compensación dietética tiene lugar dentro de un periodo de diez a catorce días. Sin embargo, en la fase de recuperación del adulto mayor, a veces no aparece este mecanismo de compensación necesario para restablecer el equilibrio de la nutrición. Si las reservas del cuerpo tienen un nivel mínimo, en el momento en que este equilibrio es más necesario, esto puede surtir efectos realmente importantes.

En el anciano el efecto de una enfermedad leve y repetida puede acentuarse si ofrece resistencia a ingerir alimentos y siente pérdida de interés por encontrarse mejor. La relación existente entre las fases depresivas y la anorexia está bien demostrada; sin embargo, ciertas enfermedades físicas tienen como síntoma común inicial la anorexia.

La pérdida de apetito también puede ser iatrogénica; por ejemplo, la mayoría de los tipos de farmacoterapias tienden a reducir el apetito. La administración durante un largo periodo de sedantes o preparaciones digitales tiende particularmente a reflejar ese cambio.

5.2.2.4 Influencias dentales

El hombre come porque siente hambre, aunque el placer de la comida tiene un gran significado para el ser humano. Así pues, los problemas de la nutrición deben considerarse teniendo en cuenta que para la persona de edad avanzada comer no debe resultarle una tarea o experiencia desagradable.

Aquí debe quedar muy claro que una dentadura adecuada, natural o artificial, no es esencial para conseguir una ingestión de alimentos suficiente para mantener el equilibrio nutritivo.

Estudios recientes han demostrado que la masticación efectiva de los alimentos no son fundamentales para mejorar la nutrición. Sin embargo,



pocas personas relacionarían el placer de de comer con ingerir los alimentos mal masticados.

Además del efecto de cualquier malestar oral, la pérdida de dientes o las dentaduras mal ajustadas influyen en la capacidad de masticación e inevitablemente sobre el interés y la elección de alimentos.

Cuando los autores se refieren al efecto de la salud dental sobre la nutrición, se estaría cometiendo un error al considerar únicamente la malnutrición.

El anciano puede tener una ingestión dietética adecuada para mantener la salud normal, aunque no suficiente ante las exigencias de una enfermedad. El trastorno del equilibrio nutritivo conduce a una rápida deterioración y colapso de los sistemas del cuerpo.⁸

5.3 Cambios psicológicos durante el envejecimiento

Las características psicológicas del envejecimiento cambian de acuerdo a los condicionantes ambientales. Este fenómeno se conoce como *efecto cohorte*, es decir, que uno envejece según las condiciones de su desarrollo, como lo pueden ser los factores socioeconómicos y culturales que envuelven al individuo que de la edad cronológica.⁵

5.3.1 Cambios intelectuales o cognitivos

En la vejez se deben diferenciar dos situaciones: el declive cognitivo y el deterioro intelectual.⁵

El primero acontece por el proceso de envejecimiento y no se define exclusivamente por la edad, sino por los factores evolutivos como el proceso de socialización, educación y el nivel de ejercitación intelectual. La velocidad del declinar cognitivo varía de persona a persona, lo que puede ser producto de la acumulación a lo largo de la vida de los efectos de las enfermedades padecidas y de los factores socioambientales a los que el sujeto esta sometido.



El declive intelectual no afecta a todas las funciones a la vez. En contra de los estereotipos, el anciano puede seguir aprendiendo cuando se optimizan las condiciones para el aprendizaje. Este aspecto es importante pues apoya las intervenciones sociosanitarias de educación para la salud que promueven una vida o envejecimiento saludable. Aunque debemos tomar en cuenta que los cambios en la memoria pueden verse afectados si a los ancianos se les dificulta su proceso para recordar aquella información cuya recuperación exige procesos complejos de recuerdos e interpretación.

5.3.2 Cambios en la personalidad durante el envejecimiento

La personalidad es un fenómeno multidimensional en la que numerosos factores y aspectos se interrelacionan para dar lugar a dos grandes elementos:

- a) La vida interna
- b) La vida externa o de relación

A medida que se envejece, la persona orienta su energía vital hacia el mundo interior en un proceso de interiorización. Este fenómeno es más común en los hombres, que se vuelven más sentimentales, conservadores y reflexivos, mientras las mujeres son más tolerantes y abiertas.⁵

La interiorización hace que en edades avanzadas, superiores a los 75 años, aparezcan distintas características de la personalidad que muestran el proceso de adaptación a las pérdidas y el intento continuo de cada sujeto por mantenerse estables. Esto por otro lado, no afecta los procesos de adaptación al medio.

Se han desarrollado distintas teorías para tratar de explicar la adaptación satisfactoria al proceso de envejecer:



- 1) *Teoría de la desconexión*: El envejecimiento satisfactorio conlleva un corte con los vínculos sociales y familiares.
- 2) *Teoría de la actividad*: Para envejecer con salud se debe estar y mantener lo más activo posible.
- 3) *Teoría de la continuidad*: La vejez satisfactoria se produce cuando el sujeto hace frente a situaciones que acontecen en el envejecimiento, manteniendo las preferencias personales previas.

5.4 Valoración funcional del anciano

La valoración geriátrica completa es un instrumento diagnóstico-terapéutico consistente en la valoración de los problemas biológicos, mentales, funcionales y psicosociales de las personas mayores con el fin de conseguir un adecuado plan de tratamiento con la mejor utilización de recursos. Consiste en la realización de una valoración profunda en las siguientes áreas:

a) Biológica: Valora el estado de cada sistema del organismo, su déficit y capacidades potenciales. Además recoge los medicamentos que habitualmente consume el paciente.

b) Mental: Valora la situación cognitiva mediante una entrevista estructurada del paciente y sus familiares y el uso de test de deterioro cognitivo.

c) Psicoafectiva: Evalúa la presencia de psicopatología mediante la entrevista y la utilización de cuestionarios o escalas específicas. Además incluye la valoración del impacto de los problemas de salud en la vida del anciano y las preferencias sobre los tratamientos.

d) Sociofamiliar: Valora la presencia del apoyo familiar estructural y percibido por el anciano así como la presencia de apoyo social no familiar.

e) Funcional: Evalúa la situación funcional del anciano a través de instrumentos específicos. Se considera que la utilización de escalas de valoración funcional mejoran el diagnóstico de la capacidad funcional respecto al uso exclusivo de la historia clínica y la exploración.



Las escalas valoran el grado de dependencia en la realización de actividades instrumentales y básicas habituales de la vida diaria.

La utilización de la evaluación geriátrica completa en la Atención Primaria ha demostrado, fundamentalmente, una mejora del diagnóstico de los problemas ocultos del anciano sin que se dispongan de datos de su efecto sobre el estado de salud global.⁵

5.4.1 Autonomía e incapacidad

La *autonomía* es aquella condición de la persona que le permite desarrollar las diversas funciones de la vida sin depender de nadie. Esta cualidad guarda relación directa con el concepto de salud biopsicosocial de la OMS.

El nivel más alto de autonomía hace referencia a la capacidad del sujeto para automantenerse en la vida social, lo que recoge el aspecto de ser independiente para las *actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)*, como lo son el trabajo, los ingresos económicos, las relaciones sociales, entre otros.

En el segundo nivel se encuentra el ser independiente para la realización de las tareas cotidianas de la vida diaria, conocidas como *actividades instrumentales (AIVD)*.

En el nivel más bajo, se encuentra la autonomía para la realización de las *actividades básicas de la vida diaria (ABVD)*.

La enfermedad da lugar al deterioro de un órgano con pérdida de su capacidad funcional, lo que provoca situaciones de incapacidad y, secundariamente de minusvalía.

La *incapacidad* es la expresión objetiva del deterioro funcional y se presenta cuando la actividad o conducta de una persona se ve alterada por la limitación funcional.



La *minusvalía* es la socialización de la incapacidad, aquella situación que refleja una actitud de la sociedad ante la incapacidad de un sujeto por la que este se encuentra en desventaja respecto a otros.⁵

5.4.2 Instrumentos para la valoración funcional del anciano

El diseño de un instrumento que valore la situación funcional es complejo. Las áreas susceptibles de ser medidas son múltiples y el grado de dependencia difícilmente puede quedar reducido a un solo índice o categoría. La medición de la incapacidad con escalas debe basarse en el conocimiento de los déficits representativos de la dependencia y de la jerarquía que opera en las funciones.

Si se identifica la situación funcional como una aproximación al estado de salud, los instrumentos que pueden utilizarse van a ser indicadores globales del estado de salud o indicadores específicos de funciones.

Los indicadores específicos están dirigidos a valorar situaciones concretas del estado de salud, como la situación física, el estado cognitivo y la situación social.

Al respecto, existen escalas de valoración unidimensional y multidimensional, las cuales han servido como instrumentos que ayudan a determinar la situación física a través de la dependencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como el índice de Katz y la escala de Lawton y Brodie.⁵

5.4.2.1 Índice de Katz:

Valora de forma dicotómica (independiente/dependiente) las funciones de bañarse, vestirse, ir al aseo, desplazamiento cama-sillón, continencia y alimentación.

La escala también suele usarse dando una puntuación de 0/1 (necesita ayuda/no necesita ayuda) a cada función, con cálculo posterior de puntuación global.



La escala clasifica en 8 categorías a las personas según su grado de dependencia. Las funciones están organizadas de forma jerárquica de menor a menor dependencia.

La valoración de la continencia urinaria debe entenderse como situaciones de incontinencia total y no incontinencias parciales.⁵

5.4.2.2 Escala de AIVD de Lawton y Brodie

Valora las actividades de compra, preparar la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso del teléfono y del transporte, control del dinero y medicación.

Su medición es 0/1, donde 0 es la capacidad y 1 es la incapacidad. Otra forma de utilizarla es valorando cada ítem entre 0-4, de forma que a mayor incapacidad mayor puntuación.⁵

ACTIVIDADES BÁSICAS (ABVD)

- *Alimentarse
- *Bañarse
- *Vestirse
- *Deambulación
- *Comunicación
- *Control de esfínteres
- *Movilización de extremidades
- *Agudeza visual

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (AIVD)

- *Limpiar
- *Cocinar
- *Usar el teléfono
- *Ir de compras
- *Lavar la ropa
- *Uso del transporte público
- *Control del dinero
- *Control de la medicación
- *Subir escaleras
- *Trabajo casero

5.4.3 Instrumentos multidimensionales para la valoración geriátrica

Estos instrumentos valoran la incapacidad física, cognitiva y social del adulto mayor. El más destacado es el OARS.⁵



5.4.3.1 Escala de Recursos Sociales (OARS)

Proporciona información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador.

Valora 5 áreas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física, AVD. Basándose en las respuestas se evalúan los recursos sociales del individuo según una escala de seis puntos, que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “relaciones sociales totalmente deterioradas”.

5.4.3.2 Escala de incapacidad física-psíquica de la Cruz Roja

Valora en dos apartados separados la incapacidad física y la incapacidad psíquica.

La incapacidad psíquica categoriza a los sujetos en 6 grados, desde el 0 (sujeto normal), al 5(sujeto con vida vegetativa).

La categorización se realiza en función de la orientación, comunicación, conducta, continencia y diagnóstico de demencia.

6. GERONTOESTOMATOLOGÍA

La parte de la medicina consagrada al estudio del envejecimiento anatomofisiológico y patológico de la cavidad oral, dientes, lengua y estructuras adyacentes, así como sus relaciones con la salud integral del anciano, se denomina gerontoestomatología, término que deriva del griego:

Geronto = Viejo

Estoma = Boca

Logos = Tratado



Este término involucra todas las estructuras de la cavidad oral que tienen relación con el envejecimiento, o más bien, las maneja como proceso de adaptación a esta situación, lo que, más que un cambio fisiológico significaría un mecanismo de compensación enmarcado dentro de los límites de lo no patológico.⁹

Sin embargo, como se observará más adelante, con frecuencia pueden producirse modificaciones patológicas por la adaptación a estas nuevas situaciones, por lo que debemos reconocer estas características y hacer conciencia de que el cirujano dentista debe tener atención especial en los pacientes geriátricos.

La gerontoestomatología no abarca únicamente la etapa de la vejez, sino que podemos considerar su ejercicio desde las fases tardías de la juventud, es decir, de la madurez y la prevejez, cuando se deben instaurar las medidas que encajan en el amplio marco de la prevención, formando parte del importante contexto de la geroprofilaxis y gerocultura (medios empleados para prevenir y/o retrasar el envejecimiento), y con las exclusivamente clínicas a partir de los 56 a 60 años de edad.

6.1 Cambios en las estructuras dentarias

La pérdida de dientes generalmente obedece a la caries dental no tratada en los primeros estudios de su evolución y a la enfermedad periodontal.

En el paciente geriátrico la caries coronaria no es relevante, pero sí lo es la caries radicular que se presenta con frecuencia hacia los 50 años de edad y aumenta después de los 60; sin embargo, desde los 40 años ya aparecen algunas lesiones anfractales o pérdida patológica de tejido dentario duro causada por la acción de agentes fisicoquímicos o mecánicos que inducen la flexión y fatiga del esmalte, el cemento y la dentina a distancia del punto de aplicación de la fuerza.¹⁰

Los tejidos duros de los dientes que incluyen al esmalte, la dentina y el cemento radicular pueden verse afectados en la edad avanzada por lesiones que conllevan pérdida de sustancia.



6.2. Enfermedad periodontal

Ésta debe estar correctamente controlada antes de cualquier procedimiento protésico. Los tejidos gingivales padecen los mismos cambios que otras estructuras de la cavidad oral, como la pérdida de queratina, lo cual produce su adelgazamiento. En el tejido conectivo, especialmente el ligamento periodontal, se observa menor cantidad de células y fibras.⁷

En pacientes de edad avanzada es frecuente que a causa de la pérdida dentaria, la distribución de la carga oclusal se realice sobre un menor número de dientes remanentes y en una dirección diferente al eje axial del diente natural, con efectos excesivos e inadecuados, cuyo resultado es un aumento del espacio del ligamento periodontal.

Si se considera que la relación entre el diente y el periodonto es variable durante el proceso eruptivo, se describen cuatro etapas:

Etapas I y II: La corona clínica es menor que la corona anatómica.

Etapas III: La corona clínica coincide con la corona anatómica.

Etapas IV: La corona clínica es mayor que la corona anatómica.

Los pacientes geriátricos se ubican en las etapas III y IV. También se consideran en este proceso eruptivo la distancia entre el fondo del surco gingival hasta el nivel de la cresta ósea que se define como el espesor, espacio o ancho biológico, incluyendo la variación promedio por etapas.

6.3 Cambios estructurales en el hueso alveolar

La edentación acarrea consecuencias drásticas, no solo por la resorción ósea, sino también en la relación intermaxilar. La maxila tiene una resorción moderada centrípeta; por el contrario, la mandíbula presenta una resorción centrífuga progresiva e importante, cuyo resultado es una relación oclusal cruzada.¹¹



Aunque la posición sobreerupcionada afecta a la totalidad del hueso maxilar y mandibular, en el adulto mayor se produce como uno de los cambios estructurales más importantes la paulatina aparición de un reborde residual agudo, así como la aproximación del reborde residual al agujero mentoniano.

De estas posiciones, el hueso maxilar dificulta la estabilidad de la base protésica inferior; el maxilar se debe considerar como causal en fracturas mandibulares en la edad avanzada.

La rama ascendente aparece relativamente larga, al reducirse la altura del cuerpo mandibular.

6.4 Cambios en la articulación temporomandibular

Se sabe de ciertos cambios degenerativos que se localizan en la articulación temporomandibular (ATM) en la edad avanzada. Se produce casi simultáneamente un aplanamiento al principio y se torna más marcado después, esto es, conlleva un aplanamiento de la superficie articular, reduciéndose casi al mismo tiempo el tamaño del cóndilo mandibular, y como consecuencia de todo ello se presenta un mayor grado de relajación en los movimientos que realiza la articulación.¹¹

Igualmente, ocurren alteraciones del disco articular con la edad avanzada, estas obedecen a un proceso fisiológico de desgaste.

La actividad funcional de la articulación temporomandibular depende fundamentalmente de la información propioceptiva que proviene de los músculos que actúan sobre ella, así como de los ligamentos y terminaciones nerviosas múltiples.

De la misma manera, se han observado importantes modificaciones en los patrones masticatorios de los portadores de prótesis total. Los pacientes geriátricos edéntulos con frecuencia realizan movimientos de lateroprotusión cuando llegan a la posición de relación céntrica y movimientos asimétricos en la fase terminal de su ciclo masticatorio.



Además, tienen la tendencia a contactar con fuerza las posiciones anteriores. Esta parafunción puede desarrollarse en prótesis totales desajustadas y muy abrasionadas.

6.5 Cambios en la mucosa oral y tejidos de revestimiento

Las alteraciones en piel y mucosa oral se deben básicamente a cambios en el epitelio y tejido conectivo. La piel disminuye de grosor especialmente en las superficies planas, se observan deshidratación y reducción en su vascularización y en la cantidad de tejido adiposo, lo cual se traduce en una pérdida de resistencia y elasticidad.¹¹

En la mucosa oral, se presenta atrofia en los adultos mayores, con adelgazamiento del epitelio y un aumento general del contenido de colágena de los tejidos subyacentes.

Respecto a la queratinización, mientras unas zonas la presentan aumentada (vestíbulo y labio), otras la contienen disminuida (paladar y encías). También son frecuentes en los ancianos las lesiones en las comisuras labiales, como se verá más adelante, producidas por *Cándida albicans*.

La mucosa que soporta la base protésica se conserva favorable cuando es estable, lo que mejora la salud hística (del tejido) cuando se somete al descanso nocturno.

6.6 Envejecimiento de la lengua

La lengua es un órgano muscular que requiere mayor atención durante esta etapa clínica de rehabilitación protésica. Su participación coordinada con los labios, carrillos, paladar y faringe repercute en la función fonética, masticación y deglución.⁸

Además, posee una abundante capacidad sensorial que puede detectar no solo las sensaciones habituales de tacto, presión, calor y frío, sino especialmente la del gusto.



Su estrecho contacto con la base protésica inferior y su posición variable con los rebordes residuales edéntulos de la edad avanzada se deben conocer con mucha precisión.

Se caracteriza por:

- 1) Presencia de várices linguales.
- 2) Disminución en el número de papilas gustativas.
- 3) Alteraciones morfológicas y disminución en la percepción (sabores).
- 4) Papilas atróficas y disminución de la sensibilidad táctil.

6.7 Glándulas salivales mayores y menores

Además de las numerosas funciones protectoras que poseen incluyendo las del gusto y digestión, las glándulas salivales participan en la lubricación de la mucosa bucal y de los labios. Es un factor importante en la pronunciación de las palabras y para el uso cómodo de las prótesis totales.¹¹

Desde el punto de vista estomatológico, las glándulas salivales mayores y menores son muy importantes tanto anatómica como fisiológicamente.

Con el envejecimiento disminuye la concentración de mucina en la saliva. Las glándulas que se encuentran debajo de una base protésica tienden a degenerarse, inclusive los conductos secretorios sufren cambios, aparece una fibrosis en el interior de los tejidos glandulares, lo que conduce a una reducción de la cantidad de saliva.

Se ha comprobado que en la edad avanzada se registra un descenso de 75% en la actividad de las enzimas salivales. La cantidad de fluido salival secretada por día varía de una persona a otra, y depende de varios factores como hidratación, hábitos alimenticios, respiración bucal, etc.

Por lo general, la cantidad secretada disminuye en los pacientes de la tercera edad (xerostomía); aunque ocasionalmente se presenta una secreción excesiva (sialorrea).¹⁰



6.8 Sensaciones gustativas

Se da una disminución debido a la hipoplasia fisiológica de la edad avanzada (insalivación). Los pacientes presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en calidad como en cantidad. Los cambios se pueden deber a la atrofia de los acinos glandulares como parte del proceso de envejecimiento, o a la acción de medicamentos o radiación en la región de cabeza y cuello. ¹¹

Si la masticación produce insalivación su valor es insignificante como cualquier estímulo mecánico débil de la cavidad oral, sin embargo, durante la masticación prolongada se prepara la trituración del bolo alimenticio, lo que facilita de deglución y digestión.

También se han detectado algunos receptores que provocan salivación en presencia de un estímulo receptor; estos se encuentran distribuidos por toda la cavidad oral, pero especialmente en la superficie dorsal de la lengua, donde además se distribuyen las papilas gustatorias que reaccionan a la acción de sustancias:

- a) Amargas
- b) Saladas
- c) Ácidas
- d) Dulces

7. ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS

Como es bien sabido en el ámbito odontológico, las prótesis totales tienen un periodo de eficiencia limitado, el cual está sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte para que estos no se conviertan en factores patógenos.

La microcolonización de las bases protésicas, sean estas de resinas acrílicas termopolimerizables, resinas de fraguado lento o acondicionadores de tejidos, o materiales del tipo siliconas, utilizadas en la práctica protodóntica, es un tema muy controvertido y objeto de múltiples investigaciones. Los resultados de estas deben ser considerados en la aplicación de medidas



preventivas y curativas para la conservación de la integridad de tejidos de soporte como la mucosa y el reborde residual.

Asimismo, algunos autores atribuyen a los hongos un papel etiológico importante y demuestran la abundante presencia de la *Cándida albicans* en la superficie interna de las bases protésicas, ya que estas representan espacios o nichos que permiten la acumulación de restos alimenticios, microorganismos y células muertas, constituyéndose así la placa bacteriana.

Mientras mayor sea la permanencia del material en la boca, más profunda es la penetración de los microorganismos en el interior de él. Esto estaría favorecido por una serie de factores, entre los que podríamos citar la deficiente higiene de las prótesis, el uso nocturno de las mismas y el coeficiente de inhibición de algunos materiales de base.

Por lo mencionado anteriormente, es necesario insistir en la educación del portador de dentaduras completas, destacando la importancia de eliminar la placa bacteriana presente en sus prótesis por medio de rigurosas medidas de higiene, las cuales también deben incluir la mucosa oral de soporte.¹¹

7.1 Acción iatrogénica de las prótesis totales

Entre las numerosas afecciones y reacciones en los niveles mucoso y óseo consecutivas a la colocación de una dentadura en el adulto mayor, conviene mencionar las hiperplasias inflamatorias, las papilomatosis palatinas y varias formas de estomatitis que pueden correlacionar con el uso de dentaduras y con la falta de adecuadas medidas de higiene oral.

Las superficies constituidas por tejidos blandos en la cavidad oral son la parte vestibular de los labios y carrillos, el piso de boca, la lengua, la mucosa, paladar duro y blando, el istmo de las fauces y la orofaringe.⁹



7.2 Estomatopatías protésicas de la tercera edad

Se ha demostrado que la mucosa de apoyo de la superficie basal (reborde residual y palatino) cambia de color y estructura después de cierto tiempo de usar una prótesis total.⁹

El uso de las prótesis pueden dar origen a lesiones que constituyen un grupo heterogéneo respecto de la patogenia, que incluye:

1. Hiperplasia papilar inflamatoria.
2. Úlceras traumáticas crónicas.
3. Hiperplasia marginal.
4. Estomatitis protésica.
5. Queilitis angular.
6. Candidiasis oral.
7. Hiperplasia fibrosa inflamatoria (épolis fisurado).
8. Hiperplasia fibrosa focal.

7.2.1 Hiperplasia papilar inflamatoria

También conocida como papilomatosis, es una forma de hiperplasia inflamatoria, no es una verdadera neoplasia, aparece en el paladar duro debajo de una prótesis total desajustada. Clínicamente la lesión se manifiesta con numerosas proyecciones nodulares o papilas múltiples de mucosa oral, de color, tamaño y altura diversos y separadas por fisuras (Figura 1).



La superficie involucrada puede infectarse adicionalmente por *Cándida albicans* y provocar síntomas de ardor en el paladar duro.

El tejido hiperplásico se debe eliminar antes de realizar una nueva prótesis. El acto quirúrgico de extirpación de dicho tejido puede realizarse con un bisturí, un utensilio (fresa) ensamblado sobre un instrumento rotatorio, electrocoagulación o cirugía con laser inflamatorio.¹³



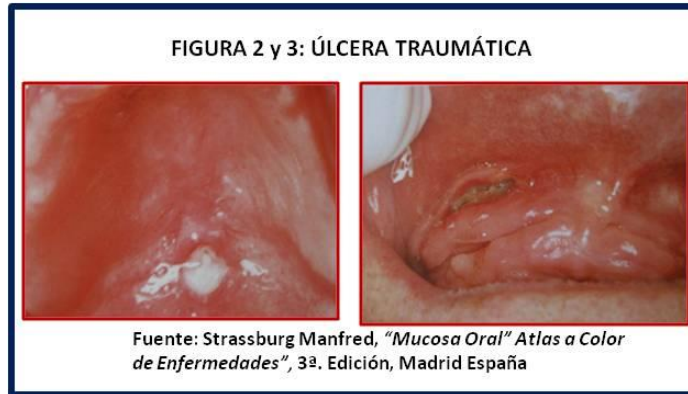
7.2.2 Úlceras traumáticas

Son lesiones pequeñas y dolorosas de la membrana mucosa que suelen desarrollarse poco después de la colocación de la prótesis total (24 a 48 hrs.).

Al inicio, las lesiones en la mucosa oral son rojas, después se inflaman y se tornan dolorosas, posteriormente aparece la úlcera. Por lo general cicatrizan, gracias a la regeneración de la superficie del epitelio, eliminando el agente causal (Figuras 2 y 3).

Las úlceras linguales crónicas se diferencian de las úlceras de otras áreas de la boca porque permanecen relativamente invariables durante más tiempo. Se localizan habitualmente en los tercios medios y posteriores de los bordes laterales de la lengua, donde aparecen como ulceraciones superficiales, rodeadas por un extremo elevado de tejido fibroso y una amplia zona externa endurecida.

Con base en el tiempo de desarrollo, las úlceras bucales dolorosas pueden clasificarse en agudas y crónicas; por sus antecedentes pueden ser primarias y recurrentes, y por su número, únicas y múltiples.¹¹



7.2.3 Hiperplasia marginal

Es un pliegue de mucosa excedente que se localiza por dentro del borde bermellón del labio superior o inferior. Es una reacción inflamatoria de los tejidos bucales en contacto directo o próximos a la base protésica (Figura 4).

La mordedura de labios y carrillos seguida de la irritación son sus principales factores etiológicos. La lesión resultante es un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos formado por abundante colágeno maduro, similar a las cicatrices. Es la tumefacción nodular más frecuente de la cavidad oral.¹¹





7.2.4 Estomatitis protésica

Es una lesión inflamatoria de la mucosa bucal cubierta por una base protésica, involucra con frecuencia al reborde residual y al paladar duro (Figuras 5 y 6). La mucosa afectada está roja e inflamada. Esta lesión se relaciona con:

- Falta de higiene bucal protésica.
- Base protésica contaminada con acondicionadores de tejidos blandos.
- Presencia de *Cándida albicans*.
- Pegamento contaminado.

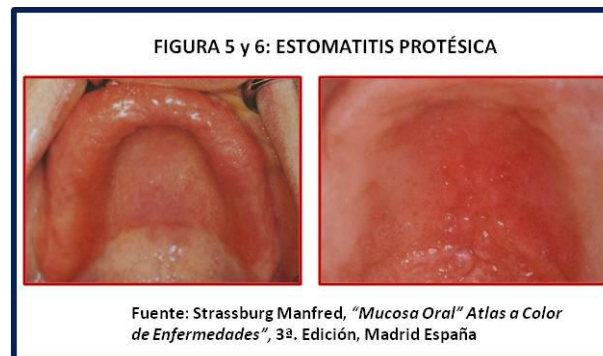
Sin embargo, este trastorno no es una entidad patológica específica, ya que existen otros factores causales, como las infecciones bacterianas, la irritación mecánica o una reacción alérgica provocada por los componentes del material de base protésica.

La estomatitis protésica se clasifica en tipo 1, tipo 2 y tipo 3 según sus características:

Estomatitis protésica tipo 1: Es simple y localizada, incluye puntos de hiperemia e inflamación difusa de un área limitada de la mucosa palatina.

Estomatitis protésica tipo 2: Es simple y más generalizada e incluye un eritema difuso de la mayor parte o de la totalidad de la mucosa o de apoyo.

Estomatitis protésica tipo 3: Es de tipo granular. Otra de las manifestaciones que pueden presentar los pacientes portadores de prótesis es sensación de quemadura, queilitis y glositis.¹¹





7.2.5 Queilitis angular

Se define como cualquier reacción inflamatoria localizada en el ángulo de la boca y cuya causa no se ha determinado. Se inicia en la unión cutaneomucosa y se extiende hacia la piel.

Se caracteriza por lesiones ulcerosas, erosivas o fisuradas en las comisuras bucales (Figura 7). Esta condición es causada por una laceración del área, seguida por una infección secundaria por microorganismos de la boca.

Aunque las lesiones pueden presentarse en forma aislada, también están asociadas con lesiones intraorales pseudomembranosas agudas o lesiones atróficas en otras áreas de la boca edéntula.

La queilitis angular es frecuente en pacientes geriátricos edéntulos con disminución de la distancia vertical maxilomandibular o uso prolongado de prótesis total con este estado carencial.

El tratamiento es un proceso doble que consiste en identificar los factores predisponentes y erradicar la infección local.⁹

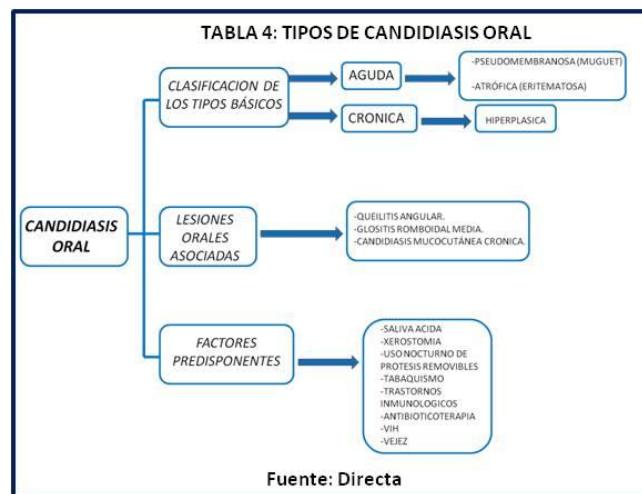


7.2.6 Candidiasis oral

En el interior de la cavidad oral, las infecciones por *Cándida albicans* tienen lugar en la superficie de la mucosa, donde adoptan varias formas clínicas.

Algunas son blancas y se pueden eliminar fácilmente mediante el raspado, pero otras no. Algunas tienen un aspecto rojo brillante, lo cual se debe a la atrofia y erosión del epitelio, y a una intensa inflamación del tejido conjuntivo subyacente.¹²

La clasificación, lesiones asociadas y factores predisponentes se muestran en la tabla 4:



La candidiasis es el prototipo clásico de una infección oportunista. Se trata de un microorganismo comensal de la cavidad oral que se convierte en patógeno cuando existen los factores predisponentes apropiados.

7.2.6.1 Candidiasis pseudomembranosa aguda (muguet)

Forma clínica de infección por *Cándida albicans*, que consiste en placas blandas, cremosas, de epitelio descamativo que contiene numerosos micelios enmarañados sobre una mucosa eritematosa que se elimina fácilmente; es frecuente en pacientes con los factores predisponentes más graves.¹²

Se caracteriza por la presencia de placas blandas de “requesón” o placas blancas y cremosas en varios puntos del interior de la boca (Figura 8). Estas pueden desprenderse fácilmente con un depresor lingual o una gasa.

La mucosa subyacente esta eritematosa y puede sangrar ligeramente. Algunas causas frecuentes de esta forma de candidiasis son el uso prolongado de antibióticos, que trastorna el equilibrio de la flora oral; uso de corticoides sistémicos, que incluye inmunodepresión; infección por VIH; xerostomía, síndrome de Sjogren y diabetes mellitus.

El tratamiento con medicación antifúngica es eficaz para aliviar los síntomas y la mayoría de las infecciones en 1 o 2 semanas.

FIGURA 8: CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA (MUGUET)



Fuente: Sapp Philip, "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea", Madrid España

7.2.6.2 Candidiasis atrófica (eritematosa)

Forma clínica de infección por *Cándida albicans*, en la cual la mucosa está adelgazada, lisa y de color rojo brillante, con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad; normalmente se encuentra en el paladar, bajo una prótesis, pero también se puede encontrar sobre la lengua y otras superficies mucosas (figura 9 y 10).

En pacientes no inmunodeprimidos, la candidiasis atrófica es más frecuente en portadores de prótesis mal ajustadas o en quienes llevan dicha dentadura puesta continuamente.¹²

Se presenta en forma de una zona roja generalizada de tejido atrófico, por lo común en el paladar. Se encuentra principalmente debajo de las prótesis superiores en pacientes mayores, y con más frecuencia en los que no limpian suficientemente las prótesis ni se las quitan en la noche.

Debido a su aspecto clínico característico, especialmente en pacientes susceptibles, puede instaurarse un tratamiento empírico con agentes



antifúngicos en una base de pomada aplicada sobre la superficie tisular de la prótesis.



7.2.6.3 Candidiasis hiperplásica crónica

Suele presentarse en forma de placa mucosa blanca. Se encuentra con mayor frecuencia en la mucosa yugal, a lo largo de la línea oclusal, ensanchándose en forma de V al acercarse a la comisura labial, y también en las superficies laterodorsales de la lengua y los rebordes alveolares. Dado que se presenta como una mancha o placa blanca en la mucosa, se denomina frecuentemente "leucoplasia candidiásica".¹²

A veces la candidiasis hiperplásica crónica se presenta en forma de pápulas blancas sobre un fondo eritematoso y se asemeja a una leucoplasia moteada o eritroplasia moteada (Figura 11).

Por su considerable parecido clínico con una lesión premaligna, la biopsia se hace imprescindible.

Puesto que los microorganismos fúngicos se encuentran en la superficie del epitelio o próximos a la misma, la medicación tópica antifúngica es más efectiva que la medicación administrada por vía sistémica.

FIGURA 11: CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA CRÓNICA



Fuente: Sapp Philip, "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea", Madrid España

7.2.7 Hiperplasia fibrosa inflamatoria (épulis fisurado)

Se trata de una lesión inflamatoria que aparece en el surco mucobucal adyacente al borde de una prótesis total desadaptada. La resorción ósea del soporte alveolar permite que el borde protésico intruya en la mucosa adyacente, causando irritación crónica. Constituyen agrandamientos hiperplásicos de la mucosa residual y la mucosa del surco vestibular.¹¹

Estos procesos de hiperplasia son más comunes cerca de los bordes de la base protésica y con tendencia a ser multilobulados y difusos. La acción y efecto de la hiperplasia fibrosa producida por causas protésicas suele localizarse en el área del vestíbulo bucal de la maxila o labial de la mandíbula, donde se asocia con bases protésicas desajustadas y bordes periféricos sobreextendido (Figura 12).

El tejido hiperplásico suele formar inflamación o pliegues y estar figurado en el área de contacto con el borde o la base protésica. La mayoría de estas tumoraciones hiperplásicas son eritematosas debido a las áreas ulceradas.

Esta lesión inflamatoria puede reducir su tamaño al retirar, modificar o volver a colocar la prótesis total, debido a la disminución del tejido inflamado.

El componente fibroso permanente ya formado se conservara produciendo un área irregular e inestable de tejido blando, el cual debe extirparse por completo previo a la construcción de nuevas prótesis totales.

FIGURA 12: HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA
(ÉPULIS FISURADO)



Fuente: Sapp Philip, "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea", Madrid España

7.2.8 Hiperplasia fibrosa focal

Los principales factores etiológicos de esta lesión son mordedura de carrillos y labios, y la irritación constante de las bases protésicas. Al resultado causal del daño o alteración se denomina fibroma por irritación, y representa un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos y de la colágena producida por sus propios elementos constitutivos.¹²

Esta lesión es más frecuente en el paciente geriátrico y se localiza principalmente en la mucosa oral de los rebordes residuales edéntulos, los labios, carrillos y los bordes laterales de la lengua (Figura 13).

FIGURA 13: HIPERPLASIA FIBROSA FOCAL



Fuente: Sapp Philip, "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea", Madrid España

7.3 Lesiones precancerosas de la mucosa oral

Se caracterizan porque son causadas por agentes irritantes, físicos y químicos. Se conocen también como lesiones fácilmente cancerizables (tejido de morfología alterada), pues no siempre desarrollan cáncer a partir de sus células, sino que estas pueden sufrir transformaciones atípicas con mayor facilidad que las normales y dar lugar a un cáncer in situ.¹¹

7.3.1 Leucoplasia oral o queratosis planas

De acuerdo con los estudios biológicos, las leucoplasias se clasifican en homogéneas, ulceradas y nodulares. Se define como una alteración del epitelio de la mucosa oral desencadenada por una inflamación crónica que cursa con queratosis (Figura 14).



7.3.2 Papilomatosis bucal florida o queratosis exafítica

Se desarrolla casi siempre sobre una mucosa aparentemente sana, y la frecuencia con que un epiteloma evoluciona en su seno es más importante que en caso de la leucoplasia (Figura 15).



7.3.3 Eritroplasia de queirat

Es una placa aterciopelada de color rojo intenso que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como atribuible a ningún otro estado, histológicamente muestra una atrofia epitelial atípica (Figuras 16 y 17).



7.4 Actitud del paciente portador de prótesis totales (Clasificación de House)

En la actualidad, no se han realizado estudios de actitudes de pacientes satisfechos con sus dentaduras, pero sí se han empleado estudios psicológicos para evaluar las características de la personalidad del paciente difícil para prótesis.¹⁴

Hace varios años, el Dr. Milus House propuso una clasificación general de las actitudes mentales de los pacientes, basado en sus experiencias clínicas, la cual se ha mantenido al paso de los años (Tabla 5).

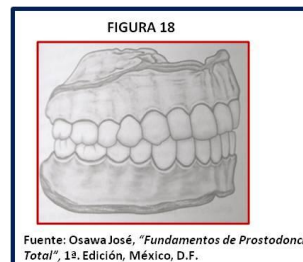
TABLA 5
CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE EDÉNTULO DE HOUSE

	CARACTERÍSTICAS	MANEJO ODONTOLÓGICO
FILOSÓFICO	DESEAN ACEPTAR, SIN CUESTIONAMIENTOS, EL JUICIO DEL ODONTÓLOGO, ACEPTANDO SU ESTADO BUCAL Y EL TRATAMIENTO.	ACTITUD IDEAL PARA EL TRATAMIENTO.
INDIFERENTE	SE PREOCUPAN POCO POR SU ESTADO BUCAL, APRECIANDO POCO LOS ESFUERZOS DEL DENTISTA, Y ACUDIENDO A CONSULTA POR PRESIÓN DE SUS FAMILIAS.	REQUIEREN TIEMPO DE INSTRUCCIÓN ACERCA DEL VALOR Y USO DE LAS DENTADURAS.
CRÍTICO	ENCUENTRAN FALLAS EN TODO LO REALIZADO, Y DAN INSTRUCCIONES CONSTANTES A LOS DENTISTAS, SIN ÉXITO ALGUNO EN SUS INDICACIONES.	DEBEN DETECTARSE DESDE UN INICIO, Y NO PERMITIR SIQUIERA QUE ELLOS DIRIGEN EL TRATAMIENTO. SE LES DEBE CONTROLAR FIRMEMENTE. SE PUEDE REALIZAR INTERCONSULTA CON EL MÉDICO.
ESCÉPTICO	HAN TENIDO MALOS RESULTADOS ANTERIORMENTE, Y DUDAN QUE EL ODONTÓLOGO ACTUAL LOS PUEDA AYUDAR.	SE DEBE INVERTIR UN TIEMPO MAYOR EN LOS EXÁMENES, PUES EL CUIDADO Y ATENCIÓN HACIA ESTOS PACIENTES AYUDARÁN A DESARROLLAR CONFIANZA EN EL DENTISTA.

Fuente: Directa

7.5 Ajustes protésicos realizados por el dentista

La inserción de prótesis nuevas en la boca de un paciente implica más que asentar las dentaduras y decirle al paciente que lo llame cuando haya algún problema (Figura 18).



El odontólogo debe estar consciente de que una dentadura aun colocada en boca, no está terminada, y debe reconocer y eliminar todos los factores que se presenten como inexactitudes de la dentadura.

Generalmente, las inexactitudes resultan de:

- 1) Errores técnicos o de juicio hechos por el dentista.
- 2) Errores técnicos desarrollados en el laboratorio
- 3) Deficiencias inherentes de los materiales usados en la construcción de la dentadura.¹⁴

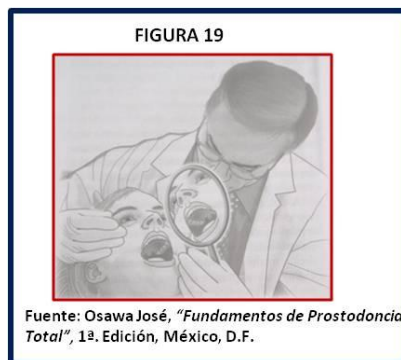


Estas anomalías se deben eliminar antes de la colocación de las prótesis, aunque el odontólogo puede darse cuenta de estas hasta que el paciente lo menciona o lo manifiesta (Tabla 6).



7.6 Indicaciones posteriores a la colocación de prótesis totales

La instrucción de los pacientes con respecto a las limitaciones de las dentaduras como sustitutos mecánicos para tejidos vivos, debe ser un proceso continuo desde el contacto inicial hasta que se completan los ajustes (Figura 19).



Sin embargo, en el momento de la colocación inicial de la prótesis se deberán reforzar ciertas dificultades que se encontrarán con las dentaduras nuevas.¹⁴ Al estar prevenido, el paciente es más tolerante a los problemas y con menos probabilidades los asociará incorrectamente con el ajuste de las prótesis totales (Tabla 7).



TABLA 7: INDICACIONES POSTERIORES A LA COLOCACIÓN DE LA DENTADURA

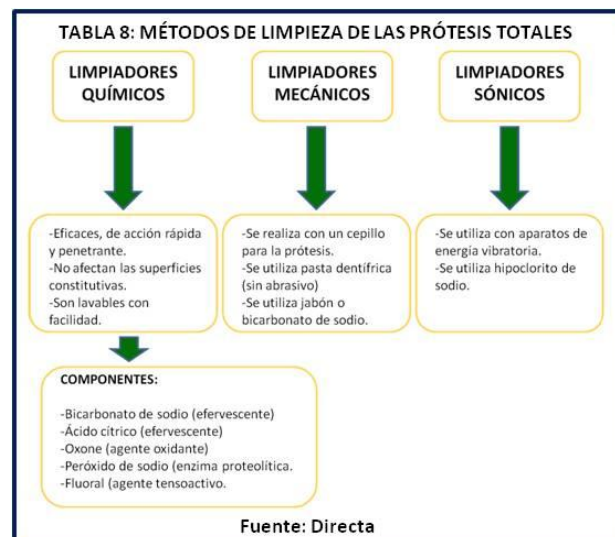
PROBLEMÁTICA	INDICACIÓN
Individualidad de los pacientes	Recordar al paciente que todos somos diferentes y que es un proceso de adaptación el dominar su prótesis funcionalmente.
Apariencia con las nuevas dentaduras	Se debe indicar al paciente que con el tiempo su apariencia con las dentaduras se hará mas natural, sobre todo en la zona de los labios.
Masticación con las nuevas prótesis	Se debe indicar que los músculos de la masticación deben aprender nuevamente lo que deben y no deben hacer. Para ello se indica comer alimentos blandos en trozos pequeños. Este proceso dura de 6 a 8 semanas.
El habla con las nuevas prótesis	Aconsejar a los pacientes que lean en voz alta y que repitan palabras o frases que son difíciles de pronunciar.

Fuente: Directa

7.6.1 Higiene de las dentaduras

Los pacientes deben estar convencidos de la importancia de mantener una buena higiene para la salud de la cavidad oral. La placa, pigmentos y cálculos se acumulan en las prótesis y en la mucosa de los pacientes edéntulos de forma similar a como lo hacen en las bocas de pacientes dentados. La placa dentobacteriana es un factor etiológico en las estomatopatías protésicas, así como en los malos olores, por lo que debe ser eliminada.¹¹

Los principales métodos de higiene son la limpieza química, mecánica y sónica (Tabla 8).





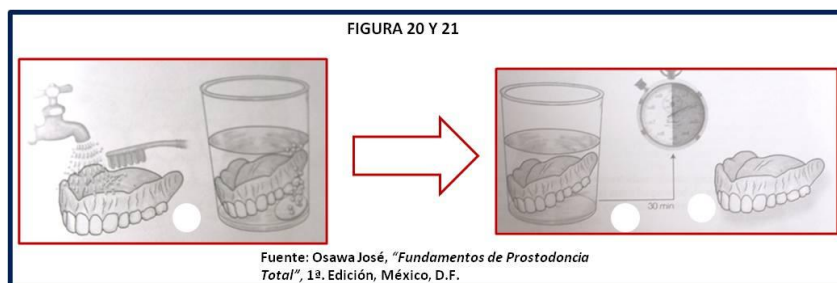
Se debe instruir a los pacientes para que enjuaguen sus prótesis y bocas siempre que sea posible después de las comidas. Es esencial que las dentaduras estén fuera de boca una vez al día y sean colocadas en un limpiador jabonoso por unos minutos. Este intervalo es importante para eliminar los microorganismos de las dentaduras, aunque resulta aun mejor dejar las prótesis durante toda la noche.¹¹

Al retirar las prótesis del limpiador jabonoso, deben ser cepilladas con cuidado y suavidades con un cepillo blando, y enseguida ser lavadas profusamente. Deberán ser cepilladas sobre una vasija con agua o cubierta con una toalla húmeda, para prevenir el rompimiento en caso de que se caigan.

Se deberá desalentar al paciente en cuanto al uso de pastas dentales, ya que la mayor parte contiene un material abrasivo que desgastará la superficie de resina acrílica. También se deberá cepillar diario con un cepillo blando sobre las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua. Esto aumentará la circulación y removerá placa y detrito que pueden causar irritación de la mucosa o malos olores.

El enjuague bucal después de cada comida es un hábito recomendable y puede ser con agua destilada simple o adicionada con un colutorio de sabor agradable y refrescante, asimismo, habrá de aconsejar al paciente que evite el uso incontrolable de adhesivos protésicos de origen natural o químico.

En la actualidad, se recomienda el cepillado de la prótesis combinada con el uso de las tabletas limpiadoras, las cuales deben colocarse en un vaso de agua tibia, y una vez depositada esta, se coloca la dentadura con los dientes hacia abajo y se deja durante 30 minutos, esto se recomienda hacerlo cada tercer día (figuras 20 y 21).





Cabe mencionar que siempre, después de haber realizado la limpieza de las dentaduras, se debe secar adecuadamente hasta obtener una limpieza segura y efectiva.

7.6.2 Preservación del reborde residual

Los rebordes residuales no fueron hechos para soportar las tensiones de la masticación creadas por las dentaduras completas. Por lo tanto, los pacientes pueden presentar alguna irritación o incomodidad en los tejidos bucales.

Si se experimente alguna irritación de los tejidos, se recomienda a los pacientes que retiren sus dentaduras de la boca y descansen ésta por un tiempo. Al decir a los pacientes que deben portar las dentaduras en boca el tiempo más posible al inicio de su uso, puede causar malestares que pueden desanimarlos con respecto al éxito del tratamiento.¹⁴

No obstante, se les puede indicar que usen la dentadura unas horas antes de la cita del ajuste, para que así el odontólogo pueda tener más visibilidad de los puntos de presión y le pueda realizar las correcciones adecuadas.

Es necesario prevenir a los pacientes con respecto a que no debe dormir con las dentaduras, pues como se ha mencionado, esto puede generar alguna estomatopatía, o incrementará el riesgo de infecciones fúngicas como la candidiasis.

El uso de adhesivos para dentaduras pueden arruinar el reborde residual y debemos prevenir a los pacientes al respecto. Si utilizan éstos, pronto se sentirán inseguros sin ellos, aunque la realidad es que si se utilizan en exceso, o se realizan rebases caseros, se modifica la posición de la dentadura con respecto al reborde residual y esto en un periodo corto de tiempo dañará a los rebordes irremediablemente.

Las instrucciones deben incluir indicaciones para exámenes bucales periódicos y continuos para los pacientes edéntulos, pues con el paso del tiempo las prótesis se van desajustando y pueden lesionar la boca sin que el paciente se de cuenta. Por lo tanto, todos los pacientes deberán ser



examinados por el odontólogo por lo menos una vez al año y deberán ser colocados en una lista de llamadas para ese propósito.

7.6.3 Promoción del autocuidado en el adulto mayor

El autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales.¹⁵

La mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas, sino también para transmitirlos a otros. Sin embargo, los profesionales de la salud y los mismos ancianos cuestionan muchas veces esta posibilidad debido a concepciones equivocadas y estereotipos relacionados con la vejez, etapa que se considera sinónimo de incapacidad para aprender, rigidez, enfermedad y pérdida de interés por la vida, entre otras.¹⁶

Al respecto, se debe tomar en cuenta que el autocuidado va de la mano con el aprendizaje, y para ello, el modelo andragógico de Knowles ayuda a desarrollar estos dos conceptos, ya que plantea que la relación profesor-alumno debe ser de mutua reciprocidad, igualdad y democracia, y que la experiencia de vida de la persona constituye el eje sobre el cual gira el proceso, por lo cual, el profesor solo es un recurso que facilita el aprendizaje. El modelo andragógico se basa en los siguientes postulados:

1) La necesidad de conocer: Los adultos necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacerlo; en tal sentido, la primera tarea del facilitador es ayudar a que la persona tome consciencia de la necesidad de conocer y aprender.

2) El autoconcepto del que aprende: Los adultos se perciben a sí mismos y desean ser percibidos como personas capaces de tomar sus propias decisiones, y de responsabilizarse por ellas y por sus vidas; de ahí la importancia que adquiere su participación en el diseño de los planes de acción que los afecta y en la toma de decisiones sobre su salud. Ningún



adulto aprenderá bajo condiciones que no sean congruentes con su autoconcepto.

3) La experiencia del que aprende: A medida que se tiene más edad, aumenta la experiencia individual de vida, que se convierte en fuente de aprendizaje relevante, aun cuando en ocasiones puede funcionar como barrera. En tal caso, la persona que facilita el aprendizaje deberá utilizar estrategias especiales para minimizar la situación.

4) La disposición para aprender: Los adultos se sienten dispuestos a aprender cosas que necesitan saber y hacer a fin de enfrentar efectivamente su situación real de vida; es decir, que se sienten dispuestos a aprender lo que les resulte de utilidad práctica.

5) La orientación para aprender: Los adultos se sienten motivados a aprender lo que perciben que les ayudará a realizar tareas o a manejar mejor sus problemas, de manera que adquieren nuevos conocimientos, valores y destrezas en forma más efectiva cuando el material de aprendizaje se presenta dentro del contexto de aplicación a su vida real.

6) La motivación: Constituye el elemento determinante del aprendizaje de los adultos.

Sobre la base de los cambios referidos de las situaciones comunes a las personas de edad avanzada y de los postulados del modelo andragógico se proponen algunas estrategias que pueden favorecer el proceso de aprendizaje en este grupo de edad.

En primer término, es imperativo reafirmar que las condiciones físicas sean apropiadas, lo que incluye sillas cómodas, temperatura agradable, luz y acústica apropiadas, ambiente libre de ruidos, etc.

Un ámbito seguro, basado en el respeto, la aceptación, la ausencia de amenazas y burlas, son elementos cruciales para la construcción de un clima favorable para el aprendizaje.

Por otra parte, el optimismo y paciencia del trabajador de salud, el elogio merecido, el apoyo efectivo, y el empleo del humor, crean un ambiente donde el anciano se siente capaz de tener éxito, dispuesto a correr el riesgo de emprender tareas nuevas y motivado para explorar caminos diferentes.



Ante los cambios neurológicos y los problemas de la memoria, se sugiere fraccionar la información en pequeñas unidades, organizarla en secuencias lógicas, relacionarla con experiencias previas, utilizar ejemplos y demostraciones, usar la repetición cuantas veces sea necesario, y darle a cada persona el tiempo que precise para adquirir, transformar y almacenar la información. En cuanto al tiempo de respuesta, es fundamental no exigirle al anciano que realice una tarea en un tiempo determinado ni apresurarlo para que la finalice.¹⁶

En lo referente a la disminución de la visión, se sugiere eliminar las superficies brillantes y no usar colores como el rojo, el azul, el anaranjado o el verde sobre papel blanco, que dificultan su apreciación; es preferible utilizar pizarra negra y tiza blanca. La persona que facilita el aprendizaje no debe colocarse de espaldas a una ventana iluminada pues se hace difícil percibirla a causa del deslumbramiento.

Debido a los cambios auditivos, es aconsejable utilizar un tono de voz grave, sin gritar ni levantar la voz, hablar colocándose en frente de la persona y disminuir los ruidos ambientales.

Se recomienda que las sesiones educativas no se prolonguen más de 30 minutos, ya que después de ese tiempo es posible que disminuya el nivel de energía con la consiguiente reducción de la atención y la concentración.

Cuando se trate de sesiones en grupo, conviene que los participantes no sean más de diez a fin de estimular la participación activa de todos ellos utilizando al máximo sus experiencias de vida; recuérdese que el hecho de sentarse en círculo junto con el trabajador de salud estimula la participación grupal.

Un aspecto básico es la selección del momento y lugar apropiados para llevar a cabo el proceso de aprendizaje. Lo aconsejable es que este se realice allí donde la persona se sienta físicamente cómoda" cuando se sienta emocionalmente en condiciones, cuando esté lo suficientemente motivada y cuando tenga los niveles de energía suficientes para incorporarse al proceso.



Por último, no puede dejar de mencionarse la utilización de los medios audiovisuales como elementos de apoyo para el proceso de enseñanza-aprendizaje de los ancianos. Al respecto, se sugiere utilizar imágenes fijas o con velocidad de proyección controlada (sincronizadas) en lugar de películas convencionales en las que las imágenes se suceden rápidamente.

Asimismo, se recomienda la utilización de imágenes de personas mayores, ya que de esa manera se produce con más facilidad la identificación con el modelo. Si se emplean medios escritos, hay que asegurarse de que las letras sean grandes y tipo imprenta para facilitar la lectura; en caso de utilizar algún equipo de sonido, se lo debe colocar en la parte posterior del lugar donde se realiza la actividad con el fin de que el ruido natural que produce no se convierta en elemento de interferencia y se adecue el nivel de volumen de acuerdo con las necesidades de los participantes.

La incorporación a las sesiones educativas de uno o varios miembros de la familia o personas allegadas al anciano que está inmerso en el proceso de aprendizaje, puede convertirse en un excelente punto de apoyo y refuerzo para las acciones que se emprendan con el fin de ayudarlo a convertirse en su propio agente de autocuidado.¹⁶

8. PROPUESTA DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL PARA LA PREVENCIÓN DE ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS

8.1 JUSTIFICACIÓN

Debido al incremento de la esperanza de vida en México, así como la ausencia de programas de salud bucal destinados a los adultos mayores, se realiza ésta propuesta de programa de salud bucal para la prevención de estomatopatías protésicas.

8.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal



8.3 MATERIAL Y MÉTODO

- Espacio para colocación de equipo dental.
- Sillón dental.
- Guantes.
- Cubrebocas.
- Abatelenguas.
- Juegos de 1x4.
- Gasas estériles.
- Pieza de mano de baja velocidad o micromotor.
- Piedra rosa.
- Fresón en forma de bola, flama y pera.
- Puntas de hule.
- Trípticos informativos
- Espejo facial.
- Mango de bisturí.
- Hoja de bisturí.
- Portaagujas.
- Hilo de sutura.
- Tijeras de sutura.
- Jeringa para irrigación.
- Solución fisiológica.
- Realización de historia clínica (Anexo 1).
- Examen oral.

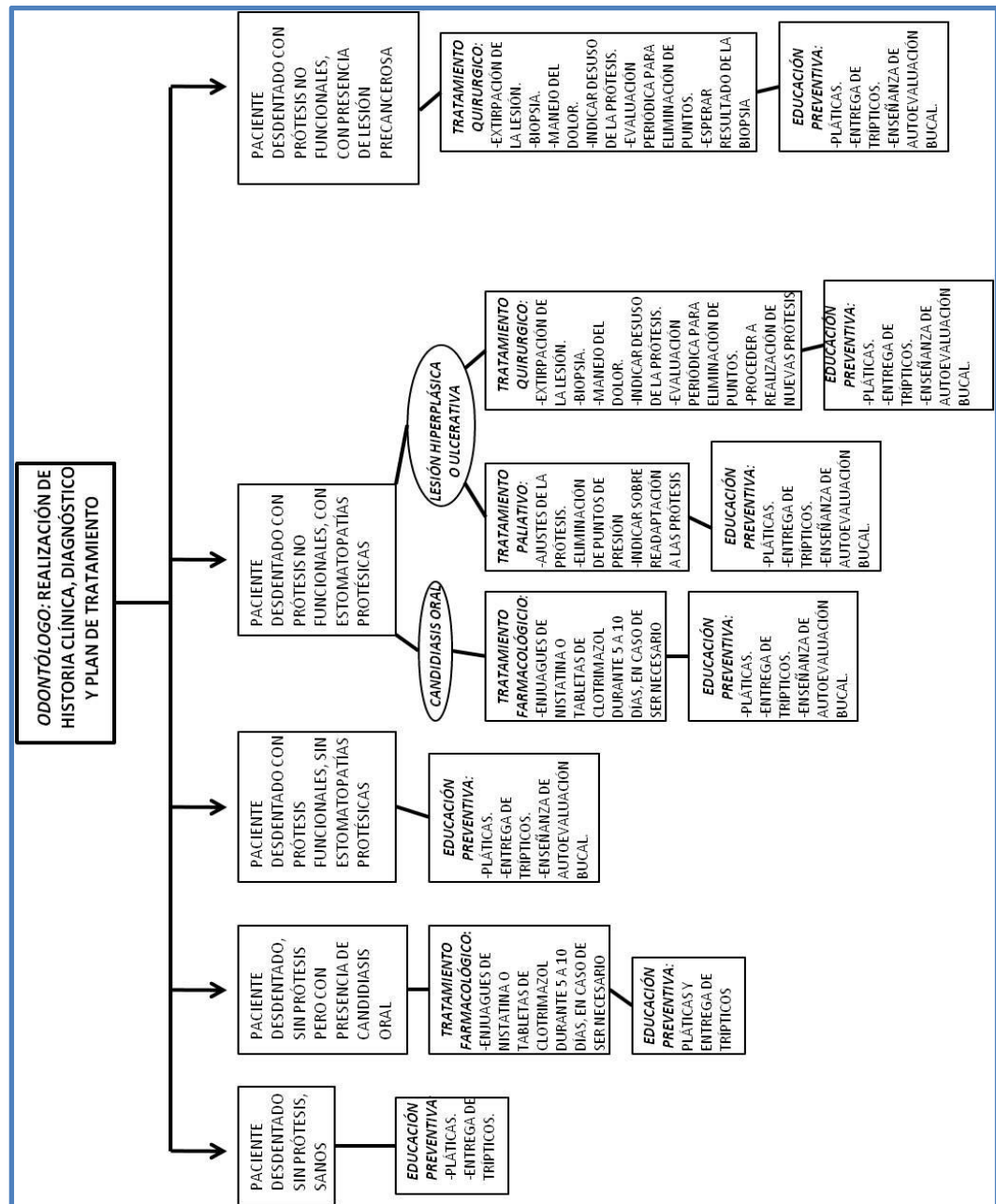


PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PARA LA PREVENCIÓN DE ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.



-Identificación de pacientes edéntulos, portadores y no portadores de prótesis totales.

-Se dará manejo de acuerdo al siguiente flujograma:





-Los tratamientos de eliminación de puntos de presión y oclusión se pueden realizar inmediatamente al ser identificados.

-Los quirúrgicos se realizarán de acuerdo a la habilidad del odontólogo. Si no es capaz de realizarlo, se remitirá con alguien capacitado.

-Cuando se ha realizado alguno de estos tratamientos, junto con el farmacológico, se deben dar citas posteriores para evaluación de tejidos.

-Las acciones preventivas son pláticas educativas sobre el cuidado de las prótesis totales y tejidos blandos, así como la enseñanza de autoevaluación para la prevención de lesiones premalignas, con la respectiva entrega de trípticos informativos. (Anexos 2 y 3)

-Los pacientes que sean detectados con alguna lesión cancerosa positiva serán remitidos a un especialista.

-El alta del paciente, la determinará el cirujano dentista, dependiendo los tiempos que se hayan llevado según el tratamiento, y después de haber realizado por lo menos tres revisiones en los pacientes que hayan tenido tratamientos no preventivos.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Hombres y mujeres de 60 años de edad en adelante, que utilicen prótesis dentales totales, tanto superior como inferior, o ambas .
- b) Hombres y mujeres de 60 años de edad en adelante, que presenten edentulismo.

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Hombres y mujeres menores de 60 años de edad.
- b) Hombres y mujeres mayores de 60 años de edad que presenten más de 5 órganos dentarios remanentes.



8.6 VARIABLE INDEPENDIENTE

- a) Técnica de cepillado: Se cuestionará como la realiza el paciente, sobre el proceso alveolar.
- b) Higiene de las prótesis dentales: Se clasificará como buena o mala, y se preguntará sobre como la realiza el paciente.
- c) Cuidado del reborde alveolar: Se calificará como regular o irregular
- d) Uso de adhesivos protésicos: Se determinará si el paciente los utiliza o no.

8.7 VARIABLE DEPENDIENTE

- a) Presencia de estomatopatías protésicas.
- b) Presencia de candidiasis oral.
- c) Presencia de lesiones precancerosas.

8.8 VARIABLES CONFUSORAS

- a) Presencia de órganos dentarios remanentes.
- b) Caries dental.
- c) Enfermedad periodontal.

8.9 RESULTADOS

Obtener la información adecuada sobre el estado de salud general del paciente, tanto a nivel general, social, psicológico y cognitivo.

-Lograr que el odontólogo, realice un diagnóstico oportuno de las estomatopatías protésicas, y que lleve a cabo el tratamiento indicado, de acuerdo al flujograma propuesto.

Que el adulto mayor o la persona responsable de ésta sea instruido adecuadamente para que conozca los métodos de prevención de las estomatopatías protésicas, así como de la importancia de la realización de los exámenes orales.

Disminuir la prevalencia de las estomatopatías protésicas, en los pacientes que sean evaluados.



9. CONCLUSIONES

-En nuestro país es importante que se desarrolle un programa de salud bucal destinado a las personas mayores, sobretodo tomando en cuenta los datos estadísticos del aumento de la esperanza de vida, a pesar de que hay iniciativas para mejorar la salud bucal en México, estos solo van encaminados a prevención de caries y enfermedad periodontal, y los pacientes mayores que presentan algún otro tipo de patología también deben ser tomados en cuenta para estos programas.

-La acción iatrogénica de las prótesis no debe ser tomada a la ligera, pues las patologías que se pueden presentar debido a ellas, pueden afectar la vida diaria del paciente portador de prótesis totales.

-Además, se debe considerar que un adulto mayor que no presenta ninguna alteración biológica, ni cognitiva, es capaz de llevar a cabo de manera satisfactoria todas las acciones preventivas que el personal de salud le indique, y a su vez, el personal de salud debe estar lo suficientemente capacitado para poder distinguir los cambios que presentan las personas mayores a 60 años, así como las anomalías que se presentan ya sea por la higiene deficiente de las prótesis como por la mala adaptación del paciente a éstas, debido a errores cometidos durante el tratamiento prostodóntico.

-Si el odontólogo es capaz de diagnosticar correctamente cada una de las patologías que se han manejado, y sabe indicar al adulto mayor cuales son las medidas que debe tomar para prevenir o erradicar las enfermedades derivadas de sus prótesis, no solo mejorará su salud bucal, sino que el adulto mayor puede mejorar en su salud general, como a nivel nutricional, social, y psicológico.



PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PARA LA PREVENCIÓN DE
ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.



-También es importante que el cirujano dentista identifique si el paciente no puede llevar a cabo estas acciones, y así indicar a la persona responsable cuales serán los cuidados que tomará con el adulto mayor.

-La propuesta realizada, no solamente se enfoca en el correcto diagnóstico por parte del odontólogo, sino que invita al mismo a la realización de tratamientos de acuerdo a sus habilidades y a mejorar la comunicación de éste con el adulto mayor.

-Asimismo, se debe enfatizar al odontólogo que no existe únicamente la odontología restaurativa, y que la prevención y educación del paciente es un arma muy importante para lograr un buen desempeño profesional.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Socorro Aída Borges Yáñez, “Investigación en Geriátría, vinculación con los sectores social, académico, gubernamental y productivo”, hallado en <http://www.cife.unam.mx>.
2. Manual Para la Vigilancia de las Patologías Bucales. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
3. Programa de acción específico 2007-2012. Salud bucal. Grupo Editorial Raf S.A de C.V. México D.F. Agosto de 2008. Hallado en <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf>
4. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de las enfermedades bucales
5. Martín Zurro A, J. F. Cano Pérez, “Atención Primaria: Conceptos Organización y práctica clínica”, Tomo 2, 5ª. Edición, Editorial Elsevier, Madrid España, 2003
6. Alvarez Alva Rafael, “Salud Pública y Medicina Preventiva”, 3ª Edición, Editorial El Manual Moderno, México D.F. 2002
7. Franks A. S. T., “Odontología Geriátrica”, 1ª Edición, Editorial Labor, Barcelona España, 1976
8. Bates J. F., “Tratamiento Odontológico del paciente geriátrico”, 1ª Edición, Editorial El Manual Moderno, México D.F., 1986
9. Ozawa Deguchi José Y., “Estomatología Geriátrica”, 1ª Edición, Editorial Trillas, México D.F., 1994
10. Winkler S, *Prostodoncia Total*. México: Editorial limusa; 2004.
11. Ozawa Deguchi José Y, Jose Luis Ozawa Meida, “Fundamentos de Prostodoncia Total”, 1ª Edición, Editorial Trillas, México D.F., 2010



PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PARA LA PREVENCIÓN DE
ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.



12. Sapp Philip, “Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea”,
2ª Edición, Editorial Elsever, Madrid España, 2005
13. Strassburg Manfred, “Mucosa Oral, Atlas a Color de Enfermedades”,
3ª Edición, Editorial Marban, Madrid España, 1996.
14. Zarb GA., Hikey jC, Bolender, Cl. Carlsson GE, “Prostodoncia total de
Boucher” 10ª. Ed. México: Editorial Interamericana-McGrawHill, 1995.
15. Alvarez Alva R., “Educación Para la Salud”, 1ª Edición, Editorial El
Manual Moderno, México D.F., 2005
16. Anzola PO, Galinsky D, Morales MF, Salas AM. “La atención de los
ancianos : un desafío para los años noventa”. Publicación científica
No. 546, Washington: OPS/OHS; 1994



PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PARA LA PREVENCIÓN DE
ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.



ANEXOS



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD PARA LA PREVENCIÓN DE
ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.**



ANEXO 1: Historia Clínica

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Facultad de Odontología <i>Historia Clínica</i>	
INTERROGATORIO: DIRECTO/ INDIRECTO		
NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD:	SEXO:
OCCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:	
MOTIVO DE CONSULTA:		
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:		
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:		
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?		
MOTIVO:		
ODONTOGRAMA:		
	NOTA: Favor de marcar únicamente los órganos dentarios remanentes.	
PORTADOR DE PRÓTESIS: PARCIAL/TOTAL SUPERIOR/INFERIOR AMBAS NINGUNA		
TIEMPO DE LAS PRÓTESIS: EXPERIENCIA CON LAS PRÓTESIS: BUENA/MALA		
¿QUIÉN REALIZÓ LAS PRÓTESIS?: ODONTÓLOGO/ TÉCNICO/ OTRO		
HIGIENE DE LAS PRÓTESIS: BUENA/ MALA USO DE ADHESIVOS PROTÉSICOS: SI/NO		
EXPLORACIÓN BUCAL: INFLAMACIÓN/ PROCESO INFECCIOSO/ NINGUNA		
EN CASO DE SER AFIRMATIVO, INDICAR EN QUE ZONA SE LOCALIZA LA LESIÓN:		
PALADAR, CARRILLOS, ENCÍA, FRENILLOS, LENGUA, PISO DE BOCA, LABIOS		
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN:		
DIAGNÓSTICO:	REMISIÓN A LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCAL: SI/ NO	


CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE DEL DR. HOUSE: FILOSÓFICO/ ESCÉPTICO/ CRÍTICO/ INDIFERENTE ¿CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE?: ESPOSA/ HIJOS/ AMIGO/ CASA DE LA 3ª. EDAD/ OTRO PERSONA A LA QUE SE DARÁN INSTRUCCIONES: PACIENTE/ FAMILIAR/ AMIGO/ PERSONAL DE SALUD/ OTRO (ESPECIFIQUE) PLAN DE TRATAMIENTO: INDICACIONES: -PLÁTICAS SOBRE MEDIDAS DE HIGIENE DE LA CAVIDAD ORAL -ENSEÑANZA DE CUIDADOS DE LA PRÓTESIS DENTAL. -EDUCACIÓN DE AUTOEXAMEN ORAL. PRÓXIMA CONSULTA: FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE: NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA HISTORIA CLÍNICA:
--

ANEXO 2: Tríptico informativo sobre el cuidado de las prótesis totales:

<p>¿LA ENCÍA TAMBIÉN SE TIENE QUE LAVAR?</p> <p>-Sí, es importante cepillarla suavemente con un cepillo blando para no lastimarla, y si gusta, puede utilizar algún enjuague bucal para que no tenga sensación de mal aliento.</p>  <p>-Si presenta alguna otra molestia, acuda inmediatamente con su dentista, para que le haga una revisión</p> 	<p><u>LA PREVENCIÓN ES LA BASE DEL ÉXITO DE SU SALUD Y DE UNA VIDA PLENA</u></p>  <p>RECUERDE VISITAR AL DENTISTA CADA SEIS MESES AUNQUE NO TENGA NINGUNA MOLESTIA.</p>	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO</p>  <p>Facultad de Odontología</p>  <p><u>HIGIENE DE LAS PRÓTESIS DENTALES TOTALES</u></p> <p>Para la prevención de enfermedades bucales</p>
<p>-Las personas que utilizan dentaduras totales, necesitan tener ciertos cuidados de higiene con sus prótesis, así como algunas indicaciones para prevenir algunas enfermedades bucales.</p>  <p>-Si es posible, se deben cepillar después de cada comida.</p> <p>-No se deben utilizar las 24 horas del día, hay que retirarlas por las noches.</p> <p>-Si siente mucha presión en alguna parte de la encía, quizás es por la dentadura, acuda lo antes posible a su dentista.</p> <p>-Si utiliza adhesivos, trate de colocar la medida que el fabricante recomienda, no más.</p>	<p>¿COMO LAVO MIS PRÓTESIS?</p> <p>-Se retiran las dentaduras de su boca.</p> <p>-Se les puede aplicar jabón, sólido o líquido, por algunos minutos, o agua a presión.</p> <p>-Una vez hecho esto, se debe cepillar la prótesis suavemente, sin pasta dental, únicamente con agua, sin dejar restos de alimento o adhesivos.</p> <p>-Se vuelve a lavar la prótesis con agua a presión, y se coloca en un vaso con agua durante toda la noche.</p> <p>-Si lavó su dentadura durante el día, solo tenga cuidado en que no queden restos de jabón y séquelas con una toalla antes de colocarlas.</p> 	<p>¿LAS TABLETAS LIMPIADORAS QUE VENDEN EN LAS TIENDAS SI SIRVEN?</p> <p>-De hecho se recomienda que las utilice por lo menos una vez a la semana.</p> <p>-El procedimiento es el mismo, solo que cuando se coloca la dentadura en el vaso, se agrega la tableta, y se deja que actúe por lo menos media hora.</p> <p>-Después se retira y se coloca en otro vaso, este proceso es mas recomendable en las noches.</p> 



ANEXO 3: Tríptico informativo sobre el autoexamen de los tejidos bucales:

<p>ACUDA AL DENTISTA SI PRESENTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Encía , lengua o paladar rojos o sensibles. -Alguna raíz de los dientes. -Presencia de pus en alguna parte de la encía. -Mal aliento. -Manchas blancas o rojas en la encía, carrillos (mejillas), lengua y paladar. -Algún cambio en el ajuste de su dentadura que le provoque molestia. 	<p><u>LA PREVENCIÓN ES LA BASE DEL ÉXITO DE SU SALUD Y DE UNA VIDA PLENA</u></p>  <p>RECUERDE VISITAR AL DENTISTA CADA SEIS MESES AUNQUE NO TENGA NINGUNA MOLESTIA.</p>	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO</p>  <p>Facultad de Odontología</p>  <p><u>AUTOEXAMEN DE LOS TEJIDOS BUCALES</u></p> <p>Para la detección de enfermedades bucales</p>
---	--	--

<p>-Los autoexámenes bucales son muy importantes para la detección de enfermedades bucales, sobretodo de tejidos blandos. A continuación se dará un ejemplo de cómo realizarlo:</p>  <p>-Lávese bien las manos y colóquese frente a un espejo.</p>  <p>-Palpe y observe ambos labios, por dentro y por fuera.</p>  <p>-Palpe y observe sus dientes y encía, buscando anomalías.</p> 	 <p>-Palpe y observe ambas mejillas, por dentro y por fuera.</p>  <p>-Palpe y observe su lengua, muévala hacia los lados y revise en los bordes laterales si presenta anomalías</p>  	 <p>-Levante la lengua, y observe por debajo de la lengua (piso de boca)</p>  <p>-Observe y palpe el paladar blando y duro</p> 
--	---	--