



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA
USUARIOS DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADAS
PARCIALES Y TOTALES.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ANAID AGUILAR NICOLÁS

TUTORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE



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.



Agradezco

Principalmente a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella, y orgullosamente concluir mis estudios a nivel licenciatura en la **Facultad de Odontología**.

A mi tutora Mtra. Erika Heredia Ponce, por su dedicación, comprensión, paciencia, interés y constante apoyo en la elaboración de esta tesina.

A mis profesores cirujanos dentistas que durante toda la carrera estuvieron contribuyendo a mejorar mi desempeño escolar, en especial agradecimiento a: María Eugenia Rodríguez Jiménez, José Vicente Nava Santillán, Yasmin Toledano Cuevas, Roberto Lima, Alejandro Santos Espinosa, Humberto Ballado Nava, Blanca Estela Hernández, Marcela Ramírez Macías, Ernesto Urbina; quienes además de compartirme sus conocimientos, me brindaron su amistad.

A mis padres Francisco Aguilar López y Lilia Nicolás Salinas por amarme tanto y apoyarme incondicionalmente en todos los momentos de mi vida.

A mi hermosa hermana Vero que amo y admiro tanto.

A mi novio Hermes Rosas León de quien siempre he recibido amor y apoyo incondicional, dándome ánimos y valor para seguir adelante.

A mis amigos colegas que siempre han estado apoyándome incondicionalmente, brindándome una linda y sincera amistad: Yaritza Gómez Hernández, Ángela de la Luz Cadena Ortiz, Gabriel Rivera Rosas, Paulina Ríos Sosa, Nadya Vargas García, Raquel Ramírez Castillo, Laura Urrutia Bautista, Ángel Navarrete Chávez y Mario Ruano Escamilla.

Finalmente agradezco a todos **mis pacientes** por la confianza, formando parte de mi desarrollo académico- profesional.



ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1	Transición demográfica.....	6
2.2	Envejecimiento.....	10
2.3	Edentulismo.....	17
2.3.1	Epidemiología del edentulismo.....	18
2.3.2	Condiciones relacionadas con las dentaduras.....	21
2.4	Importancia de la promoción y educación para la salud entre los usuarios de prótesis mucosoportadas.....	26
2.4.1	Material didáctico con fines educativos.....	26
2.4.2	Cuidados relacionados con la adaptación, uso y mantenimiento de las dentaduras.....	28
2.4.3	Enfermedades relacionadas con las dentaduras.....	30
2.4.4	Conocimiento de los pacientes.....	33
2.4.5	Higiene.....	35
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
4.	JUSTIFICACIÓN.....	41
5.	OBJETIVO.....	43
6.	PROCESO DEL DESARROLLO DEL VIDEO EDUCATIVO.....	44
7.	CONCLUSIONES.....	45
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
9.	ANEXOS.....	55



1. Introducción

Los profesionales de la salud tienen la capacidad de transformar positivamente los hábitos, conocimientos, actitudes y conductas del individuo o población, por lo que juegan un papel muy importante como modelo a seguir. La educación para la salud influye en la prevención de problemas de salud, lo que conlleva a que cada individuo se responsabilice de sí mismo y de su autocuidado.

Por otra parte el cambio demográfico y el aumento en la esperanza de vida representan un desafío para la salud en los adultos mayores ya que en esta parte de la población existe un elevado número de enfermedades crónicas y afecciones bucales.

La boca juega un papel muy importante en la salud general y la calidad de vida de las personas. Conservar una buena salud oral, permite reducir la pérdida dental, haciendo más eficaz la masticación, mejorar la apariencia personal, mejorar la salud y el bienestar general de nuestro organismo, teniendo así un mejor desempeño individual en la sociedad.

Referente a la salud bucal, existe poca información acerca del conocimiento, uso y mantenimiento de las prótesis. Además de la falta de información hacia los pacientes por parte de los odontólogos; otros factores locales.

Los cambios en el comportamiento en los adultos mayores, son un reto para el educador de la salud, ya que esta población tiene muy arraigadas conductas, creencias y mitos, lo que conlleva a un estado de salud deficiente.

La elaboración de este material educativo para los usuarios portadores de prótesis mucosoportadas parciales y totales, puede mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de prótesis mucosoportadas, principalmente



los adultos mayores ya que proporciona información útil para este sector de la población.

Los hábitos de higiene juntos con los conocimientos para el uso y cuidado de las prótesis bucales son fundamentales para mantener un buen estado de salud.

Por lo anterior expuesto el objetivo del presente trabajo es elaborar un video educativo para el uso, cuidado y mantenimiento de las prótesis mucosoportadas parciales y totales.



2. Marco Teórico

2.1 Transición demográfica

México ha experimentado un proceso acelerado de transición demográfica. La primera fase se ubica a partir de los años 30 con el inicio del descenso de la mortalidad, que junto con la persistencia de elevados niveles de natalidad, trajo consigo un periodo caracterizado por un elevado crecimiento demográfico. En esta etapa se observó, incluso, un ligero incremento de la natalidad, como resultado de mejores condiciones de salud. Posteriormente la natalidad también disminuyó notablemente, lo que aminoró el crecimiento demográfico. Para 1960 la natalidad se ubicó en 46 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que para el año 2000 este indicador descendió a 21 nacimientos. La fecundidad de las mujeres mexicanas disminuyó de 7.0 a 2.4 hijos por mujer en promedio, en el mismo periodo.

Se espera que en las próximas cinco décadas la natalidad siga descendiendo hasta alcanzar 11 nacimientos por cada mil habitantes en 2050. Por su parte, la mortalidad descenderá hasta alrededor de 5.0 defunciones por cada mil habitantes en 2006 y posteriormente aumentará hasta 10.4 en 2050. El aumento en la tasa de mortalidad a partir de 2007 se producirá por el incremento relativo en la población de adultos mayores, que propiciará un mayor número de defunciones a pesar de que continuarán las ganancias en la esperanza de vida.

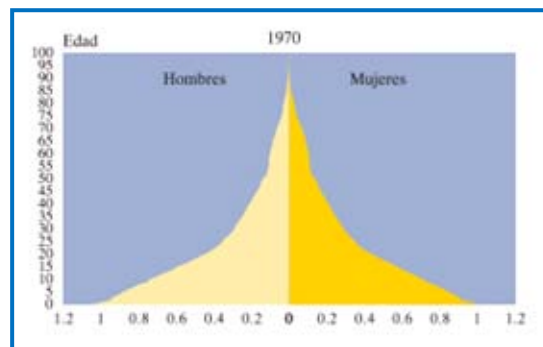
Los cambios en la natalidad y en la mortalidad, aunados al incremento de la migración internacional, han determinado el volumen de la población. La población mexicana pasó de alrededor de 18 millones de habitantes en 1930 a 100 millones en 2000. Se espera que su volumen siga aumentando hasta llegar a poco más de 130 millones a principios de la década de los 40, para comenzar a disminuir paulatinamente a partir de entonces. Asimismo, es

posible advertir que el ritmo de crecimiento total de la población alcanzó su máximo histórico en la década de los sesenta (3.5% anual, aproximadamente), a partir de la cual ha registrado un franco descenso. Esta tendencia continuará su curso hasta que alcance niveles menores a cero en 2050.¹

La pirámide de población de México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas.

La estructura por edades de 1970, con una base muy amplia y una cúspide angosta, da cuenta del predominio de la población infantil que caracterizó la época de alta fecundidad. En aquel año, cerca de 50 por ciento de la población tenía menos de quince años de edad. Figura.1.

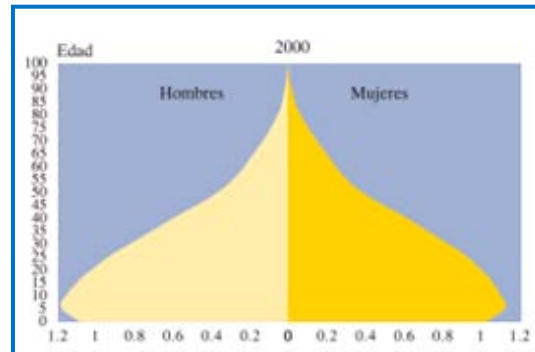
FIGURA 1. PIRAMIDE POBLACIONAL EN 1970



FUENTE: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

En el año 2000 se presenta una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, así como con una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad. En 2000, sólo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años de edad y cerca de 60 por ciento tenía entre 15 y 59 años. Figura 2.

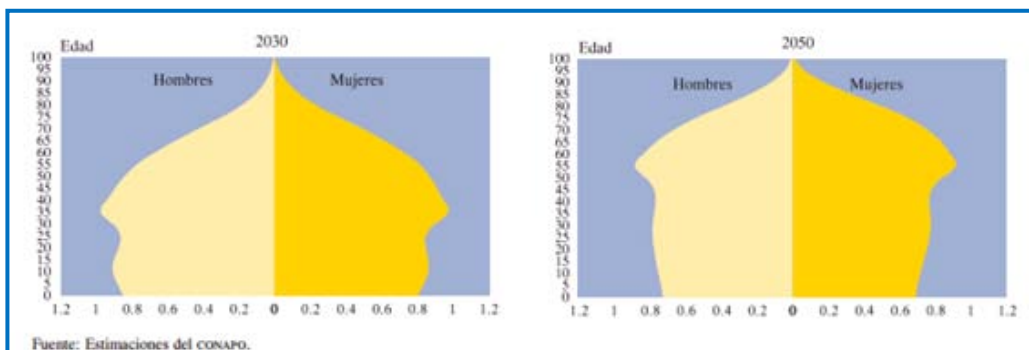
FIGURA 2. PIRAMIDE POBLACIONAL EN 2000



FUENTE: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

La evolución previsible de la fecundidad y de la mortalidad permite anticipar que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las cuantiosas generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen la edad de 60 años. Esto producirá notorios cambios en la forma de la pirámide, que será cada vez más amplia en su cúspide y más estrecha en su base. Figura 3.

FIGURA 3. PIRAMIDE POBLACIONAL EN 2030 y 2050



FUENTE: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.



El incremento de la población de adultos mayores es una de las consecuencias de la transición demográfica experimentada en la historia reciente de nuestro país. Tener tasas de mortalidad y de fecundidad bajas es en gran parte resultado de los avances en materia de salud, lo cual ha propiciado que la población en su conjunto pueda alcanzar edades cada vez mayores.³

“La transformación de la vejez en un problema social con múltiples connotaciones, no sólo se origina en el número creciente de individuos que alcanzan esta etapa de la vida, sino principalmente en las propias rigideces institucionales para dar respuesta a sus necesidades y demandas”.

2.2 Envejecimiento

El envejecimiento o senescencia, como proceso biofisiopatológico, está constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se inicia mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo.⁴

En cuanto al vocablo “senil”, este proviene del latín senecere que quiere decir envejecer; de modo que senil vendría a ser lo relativo a la vejez. Edad senil y senectud son pues, sinónimos si bien la edad de su inicio no es absoluta: para unos empieza, a los 60 años y para otros a los 65 o más.⁵

El concepto de envejecimiento activo, fomentado ahora por la OMS, anima al “proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuo de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida”.⁶

Con el propósito de no incurrir en discrepancias y no perder consistencia en la exposición, se tomará el criterio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México - que se fundamenta en la norma de la Organización



Panamericana de la Salud-, que define como límite cronológico de la senectud los 60 años de edad.⁵

Aunque el interés por los cambios que ocurren con el envejecimiento puede rastrearse desde tiempos de Aristóteles, su estudio sistemático y científico es relativamente nuevo.

La biología del envejecimiento tiene una historia reciente, prácticamente iniciada en el presente siglo.⁷

Geriatría y Gerontología son frecuentemente confundidas y utilizadas indiscriminadamente, es importante su conocimiento ya que están enfocadas a mejorar la calidad de vida, así tenemos que:

- Gerontología: Del griego Gerento = anciano. y logos = tratado; es el estudio de la vejez.

Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad .Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera, sobre el envejecimiento.

- Geriatría: Del griego Geron = vejez, y tría = curación; es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. La Geriatría es una parte de la Gerontología.

El geriatra como especialista en medicina, debe tener no solamente conocimientos biomédicos, sino sólidas bases gerontológicas.⁸

La senescencia no es una enfermedad, pese a que los cambios propios del envejecimiento puedan ir acompañados de ciertos malestares.

El envejecimiento es un hecho universal, presente desde el momento de la concepción, cuyos efectos afectan a todos los seres vivos, quienes los



experimentan más tarde o más temprano, según el ritmo con el que se presenten los cambios en los distintos órganos de una misma persona y los diferentes tiempos de presentación de estos cambios. Por eso se dice que el envejecimiento es un proceso irregular y asincrónico, esencialmente individual; nadie envejece por otro. Envejecer es una vivencia personal, impredecible, única en nuestra existencia: es la gran lección que día a día nos da la vida. En resumen, el envejecimiento se caracteriza por ser universal, constante, irreversible, irregular, asincrónico e individual.

Para tener un ejemplo más claro de las características normales y patológicas, se delimitan cuatro formas de envejecimiento:

- Envejecimiento ideal: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna actividad instrumental de la vida diaria como cocinar, ir de compras, tomar algún medicamento consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.



- Envejecimiento patológico: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

Como parte de los supuestos sobre las diferencias en la forma y el ritmo de envejecimiento se incluyen las variables de edad, sexo y condición urbana o mixta.⁹

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), conceptualizó a la salud como un “estado completo de bienestar físico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. En este concepto se pueden observar ciertos límites como son el bienestar físico, mental y social percibido como un bien con un valor económico o una cualidad positiva, la que no es igual en todas las personas o grupos y clases sociales.

La posibilidad de que una persona pueda alcanzar el bienestar, físico, mental y social dependerá del grupo social al que pertenezca (Ocupación, educación acceso a la información, decisión política, acceso a los servicios básicos y de Salud, y mencionando como tema principal la edad).¹⁰

Enfocándonos en la salud bucodental en las personas mayores, este ha cobrado un gran interés, debido a los cambios tan acelerados demográficos de la población, con una preocupación cada vez mayor de este grupo con respecto al resto de la población.

El estado de salud bucodental se encuentra determinado por las enfermedades dentales y el tratamiento que dichos pacientes han recibido a lo largo de su vida.



Un mayor conocimiento de los principales problemas de salud bucodental en la población mayor, nos ayudará a planear estrategias adecuadas y efectivas, las cuales resultarán en una optimización de los programas de salud, asimismo trascenderá positivamente en la salud general y bucodental de los adultos mayores.¹¹

A continuación, se presentará los principales problemas de la salud bucodental que aquejan a la población de adultos mayores:

- Mucosa bucal; en la senectud existe atrofia del epitelio, disminución de la queratina y de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancia intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis.

La mucosa bucal experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la desnutrición, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos, hábitos nocivos, entre otros; cambiando la mucosa más lisa, delgada y seca, al tiempo que se torna permeable a sustancias nocivas y más propensa a daños mecánicos.¹²

- Caries en adultos mayores generalmente involucran las superficies radiculares, como consecuencia de la recesión gingival; ya que estas superficies están constituidas por cemento y dentina, las cuales son más susceptibles que la coronal que se compone de esmalte y dentina.

Aunque está también puede presentarse en cualquier momento de la vida siempre y cuando exista una exposición de la raíz como condición previa.¹³



- Xerostomía, no está demostrado de forma clara que exista una disminución fisiológica del flujo salival con el paso de los años, pero sí parece que existan alteraciones estructurales en algunas glándulas salivares, concretamente en las submaxilares y las glándulas menores; aun así, la capacidad funcional global y el volumen de saliva total no se ve modificada.

La causa de la disminución de flujo salival en el paciente mayor está directamente relacionada con la existencia de ciertas enfermedades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) y debido al consumo de medicamentos, pues la mayoría de estos repercuten en las glándulas salivares disminuyendo el flujo de saliva y teniendo como resultado xerostomía o boca seca.¹⁴

- La enfermedad periodontal constituye una causa importante en la pérdida de dientes. Anteriormente se había aceptado que la pérdida de inserción epitelial y hueso alveolar eran cambios periodontales relacionados con el envejecimiento; sin embargo, en la actualidad estas alteraciones no corresponden con los fenómenos de envejecimiento.¹⁵

El periodonto, desde el punto de vista práctico, reacciona al proceso de envejecimiento de dos formas: si hay poca higiene, la acumulación de la placa dentobacteriana afecta a los tejidos periodontales, lo cual, provoca gingivitis y con el tiempo, en pacientes susceptibles, retracción, formación de bolsas y pérdida dental. Por otra parte, con frecuencia se ven resultados opuestos en pacientes de edad avanzada con mínimo cambio de encía marginal, estrechez del ligamento periodontal y firme adherencia de los dientes. Sin embargo, a pesar de los cambios degenerativos y periodontales la capacidad de recuperación tisular del periodonto permanece estable.¹⁶



- Dolor es una de las manifestaciones más comunes de los problemas de salud bucodental, que se presenta en estructuras faciales, como la región fronto-orbital.

Otras veces el dolor se presenta como consecuencia de fenómenos degenerativos de estructuras que dan soporte arquitectónico a la cavidad oral como son huesos, articulaciones, músculos; que normalmente se trata de trastornos mandibulares como la osteoartritis y la osteoporosis, afectando así la limitación para la apertura bucal y dificultad para masticar.

Estos trastornos de la ATM son frecuentes en adultos mayores, cuando el adulto mayor bruxa, aprieta los dientes de manera inconsciente, dormido o despierto, y en etapas de mucho estrés.¹⁷

- El cáncer bucal, como la mayoría de los cánceres, es una enfermedad relacionada con el envejecimiento y la vejez.

Alrededor de 95% de los cánceres ocurren en mayores de 40 años y la edad media de diagnóstico se sitúa alrededor de los 60 años, se estima que la mitad de los cánceres ocurren en mayores de 65 años.¹⁸

- Candidiasis bucal, las lesiones típicas se observan como placas de fácil remoción presentes en la mucosa bucal, orofaríngea o del paladar. Los factores predispuestos son la xerostomía (frecuentemente en personas mayores), tratamiento con antibióticos de amplio espectro, así como alteraciones de la inmunidad.

- La pérdida de dientes tiene un gran significado para las personas. Simbólicamente la pérdida de los dientes revela envejecimiento y debilidad que se relaciona con el deterioro de la vitalidad. Recordemos que la asistencia bucodental de los actuales adultos mayores, ha



estado mayormente centrada en la extracción dental, siendo esta, la principal causa del bajo número de dientes en la población mayor.¹⁹

2.3 Edentulismo

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, y su causa puede ser congénita o adquirida.²⁰

El edentulismo congénito es una manifestación de síndromes congénitos muy graves los cuales, generalmente, no son compatibles con la vida. Por otra parte, el edentulismo adquirido, es decir, la pérdida de una pieza dentaria durante nuestra vida, es un hecho muy común y suele ser secundario a procesos tales como caries, patologías periodontales o traumatismos.²¹

El edentulismo se puede clasificar de dos maneras:

- Edentulismo parcial: cuando existe pérdida parcial de órganos dentarios
- Edentulismo total: ausencia de todos los órganos dentarios.

El edentulismo total o parcial implica importantes alteraciones estéticas. Puede disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. Estas consecuencias estéticas se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al frente anterior.²²

2.3.1 Epidemiología del edentulismo

A nivel mundial, en los adultos se ha encontrado una deficiente higiene oral evidenciándose así un alto nivel de pérdida de piezas dentarias, caries dental, alta prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía y lesiones premalignas o cáncer oral.²¹



En México según los indicadores de la Secretaría de Salud, año 2010 del total de pacientes examinados el 0.3 % fueron edéntulos. En los pacientes entre 20 a 64 años el porcentaje de edentulismo fue menor al 1 %. En el grupo de 65 a 79 años, el 2.6 % de los pacientes habían perdido todos sus dientes. Entre las personas mayores de 79 años la cifra fue del 4.5 %. La fase permanente del sistema sólo examina a población usuaria de los servicios de salud y también la utilización regular de los servicios odontológicos se asocia con el número de dientes remanentes en boca. También es importante mencionar que las unidades centinela no cuentan con servicios de prótesis dental, en consecuencia, muy pocos pacientes edéntulos acuden al servicio dental.²³

En la prevalencia del edentulismo, será difícil la comparación entre países ya que este se ve afectado por varios factores como educación, economía, estilo de vida, y la educación para la salud que se tenga.²⁴

En los países considerados desarrollados según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se observó que la prevalencia de edentulismo en adultos mayores (más de 60 años) varía mucho: en Australia 32%, Nueva Zelanda 59%, e Israel 59.5%; en Europa: Austria 15%, Dinamarca 27%, Finlandia 41%, Francia 16%, Alemania 22.6%, Hungría 27%, Italia 19%, Suecia 15.8%, Turquía 11.6%, y Reino Unido 46 %. En los países de Norte de América como: Estados Unidos se observó una prevalencia del 25 %, Canadá 58%. Se encontró una prevalencia de 11% en China y Japón 25%.^{25,65}

Por el otro lado están los países subdesarrollados o en vías de desarrollo según la ONU: En Brasil, los estados más ricos e industrializados; tienden a tener tasas más bajas que en otras partes del país.²⁸ En la India se encontró un 16.3% de prevalencia, De África encontramos: Gambia 6%, Madagascar 25%, Kenya 6.6%Nigeria 1.3%, Hacia el mediterráneo encontramos: Egipto:



7%, Arabia Saudita 46%, México 30% en el estudio demográfico que se realizó en 2006.⁶⁵

Siendo más prevalente la pérdida de piezas dentarias, el impacto es más negativo en personas edentúlas ya que la pérdida de dientes reduce el rendimiento de la función masticatoria afectando en la elección de los alimentos, consecuentemente causando la pérdida de peso en las personas afectadas. El edentulismo además de causar problemas en la masticación, trae desventajas sociales como la comunicación. Es más prevalente en los adultos mayores en todo el mundo y está asociado al nivel socioeconómico.

Los adultos mayores con nivel socio-económico bajo con o sin nivel educativo presentan más índices de edentulismo que las personas adultas mayores con mejor nivel socio-económico y con educación.²¹

El edentulismo afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas afectadas ya que varía la dieta alimenticia, puede variar el gusto de los alimentos trayendo como consecuencia la malnutrición y desnutrición.

Aún las personas que usan prótesis ya sean parciales o totales no tienen la misma efectividad masticatoria que teniendo todas las piezas dentarias. Siendo los principales contribuyentes al edentulismo la enfermedad periodontal crónica y la caries dental.²⁹

Aunque también es visto que la caries dental es la razón más importante para realizar la extracción dental en comparación con la enfermedad periodontal.²⁴

La pérdida de dientes afecta a las personas de diferentes edades, pero se observa más en los adultos ya que por el tiempo de vida han desarrollado enfermedades crónicas como la caries dental y la periodontitis. Sin embargo



no es un resultado inevitable del envejecimiento. Por otra parte el impacto de la promoción de la salud oral y las acciones públicas como el consumo de agua fluorada, sugieren que el edentulismo se puede prevenir.³⁰

2.3.2 Condiciones relacionadas con las dentaduras

Las personas portadoras de prótesis dentales tienen una disminución en la capacidad para percibir sabores, consistencia y texturas de los alimentos. Cabe destacar que una prótesis que cumpla los requisitos de buen soporte, retención y estabilidad otorga una capacidad masticatoria no mayor al 30% comparada con una dentadura natural.³¹

La estomatitis subprótesica se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los portadores de dentaduras totales.³²

Diferentes estudios consideran que la etiopatogenia de la estomatitis subprótesica es multifactorial.³³

Hay algunos factores involucrados a los que se les concede especial importancia, como son:

Higiene de la prótesis: este factor presenta una gran prevalencia de la estomatitis subprótesica. Relacionado con los mecanismos microbiológicos debido a la placa bacteriana subprótesica que alteran el PH, en el cual puede influir la dieta, así como también las características salivares.³⁴

Trauma protésico: este es ocasionado por el desajuste del aparato y los malos hábitos al momento de utilizarlos.³⁵

Reacciones alérgicas e irritación: Posibles reacciones alérgicas e irritación causadas por los materiales con que están elaboradas las prótesis.³⁶



Infección candidiásica: La presencia de placa bacteriana favorece la colonización por *cándida* tanto en la superficie de las prótesis como en las mucosas.

Cuando la candidiasis se asocia con la prótesis removible puede inducir a la formación de estomatitis subprótesica, esencialmente en aparatos mal ajustados y con muchos años de uso.³⁷

Este hongo es de flora normal de la cavidad bucal, pero frente a ciertos factores predispuestos son capaces de desarrollarse y producir la infección; principalmente el género *Cándida* y en especial *Cándida Albicans*.

Las colonias de candidas debajo de los aparatos protésicos y en relación directa con la mucosa palatina provocan que la misma cambie su aspecto clínico.³⁸

Factores nutricionales: en los adultos mayores, portadores de prótesis, se les dificulta el consumo de verduras frescas o alimentos crudos, y muchas veces la dieta se basa principalmente en conservas enlatadas, las cuales nos llevan a una inadecuada alimentación con deficiencias vitamínicas.³⁹

Los adultos mayores que usan prótesis dentales consumen más carbohidratos y una menor cantidad de los alimentos que contienen vitamina A y fibra dietética, y las personas edéntulas que no utilizan prótesis dentales, consumen cantidades menores de carbohidratos, calcio, hierro, y vitaminas B1, B6 y C.

En general, se ha observado que los adultos mayores que conservan sus dientes tienen un mejor estado nutricional que aquellos con pocos dientes o con dentaduras artificiales.⁴⁰



El tratamiento de primera elección es retirar la prótesis que causa la irritación. En caso de infecciones relacionadas, se recomienda administrar antimicóticos o antivirales.⁴¹

La etiología del cáncer bucal y de las lesiones precancerosas es múltiple. Los factores más comúnmente citados son: tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales. Además de los factores ya citados, se han reportado que el uso de prótesis dentales mal ajustadas, dientes destruidos por traumatismo o caries, higiene bucal deficiente, son factores no menos importantes para el desarrollo de cáncer bucal.⁴² La mayoría de ellos tienen un efecto acumulativo en el tiempo, lo que presenta una consistencia en el hallazgo epidemiológico de mayor persistencia de cáncer en personas de más edad, lo cual hace afirmar a varios autores que la edad es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer, y específicamente el cáncer oral.⁴³

Rehabilitación

La pérdida dental es considerada como un problema social en los países Latinoamericanos, que se debe resolver por medio de prótesis completas o parciales, fijas o removibles, variables en su diseño y función.⁴⁴

Existen áreas dentro de la Odontología la cual está destinada a devolver la armonía, función y estética a pacientes edéntulos, mencionaremos los posibles tratamientos para personas con deficiencias dentales:

Una prótesis es el reemplazo de una parte faltante del cuerpo humano por una pieza artificial como un ojo, una pierna o una dentadura. La ciencia y el arte de la prótesis, consisten entonces, en la sustitución de partes faltantes del cuerpo.⁴⁵



McCracken, nos dice que la prostodoncia es la rama del arte y la ciencia odontológica que trata específicamente del reemplazo dientes y estructuras orales faltantes. La prostodoncia puede ser definida como la rama de la Odontología que se ocupa de la restauración y el mantenimiento de las funciones orales, el confort, la apariencia y la salud del paciente, mediante el reemplazo de los dientes y tejidos contiguos faltantes por sustitutos artificiales.⁴⁶

- Prostodoncia total

Según Winkler, la prostodoncia total incluye tanto el reemplazo de la dentadura natural perdida, como el de las estructuras asociadas del maxilar y la mandíbula, en pacientes que han perdido todos sus dientes o que pronto los perderán. Las sobredentaduras permiten a los posibles usuarios de dentadura completa conservar uno o más dientes naturales o raíces, para proporcionar un mejor apoyo y estabilidad a la dentadura resultante, y es mucho más importante la conservación del hueso alveolar en el resultado final. Ya que las dentaduras completas son la última solución para el paciente, deben diseñarse y elaborarse poniendo un cuidado especial en la conservación de las estructuras orales permanentes.⁴⁷

- Prostodoncia parcial

Parte de la prótesis odontológica que se dedica al estudio de la rehabilitación dentaria por la ausencia de algunas piezas dentales, según McCracken.⁴⁶

El reemplazo de dientes faltantes en un arco parcialmente desdentado, puede realizarse con una prótesis fija o cementada, o con una prótesis removible. Una prótesis parcial fija está diseñada para que el paciente no pueda retirarla. Por otra parte, una prótesis parcial removible está diseñada de manera que pueda ser convenientemente retirada de la boca y reinsertada por el mismo paciente.



- Prótesis parcial fija

Shillingburg, en su libro *Fundamentos de prostodoncia fija*, nos dice que esta es la que se dedica al reemplazo de la porción coronal de los dientes, o de uno o más dientes naturales perdidos y sus estructuras, asociadas por medio de prótesis dentales diseñadas para no ser removidas por el paciente.⁴⁵

- Prótesis parcial removible

Se dedica al reemplazo de dientes perdidos y tejidos que los rodean mediante prótesis diseñadas para ser removidas por el paciente, según se define en el libro de McCracken.⁴⁶

2.4 Importancia de la promoción y educación para la salud entre los usuarios de prótesis mucosoportadas.

En Latinoamérica, el 75% de los ancianos no visitan con frecuencia al dentista y es un hecho irrefutable que no se mantiene una buena salud bucodental durante esa etapa de la vida, por lo que es necesario la creación de programas y material educativo acorde a las necesidades de esta población.

Los servicios de salud bucal, tanto públicos como privados, deberán de prevenir oportunamente y retrasar la aparición de enfermedades, situación que, de presentarse, produce grave afectación en la calidad de vida de los ancianos.

Por otra parte, las escuelas y facultades de Odontología tendrán que considerar en sus planes y programas de estudio la Gerodontología en un



futuro muy cercano. El curso y pronóstico de la enfermedad es diferente en el anciano comparado con adultos y jóvenes; de ahí que el diagnóstico y tratamiento en esos pacientes resulte insuficiente e inclusive incorrecto, si no se consideran las modificaciones orgánicas, fisiológicas y funcionales propias del envejecimiento, así como los cambios normales.⁴⁸

2.4.1 Material didáctico con fines educativos

Es todo aquello que nos apoya a comunicarnos y comprender mejor el mensaje, para que las ideas sean más claras e interesantes, ayuda a que cualquier actividad tenga un mayor éxito, ya que estimula los sentidos, desarrolla la imaginación, mejora habilidades, entre otras.

Existen diferentes ejemplos de material de apoyo en este caso específico, para pacientes usuarios de algún tipo de prótesis:

- **Materiales impresos:**

Libros de texto, manuales, ficheros didácticos, trípticos, folletos, carteles.

El medio impreso continúa siendo el soporte básico de muchas realizaciones de enseñanza a distancia y por ello cierra una serie de ventajas que lo hace eficaz, aunque estemos en una era tecnológica. Dentro de sus principales ventajas es que no requieren equipos sofisticados para su adecuada utilización, se adaptan a las circunstancias espaciotemporales del lector.

En cualquier momento y en cualquier lugar pueden ser usados, son fácilmente transportables.



- Materiales audiovisuales:
Videos, diaporamas, películas, programas de televisión, programa de radio, audiocintas y otros.
- Material informático: discos compactos, páginas WEB, software educativo, y sus derivados.⁴⁹

Pondremos especial atención a los materiales audiovisuales, en específico los videos.

El aumento en la demanda de material audiovisual para consumo educativo está originando una mayor producción de videos didácticos. Podríamos definir el video didáctico por su principal característica y crucial circunstancia: que esté diseñado, producido, experimentado y evaluado para ser insertado en un proceso concreto de enseñanza aprendizaje de forma creativa y dinámica. Para que esto sea así, requiere se tenga en cuenta ciertos aspectos previos a su diseño y producción, como que sea interesante, atractivo y jamás haga perder la atención del demandante.

Este tipo de material que nosotros elaboraremos mejora la promoción de la salud y juega un papel importante ya que es a través de estos materiales, que el adulto mayor interactúa y aprende sobre lo que es su salud bucal.

2.4.2 Cuidados relacionados con la adaptación, uso y mantenimiento de prótesis

El uso de prótesis dentales se ha vuelto más común en la población, siendo más que una simple reposicionadora de los elementos dentales, una



integradora familiar, social, mantiene la salud general y eleva la expectativa de vida, por proporcionar condiciones al anciano de formar el bolo alimenticio de forma adecuada, impidiendo que disminuya la consistencia alimenticia y esto lleve a un déficit proteico.⁵²

El factor más crítico en la parte operativa de la prótesis para ancianos, es la higienización y la mantención de las prótesis.⁵³

Las dentaduras son una excelente manera para que los adultos mayores restauren las sonrisas perdidas, pero al igual que los dientes naturales pueden presentar alteraciones estructurales sin un mantenimiento adecuado. Siga las instrucciones de cuidado de su dentista y programe revisiones anuales si utilizará una dentadura por mucho tiempo.

Las dentaduras pueden sentirse extrañas al principio y es posible que su dentista quiera verlo de manera frecuente para asegurarse que la dentadura le ajuste bien. Con el paso del tiempo, la forma de las encías cambiará y su dentadura podrá requerir un ajuste o reemplazo. Asegúrese de dejar que el odontólogo sea quien haga tales ajustes.⁵⁴

Se recomiendan no retirar la prótesis los primeros días de instalada y sobre todo en el sueño, para una mejor adaptación, solo retirarlas para higienizarlas. Otros autores como Saizar manifiestan el no 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 a prótesis mal curadas, porque el monómero en exceso al mezclarse con la saliva irrita químicamente los tejidos.

A otros pacientes portadores de prótesis le es imposible la retirada de su dentadura, ya que puede afectarle su integridad psíquica y emocional, además de las razones estéticas muy justificadas; en estos casos recomendamos dentro de sus posibilidades el descanso de un lapso de 3



horas, y de no ser posible, mantenerla lo más higienizada posible. Cuando la dentadura se retire para el descanso de la mucosa, debemos indicar que la conserve en un vaso con agua para evitar una desecación prolongada que proporcionara cambios volumétricos, además como la mucosa es húmeda al mantenerlas hidratadas facilitara la rápida adhesión a los tejidos que la soportan.⁵⁵

Después de un período, será necesario rellenar, o volver a hacer la base de la prótesis debido al desgaste normal. Volver a confeccionar la base significa confeccionar una nueva base manteniendo los dientes de la prótesis. Además, a medida que la edad avanza, la boca también cambia. Estos cambios hacen que su prótesis se sienta floja y dificulte la masticación e irrite sus encías. Visite a su odontólogo a menos una vez al año para que realice un control de su prótesis.⁵⁶

Por lo anterior se debe tener una vigilancia de estas por lo menos cada 2 años, si estas son completas, cada 6 meses si son parciales, y no deben permanecer por más de 5 años en la boca, aunque hayan sido confeccionadas rigurosamente con todos los principios biomecánicas, pues se producen cambios en la estructura de la prótesis.⁵⁷

2.4.3 Enfermedades relacionadas con las dentaduras.

En la prótesis se tiende a acumular placa microbiana, la cual está constituida por una matriz orgánica derivada de las glicoproteínas salivares y de los productos extracelulares, esta acumulación de placa microbiana se presenta sobre todo en prótesis de muchos años de uso y en zonas rugosas y porosas de las mismas; de hecho se ha mostrado que los acrílicos utilizados en odontología tienen mayor capacidad de adsorción de amilasa y albumina.⁵²



Es así como las rugosidades de la superficie del acrílico y la higiene defectuosa favorece la adhesión de la placa microbiana subprótesis. De esta forma, la prótesis constituye un reservorio de microorganismos que facilita la aparición de estomatitis subprótesis, pero no solo de estas sino de muchas otras enfermedades.⁵²

La mayoría de los pacientes desconoce la adecuada manera de mantener y cuidar sus prótesis. Es necesaria su limpieza diaria para evitar la acumulación de placa, cálculo y pigmentaciones. Estos depósitos no solo pueden construir problemas en lo que es la estética y halitosis, sino también contribuyen a irritaciones e infecciones como candidiasis y estomatitis subprótesis en la mucosa adyacente.⁵⁸

El envejecimiento asociado con las enfermedades sistémicas, puede traer alteraciones en la mucosa oral, en el hueso alveolar y en la saliva.⁵⁹

La mucosa masticatoria y de revestimiento, las cuales se encuentran en contacto directo con la superficie pulida y los bordes de las dentaduras son propensas a padecer de lesiones; esas variaran las características de los tejidos, de acuerdo a su función, localización y a los estímulos que reciben. El origen de estas lesiones se debe a múltiples factores, hay pre-disponentes y exógenos como los causantes de irritaciones por el uso de dentaduras cuyo uso prolongado afecta el epitelio plano, normalmente no queratinizado. La prótesis actúa como un cuerpo extraño que traumatiza las mucosas que la soportan, y en la medida que pasa el tiempo se desajustan causando afecciones y si no se revisan puede aumentar la gravedad de estas afecciones.

Se ha afirmado que los pacientes son más propensos a contraer lesiones de tipo estomatitis.



El tipo de microorganismos que se encuentra en las prótesis dentales removibles, está influenciado por varios factores, entre ellos por el tiempo de uso que esta tenga. Se ha establecido, que en sujetos con prótesis nuevas (sobre una semana de instaladas), no les fue aislada *C.albicans*, mientras que en sujetos con prótesis muy usadas fue obtenida esta especie. También, depende mucho el tipo de material de la prótesis, la dieta e higiene bucal del portador.⁶⁰

La estomatitis protésica es un proceso inflamatorio de la mucosa bucal. Sus principales formas clínicas son la atrófica (con presencia de lesiones eritematosas) y la hiperplasia. Es una inflamación crónica de la mucosa oral por estar en contacto con prótesis extraíble.⁶¹

Cándida Albicans tiene mayor capacidad de infección si el terreno le es favorable. Se sabe que los pacientes de edad avanzada presentan mejores condiciones para desarrollar la patología. Su flujo salival es reducido, con lo cual carecen de lisozimas, lactoferrina y las citoquinas salivares que inhiben y controlan el crecimiento de la *Cándida* y normalmente no tienen las mejores condiciones higiénicas. Además la formación de una película salival sobre todas las superficies un método de protección para la cavidad oral. Los sujetos con problemas de inmunocompetencias y con enfermedades sistémicas asociadas, tales como la diabetes tienen problemas similares.

El simple hecho de portar la prótesis ya es un factor predisponente para la patología. Se crea un ambiente cerrado, más anaerobio, entre la prótesis colocada en la boca y la mucosa, con lo cual se favorece el crecimiento de las *Cándidas*, pudiendo pasar las mismas de ser un hongo comensal en la mucosa a ser un parasito que infecte la mucosa.⁶²

El tratamiento de la estomatitis protésica se basa primordialmente en la desinfección, ajuste o cambio de las prótesis dentales, uso de colutorios, y



en la mayoría de los casos la administración de antifúngicos, en México se utiliza primordialmente a nistatina.

El pH salival ácido también puede deberse a que una dieta alta en carbohidratos favorece el metabolismo fermentativo de *C.albicans* y *S.mutans*, lo que acidifica aún más la saliva, promueve el desarrollo de estos microorganismos y fomenta su adhesión.⁵²

2.4.4 Conocimiento de los pacientes

Las acciones de educación para la salud se realizan en todas las unidades del sistema, pero no siempre cumplen los requisitos de calidad indispensables para modificar actitudes y conductas de la población con respecto a la salud bucal.

Tanto las medidas higiénicas como el uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales son un tema de gran importancia para los portadores de estas.

La tarea de brindar estos conocimientos es responsabilidad plena de todos los especialistas, estomatólogos y técnicos de atención estomatológica.

La instrucción al paciente es fundamental, puesto que debe tomar resoluciones y es el encargado de cuidar de su salud y de sus prótesis. En ocasiones puede haber sido portador de otra o no tener experiencia, por lo que es necesario realizar algunas recomendaciones y conversar con él para informarle sobre las dificultades que puedan aparecer, por lo que citamos las siguientes instrucciones con el objetivo de mejorar la calidad de vida y lograr el éxito del tratamiento.



Debe enseñarse como colocar y retirar sus prótesis en la consulta, a veces es necesario auxiliarnos del espejo, este debe ser sostenido a la distancia de un brazo más o menos, ya que es así como lo verán las otras personas.⁵⁷

Se le darán indicaciones tales como:

Mastique despacio y con regularidad para irse acostumbrando a la presión que ejerce las prótesis sobre los rebordes.

No de bocados demasiado grandes; al principio corte pedacitos pequeños, el pan con los dedos córtelo ingiéralos con fuerza hacia atrás contra los incisivos superiores para mantener la prótesis en su lugar.

No tire del alimento para comerlos, empújelos hacia atrás y distribúyalos en ambos lados para hacer una masticación bilateral y lograr estabilidad.

No se inquiete por la movilidad de sus prótesis, ya que siempre sucede al masticar.

Hay que explicar al paciente que el habla puede estar alterada, por lo que debe practicar leyendo en voz alta o controlándose frente a un 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.⁶¹

2.4.5 Higiene

Los métodos más comunes de limpieza de prótesis se pueden dividir en dos grupos mecánico y químico.



El método mecánico es el más popular para remover la placa de las dentaduras mediante el uso de cepillos con detergente líquido como medio de limpieza ,pues la pasta dental contiene abrasivos que dañan las superficies acrílicas de las prótesis, provocándoles surcos o grietas donde puedan adherirse restos de sustancias alimenticias y proliferación de colonias bacterianas. Sin embargo existen una gran cantidad de evidencias que utilizando solo este método no es suficiente para eliminar la placa bacteriana de las bases de las prótesis por lo que hay que combinarlo con el uso de desinfectantes.⁶³

Otra desventaja que este método mecánico presenta es que si son empleados de manera exagerada o con una técnica incorrecta puede causar daños a la prótesis, teniendo efectos como manchas persistentes y distorsión de los ganchos afectando su capacidad retentiva. Igualmente, son ineficaces en pacientes con limitación motora, ya que la remoción efectiva de la placa bacteriana requiere cierto grado de destreza manual, la cual está reducida en adultos mayores. Sin embargo, tiene como ventaja de ser de uso sencillo y económico.⁶³

Los agentes químicos usados en la desinfección para pacientes portadores de prótesis dentales removibles, y en especial aquellos que presentan dificultad psicomotora para la limpieza de las mismas, podrán prevenir la infección de *C.albicans* además de mantener un protocolo de higiene de sus prótesis más eficiente.

La ADA ha recomendado la utilización de una concentración de hipoclorito de sodio diluido 1:10 (1 gota) en un vaso de agua, por un tiempo de 4 minutos.⁵⁶

Las prótesis deben ser cepilladas después de cada comida, enjuagarla no es suficiente, los tejidos bucales, carrillos, lengua y paladar deben ser cepillados con un cepillo blando para ayudar a mantener en estado de buena salud.¹⁴



Existen gran cantidad de evidencias que utilizando solo este método no es suficiente para eliminar la placa bacteriana de la bases de las prótesis por lo que hay que combinarlo con el uso de desinfectantes.⁶³

La limpieza será tres veces al día después de los alimentos, se sugiere un cepillo de cerdas duras de ambos lados con el haz más grueso las superficies grandes y con el haz pequeño las zonas de difícil acceso , y detergente líquido, no lo haga con pasta dental, llene el lavabo con un poco de agua por si la prótesis se cae evitar que se rompa, o bien llenar un recipiente de agua; puede efectuar una limpieza más profunda de su prótesis colocando unas gotas de hipoclorito en una taza de agua y sumergirla por media hora y enjuáguela. Esta solución limpia bien las manchas de té, café, cigarro, etc.⁵⁶

El uso de una prótesis total presenta una gran ventaja de mantener la boca en grado de higiene superior a la de los individuos dentados; en estos pacientes es fácilmente realizable, ya que la dentadura puede higienizarse varias veces al día, por lo que debemos explicar:

Mantener la higiene bucal de la mucosa mediante buchadas o enjuagues preferiblemente con agua tibia y algún tipo de antiséptico.

La prótesis debe mantenerse limpia, con un cepillo lavarse, después de cada comida y al acostarse, para adquirir el hábito de la higiene bucal.⁶¹

Se enfatizara en unas sugerencias estrictamente importantes para el cuidado y uso de su prótesis:

- Cuando manipule su prótesis, hágalo sobre una toalla doblada o un recipiente con agua. Las prótesis son delicadas y pueden quebrarse si se caen.



- No deje que se seque. Cuando no use su prótesis, colóquela en una solución de limpieza específica o bien en agua común. Nunca use agua caliente ya que podría alterarse su forma.

Quítese las dentaduras por las noches y colóquelas en agua o en un líquido limpiador para dentaduras.⁶³

- El cepillado diario de la prótesis extrae todos los restos alimenticios y placa y ayuda a que no se manche.

Cuide de la misma manera las dentaduras postizas parciales. Asegúrese de limpiar cuidadosamente los ganchos (grapas) que sostienen las dentaduras postizas parciales, ya que las bacterias pueden acumularse debajo de éstos.

- Cepille las encías, la lengua y el paladar todas las mañanas con un cepillo de cerdas blandas antes de colocarse la prótesis. El cepillado estimula la circulación en los tejidos y ayuda a remover la placa bacteriana.
- Visite a su odontólogo si la prótesis se rompe, se astilla, se agrieta o se afloja. No intente ajustarla usted mismo, ya que podría dañarla irreversiblemente.⁵⁶



3. Planteamiento del problema

El cambio demográfico y el aumento en la esperanza de vida representan un desafío para la salud en los adultos mayores ya que en esta parte de la población existe un elevado número de enfermedad crónicas y afecciones bucales.

La boca juega un papel muy importante en la salud general y la calidad de vida de las personas. Conservar una buena salud oral, permite reducir la pérdida dental, haciendo más eficaz la masticación, mejorar la apariencia personal, mejorar la salud y el bienestar general de nuestro organismo, teniendo así un mejor desempeño individual como en la sociedad.

La educación para la salud permite que las personas puedan tener hábitos y conductas más saludables lo que como resultado es una mejor calidad de vida a través de la promoción de un mejor conocimiento e información acerca de los cuidados, usos y manteamientos adecuados de sus dentaduras o prótesis.

Referente a la salud bucal, existe poca información acerca del conocimiento, uso y mantenimiento de las prótesis. Además de la falta de información hacia los pacientes por parte de los odontólogos; aunado a factores como el tiempo de vida de las dentaduras, hábitos de mala higiene bucal y agentes microbianos, aumentan la posibilidad de generar lesiones, hiperplasias, cambios en los tejidos bucales causados por enfermedades como estomatitis subprótesica y/o Cándida albicans, por mencionar algunas, son las causas que afectan el deterioro de la salud de los pacientes portadores de prótesis mucosoportadas que la prevalencia se encuentra en los adultos mayores.

Por lo anterior y en base a estudios que se han realizado a cerca de la falta de información, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Se puede



desarrollar un video educativo dirigido a los usuarios portadores de prótesis mucosoportadas parciales y totales?



4. Justificación

Los cambios en el comportamiento en los adultos mayores, son un reto para el educador de la salud, ya que la está población tiene muy arraigadas conductas, creencias y mitos, lo que conlleva a un estado de salud deficiente.

Es importante que se tome en cuenta la cultura, tradiciones, mitos, hábitos, creencias, contexto social, económico y psicológico en los que se desarrolla y desenvuelve el adulto mayor.

Por lo tanto es indispensable el desarrollo de material educativo, dirigido al tipo de problemas más comunes que se presenta en los pacientes portadores de prótesis mucosoportadas, que permita promover mejores prácticas de autocuidado.

La elaboración de este material educativo puede mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de prótesis mucosoportadas, principalmente los adultos mayores ya que proporciona información útil para este sector de la población.

Los hábitos de higiene juntos con los conocimientos para el uso y cuidado de las prótesis bucales son fundamentales para mantener un buen estado de salud.

Con la información adecuada se puede lograr la motivación necesaria para que exista un cambio de hábitos nocivos por unos saludables, lo que conlleva a un cambio en conciencia de su salud bucal y que tenga la iniciativa de acudir a los servicios dentales para una revisión y/o rehabilitación si es necesario evitando así la indiferencia sobre su estado de salud bucal.



5. Objetivo

Desarrollar un video educativo para los usuarios portadores de prótesis mucosoportadas parciales y totales.



6. Proceso del desarrollo del video educativo

El proceso de realización de este material está enfocado en la información clara, concisa y detallada para que los usuarios portadores de prótesis mucosoportadas parciales y totales tengan una participación más activa en el cuidado de su salud, promoviendo así su autocuidado.

El video educativo se realizó con el apoyo de Títeres Garabatosos, utilizando 2 títeres muppets: un abuelo (Don Chema) quien es el usuario portador de prótesis mucosoportadas, y su esposa Doña Sofí, basándonos en un guión que se realizó con la finalidad de enseñar a los usuarios de prótesis mucosoportadas parciales y totales, el uso, mantenimiento y cuidados para sus dentaduras (Anexo1).

Se recibió apoyo por parte de la Facultad de Odontología con cámaras de video y micrófonos para obtener una grabación de buena calidad, además de apoyo para la edición del video.

Las grabaciones se realizaron en la clínica 3 de la facultad de odontología, para las escenas de la tienda, carnicería, iglesia; se utilizaron escenarios reales.



7. CONCLUSIONES

La educación y promoción para la salud son una excelente herramienta para el odontólogo, para lograr los cambios favorables en el autocuidado de nuestra salud.

El uso de material educativo le permite al educador dar información precisa y poderse comunicar de una manera más amena e interesante lo que desea transmitir.

El uso de material en este caso dirigido a adultos exige ciertos requerimientos en respuesta al tipo de población a la cual se dirige considerando, el tipo de texto que se utiliza, para informar de la manera más fácil de entender.

Ningún profesional de la salud en este caso el odontólogo realizara un trabajo integral, si no realiza una función fundamental que tiene como educador.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda*, El envejecimiento en la población de México, 2002.

² Consejo Nacional de Población, *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*, CONAPO, México, 1999,p. 18

³María Felipa Hernández López, María Verónica Murguía Salas y Mario René Hernández Vázquez, *Envejecimiento prospectivo y su relación con la discapacidad en México*, CONAPO, Febrero 2015.

⁴Langarica, *Gerontología y geriatría*, editorial interamericana, 1985, pp.4, 5,6.

⁵ Norma oficial mexicana nom-167-ssa1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

⁶Organización Mundial de la Salud (2002). *Active Aging*. Geneva: WHO

⁷ Miguel JA., Ortiz·H D. *Gerontología, Geriatría y Medicina Interna*. Publicación original. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM 2006: 7p

⁸Hoyl T. *Geriatría: diferencias y semejanzas con la Medicina Interna*. Manual de Geriatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de medicina interna 2008.

⁹ Gonzalez CA, Ham-Chande R. *Functionality and health: a typology of aging in Mexico*. *SaludPública Mexico* 2007; 49 suppl 4:S448-S458.

¹⁰Narval, P.C. *Collective oral Health: ways from sanitary dentistry to buccality*, *comúnRevSalud Publican*, 2006; pp. 141-146.



- ¹¹ Erika Heredia, Sergio Sánchez, Teresa Juarez, Carmen García, El envejecimiento de la población y la salud bucodental, CIESS, 2010. Pp.14-20.
- ¹² Castellanos, J.L., Díaz, G.L.; Gay, Z. O. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2 ed. México, Manual Moderno, 2002.
- ¹³ Hausen, H. Caries Prediction-State of the art, Community Dent Oral Epidemiology , 1997, 87-90.
- ¹⁴ Gerdin, E.W., Einarson, S. y otro. Impact of dry mouth conditions on oral Health-related quality of life en older people, Gerodontolgy 2005; pp. 219-225.
- ¹⁵ Carranza, F.A. Periodontología clínica de Glickman, 6 ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1986.
- ¹⁶ Irigoyen, M.E., Velázquez. C y otros. Caries Dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 años o más de edad en la Ciudad de México, Rev.ADM, 1999, pp. 64-69.
- ¹⁷ Serrano Garijo, P. y otros. “La salud bucodental en los mayores .Prevención y cuidados para una prevención integral “en: Promoción de salud en los mayores, volumen 6, Madrid, Instituto de Salud Pública, 2003.
- ¹⁸ Canto, M.T. y Devesa, S.S Oral cavity and pharynx cancer incidence rates in the United States 1975-1998. Oral Oncology, 2002; 612.
- ¹⁹ Zarb, G., Bolender, C., y otros. Prostodoncia Total de Boucher. 10° edición, México, Ed. Interamericana, Mc Graw- Hill, 1994.
- ²⁰ McCracken. *Prótesis parcial removible*. Buenos Aires, Editorial médica Panamericana. 2006



- ²¹ Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the World Health Organization Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33:81-92.
- ²² Loza, F. Protésis Parcial Removible, 1° edición. Caracas Actualidades Médico Odontológicas, 1998; 22-45.
- ²³ http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf
Cifras Nacionales de salud Bucal del Adulto, SSA, DGE, SIVEPAB 2009. pp.53
- ²⁴ F. Muller, M. Naharro, and G. E. Carlsson, “What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe?” *Clinical Oral Implants Research*, vol. 18, supplement 3, pp. 2–14, 2007
- ²⁵ E. D. Beltran-Aguilar, L. K. Barker, M. T. Canto et al., “Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis—United States, 1988–1994 and 1999–2002,” *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, vol. 54, no. 3, pp. 1–43, 2005.
- ²⁶ Health Canada, Report on the Findings of the Oral Health Component of the Canadian Health Measures Survey 2007–2009, Ministry of Health, Ottawa, Ontario, 2010.
- ²⁷ W. J. Millar and D. Locker, “Edentulism and denture use,” *Health Reports*, vol. 17, no. 1, pp. 55–58, 2005.



- ²⁸ R. Moreira, Tooth-loss in adults and the elderly in Brazil: the influence of individual, contextual and geographical features [Ph.D. thesis], Facultad de Saludpública, Universidad de Sao ´ Paulo, Sao Paulo, Brazil, 2009.
- ²⁹ Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Org. 2005; 83:661-9.
- ³⁰ Cooper LF. The current and future treatment of edentulism. J Prosthodont. 2009; 18:116-122.
- ³¹ López, P. (2006). *Salud oral*. México: Editorial El Manual Moderno, p 335-347
- ³² Adolfo Noguera. G, Fleitas, A.T. Frecuencia de estomatitis subprótesis en pacientes portadores de dentaduras totales, Revista Odontológica de los Andes 2006; 20-27.
- ³³ Bernal, A.E. y Moreira, E. La respuesta inflamatoria celular en la estomatitis subprótesis, Revista Cubana de Estomatología, 1985; 161-167.
- ³⁴ Kanli, A., Demirel, F. y otros. Oral candidosis, denture cleanliness and hygiene habits in an elderly population, Aging ClinExp Res, 2005; 502.
- ³⁵ Sakki, T.K.; Knuutila, M.L. y otros. The association of yeasts and denture stomatitis with behavioral and biologic factors, Oral Surg Oral Med Pathol Oral RadiolEndod, 1997; 625-629.
- ³⁶ Dundar, N. e IlhanKal, B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry, Gerontology, 2007; 165-172.
- ³⁷ Bernal Balaéz, A. Estomatitis supprótesis. Parada de reflexión, Rev. Fed. Odontológica Colombia, 1998, pp.21.



- ³⁸Moreira Diaz, E., Bernal Balaez, A. y otros. Clinical histopathological study of denture stomatitis, Rev. CubanaEstomatologica, 1984, pp.189.
- ³⁹ García-Arias,M.T., Villarino Rodriguez, A. y otro.Iron, folate and vitamins B12 08 C dietary intake of an elderrly institutionalized population in Leon, Spain, Nutrition Hospital, 2003, 224-226.
- ⁴⁰Romero Díaz, M.H., PetkovaGueorguieva, M. y otros.Enermedades bucales con repercusión sistémica, Odontología San Marquina, 2004, 42-45.
- ⁴¹García-Arias,M.T., Villarino Rodriguez, A. y otro.Iron, folate and vitamins B12 08 C dietary intake of an elderrly institutionalized population in Leon, Spain, Nutrition Hospital, 2003, 224-226.
- ⁴²Bello Santos. P, Reyes Velasquéz, J.O. y otros. El papel del Cirujano dentista en la detección oportuna del cáncer bucal, Presentación de un caso. Med. Oral 2001; pp.65-68.
- ⁴³Bologna- Molina, R., Castañeda- Castaneira, R. y otros. Virus del Papiloma Humano y su asociación con el cáncer Bucal, Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006, pp. 147-153.
- ⁴⁴Zarb, G., Bolender, C., y otros. Prostodoncia Total de Boucher. 10° edición, México, Ed. Interamericana, Mc Graw- Hill, 1994.
- ⁴⁵Herbert T, Shillingburg, (1990). *Fundamentos de prostodoncia fija*. Ediciones Copilco, México.
- ⁴⁶ McCracken. *Prótesis parcial removible*. Buenos Aires, Editorial médica Panamericana.2006
- ⁴⁷Winkler, S, (2000), *Prostodoncia total*. Editorial Limusa, México.



- ⁴⁸ Sergio Sánchez García. El envejecimiento de la población y la salud bucodental: Un reto para los servicios de salud en México. Revista Odontológica Mexicana. Vol. 13, Núm. 3 Septiembre 2009. pp 134-135
- ⁴⁹ME Núñez Chan, AT Silver - Guía para la elaboración de materiales educativos orientados al aprendizaje autogestivo, 2002
- ⁵⁰Cabrero , J. Tecnología Educativa: Utilización didáctica del video .P.P.U. , Barcelona 1988.
- ⁵¹Ebrian de la Serna, M. y otros. Medios y recursos didácticos. Universidad de Málaga.1991
- ⁵² Tania Baena Monroy, Víctor Maldonado, Fernando Franco Martínez, Beatriz Aldape Barrios, Guillermo Quindòs, Luis Octavio Sánchez Vargas. "Colonización por Cándida albicans, Staphylococcus aureus y Streptococcus mutans en pacientes portadores de prótesis totales", 28 de noviembre del 2004, (27-39).
- ⁵³Almeida D. Oliveira E. Martins E., Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes . Rev. Estomatología Herediana, 2007; 17(2) ; 104-107.
- ⁵⁴ Instituto Nacional sobre el envejecimiento. El cuidado de la boca y los dientes.
- ⁵⁵ Cinco problemas dentales por los que el adulto mayor debe preocuparse, Octubre 2013:
https://www.unitedconcordia.com/docs/OralHealthNewsltr_1013_SPA.PDF
- ⁵⁶ Asociación dental Americana. Disponible en:
<http://www.colgate.cl/app/Colgate/CL/OC/Information/ADA.cvsp>



⁵⁷ Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Institutos Nacionales de Salud Enero 2002. Información de Salud para las Personas de la Tercera Edad El Cuidado de la Boca y los Dientes. Disponible en:

<http://dental.ufl.edu/files/2012/06/cuidado-boca-dientes.pdf>

⁵⁸ Duany Castillo Joaquín, "Conocimientos y hábitos en pacientes portadores de prótesis dentales en relación con su uso y cuidados", vol. 7 -Nº1-Enero-Junio-2012, (págs. 24-32).

⁵⁹ Carolona de Andrade Lima Chávez, Flavia ZardoTrindade, Elaine María SgavioliMassucato, Francisco de AssisMollo Junior, Marco Antonio Compagnoni, "La influencia de factores sistémicos en el uso de las prótesis totales", Revista cubana de estomatología v.46 n.1 Ciudad de la Habana enero-marzo 2009.

⁶⁰ García Franco Deysi, Millán V. Patricia, De Los Santo J. Pablo, Meneses H. Patricia, "Identificación bioquímica de microorganismos presentes en prótesis", revista ADM, Vol.LXV, Nº.2 Marzo-Abril 2009, (págs. 36-41).

⁶¹ Corona C. Marcia, Rey P. Blanca, Arias A. Zulema, Nuñez A. Leopardo, "Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales", Clínica Estomatológica Provincial Docente. Santiago de Cuba.CUBA.20 de noviembre de 2007.

⁶² Carol Spear, RDH, MS, Aspectos clínicos de los materiales en odontología, "Desinfección de impresiones, dentaduras y otros aparatos y materiales". 2001 págs. 295-299.

⁶³<https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/cuidado-dientes-boca>



⁶⁴ MartínZurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica, 5^{ta} edición. España: El seiver; 2003.

⁶⁵ Ines Polzer¹, Martin Schimmel, Frauke Müller and Reiner Biffar. Edentulism as part of the general health problems of elderly adults, International Dental Journer, 2010.Pp.144-146.

9. Anexo 1

Guión del video educativo

La importancia de la salud oral ante la usencia dental.

Don. Chema (Viejito 1)

Doña Sofí (Viejita 2)

Anaid -Doctora

Ángel – vendedor de la tienda

Carnicero

Alumno



Todo comienza en un comienza en el baño (casa de Doña Sofí y Don Chema); Don Chema se rasura frente al espejo cantando, de repente se le cae su dentadura y se percata que está sucia (dentadura con una araña, y moneda de centavo)

Don Chema:(grita asustado) haaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa!

Doña Sofí entra en escena

Doña Sofí: y.. ¡Ahora que te pasa! Otra vez el marca pasos de seguro!!!



Don Chema: he perdido mi parecido a “Pedro infante “

Entra Doña Sofí y lo ve con cara de susto, Don Chema toma su dentadura y trata de ponérsela con desesperación pero la dentadura se rompe.

Don Chema: maldición en mis tiempos eran mejores las dentaduras

Doña Sofí:huyyyyyyyy! Yo pensé que te iba a ver guapo para siempre.

Don Chema: (exagerando). Déjame morir sin mis dientes no soy el mismo.

Doña Sofí: no te preocupes mi algodoncito, Ángel el de la tienda nos puede ayudar él lo sabe todo.

Llegan a la tienda garabato

Doña Sofí:(desesperada) Ángel Ángel!!!! mi viejito.

Ángel:(espantado) que pasa Doña Sofí?? Ya se nos fue al cielo?

Doña Sofí: no! bueno fuera.

Don Chema entra a la tienda

Don Chema: que cielo ni que nada

Ángel: que le pasó Don Chema ya se dedica al box??

Doña Sofí: Ángel tu sabes cómo pegar la dentadura de mi viejito

Ángel:huyyyyyyyy madre ahora si le fallo! Ya no tengo kola loca.

Salen de la tienda desanimados y van con el señor de la carnicería

Doña Sofí: hola Don Juan nos puede ayudar a pegar la dentadura de mi viejito?



Don Chema al fondo apenado

Don Juan: huy madre yo solo sé de bisteces, pero hace años cuando todavía mi bendita madre vivía le hicieron su dentadura en la facultad de odontología, por esta que si se la dejan chula! Hasta mi madre quería más a su dentadura que nosotros.

Doña Sofí: muchas gracias don Juan yo sabía que usted sabia todo.

Llegan a la facultad de odontología preguntando donde podían ayudarlos.

Doña Sofí: muchacho donde ponen las dentaduras tu nos puedes ayudar?

Alumno: hújole señora yo apenas soy de primero pero en tres años yo le hago su dentadura

Don Chema: no hijo para ese tiempo ya la voy a estrenar pero en el cielo.

Alumno: Bueno, puede preguntar por la clínica de prostodoncia, ahí le pueden ayudar.

Juntos llegan a la clínica de prostodoncia y se encuentran a una doctora.

Doña Sofí: buenas tardes doctorcita.

Don Chema:(desesperado) doctora por favor póngame unos nuevos dientes mi vida de pende de esto.

Don Chema le muestra la dentadura rota a la doctora y muy sucia

Doctora: Don Chema ¿cuántos años tiene con ella?

Don Chema: huyyyyyyyyy como 60 ya vamos para bodas de oro

Doctora: no Don Chema, con su dentadura



Don Chema: hoo como 10 años

Doctora: No Don Chema tenemos que hacerle una nueva dentadura puesto que no solo los alimentos entran por la boca, sino también virus y bacterias y pueden provocar problemas en la salud en el resto del cuerpo. La vida promedio de una dentadura es de 5 años con sus debidos cuidados.

Don Chema: cuidados??? No sé a qué se refiere

Doctora: para conservar sana nuestra boca debemos visitar periódicamente al odontólogo, el no sólo revisará tus dientes sino también todos los tejidos de tu boca; labios, lengua, paladar, mejillas que pueden presentar a veces lesiones sin dolor ni otros síntomas.

Don Chema: hooooooooooooooooooooooooooooo (asombrado)

Doctora: Mire. Una prótesis removible es un elemento que repone uno o varios dientes ausentes, pudiéndose quitar libremente.

Don Chema: qué??? Se puede quitar??. En 10 años nunca me la había quitado.

Doctora: qué? Nunca le dijo su doctor los cuidados para su dentadura.

Don Chema: no!! Doctorcita solo me dijo que ya podría sonreír como antes

Doctora: no Don Chema la dentadura no solo sirve para sonreír si no para devolver la función de la masticación, habla, autoestima, estética y así recuperar la salud ORAL y por ende la del resto del cuerpo.

Don Chema y Doña Sofí se miran y sorprendidos dicen hooooooooooooooooooooo!

Doña Sofí: Vas q regresar a ser tan guapo como cuando te conocí.



Don Chema:(motivado) ok doctorcita empecemos ahora mismo, quiero recuperar mi salud.

UN MES DESPUÉS...

Están sentados en la unidad dental emocionados por que le van a entregar su nueva dentadura a Don Chema.

Doctora: hola Don Chema como esta? Listo para iniciar una nueva vida

Don Chema: si doctora ya no puedo esperar más.

Doctora: pero recuerde que los primeros días de uso es normal que usted sienta algunas molestias pasajeras:

Tendrá sensación de que la prótesis ocupa un espacio muy amplio en la boca.

Sentirá un incremento en la saliva.

Tendrá una cierta dificultad al hablar, especialmente al pronunciar determinadas silabas es recomendable que lea en voz alta o que hable frente un espejo como ejercicio.

Podrá experimentar cierta dificultad durante la masticación, para evitar accidentes mastique alimentos lentamente y de ser posible blandos o en pequeños trozos.

Sentirá la encía y los dientes ligeramente adoloridos al principio, si la molestia fuera excesiva o si apareciera una irritación o Úlcera, acuda a consulta ya que tal vez será necesario retocar la prótesis.



Se sugiere no retirar la prótesis los primeros días de uso, sobre todo en la noche, para una mejor adaptación, sólo retirarla para lavarla. Sin embargo es importante darle un descanso a los tejidos de por lo menos tres horas.

Don Chema: muy bien doctora ahora si cuidare mi salud bucal.

Doctora: Para que la experiencia le resulte más agradable le recomendamos que considere las siguientes indicaciones de mantenimiento e higiene:

Después de cada comida retire la prótesis, cepille los dientes o procesos (encías) y después la prótesis con un cepillo especial para su prótesis y jabón líquido de preferencia.

Recordar cepillar los tejidos bucales: mejillas, lengua y paladar con un cepillo blando y realizar enjuagues con agua y algún tipo de antiséptico para mantener la boca en un buen estado de salud.

Nunca duerma con la prótesis en boca, salvo indicación del odontólogo, ya que sus encías y demás tejidos necesitan descanso.

Al retirársela, colóquela en una solución desinfectante o bien agua común. Nunca use agua caliente ni pasta dental ya que puede alterar su forma.



Trate la prótesis con cuidado, al lavarla coloque una toalla o llene el lavabo con un poco de agua para evitar una fractura en caso de que se le llegara a resbalar involuntariamente.

En caso de que la prótesis sufra alguna fractura no intente resolverlo usted mismo, acuda con su odontólogo ya que colocar algún tipo de pegamento puede alterar la composición de la prótesis y provocar por ende alguna alteración en boca.

La falta de higiene en las prótesis puede causar diversos problemas e incluso la proliferación de bacterias y hongos.

Realizando una limpieza adecuada podemos evitar problemas de mal aliento y manchas que deterioran la apariencia de las prótesis.

Don Chema: muy bien doctora (feliz) aun que.....no quiero volver a romper mi dentadura como es la manera en la que me la tengo que poner sin que se me vuelva a romper.

Doctora:

Use siempre los dedos de ambas manos, ayúdese de un espejo si lo precisa.

Nunca fuerce la prótesis ni muerda sobre de ella para insertarla, pues podría dañarla.

En caso de ser prótesis parcial, al quitarla evite hacer palanca sobre los dientes, para ello nunca traccione de un solo lado.



Doña Sofí: muchas gracias por todo doctorcita

Don Chema: gracias doctora prometo cuidar mi salud bucal de hora en adelante

Doctora: Por lo anterior debe tener una vigilancia de estas por lo menos cada año si son dentaduras completas, cada 6 meses si son dentaduras parciales y jamás deben de permanecer por más de 5 años, aunque hayan sido realizadas rigurosamente.

Ahora sabes cómo debes de cuidar y mantener una buena salud de tu boca. Recuerda que aunque ya no tengas dientes es importante mantener una buena higiene oral.

Escena final Don Chema y Doña Sofí se van caminando juntos felices a casa.