

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



COMPORTAMIENTO DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS. LAJAS. 2017

Autor: Dra. Erainy Labrada Ortiz

Residente de 2do año en Estomatología General Integral

Tutora: Dra. Gloria Barroso Mazarredo.

**Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Estomatología General Integral.**

Cienfuegos, 2022

“Año 64 de la Revolución”

RESUMEN

Introducción: las lesiones de la mucosa bucal constituyen un importante problema de salud y afecta a la población adulta de edad avanzada, pueden ser, agudas o crónicas. **Objetivo:** Caracterizar el comportamiento de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mayores portadores de prótesis. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, no experimental en el período de octubre del 2016 a junio del 2018 en la clínica estomatológica del municipio Lajas, provincia Cienfuegos. El universo estuvo constituido por 73 pacientes adultos mayores que presentaron lesiones de la mucosa bucal. Se emplearon métodos empíricos, de diagnóstico y estadístico. Los datos utilizados y la información se procesaron a través del paquete estadístico SPSS, se obtuvieron las tablas correspondientes al estudio. **Resultados:** La lesión predominante correspondió a la estomatitis subprótesis (67.1%) afectando a los pacientes portadores de prótesis totales (55.6%); por un tiempo de uso que supera los 3 años (32.6%) y localizándose en el reborde alveolar (32.1%), siendo el sexo femenino el más afectado (63%) y el grupo de edad predominante el comprendido entre los 70-79 años (46.5%). Las prótesis desajustadas (56.2%) y el hábito de fumar (47.9%) fueron los factores de riesgo más significativos. **Conclusión:** Por lo que es necesario contribuir a mantener una buena salud bucal mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad, de los patológicos y la solución de los problemas de salud bucal que les afectan para ofrecerles una mejor calidad de vida.

Palabras clave: adultos mayores, lesiones de la mucosa, prótesis desajustadas.

Índice

- Introducción.....	1
- Objetivos.....	10
- Marco teórico.....	11
- Diseño metodológico.....	30
- Resultados y discusión.....	38
- Conclusiones.....	47
- Recomendaciones.....	48
- Referencia bibliográfica.....	49
- Anexos.....	54

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una de las pocas características que unifica y define a todos los seres humanos. Es considerado un fenómeno universal, un proceso dinámico, irreversible, inevitable y progresivo, que involucra un cierto número de cambios fisiológicos, en su mayoría simplemente una declinación en la función del organismo como un todo, considerándose por algunos autores «un error del código genético».

El envejecimiento se asocia a una reducción de la capacidad funcional en general, a medida que las personas envejecen se producen evidencias de modificaciones y alteraciones en su estado de salud física y psicológica, estos cambios son progresivos e inevitables.

El mundo actual envejece, aumenta la expectativa de vida, y también los años a vivir, el envejecimiento de la población constituirá, por lo tanto, uno de los temas centrales del desarrollo social.¹

El envejecimiento no es un fenómeno exclusivo de la modernidad, puesto que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y resulta de gran interés para diversas disciplinas, tales como filosofía, arte y medicina; sin embargo, en el siglo XXI ha aumentado progresivamente el número de seres humanos que sobrepasan las barreras cronológicas consideradas por el hombre como ancianidad. Sobre la base de lo anterior, los fines principales de cada país deben estar encaminados a incrementar el nivel de salud de la población, teniendo en cuenta la ética como uno de los elementos fundamentales en el terreno de la salud; por tanto, se impone prestar mayor atención a las demandas particulares de los pacientes geriátricos y a los problemas que muchos de ellos enfrentan en su contexto diario, sobre todo de índole sanitaria.¹

El problema del envejecimiento se examinó por primera vez en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948; veinte años después, en 1968, reexaminó la situación y exhortó a la realización de una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En agosto de 1982, con sede en Viena, se celebró el evento, donde se acordó utilizar la proporción de personas de 60 años y más años para acotar al segmento de población llamada “tercera edad”, aspecto discutido,

porque en el mismo cónclave se plantea que la edad cronológica no es indicadora de las capacidades funcionales de la persona mayor, pues todas las personas no envejecen de la misma manera. El año 1999 fue declarado por la ONU “Año Internacional de las Personas de Edad” y, con motivo de la celebración, emitió una declaración donde exhorta a la comunidad internacional a facilitar la colaboración entre sectores y naciones, a fin de crear una sociedad para todas las edades. Cuba fue sede de la celebración en la región de Centroamérica.²

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población mundial envejece el 1,7% anualmente y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1 100 000 000 de personas mayores de 60 años en el mundo; de este total, según el Centro Latinoamericano de demografía, 82 000000 estarán en América Latina. El aumento de la población adulta se debe, entre otros aspectos, a la reducción de las tasas de mortalidad infantil, de fecundidad (pasa de 5.96 en 1960 a 2.84 en el 2000, para Latinoamérica) y al aumento de la expectativa de vida y constituyen los factores poblacionales más característicos en los cambios demográficos del mundo desarrollado de hoy.³

En Cuba desde 1982 se instauró el Programa de Detección Precoz de Cáncer Bucal en el cual se prioriza al mayor de 35 años y dentro de este grupo al mayor de 60 años por presentar con mayor frecuencia afecciones de la mucosa oral. La atención a este sector de la población constituye una prioridad del sistema de salud y en este sentido el Ministerio de Salud Pública desarrolló e implantó el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor con el propósito de garantizar atención médica y estomatológica integral especializada oportuna y continua para elevar su calidad de vida.⁴

Algunos estudios sobre los niveles de desdentamiento realizados en Ciudad Habana y en diferentes áreas de salud de Cuba en la población mayor de 65 años durante la década de los 80 muestran promedios bajos de dientes en boca, al encontrarse que sólo de un 6% a un 8,7% de los ancianos tenían 20 o más dientes funcionales. Situación que puede ser aún peor en los momentos actuales, y que está muy distante de los 20 dientes remanentes propuestos como número mínimo

de dientes funcionales que se debe tener a esas edades, según la Federación Dental Internacional, lo que constituye un indicador de salud bucal.^{4,5}

El complejo biopsicosocial de los pacientes portadores de prótesis dental, se ve afectado con relativa frecuencia al dejar de constituir un estímulo para los tejidos de sostén y convertirse en una agresión física al medio bucal. Los estudios relacionados con la cavidad bucal muestran una incidencia relativamente alta de enfermedades, que van desde simples procesos inflamatorios hasta alteraciones leucoplásicas, por lo que resultan cada vez más preocupantes para las autoridades sanitarias encargadas de la salud de la comunidad.¹

Con la edad, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, prótesis, entre otros), pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa, puesto que se relaciona más directamente con la prótesis dental y sobre ella se asienta.⁶

Un estudio realizado en el Líbano por El Toum⁷ señala que los estudios epidemiológicos acerca de las lesiones de la mucosa oral son escasos en comparación con la caries y las patologías periodontales, variando de manera significativa la prevalencia entre diversos países y áreas desde un 4,9% hasta un 64,7%. Asimismo, aclara de Oliveira⁸, en la investigación realizada en Brasil que, de la prevalencia mundial de las lesiones de mucosa oral, aproximadamente el 29% se encuentran relacionadas con el uso de prótesis dental, existiendo una fuerte asociación entre el uso prolongado del dispositivo y la presencia de lesiones orales.

En el Ecuador, un estudio desarrollado por Espinosa⁹, con el objetivo de determinar las principales alteraciones en la mucosa oral en pacientes geriátricos portadores de prótesis dental, evidenciando mediante la evaluación clínica a la cavidad oral que el 69% de la población afectada .Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales corresponde al género femenino, muestran modificaciones en la mucosa, lo que ha sido asociado con la presencia de prótesis total. Por otro lado, el 31% presenta alteraciones por el uso de prótesis removible.

En la investigación de Mayorga ¹⁰, aplicada a la población de Riobamba, con la finalidad de determinar la incidencia de las principales patologías orales en pacientes geriátricos, los cuales se caracterizan por presentar edentulismo parcial (53%) o total (47%) y uso de prótesis dental, se determinó mediante análisis clínico que entre las principales patologías localizadas en la mucosa oral se encontraba la estomatitis protésica (23%), generalmente causada por prótesis desajustadas, mala higiene de los aparatos e infecciones bacterianas alojadas debajo de los mismos.

Diversos estudios demuestran que aproximadamente un 70% de los portadores de prótesis presentan alteraciones en la mucosa bucal y solo un 30% se ven exentos de éstas. ⁵ González y colaboradores plantean que la lesión anatomopatológica más frecuente que producen las prótesis es la estomatitis, seguida de la hiperplasia fibrosa. ⁶ En un estudio de prevalencia de lesiones bucales, que se realizó en la Ciudad de México, la estomatitis subprótesis ocupó el segundo lugar, con el 14% de población adulta mayor afectada. ^{1,4}

Según la investigación que realizó la Dra. Rosa María Gonzáles Ramos y cols en La Habana el uso de prótesis constituye uno de los factores de riesgos de la aparición de lesiones bucales y las más frecuentes en ancianos son el épulis fisurado, seguido de la estomatitis subprótesis y la leucoplasia. También detectaron al paladar duro, las encías superiores e inferiores y el carrillo como las localizaciones anatómicas más afectadas. ¹¹

La prótesis constituye una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aunque son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos que trae consigo el envejecimiento y los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de la mucosa, y en especial, a la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad. ¹²

Las lesiones producidas por prótesis son tan antiguas como el surgimiento de la prótesis misma, ya que al principio los prácticos en dicha materia solo se limitaban a la restauración mecanicista de las piezas perdidas, sin interesarse en la forma

integral de estas y de las relaciones con el resto del organismo. Ya a mediados del siglo XX comienza a hablarse de cómo los aparatos protésicos producen alteraciones patológicas. Desde entonces se ha recalcado la importancia que tiene la confección de la aparatología de una forma correcta y de la necesidad de exámenes periódicos.¹³

Estudios epidemiológicos realizados demuestran que las fracturas, cálculos y manchas en las prótesis dentales son factores causantes del desajuste de las mismas, fenómeno que trae aparejado una serie de agresiones al aparato estomatognático que se tornan más complicadas en el adulto mayor. Estas son evitables con correctos hábitos de higiene, uso y cuidado de las prótesis, que deben ser indicados en la consulta de instalación, controlada con posterioridad y reforzados con adecuados programas de Educación para la Salud.¹¹

Estudios internacionales relacionados con el comportamiento de la estomatitis subprótesis dentro de los que se destacan los realizados en Venezuela por la Dra. Marianela Serrano. “Presencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en la población de los nevados, estado Mérida, Venezuela” en los resultados obtenidos se encontró que 86,36% de pacientes que presentaron estomatitis subprotésica. Al clasificar la patología según los criterios de Newton se observó que el 50.0% de la muestra presentó estomatitis subprotésica grado I, 27.3 % grado II y 9.1% grado III.¹⁴

Sánchez Iturriaga halló en lo referente a la relación que se establece entre el grado de la afección y el uso prolongado de la prótesis que lo obtenido concuerda con lo expuesto por otros autores acerca de que el uso mantenido ocasiona presiones excesivas en la mucosa y que este trauma es la causa específica del bloqueo mecánico de los conductos excretores de las glándulas palatinas, lo cual ocasiona la lesión, o su agravamiento en cualquier grado.¹⁵

Estudios acerca de la prevalencia en Cuba de la estomatitis subprótesis refieren según García Rodríguez B, cifras disímiles que varían entre el 11% y 67%. En Cuba, a pesar de los conocidos esfuerzos en materia de salud, constituye un problema con valores que superan el 45%. Según los informes, estas lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de avanzada edad, y

más del 95% se presentan en personas mayores de 40 años, el promedio de edad al establecer el diagnóstico fue de 60 años. La experiencia clínica actual demuestra la necesidad de adentrarse en el conocimiento de esta patología, cuya terapéutica lleva implícito no sólo resolver el problema propio de la enfermedad, si no el reemplazo de la dentadura con la consiguiente planificación y empleo de recursos adicionales.¹⁶

En Cienfuegos, la Dra. Beatriz García Alpizar, al determinar la distribución general de las lesiones mucosas bucales, observó que un 12% tenían algún signo clínico de estomatitis, el 8% presentaba lesiones de crecimiento hiperplásico (épulis fisurado) y el 5,6% eran portadores de queilitis angular.

La localización anatómica más afectada, al paladar duro, con un 73,13%. Le siguió el fondo de surco vestibular, con un 17,91%. Se debe tener en cuenta que la estomatitis subprótesis, lesión más frecuente, tiene como lugar predilecto de aparición el paladar duro, que es la zona de soporte de más íntimo contacto con la base de la prótesis y donde actúan fuerzas comprensivas y traccionales que puedan dar origen a estas lesiones. Además, la localización más frecuente del épulis fisurado es la encía vestibular.¹⁷

En otros estudios se obtuvo como la zona más afectada la comisura labial (46,6%), seguida de la mucosa del paladar (30,6%). Sin embargo, otros autores, encontraron que la lengua era el lugar predilecto, en el que aparece la mayor cantidad de lesiones en la mucosa bucal, con un predominio de las úlceras traumáticas.⁴ En un estudio realizado en Camagüey, las áreas más afectadas fueron el paladar y el reborde alveolar, con 39,25% y 38,32%, respectivamente.¹⁸

En otro paciente ese mismo tipo de prótesis por razones de edad, constitucionales, hábitos higiénicos, alteraciones neuromusculares, y otras causas, son capaces de provocar modificaciones no fisiológicas, como úlceras traumáticas, épulis, procesos neoplásicos benignos como el papiloma y el fibroma, y la estomatitis subprótesis que son las afecciones más frecuentes en la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis dentales mucosoportadas.

Dentro de todas estas alteraciones la estomatitis subprotésis, muestra una alta prevalencia tanto en Cuba como en el resto del mundo, constituyendo una

enfermedad muy frecuente entre los portadores de prótesis removibles, y dependiendo del autor, sus reportes en el nivel de afectación, oscilan entre un 11 y un 67 %.¹⁹

El reconocimiento de las alteraciones orales posterior a la instalación protésica afecta a millones de adultos en el mundo, esto ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de salud, enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal, con el objetivo de ofrecer una alternativa de educación con participación de los pacientes, de sus familiares y del personal sanitario, adaptada a las condiciones locales y a las necesidades percibidas por estas personas.⁸

Las lesiones de la mucosa bucal constituyen un importante problema de salud y su mayor incidencia es en la población adulta de edad avanzada, en particular, más del 95% de las lesiones se presentan en mayores de 40 años, predominando un promedio de edad al establecer el diagnóstico de las lesiones de la mucosa bucal de 60 años.²⁰

Las lesiones bucales no están directamente aumentadas en los pacientes portadores de prótesis estomatológicas, pero desde el punto de vista preventivo, deben seguirse muy de cerca por su carácter irritativo crónico.²³ Entre los factores locales más importantes a tener en cuenta en el desarrollo de las lesiones orales parecen ser los de carácter traumático, la mala higiene bucal y la sequedad bucal. Los primeros incluyen las quemaduras, mucosa mordisqueada, maceración, abuso local de caramelos, efecto local del tabaco y la acción de las prótesis, las cuales al estar mal adaptadas, originan continuos microtraumatismos sobre la mucosa de soporte que cubren.

La calidad de la prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resulta de gran interés para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas, por lo que continúan realizándose estudios epidemiológicos que intentan responder las interrogantes que aún subsisten.¹⁷

Según estadísticas provinciales del (2016) es conocido que en Cienfuegos existe un aproximado de más del 20% de la población de este grupo etáreo.¹² Es por ello que nuestra tarea fundamental es educar a las personas portadoras de prótesis estomatológica para promover y proteger su salud bucal, conociendo los factores de riesgo a los cuales están sometidos, para así evitar la aparición de lesiones en la cavidad bucal asociadas a esta aparatología.

Justificación

En Cuba la rehabilitación protésica de un paciente, es a través del uso de aparatologías construidas con diferentes materiales, fundamentalmente el acrílico. Esto conlleva una serie de cambios tisulares locales y sistémicos, que en un período se traduce en todo un proceso adaptativo, del cual dependerá el éxito o no del tratamiento.

El reconocimiento de las alteraciones orales posterior a la instalación protésica afecta a millones de adultos en el mundo, esto ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de salud, enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal, con el objetivo de ofrecer una alternativa de educación con participación de los pacientes, de sus familiares y del personal sanitario, adaptada a las condiciones locales y a las necesidades percibidas por estas personas.⁸

El municipio de Santa Isabel de las Lajas, se encuentra dentro de los 28 municipios que tienen más del 20 % en el grado de envejecimiento, los cuales concentran el 60 % de las personas de más de 60 años del país y el 15, 2 % de los adultos mayores que viven en zonas rurales. Según los datos obtenidos en el anuario de población, de la Oficina Nacional de Estadística. En Lajas en el 2017 existe una población total de 22 315 habitantes de ellos 4938 con 60 años y más, representando el 22.1 % de la población. Dentro de ellos 2499 son masculinos y 2439 femeninos, distribuidos en los siguientes grupos etarios de 60 a 64 años 1161 de 65 a 69 años 1145 gerontes de 70 a 74 existen 965 de 75 a 79 hay 710 de 80 a 84 hay un total de 464 y de 85 y más 493 total estimada 22 315.²¹

Las lesiones de la mucosa bucal son enfermedades poco conocidas por la población y son inadecuadamente tratadas en muchas ocasiones. Existen algunos factores de riesgos que predisponen la aparición de estas en el ASS de la clínica estomatológica de Lajas esta problemática fue identificada como un problema de salud. Teniendo en cuenta estos antecedentes y la frecuencia con que los pacientes acuden a los servicios de urgencia con dicha patología, es que se propone como **Problema de investigación** ¿Cuál fue el comportamiento de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mayores portadores de prótesis atendidos en la clínica estomatológica de Lajas?

OBJETIVO

General

Caracterizar el comportamiento de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mayores portadores de prótesis atendidos en la clínica estomatológica de Lajas.

Específicos

1. Caracterizar los adultos mayores portadores de prótesis según edad, sexo, tipo de prótesis y años de uso de la prótesis.
2. Identificar el tipo de lesión y su localización anatómica.
3. Enunciar los factores de riesgos que influyen en la incidencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mayores portadores de prótesis.

MARCO TEÓRICO

El Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor sintetiza su estrategia dirigida a este grupo poblacional en actividades organizadas, que garantizan estos propósitos y se desarrollan en lo fundamental en acciones de prestaciones sanitarias según modalidades, actividades docentes e investigativas, que están contenidas en este programa.

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral también contempla la atención al adulto mayor, y esta población constituye uno de los grupos priorizados para la salud bucal. Actualmente las necesidades y las demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores, y las respuestas tradicionales resultan insuficientes.

La favorable estructura sociopolítica en Cuba constituye un potencial ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa, que a mas e contemplar todo lo anterior sea capaz de asegurar la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal es el adulto mayor.

El programa tiene como finalidad agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos dirigidos a mantener la salud y tiene como propósito incrementar y perfeccionar la atención estomatología integral interrelacionando todos los elementos el sistema y lograr una mayor satisfacción y calidad de vida con mejores niveles de salud bucal en la población geriátrica.

Los gerontes corren un alto riesgo de sufrir alteraciones bucodentales, entre ellas caries, alteraciones periodontales y cáncer bucal, cuya prevalencia es significativa en este grupo y tanto la sociedad en general, como los ancianos mismos continúan aceptando el deterioro bucal del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento.²²

La estomatología geriátrica aborda todo lo relacionado con afecciones bucales, condiciones crónicas y plan terapéutico, enfermedades que pueden ser más comunes en edad avanzada y generar mayores complicaciones para la práctica dental, dada por el cambio en el estado de salud bucal y en las actitudes del anciano, que algunas veces provocan efectos determinantes, las acciones de

prevención, promoción, asistencia y rehabilitación son las principales actividades de la estomatología geriátrica en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucrados en esta atención, que tiene como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

La prevalencia y la incidencia de enfermedades odontológicas son modificadas por factores demográficos. Sin embargo, hay un dato constante, la prevalencia y severidad de las enfermedades del sistema estomatognático aumenta significativamente en la población de personas con discapacidad senectos.

Los trastornos de la cavidad bucal varían de una persona a otra, pero es posible encontrar algunas características comunes dentro de los grupos específicos de población, así pues es característico encontrar entre los adultos mayores con discapacidad patologías bucales comunes a otros grupos de población.

Dado que el proceso salud –enfermedad en el adulto mayor con discapacidad transcurre como en cualquier individuo, determinado por factores de índole biológico, medio ambientales, de modo y estilos de vida y de organización de los servicios de salud, cualquiera de ellos puede incidir de forma negativa y por tanto determinar procesos patológicos, dentro de los cuales se pueden considerar alteraciones de orden degenerativo, patología tumoral, traumatismos y enfermedades de origen infeccioso.²²

Los traumatismos maxilofaciales suelen ser comunes en las primeras etapas de la vida, cuando aún no tenemos desarrolladas por completo nuestras habilidades motoras, y en la ancianidad, cuando éstas se ven mermadas.

Los traumatismos en pacientes mayores de 65 años representan la quinta causa de mortalidad en la actualidad. Un tercio de las personas mayores de 75 años sufren alguna caída en casa anualmente, con fracturas u otros daños graves en la décima parte de estos accidentes.

Según un estudio realizado por Jainkittivong y cols en el 2010, los pacientes ancianos presentaron lesiones asociadas a prótesis en el 45% de los casos, y aproximadamente el 60% de estos pacientes presentaba alguna lesión mucosa no asociada al uso de prótesis. Los pacientes portadores de dentaduras completas

suelen presentar más lesiones que los pacientes portadores de dentaduras parciales removibles. En este tipo de pacientes es muy recomendable un tratamiento preventivo y una actuación precoz para que las consecuencias del traumatismo se conviertan en graves secuelas. El paciente geriátrico es más susceptible a padecer lesiones más graves con traumatismos menos intensos que un paciente joven. A igualdad de intensidad de un traumatismo, un cuerpo joven regenera y recupera antes y mejor los tejidos dañados que un cuerpo anciano. Los pacientes gerontológicos presentan una cavidad oral con unas características que hacen más probables la aparición de lesiones con pérdida de sustancia que individuos de otros grupos etarios. Los cambios que pueden ocurrir con el envejecimiento en la mucosa oral son: adelgazamiento y atrofia del epitelio, aplanamiento interfase epitelio-tejido conectivo, disminución de la velocidad metabólica y recambio celular, disminución de las papilas filiformes, desarrollo de lesiones vasculares y melánicas, aumento de gránulos de Fordyce, y sialoadenosis y atrofia de glándulas salivales menores: Xerostomía. Todos estos cambios fisiológicos en muchos casos, y patológicos, secundarios a tratamientos de radioterapia o al uso de medicación xerostomizante, pueden hacer que el paciente anciano presente patología traumática con mayor probabilidad, convirtiendo su mucosa oral en susceptible a este tipo de lesiones.²³

El complejo biopsicosocial de los pacientes portadores de prótesis dental, se ve afectado con relativa frecuencia al dejar de constituir un estímulo para los tejidos de sostén y convertirse en una agresión física al medio bucal. Los estudios relacionados con la cavidad bucal muestran una incidencia relativamente alta de enfermedades, que van desde simples procesos inflamatorios hasta alteraciones leucoplásicas, por lo que resultan cada vez más preocupantes para las autoridades sanitarias encargadas de la salud de la comunidad.

Las prótesis que tienen mala calidad por estar mal confeccionadas o inadecuadamente conservadas y que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por el uso continuo más allá de su tiempo requerido, han contribuido con la aparición de lesiones en los tejidos bucales.

Los materiales con que se fabrican estas, pueden favorecer a la aparición de las lesiones, es por ello que estos productos deben ser biocompatibles con los tejidos con los que entrará en contacto, para lograr ser biológicamente aceptables, bioestables, tanto a corto como a largo plazo, mantener sus propiedades, así como su estructura físico-química en el entorno biológico donde es aplicado.

Por otra parte, una incorrecta higiene de la prótesis y de la cavidad oral propicia la acumulación y proliferación de microorganismos oportunistas como la *Candida albicans*; que pueden irritar la mucosa bucal en diferentes grados.

No existe un conocimiento real entre la prevalencia de las lesiones bucales y las prótesis que son usadas. Cuestiones como el riesgo que tiene un individuo con un tiempo de uso prolongado o con una prótesis desajustada o en mal estado, no son objeto de interés para los investigadores.²⁴

A continuación, se expone el comportamiento de los tejidos que se encuentran en contacto con la prótesis estomatológica las características clínicas causas de aparición y tratamiento de las lesiones orales más frecuentes.

Reborde residual alveolar:

1. Modificaciones fisiológicas.
2. Modificaciones patológicas.

La presión normal del estímulo fisiológico en los dientes naturales se transmite sobre las paredes de los alveolos en forma de tensión, debido a la orientación oblicua de las fibras colágenas del ligamento periodontal, este mecanismo está relacionado con la integridad periodontal, no existiendo enfermedad periodontal. Después de la pérdida de los dientes el alveolo (en dependencia del diente) desaparece como tal y los tejidos entran en un periodo de cicatrización, reabsorción y remodelación quedando una brecha desdentada que recibe el nombre de reborde residual alveolar, constituyendo una zona de soporte para la prótesis y cubierta por una fibromucosa que recibe las cargas, la disipa y las transmite al hueso alveolar. Por lo que, al perder los dientes, los rebordes residuales están privados del estímulo fisiológico de tensión. Pero la naturaleza no ha dotado los tejidos de la cresta a soportar la presión y carga de una prótesis dental, aunque el hueso posee la capacidad fisiológica de recibir la tracción,

torsión, compresión de tensión siempre que sea dentro del límite fisiológico, actuando esta fuerza como un masaje beneficioso. La presión fuera de los límites fisiológicos produce transformaciones o cambios en dependencia de la cantidad, calidad, frecuencia, dirección y distribución de las fuerzas.²⁵

Reacciones favorables del reborde alveolar residual.

El hueso alveolar presenta una capa externa que es el hueso cortical compacto, y una capa interna que es el hueso medular o esponjoso formando una red de trabéculas óseas orientadas en el sentido de la mayor carga dándole a la zona resistencia entre cargas favorables variando su orientación tan pronto esté alterada la función mecánica.

Una acción favorable a los rebordes se efectúa por la acción de la prótesis inmediata, la que permite que el hueso alveolar se organice y las fibras se orienten paralelas a la superficie formando las trayectoriales óseas; lo mismo sucede cuando se instalan prótesis recientes a las extracciones, en ese momento el hueso se encuentra en neoformación pudiendo organizarse o tener un remodelado mejor. La acción de buenas bases protésicas sobre el reborde hace que la fuerza sea redistribuida uniformemente sobre todas las zonas manteniendo las estructuras dentro los límites fisiológicos, así como las prótesis con correctas relaciones de oclusión tanto estéticas como dinámica y que no existen contactos prematuros o deflectantes.²⁵

Reacciones desfavorables del reborde alveolar residual.

En muchas ocasiones se observa la mucosa que cubre el reborde hipertrófico no permitiendo una correcta adaptación de la prótesis, ni el cierre correcto, lo que ocasiona gran movimiento de las bases sobre todo durante la función masticatoria en perjuicio de la estabilidad de la prótesis.

La causa más común de esta hipertrofia es el uso de la prótesis total superior ocluyendo contra pocos dientes remanentes en la mandíbula produciendo irritación crónica de la mucosa, por la sobrecarga en toda la zona de soporte, con atrofia ósea y la formación de un tejido mucoso móvil no sostenido por tejido óseo. En otras ocasiones sobre la mucosa alveolar que directamente recubre el hueso alveolar, inciden cargas inadecuadas, que son producto de presiones incorrectas

durante la técnica de toma de impresión que posteriormente cuando se instala la prótesis produce en los tejidos compresiones más allá del límite de su capacidad produciendo reabsorciones óseas paulatinamente.

También son capaces de producir reabsorciones óseas a largo plazo, las bases desadaptadas o inestables y los contactos prematuros o deficientes en la prótesis.

25

Mucosa bucal.

La cavidad bucal está tapizada por una capa de mucosa que varía sus características de acuerdo a la función de las distintas zonas por ellas cubiertas y relacionándose con la prótesis en distintas formas.

Mucosa masticatoria.

Cubre el paladar duro, rebordes alveolares y encía. La función con la prótesis es de roce, fricción y presión de los alimentos.

Mucosa de revestimiento.

Constituye la capa protectora, que tapiza los procesos alveolares superior e inferior, los labios, carrillos fornix vestibular, el paladar blando, el piso de la boca, superficie inferior de la lengua. La función de la prótesis es de contacto.

Mucosa del dorso de la lengua.

La función de la prótesis es de contacto.

Acción de la prótesis sobre la lengua.

El hecho que la prótesis cubra la mucosa, ya sea de la cresta alveolar del paladar duro o la del simple contacto con el fondo del surco vestibular y bucal, carrillos, lo cual significa que va a estar sometida la mucosa a una acción mecánica no fisiológica, lo que da lugar a cambios en la misma de diversas índoles, en dependencia a la capacidad reaccional de los tejidos y de la forma de agresión que ejerza el aparato protésico. Estos cambios pueden ser modificaciones fisiológicas simples o alteraciones patológicas de variada intensidad que están en relación con el grado de salud del organismo y con la debida aplicación de los principios biomecánicos y de procedimientos técnicos adecuados en la construcción de los aparatos protésicos.²⁵

Modificaciones fisiológicas de la mucosa bucal.

La adaptación fisiológica de la mucosa se manifiesta por leve cornificación (cornificación del epitelio, estrato córneo) no existiendo alteraciones inflamatorias.

En la mucosa de los rebordes se manifiesta la adaptación fisiológica con un epitelio tenso o un estrato conjuntivo subepitelial aumentado con fibras paralelas a la superficie del reborde no existiendo alteraciones inflamatorias.

Modificaciones patológicas de la mucosa bucal.

Los procesos fisiopatológicos de la mucosa pueden ser por:

- Alteraciones circulatorias.
- Alteraciones inflamatorias.
- Alteraciones de tipo necrótica.

Alteraciones circulatorias.

La circulación de la sangre puede ser interrumpida afectando siempre el tipo cuyo riego se interrumpe de una forma u otra, así encontramos hiperemias, hemorragia, isquemias, además producto de la compresión exagerada de la prótesis sobre la mucosa.

Alteraciones inflamatorias.

Las inflamaciones agudas por prótesis estomatológicas son características en el periodo de instalación, aunque pueden, también aparecer puntos congestivos dolorosos y ulceraciones, después de largo periodo de uso de la prótesis. Puede encontrarse además sobre procesos crónicos, como hiperplasia marginal, cámara de succión o la estomatitis subprotésica.

Alteraciones necróticas.

La necrosis se debe en muchos casos a la pérdida del riego sanguíneo.

Cuando la prótesis que asienta sobre la mucosa, impide el riego sanguíneo por sobrecompresión intensa, es capaz de producir lesiones ulcerativas. Otra causa de muerte celular que conduce a necrosis es la utilización de un material para impresión muy caliente sobre la mucosa, o que produzca una ulceración química profunda mal atendida.²⁵

Los cambios provocados en los tejidos por la prótesis conducen a múltiples reacciones hísticas en dependencia de la característica de la prótesis y al modo y capacidad reaccional de cada organismo. En un paciente, por ejemplo, los cambios adaptativos que provoca la prótesis cornifican la mucosa o por lo menos aumenta su grado de queratina. Estos cambios son considerados normales por la acción mecánica que la prótesis ejerce sobre la queratina. En otro paciente ese mismo tipo de prótesis por razones de su edad, estado constitucional, hábitos higiénicos, alteraciones neuromusculares y otras causas son capaces de provocar modificaciones no fisiológicas en la mucosa, en los rebordes, en los músculos y en las articulaciones temporomandibulares.²⁵

Modificaciones patológicas de la mucosa.^{23, 25}

Alteración inflamatoria aguda

Úlcera traumática: no es más que la solución de continuidad de un tejido con pérdida de sustancia. Puede aparecer a las 24 o 48 horas de instalada la prótesis, al cabo de una semana o más, o cuando la prótesis se ha asentado sobre la mucosa después de varios años de uso.

La lesión se presenta con necrosis del tejido, de color blanco grisáceo, con bordes indurados o irregulares y circunscritos por un área eritematosa.

Localización: Es frecuente en la mucosa móvil del surco vestibular o lingual, al nivel de inserciones musculares, en la zona de transición del paladar duro y el blando. Otras veces se presenta en la mucosa de los carrillos y en los bordes de la lengua, siendo la causa el rozamiento en estas zonas con los bordes filosos de los flancos. Además, se puede presentar donde existan exostosis, sobre cresta finas y filosa, donde existan mucosas atroficas ejerciendo la prótesis compresión excesiva en estas zonas.

Causas: son las sobrestensiones de los bordes periféricos de las bases protéticas.

Tratamiento: retirada del agente causal, la prótesis, rebajando los bordes remodelando los mismos y puliendo esas zonas de la prótesis.

Alteración inflamatoria crónica.

Dentro de las inflamaciones crónicas se puede incluir a las hiperplasias por cámaras de succión, la hiperplasia papilar, la hiperplasia fibrosa o fibromatosis o hiperplasia marginal (épulis fisurado) y la estomatitis subprótesis.

La hiperplasia marginal es el aumento de tamaño de un tejido por aumento del número de sus células.

La hiperplasia puede aparecer con diferentes características macroscópicas como por ejemplo la hiperplasia del mucoperiostio de la bóveda palatina, se presenta en esta zona con límites definidos que corresponden con los de la cámara de vacío realizada en la prótesis. En otras ocasiones la mucosa de la bóveda palatina se presenta en forma de glóbulos semiesféricos enrojecidos, acumulados en el centro del paladar que pueden extenderse como sucesión de nódulos de 2 a 3 mm de diámetro, separados por fisuras de 2 a 3 mm. De profundidad dándole aspecto verrugoso de aquí el nombre de hiperplasia papilar o papilomatosis.

La causa de la hiperplasia en la bóveda palatina por la invaginación del tejido dentro de la anatomía de contorno de la cámara de vacío que presenta la prótesis.

La causa de la hiperplasia papilar se debe a prótesis mal ajustada o desadaptadas, basculantes y con higiene deficiente.

Hiperplasia marginal fibromatosa (Épulis fisurado): aparece esta lesión como una masa de tejido blanda, alargada, suelta y de consistencia fibrosa, que cabalga sobre el reborde, en ocasiones únicas. Otras veces puede ser lobulada y encerrar en su centro una úlcera formada por el borde de la prótesis. Esta lesión es asintomática.

Localización: Es frecuente en el surco vestibular anterior o posterior, y tanto en el maxilar como en la mandíbula.

Causas: Es la irritación crónica, por sobreextensión de los bordes periféricos de las prótesis.

Tratamiento: casi siempre es quirúrgico, en ocasiones cuando no es muy avanzado desaparece eliminando la prótesis.²³

La Estomatitis Subprótesis: ha sido definida como una inflamación de la mucosa de soporte que está en contacto con la superficie interna de la prótesis, siendo ésta más frecuente en el maxilar superior. Hace años era considerada únicamente

como una inflamación causada por la irritación de la mucosa del paladar, debido a la presencia de prótesis dentales mal adaptadas y era tratada solamente en ese sentido. Los trabajos de Budtz-Jørgensen realizados a mediados de los años 70, contribuyeron a evidenciar la importancia de la colonización debajo de las prótesis dentales por parte de *Candida albicans*, como un factor implicado en la etiología y en el desarrollo de esta entidad. Posteriormente, otros factores han sido considerados, entre estos: mala higiene bucal, diversas condiciones sistémicas, alimentación deficiente y uso continuo de prótesis dental.

En resumen, el término de estomatitis protésica se define como la inflamación generalizada de la mucosa bucal observada en pacientes con prótesis nuevas o viejas mal adaptadas y caracterizada por enrojecimiento, hinchazón y dolor de la mucosa que está en contacto con la prótesis. Las lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de la prótesis dental son trastornos que por su alta prevalencia resultan cada vez más preocupantes para las autoridades encargadas de la salud comunitaria. La estomatitis subprótesis o reacción inflamatoria es una de las alteraciones más frecuente en el paladar duro.²⁶

En la mucosa del paladar se puede observar inflamación congestiva cuya coloración varía de aspecto de acuerdo con la intensidad de la lesión pudiendo aparecer puntos hiperérmicos los cuales pueden extenderse u observarse un eritema difuso que abarca toda la mucosa cubierta por la prótesis.

El tono rojizo puede hacerse vinoso y a veces se distingue un punteado oscuro y zonas congestionadas.

También en ocasiones el aspecto es granular en el centro del paladar producto de hiperplasia de las papilas, originando el nombre de hiperplasia papilar.²⁷

Según Newton la papilitis congestiva y la hiperplasia papilar pueden ser dos formas, grados o estadios de la estomatitis su prótesis, calificando este autor tres grados:

Grado I: Puntos de hiperemia.

gradoII: Eritema difuso.

Grado III: Inflamación granular o inflamación papilar.²⁷

Los pacientes con estomatitis subprótesis pueden presentar queilitis angular, glositis, xerostomía, a veces pueden sentir sensación de ardor de la mucosa pero por su regla general pasa asintomática a tal punto que el paciente no se percata de esta lesión en la mucosa.

Entre las causas de esta entidad se plantea factores mecánicos entre los que se encuentran los traumatismos, por la irritación del frote de bases desadaptadas al maxilar, oclusión central desequilibrada, articulación no balanceada, contactos prematuros. Otros factores está la infección atribuida a la inflamación su protésica por el mal estado higiénico de las bases colocadas sobre la mucosa lo que favorece la multiplicación e invasión microbiana por hongos, monilías o *Cándida Albicans*.²⁷

Neoplasias Benignas de los tejidos Blandos.

Se plantea que toda neoplasia puede evolucionar en la vecindad de la prótesis de tal manera que debe ser responsabilidad del estomatólogo o protesista la temprana detección del cáncer bucal, también se expone que se han observado lesiones precancerosas y cancerosas en el epitelio pavimentoso atribuida a irritaciones crónicas por prótesis.²⁵

Papiloma

Es una proliferación exofística constituidas por numerosas prolongaciones dactiliformes, de superficie irregular, en coliflor; siempre se trata de tumor pediculado de base, en ocasiones sésil. Se encuentra más comúnmente en lengua, labios, mucosa vestibular, encía y paladar. El tamaño puede ser de pocos milímetros, pero puede alcanzar centímetros. Tiene un predominio por el sexo masculino y aparece en niños y en adultos de la segunda y quinta décadas fundamentalmente.

Fibroma

El fibroma se presenta como una proliferación exofística, con una superficie lisa, puede ser sésil o pediculada, de color normal. La consistencia puede ser firme y resiliente o blanda para la cual se emplean los términos de "fibroma blando" y "fibroma duro"; tales términos no tienen significación histológica. No tienen

predilección por sexo y es más frecuente en personas de la tercera y quinta décadas.

Lesiones premalignas de la cavidad oral.

Leucoplasia: es la lesión premaligna que con mayor frecuencia se asocia a prótesis desajustadas, la OMS en 1978 precisó el concepto de leucoplasia, como un parche o placa blanca que no pudo ser caracterizada clínica o histopatológicamente como ninguna otra enfermedad.²⁴

Lesión fundamentalmente blanca de la mucosa oral, asociada al paciente fumador, y que no puede caracterizarse con otra lesión. Evolucionan hacia el cáncer cuando no son tratadas y que Santana desde 1964, ha propuesto una clasificación, que es: *queratosis difusa*, *queratosis focal* y *Leucoplasia*. Posteriormente, agrega a la leucoplasia maculosa.

Los dos primeros estadios son siempre reversibles y constituyen las primeras alteraciones de la queratinización, caracterizada histopatológicamente por distintos grados de hiperqueratosis. La leucoplasia maculosa tiene una connotación histológica definitoria, con grandes alteraciones de la maduración de la queratina que pueden definirse como disqueratosis o displasia epitelial. En la Leucoplasia maculosa se agrupan las leucoplasias de aspecto clínico no uniforme u homogéneo, caracterizadas por zonas rojas, que alternan con distintas formas blanquecinas.

Eritroplasia: Santana define la eritroplasia como placas aisladas, bien definidas, de superficie roja y aterciopelada. En el seminario de Uppsala en 1994 la asignaron a las lesiones de la mucosa oral que presentan áreas rojas y que no pueden ser diagnosticadas como ninguna otra lesión definible la actualidad, los investigadores reconocen que la eritroplasia es una entidad clínica y una lesión de la mucosa, que histológicamente, en un alto porcentaje de los casos, evidencia cambios epiteliales que varían desde una displasia moderada hasta un carcinoma in situ e incluso un carcinoma invasor.

La queilitis angular es una lesión inflamatoria en la comisura labial, que puede ser unilateral o bilateral. En casos graves, las fisuras pueden sangrar cuando se abre la boca, y formar úlceras poco profundas o una costra. Se presenta con

frecuencia en la población de adultos mayores que sufren una disminución de la dimensión vertical, debido a la pérdida de los dientes, lo que permite el exceso de cierre de la boca. Puede ser causada por bacterias, pero es más comúnmente una infección por hongos.

Estas áreas rojas son especialmente frecuentes entre los fumadores y bebedores de alcohol y además resultan ser la forma clínica más común de presentación del cáncer oral precoz.

La prótesis estomatológica es considerada en mal estado cuando presenta fracturas, desgastes, esté afectada la retención, soporte, estabilidad y DVO de la prótesis.

Una prótesis con mala higiene bucal es cuando presenta manchas, cálculos, materia alba, restos de alimentos.²³

En las Ciencias Médicas se define la prótesis como parte de la terapéutica quirúrgica que tiene por objeto reemplazar mediante una restauración artificial un órgano perdido parcial o totalmente o tratar de ocultar una deformidad.

La prótesis se divide:

1. Prótesis general.
2. Prótesis estomatológica.
 - Prótesis total.
 - Prótesis parcial. (fija y removible)
 - Prótesis maxilofacial.

La prótesis estomatológica tiene como objetivos la sustitución adecuada de las porciones coronarias de los dientes, la sustitución de estos y de sus partes asociadas, cuando se encuentran perdidos o ausentes, por medios artificiales capaces de restablecer la función masticatoria, estética y fonética. Por esta razón la prótesis adquiere un carácter terapéutico, por cuanto reconstruye morfológica y funcionalmente las estructuras dentarias afectadas o ausentes y sus partes asociadas.

La prótesis total va a rehabilitar por medios artificiales todos los dientes naturales y sus partes asociadas perdidos. Pueden ser superiores o inferiores o ambas a la vez, y son construidas con resinas acrílicas o metal y resinas acrílicas.

Funcionalidad

Tal vez sea el objetivo de mayor importancia en una prótesis, puesto que recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del paciente, y es lo primero, aunque no lo único, que ha de lograrse. Las funciones de la boca que ante todo se deben recuperar son: primero una masticación eficaz (eficiente trituración de los alimentos), sin que la prótesis interfiera en la deglución, puesto que ambas funciones influyen directamente en algo tan fundamental como lo es la alimentación, y segundo una fonética adecuada que permita al paciente una correcta comunicación, sin que la prótesis interfiera en ella, sino todo lo contrario, que la posibilite. Además de esto, obviamente debe tenerse en cuenta que las prótesis no deben interferir en la respiración.

Prótesis Mucosoportada: Aquellas que se soportan sobre el proceso alveolar, en contacto con la encía que es un tejido fibromucoso. Las prótesis completamente mucosoportadas son las típicas "dentaduras postizas" (prótesis completas de resina).²⁵

Los aparatos protésicos cuando son ubicados en la boca producen cambios, al quedar separada la mucosa del medio bucal y no estar sometidos a los frotos de la lengua y los alimentos, que constituyen, sin duda, buena parte de sus estímulos normales y, por consiguiente, se altera el funcionamiento de las glándulas mucosas cuyos conductos excretores quedan cubiertos, por lo que la misma reacciona para adaptarse a la nueva situación.

Para que la prótesis sea útil, de buen aspecto y confortable, esta debe satisfacer cualidades de orden mecánico, biológico y estético.

Colocadas las prótesis en la cavidad bucal sobre los rebordes alveolares residuales, suspendidas en el maxilar y en la mandíbula que la soportan, la lengua, los carrillos, los labios, entre otros, sobre las mismas actúan innumerables fuerzas, producto de las tensiones, por el simple hecho de la presencia de los aparatos y de los variados esfuerzos funcionales al hablar, reír, masticar, tragar,

etc. Estas fuerzas pueden descomponerse en dos grupos; las que tienden a instruir las prótesis, o sea, asentarlas en su sitio, y las de extrusión, o sea, las que tienden a desalojarlas de su asiento.

Es importante que al construir un aparato protésico se restauren las funciones perdidas o afectadas por los dientes normalmente implantados. Como la estética, para que resista las presiones. Por lo tanto, todo aparato protésico, debe presentar los requisitos siguientes: retención, soporte y estabilidad, así también como estética y comodidad.

1. Retención: es la capacidad de resistir las fuerzas de extrusión.
2. Soporte: es la capacidad de resistir las fuerzas de intrusión. Es ejercida principalmente por el hueso.
3. Estabilidad: es la capacidad de conservar la posición de equilibrio o de reposo

Retención en la prótesis total

La retención en la prótesis total se basa en dos principios: la retención activa y la retención pasiva.

La retención activa se logra aprovechando las fuerzas capaces de mantener el aparato protésico en su sitio, por ejemplo: la adhesión, la presión atmosférica, etc.

La retención pasiva se logra eliminando los factores que puedan producir fuerzas extrusivas, por ejemplo; el recorte muscular, la conformación correcta de la superficie pulida, entre otras.

La exacta y fiel reproducción de la superficie mucosal para la adaptación a la superficie de soporte, y la fina capa de saliva interpuesta entre ambas, permiten el desarrollo de la fuerza de adhesión, que se define como la atracción que se ejerce entre las superficies de dos cuerpos de naturalezas diferentes y la fuerza de cohesión, la cual se hace efectiva, y es por denominación la fuerza de atracción o afinidad entre las moléculas de la fina capa de saliva.

Ambas fuerzas, la cohesión y la adhesión, actúan continuamente sin poner en peligro la salud de los tejidos de soportes. Son fuerzas suficientes para mantener la base protésica en posición cuando se ejerce la fuerza de gravedad, lo que no sucede cuando se ejerce otra fuerza dislocante. Su magnitud está en proporción

directa con la intimidad de contacto entre la base protésica y la superficie mucosal (maxilar o mandibular). Por consiguiente, a mayor zona de soporte, mayor es la fuerza de cohesión y adhesión. Hay que destacar que las zonas aliviadas, como son los torus palatinos y mandibulares, rafe medio, rugosidades palatinas, entre otras. Evitan acciones de palancas sobre ellos; pero sustraen fuerzas de adhesión y cohesión, pues cualquier reducción de la zona de contacto íntimo, disminuye proporcionalmente las fuerzas.

La extensión ideal de la superficie mucosal es aquella que nos permite una zona de contacto íntimo lo más extensa posible, que logra así incrementar esta fuerza retentiva; pero esta extensión máxima se encuentra limitada por las acciones de las fuerzas musculares.

La presión atmosférica es una fuerza poderosa, pero transitoria. Su acción es retener la base protésica desde su asiento. Esta acción depende de la diferencia entre una presión externa mayor y otra, bajo la placa, menor. Para que esta fuerza se haga efectiva se requiere que exista el sellado periférico con un íntimo contacto entre los bordes de la placa y los tejidos blandos. Constituye el sellado valvular o sellado periférico. Si existiera un punto con el sellado periférico perdido, permitiría que la presión externa mayor afectara el vacío que hay entre la base protésica y la superficie de soporte.

Cuando el paciente portador de prótesis superior e inferior incida con los bordes incisivos de las prótesis, la parte anterior de las mismas actúa como punto de apoyo para la acción de palanca que hace que el brazo de potencia desprenda la placa en la región posterior. Esta acción de desalojo es resistida mediante la extensión conocida como sellado posterior o zona de postdam, la cual mantienen la prótesis en contacto posterior por ligera compresión de los tejidos depresibles del paladar blando, e impide la ruptura de este sellado. Al hacer esta acción de palanca, los tejidos se expanden y evitan la ruptura del sellado, lo que evita la consiguiente entrada del aire.

Este sellado posterior incrementa la acción de la presión atmosférica, como factor favorable a la retención de las dentaduras artificiales. El sellado periférico es mejor mientras más relajados estén los tejidos musculares; de lo cual se deduce que el

sellado periférico ideal se obtiene al lograr que los tejidos blandos de los carrillos y labios reposen sobre el borde de la placa. Esto permite su desplazamiento sin provocar ruptura, y logra en todo momento un contacto definido con los tejidos, a todo lo largo de la periferia.

También se puede aprovechar la presión atmosférica en otras zonas, como es la dentadura inferior, presionando sobre el borde lingual, sobre el reborde alveolar residual y hacia arriba en la región anterior. Se debe cuidar la presión de esta zona, ya que cualquier exceso pudiera causar interferencias en el riesgo sanguíneo e inervación del reborde residual alveolar. El sellado mejor logrado a lo largo del borde lingual de la base protésica, se obtiene con el mejor contacto con los tejidos blandos del piso de la boca.

Soporte en la prótesis total.

Es la capacidad de resistir las fuerzas de intrusión, en particular las fuerzas masticatorias. El soporte es ejercido principalmente por el hueso, teniendo en cuenta su relación directa con la base protésica. Depende de la capacidad del hueso y de la mucosa para resistir las presiones y de la forma en que estas son transmitidas según la posición, forma y articulación de los dientes artificiales y conformación y forma de la base protésica. Por eso debemos considerar la capacidad de soporte en relación con el estado del hueso y de la mucosa, y considerando iguales los demás factores, proporcional a la extensión de la base protésica que debe ajustar perfectamente a la superficie de la mucosa para evitar lacerarla al ser comprimida contra el hueso, ya que la presión de la base nunca puede exceder la resistencia física ni la sensibilidad de la mucosa.

Estabilidad de la prótesis total.

Es la capacidad de conservar la posición de equilibrio de reposo. La estabilidad resulta de la disposición de los bordes, superficies pulidas y superficies oclusales, de manera que sean eliminadas las fuerzas desplazantes, y se considera, además, el aprendizaje del paciente para manejar su propia musculatura (labios, carrillos, lengua, entre otros.)

En lo que respecta a la prótesis, la retención, el soporte y la estabilidad, junto con la comunidad, capacidad funcional y estética, se obtienen si se cumplen con todos

los principios establecidos y con el correcto uso de las propiedades de los materiales empleados para su confección.²⁸

Uso de la prótesis, cuidados e higiene

Cada prótesis presentará unas determinadas indicaciones de las que deberá ser informado el paciente por el odontólogo. Según el tipo de prótesis el paciente deberá concienciarse en mayor o menor medida del mantenimiento de la misma, no obstante, son las prótesis removibles (aquellas que el paciente puede retirar de la boca y colocar nuevamente por sí mismo), las que necesitarán de una especial indicación para el usuario. Algunos consejos generales para este tipo de prótesis bien podrían ser:

- ✓ Lavar la prótesis después de cada comida, usando un cepillo de dientes convencional y pasta dental, después aclarar muy bien con agua. Es importante la higiene de la prótesis, así como de la propia boca, principalmente por salud y por tanto por comodidad y bien estar, evitando además el deterioro de la prótesis, así como malos olores o la simple pérdida de las características estéticas de la misma. Por ello el odontólogo suele insistir al paciente en la necesidad de realizar esta operación tras cada comida.
- ✓ Retirar la prótesis para dormir, puesto que es recomendable que los tejidos de la boca descansen de la presión a la que se ven sometidas, al menos unas horas diariamente.
- ✓ Mientras se mantenga la prótesis fuera de la boca, se aconseja conservarla en agua, bien sola, o bien añadiéndole unas pastillas desinfectantes preparadas para ese menester. De este modo se evitan golpes y deformaciones, al mismo tiempo que se conservan mejor los materiales de los que están hechas las prótesis.
- ✓ Cuando se mantenga la prótesis retirada de la boca, tal vez antes de dormir, es aconsejable realizar masajes en las encías, puesto que de este modo se mejorará el riego sanguíneo, lo que hará que la reabsorción de los tejidos sea al menos algo menor.²⁹

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, no experimental en el período de octubre del 2016 a junio del 2018 en la clínica estomatológica del municipio Lajas, provincia Cienfuegos.

El universo estuvo constituido por 73 pacientes adultos mayores, atendidos en el departamento de Prótesis de la Clínica Estomatológica de Lajas, Para la realización del trabajo se les entregó a los estomatólogos que realicen las consultas un formulario en el que se recoja nombre, edad, sexo, historia clínica, lesiones de la mucosa bucal presentadas por el paciente.

Métodos del nivel empírico:

Entre los métodos empíricos más utilizados en la investigación estuvo el análisis de documentos y el cuestionario

Análisis de documentos: se revisaron las Historia Clínica estomatológica Individual con el objetivo de identificar la edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación; además el Análisis de la Situación de Salud, Programa Nacional de Estomatología Integral.

La observación: es un método empírico para obtener información primaria acerca de los objetos investigados o de la comprobación de las consecuencias empíricas de la aplicación de determinados métodos o procedimientos. Permitió conocer el estado de cosas en el orden social, el proceder y conducta de las personas y grupos sociales ordenados como estado de cosas sensorialmente perceptibles y que se aprecian directamente por el observador en un determinado. Permitió observar las lesiones de la mucosa bucal.

Cuestionario. Se aplicó para identificar en los pacientes edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de prótesis, años de uso de la prótesis, hábitos de uso de la prótesis. Identificar factores de riesgos que influyen en la incidencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mayores portadores de prótesis.

Como método empírico, permitió la búsqueda de información para grandes grupos cuyos resultados se procesan generalmente de forma cuantitativa y permite recopilar una gran cantidad de información en poco tiempo. Existen encuestas directas o indirectas, personales, especiales y de opinión, estandarizadas, no

estandarizadas y mixtas. Todas se apoyan en el cuestionario como instrumento de obtención de la información.

Para su realización consumieron el tiempo que necesitaron, las condiciones de iluminación y ventilación fueron adecuadas, se utilizaron preguntas cerradas y abiertas, se aplicaron de manera individual, personalmente. Se utilizó el cuestionario validado por criterios de especialistas

Métodos diagnósticos

Se determinó el diagnóstico de las lesiones en la población estudiada a través de los diferentes medios de diagnóstico clínico.

Una vez que sea recepcionado y clasificado el paciente se procedió a realizar el interrogatorio para determinar la causa de la visita al consultorio posteriormente se efectuó el examen físico del complejo bucal, comenzando por la observación de la cara, luego se procedió al examen de la cavidad oral propiamente dicha para determinar los posibles factores asociados a las lesiones, empleando para esto espejo bucal No 5, explorador No 5 y pinza para algodón. Se realizaron varios exámenes complementarios de diagnóstico como: la palpación bimanual con el propósito de detectar afecciones de los tejidos bucales siguiendo el orden del examen del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB). Una vez realizados estos procedimientos se analizó el caso y de acuerdo con los signos y síntomas se estableció el diagnóstico definitivo. Toda la información obtenida se recogió en un formulario confeccionado al efecto.

Los pacientes remitidos fueron sometidos a un minucioso examen bucal, encaminado a la exploración de la mucosa subprotésica en el sillón dental con luz artificial y auxiliándonos de espejo bucal, pinza para algodón y explorador.

Para la recolección de los datos de interés se confeccionó una planilla en la que se reflejaban las generales del paciente, así como las variables siguientes: edad, sexo, localización de la lesión y grado de severidad de la misma.

El diagnóstico de la estomatitis se realizó teniendo en cuenta los signos clínicos evidentes de la lesión como eritema, inflamación de pequeñas aéreas, difusa o granular, y la severidad de la lesión se clasificó según Newton en:

- Grado I: Áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos.
- Grado II: Dibujo de los contornos de la prótesis, mucosa de color rojo brillante con áreas eritematosas difusas.

Grado III: Mucosa gruesa, con gránulos irregulares que pueden tomar aspecto papilar como resultado del predominio de los fenómenos proliferativos

Materiales

Espejo bucal No 5, explorador No 5 y pinza para algodón

Operacionalización de las variables sociodemográficas.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Edad	Cuantitativa continua	Representa la edad biológica según años cumplidos.	Por ciento de adultos mayores por edad	60 – 64 años 65– 69 años 70 -79 años 80 – 89 años 90 – 99 años 100 y más
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Representa el sexo biológico de los adultos mayores	Por ciento de adultos mayores por sexo	Masculino Femenino
Tipo de prótesis	Cualitativa nominal	Según tipología	Removibles fija - Total - Parcial - acrílica o metálica	Frecuencia expresada en porcentaje
Tiempo de uso de la prótesis	Cuantitativa continua	Tiempo de uso de la prótesis	Por ciento de adultos mayores por	1m-3m

			años de uso de la prótesis	6m-1 ^a 2 ^a 3 y más
--	--	--	-------------------------------	--

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Lesión de la mucosa	Cualitativa nominal	Alteraciones orales posterior a la instalación protésica	Estomatitis subprótesis	Grado I: puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas. - Grado II: zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis. - Grado III: lesión de aspecto papilomatoso.
			Épulis fisurado	Presentes No presentes
			Úlcera traumática	Presentes No presentes
			Leucoplasia	Presentes No presentes
			Papiloma	Presentes No presentes

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Localización anatómica de la lesión de la mucosa	Cualitativa nominal politómica.	Zonas donde se sitúan la lesión de la mucosa	Paladar duro	Incide No Incide
			Fondo de surco vestibular	Incide No Incide
			Labio	Incide No Incide
			Reborde alveolar	Incide No Incide
			Mucosa del carrillo	Incide No Incide
			Lengua	Incide No Incide

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Factores de Riesgo de las lesiones de la mucosa	Cualitativa nominal politómica.	Cualquier evento asociado a la probabilidad de que un	Higiene bucal	Ordinal 1- Menor de 1.2: Buena 2- Mayor de 1.3 :Mala
			Higiene de la prótesis	Deficiente

bucal en los adultos mayores portadores de prótesis.		individuo desarrolle una enfermedad, es un factor de naturaleza físico, químico, orgánico y psicológico, que por su presencia o ausencia o por la variabilidad de su presencia está relacionado con la enfermedad o evento investigado	Alteraciones neuromusculares	Incide No Incide
			Hábito de fumar	Cuando el portador de la prótesis dental fumaba mientras la usaba.
			Hábito de uso de la prótesis - Continuo: - Discontinuo:.	-Cuando el portador de la prótesis solo la retiraba para cepillarla. -Si el portador de la prótesis la retiraba para cepillarla y para dormir
			prótesis desajustadas	Incide No Incide
			Alergias	Incide No Incide

ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL SIMPLIFICADO (IHB-S)

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el índice de higiene bucal. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a 6 y no a 12 dientes, un diente de cada uno de los 6 segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los 4 segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar.

Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa 2 de los principales factores de riesgo: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en 6 superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la higiene oral de una comunidad y solo se requiere espejo y explorador.

Como el índice de detritus simplificado (ID-S) y el índice de tártaro simplificado (IT-S) se confeccionan ahora sobre la base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3, y pese a esto se les sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los 6 segmentos es $18/6=3$. El IHB-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

Diente Superficie 16 vestibular

26 vestibular 46 lingual 36 lingual 11 vestibular 31 vestibular

Índice colectivo = Suma de índices individuales / No. de personas evaluadas

Procesamiento de la información

Se elaboraron cuadernos de recolección de datos, a través de Microsoft Office Excel, donde se confeccionó un documento que recogió todas las variables a partir de la información de la historia clínica individual. La aplicación sistemática de los datos utilizados y la información se procesó a través del paquete estadístico

SPSS, para lo cual se necesitó de un microprocesador Pentium IV, con ambiente de Windows XP, y se obtuvieron las tablas correspondientes al estudio.

Consideraciones éticas:

Para la realización de esta investigación se obtuvo el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen de Comité de Ética (Anexo 2), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3), Aval del Consejo Científico (Anexo 4), y otras relacionadas con los pacientes objeto de estudio, a los cuales se le solicitó previamente su consentimiento informado al paciente, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistió el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización. (Anexo 5), la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 6), una encuesta de conocimiento sobre uso y cuidado de la prótesis (Anexo 8), y criterio de validación de la encuesta (Anexo 9). Limitaciones: el estudio tuvo carácter local y no se correlacionaron las variables con respecto a las enfermedades estudiadas.

RESULTADOS Y DISCUSION.

Tabla 1. Distribución de los pacientes portadores de prótesis con lesiones en la mucosa bucal según grupo de edad y sexo. Clínica estomatológica del municipio Lajas, provincia Cienfuegos. Octubre del 2016 a junio del 2018.

Grupo de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 a 64 años	7	15.2	4	14.8	11	15.1
65 a 69 años	13	28.3	9	33.3	22	30.2
70 a 79 años	22	47.8	12	44.4	34	46.5
80 a 89 años	4	8.7	2	7.4	6	8.2
Total	46	63	27	37	73	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes portadores de prótesis con lesiones de la mucosa bucal según edad y sexo, donde 63% correspondió al sexo femenino seguido por el masculino para un 37%. El mayor porcentaje de pacientes se agrupa en las edades de 70-79 años para un 46.5%.

En un estudio realizado por Torrecilla y colaboradores ¹⁹ predominó el sexo femenino con un 60 %, donde el grupo de edad de 60 a 64 años el más representado; resultados que coinciden respecto al sexo, pero difieren con el grupo de edades de esta investigación.

Esta relación significativa con la aparición de las lesiones mucosas se pudiera explicar por las características de las féminas que tienen con mayor frecuencia un aumento de la fragilidad capilar. De modo general, las féminas son las más afectadas por el mayor número de eventos psicológicos asociados a cambios hormonales que influyen en ellas tales como: el embarazo, la menopausia y también su mayor preocupación por la estética hace que acudan con mayor frecuencia a solicitar tratamientos rehabilitadores. Otra causa que puede explicar esta situación es que generalmente acuden más mujeres que hombres a las

consultas de prótesis dental por cuestiones estéticas y de cuidado de la apariencia personal.¹⁷

Es opinión de la autora que el sexo en Cuba se comporta como en el resto del mundo, con un predominio de nacimientos masculinos, que resultan afectados después por otras condiciones como es la sobre mortalidad, que trae consigo que en edades avanzadas sea superado por el sexo femenino, o sea, que las mujeres llegan a vivir más años que los hombres.

Tabla 2. Distribución de pacientes según tipo de lesión y grupos de edades.

Lesiones	Grupo de edades									
	60 a 64 años (n=11)		65 a 69 años (n=22)		70 a 79 años (n=34)		80 a 89 años (n=6)		Total (n=73)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estomatitis Subprótesis	5	10.2	15	30.6	25	51	4	8.2	49	67.1
Candidiasis	2	28.6	2	28.6	1	14.3	2	28.6	7	9.6
Épulis fisurado	0	0	5	71.4	2	28.6	0	0	7	9.6
Úlcera traumática	0	0	3	30	7	70	0	0	10	13.7
Leucoplasia	3	60	1	20	1	20	0	0	5	6.8
Fibroma	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	3	4.1
Total	11	13.6	27	33.3	37	45.7	6	7.4	81	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

El 67.1% de los pacientes portadores de prótesis presentó estomatitis subprótesis como la lesión más frecuente de la mucosa bucal, seguido por las úlceras traumáticas y la candidiasis para un 13.7% y 9.6% respectivamente como refleja la tabla 2. Los mayores porcentajes de las lesiones estudiadas aparecen en los

grupos de edades de 70 a 69 años para el 45.7% y de 64 a 69 años para el 28.2%.

García y colaboradores ¹⁷ obtuvieron que el 12% de los pacientes portadores de prótesis presentó estomatitis subprótesis, al igual Gutiérrez ²¹ y Lemus ³⁰, resultados que coinciden con este estudio.

Cuando se hace referencia al sexo en la estomatitis subprótesis, muchas de las investigaciones indican que esta enfermedad es más frecuente entre las mujeres, en cambio, algunos autores consideran que no existe diferencia entre sexos. ²⁰

El uso de la rehabilitación protésica, origina efectos de presión, tracción, empuje y frotamiento de la mucosa, y se convierte, de hecho, en factores de irritación mecánica, que pueden no ser soportados funcionalmente en dependencia de su magnitud, intensidad, duración y el factor de tolerancia de los tejidos, así como la calidad, el tipo y tiempo de uso de la rehabilitación protésica trayendo como consecuencia la aparición de lesiones frecuentes en la cavidad bucal. ³¹

La autora opina que los resultados demostraron que se debe mejorar e incrementar la calidad de las actividades de educación para la salud que se realizan en la comunidad, casas de abuelos y hogares de ancianos aplicando técnicas afectivas participativas, para que esta población conozca sobre las principales enfermedades bucales que los afectan, así como los factores de riesgo que la condicionan, elevando así la motivación de los adultos mayores con respecto a la realización de acciones para prevenir afecciones bucales, modificar actitudes para la incorporación de hábitos beneficiosos y mantener la salud bucodental

Tabla 3. Distribución de pacientes según tipo de lesión y sexo.

Lesiones	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estomatitis Subprótesis	32	71.1	17	47.2	49	67.1
Candidiasis	2	4.4	5	13.9	7	9.6
Épulis fisurado	1	2.2	6	16.7	7	9.6
Úlcera traumática	6	13.3	4	11.1	10	13.7
Leucoplasia	1	2.2	4	11.1	5	6.8
Fibroma	3	6.7	0	0	3	4.1
Total	45	55.6	36	44.4	81	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

La tabla distribución de los pacientes según tipo de lesión y sexo se muestra en la tabla 3, observándose que el mayor porcentaje de lesiones se registraron en el sexo femenino (55.6%), y el valor más elevado correspondió a la estomatitis subprótesis con el 71.1% para este sexo.

Además, coincide con García y colaboradores ¹⁷ que el sexo femenino es el más afectado por las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis. Las causas son atribuidas a que las mujeres poseen características peculiares mencionadas anteriormente que las hace más susceptibles al desarrollo de lesiones.

Tabla 4. Distribución de las lesiones según el tipo de prótesis.

Lesiones	Tipo de prótesis					
	Total		Parcial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estomatitis Subprótesis	30	61.2	19	38.8	49	67.1
Candidiasis	4	57.1	3	42.9	7	9.6
Épulis fisurado	1	2.2	6	16.7	7	9.6
Úlcera traumática	6	13.3	4	11.1	10	13.7
Leucoplasia	2	40	3	60	5	6.8
Fibroma	3	6.7	0	0	3	4.1
Total	45	55.6	36	44.4	81	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

El 55.6% de los pacientes portadores de prótesis correspondió a la prótesis total seguido por las parciales para 44.4% como refleja la tabla 4.

La autora considera que para lograr que la población de la llamada tercera edad goce de una adecuada calidad de vida debe brindársele especial atención a los determinantes de salud que influyen sobre el estado de salud, que se evidencian en la comunidad, en la visita a los hogares donde reside este grupo poblacional. Aunque se realiza la visita a la comunidad esta continúa siendo una debilidad pues no se desarrolla enfocada a conocer y controlar los factores de riesgo que desencadenan la aparición de enfermedades bucales, lo que permite garantizar una mayor y mejor calidad de vida a los ancianos.

Tabla 5. Distribución de las lesiones estudiadas según el tiempo de uso de la prótesis.

Lesiones	Tiempo de uso de la prótesis									
	1 a 3 meses		6 meses a 1 año		2 años		3 años y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estomatitis Subprótesis	4	8.2	15	30.6	14	28.6	16	32.6	49	67.1
Candidiasis	1	14.3	1	14.3	5	71.4	0	0	7	9.6
Épulis fisurado	0	0	3	42.9	1	14.2	3	42.9	7	9.6
Úlcera traumática	0	0	0	0	1	10	9	90	10	13.7
Leucoplasia	2	40	2	40	1	10	0	0	5	6.8
Fibroma	2	66.7	0	0	1	33.3	0	0	3	4.1
Total	9	11.1	21	25.9	23	28.4	28	34.6	81	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

La tabla 5 muestra la distribución de las lesiones estudiadas según el tiempo de uso de la prótesis, donde se percibe que la estomatitis subprótesis apareció con mayor frecuencia en pacientes que usaban prótesis de más 3 años (32.6%). La mayoría de los pacientes con candidiasis y el épulis fisurado con un tiempo de uso de más de 2 años para 71.4% y 42.9% respectivamente. Las úlceras traumáticas, de más de 3 años de uso para un 90%, la leucoplasia y el fibroma con un tiempo de uso entre 1 a 3 meses para un 40% y 66.7% respectivamente.

Gutiérrez y colaboradores ²¹ reportaron que el 49,2% de los pacientes eran portadores de prótesis por más de 10 años, resultados que difieren de este estudio.

La prótesis es un elemento que actúa como un cuerpo extraño que va traumatizando las mucosas que la soportan, y más aún en la medida que pasa el tiempo provocando el daño a los tejidos y la consecuente aparición de lesiones. Mientras mayor es el tiempo de uso de la prótesis, la probabilidad de su desajuste en la boca se hace más evidente, debido a los cambios que sufren las estructuras que le sirven de soporte, así como los que se producen en los mismos aparatos protésicos, donde se deterioran gradualmente su utilidad e influye en la aparición de lesiones bucales.²¹

Se le confiere gran importancia al tiempo de uso diario de la prótesis por los daños que este aparato pueda ocasionar a los tejidos de soporte. Este uso continuo puede favorecer a la estomatitis protésica por varios motivos, por una parte el aumento del tiempo de exposición de la mucosa a la superficie de la dentadura, por otro lado, provoca degeneración de las glándulas salivales palatinas y la disminución del flujo salival, lo cual estimula un agravamiento de la lesión y se incrementa la frecuencia y densidad de *Cándida Albicans* que es capaz de permanecer en la porosidades de las resinas acrílicas imposibilitando que el paciente vuelva a usar la prótesis.²⁰

Tabla 6. Distribución de las lesiones estudiadas según su localización anatómica.

Lesiones	Localización anatómica											
	Paladar		Labio		Reborde alveolar		Mucosa del Carrillo		Lengua		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estomatitis Subprótesis	15	30.6	0	0	17	34.7	12	24.5	5	10.2	49	67.1
Candidiasis	2	28.6	0	0	0	0	5	71.4	0	0	7	9.6
Épulis fisurado	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	7	9.6
Úlcera traumática	2	20	3	30	2	20	3	30	0	0	10	13.7
Leucoplasia	1	20	3	60	0	0	0	0	1	20	5	6.8
Fibroma	0	0	2	66.7	0	0	1	33.3	0	0	3	4.1
Total	20	24.7	8	9.9	26	32.1	21	25.9	6	7.4	81	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

El 32.1% de las lesiones en pacientes portadores de prótesis se localizan en el reborde alveolar, seguido por la mucosa del carrillo y el paladar para un 25.9% y 24.7% respectivamente como refleja la tabla 6.

Nápoles y colaboradores 24 mostraron que las lesiones bucales en pacientes geriátricos aparecen con mayor frecuencia en el paladar duro, encías y mucosa del carrillo, resultados que difieren de esta investigación.

La autora considera que la promoción de salud entra aquí a desempeñar un papel muy importante para contrarrestar la fase inespecífica de la enfermedad, es decir, anteponerse al desarrollo de los factores de riesgo que favorecen su aparición, y se debe precisar sobre los conocimientos de cómo utilizar al máximo la epidemiología del riesgo, para mejorar la eficiencia de la promoción y prevención de padecer lesiones de la mucosa.

Tabla 7. Factores de riesgo de las lesiones estudiadas.

Factores de riesgo	No.	%
Higiene bucal deficiente	31	42.5
Alteraciones neuromusculares	7	9.6
Hábito de fumar	35	47.9
Hábito de uso de la prótesis	16	21.9
Prótesis desajustadas	41	56.2
Alergias	3	4.1

Fuente: Historia Clínica Individual.

La tabla muestra la distribución de las lesiones según los factores de riesgo donde el 56.2% correspondió a la prótesis desajustada seguido por el hábito de fumar y la higiene bucal deficiente para un 47.9% y 42.5% respectivamente. Sánchez y colaboradores ³¹, reportaron que hubo un predominio de las prótesis desajustadas (77,1%) y el hábito de fumar (65,7), resultados que son similares a este estudio.

Es opinión de la autora que la presencia de prótesis desajustadas y lesiones bucales es debido a que las féminas utilizan sus prótesis por períodos de tiempo más prolongados que los varones debido a no aceptar ser vistas sin ellas, preocupadas por su estética, lo que tiene un papel significativo en los resultados obtenidos. Además, existe una elevada presencia de factores de riesgo en los adultos mayores, debido a que no conocen su efecto perjudicial en la salud bucodental y general; en el caso específico del tabaquismo este es un hábito que tienen los pacientes arraigado por años, por lo que los adultos mayores no han concientizado que el tabaco, además de provocar daños en sus dientes y encías, puede estimular la aparición de cáncer bucal por su capacidad carcinogénica. Por eso es esencial entender la influencia de los factores de riesgo donde el individuo es propenso a sufrir alteraciones de la salud, principalmente los adultos mayores que acompañados por el deterioro de los años pueden aumentar estos riesgos, lo que demuestra que hay una causa más que suficiente para trabajar en la educación y promoción para la salud bucodental.

CONCLUSIONES

Predominó el sexo femenino siendo el grupo de edad más afectado el comprendido entre los 70-79 años pertenecientes al municipio Lajas. La lesión predominante correspondió a la estomatitis subprótesis afectando a los pacientes portadores de prótesis totales; por un tiempo de uso que supera los 3 años y localizándose en el reborde alveolar. Las prótesis desajustadas, el hábito de fumar y la higiene bucal deficiente fueron los factores de riesgo que condicionaron la aparición de un mayor número de enfermos. Por lo que los Estomatólogos Generales Integrales deben ayudar a los adultos mayores a mantener una buena salud bucal mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos y la solución de los problemas de salud bucal que les afectan para ofrecerles una mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- ✓ Elaborar programas educativos orientados a la salud bucal de los adultos mayores para elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que inciden en la aparición de lesiones bucales asociadas al uso de las prótesis orales.
- ✓ Generalizar los resultados de la investigación en el territorio en presentación de jornadas científicas y revistas de impacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corona M H, Duharte A, Navarro J, Jiménez R, Díaz L. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. Medisan. 2017. [citado 2021 Dic 20];21(4):415-421. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1064/html>
2. Wallace SP, Enriquez V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2021 Dic 16];10(1):18-28. Disponible en: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/rpsp/v10n1/5847.pdf>
3. Estrada Pereira GA, Márquez Filiu M, Díaz Fernández JM, Agüero Despaigne LA. Estomatitis Subprótesis en pacientes con aparatología protésica. Revista Médica Electrónica Portales Medicos [Internet]. 2016 [citado 2021 Dic 20]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/estomatitis-subprotesis/>
4. Díaz Garrido D, Bayarre Veá H, Lazo Álvarez MA, Menéndez Jiménez J, Pérez Piñero JS, Tamargo Barbeito T. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 2018 [citado 2021 Dic 20];23(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi09207.htm
5. Torres RM, Gran MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2021 Dic 16];31(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466-2005000200006&lng=es
6. González Beriau Y, Dumenigo Soler A, Fuguet Boullón JR. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. Medisur. [Internet]. 2017 [citado 2021 Dic 20];15(1):36-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000100007&lng=es&nrm=iso
7. El Toub S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry. Int J Dent. 2018;(4030134):1–6.
8. Oliveira A, Carvalho H, Tramontani B, Sayed T, Santos L, Oliveira G, Cantisano M. Prevalence of oral lesions caused by removable. Rev Bras Odontol [Internet]. 2016 [cited 2021 Dic 20];73(2):130–4. Available from: <https://www.researchgate.net/>

profile/PiccianiBLS/publication/305216698_Prevalence_of_oral_lesions_caused_by_removable_prosthetics/links/578d078808ae59aa66815367/Prevalenceof-oral-lesions-caused-by-removableprosthetics.pdf

9. Espinosa L. Alteraciones de la mucosa bucal, en paciente geriátricos portadores de prótesis dental, en el programa 60 y piquito Sector Cuerpo Quito Sur, Ejército de Salvación, Distrito Metropolitano de Quito. [Tesis]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018.
10. Mayorga D. Incidencia de las principales patologías orales en pacientes geriátricos del hogar de ancianos Instituto Estupiñán de Latacunga. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2019.
11. Santana Vasallo O, Bembibre Tabeada R, García Núñez, González Ávalos E. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 2018 [citado 2021 Dic 20];14(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251998000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas. Panorama Demográfico de Cuba 2018. Cienfuegos [Internet]. 2019 [citado 2021 Dic 20]. Disponible en: <http://www.one.cu/anuariodemografico2018.htm>
13. Lee Muñoz X, Cajas Cajas N, Gómez Carranza L, Vergara Núñez C, Ivankovic Silva M, Astorga Bustamante E. Ocurrencia de levaduras del género Candida y estomatitis protésica antes y después del tratamiento rehabilitador basado en prótesis removible. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. [Internet]. 2017 [citado 2021 Dic 20];8(1):31-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539115000105>
14. Serrano M. Presencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en la población de los nevados, estado Mérida, Venezuela Rev Venez Invest Odont IADR [Internet]. 2018 [citado 2021 Dic 21];3(1):48-57. Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>
15. Sánchez Iturriaga ME, Reyes Romagosa DE, Arias Tardón R, Rondón Martín EA. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 2021 Dic 21];

- 17(11):8057-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013001100011&lng=es
16. García Rodríguez B, Romero Junquera CR. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez de Holguín. Rev. CCM [Internet]. 2019 [citado 2021 Dic 26];16(3):13. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/215>
17. García Alpizar B, Benet Rodríguez CM, Castillo Betancourt DE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Medisur [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 14];8(1):36-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000100008&lng=es.
18. Ávila-Chiong G, Rojas-Pérez S, Santos-Medina S, Durañona-Álvarez L. Caracterización de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2020 [citado 16 Feb 2022];39(8):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/216>
19. Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I. Salud bucal y sus determinantes en adultos mayores del área Centro del municipio Sancti Spíritus. Progaleno [Internet]. 2020 [citado 2022 Feb 16];3(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/187>
20. León Gilart A, León Gilart AA, Fernández Rosales F, García Blanco S. Estomatitis subprotésica en adultos mayores pertenecientes al policlínico José Martí. Primer Congreso Virtual Ciencias Básicas Biomédicas en Gramma. Manzanillo. Cibamanz2020. Disponible en: <http://www.cibamanz2020.sld.cu>
21. Gutiérrez Segura M, Castillo Santiesteban Y, Sánchez Ramírez Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Correo Cient Holguín [Internet]. 2017 [citado 2021 Dic 22];17(4):452–60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000400005
22. Béquer Águila JL, Velarde Almenares M. Organización de la atención gerontológica. En: González Naya G, Montero del castillo, ME.

- Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013 p 368-74.
23. Mora Moncayo JM. Revisión sistemática de las lesiones de la mucosa oral en pacientes adultos mayores con uso de prótesis. [Tesis]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://201.159.223.180/handle/3317/15147>
24. León M, Gavilanes Bayas NA, Mejía Navas EX. Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. Dom. Cien. [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 21];5(1):603-23. Disponible en: <https://scholar.archive.org>
25. González González G, Ardanza Zulueta P. Rehabilitación Protésica Estomatológica. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
26. Arcía García Y, Piñero Yanes Y, Gálvez Moya M. La estomatitis subprótesis en pacientes geriátricos del Estado Bolívar, Venezuela. Medicentro Electrónica [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 21];21(3):227-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432017000300006&lng=es.
27. Lazo-Nodarse R, Sariol-Pérez D, Hernández-Reyes B, Puig-Capote E, Rodríguez-Rodríguez M, Sanford-Ricard M. La prótesis estomatológica como factor de riesgo de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. AMC [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 21];23(4):487-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000400487&lng=es.
28. Béquer Águila JL, López Díaz Z. Alteraciones de la Salud del Adulto Mayor. En: González Naya G, Montero del castillo, ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013 p 259-367.
29. Macías-Yen Chong YG, Díaz-Pérez CA, Martínez-Rodríguez M. Higiene de las prótesis removibles en pacientes atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador 2019. Rev. inf. cient. [Internet]. 2020 [citado 2022 Feb 21];99(3):217-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102899332020000300217&lng=es.

30. Lemus CL, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufin L, Saez Carreira R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019;46(1):1-14. Disponible en: [http:// http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100003.pdf](http://http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100003.pdf)
31. Sánchez Quintero O de las M, Rojas Llorente M, Calzadilla Mesa XM, Bertrán Herrero G. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis en adultos mayores. Wajay. 2018-2019. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual) Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewPaper>

ANEXOS

ANEXO 1.

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____,
hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición
de institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:

_____, de los
autores: _____

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas
del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como
propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del
proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

ANEXO 2.

DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de los autores _____ y _____

encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐

13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

ANEXO 3

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo: _____,
con categoría docente _____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así
como el asesoramiento científico metodológico al o los estudiantes.

Autores:

Nombre y Apellidos	Año Académico

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

ANEXO 4

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

_____ presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

ANEXO 5.

Consentimiento Informado.

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación

bajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema y no se divulgue en el orden personal. Y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor

Firma del estomatólogo

a cargo de la investigación

ANEXO 6.

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible][illegible][illegible][illegible]

ANEXO 7.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE USO Y CUIDADO DE LA PRÓTESIS

Encuestador _____ Municipio _____

Fecha _____ Consultorio _____

Calificación _____

Datos generales

Dirección: _____

Edad: _____ Sexo _____

Cuestionario

1.- La Prótesis se limpia después de cada comida:

_____ Si _____ No

2.- La Prótesis debe retirarse para dormir:

_____ Si _____ No

3.- La prótesis debe cambiarse cada 5 años:

_____ Si _____ No

4.- Si su mucosa cambia de coloración debe acudir al estomatólogo

_____ si _____ no

5.- Cuando la prótesis esta desajustada debe retirársela

_____ si _____ no

6.- Después de una reparación si su mucosa se altera debe acudir al estomatólogo

_____ Si _____ No

7.- Para la limpieza de la prótesis usa cloro o cualquier desincrustante

_____ Si _____ no

Calificación

De 6 a 7 respuestas correctas. Bien

De 4 a 5 respuestas correctas. Regular

De 3 a menos respuestas correctas. Mal

ANEXO 8.

Encuesta para validar por criterios de especialistas la encuesta dirigida al paciente.

A continuación le presentamos el cuestionario elaborado con el objetivo de identificar en los pacientes edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de prótesis, años de uso de la prótesis. Identificar factores de riesgos que influyen en la incidencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mayores portadores de prótesis.

Firme, si está de acuerdo con que la misma cumpla con los requisitos necesarios para medir el objetivo propuesto.

Firma del especialista

ANEXO 9.

Especialistas que validaron la encuesta

Esp en Pròtesis: Gloria Barroso de Mazarredo

Esp en EGI. MSc. Nancy Díaz Canedo

Esp en EGI. Maricelys de la Caridad Hernández Cabezas

Betsy Caridad Muñoz Díaz

Esp en EGI. Yamila Ramona Rosado Fernández

Esp en EGI. Yety Isabel Rosado Fernández

Esp en EGI. MSc. Odalia Santana Machado

Esp. Pediatría MSc. Dra. Maria Elena Pérez Alejo

*A mi madre por todo su apoyo y por guiarme por un buen camino
siendo siempre mi ejemplo a seguir*

A todas aquellas personas que con su apoyo, hicieron posible la realización de esta investigación.