



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

TEMA:

**“INVESTIGACIÓN SOBRE LA ARTRITIS Y DIABETES MELLITUS EN
EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN EL USO DE PRÓTESIS
DENTALES REMOVIBLES.”**

AUTORA:

GLORIA ESTEFANÍA MERA DELGADO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. NANCY MOLINA MOYA. Mg. Ge.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR.

2013

CERTIFICACIÓN

Dra. NANCY MOLINA MOYA Mg. certifica que la tesis de investigación titulada **“INVESTIGACION SOBRE LA ARTRITIS Y DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN EL USO DE PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES.”**, es trabajo original de **GLORIA ESTEFANÍA MERA DELGADO**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dra. Nancy Molina Moya. Mg. Ge.

DIRECTORA DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“INVESTIGACIÓN SOBRE LA ARTRITIS Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR Y
SU INCIDENCIA EN EL USO DE PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES.”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

**Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito
previo a la obtención del título de odontólogo.**

Dra. Ángela Murillo Almache. Mg. Sp.
COORDINADORA DE LA CARRERA

Dra. Nancy Molina Moya. Mg. Ge.
DIRECTORA DE TESIS

Dr. Wilson Espinosa Estrella. Mg. Ge.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Fabricio Loor Alarcón. Mg. Ge.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado “**INVESTIGACIÓN SOBRE LA ARTRITIS Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN EL USO DE PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES.**”; pertenece exclusivamente a la autora:

GLORIA ESTEFANÍA MERA DELGADO

AGRADECIMIENTO

La vida es un sueño hecho realidad, donde controlamos nuestros ideales, vencemos la cobardía y alcanzamos nuestros logros, rodeados siempre de quienes amamos.

Mi gratitud, a mi Dios, por permitirme vivir este sueño desde el día en que nací, porque a pesar de todo problema me muestre una luz al final del túnel, por permitirme sentir su presencia que me llena de calma y paz y ha dejado que camine con seguridad por su sendero.

A mi familia, en especial a mi madre y mis hermanos por darme la oportunidad de estudiar esta carrera, a mi tío Marlon que nunca se limitó en darme la mano amiga, y estar ahí presto en ayudarme en el transcurso de este ciclo estudiantil.

A mis dos amores Jorge y mi hijo, por siempre estar ahí, pese a mis preocupaciones y malos ratos, hacerme sonreír. Los amo.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, que se convirtió en mi segundo hogar, dándole refugio a mi mente para llenarla de sabiduría con respecto a mi carrera y me formo como profesional.

Gloria Estefanía Mera Delgado

DEDICATORIA

Desde lo más profundo de mi alma y con abundante alegría dedico este logro y alcance de mi carrera a mi hermosa familia, que con el mayor de los ánimos ha estado siempre ahí para brindarme su apoyo incondicional.

A Dios por darme la perseverancia y fuerza, por permitirme gozar de esta maravillosa experiencia, que no es más el comienzo de una aventura que irá siempre bajo su bendición.

A mi madre Gloria Delgado Sacoto, mujer fuerte que ha sido mi ejemplo para nunca dejarme vencer y no desmallar, y así cumplir mis metas trazadas, madre llena de virtudes admirables, que con su sabiduría me ha preparado para la vida.

A mi hermana Jazmín Vélez Delgado, mi amiga, mi mejor amiga, mi apoyo en momentos de dificultad, la que me inspira cada día a ser una mejor persona y siempre cumplir lo prometido, mostrándome que no hay sueño que no pueda lograr; solo teniendo paciencia.

A mi hermano Galo Vélez Delgado, mi hombre de la casa, el amor paternal habita en él, porque con su inmensa protección me sentí segura en cada paso que daba, teniendo la fe de que no iba a perder pues él siempre estaría a mi lado.

A mi nueva y hermosa familia, Jorge y Jorgito Yencón, que con su gran amor han estado desde el comienzo de mi hermosa travesía, siendo mis principales razones para alcanzar mis objetivos, dándome el abrazo que alentaba mi continuar.

Gloria Estefanía Mera Delgado

SUMARIO

La presente investigación tiene por objetivo determinar la incidencia de Artritis y diabetes mellitus en el adulto mayor con el uso de prótesis dentales en los pacientes atendidos en el Centro de Salud “Portoviejo” en la ciudad de Portoviejo.

La investigación tiene como finalidad específica caracterizar los pacientes con Artritis y Diabetes mellitus para determinar la sequedad bucal para relacionarla con la aparición de Úlceras bucales por el uso de Prótesis dentales, observar mediante el uso de la Sonda Periodontal el grado de enfermedad periodontal en los adultos mayores con artritis y diabetes mellitus, para así comparar con la presencia de movilidad dentaria, verificar la existencia de dolor y tumefacción a nivel de la ATM, para relacionarla con el uso de prótesis y por ende diseñar una propuesta de solución al problema.

La muestra de poblacional que se investigó fue de 100 pacientes atendidos en el Centro de Salud Portoviejo.

Se realizaron encuestas y fichas de observación a los pacientes demostrando que la presencia de enfermedades como Artritis y Diabetes mellitus en el adulto mayor causa alteraciones a nivel de la cavidad bucal, conduciendo así a un pronóstico desfavorable en el uso de prótesis dentales.

SUMMARY.

The present investigation has for objective to determine Arthritis and diabetes mellitus's incidence in the elderly with the use of prosthesis dental, in patients attended at the Health Resort Portoviejo at the city of Portoviejo.

The investigation has like specific purpose to characterize the arthritis and Diabetes mellitus in the patients, to determine the buccal dryness and relate her with the appearing of buccal ulcers due to use of dental prosthesis; Observing the use of The Periodontal sounder intervening the grade of periodontal disease in the elderly with arthritis, diabetes mellitus and hyperthyroidism, and thus comparing to the presence of dental mobility; verify the existence of pain and level swelling of the TMJ to relate her to the use of prosthesis, and as a consequence designing a proposal of solution to the problem.

Poblacional's sign that was investigated belonged to 100 patients attended at the Health Resort Portoviejo.

Surveys were conducted and observation forms to patients demonstrating that the presence of diseases like arthritis and diabetes mellitus in the elderly because of alterations in the oral cavity, thus leading to a poor prognosis in the use of dentures.

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINAR

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL	iii
DECLARATORIA DE LA AUTORA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
SUMARIO	viii
SUMARY	ix

CAPÍTULO I

1.1. TEMA	3
1.1. ANTECEDENTES	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.4. JUSTIFICACIÓN	9
1.5. OBJETIVOS	11
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	11
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.6. HIPÓTESIS	12

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 MARCO INSTITUCIONAL.	13
2.2. ARTRITIS REUMATOIDE	15
2.2.1 DEFINICIÓN	15
2.2.2 SÍNTOMAS Y SIGNOS	15
2.2.3 ARTRITIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	17
2.2.4. TRATAMIENTO	19
2.3 DIABETES MELLITUS	20
2.3.1 DEFINICIÓN.	20
2.3.2 TIPOS DE MANIFESTACIONES ORIGINADAS POR LA DIABETES MELLITUS	21
2.3.3 RELACIÓN DIABETES / OBESIDAD Y PERIODONTITIS	22
2.3.4 MANIFESTACIONES BUCALES.	23

2.3.5 PERIODONTITIS EN EL ADULTO MAYOR	24
2.3.6 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	27
2.3.7 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	27.
2.3.8 CONCEPTO DE ADULTO MAYOR	28
2.3.9 DIAGNÓSTICO.	30
2.4 PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE:	31
2.4.1 DEFINICIÓN	32
2.4.2 PACIENTE EDÉNTULO Y PARCIALMENTE EDÉNTULO.	33
2.4.3 EDENTULISMO PARCIAL Y PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.	34
2.4.4 FUNCIONAMIENTO MECÁNICO DE UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	35
2.4.5 CONTRAINDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO PROTÉSICO	36
2.4.6 PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS MÁS COMÚNMENTE ENCONTRADAS EN LA CAVIDAD BUCAL DE LOS EDÉNTULOS.	38
2.4.7 XEROSTOMÍA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES	43
2.4.8 ASPECTO SISTÉMICO	50
2.4.9 ASPECTO HIGIÉNICO PERIODONTAL:	50
2.4.10 ASPECTO PROTÉSICO	52
2.4.11 VALORACIÓN MORFOLÓGICO-ESTRUCTURAL	54
2.4.12 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO PARCIAL	56
2.4.13 VALORACIÓN FUNCIONAL	57
2.4.14 GUÍA ANALÍTICA DEL PLAN DE TRATAMIENTO	58
2.4.15 CONSIDERACIONES PERIODONTALES.	59
2.4.16 ADHESIVOS DE PRÓTESIS	60
2.4.17 CARACTERÍSTICAS EXTRAORALES:	61
2.4.18 ESTRUCTURAS DEL VESTÍBULO BUCAL	62
2.4.19 REBORDES ALVEOLARES (RESIDUALES):	65
2.4.20 ARCO MAXILAR:	66
2.4.21 ARCO MANDIBULAR	70
2.4.22 EXAMEN INTRAORAL.	74
2.4.23 PLAN DE TRATAMIENTO.	75
CAPITULO III	
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	76
3.1. MÉTODOS	76
3.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	76
3.1.2. NIVELES O TIPO DE INVESTIGACIÓN	76

3.2. TÉCNICAS	77
3.3. INSTRUMENTOS	77
3.4 RECURSOS	78
3.4.1. TALENTO HUMANO	78
3.4.2. TECNOLÓGICOS	78
3.4.3. MATERIALES	78
6.4.4. ECONÓMICOS	79
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	79
3.5.1. POBLACIÓN	79
3.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA	79
3.5.3. TIPO DE MUESTREO	79
CAPITULO IV	
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	81
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	81
4.1.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN	81
4.2. CRUCE DE INFORMACIÓN	121
4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	142
4.3.1. CONCLUSIONES	142
4.3.2. RECOMENDACIONES	144
BIBLIOGRAFÍA	145
CAPÍTULO V	
5. PROPUESTA ALTERNATIVA	148
5.1. NOMBRE DE LA PROPUESTA	148
5.1.2. FECHA DE LA PRESENTACIÓN	148
5.1.3. CLASIFICACION DE LA PROPUESTA	148
5.1.4. LOCALIZACION GEOGRAFICA	148
5.1.5. ANTECEDENTES Y JUSTICACIÓN	148
5.1.6. MARCO INSTITUCIONAL	149
5.1.7. OBJETIVOS	151
5.1.8. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	152
5.1.9. BENEFICIARIOS	152
5.1.10. DISEÑO METODOLÓGICO	152

5.1.11. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN	153
5.1.12. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA	154
5.1.13. SOSTENIBILIDAD	154
5.1.14. FUENTE DE FINANCIAMIENTO	155

ÍNDICE DE LOS GRÁFICOS Y CUADROS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS FICHAS OBSERVACIÓN

GRÁFICO Y CUADRO N°1	81
ENFERMEDAD ACTUAL	81
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	82
GRÁFICO Y CUADRO N°2	83
UTILIZA PRÓTESIS	83
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	84
GRÁFICO Y CUADRO N°3	85
TIPO DE PRÓTESIS	85
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	86
GRÁFICO Y CUADRO N°4	87
ESTADO DE LA PRÓTESIS	87
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	88
GRÁFICO Y CUADRO N°5	90
TIPO DE EDENTULISMO	90
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	91
GRÁFICO Y CUADRO N°6	93
PRESENCIA DE ULCERAS BUCALES	93
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	94
GRÁFICO Y CUADRO N°7	95
PRESENCIA DE TUMEFACCIÓN	95
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	96
GRÁFICO Y CUADRO N°8	97
DIAGNÓSTICO PERIODONTAL.	97
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	98
GRÁFICO Y CUADRO N°9	100

PRESENCIA DE MOVILIDAD	100
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	101
7.1.2 ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES	102
GRÁFICO Y CUADRO N°1	102
¿CAUSA ALGUNA MOLESTIA EL USO DE LA PRÓTESIS	102
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	103
GRÁFICO Y CUADRO N°2	104
¿SIENTE MAL OLOR EN SU BOCA	104
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	105
GRÁFICO Y CUADRO N°3	107
¿DURANTE EL DÍA CON QUE FRECUENCIA UTILIZA LA PLACA TODO EL DÍA?	107
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	108
GRÁFICO Y CUADRO N°4	109
¿TOMA MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR?	109
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	110
GRÁFICO Y CUADRO N°5	111
¿HA NOTADO SI SU ENCÍA SANGRA?	111
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	112
GRÁFICO Y CUADRO N°6	113
¿SIENTE RESEQUEDAD EN LA BOCA?	113
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	114
GRÁFICO Y CUADRO N°7	115
¿QUÉ CUIDADO LE DA A SU PRÓTESIS?	115
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	116
GRÁFICO Y CUADRO N°8	118
¿SIENTE DOLOR A NIVEL DEL OÍDO AL ABRIR Y CERRAR LA BOCA?	118
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	119
COMBINACION DE CUADROS	121
GRÁFICO Y CUADRO N°1	121

INCIDENCIA DE ARTRITIS Y DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR CON EL USO DE PRÓTESIS DENTALES	121
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	122
GRÁFICO Y CUADRO N°2	124
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS Y DIABETES DETERMINANDO LA SEQUEDAD BUCAL, RELACIONÁNDOLO CON LA APARICIÓN DE ÚLCERAS BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS DENTALES	125
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	126
 GRÁFICO Y CUADRO N°3	 128
OBSERVACIÓN DEL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS ADULTOS MAYORES CON ARTRITIS Y DIABETES MELLITUS, COMPARÁNDOLA CON LA PRESENCIA DE MOVILIDAD DENTARIA	128
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	130
GRÁFICO Y CUADRO N°4	132
VERIFICACIÓN DE LA EXISTENCIA DE DOLOR Y TUMEFACCIÓN A NIVEL DE LA ATM, PARA RELACIONARLA CON EL USO DE PRÓTESIS	132
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	133

INTRODUCCIÓN

Enfermedades como la artritis y diabetes mellitus constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, ya que afectan a un marcado grupo de adultos mayores en la población, sin embargo, su importancia se establece no solo en el número de personas que la presentan, sino en los problemas subsecuentes que pueden generar con el uso de prótesis dentales.

Éstas enfermedades guardan relación al estado sistémico del paciente, que afecta el metabolismo del cuerpo y de esta manera llega a tener afecciones en el sistema estomatognático.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos donde se demuestra el desarrollo del trabajo investigativo.

En el capítulo I se presenta los antecedentes, el planteamiento de la investigación, la formulación del problema; se justifica la realización de la investigación, tanto en lo personal como en lo social; se formula los objetivos, tanto el general como los específicos; se expone la hipótesis, la misma que será resuelta mediante la investigación.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico, dentro del cual se encuentra el marco institucional y las variables a investigar: Artritis y diabetes mellitus y prótesis dentales.

En el capítulo III se explica la metodología de la investigación, los métodos utilizados, las técnicas y recursos empleados, el detalle de la población y la muestra escogida.

En el capítulo IV se muestran los resultados de la investigación, mediante el análisis e interpretación de los resultados de la ficha de observación realizadas a los adultos mayores y las encuestas realizadas a los adultos mayores; así como también se exponen las conclusiones, a las que se llega una vez terminada la investigación y las recomendaciones.

En el capítulo V se formula la propuesta alternativa, que va dirigida a los pacientes atendidos en el Centro de salud Portoviejo.

Esta investigación consta de dos partes: La parte bibliográfica, donde se utilizaron libros, revistas científicas y páginas web, para realizar en contenido del marco teórico y así demostrar la relación entre la artritis, diabetes mellitus y el uso de prótesis dentales; y la parte práctica, donde se realizó la investigación de campo, mediante encuestas y fichas de observación que brindaron los datos para alcanzar los objetivos trazados

CAPÍTULO I

1.1 TEMA

Investigación sobre la artritis y diabetes mellitus en el adulto mayor y su incidencia en el uso de prótesis dentales removibles en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Portoviejo.

1.2 ANTECEDENTES

Según Loreto Carmona¹ de acuerdo a la Fundación Española de Reumatología aproximadamente, cinco de cada mil personas padecen artritis reumatoide en el mundo, es decir 0,5 % de la población, siendo una de las llamadas enfermedades inflamatorias más frecuentes.

A las personas a quienes más afecta la enfermedad son las mujeres entre 40 y 50 años, casi cuatro por cada hombre afectado. Salvo en algunas zonas de África, la artritis reumatoide está presente en todas las zonas del mundo en las que se ha estudiado, y siempre en frecuencias más o menos 0,2% y e 2% de la población.

En algunos asentamientos humanos, en especial en tribus cerradas de indios americanos o de esquimales, la frecuencia se dispara, más que en el entorno mediterráneo y en Asia. Las personas con síndrome de ATM clásico tienen sólo una molestia leve, como un dolor sordo en ambos lados de la mandíbula y en frente de las orejas", dijo a finales de Gluck Oscar, MD, ex director del Centro de Arizona en Phoenix Reumatología. "En estos casos, el síndrome de la ATM es enteramente debido a la

¹ Carmona Loreto. (2006). *Sociedad Española de Reumatología. Artritis Reumatoide: Guía de enfermedad para el paciente. Madrid: Jarpyo. P.25*

osteoartritis (OA) en la mandíbula." Cuando se produce el síndrome de la ATM en pacientes más jóvenes (en su mayoría mujeres, generalmente entre las edades de 20 y 40), el dolor puede ser mucho más grave y a menudo se acompaña de dolores de cabeza o dolor de oído.

Según Roberto Castrejón² en un estudio realizado en tres localidades en adultos mayores en México encontró una prevalencia de periodontitis moderada y severa de 73% en la zona urbana marginal, 57% en la zona urbana media y 29% en zona rural, los resultados indicaron mayor riesgo en aquellos de localidad urbana marginal, con obesidad y presencia de cálculo subgingival.

En cuanto a la relación de la salud bucal y el estado nutricional, cabe mencionar la importancia del uso de prótesis no funcionales, continuar perdiendo dientes, tener restauraciones mal ajustadas y el uso de prótesis parciales como factores que comprometen la eficiencia masticatoria de los adultos mayores, lo cual se puede verse reflejado en su estado nutricional y la selección de alimentos.

La pérdida dental y cambios en el estado de la cavidad bucal pueden afectar la dieta de los adultos mayores, modificando la selección de alimentos y su peso. Esto sumando a medicación por enfermedades crónicas, puede modificar la absorción de vitaminas y

² Castrejón Pérez. (2010). Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. En: envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátrica. ISBN 978-607-460-121-3. P.266

minerales esenciales para la salud. Hay más de 400 medicamentos que pueden hacer que las glándulas salivales produzcan menos saliva.

Rolando Sáez Carriera³ en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana en la Facultad de Estomatología, realizó un estudio en pacientes con cambios bucales según presencia o no de alteraciones sistémicas, se demostrando que existen alteraciones sistémicas en 29 desdentados totales, para 72,5 % y en 32 desdentados parciales, para 80 %, lo que da la medida que las alteraciones sistémicas están relacionadas con los cambios bucales, pero no con la presencia o no de dientes; solo 19 de 80 pacientes examinados, no presentaban alteraciones sistémicas.

A nivel nacional no se han dado investigaciones acerca de la incidencia del uso de Prótesis dentales en pacientes con Enfermedades como artritis y diabetes mellitus. Sin embargo en la Universidad San Gregorio de Portoviejo se han llevado a cabo investigaciones relacionadas con el uso de prótesis dentales, donde se trata las condiciones del sistema estomatognático para recibir una prótesis.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad, los avances tecnológicos y científicos han cedido al odontólogo una calidad de desempeño para un mejor trabajo, permitiéndoles brindar un tratamiento idóneo a sus usuarios. Sin embargo, en el mundo, las enfermedades se siguen

³ Sáez Carriera Rolando. (2013). *Rev Cubana Estomatol v.44 n.4: Cambios bucales en el adulto mayor*. La Habana oct.-dic. 2007 : Editorial Ciencias médicas. P6

presentando, éstas muchas veces guardan relación con la cavidad bucal, convirtiéndose en un fundamento para el profesional conocer acerca de dichas patologías, las consecuencias en boca y poder desarrollar una adecuada labor, tal es el caso de los adultos mayores, que padecen en gran parte de enfermedades endócrinas, como la diabetes mellitus y reumáticas como la artritis reumatoidea ; junto con sintomatologías en el sistema estomatognático de manera inexplicable para ellos, existiendo gran relación con enfermedades periodontales, dolores de la articulación temporomandibular, alteraciones en los tejidos dentales y representa un gran conflicto rehabilitarlos para que posteriormente utilicen prótesis dentales que podrían empeoren su situación.

Alrededor del mundo, la salud bucal de los adultos mayores es en general deficiente, destacando la pérdida dental, la presencia de caries dental, la alta prevalencia de enfermedad periodontal, la xerostomía y lesiones de la mucosa bucal. A grandes rasgos, la salud bucal deficiente de los adultos mayores generalmente está acompañada por una mala salud general, reconociendo que la salud bucal entre las personas mayores es esencial para su calidad de vida. Aún hay muchas personas que consideran el edentulismo como una consecuencia del envejecimiento, sin embargo, la pérdida dental está más íntimamente relacionada con experiencias de procesos infecciosos. El uso de prótesis, puede agravar el estado del paciente si las enfermedades del adulto mayor no son tratadas, continuando en forma de espiral hasta que no haya más dientes y se haya alcanzado la condición del edentulismo, el cual no es el punto final, sino el punto de partida del otra espiral, incluyendo el uso de prótesis mal ajustadas, lesiones en la mucosa bucal, llevando a la disminución del flujo salival

en la boca, haciendo que la deglución, el habla y el portar prótesis sea incómodo y aumente el nivel de irritabilidad sobre la mucosa por la falta de lubricación adecuada proporcionada por la saliva, marcando así el punto eje para una nueva espirar de deterioro de salud bucal.

Los malos hábitos alimenticios no solo son causantes de patologías orgánicas sistémicas, endocrinas o metabólicas, sino que también producen alteraciones en la cavidad bucal. Una dieta equilibrada que contenga los nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo, es importante para el mantenimiento de la salud bucal. En un estudio realizado para observar si existe alteraciones bucales en pacientes con enfermedades sistémicas, se muestra que de 80 pacientes examinados, en 29 desdentados totales, los cambios bucales son del 72,5 % y en 32 desdentados parciales el resultado es del 80% de cambios bucales, los cuales si no son tratados pueden resultar en un pronóstico desfavorable al utilizar prótesis removibles. Se analizó que entre estos pacientes los más afectados son los diabéticos, presentando alteraciones de soporte. En este mismo estudio la artritis aportó poco relevancia de cambios bucales, sin embargo autores como Baum y Mandel, plantean que la artritis es otra de las enfermedades muy frecuentes en esta edad que provoca trastornos de ATM, xerostomía y enfermedad periodontal y mucositis, producto de tratamientos con inmunosupresores. También se observan que el hipertiroidismo produce cambios bucales como sequedad bucal por los agentes farmacológicos de su tratamiento, tumefacción y degeneración de la mucosa, lo cual impide el uso de prótesis removibles.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 25% de pacientes geriátricos padece de artritis senil entre la edad de 55 a 60 años en adelante, presentando malestares en la cavidad bucal sin explicación, que podrían deberse en gran parte a la afectación de la articulación Temporomandibular.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Por lo expuesto el problema queda planteado de la siguiente manera:

¿Cómo incide la artritis y diabetes mellitus en el uso de prótesis dentales de los adultos mayores del Centro de salud de Portoviejo?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de la investigación científica.

1.5 JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación estará orientada a indicar la relación entre los malestares a nivel de la cavidad oral, en pacientes que utilizan prótesis dentales junto con enfermedades como artritis y diabetes mellitus. Dirigir los esfuerzos para investigar los problemas de salud, en uno de los grupos que bien pueden considerarse vulnerables como es de los adultos mayores, resultará valioso en vista de que siempre será de gran ayuda todo estudio que se realice en pacientes geriátricos.

Las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, están sujetas a tratamientos de prevención y morbilidad en todo tipo de pacientes. Sin embargo no se realizan

tratamientos protésicos, que ayuden a la rehabilitación de una persona mayor, que por lo general posee pérdida dentaria y alteración en su sistema estomatognático, pero, ¿qué sucede en aquellos pacientes que poseen ya una prótesis dental y el dolor se incrementa en tejidos bucales, llevándonos a la conclusión errónea de que posee una prótesis mal adaptada?

La importancia que tiene el uso de las prótesis dentales removibles en los adultos mayores, ha motivado realizar esta investigación; para conocer si enfermedades como la artritis y diabetes mellitus impiden devolver a estos pacientes una función y estética, a causa de pérdida dental.

De tal manera que toda la información que se recopile, ya sea a través de internet, textos, documentos de prensa escrita, contribuirán de manera positiva a fomentar la adecuada atención odontológica al adulto mayor, para así crear estrategias que permitan mejorar a estos usuarios su calidad de vida.

El motivo de esta investigación es porque surge una problemática importante en los adultos mayores, como es su incomodidad ante el uso de prótesis dentales removibles, estén o no bien adaptadas, incrementando el inconveniente que yace en ellos, esto motivará al profesional de salud, a tener un adecuado conocimiento sobre las patologías que puede presentar el adulto mayor, y amplia prudencia sobre tratamientos dentales a éstos, llevando al odontólogo así, a no solo centrarse en los métodos que se brindan en las instituciones públicas, sino a responder a todo paciente

que asiste a la consulta, varias interrogantes de lo que causa su dolencia y recibir una terapia adecuada.

El personal del Centro de Salud está dispuesto a dar una apertura para que se pueda realizar esta investigación permitiendo abrir un nuevo tema que aportará a la Ciencia de la salud, tanto a la Odontología, como a la Medicina, contribuir con información a las futuras generaciones que se involucren en este ámbito, para así, disminuir las alteraciones buco dentales que puede presentar los pacientes, mediante el uso de prótesis dentales.

Se beneficiará a los pacientes del Centro de Salud de Portoviejo, por medio de los Odontólogos, que son los primeros en garantizar una atención adecuada, enseñando hábitos de higiene, y controlando periódicamente a los adultos mayores que llegan a la consulta, manteniendo en ellos una salud bucal y las debidas medidas de prevención ante el uso de una Prótesis dental.

Por tanto, el presente trabajo de investigación sobre la relación entre la dificultad del uso de prótesis dentales y enfermedades como la artritis y Diabetes Mellitus, reúne las características de un proyecto factible, ya que su propuesta o alternativa de dar respuestas al paciente y darle un tratamiento que realmente necesite conlleva a una formulación de conclusiones que garantizan su ejecutabilidad.

1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.

La siguiente investigación se proyectó a cumplir los siguientes objetivos.

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la incidencia de artritis y diabetes mellitus en el adulto mayor con el uso de prótesis dentales en los pacientes atendidos en el Centro de salud Portoviejo.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar los pacientes con artritis y diabetes mellitus para determinar la sequedad bucal para relacionándolo con la aparición de úlceras bucales por el uso de prótesis dentales.
- Observar mediante el uso de la sonda periodontal el grado de enfermedad periodontal en los adultos mayores con artritis y diabetes mellitus, para así comprar con la presencia de movilidad dentaria.
- Verificar la existencia de dolor y tumefacción a nivel de la ATM, para relacionarla con el uso de prótesis
- Diseñar una propuesta una propuesta de solución al problema.

1.7 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

1.7.1 HIPÓTESIS

La artritis y la diabetes mellitus inciden significativamente en la dificultad del uso de prótesis dentales removibles en pacientes adultos mayores del Centro de salud Portoviejo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO INSTITUCIONAL.

El Centro de salud Portoviejo, se encuentra ubicado en la parroquia 12 de Marzo entre Av. Rocafuerte y Callejón María Auxiliadora, junto al Hospital Provincial “Verdi Cevallos Balda”, de la ciudad de Portoviejo de la Provincia de Manabí.

Esta unidad de salud fue fundada el 1 de abril de 1965 con el Programa Integral de Salud de Manabí (PISMA) como un organismo público social, al inicio adscrito a la Junta de Beneficencia de Manabí siendo Jefe de Salud el Dr. Humberto Moreno Loor. Desde entonces es una de las más frecuentadas, no solo de su área de influencia sino también del cantón; atendiendo pacientes de Picoazá, Colón, Crucita, Barrio Fátima, Ciudadela Pacheco, Florón, Andrés de Vera, San Pablo, Calderón, Alajueta, entre otros. Obteniendo un promedio de 150 usuarios día.

Bajo la dirección de la Dra. María Elena González de López se crea el Área de salud N° 1 para descentralizar y desconcentrar las funciones técnicas – administrativas, por ser de mayor complejidad esta unidad operativa se constituye cabecera de área hasta el año 2000.

Durante la dirección de la Dra. Idilia Guerrero se inicia el proceso de licenciamiento (reingeniería de los recursos humanos, técnicos, y financieros) cuyo objetivo principal

es brindar atención integral, eficiente, eficaz, y oportuna a la población que demanda los servicios de salud.

Entre la variedad de servicios que oferta el Centro de Salud Portoviejo, se encuentra el programa del adulto mayor e hipertenso, donde se brinda atención a personas en edad de 55 años en adelante, en lo que concierne al área de odontología se presentan a la consulta los usuarios manifestando molestias en la cavidad bucal y dolor a nivel articular, indicando que el uso de prótesis dentales agrava la sintomatología.

No se han realizado en el Centro de salud Portoviejo investigaciones acerca de la relación que existe entre entidades patológicas como Artritis, Diabetes e Hipertiroidismo con la presencia de malestares por el uso de prótesis dentales, debido al poco conocimiento que hay por parte del odontólogo con respecto a dichas enfermedades, su tratamiento y las posibilidades de que conlleve a un fracaso en un tratamiento protésico.

Sin embargo, se les dedica un tratamiento preventivo, incluyendo profilaxis, fluorizaciones y tratamientos de morbilidad, que abarcan operatorias dentales, exodoncias, obturaciones y si es necesario periodoncia.

Con estos antecedentes en la actualidad esta unidad operativa se encuentra posicionada a nivel nacional e internacional, siendo una unidad modelo para pasantía de formación de profesional en la atención integral del adolescente.

2.2. ARTRITIS REUMATOIDE

2.2.1 Definición

Luz Elena Lugo manifiesta lo siguiente:

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad multisistémica de tipo inflamatorio y etiología desconocida, que compromete preferentemente las articulaciones y cuyo órgano blanco es la membrana sinovial, pero que puede afectar a otros órganos en cualquier momento de su evolución. La AR es la más común de las artritis inflamatorias, afecta a 1% de la población y se caracteriza por tener distintos patrones de comportamiento clínico,² que ayudan a entender las diferentes evoluciones en una enfermedad y, por tanto, un planteamiento terapéutico de rehabilitación acorde con ellos⁴.

2.2.2 Síntomas y signos

Manifestaciones clínicas

Como bien dice Fred Ferri⁵ la Artritis es proceso que determina la formación de pannus, un tejido destructivo que daña el cartílago. En los pacientes se halla frecuentes síntomas prodrómicos de debilidad, fatiga y anorexia. Inicialmente se encontrará afectación simétrica de múltiples articulaciones, sobre todo manos y pies; derrame articular, dolor y limitación de movimientos desde fases precoces de la enfermedad. Al final deformidades características: subluxaciones, luxaciones y

⁴ Lugo, Luz Elena. (2008). *Rehabilitación en Salud*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. P764.

⁵ Ferri, Fred. (2011). *Consultor Clínico de Medicina Interna*. Barcelona España: Editorial Oceano Mosby. P71.

contracturas articulares. Hallazgos extraarticulares: Inflamación crónica frecuente de las vainas tendinosas y las bursas. Posible rotura de los tendones. Nódulos reumatoides sobre las prominencias óseas, como el codo o el cuerpo del cúbito. Esplenomegalia, pericarditis y vasculitis. Hallazgos de síndrome del túnel del carpo por la tenosinovitis de los flexores.

Manifestaciones orales.

Según Oscar Velásquez⁶ Estos pacientes presentan frecuentemente dolor e inmovilidad articular, existe en ellos aumento de sangrado por la administración de aines y supresión de la médula ósea como consecuencia del tratamiento, se debe procurar que las visitas sean cortas, la silla cómoda, brindándole una posición confortable con apoyos físicos y cambios permanentes de posición.

Es importante determinar la severidad del compromiso de la ATM, hay que recomendar la higiene oral, dieta blanda, fácil de masticar, calor húmedo o hielo local.

Según Giulio Preti⁷ expresa:

La administración de fármacos en los pacientes con Artritis Reumatoide, no solo causa sangrado gingival, también conlleva a tener mayor profundidad de los sacos periodontales, mayor pérdida de adherencia epitelial y reducción del número de piezas dentarias. Las artritis reumatoide está relacionada con frecuencia con la periodontitis. Se cree

⁶ Velásquez, Óscar. (2010). *Manual de Terapéutica Odontológica*. Medellín Colombia: Editorial Health Book's. P193.

⁷ Preti, Giulio. (2007). *Rehabilitación Protésica*. Tomo I. Venezuela: Editorial Amolca. P36.

que la periodontitis es secundaria a la desregulación de la respuesta inflamatoria típica de la enfermedad.

2.2.3 Artritis de la articulación temporomandibular

Según Olaf Montilla⁸ manifiesta que la artritis de la articulación temporomandibular, comprenden un grupo de afecciones que afectan a esta articulación, produciendo una inflamación de su intimidad, inicialmente de sus sinovias para más adelante extenderse a todo componente articular.

Etiología: La etiología es desconocida, al lado de sospechas de una acción microbiana general, se habla de procesos autoinmunes no bien determinados y muy complejos.

Sintomatología: Siempre es bilateral, se manifiesta inicialmente con dolores a la presión sobre la región preauricular, de poca intensidad con carácter difuso durante el acto masticador y más intenso a la apertura bucal máxima. Se presenta silenciosamente, al principio esporádicamente para aumentar paulatinamente en frecuencia y en intensidad, a veces durante años. Al paso de los años se va produciendo un impedimento gradual de los movimientos articulares, principalmente de los laterales y de protrusión, produciendo bisagra muy reducido.

⁸ Montilla, Olaf. (2008). *Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Venezuela: Editorial Amolca. Pp449, 451.

Según Horacio Maglione⁹ en algunos casos se puede producir mordida abierta. La mordida abierta se causa por la pérdida de sustancia aguda a nivel de los cóndilos, que a su vez provoca, una posición más alta de los cóndilos y el consecuente contacto exclusivo de las piezas posteriores por desplazamiento mandibular. Uno de los primeros signos detectados por el paciente, es la imposibilidad de lograr contacto borde a borde de los dientes anteriores en el acto de morderse las uñas o en el corte de elementos delgados, que según su propia expresión no mucho tiempo atrás de realizar.

Según ADA & Thomson PDR¹⁰ manifiesta que el Odontólogo debe conocer fármacos que pueden recetar y su posible efecto en el tratamiento odontológico. Entre los medicamentos utilizados para tratar la artritis reumatoide incluyen:

Fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE): pueden aumentar el sangrado en caso de que necesite el paciente realizarse extracciones.

Tiomalato sódico de oro: generalmente pueden provocar úlceras orales, disminución de glóbulos blancos y plaquetas; los pacientes que reciben este tipo de fármaco deben realizarse exámenes hematológicos frecuentes, para evitar complicaciones durante algún tratamiento odontológico.

Penicilina D: llegan a producir en su mayoría disminución de glóbulos blancos y plaquetas, pénfigo inducido por fármacos, con lesiones orales o síndrome nefrótico; los

⁹ Maglione, Horacio. (2008) *Disfunción Craneomandibular*. Venezuela: Editorial Amolca. P82.

¹⁰ ADA; PDR, Thomson. (2009). *Guía ADA/PDR de Terapéutica Dental*. Madrid: Edición Ripano. Pp872, 873.

pacientes deben ser sometidos a exámenes hematológicos periódicos; se informa que se presentan casos de pérdida del gusto.

Inhibidores del factor necrosis combinado con medicamentos inmunosupresores: pueden causar reactivación de la tuberculosis latente, deben realizarse también, exámenes hematológicos periódicos, previo al tratamiento odontológico, es importante que se controle las lesiones bucales asociadas con la tuberculosis.

2.2.4. Tratamiento

Según Olaf Montilla asegura que el tratamiento de la artritis reumatoide pertenece a la medicina interna y a la reumatología. El tratamiento consiste básicamente en la administración de corticoesteroides y antirreumáticos. En el campo odontológico se realiza un saneamiento bucal para eliminar focos infecciosos. (Olaf Montilla. Tratado de Cirugía Maxilofacial. P51)

Según Gisselle M. Chávez¹¹, estudios recientes también corroboran el compromiso común de la ATM en pacientes con artritis Reumatoide y en pacientes con otras formas de enfermedades reumáticas, encontrando movilidad disminuida de la articulación, asociada con erosión del cóndilo, encontrándose clínicamente como consecuencia una apertura bucal disminuida y sensibilidad de los músculos masticatorios.

¹¹ Chávez, Gisselle. (2009). *Hallazgos clínico-radiológicos de la articulación Temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide*. En: Revista Cubana Estomatología. v.46, n.2. Ciudad de La Habana abr.-jun. 2009. Pp 2, 3. ISSN 1561-297X

Los síntomas son generalmente moderados, y pueden causar un marcado daño de las funciones cotidianas, tales como masticar y hablar. Para *Durando* y colaboradores, los síntomas más frecuentes son dolor durante el movimiento, sensibilidad a la palpación, rigidez, crepitación y tumefacción.

2.3 DIABETES MELLITUS

2.3.1 Definición.

Según Richard Mitchell¹² señala que:

La Diabetes Mellitus no es una entidad única, sino un grupo de trastornos metabólicos que comportan una característica subyacente común, que es la Hiperglucemia. El efecto es un trastorno crónico del metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas, con complicaciones a largo plazo que afectan a los vasos sanguíneos, riñones, ojos y nervios. A nivel mundial, unos 140 millones de personas padecen diabetes, siendo ésta una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes.

Según Alicia Dorantes¹³ dice que la Diabetes mellitus no solo se muestra como un síndrome, sino que abarca los fenómenos fundamentales en la fisiopatología como la deficiencia en la secreción de insulina, la ineficiencia en su acción periférica; el origen de estos problemas va desde problemas autoinmunitarios en lo que consiste la diabetes mellitus tipo 1, hasta la resistencia de la insulina, para lo que es la Diabetes mellitus tipo 2.

2.3.2 Tipos de Manifestaciones Originadas por la Diabetes Mellitus

¹² MITCHELL, Richard. (2007). *Compendio de Robins y Cotran. Patología Estructural y Funcional*. Madrid: Editorial Elsevier Saunders, P657.

¹³ Dorantes, Alicia. (2008). *Endocrinología Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno. P382.

Según Luis Jiménez¹⁴ ésta enfermedad origina dos tipos de manifestaciones, las cuales pueden ser: metabólicas y vasculares. Las manifestaciones metabólicas suelen ser las que motivan la consulta urgente y las que orientan al diagnóstico de la enfermedad. Se caracterizan básicamente por poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, hiperglucemia y glosuria.

Las manifestaciones vasculares aparecen en enfermos con DM de larga evolución y, por lo tanto y en general, ya diagnosticados. Puede afectarse cualquier órgano y sistema, tanto por alteración macrovascular, como el corazón (cardiopatía isquémica), el sistema nervioso central (accidente cerebro vascular) y los miembros inferiores (arteriopatía periférica y pie diabético), como por afectación de la microcirculación, como los ojos retinopatía, el riñón (nefropatía) y el sistema nervioso periférico (neuropatía y disautonomía).

2.3.3 Relación diabetes / obesidad y periodontitis

Según Sociedad española de periodoncia¹⁵ asegura que la información de que disponemos, coincidente en este punto, establece una relación causa-efecto entre diabetes y enfermedades periodontales. La existencia de una diabetes previa es un factor de incremento de extensión y gravedad de la periodontitis.

¹⁴ Jimenez, Luis. (2007) *Medicina de Urgencias y Emergencias*. Barcelona: Editorial Elsevier: Barcelona. P464.

¹⁵ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2011). Sociedad Española de Cardiología. Patología Periodontal y Cardiovascular: Su interrelación e implicaciones para la salud. Madrid: Editorial Médica Panamericana. P201.

La periodontitis podría afectar a la situación metabólica del paciente diabético. Aunque la información disponible pone de manifiesto una relación favorecedora, algunos aspectos permanecen poco claros.

Se sabe que el tejido adiposo se comporta como un órgano secretor de las llamadas adipocinas. La más relevante para nosotros quizá sea el factor de necrosis tumoral (TNF- α), que es capaz de provocar daños mediados por endotoxina en muchos órganos incluyendo los tejidos periodontales. Otros factores de interés en este sentido serían el factor activador/inhibidor del plasminógeno y la leptina, sustancia muy vinculada al tejido adiposo, que estimula el sistema inmunitario y facilita la producción de citoquinas inflamatorias y la fagocitosis de los macrófagos, relacionados con la patogenia de la periodontitis.

Según Giulio Preti la diabetes no se considera como un factor de riesgo para el edentulismo. La interacción entre diabetes y periodontitis es mutua en el sentido de que algunas veces puede empeorar el control de los valores glicémicos. Por otra parte, la diabetes puede causar diferencia de la microflora que coloniza a los sacos periodontales con mayor prevalencia de espiroquetas y bacilo móviles y menor incidencia de cocos. (Guilio Preti. Rehabilitación Prótesis. P30.)

Según Oscar Velásquez los pacientes con diabetes mellitus insulino-dependientes (tipo 1) son más propensos a fluctuaciones del nivel de glucosa lo que los hace más vulnerables a los tratamientos odontológicos incluyendo la anestesia local y general y la sedación parenteral. Los pacientes diabéticos pueden presentar como complicaciones orales: enfermedad periodontal acelerada, abscesos periodontales, xerostomía, mala

cicatrización, infección, úlceras orales, candidiasis y sensación de quemazón en los tejidos orales. (Oscar Velásquez. Manual de terapéutica odontológica. Pp 197-198)

2.3.4 Manifestaciones bucales.

Según María Marimón¹⁶ manifiesta que los pacientes con Diabetes Mellitus presentan manifestaciones bucales tal como la xerostomía que conlleva a una sensación de quemazón en la mucosa bucal y gusto metálico. Susceptibilidad aumentada a padecer una amplia gama de infecciones incluyendo la candidiasis mucocutánea crónica. Eritema de las mucosas: tendencia a la formación de gingivitis y abscesos paradontales. Retardo en la cicatrización. Mayor frecuencia de caries dentales. Reabsorción del hueso marginal en los primeros molares relacionado con el tiempo de evolución de la diabetes que se diagnostican por las radiografías intraorales. Lengua seca saburral. Halitosis, el aliento acetónico es consecuencia de la descompensación del diabético. Hay procesos que pueden asentar en la cavidad bucal de los diabéticos con más frecuencia, entre los que tenemos el liquen plano, candidiasis y granuloma piógeno.

Según Guilio Preti en el paciente diabético es común encontrar Infecciones Funginosas, la candidiasis oral es frecuente en la diabetes descompensada, especialmente en los portadores de prótesis. Sus manifestaciones son: glositis romboidal media, estomatitis por prótesis y queilitis angular. El Ardor oral, las alteraciones del gusto y las lesiones liquenoides, ha sido hallado en los pacientes con

¹⁶ Marimón, María. (2009). *Medicina Bucal I*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. P166.

diabetes tipo 2; mucho influye la terapia con antidiabéticos orales (biguanidos), así como las lesiones liquenoides, en las alteraciones del gusto. (Guilio Preti. Rehabilitación Protésica. P30)

2.3.5 Periodontitis en el adulto mayor

Según Fernando Morales¹⁷: esta es la etapa más avanzada de la enfermedad de los tejidos de soporte dental y se puede presentar en forma localizada o generalizada. Puede manifestarse en forma aguda o crónica, se de aparición tardía o temprana en la vida del paciente.

Clínicamente se puede observar en el adulto mayor: inflamación crónica de las encías, sangrados espontáneos, presencia de bolsas periodontales, pérdida y migración de piezas dentales, movilidad dental de leve a severa, presencia de exudados purulentos y líquidos de la inflamación, recesión del borde marginal de la encía, presencia de cálculo dental supra e infra gingival y pérdida del nivel óseo del reborde alveolar con exposición clínica de las raíces. La presencia de halitosis es un factor característico y que muchas veces es la razón por la cual acude el paciente primera instancia a someterse a tratamiento.

La bolsa periodontal es símbolo inequívoco de la presencia de la enfermedad y fundamental para el establecimiento de un diagnóstico positivo; su profundidad y su

¹⁷ Morales, Fernando. (2007) Temas prácticos en Geriatría y Gerontología. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia. Pp 95,96,97,99.

número pueden sugerir al clínico la gravedad de la patología con la que trata y el grado de destrucción de los tejidos de soporte dental.

Una bolsa periodontal se la describe como un surco gingival profundizado por la enfermedad periodontal, la formación progresiva de bolsas conduce a la destrucción de tejido periodontal de soporte, movilidad y pérdida de pieza.

Otro signo a tomar en cuenta durante el examen periodontal y el diagnóstico de la enfermedad es la movilidad dental.

Como regla general, la movilidad se evalúa clínicamente mediante un método simple que consiste en: sujetar el diente firmemente entre los mango de dos instrumentos y ejercer una fuerza de bamboleo anteroposterior y lateral.

La movilidad se clasifica de acuerdo con la dirección y extensión del movimiento en: movilidad fisiológica, movilidad de grado I: ligeramente más de lo normal, movilidad grado II: moderada más de lo normal y movilidad grado III: movilidad grave con desplazamiento bucolingual, mesiodistal o ambos combinados, y además con desplazamiento vertical.

En estos pacientes se manifiesta la recesión gingival, que es la exposición de la superficie radicular por migración de la encía hacia apical. La recesión de la gíngiva interproximal favorece la acumulación de placa, calculo dental, alimentos y detritos.

El nivel de inserción epitelial solamente puede ser establecido mediante sondeo. El borde de encía libre marginal no tiene relación con el nivel de inserción epitelial, pero es importante desde el punto de vista estética.

Se relaciona que la aparición de la enfermedad periodontal como respuesta inflamatoria a la infección bacteriana, se sabe también que la naturaleza y severidad de esta respuesta se puede ver alterada por muchos factores sistémicos.

Los factores sistémicos que se relacionan con los tejidos periodontales se pueden agrupar:

- Los que condicionan o agravan la respuesta a la placa bacteriana, dentro de estos se nombra la diabetes.
- Los que producen manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas.
- Los que requieren cuidados especiales.

2.3.6 Clasificación de la enfermedad periodontal:

Periodontitis crónica: Puede ser localizada o generalizada.

Periodontitis agresiva: Encontramos la localizada o generalizada.

Según el autor Francisco Enrile de Rojas¹⁸ afirma que una periodontitis leve presenta bolsas poco profundas de 4-5 mm sin presencia de movilidad dental no hay afectación de furcas, la pérdida ósea radiográfica es inferior a un tercio de longitud de la raíz y no hay movilidad. Se habla de una periodontitis moderada cuando hay signos de bolsas periodontales de profundidad media es decir 5-6mm, hay movilidad

¹⁸ Enrile de Rojas, Francisco. (2009). *Manual de higiene bucal*, Buenos Aires: Panamericana Buenos Aires. Pp27, 28,29.

en dientes y molares, radiográficamente se encuentra pérdida ósea entre uno o dos tercios de la longitud de la raíz y afectación incipiente de la furcación.

Finalmente hablamos de una periodontitis grave o avanzada, cuando encontramos signos como bolsas profundas superiores a 6 mm, existe una afectación de la furcas notoria, la pérdida ósea radiográfica es superior a los dos tercios de la longitud de la raíz y movilidad importante tanto en dientes uni como plurirradiculares.

2.3.7 Tratamiento de la enfermedad periodontal.

Siempre se puede detener el proceso destructor del hueso y poder así mantener los dientes en boca. No es problema que la encía vuelva a estar sana, pero debemos tener en cuenta que el hueso destruido es muy difícil de recuperar y, por lo tanto, en aquellos dientes que ya no tienen hueso de soporte no se puede hacer nada. Esto nos indica la importancia de tratar la enfermedad periodontal en sus inicios temprano.

Siempre se debe empezar por aliviar las molestias del paciente, antes de comenzar con el tratamiento periodontal, será necesario indicar al paciente sobre hábitos de higiene y alimenticios adecuados para tener una recuperación exitosa, se deberá hacer varias sesiones para la eliminación del cálculo, y se procederá a realizar la extracciones indicadas a aquellos dientes en los que han perdido soporte óseo. Posterior al tratamiento periodontal se deberá tener un control para evitar problemas al inicio del tratamiento protésico.

Según Giulio Preti expresa:

El odontólogo, con mayor frecuencia, se encuentra tratando paciente afectados por patologías sistémicas. Esto depende del envejecimiento progresivo de la población: se prevé que en el 2030, el 20% de la población tendrá más de 65 años. Por lo tanto, es importante que el odontólogo moderno sepa reconocer las patologías y/o su terapia sobre el plan de tratamiento odontológico. (Giulio Preti. Rehabilitación Protésica. P27)

2.3.8 Concepto de adulto mayor:

Según Susana Preciado¹⁹ menciona que todos nos vamos haciendo viejos día tras día, por lo cual es oportuno ir considerando las aportaciones que cada uno de nosotros vamos haciendo a lo largo de nuestra vida, esto debe dar a entender claramente que vejez, no es igual a enfermedad ni a improductividad, sino que los ancianos siguen aportando mucho desde la experiencia.

El auto concepto del adulto mayor suele definirse, en un sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimiento que el individuo tiene en si mismo, razonablemente permiten distinguir dos componentes o dimensiones de los mismos; el envejecimiento como proceso no es singular ni simple, sino que es parte del desarrollo biológico que el individuo finaliza con la muerte.

Se piensa que señalar cuando inicia la vejez es complicado, debido a que esto se encuentra relacionado a “diferencias individuales que existen en el proceso de

¹⁹ Preciado, Susana Aurelia. (2011). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores intitucionalizados desde el Trabajo Social*. Estados Unidos. P25.

envejecer, no solamente se encuentran variaciones entre los individuos sino que también se transforman los diferentes órganos y sistemas del cuerpo.

La vejez es la última etapa de las edades en que nos desenvolvemos los humanos de manera que a lo largo de una vida se atraviesa por la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez; así fue hasta que apareció el término de la “tercera edad” para describir a las personas mayores de 60 años.

Es relevante tener presente que decir “los ancianos” incluye en ese término una gran variabilidad en aspectos tales como la edad, el nivel socioeconómico o cultural, su personalidad, su estado emocional, nivel o apoyo social, etc.

2.3.9 Diagnóstico.

Según F. Bassi:²⁰ Para un diagnóstico correcto el odontólogo debe valorar los aspectos claramente odontoestomatognáticos en una relación medicoprofesional amplia: deben ser tomado todos los elementos locales y sistémicos que puedan obstruir e influenciar la proyección, la construcción y la incorporación del aparato protésico.

La fase diagnóstica no puede prescindir de una valoración sistémica del paciente que debe ser efectuada durante los primeros pasos.

Antecedentes sistémicos.

Según Arthur Rahn²¹ afirma que la confección de una ficha detallada de los antecedentes sistémicos, debe ser el primer paso para obtener un tratamiento

²⁰ Bassi, F. (2011). *Rehabilitación Protésica: Prótesis Parcial Removible*. Venezuela: Edición Amolca. P17.

²¹ Rahn, Arthur. (2011). *Prótesis dental completa Buenos Aires, Ripano*. Pp46,47.

adecuado de todo paciente dental. Un correcto interrogatorio de los antecedentes sistémicos combinado con la calificación verbal del paciente es esencial para todo plan de tratamiento.

Se apuntará toda afección sistémica o psicológica que se desvíe de “lo normal” y se evaluará su posible consecuencia sobre el plan de tratamiento, un ejemplo claro se observa en los diabéticos no controlados, los pacientes con enfermedad cardiovascular y consiguiente tratamiento con anticoagulantes y los inmunosuprimidos que pueden ser excelentes pacientes protésicos, pero pueden ser considerados no aptos por su riesgo quirúrgico y, por lo tanto, la cirugía preprotésica puede estar contraindicada.

Es indispensable actualizar la ficha sistémica en cada consulta de seguimiento para estar seguros de que el paciente tiene control apropiado de su enfermedad sistémica y de que está tomando correctamente la medicación.

En los adultos mayores es habitual la administración de varios medicamentos, generalmente recetados sin coordinación entre diferentes médicos. Si el odontólogo tiene alguna inquietud acerca de un determinado medicamento o medicaciones con posibles conflictos es conveniente que se haga una derivación al médico de atención primaria.

Las consultas se hacen por escrito para que los médicos correspondientes evalúen toda enfermedad sistémica. Muchos ancianos deben ir acompañados a estas sesiones

por amigos o miembros de la familia a los que también se podrá interrogar acerca de la salud del paciente.

2.4 PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE:

Según F. Bassi afirma que el odontólogo que va a rehabilitar a un paciente parcial o totalmente edéntulo, debe considerar atentamente el aspecto psicológico, sistémico, higiene periodontal y finalmente el protésico, para obtener mediante estos, un buen resultado de las Prótesis Removibles. Siempre se de deben aclarar las expectativas del paciente y su capacidad de adaptación. (Bassi F. Rehabilitación Protésica. P9)

Según Beatriz García Alpizar²², las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, 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.

En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, están desajustadas, incorrectamente confeccionadas o en mal estado, producen daños que contribuyen aún más al deficiente estado de la cavidad

²² Beatriz García Alpizar.(2010). En: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2010; 8(1) . Pág. 37.

bucal y afectan, en todos los aspectos, la salud de las personas, sobre todo a los ancianos.

2.4.1 Definición

Según Alan Carr²³ afirma:

Una dentadura parcial removible es una prótesis que reemplaza dientes un una arcada parcialmente desdentada, y se puede sacar de la boca y volver a colocarse. Una dentadura completa es una prótesis dental que reemplaza toda la dentición natural y se conecta a las estructuras del maxilar y la mandíbula. Está totalmente soportada por los tejidos (membrana, mucosa, tejido conjuntivo y hueso subyacente).

2.4.2 Paciente edéntulo y parcialmente edéntulo.

Según Lilia Bortolotti ²⁴ los pacientes que llegan a nuestra consulta y que necesitan de un tratamiento protésico removible, total o parcial, son generalmente individuos en edad anciana, ya portadores de prótesis, a menudo distorsionadas debido a modificaciones y a rebasados por la pérdida progresiva de elementos dentales; con gran frecuencia presentan malas condiciones higiénicas de los dientes residuales, de los tejidos de soporte y de los aparatos protésicos.

Si los dientes perdidos nunca fueron sustituidos, los dientes remanentes no están en grado de proveer una masticación adecuada, o el paciente es portador de prótesis incompletas, desproporcionadas, que producen dolor si se someten a la carga

²³ Carr, Alan. (2006). Prótesis parcial removible. 11ª Edición. España: Editorial ElsevierMosby. P8.

²⁴ Bortolotti, Lilia. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. Venezuela: Editorial Amolca, P7. Capítulo 2. Examen del Paciente.

masticatoria, se compromete el estado nutricional, debido a las restricciones dietéticas que imponen los pacientes para superar este inconveniente.

La edad de estos sujetos conlleva frecuentemente a algunos problemas de salud general: consumen uno o más fármacos para el dolor, que pueden interferir con la salud de los tejidos y la curación de heridas; también puede presentarse una coordinación neuromuscular disminuida, que afecta los movimientos en general y los movimientos de la mandíbula y de la lengua en particular.

2.4.3 Edentulismo parcial y prótesis parcial removible.

Según F. Bassi expresa:

En el paciente edéntulo parcialmente de hecho se observan con frecuencia alteraciones del sistema estomatognático, en parte dependiente de patologías sistémicas y/o de las terapias farmacológicas y en parte imputables a un proceso fisiológico de envejecimiento. A propósito es útil recordar cómo el edentulismo parcial o total, en nuestra sociedad, es un fenómeno que tiende a presentarse en edad siempre más avanzada, en un organismo en el cual se observan con frecuencia condiciones fisiopatológicas en capacidad de influenciar la salud del aparato estomatognático y en consecuencia el éxito de la rehabilitación. El flujo salival reducido, la pérdida de trofismo en la mucosa oral, la coordinación neuromuscular alterada dependiente de numerosas condiciones degenerativas y las alteraciones de ATM que se pueden observar en estos pacientes, constituyen las dificultades clínicas a las cuales se debe enfrentar el rehabilitador. (F. Bassi. Rehabilitación Protésica. P17)

El autor David Loza²⁵ manifiesta que algunos dentistas afirman que la Prótesis parcial Removible debía ser considerada como una restauración provisional porque sus

²⁵ Loza, David. (2007). Diseño de Prótesis Parcial Removible. España: Editorial Ripano. Pp97,99.

portadores terminan como edéntulos totales, debido a que la prótesis parcial removible deteriora la salud de la dentición remanente y de los tejidos circundantes, causando molestias al paciente, por el uso de éstas. El impacto de la prótesis parcial removible sobre los dientes, las encías y otros tejidos de soporte ha sido el foco de considerable investigación por muchos años. Numerosos estudios han demostrado, sin duda, que estas prótesis pueden ser destructivas. La Prótesis parcial Removible está asociada con pérdida de la inserción periodontal y del hueso alveolar adyacente al pilar. Las Fuerzas excesivas pueden ser transmitidas a los pilares generalmente de dos fuentes, la oclusión y el movimiento de la prótesis parcial removible.

Según Mauricio Gómez²⁶ afirma:

El uso de una prótesis o dentadura parcial removible. (DPR) es una situación compleja en la medida en que dos tipos de tejidos diferentes – encía/ mucosa alveolar y dientes remanentes- deben servir simultáneamente como estructura de soporte a un elemento mecánico inactivo. Especial cuidado debe tenerse en que las fuerzas resultantes de su utilización no produzcan excesiva tensión unilateral en cualquiera de las estructuras de soporte. En términos generales, la unidad funcional del sistema estomatognático debe sincronizarse con una prótesis inerte de manera dinámica. Esto debe lograrse con el remplazo de los dientes perdidos en interacción armónica entre la prótesis y todos los tejidos comprometidos en la masticación, deglución, articulación, fonética y estética. Solo en ese momento se obtiene una “interacción técnico-biológica” entre tejidos vitales y la prótesis inerte funcional.

2.4.4 Funcionamiento mecánico de una prótesis parcial removible

El autor Wellington Cardoso²⁷ menciona que el funcionamiento mecánico de una Prótesis Parcial Removible se basa en conceptos fundamentales: soporte, retención, estabilidad y posibilidades estéticas.

²⁶ Gómez, Mauricio. (2007). *Fundamentos de la Odontología: Periodoncia*. Segunda Edición, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. P458. Cap 14. “Interrelaciones periodontales Integrales”.

El soporte puede ser descrito en forma simple como áreas o regiones de la boca, dientes y rebordes, las cuales reciben cargas primarias o secundarias propias de la masticación, las cuales son distribuidas de manera compleja sobre los tejidos dentarios, periodontales y mucosos. La retención impide la dislocación de la prótesis en sentido opuesto al eje de inserción, dada por elementos mecánicos. La estabilidad es obtenida por elementos que impiden la dislocación oblicua de la prótesis durante la masticación y transferida al sistema ya sea, por retenedores indirectos o directos.

Según B. Koeck²⁸ afirma que:

El tratamiento de los maxilares edéntulos con prótesis completas o totales es una de las intervenciones más difíciles en Odontología. La elevada frecuencia de complicaciones, que diversos autores cifran entre el 20% y el 90%, condiciona que la reconstrucción de la forma y la función de los dientes sea un modo de tratamiento con un gran número de factores de inseguridad. Tras la pérdida de las piezas dentarias se dispone de pocos o ningún punto de referencia sobre la forma y el color de los dientes, su distribución en las tres dimensiones y la relación entre los maxilares y la forma de oclusión del complejo masticatorio. La pérdida de dientes determina cambios en el patrón de función neuromuscular, la capacidad de adaptación del individuo a la prótesis es muy variable y en muchos enfermos las prótesis completas son rechazadas o no toleradas. La capacidad de estabilizar el cuerpo de la prótesis con ayuda de la musculatura perioral para asegurarla se pierde con frecuencia con el envejecimiento.

2.4.5 Contraindicaciones para el tratamiento protésico

Según Lilia Bortolotti afirma que las contraindicaciones para el tratamiento protésico se puede clasificar en sistémicas locales temporales y permanentes.

²⁷ Cardoso, Wellington. (2007). *Prótesis Parcial Removible en la Práctica Contemporánea*. En: MEZZOMO, Elio. *Rehabilitación Oral Contemporánea*. Primera edición, Venezuela: Editorial Amolca, Pp370,371,372,375.

²⁸ Koeck, B. (2007). *Prótesis Completas*. Cuarta edición. España: Editorial Elsevier Masson. P2.

Las contraindicaciones sistémicas absolutas son esencialmente los estados de falta de coordinación motora grave (ej., Enfermedad de Huntington o corea) que, por ser responsables de movimientos involuntarios continuos, no permiten que la prótesis se apoye sobre el tejido subyacente y mantenga el sellado periférico, las psicosis o las demencias graves, ya que existe el peligro de que la prótesis sea tragada por el paciente.

Las contraindicaciones sistémicas relativas se refieren esencialmente a los estados metabólicos descompensados (ej., diabetes) y, en consecuencia, la respuesta de los tejidos bucales a las prótesis se ve comprometida por las anomalías metabólicas presentes.

Las contraindicaciones relativas están constituidas por todas aquellas condiciones que permiten tomar impresiones precisas para comenzar el tratamiento. Entre estas, se destacan la presencia de infecciones o inflamaciones de la mucosa (candidiasis, estomatitis); las ulceraciones causadas por prótesis deformadas; la tuberosidad de los maxilares hipertróficos, que no dejan espacio suficiente en los sectores posteriores para la colocación de los dientes artificiales; la presencia de torus palatinos o mandibulares, que pueden obstaculizar la estabilidad protésica; los frenillos labiales superiores altos, que impiden el sellado. (Lilia Bortolotti. Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. P8)

Según Marilia Hernández²⁹: cuando se habla de un paciente geriátrico, por lo general la mayoría de los casos son desdentados parciales y en muchos casos desdentados

²⁹ Hernandez, Marilia. (2001). Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Colombia: Editorial Unibiblos.P40.

totales. A medida de un paciente pierde sus dientes ocurren una serie de cambios de morfología como en la fisiología del sistema estomatognático. Algunos de estos cambios son: Pérdida dentaria, desórdenes miofuncionales, desórdenes de la articulación temporomandibular, lesiones de los tejidos duros del diente, enfermedad periodontal, problemas mucogingivales, pérdida de reborde alveolar, migraciones dentarias y alteraciones del plano oclusal; desgaste oclusal, pérdida de dimensión vertical, colapso de mordida posterior y problemas estéticos.

2.4.6 Patologías asociadas al uso de prótesis más comúnmente encontradas en la cavidad bucal de los edéntulos.

Según Daniel Telles³⁰ afirma que el uso de prótesis puede llevar a alteraciones en los tejidos de soporte y en los demás tejidos que las rodean. Como tales patologías son comunes y pueden traer dificultades para la ejecución de nuevas prótesis. Es importante destacar que, sugerido durante mucho tiempo, podría haber una asociación entre carcinoma de boca e irritación crónica de tejidos por el uso de prótesis, sin embargo, es indiscutible que la relación no existe. Esa relación equivocada puede ser objeto de grandes perturbaciones emocionales para pacientes que se consideran portadores de un problema de salud grave.

Reabsorción del reborde residual.

Reborde residual es un término usado para describir el formato que toman los alveolos después de las extracciones.

³⁰ Telles, Daniel. (2011). *Prótesis total: convencional y sobre implantes*. Brasil: Editorial Santos. Pp 22, 23, 24,26.

Ese remodelado es responsable por los tres mayores desafíos en la rehabilitación protésica de los edéntulos, la disminución de los rebordes, que dificulta la obtención de prótesis convencionales funcionales y la necesidad estética de recuperar el soporte de los tejidos blandos del tercio inferior del rostro.

En promedio, la maxila pierde cerca de 2 a 4 mm de hueso en el primer año tras las extracciones y 0,1 mm por año en los años subsiguientes. En la mandíbula, la pérdida ósea en el primer año es de 4 a 6 mm y el promedio anual pasa a ser de 0.4 mm⁴. Esta remodelación ósea afecta al funcionamiento de cualquier prótesis que se apoye sobre el reborde residual.

La reabsorción del reborde residual es un fenómeno fácilmente observado en la práctica clínica, pero la secuencia de los eventos biológicos implicados todavía no se comprenden bien. Un hueso que recibe constante estímulos mecánicos tiende a mantener una actividad celular equilibrada entre los osteoclastos y los osteoblastos. Sin embargo, durante la masticación y otros movimientos mandibulares funcionales y, en especial, los parafuncionales los músculos de la masticación producen fuerza en la superficie oclusal de los dientes artificiales, que se transmiten para la base de la prótesis y, posteriormente, para el reborde residual. Se puede atribuir una reabsorción exagerada en una región, como en los casos de síndrome de la combinación descritos anteriormente en este capítulo.

Adicionalmente, cuando el tejido óseo para de recibir estímulos, no consigue mantener tal equilibrio, lo que también puede resultar en pérdida de masa calcificada, llamada atrofia por desuso.

El esqueleto humano acumula masa ósea hasta alrededor de los 30 años de edad, cuando gradualmente empieza a perder hueso. A partir de ahí, la reabsorción del reborde residual también puede ser influenciada por factores sistémicos, como diabetes y osteoporosis.

El retraso de en la cicatrización de los alveólos dentarios tras la extracción, frecuentemente observada en los paciente con la diabetes más controlada, resulta en una mayor pérdida ósea en el reborde remanente.

Una densa red de fibrina normalmente rellena al alveólo inmediatamente después de las extracciones, formando la matriz para aposición ósea, de modo diferente de lo que ocurre en un proceso de osificación endocondral en el cual la matriz es formada por tejido cartilaginoso.

Esto no ocurre integralmente en los pacientes diabéticos, debido a la reducción en la producción de colágeno que normalmente ocurre en los individuos con esa patología.

Candidiasis eritematosa o candidiasis atrófica crónica.

Muchos de los usuarios de Prótesis Removibles desarrollan una respuesta inflamatoria en la mucosa relativa al área de soporte de las prótesis, especialmente en el paladar. Las lesiones pueden ser localizadas o difusas y presentarse con la superficie lisa o papilomatosa.

Los factores que predisponen a esta lesiones son: la presencia de la propia prótesis, disminuye la acción antimicrobiana de la saliva en la mucosa bajo la base de la misma; la mala higiene, que posibilita que se establezcan la condiciones para la proliferación de microorganismos, principalmente *Candida Albicans*; y el uso continuo de la prótesis, especialmente por la noche cuando la producción de saliva disminuye.

La saliva se mueve e diferentes velocidades de acuerdo a la región de la boca. Cuanto más lentamente la película de la saliva se mueve sobre la placa bacteriana, menos eficiente es la remoción de los metabolitos bacterianos, como los ácidos. La presencia de una Prótesis Total prácticamente mantiene la película de saliva estancada sobre su base.

Los factores irritantes locales, como traumatismos mecánicos causados por irregularidades o porosidades presentes en la porción de la base de la prótesis que entra en contacto con la mucosa, pueden ser coadyuvantes en el inicio y en el mantenimiento de las lesiones. Cabe resaltar que tales irregularidades y porosidades surgen como consecuencias respectivamente, de prótesis mal pulidas y problemas

de procesamiento de la resina acrílica. Además, una eventual hipersensibilidad a los componentes de la resina acrílica puede desempeñar un papel semejante.

El tratamiento consiste básicamente en adaptar, regularizar y pulir la superficie interna de la prótesis que entra en contacto con la mucosa; orientar al paciente para que logre una mejoría de la higienización de la prótesis y de las estructuras bucales; y aumentar el tiempo en que el paciente no utiliza la prótesis, especialmente por la noche, para disminuir las tensiones sobre la mucosa.

El uso tópico de sustancias antimicrobianas (como la nistatina o la clorexidina al 0,12 % en forma de gel o gárgaras) acelera el proceso de recuperación, pero no se debe hacerlo aisladamente pues, en caso de que no se corrijan las irregularidades de base de la prótesis y la higiene no mejore, la infección por *Candida albicans* frecuentemente se vuelve recurrente. En casos graves o persistentes, se debe utilizar una medicación sistémica.

Ya cuando las lesiones asumen la forma papilomatosa, los procedimientos previamente descritos pueden hacer que haya una regresión en el cuadro inflamatorio, sin que se logre una regularización completa de los tejidos. El tejido asume una coloración normal, sin embargo de difícil mantenimiento pues persiste la forma papilomatosa. En estos casos, cuando las lesiones tomaren una gran área de la mucosa de sustentación, se indica la remoción quirúrgica de las mismas.

Hiperplasia fibrosa inflamatoria o épulis fisurado

Es común que surjan varias úlceras traumáticas en los primeros días tras la instalación de una Prótesis total. Generalmente estas úlceras son causadas por sobreextensiones en la base de prótesis, por puntos de presión exagerada sobre la base de la prótesis se mueva horizontalmente durante la masticación hiriendo la mucosa subyacente.

A pesar de que estas lesiones no estén relacionadas al carcinoma de boca, en caso de que no retrocedan después de la adecuación de la prótesis, se debe solicitar la evaluación de un estomatólogo. Por otro lado, la respuesta de la mucosa a la permanencia de la irritación crónica puede ser el desarrollo de una hiperplasia fibrosa inflamatoria.

El tratamiento consiste en la reducción de la porción sobreextendida de la base la prótesis y/o la corrección de las discrepancias oclusales. Además, en algunos casos puede ser necesaria la remoción quirúrgica de la lesión, una vez que la presencia de la misma puede dificultar e inclusive hacer inviable la ejecución de una nueva prótesis.

Úlceras Traumáticas

Según el autor Fernando Morales afirma:

“Las úlceras traumáticas son lesiones producidas por el roce constante de los bordes de la prótesis contra la mucosa de soporte. La lesión al igual que otras úlceras de la cavidad oral se presenta circunscrita, con bordes que pueden ser definidos o no, en donde el epitelio superficial ha desaparecido dejando expuesta una superficie roja y muy dolorosa,

sensible a los cambios térmicos y aditivos de las comidas”. (Fernando Morales. Temas prácticos en Geriatria y Gerentología P105).

2.4.7 Xerostomía en los pacientes Adultos mayores

Según ADA & Thomson PDR expresa:

La xerostomía, definida como boca seca o disminución de la salivación, es un efecto secundario que se presenta con frecuencia. Este efecto puede ser exagerado durante el uso prolongado de fármaco en pacientes ancianos y puede, incluso, ser más pronunciado cuando se toman en forma simultánea varios fármacos que causan sequedad de la boca. (Thomson ADA, PDR. Guía ADA/PDR de terapéutica dental. P966)

Importancia de la saliva en la rehabilitación de los edéntulos.

Según Daniel Telles la saliva es el principal componente mediador de las funciones orgánicas que se desarrollan en el interior de la cavidad bucal, constituyéndose en un importante factor de coexistencia, en íntimo contacto, de tejidos blandos, dientes naturales y prótesis, sin que entre los mismos haya agresión.

Las principales funciones de la saliva son: (1) remover los residuos de alimentos y los metabolitos microbianos; (2) acción antibacteriana, antifúngica y antivirótica; (3) iniciar la digestión; (4) lubricar y proteger las mucosas.

Además de estas funciones, la saliva es el principal agente que promueve la retención de las Prótesis a la mucosa subyacente, mientras exista una película de saliva interpuesta entre las mismas. Una saliva fluida genera una película de saliva bien fina (alrededor de 0.1 mm de espesor), lo que aumenta el efecto de capilaridad (tensión de superficie entre las moléculas de un líquido y un sólido) entre la base de la prótesis y la mucosa y, consecuentemente, la retención de la prótesis. Ya una

saliva mas *viscosa* tiende a formar una película más espesa entre la base de la prótesis y la mucosa. Este tipo de película es más fácil de romperse, lo que hace inestable el comportamiento mecánico de la prótesis.

La saliva se compone de dos tipos de secreción: (1) una secreción serosa, que es fina y acuosa, y que contiene una enzima para la digestión de almidones denominada ptialina; y (2) una secreción *mucosa*, mas viscosa, responsable oor la lubricación de los tejidos intraorales. Se determina el grado de viscosidad de la saliva por el tipo de secreción predominante.

La secreción diaria de saliva alcanza normalmente, entre 800 a 1500ml. Un aumento o, principalmente, una reducción en estos niveles pueden traer serias dificultades para la ejecución y el uso de las prótesis. Además de la pérdida de retención la falta de la saliva puede facilitar la formación de ulceraciones traumáticas en la mucosa por el contacto directo de la prótesis con la misma. Los pacientes sometidos a la radioterapia y los portadores del síndrome de Sjörgren generalmente presentan problemas para la utilización de prótesis debido a la disminución del flujo salival.

Las glándulas salivares tienen su funcionamiento subordinado al sistema nerviosos central (SNC). Un aumento del promedio de vida de los seres humanos viene siendo observado, principalmente, porque los individuos han utilizado cada vez más medicamentos para el control y mantenimiento sistémico. La mayoría de estas drogas actúa en el SNC, lo que puede llevar a alteraciones en el flujo salival.

Al tratar pacientes mayores, el odontólogo debe tener en cuenta este hecho y observar que gran parte de ellos presenta xerostomía parcial o total debido a la medicación a la cual se someten, la anamnesis es importante para identificar el tipo de medicamento que el paciente usa y para orientar cuanto a posibles alteraciones del flujo salival y sus consecuencias para el uso de prótesis una vez que, en general, los medicamentos de control sistémico son remedios comúnmente utilizados y que los paciente no pueden dispensar.

El desequilibrio hormonal también puede ser responsable por el cuadro de boca seca. Tras la menopausia, es común que la mujer presente xerostomía seguida de ardor bucal sin causa definida.

Además del examen para determinar si el paciente presenta disminución del flujo salival, se puede hacer algunas preguntas durante la anamnesis para comprobar esta condición. Son ellas:

¿Frecuentemente te preocupas en mantener la boca húmeda?

¿Usted se levanta frecuentemente durante la noche para beber agua?

¿Usted siente sed con mucha frecuencia?

¿Usted tiene dificultades para masticar y/o hablar?

¿Usted suele sentir quemazón o ardor en la lengua?

¿Usted tiene los labios resecaos?

¿Usted ha perdido la sensación gustativa?

Es necesario informar al paciente o a quien le acompaña que ausencia de la saliva dificulta el uso de Prótesis total. Se puede aconsejar que adquiera el hábito de poner pequeñas cantidades de agua en la boca durante el día, sin engullir.

Según Tarley Pessoa de Barros³¹, la Xerostomía asociada con la Diabetes, Artritis Rumatoide y al desequilibrio hormonal de la tiroides (T3, T4 y TSH), puede conllevar al Síndrome de Ardor Bucal, que tiene como característica la afección intraoral dolorosa sin lesiones en la mucosa que se convierte en un criterio de diagnóstico; los pacientes se vuelven crónicos y el dolor se caracteriza por quemazón continua en la mucosa; puede ocurrir alteración del paladar.

Diagnóstico

Según Esther Carramolino³²: El diagnóstico de paciente con boca seca debe comenzar dando al paciente instrucciones generales previas, no deben haber comido, masticado chicle o fumado en la hora previa, es inconveniente realizar esta técnica a primera hora de la mañana para que el paciente pueda permanecer en ayunas. El paciente debe permanecer cómodamente en el sillón dental con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante y con los labios entreabiertos. La saliva se debe acumular en la cavidad oral durante 1 minuto y luego cada minuto debe ser vertida en un embudo de cristal conectado con un tubo de ensayo milimetrado, durante un tiempo total de 5 minutos.

³¹ Pessoa, Tarley. (2008). Odontología Hospitalaria. Madrid: Editorial Medica Ripano. Pp166,167.

³² Carramolino, Esther. (2009). Boca seca y su manejo en la clínica odontológica. En: DENTUM. N° 9 (2009); P27

En el caso de la saliva estimulada, se procede de igual forma, aunque en este caso, el paciente debe masticar ya sea, un comprimido de parafina o estimular también con ácido cítrico al 2%, aplicándolo durante 15 segundos en el dorso lingual en pacientes que no tienen dientes naturales o tienen problemas de masticación. Al final en ambos casos, los tubos con la saliva obtenida se dejan reposar unos minutos para que la espuma producida se decante y así poder seguir con la medición, dividiendo las cantidades obtenidas por 5, para poder representar la cantidad obtenida en milímetros por minuto.

Prevención y tratamiento de la xerostomía

Según el autor Juan Gallardo³³ se puede controlar las complicaciones que trae consigo la Xerostomía mediante:

Prevención primaria

Se debe conservar una perfecta higiene oral, incluyendo visitas regulares al dentista, limitar el consumo de alimentos con azúcares refinados, sobre todo entre comidas, evitar el alcohol y, particularmente el tabaco.

Revisión del tratamiento farmacológico

Evaluar la supresión, sustitución o reducción de dosis de fármacos causantes de xerostomía.

³³ Gallardo. Juan. (2008). *Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento*. En: Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. N° 46. 2008, pag

Profilaxis de caries

Se debe recomendar enjuagues con flúor y clorhexidina, es indispensable la fluoración tópica semestral.

Estimulación de la salivación

En caso de que exista función residual de las glándulas salivales, de forma mecánica se puede aumentar con la masticación de alimentos duros o chicle. Otra manera es mantener semillas de fruta en la boca un ejemplo es el hueso de la aceituna. Se puede utilizar la siguiente formula: disolver 15 gotas de clorhidrato de pilocarpina a 1 % de las soluciones oftálmicas en un vaso con 20 ml de agua para obtener una dosis que semeja a 5mg. También se puede aplicar una o dos gotas de pilocarpina a 5% sobre la lengua tres veces al día. Se puede utilizar una solución a base de ácido cítrico.

Sustitutos de saliva o saliva artificial

Reservados para pacientes con ausencia de parénquima salival funcionante o que no pueden responder a la estimulación. Los sustitutos de la saliva pueden ser la metilcelulosa, como solución acuosa, la carboximetilcelulosa y la hidroximetilcelulosa.

Humectantes: Como enjuague se puede emplear una solución acuosa con glicerina, vaselina y parafina líquida a 50% en solución acuosa.

Medidas generales: Adecuada ingesta de agua, empleo de dentífricos, colutorios o geles que contienen lactoperoxidasas. El efecto analgésico se consigue con bromhexina, solución de difenhidramina y anestésicos locales. Se considerará la aplicación de corticosteroides a muy bajas dosis o antiinflamatorios para evitar las lesiones orales.

2.4.8 Aspecto sistémico

De acuerdo al autor Bassi F. en la primera visita no deben olvidarse algunas patologías o sus terapias relacionadas, ya que pueden condicionar y/o contraindicar algunas posibilidades terapéuticas. Además los tiempos de trabajo se pueden modificar en relación con las condiciones de salud general del paciente.

Es oportuno recordar que los pacientes con graves patologías sistémicas se pueden beneficiar con una rehabilitación de PPR gracias a su poca invasividad y los tiempos de realización relativamente breves.

El odontólogo debe conocer las situaciones (patologías infecciosas) que pueden conllevar riesgos para él y para su equipo.

2.4.9 Aspecto higiénico periodontal:

El uso de un PPR en la cavidad oral conlleva modificaciones desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo de la flora bacteriana

Desde el punto de vista cuantitativo se ha demostrado un aumento de la formación de placa después de la inserción de una PPR no solo sobre las superficies en

contacto directo con la prótesis, sino también sobre el resto de la dentadura. El empeoramiento cualitativo del ecosistema oral sería determinado por un aumento de las formas fuso-espirilares, por lactobacilos y por estreptococo mutans.

Estas condiciones generan un riesgo más elevado de desarrollar caries y formas agresivas de enfermedades periodontales. Los primeros estudios clínicos conducidos en PPR demuestran efectivamente que la inserción de una prótesis parcial removible causa modificaciones periodontales patológicas.

Los estudios de Carlsson, han demostrado un aumento de pérdida de tejido periodontal (pérdida ósea sobre los dientes pilares, movilidad dental, formación de bolsas periodontales) y una incidencia aumentada de caries en relación directa con la presencia de PPR en pacientes que no asistían al control regularmente, indicando la necesidad de controles en el tiempo para reducir el riesgo de lesiones cariosas y periodontales en presencia de PPR.

Un estudio conducido a uno y cinco años por Kratochvil y col., ha encontrado una disminución del sondaje de los dientes pilares, desde el inicio de la terapia hasta el control a los cinco años, solo con motivación e instrucciones de higiene realizadas al inicio del tratamiento.

La serie de estudios conducidos por Bergman, a diez y veinticinco años, ha sellado de modo definitivo la importancia de las instrucciones de higiene oral y de los controles en la gestión del paciente que usa PPR.

Con los recordatorios regulares (anuales) y la remotivación se lograron mantener los niveles de salud periodontal buenos y constantes, no obstante los riesgos ya citados aun con el tiempo.

Para concluir, el mantenimiento de una correcta higiene de la dentadura remanente y de la prótesis, y un programa organizado de recordatorios, pueden controlar el riesgo de enfermedad periodontal y caries influenciando positivamente el éxito de la rehabilitación en el tiempo

La capacidad por parte del paciente de mantener una correcta higiene periodontal y dental y de adherirse a los controles, se convierte en condiciones indispensables para escoger este tipo de rehabilitación en el momento de la discusión del plan de tratamiento.

2.4.10 Aspecto protésico

Una adecuada proyección de la prótesis constituye la base para obtener el éxito de la rehabilitación. El diseño de la prótesis puede condicionar la salud de los dientes y de las estructuras orales remanentes biológica y ecológicamente.

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento con la PPR es la correlación entre la transmisión de las fuerzas de la PPR a los dientes y el daño periodontal consecuente. Si esta correlación existe, una proyección inadecuada puede modificar el pronóstico periodontal de la dentadura

El problema de la inadecuada transmisión de las cargas se verifica sobre todo en edentulismo distal; en este caso la prótesis tiene un soporte mixto dental y mucoso. Debido a la diferente resiliencia de la mucosa con respecto al ligamento periodontal, la PPR sufre durante la función una rotación que puede causar un estrés adicional sobre los pilares.

En casos de edentulismo intercalado, se ha demostrado que la PPR transmite a los dientes pilares las cargas de modo más uniforme que la prótesis fija; gracias a la acción del conector principal las fuerzas se distribuyen también sobre los dientes pilares de la hemiarcada contralateral (crossarchstabilization).

Algunos estudios han evidenciado un aumento de la movilidad de los dientes pilares después de la inserción de la prótesis y un promedio de sondaje mayor para los dientes pilares con respecto a los otros dientes, otros estudios han demostrado lo contrario.

Los elementos dentarios sometidos a carga funcional en presencia de una prótesisremovible a extensión distal se comportan como los dientes sometidos a trauma oclusal: el trauma no ocurre solo por la pérdida o destrucción irreversible del periodonto, si no que puede ser un cofactor de destrucción en caso de presencia de placa bacteriana

El segundo aspecto del diseño es la correlación entre la forma de la prótesis y el aspecto ecológico. El diseño de la prótesis debe permitir una interferencia mínima

con las estructuras orales y facilitar las maniobras de remoción de la placa garantizando un adecuado aspecto funcional de la prótesis.

Las características de la proyección de la PPR no deben comprometer los principios biomecánicos de una correcta distribución de las cargas.

Numerosas investigaciones han confirmado que se observa una inflamación gingival marcada y un empeoramiento de las condiciones periodontales con un aumento de la temperatura del fluido cervical, formación de placa y aumento del sondaje cuando la encía marginal está cubierta con la prótesis.

2.4.11 Valoración morfológico-estructural

Mucosa:

La mucosa para ser trabajada debe estar sana, sin signos de inflamación. La mucosa inflamada debe ser retornada al diagnóstico sano. En la valoración de las mucosas hay que recordar que un epitelio excesivamente delgado es llevado fácilmente a la isquemia y a la ulceración y ofrece una resistencia menor a la carga; para evitar este problema se deben distribuir las cargas sobre una superficie lo más amplia posible.

Es necesario analizar la presencia de crestas fluctuantes que pueda interferir con la estabilidad de la base protésica

Finalmente se valora el nivel de inserción y la forma de los frenillos ya que pueden condicionar el diseño de los ganchos.

Crestas alveolares

Las crestas alveolares remanentes se avalúan por morfología y dimensión mediante inspección y palpación. Unas crestas alveolares bien conservadas y conformadas en “U” proporcionan un soporte y óptimo para las bases protésicas y evitan concentraciones de fuerza excesivas. Las crestas en filo de cuchillo en “V” tienen un área de apoyo reducida. En el caso de crestas muy absorbidas el área de soporte es mínima y no hay posibilidad de ser usada para antagonizar las fuerzas oblicuas y horizontales.

Músculos

La valoración del estado de la musculatura masticatoria y dela columna es particularmente importante en la rehabilitación de la cavidad oral, también en el caso de PPR. La morfología y el volumen de los músculos masticatorios pueden insinuar la fuerza que ejerce el paciente durante la masticación

Lengua

La lengua asume una importancia notable sobre todo en la rehabilitación con prótesis removible.

Con la perdida de los dientes en el sector posterior, cerrando el espacio ocupado por los dientes y por el hueso alveolar, se desplazaposteriormente entrando en contacto con la mejilla, sin variaciones en volumen inicialmente. Luego con el paso del tiempo

aumenta su volumen. En el primero y en el segundo caso, la lengua interfiere con la rehabilitación.

Dentadura residual

El análisis de la dentadura comprende la valoración de la fórmula dental y un examen de los tejidos duros (caries, fracturas coronales, facetas de desgaste, abrasiones y presencia de restauraciones) y de los tejidos periodontales (bolsas, recesiones, furcas, movilidad, relación corona-raíz)

En el paciente adulto mayor, la corona atómica sufre con frecuencia alteraciones debidas a la reabsorción ósea con retracción gingival y exposición de la raíz que deben ser consideradas en la fase diagnóstica. Estas modificaciones exponiendo el cemento radicular, aumentan el riesgo de caries no tratable, ya que a veces imposible el uso de la pieza como pilar, debido a que la relación corona-raíz es desfavorable. En algunos casos, para que esta relación sea positiva, puede estar indicada la sección de la corona anatómica a nivel yuxtangival y una corona de oro con ajuste.

2.4.12 Clasificación del edentulismo parcial:

Dadas las múltiples combinaciones resultantes entre dientes faltantes y dientes remanentes en una arcada parcialmente edéntula, se ha hecho necesaria una clasificación funcional que permita la focalización de los principales tipos de edentulismo parcial. En 1925 Kennedy, propuso una clasificación que sigue en uso hoy

Clase I: comprende el edentulismo distal bilateral. La PPR en este caso tiene un apoyo dentomucoso

Clase II: comprende un edentulismo distal unilateral. También en este tipo el apoyo es dentomucoso

Clase III: comprende un área edéntula intercalada unilateral, delimitada por dientes naturales. La PPR en este caso tiene apoyo solamente dental.

Clase IV: comprende un área edéntula intercalada anterior, en este caso el apoyo de la PPR es dentomucoso.

2.4.13 Valoración funcional

La rehabilitación protésica no puede prescindir de una valoración funcional que tiene la finalidad de permitirle al operador interceptar al paciente aun asintomático, que por acción de nuestra intervención podría ser sintomático y caer en una patología crónica y particularmente debilitante que la disfunción temporomandibular.

Un signo con gran valor diagnóstico fácil de ver es el grado de tensión de la musculatura masticatoria. Se valora a través de la manipulación mandibular. En presencia de una manipulación mandibular difícil o imposible no se debería iniciar nunca un tratamiento de rehabilitación protésica nunca un tratamiento de rehabilitación protésica de una cierta entidad. Para valorar al paciente de modo más profundo, llevar la musculatura a una situación óptima y por tanto iniciar el tratamiento protésico.

Junto con las valoraciones morfológicas y funcionales citadas, el siguiente paso para el procedimiento diagnóstico del paciente parcialmente edéntulo es el análisis de los modelos de estudio.

2.4.14 Guía analítica del plan de tratamiento

Todos estos aspectos diagnósticos pueden ser recogidos y esquematizados en los mapas de orientación clínica y orientación de rehabilitación. Estos mapas recogen de hecho, el análisis de los aspectos psicológicos, sistémicos y específicos del aparato estomatognático.

El mapa de orientación clínica tiene la finalidad de ilustrar los problemas generales, ya sean de tipo sistémico, psicológico, odontológico; de ayudar al operador en la motivación del paciente, y la promemoria sistemática para el operador durante todo el tratamiento.

El mapa de orientación rehabilitativa tiene la finalidad de poner en comparación todos factores favorables y desfavorables del tratamiento de rehabilitación seleccionado. (F. Bassi. Rehabilitación Protésica: Prótesis Parcial y Removible. Pp 11,12,18-23).

2.4.15 Consideraciones periodontales:

Según el autor David Loza a pesar de los riesgos patológicos asociados a la PPR, esta tiene un rol necesario y constructivo en la práctica dental moderna. Una comprensión práctica de la fisiología oral, biomecánica, microbiológica, patológica,

farmacoterapia y psicoterapia, combinado con una aplicación apropiada de biomateriales, permite al dentista controlar la enfermedad y usar la PPR beneficiosamente en bocas donde hay pocos dientes naturales remanentes.

Aunque los cambios en la boca y en la prótesis son inevitables, ha sido demostrado por un estudio longitudinal de 10 años, que la PPR funcionara en pacientes libres de enfermedad periodontal y con un control de placa sostenido como fue diseñada aun en la parte posterior dela boca, sin alterar los dientes naturales remanentes, sus tejidos de soporte y otras partes de la boca, en este estudio se ha demostrado que en las circunstancias descritas, hay poca o ninguna diferencia en la perdida de hueso marginal entre los pilares y los correspondientes dientes no relacionado.

Un plan de tratamiento cuidadoso, casi invariable conduce a una modificación quirúrgica de los dientes naturales de soporte y de los tejidos gingivales circundantes. Otro estudio prospectivo longitudinal con 33 pacientes de edad media. (David Loza. Diseño de Prótesis. P arcial Removible. P97-99).

2.4.16 Adhesivos de prótesis:

De acuerdo al autor John Ivahoe³⁴ afirma que si la superficie que da hacia los tejidos de la cavidad bucal no se halla en estrecho contacto con la base protésica (mediante una película delgada de saliva) la prótesis pierde su estabilidad y se desplaza con facilidad. El mayor espacio que queda entre la base protética y los tejidos es

³⁴ Ivahoe, John. (2011). Prótesis Dental. Venezuela: Editorial Médica Panaméricana. Pp21,27,29,30.

producto de la resorción del hueso subyacente con el tiempo, o de la confección inadecuada de la prótesis. El rebasado de la prótesis suele ser la mejor manera de resolver el problema, pero esto no siempre es posible.

Para evitar este desajuste hay una serie de productos que llenan ese espacio y adhieren la prótesis a la mucosa. Destaquemos que en la mayor parte de los casos, estos materiales adhesivos no hacen falta si se presta la debida atención a los detalles del proceso de confección de la prótesis. No obstante, en casos de urgencia es posible usar estos productos cuando se desea la estabilización inmediata de la prótesis.

Es común que los pacientes se autorreceten los adhesivos protésicos ya que las diversas formulaciones son de venta libre. Básicamente vienen en pasta o en polvo. No hay una clara ventaja de la capacidad de estabilizar una prótesis floja de un tipo muy poco reborde residual, para dar resistencia a la prótesis ante los movimientos laterales de la prótesis (estabilidad), para pacientes edéntulos con hendidura de paladar y para quienes usan prótesis postratamiento de cáncer.

Los pacientes que usan este tipo de productos complementarios deben ser instruidos acerca de la necesidad de retirar los productos con frecuencia de la base protésica así como de los tejidos donde se apoya. No es raro que los pacientes se sigan poniendo el producto adhesivo para afirmar los dientes y no eliminen el material viejo. Estos productos trabajan mejor si se usa una película delgada y muchas veces

el paciente considera que más es mejor y coloca demasiado, lo que hace que la prótesis sea aún más inestable que antes del agregado del adhesivo.

Dos estudios indican que los adhesivos de prótesis causan problemas en algunos pacientes. Primero el sodio puede filtrarse de alguno de estos materiales y ser potencialmente dañino para quienes hacen dietas con bajo contenido de sodio o sin sodio. Los adhesivos en polvo liberan más sodio en la saliva debido a la mayor área superficial de los polvos: por lo tanto, una pasta sería más apropiada para estos pacientes. Segundo, algunos limpiadores de prótesis pueden dejar un pequeño contenido ácido en la saliva y potencialmente podría acidificar los dientes ¡quitar esmalte y dentina superficial! En pacientes que conservan dientes naturales.

2.4.17 Características extraorales:

Se hará la observación de las siguientes características anatómicas extraorales cuando el paciente tiene la boca cerrada (mandíbula en posición de reposo) con los labios en contacto leve: filtro, tubérculo labial, bordes bermellón, surco nasolabial y surco labiomentoniano. El filtro es la depresión de la línea media del labio superior. El labio está cubierto por piel en su superficie externa y por mucosa de los labios superior e inferior es la zona rosada o roja de epitelio más delgado que denomina borde bermellón. El surco nasolabial es una hendidura de profundidad variable que se extiende desde el ala de la nariz para terminar a cierta distancia de la comisura labial. El surco labial es un surco profundo que se halla entre el labio inferior y el mentón. La obliteración o el relleno de los surcos normales mencionados se originan

en tumefacciones causadas por traumatismos, infecciones, quistes o proliferaciones neoplásticas.

2.4.18 Estructuras del vestíbulo bucal

Los arcos dentarios superior e inferior separan la cavidad bucal en un vestíbulo bucal y la cavidad bucal propiamente dicha. Con el paciente en oclusión céntrica, el espacio limitado por los labios y los carrillos por fuera y los dientes y la encía por dentro se denomina vestíbulo bucal. La profundidad del vestíbulo cambia según la manera como se manipule el carrillo o los labios durante la toma de la impresión. La tracción horizontal o los movimientos funcionales de los labios y los carrillos deben moldear los materiales de impresión blandos y reproducir la posición del vestíbulo.

En ambos arcos hay que identificar los siguientes puntos de referencia anatómicos: encía libre, encía insertada, encía no insertada (mucosa alveolar), papila interdental, frenillos vestibulares medios, frenillos vestibulares y eminencias caninas.

El vestíbulo es el sitio donde la mucosa alveolar. Algunos autores denominan pliegue mucovestibular al vestíbulo, denominación que es inadecuada. La profundidad del vestíbulo en los maxilares superior e inferior está determinada por la ubicación del vestíbulo que, a su vez, está determinada por las inserciones musculares del hueso de los maxilares. El músculo que limita el vestíbulo en los maxilares superior e inferior es el buccinador. El músculo nace en la base de la apófisis alveolar a la altura

del primero, segundo y tercero molares y la línea oblicua externa frente a los molares inferiores. También se origina en la apófisis pterigoidea y el rafe pterigomaxilar.

El último reúne el musculo buccinador con el musculo constrictor superior de la faringe. Las fibras del buccinador atraviesan el triángulo retromolador (en la profundidad de la almohadilla retromolar) y se insertan en el rafe pterigomaxilar interno con el musculo pterigoideo interno.

El vestíbulo superior no está sostenido por músculos fuertes sino que tiene pequeños músculos frente a la zona del incisivo lateral denominado musculo incisivo. Además este último, fibras oblicuas del muscula nasal fijan el ala de la nariz al hueso subyacente y a músculos del tabique, que lo insertan. Estos músculos pequeños no forman una barrera ante los tejidos subcutáneos de la cara. Si al tomar una impresión superior se traccionan los labios en sentido vertical en lugar de hacerlo en el horizontal, la acción aumenta artificialmente la profundidad del vestíbulo y el flanco de la prótesis se extenderá hacia el espacio subcutáneo, lo que irrita la mucosa y altera el aspecto facial.

Después de la extracción de los dientes, el hueso que sostiene los dientes (apófisis alveolar) se reabsorbe y, por consiguiente, la profundidad del vestíbulo disminuye. Después de la confección de la prótesis puede hacer falta la creación quirúrgica de un nuevo vestíbulo más profundo.

La encía libre es la parte de la encía que se extiende entre el margen gingival y la encía insertada (aproximadamente a la altura del surco gingival). La encía insertada es la parte de la encía adherida con firmeza al hueso y el cemento subyacentes (tejidos duros que cubren la raíz del diente). La encía no insertada es la parte de la encía que tiene una unión laxa con hueso subyacente. Se continúa con la mucosa alveolar. La papila interdental es la parte de la encía localizada en el espacio interdental. En ciertos pacientes. La encía marginal o libre está separada de la encía insertada por la presencia del surco gingival.

El frenillo labial medio central superior es un pliegue de la mucosa que cubre tejido conectivo denso. No contiene fibras musculares, a diferencia de los frenillos vestibulares laterales. Ancla el labio superior a la encía. El tamaño del frenillo varía según las personas pero suele estar más desarrollado que otros frenillos del vestíbulo. Cuando es anormalmente grande, se extienden hacia la papila interdental entre los dos incisivos centrales superiores. Es frecuente encontrar un frenillo labial medio superior grande cuando hay un diastema (espacios grandes entre los dos incisivos centrales). En muchos pacientes edéntulos la reabsorción del hueso alveolar acerca el reborde alveolar al frenillo. Por consiguiente, puede requerirse la escisión quirúrgica de un frenillo normal antes de iniciar la confección de una prótesis bien hecha. En todos los casos, hay que aliviar las prótesis en la zona del frenillo para no irritar esos pliegues y evitar la futura inestabilidad de la prótesis. La morfología del frenillo vestibular medio inferior es similar al frenillo vestibular medio superior pero suele ser menos desarrollado. La morfología de los frenillos vestibulares laterales inferiores es similar a la de los superiores pero aquí también

menos desarrollados. Contienen fibras musculares del depresor de la comisura labial o triangular (otro musculo de la expresión facial).

La eminencia canina es una saliente ósea en el maxilar y la mandíbula que aloja las raíces de los caninos. La eminencia del maxilar superior levanta el labio superior; su pérdida genera las arrugas labiales de la vejez.

2.4.19 Rebordes alveolares (residuales):

Las raíces de los dientes están sostenidas por la apófisis alveolar de la maxila y la mandíbula. Después de la extracción de todas las piezas, los rebordes alveolares sufren cambios óseos importantes, el mayor de los cuales es observa en el arco inferior. Los estudios indican que el reborde inferior se reabsorbe unas cuatro veces más que el arco superior. La dirección de la reabsorción mandibular es hacia abajo y afuera, mientras que la reabsorción superior es hacia arriba y adentro. El resultado de este patrón de reabsorción suele obligar a una mordida cruzada posterior de la prótesis para mantenerla sobre los rebordes residuales.

La tuberosidad del maxilar es la parte más posterior del reborde alveolar; se halla por distal del último molar. Es una masa abultada de mucosa que cubre una tuberosidad ósea. La tuberosidad del maxilar es importante desde el punto de vista protésico porque es considerada como una zona que soporta fuerzas y porque hay que Hacer su eliminación quirúrgica cuando es demasiado grande y ocupa el espacio que necesita ocupar la prótesis antagonista. La estructura mas distal del reborde residual mandibular es la almohadilla retromolar.

2.4.20 Arco maxilar:

Los puntos de referencia anatómicos del arco superior que pueden afectar la confección de una prótesis incluyen la papila incisiva, las rugas palatinas, el torus palatino, el rafe palatino medio, la úvula, las fóveas palatinas, los surcos hamulares, la zona de sellado palatino posterior y la línea de vibración

La papila incisiva es un tubérculo localizado en el paladar, entre los dos incisivos superiores.

Recubre el agujero incisivo, por el cual salen el nervio incisivo y los vasos sanguíneos. Debido a la sensibilidad de estas estructuras, al colocar la prótesis superior hay que tener la precaución de aliviar toda presión sobre esa zona. La papila incisiva es un buen punto de referencia cuando se modelan los rodets oclusales y se orientan las prótesis porque los estudios señalan que las superficies vestibulares de los incisivos centrales naturales se halan entre 8 y 10 mm por delante de la papila incisiva, y las puntas de los caninos están aproximadamente alineados con el medio de la papila incisiva.

Las rugas palatinas cuando hay, se componen de mucosa irregular que se extiende a ambos lados de la línea media del paladar duro a la altura de los seis dientes anterosuperiores y a veces hasta los premolares. Hace muchos años se creía que estas estructuras podían desempeñar un papel en la fonación y ayudar al paciente a posicionar la lengua. Se confeccionaron prótesis con rugas artificiales para ayudar a los pacientes en este sentido, pero los estudios actuales no indican que las rugas

desempeñen un papel significativo en la fonación o en la posición de la lengua, y se ha dejado de considerar que son importantes al confeccionar prótesis completas superiores.

Cuando está presente, el torus palatino es una prominencia ósea de tamaño y formas variables, que se halla en el medio del paladar duro. Como el tejido que cubre el torus palatino es muy delgado y el torus muy rígido, toda presión causada por una prótesis maxilar al masticar o al deglutir suele traumatizar el tejido, lo irrita y lo ulcera. Se tendrá la precaución de aliviar toda presión causada por la prótesis. Además, un torus palatino agrandado puede actuar como fulcro que desestabiliza la prótesis. Por lo general, el torus que tiene retenciones laterales o se extiende hasta línea de vibración debe ser eliminado por medios quirúrgicos

El rafe palatino medio es una línea en el medio de la mucosa del paladar duro que cubre la sutura ósea palatina media. El tejido de esta zona es muy delgado y la mayoría de los pacientes no tolera la presión de la prótesis. Al instalar la prótesis se tendrá cuidado en el hacer cierto alivio.

La úvula es una proyección muscular que se extiende desde la extensión distal del paladar blando. Se desconoce su función exacta; sin embargo, ayuda a sellar la cavidad bucal y separarla de la cavidad nasal durante la deglución. Hasta hace poco, la enucleación de la úvula y parte del paladar blando (uvulopalatofaringoplastia, UPPP) para tratar de aliviar los síntomas del ronquido y la apnea obstructiva del sueño ha sido difundida en la comunidad médica, sin embargo,

este procedimiento perdió adeptos debido a los pocos casos favorables, una cierta morbilidad ocasionada por este procedimiento y la resultante dificultad en el habla y la deglución de algunos pacientes. No es algo que intervenga en la confección de las prótesis completas.

Las foveas palatinas son dos depresiones a ambos lados de la línea media del paladar, aproximadamente en la unión del paladar blando con el duro. Señalan los sitios donde desembocan los conductos de salida de pequeñas glándulas mucosas del paladar. Suelen ser útiles para identificar la línea de vibración porque generalmente se halla a 2 mm de línea de vibración.

La apófisis hamular es una proyección ósea de la tabla interna del hueso pterigoideo y se halla por distal del tuberosidad del maxilar. Entre la tuberosidad del maxilar y la apófisis hamular hay un surco denominado surco hamular. Este surco es un punto de referencia clínico clave en la confección de un prótesis superior porque la extensión posterior máxima de la prótesis es la línea de vibración que corre a ambos lados de los surcos hamulares.

La apófisis hamular se palpa y es un sitio posible de irritación en pacientes portadores de prótesis cuando esta toca esa zona. El tendón del músculo tensor del velo del paladar cruza la apófisis hamular para alcanzar el paladar blando. Debajo del tendón hay una pequeña bolsa (membrana entre el tendón móvil y la apófisis hamular). Puede haber inflamación y dolor por la irritación mecánica de prótesis inestables.

Si bien no es un punto de referencia anatómico genuino es muy importante localizar la línea de vibración para confeccionar adecuadamente una prótesis completa superior. Aunque no sea exactamente así, se puede considerar que la línea de vibración es la unión entre los paladares blandos y duros y es importante porque es el límite posterior máximo de la prótesis superior.

Esta línea corre a unos 2mm por delante del centro del surco hamular en un lado del arco, sigue la unión de los paladares blandos y duros y termina a unos 2mm por delante del centro del surco hamular opuesto.

Además, la línea de vibración es la extensión distal de la zona de sellado palatino posterior. La zona de sellado palatino posterior es muy importante en la confección de la prótesis superior. Es la zona de tejido comprensible localizada por delante de la línea de vibración y externa a la línea media en el tercio posterior del paladar duro. La extensión distal de esta zona es la línea de vibración, mientras que el borde anterior es indistinguible.

La resiliencia del tejido en esta zona esta dada por la presencia de glándulas mucosas rodeadas de abundante tejido conectivo laxo. La profundidad del tejido comprensible se evalúa por palpación y se le anota como futura referencia. Esta información se usara después de la confección del modelo maestro y es importante para la retención de la prótesis superior.

2.4.21 Arco mandibular

En el maxilar inferior se halla una zona triangular de mucosa gruesa por distal del ultimo molar, básicamente sobre cresta del reborde, que se denomina almohadilla retromolar. Esta almohadilla es importante en la confección de prótesis, tanto del punto de vista de su extensión cuanto desde el del plano de oclusión.

Las almohadillas retromolares deben quedar cubiertas por la prótesis y el plano de oclusión suele estar localizado entre el tercio medio y el tercio superior de esta almohadilla. Extendido entre la apófisis hamular arriba y la zona de la almohadilla retromolar abajo está el pliegue del rafe pterigomandibular. El rafe pterigomandibular, que subyace al pliegue, es la unión entre el musculo buccinador (musculo de la mejilla) y el musculo constructor superior de la faringe. Suele ser visible en la impresión superior cuando está presente, es un punto de referencia excelente para establecer la extensión distal de la prótesis superior. Suele ser insignificante cuando se toma la impresión inferior.

Justo por vestibular de la cresta del reborde inferior en el ángulo distovestibular del arco hay una zona conocida como la escotadura maseterina. Es importante en la confección de la prótesis inferior debido a su influencia en la toma de la impresión. Es una línea orientada en diagonal que va desde la profundidad del vestíbulo en la parte anterior hasta la cresta del reborde en la parte posterior se forma por las acciones del musculo maseterino. Debido a que con frecuencia hay un rollo graso de tejido que cubre el musculo buccinador, por dentro del musculo macetero, muchas

veces hace falta esta zona del carrillo para eliminar el rollo de grasa, particularmente cuando se hace la impresión final. Si no se evalúa adecuadamente esta zona, la prótesis completa inferior terminada queda sobreextendida.

Esta sobreextensión causa bastante malestar al paciente y desaloja la prótesis inferior cuando se abre la boca. La meseta vestibular se halla en el arco inferior y es importante en la confección de la prótesis completa inferior porque es la principal zona que soporta fuerzas en el arco inferior. Es un área limitada en la parte interna por la cresta del reborde residual y de lado externo por la línea oblicua externa; por mesial, limita con el frenillo vestibular y en distal con el musculo macetero. Se halla inmediatamente delante del surco premaseterino. El reborde vestibular se compone de hueso cortical grueso, a diferencia de la cresta del reborde que es fenestrado y se compone de hueso cortical delgado que cubre más hueso esponjo.

La lengua se halla en el piso de la boca. Es importante familiarizarse con las características normales de la lengua porque muchas enfermedades sistémicas como la anémica ferropénica y la anemia perniciosa por ejemplo producen cambios en la lengua. La lengua es importante en la confección de prótesis completa en razón de su gran movilidad y por su participación en la fonación y la deglución. Se comprueba su actividad al tomar las impresiones y cuando se enfilan los dientes de la prótesis inferior. El dorso de los dos tercios anteriores de la lengua es irregular debido a la presencia de proyecciones conocidas como papilas linguales.

La unión entre los dos tercios anteriores y el tercio posterior de la lengua está marcada por un surco en v denominado surco limitante. A lo largo de este surco hay entre 10 y 13 papilas más grandes denominadas papilas circunvaladas o caliciformes.

Para observar estas papilas hay traccionar la lengua hacia adelante. En muchos pacientes se observa que hay varias fisuras normales en el dorso lingual. La superficie ventral de la lengua (superficie inferior) se ancla al piso de la boca mediante un pliegue de la mucosa bucal conocido como frenillo lingual.

A los costados del frenillo lingual se ven vasos de recorridos sinuosos que se traslucen a través de la mucosa delgada y lisa de la lengua. Estos vasos son ramas de la arteria lingual (lingual profunda) y vena lingual (vena ranina). Ramas del nervio lingual acompañan hasta estos vasos. Es conveniente manipular con cuidado los instrumentos dentales dentro de la boca ya que es posible lesionar vasos y nervios.

En el piso de la boca, a ambos lados, se observan pliegues mucosos denominados pliegues sublinguales. En el extremo interno de cada pliegue hay un pequeño abultamiento denominado carúncula sublingual, donde los conductos de las glándulas salivales sublinguales se abren hacia la cavidad bucal. A lo largo del pliegue sublingual vemos numerosos orificios de los conductos de las glándulas salivales sublinguales. El orificio de la glándula parótida se halla en la mucosa del carrillo a la altura del segundo molar superior. El orificio parotídeo está protegido por un agrandamiento mucoso denominado papila parotídea. El orificio de la parotídea

fue usado como punto de referencia anatómico para establecer la altura del plano de oclusión. Debido a su posición en cambio, es muy difícil visualizarlo en muchos pacientes si no se mueve el carrillo hasta una posición poco natural.

A lo largo de las superficies internas de la línea media en el tercio posterior de la mandíbula se palpa un reborde óseo conocido como reborde oblicuo milohioideo o interno (sitio de inserción del musculo milohioideo).

A veces, los rebordes filosos o muy salientes deben ser reducidos por medios quirúrgicos antes de hacer la prótesis completa para disminuir la molestia del paciente. Estas son estructuras importantes en razón de las inserciones de los músculos milohioideos y la influencia de estos músculos en los flancos protésicos.

Algunos pacientes presentan protuberancias óseas laterales en la superficie interna de la mandíbula en la zona de premolares, denominadas torus mandibulares. Muchas veces se las elimina antes de hacer la prótesis.

La extensión más distal de las superficies internas de los rebordes mandibulares terminan en una zona denominada zona o fosa retromilohioidea. La fosa limita por dentro con la parte externa con la mandíbula y el borde más anterior del musculo pterigoideo interno y por fuera con la lengua. La fosa es distal a las fibras más posteriores del musculo milohioideo.

El material de impresión puede extenderse hacia la fosa. Las zonas retromilohioideas opuestas suelen ser retentivas una con respecto de la otra. Una dificultad que se presenta al confeccionar prótesis completas inferiores es que estas retenciones bilaterales complican la toma de las impresiones preliminares y finales.

Así mismo, las prótesis pueden requerir muchos ajustes en esta zona en el momento de su instalación.

En pacientes con mandíbulas atrofiadas, el reborde residual se absorbe hasta la altura de los tubérculos gemínanos, que se palpan con la facilidad. Estas proyecciones óseas linguales de la línea media dan inserción a los músculos genioglosos y genioideo. En esos casos la prótesis se recorta en torno a los tubérculos genianos

2.4.22 Examen intraoral.

Un paciente con xerostomía o saliva excesiva que contiene mucho mucus puede tener dificultad en obtener un sellado adecuado de su prótesis. Si el flujo salival normal se beneficiara con sus cualidades de adhesión y cohesión. Los pacientes con la boca seca no solo tienen mala retención de sus prótesis sino que también mayor tendencia a la sensibilidad de la mucosa bucal. Durante el examen es conveniente observar si tienen reflejo nauseoso. Un reflejo de vomito exagerado complica la confección de un buen aparato de prótesis

2.4.23 Plan de tratamiento.

Antes de confeccionar la prótesis completa definitiva el paciente no deberá tener dolores dentales ni de ATM. Si un paciente tiene dolor en la ATM, se hará todo lo posible para que no tenga antes de confeccionar la prótesis definitiva. Esto puede ser tan simple como modificar las prótesis gastadas existentes con resina acrílica a una dimensión vertical de la oclusión más apropiada o hacer una férula de acrílico para ATM que calce sobre la prótesis existente. Si esto no resuelve el problema puede ser preciso derivarlo a un especialista en dolor bucal y facial antes de confeccionar las prótesis definitivas.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS

3.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

BIBLIOGRÁFICA

Es bibliográfica debido a que se llevó a efecto una recopilación previa de información de distintos medios, entre los que constaron libros de textos y la web.

DE CAMPO

Es de campo porque toda la información bibliográfica se llevó al escenario donde se presentó el problema, con el fin de constatar la presencia para cuya aplicación se requirió el uso de fichas de observación y encuestas.

3.1.2. NIVELES O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratoria: La investigación es exploratoria ya que se realizó una exploración clínica en los pacientes que se atienden en el Centro de Salud Portoviejo, para determinar las causas del problema investigado.

Descriptiva

Porque se describen la artritis y diabetes mellitus prevalentes en el adulto mayor y las prótesis Dentales.

Analítica: Porque se analizó la relación que existe entre la artritis y diabetes mellitus prevalentes en el adulto mayor y su incidencia con el uso de prótesis dentales.

Sintético: Toda la información que ha sido recopilada, con la cual se midió el alcance de los objetivos fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositivo: Porque al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

3.2. TÉCNICAS

OBSERVACIÓN

Se observó la incidencia del uso de prótesis dentales en los pacientes adultos mayores con artritis y diabetes mellitus en el Centro de Salud Portoviejo.

ENCUESTA

Encuesta dirigida a los adultos mayores y familiares de los pacientes adultos mayores atendidos en el “Centro de Salud Portoviejo”.

3.3. INSTRUMENTOS

Ficha de observación

Formulario de encuesta

3.4 RECURSOS

3.4.1. TALENTO HUMANO

Director de tesis

Investigadora

Adultos mayores y representantes o familiares en el Centro de Salud Portoviejo

Familiares de los Adultos mayores del Centro de Salud Portoviejo

3.4.2. TECNOLÓGICOS

Internet

Computadora

Impresora

Cámara

Scanner

Pen drive

3.4.3. MATERIALES

Fotocopias

Equipo de Diagnóstico

Guantes

Mascarillas

Materiales de oficina

Textos relacionados con el tema

Equipo de diagnóstico odontológico.

6.4.4. ECONÓMICOS

Esta investigación tuvo un costo aproximado de **2028.74**

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por los pacientes Adultos mayores del Centro de Salud Portoviejo, que corresponde a pacientes.

3.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra obtenida fue de 98 adultos mayores que acuden al Centro de salud Portoviejo

3.5.3. TIPO DE MUESTREO

Los pacientes fueron seleccionados por muestreo estratificado.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recopilación de la información primaria se adquirió a través de la observación y encuestas realizadas a los adultos mayores.

La información secundaria se obtuvo mediante la recopilación de datos investigados a través de libros, revistas e internet.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información bibliográfica se procesó mediante el software Microsoft Word 2010 y la información estadística en el Software Excel del mismo paquete utilitario de Microsoft. El cronograma se realizó mediante el programa informático Project.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Análisis e interpretación de los resultados

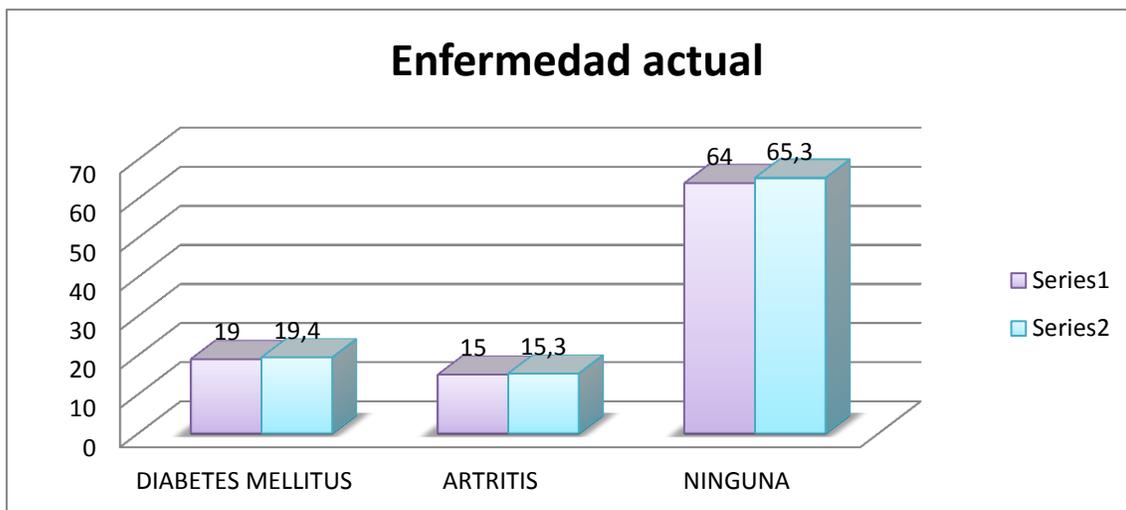
4.1.1. Graficados de la ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

1.- Enfermedad actual

CUADRO N°1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
DIABETES MELLITUS	19	19,4
ARTRITIS	15	15,3
NINGUNA	64	65,3
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°1



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 1 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 98 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Portoviejo. Se observó que 64 pacientes que equivale al 64% no presenta ninguna patología, 19 pacientes que equivalen al 19% presenta diabetes mellitus, 15 pacientes que corresponde al 15% padece de artritis.

Según Richard Mitchell en su libro llamado Compendio de Robins y Cotran señala que:

La Diabetes Mellitus no es una entidad única, sino un grupo de trastornos metabólicos que comportan una característica subyacente común, que es la Hiperglucemia. El efecto es un trastorno crónico del metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas, con complicaciones a largo plazo que afectan a los vasos sanguíneos, riñones, ojos y nervios. A nivel mundial, unos 140 millones de personas padecen diabetes, siendo ésta una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes¹⁴. (Pág17)

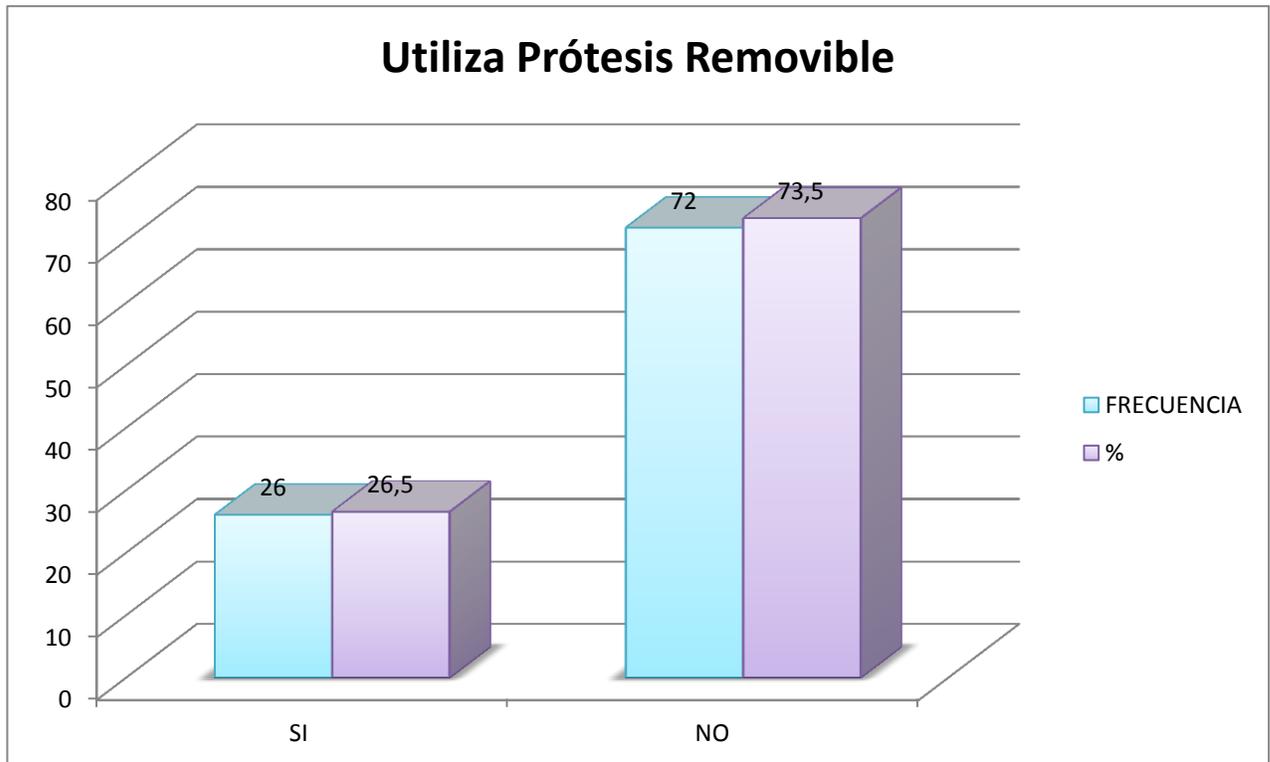
De acuerdo a los resultados de esta investigación, se demuestra que un gran porcentaje de los adultos mayores, presentan diabetes mellitus, siendo esta una de las enfermedades más comunes, que causan un descompensamiento metabólico como se menciona anteriormente y por ende puede alterar los tejidos bucales, siendo el primero el tejido periodontal.

2.- Utiliza prótesis Removible en Boca

CUADRO N°2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	26	26,5
NO	72	73,5
TOTAL	98	100,0

GRÁFICO N°2



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico y cuadro N° 2 se demuestra que de 98 pacientes que corresponden al 100%, 72 pacientes que corresponden al 73,5% no utilizan ningún tipo de Prótesis Dental y 26 pacientes que corresponden a 26,5% se encontró que si utilizan Prótesis Dentales Removibles.

Según Alan Carr en su libro llamado “Prótesis Parcial Removible” afirma que:

Una **dentadura parcial removible** es una prótesis que reemplaza dientes en una arcada parcialmente desdentada, y se puede sacar de la boca y volver a colocarse. Una **dentadura completa** es una prótesis dental que reemplaza toda la dentición natural y se conecta a las estructuras del maxilar y la mandíbula. Está totalmente soportada por los tejidos (membrana, mucosa, tejido conjuntivo y hueso subyacente)³⁰.(Pág.33)

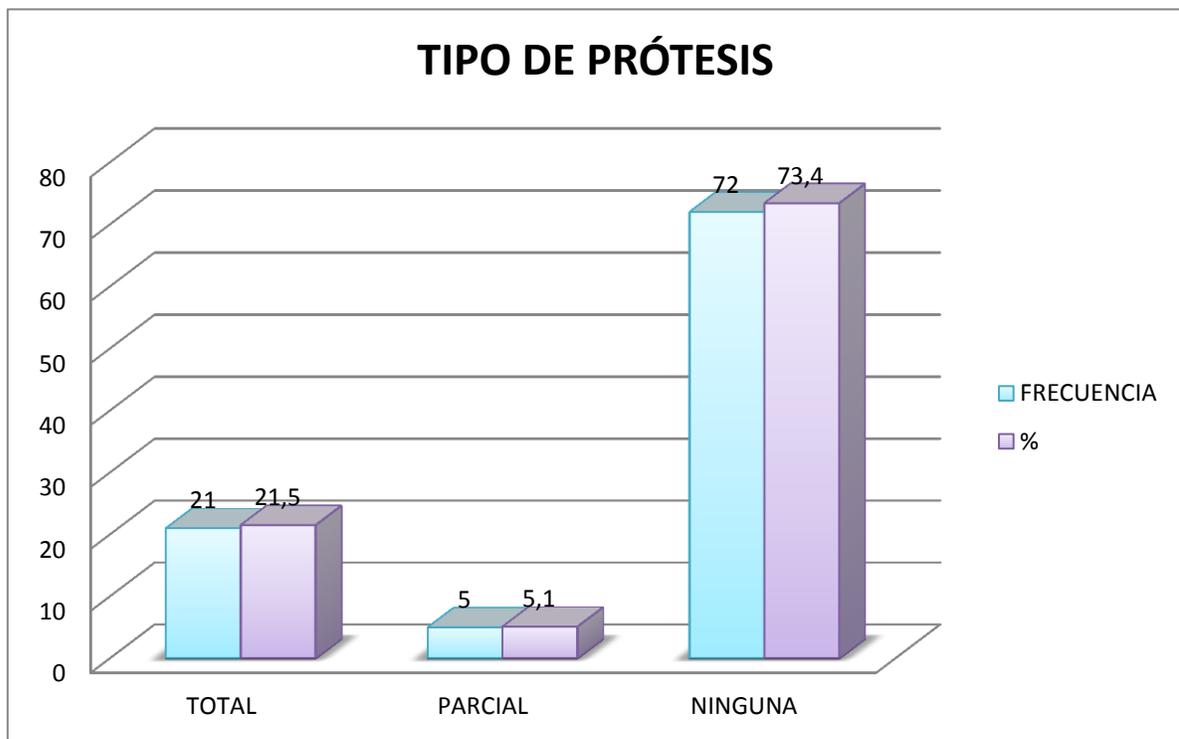
La muestra de las personas que fueron encuestadas junto con lo mencionado del libro, permite interpretar que la mayor parte de la población Adulto mayor no utiliza prótesis dentales, la cual reemplaza la dentición natural, indicando que existe un abandono en la salud oral por parte de estos pacientes.

3.- TIPO DE PRÓTESIS

CUADRO N°3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
TOTAL	21	21,5
PARCIAL	5	5,1
NINGUNA	72	73,4
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°3



Fuente: Ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares o representantes del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En el gráfico y cuadro N° 3 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a los 98 adultos mayores atendidos en el Centro de salud Portoviejo. Se observó que 72 pacientes que corresponden al 73,4% no utilizan ninguna prótesis, 21 pacientes que corresponden a 21,5% usan prótesis total y 5 pacientes que corresponden al 5,1% usan prótesis parcial.

Según B. Koeck en su libro llamado Prótesis Completas afirma:

El tratamiento de los maxilares edéntulos con prótesis completas o totales es una de las intervenciones más difíciles en Odontología. La elevada frecuencia de complicaciones, que diversos autores cifran entre el 20% y el 90%, condiciona que la reconstrucción de la forma y la función de los dientes sea un modo de tratamiento con un gran número de factores de inseguridad. Tras la pérdida de las piezas dentarias se dispone de pocos o ningún punto de referencia sobre la forma y el color de los dientes, su distribución en las tres dimensiones y la relación entre los maxilares y la forma de oclusión del complejo masticatorio. La pérdida de dientes determina cambios en el patrón de función neuromuscular, la capacidad de adaptación del individuo a la prótesis es muy variable y en muchos enfermos las prótesis completas son rechazadas o no toleradas. La capacidad de estabilizar el cuerpo de la prótesis con ayuda de la musculatura perioral para asegurarla se pierde con frecuencia con el envejecimiento³⁵. (Pág. 37)

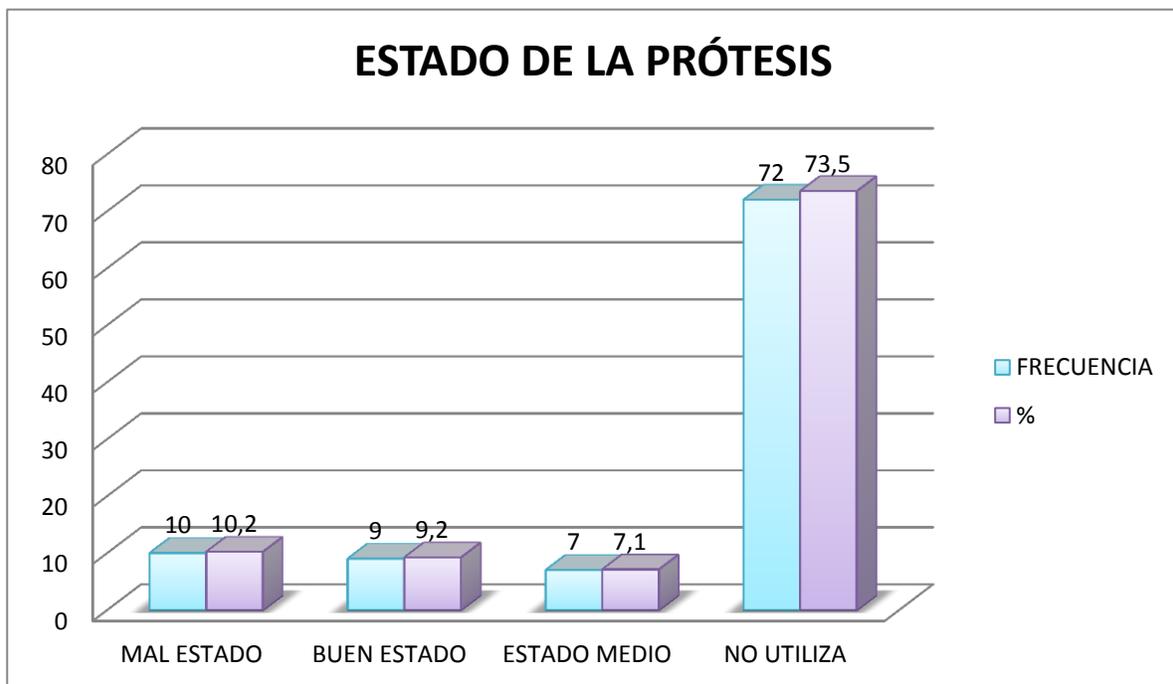
De acuerdo a lo mencionado con el autor, la confección de una prótesis total es un tratamiento complicado en odontología, debido a que la adaptación de ella suele convertirse en un problema con el tiempo, ya que el adulto mayor muchas veces le resulta intolerable, esto coincide con la fichas de observación puesto que el mayor porcentaje no utiliza prótesis dentales.

4.-ESTADO DE LA PRÓTESIS

CUADRO N°4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
MAL ESTADO	10	10,2
BUEN ESTADO	9	9,2
ESTADO MEDIO	7	7,1
NO UTILIZA	72	73,5
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°4



Fuente: Ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el grafico N^o 2 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a los 100 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Portoviejo. Se observó que 74 pacientes que corresponden al 74% no utiliza prótesis, 10 pacientes que corresponden al 10% tienen sus prótesis dentales en mal estado y 9 pacientes que corresponden al 9% tienen sus prótesis en buen estado. 7 pacientes correspondientes al 7% poseen prótesis en estado medio.

Según Beatriz García Alpizar en su artículo en la Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos afirma que:

Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, 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 sociedad²⁹.(Pág.32)

En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, están desajustadas, incorrectamente confeccionadas o en mal estado, producen daños que contribuyen aún más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan, en todos los aspectos, la salud de las personas, sobre todo a los ancianos²⁸.

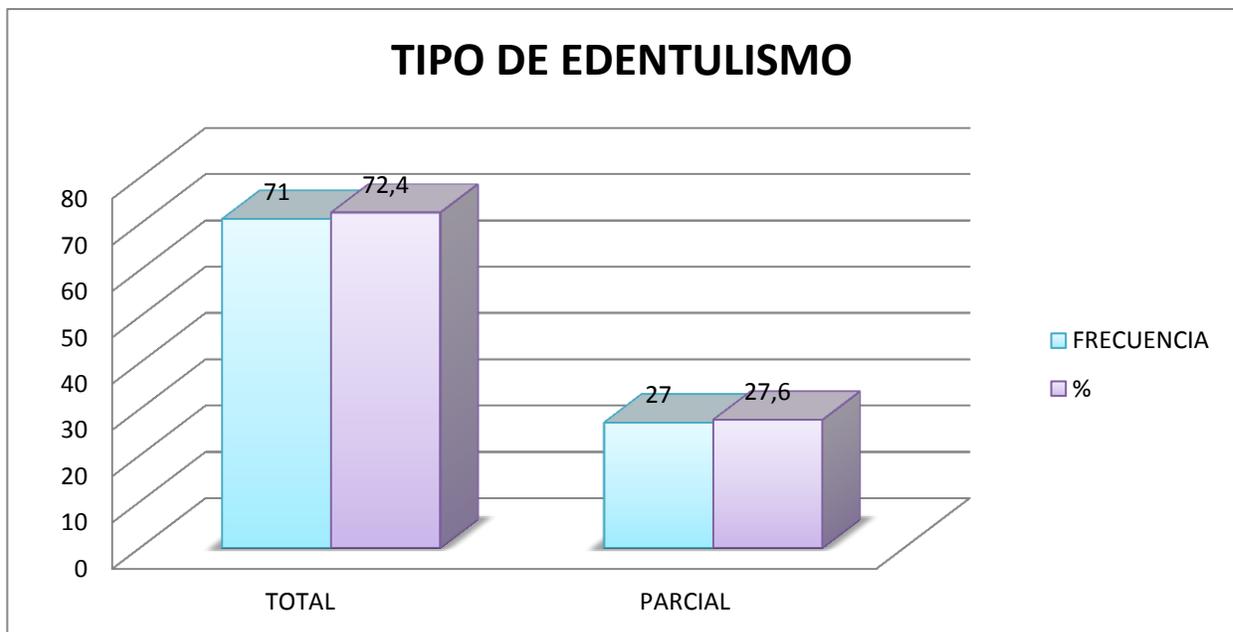
De los resultados obtenidos en la ficha de observación señala que de los pacientes que utilizan prótesis dentales, un mayor porcentaje posee prótesis en mal estado lo que podría causar en ellos alteraciones a nivel de los tejidos bucales incrementando los problemas en la salud bucal de los mismos.

5.- TIPO DE EDENTULISMO

CUADRO N°5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
TOTAL	71	72,4
PARCIAL	27	27,6
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°5



Fuente: Ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 3 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a los 100 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Portoviejo. Se observó que un 73 pacientes que corresponden al 73% presentan edentulismo Total y 27 que corresponden al 27% presentan edentulismo Parcial.

Según Lilia Bortolotti en su libro llamado Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones determina que:

Los pacientes que llegan a nuestra consulta y que necesitan de un tratamiento protésico removible, total o parcial, son generalmente individuos en edad anciana, ya portadores de prótesis, a menudo distorsionadas debido a modificaciones y a rebasados por la pérdida progresiva de elementos dentales; con gran frecuencia presentan malas condiciones higiénicas de los dientes residuales, de los tejidos de soporte y de los aparatos protésicos. Si los dientes perdidos nunca fueron sustituidos, los dientes remanentes no están en grado de proveer una masticación adecuada, o el paciente es portador de prótesis incompletas, desproporcionadas, que producen dolor si se someten a la carga masticatoria, se compromete el estado nutricional, debido a las restricciones dietéticas que imponen los pacientes para superar este inconveniente³¹.(Pág.33)

De acuerdo con los resultados obtenidos de las fichas de observación y lo descrito por el autor los adultos mayores son pacientes que llegan a la consulta observándose como punto indispensable la pérdida progresiva de piezas dentales,

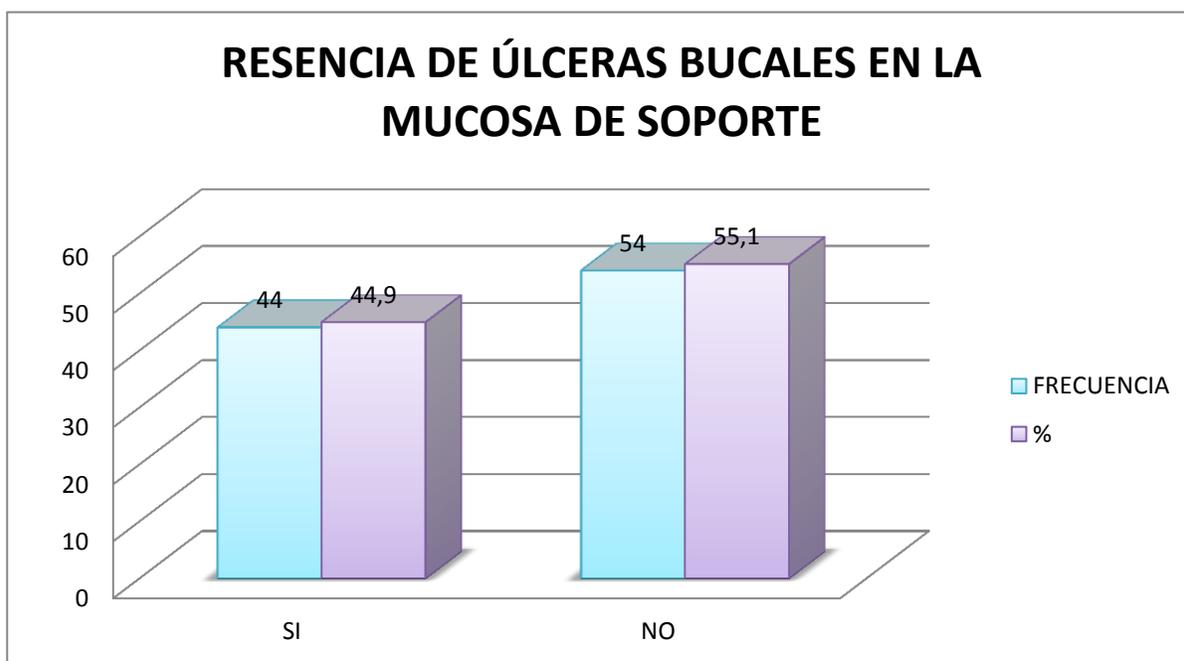
clasificando a éstos como pacientes edéntulos ya sea total o parcialmente; la mayoría ya sea por problemas sistémicos, por prótesis en mal estado o por una incorrecta higiene del paciente, se convierten en edéntulos totales, tal como se muestra en el gráfico.

6.- PRESENCIA DE ÚLCERAS BUCALES EN LA MUCOSA DE SOPORTE

GRÁFICO N°6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	44	44,9
NO	54	55,1
TOTAL	98	100

CUADRO N°6



Fuente: Ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 4 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a los 100 adultos mayores atendidos en el Centro de salud Portoviejo. Se observó que 56 pacientes que corresponden al 56% **no** presentan úlceras bucales en la mucosa de soporte. Y 44 pacientes que corresponden al 44% **si** presentan úlceras bucales en la mucosa de soporte.

Según el autor Daniel Telles, en su libro llamado Prótesis Total: Convencional y sobre Implantes establece:

La secreción diaria de saliva alcanza normalmente, entre 800 a 1500ml. Un aumento o, principalmente, una reducción en estos niveles pueden traer serias dificultades para la ejecución y el uso de las prótesis. Además de la pérdida de retención la falta de la saliva puede facilitar la formación de ulceraciones traumáticas en la mucosa por el contacto directo de la prótesis con la misma⁴⁴. (Pág.46)

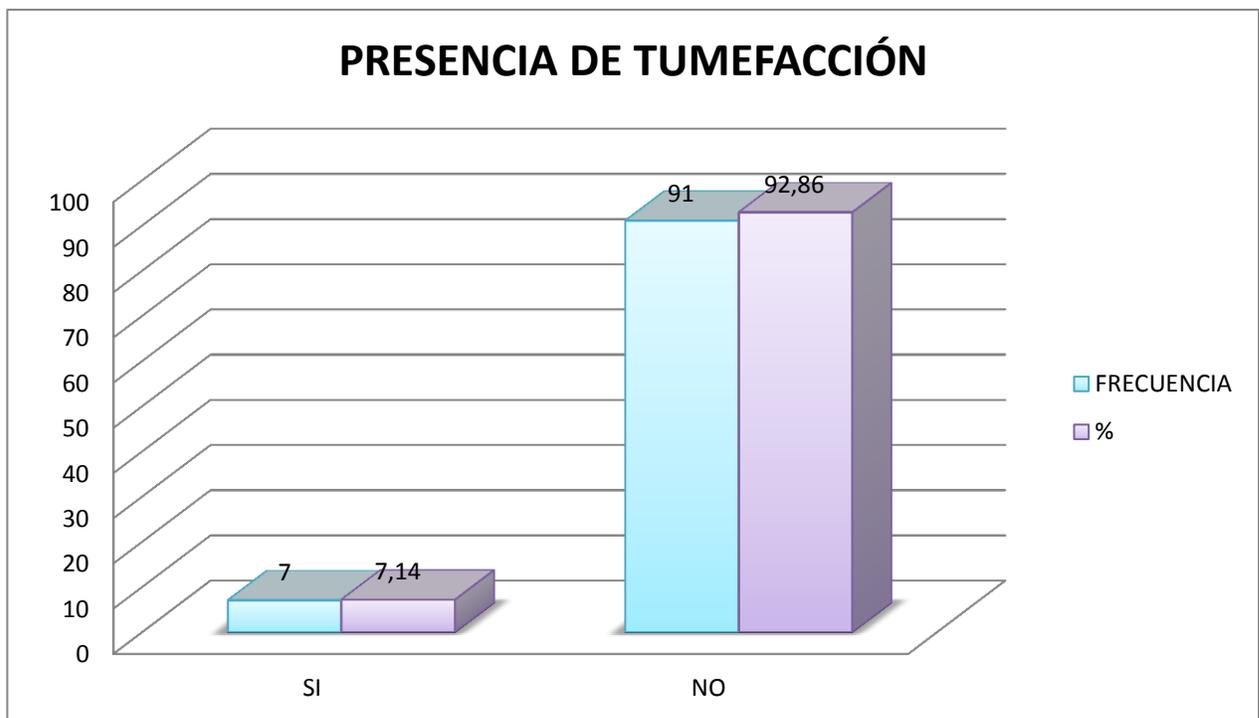
De acuerdo a los resultados obtenidos en la ficha de observación, la mayoría de los adultos mayores no poseen úlceras bucales; relacionando con lo que dice el autor las úlceras pueden ser a causa de la falta de salivación combinado con el uso de prótesis.

7.- PRESENCIA DE TUMEFACCIÓN

CUADRO N°7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	7	7,14
NO	91	92,86
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°7



Fuente: Ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N^o 5 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a los 100 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Portoviejo. Se observó que 93 pacientes que corresponden al 93% **no** presentan tumefacción y 7 pacientes que corresponden al 7% **si** presentaron tumefacción.

Según Gisselle M. Chávez en un artículo de la Revista Cubana de Estomatología establece que:

Estudios recientes también corroboran el compromiso común de la ATM en pacientes con artritis reumatoide y en pacientes con otras formas de enfermedades reumáticas, encontrando movilidad disminuida de la articulación, asociada con erosión del cóndilo, encontrándose clínicamente como consecuencia una apertura bucal disminuida y sensibilidad de los músculos masticatorios los síntomas son generalmente moderados, y pueden causar un marcado daño de las funciones cotidianas, tales como masticar y hablar. Para *Durando* y colaboradores, los síntomas más frecuentes son dolor durante el movimiento, sensibilidad a la palpación, rigidez, crepitación y tumefacción¹².(Pág 17)

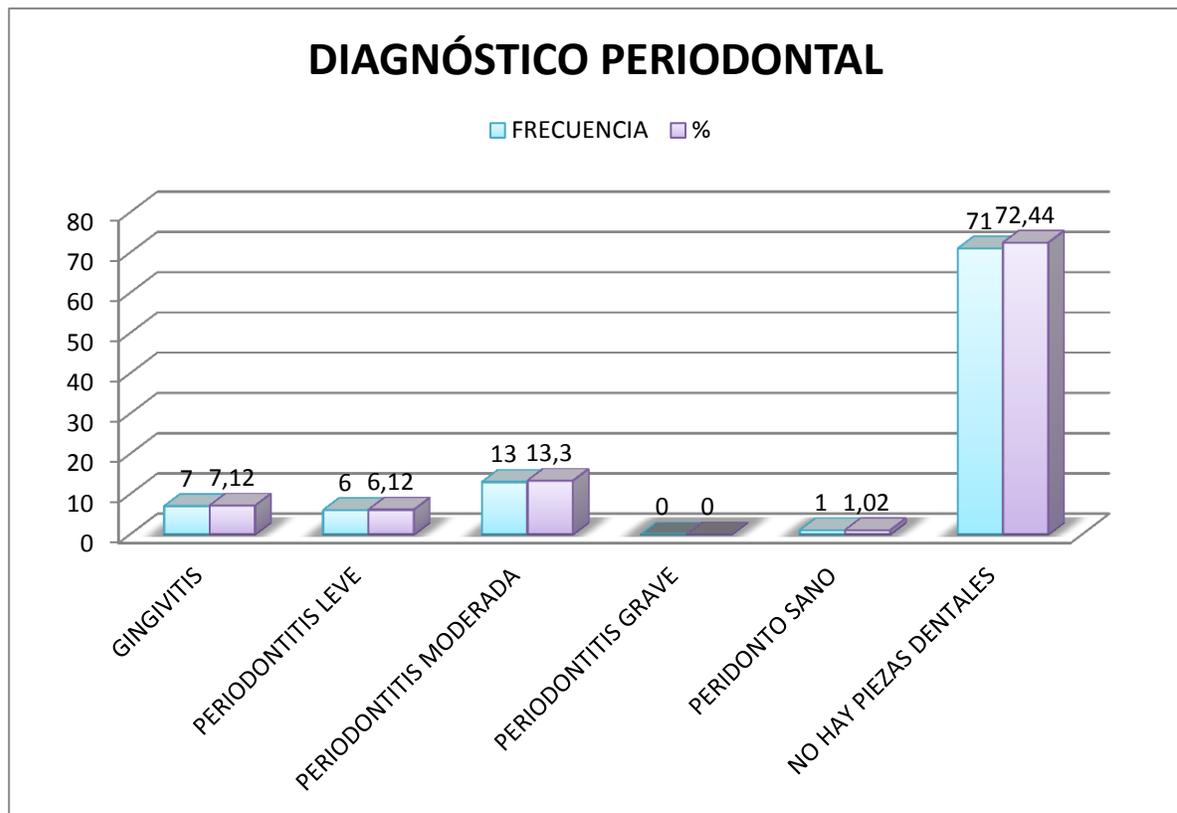
Relacionando lo mencionado por el autor la presencia de tumefacción a nivel del oído es un síntoma característico de los adultos mayores que poseen Artritis reumatoide, gran porcentaje de adultos mayores no presentan este tipo de problema, lo que por ende señala que no hay ellos este tipo de enfermedad reumática, sin embargo no hay que ignorar que un paciente con este tipo de enfermedad presenta manifestaciones importantes que impedirían el uso de prótesis dentales.

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

CUADRO N°8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
GINGIVITIS	7	7,12
PERIODONTITIS LEVE	6	6,12
PERIODONTITIS MODERADA	13	13,3
PERIODONTITIS GRAVE	0	0
PERIDONTO SANO	1	1,02
NO HAY PIEZAS DENTALES	71	72,44
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°8



Fuente: Ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N^o 6 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a los 100 adultos mayores atendidos en el Centro de salud Portoviejo. Se observó que 73 pacientes que corresponden al 73% indica que No hay piezas dentales, que 13 pacientes que corresponden al 13% presentan Periodontitis moderada, 7 pacientes que corresponden al 7% presentan gingivitis, 6 pacientes que corresponden al 6% presentan periodontitis leve, 1 paciente que corresponde al 1% presentan periodonto sano, y 0 pacientes que corresponden al 0% indico periodontitis grave.

Según el autor Francisco Enrile de Rojas en su libro llamado Manual de higiene bucal establece que:

Una periodontitis leve presenta bolsas poco profundas de 4-5 mm sin presencia de movilidad dental no hay afectación de furcas, la pérdida ósea radiográfica es inferior a un tercio de longitud de la raíz y no hay movilidad. Se habla de una periodontitis moderada cuando hay signos de bolsas periodontales de profundidad media es decir 5-6mm, hay movilidad en dientes y molares, radiográficamente se encuentra pérdida ósea entre uno o dos tercios de la longitud de la raíz y afectación incipiente de la furcación. Finalmente hablamos de una periodontitis grave o avanzada, cuando encontramos signos como bolsas profundas superiores a 6 mm, existe una afectación de la furcas notoria, la pérdida ósea radiográfica es superior a los dos tercios de la longitud de la raíz y movilidad importante tanto en dientes uni como plurirradiculares²⁷.(Pág.27)

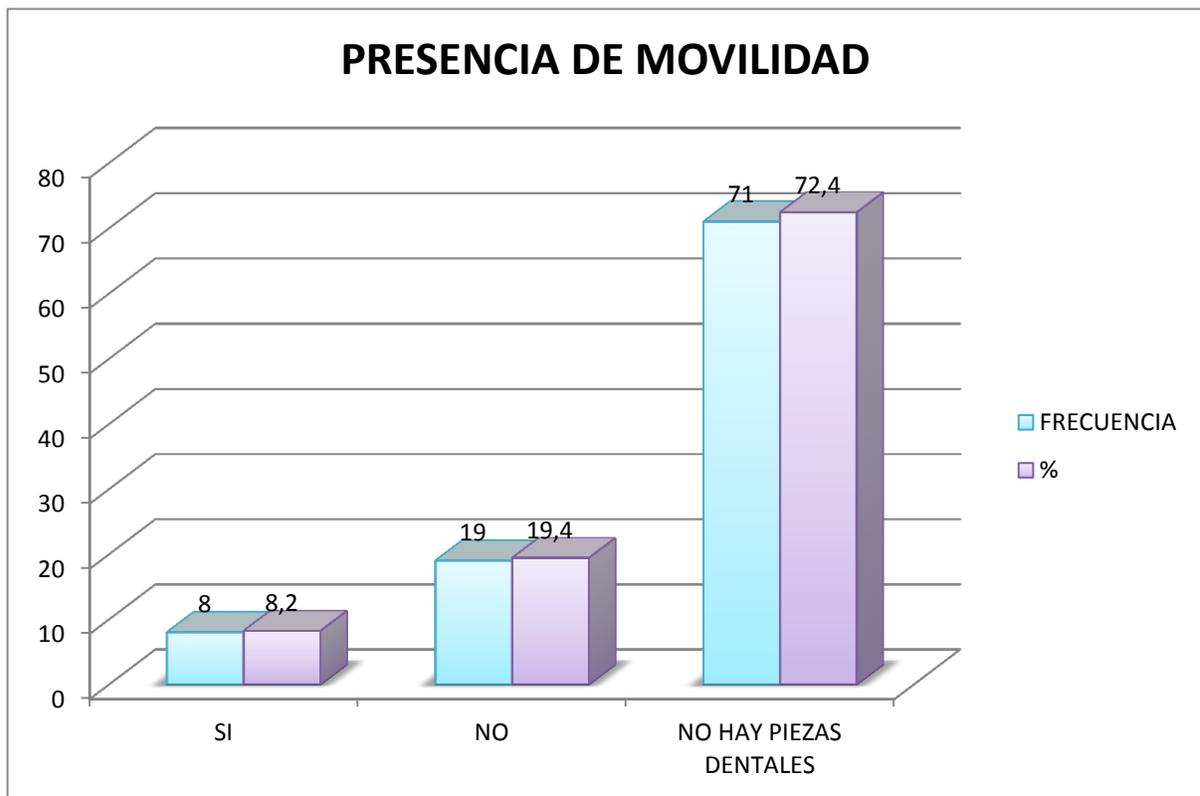
De acuerdo a los resultados obtenidos de esta investigación, se demuestra que un gran porcentaje de los adultos mayores no presentan piezas dentales, sin embargo los que poseen piezas dentales la mayoría padece de una periodontitis moderada, la cual suele ser una de las contraindicaciones principales para realizar prótesis, ya que los dientes remanentes no se encuentran en condiciones para ser utilizado como pilar, y una prótesis solo conllevaría a ocasionar resultados negativos como extracciones y mayor acumulación de cálculo y una enfermedad periodontal más avanzada.

9.- PRESENCIA DE MOVILIDAD

CUADRO N°9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	8	8,2
NO	19	19,4
NO HAY PIEZAS DENTALES	71	72,4
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°9



Fuente: Ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 7 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a los 100 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Portoviejo. Se observó que en 73 pacientes que corresponden al 73% **no hay piezas dentales**, 19 pacientes que corresponden al 19% **no** presentan movilidad y 8 pacientes que corresponden al 8% **SI** presentan movilidad.

Según el autor F. BASSI en su libro llamado Rehabilitación Protésica: Prótesis Parcial Removible, los estudios de Carlsson, han demostrado una aumento de perdida de tejido periodontal (pérdida ósea sobre los dientes pilares, movilidad dental, formación de bolsas periodontales) y una incidencia aumentada de caries en relación directa con la presencia de PPR en pacientes que no asistían al control regularmente, indicando la necesidad de controles en el tiempo para reducir el riesgo de lesiones cariosas y periodontales en presencia de PPR ⁴⁵. (Pág53)

Los resultados de la muestra investigada, muestran que son pocas las personas adultos mayores que poseen movilidad en piezas dentales, a pesar de que la mayoría de los pacientes han tenido pérdida total de su dentadura, esto indica que existe un problema que conlleva a la extracción de las piezas dentales, ya sea por una periodontitis que puede llegar al punto de una pérdida total de soporte y dar como resultado una movilidad avanzada y que hace que estos pacientes opten por extracciones dentales.

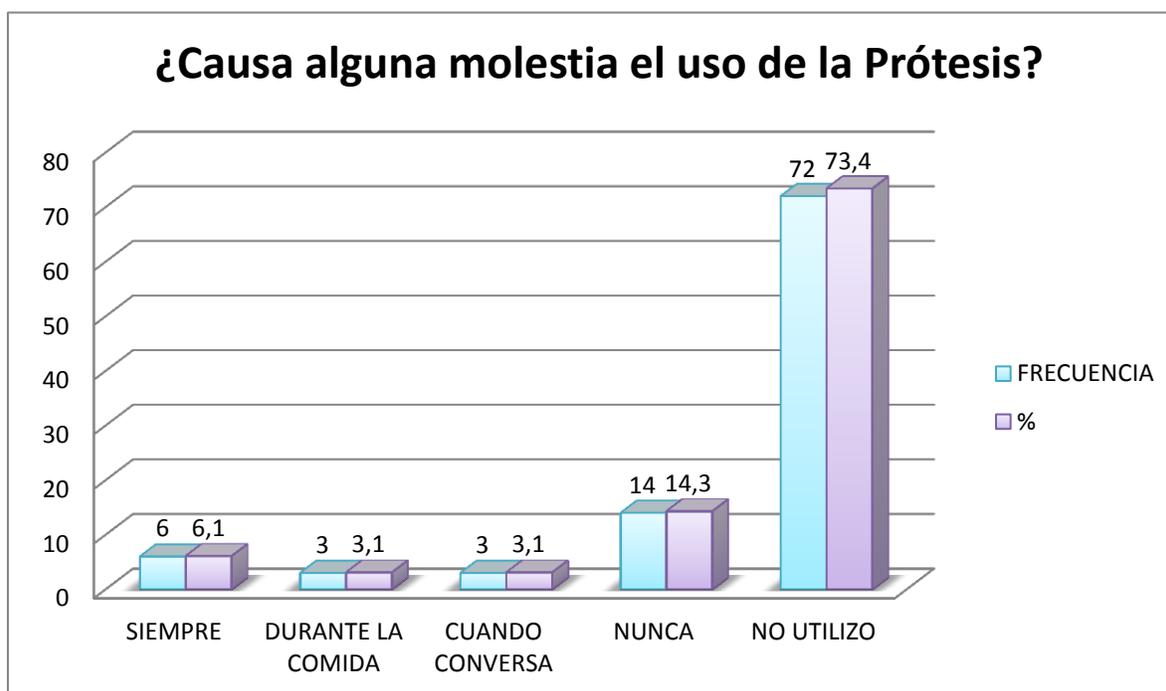
7.1.2. Encuesta realizadas a los adultos mayores y familiares o representantes del Centro de salud "Portoviejo".

Pregunta N°1.- ¿Causa alguna molestia el uso de la Prótesis?

CUADRO N°1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	6	6,1
DURANTE LA COMIDA	3	3,1
CUANDO CONVERSA	3	3,1
NUNCA	14	14,3
NO UTILIZO	72	73,4
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°1



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 3 de 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes atendidos que representan el 100%, 74 pacientes que corresponden al 74% no utilizan prótesis dentales, 14 pacientes que corresponden al 14% nunca tienen molestias por el uso de las prótesis dentales, 6 pacientes que corresponden al 6% siempre tienen molestias por el uso de las prótesis dentales, 3 personas que corresponden al 3% afirman que cuando conversa sienten molestias, 3 personas que corresponden al 3% afirman que durante la comida sienten molestias.

Según David Loza en su libro de Prótesis Parcial Removible establece que:

Algunos dentistas afirman que la Prótesis parcial Removible debería ser considerada como una restauración provisional porque sus portadores terminan como edéntulos totales, debido a que la prótesis parcial removible deteriora la salud de la dentición remanente y de los tejidos circundantes, causando molestias al paciente, por el uso de éstas. El impacto de la prótesis parcial removible sobre los dientes, las encías y otros tejidos de soporte ha sido el foco de considerable investigación por muchos años. Numerosos estudios han demostrado, sin duda, que estas prótesis pueden ser destructivas. La Prótesis parcial Removible está asociada con pérdida de la inserción periodontal y del hueso alveolar adyacente al pilar. Las Fuerzas excesivas pueden ser transmitidas a los pilares generalmente de dos fuentes, la oclusión y el movimiento de la prótesis parcial removible²³.(Pág.35)

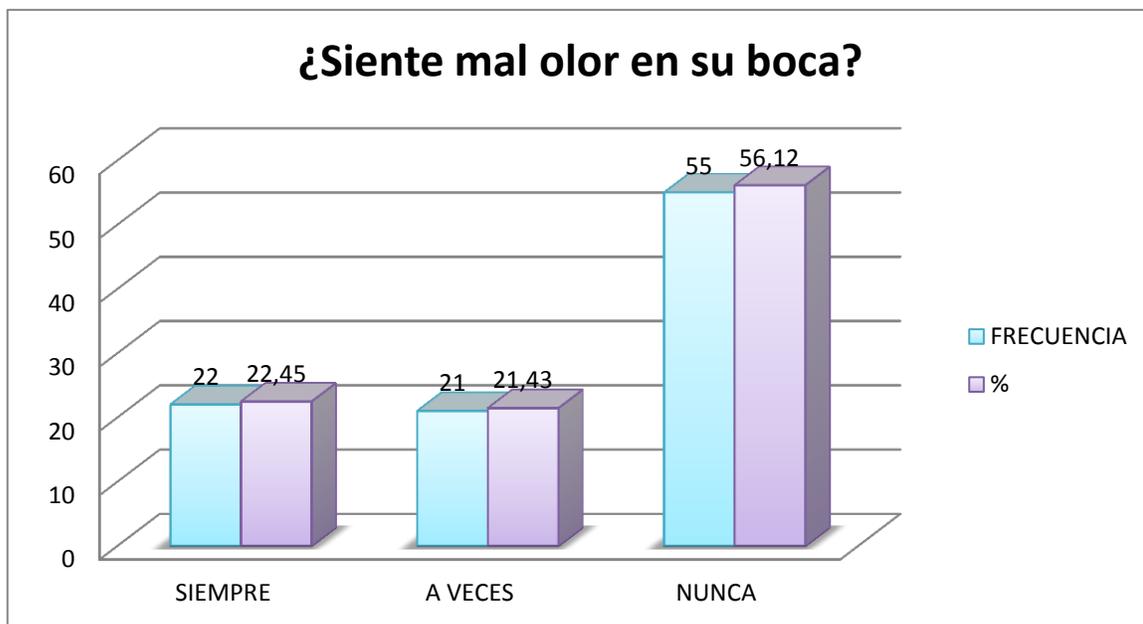
De los resultados obtenidos en la encuesta realizada a los adultos mayores y representantes de los mismos, se establece que de los pacientes que si utilizan prótesis, un mayor porcentaje de éstos no siente molestia alguna, sin embargo la diferencia que no es muy notoria presenta síntomas de incomodidad al uso de las prótesis, lo cual puede causar deterioro en la salud oral, tanto en pacientes edéntulos totales como parciales.

Pregunta N°2.- ¿Siente mal olor en su boca?

CUADRO N°2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	22	22,45
A VECES	21	21,43
NUNCA	55	56,12
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°2



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En el gráfico y cuadro N^o 2 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes atendidos en el Centro de Salud Portoviejo. Los cuales 57 pacientes que corresponden al 57% afirman que nunca presentan mal olor en la boca, 22 pacientes que corresponden al 22% siempre sienten mal olor en la boca y 21 personas que corresponde al 21% a veces sienten mal olor en su boca.

Según Fernando Morales en su libro llamado Temas prácticos en Geriatria y Gerontología establece que:

Clínicamente se puede observar en el adulto mayor: inflamación crónica de las encías, sangrados espontáneos, presencia de bolsas periodontales, perdida y migración de piezas dentales, movilidad dental de leve a severa, presencia de exudados purulentos y líquidos de la inflamación, recesión del borde marginal de la encía, presencia de cálculo dental supra e infra gingival y pérdida del nivel óseo del reborde alveolar con exposición clínica de las raíces. La presencia de halitosis es un factor característico y que muchas veces es la razón por la cual acude el paciente primera instancia a someterse a tratamiento²⁶.(Pág.25)

De acuerdo a lo que expresa el autor, en el adulto mayor la halitosis es un factor característico de éstos, y aunque no es muy notoria la diferencia, en los resultados obtenidos en la encuesta, la mayoría de los pacientes no posee mal olor en boca, sin

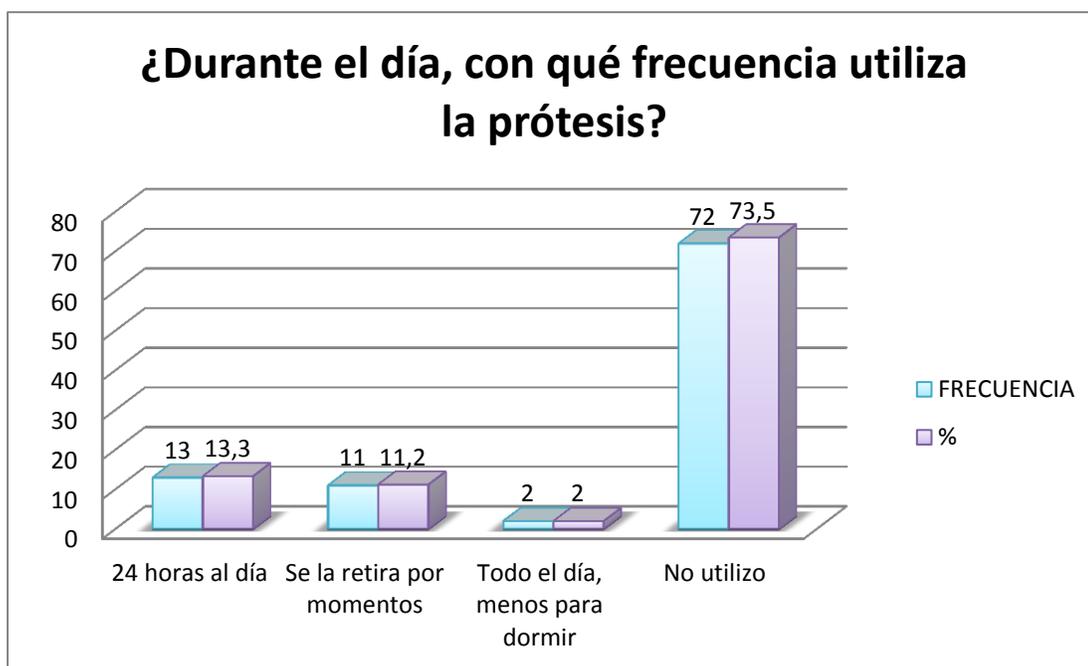
embargo no se puede denominar irrelevante, ya que en los adultos mayores, la presencia de halitosis denota la existencia de un problema ya sea en la salud oral o general.

Pregunta N°3.- ¿Durante el día, con qué frecuencia utiliza la prótesis?

CUADRO N°3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
24 horas al día	13	13,3
Se la retira por momentos	11	11,2
Todo el día, menos para dormir	2	2
No utilizo	72	73,5
Total	98	100

GRÁFICO N°3



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N° 3 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes; atendidos en el Centro de Salud Portoviejo. 74 pacientes que corresponden al 74% eligieron la opción no utilizo prótesis dental, 13 pacientes que corresponden al 13% utilizan la prótesis 24 horas al día, 11 pacientes que corresponden al 11% afirma que la prótesis se la retira por momentos. 2 pacientes que equivale al 2% afirma utilizar la prótesis todo el día, menos para dormir.

Según Mauricio Gómez en su libro llamado Fundamentos de la Odontología: Periodoncia afirma que:

El uso de una prótesis o dentadura parcial removible. (DPR) es una situación compleja en la medida en que dos tipos de tejidos diferentes – encía/ mucosa alveolar y dientes remanentes- deben servir simultáneamente como estructura de soporte a un elemento mecánico inactivo. Especial cuidado debe tenerse en que las fuerzas resultantes de su utilización no produzcan excesiva tensión unilateral en cualquiera de las estructuras de soporte. En términos generales, la unidad funcional del sistema estomatognático debe sincronizarse con una prótesis inerte de manera dinámica. Esto debe lograrse con el remplazo de los dientes perdidos en interacción armónica entre la prótesis y todos los tejidos comprometidos en la masticación, deglución, articulación, fonética y estética. Solo en ese momento se obtiene una “interacción técnico-biológica” entre tejidos vitales y la prótesis inerte funcional³⁴.(Pág35)

De los resultados obtenidos en las encuestas a los Adultos mayores y representantes, relacionando lo que asevera el autor, el mayor porcentaje de los que utilizan prótesis han logrado una adecuada sincronización con estas, obteniendo una “interacción

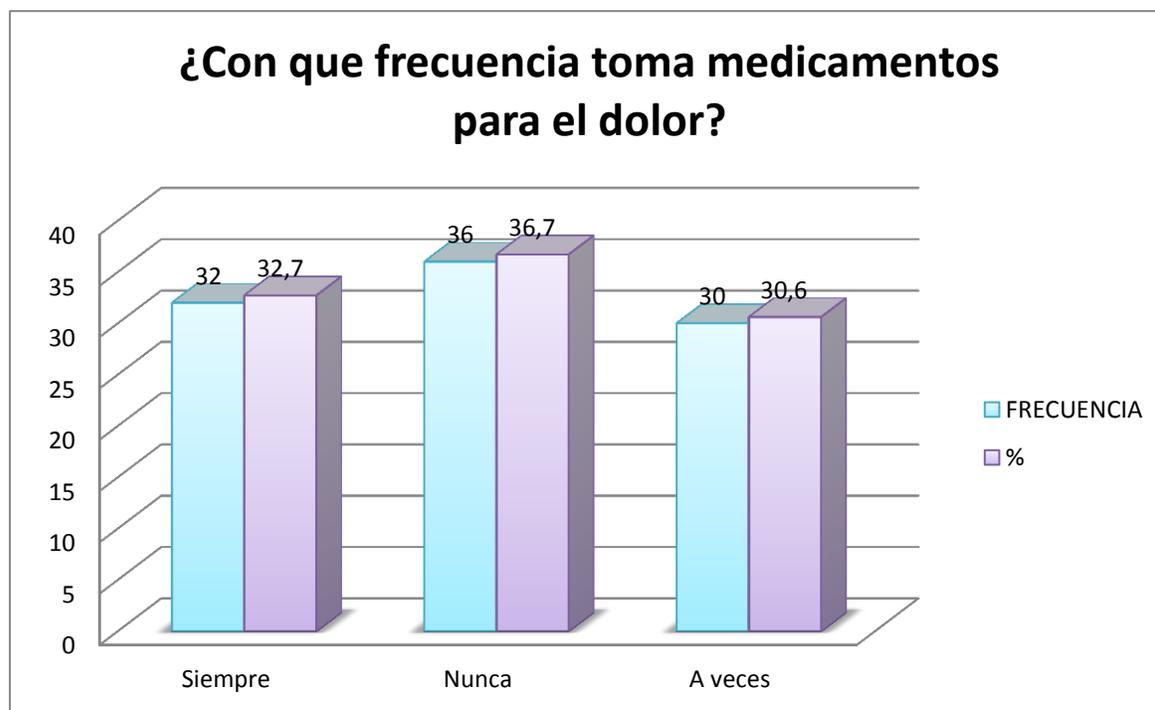
técnico-biológica” entre tejidos vitales y la prótesis inerte funcional ya que el mayor porcentaje utiliza la prótesis todo el día.

Pregunta N°4.- ¿Con que frecuencia toma medicamentos para el dolor?

CUADRO N°4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Siempre	32	32,7
Nunca	36	36,7
A veces	30	30,6
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°4



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N^o 4 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes atendidos en el Centro de Salud Portoviejo, indica que 38 pacientes que equivale al 38% nunca toma medicamentos para el dolor, mientras que 32 pacientes que corresponde al 32% siempre toma medicamentos para el dolor, 30 pacientes que corresponde al 30% a veces toma medicamento para el dolor.

Según Lilia Bortolotti en su libro llamado Prótesis Removibles Clásicas e innovaciones afirma que:

La edad de estos sujetos conlleva frecuentemente a algunos problemas de salud general: consumen uno o más fármacos para el dolor, que pueden interferir con la salud de los tejidos y la curación de heridas; también puede presentarse una coordinación neuromuscular disminuida, que afecta los movimientos en general y los movimientos de la mandíbula y de la lengua en particular⁴¹. (Pág 34)

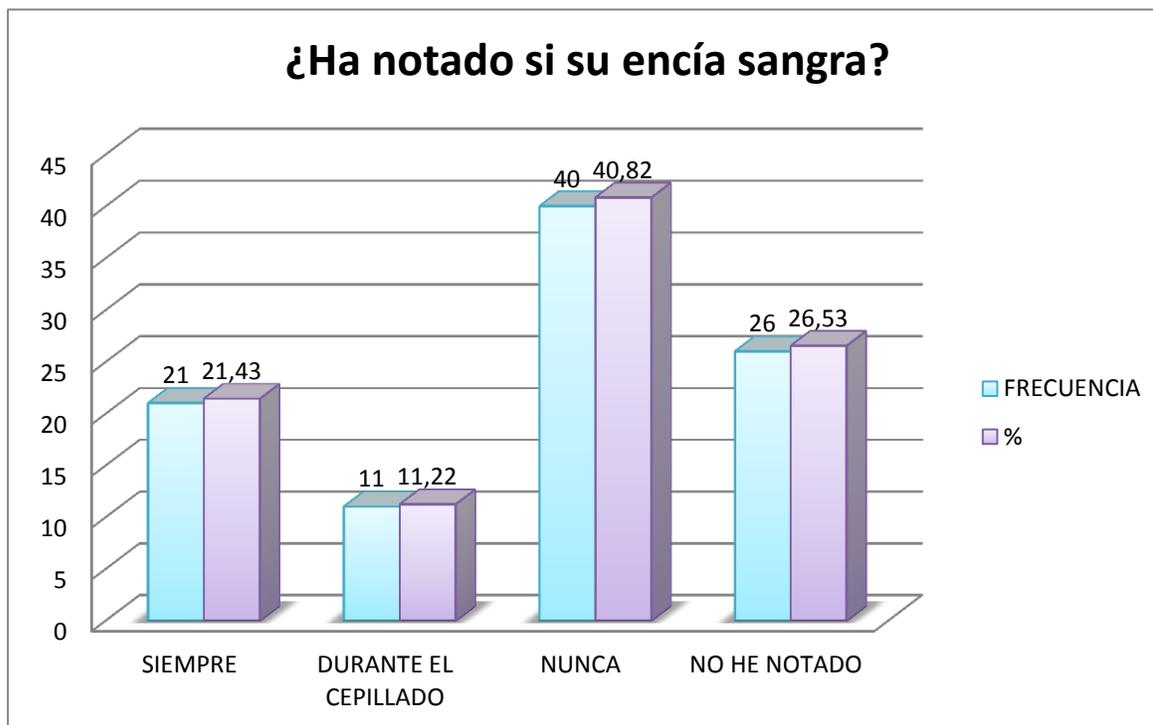
De acuerdo con lo que expresa el autor, los adultos mayores por problemas de salud, consumen medicamentos para el dolor, lo cual puede afectar los tejidos orales; sin embargo los resultados obtenidos en esta encuesta muestran que un alto porcentaje no consumen medicamentos para el dolor.

Pregunta 5.- ¿Ha notado si su encía sangra?

CUADRO N°5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	21	21,43
DURANTE EL CEPILLADO	11	11,22
NUNCA	40	40,82
NO HE NOTADO	26	26,53
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°5



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico cuadro N^o 5 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes atendidos en el Centro de salud "Portoviejo", indica mientras que 68 pacientes que equivale al 68% nunca siente que su encía sangra, mientras que 21 pacientes que corresponde al 21% siempre siente que su encía sangra. 11 pacientes que corresponde al 11% siente que sangra durante el cepillado

Según ADA y Thomson PDR en su libro llamado Guía ADA/PDR de Terapéutica Dental afirma:

El Odontólogo debe conocer fármacos que pueden recetar y su posible efecto en el tratamiento odontológico. Entre los medicamentos utilizados para tratar la artritis reumatoide incluyen:

Fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE): pueden aumentar el sangrado en caso de que necesite el paciente realizarse extracciones.

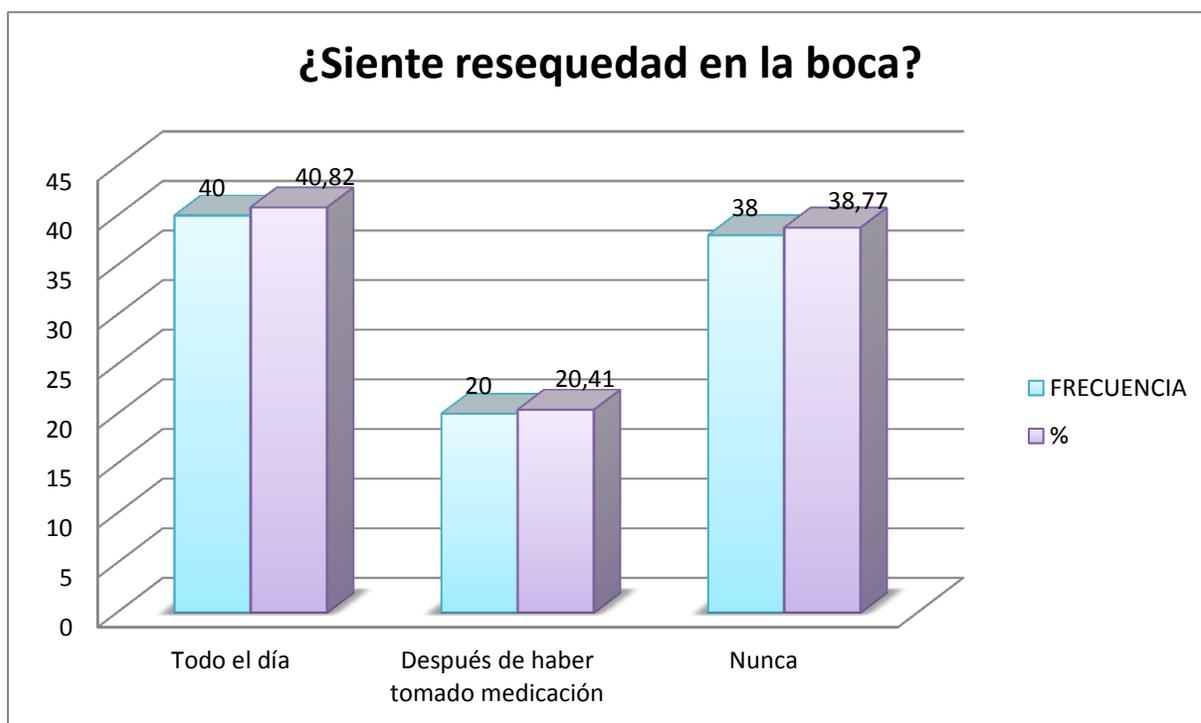
De los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los adultos mayores y familiares o representantes, gran porcentaje no siente que sangra su encía, lo cual puede ser ocasionado por el consumo de aines o periodontal, el Odontólogo debe diferenciar la causa del sangrado¹¹. (Pág.15).

Pregunta N°6.- ¿Siente resequead en la boca?

CUADRO N°6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Todo el día	40	40,82
Después de haber tomado medicación	20	20,41
Nunca	38	38,77
Total	98	100

GRÁFICO N°6



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N° 6 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes atendidos en el Centro de Salud Portoviejo, indica que 40 pacientes que corresponde al 40% siente resequedad en boca todo el día, mientras que 40 pacientes que equivale al 40% nunca siente resequedad en boca, 20 pacientes que pertenece al 20% siente resequedad bucal después de haber tomado medicación

Según ADA & Thomson PDR en su libro llamado Guia ADA/PDR de Terapéutica Dental expresa:

La xerostomía, definida como boca seca o disminución de la salivación, es un efecto secundario que se presenta con frecuencia. Este efecto puede ser exagerado durante el uso prolongado de fármaco en pacientes ancianos y puede, incluso, ser más pronunciado cuando se toman en forma simultánea varios fármacos que causan sequedad de la boca⁴⁰. (Pág 45).

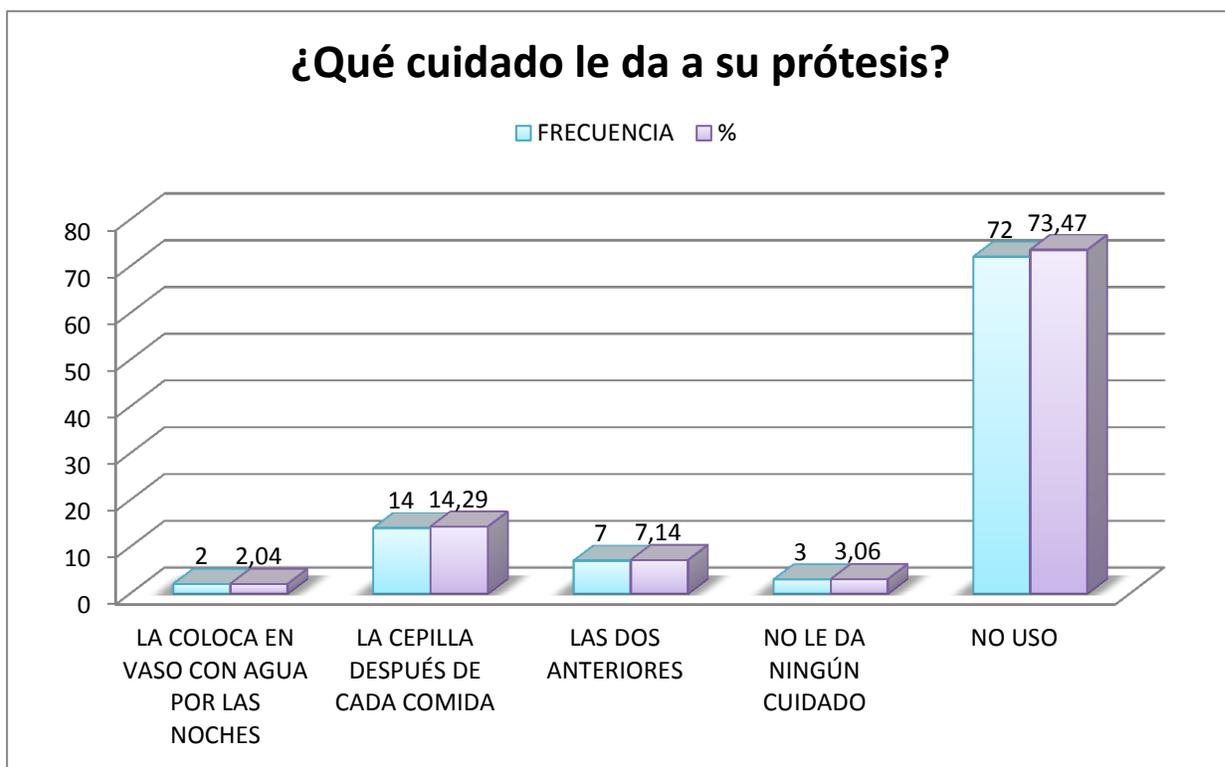
De los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores y familiares y representantes, un alto índice decía sentir la boca seca, es decir falta o disminución de la saliva, lo cual dificulta el uso de prótesis dentales debido a que esta permita una correcta adhesión de la misma en boca.

Pregunta N°7.- ¿Qué cuidado le da a su prótesis?

CUADRO N°7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
LA COLOCA EN VASO CON AGUA POR LAS NOCHES	2	2,04
LA CEPILLA DESPUÉS DE CADA COMIDA	14	14,29
LAS DOS ANTERIORES	7	7,14
NO LE DA NINGÚN CUIDADO	3	3,06
NO USO	72	73,47
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°7



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N^o 7 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes atendidos en el Centro de salud "Portoviejo", indica que 74 pacientes que corresponde al 74% escogió la opción de no uso prótesis dental, 14 pacientes que corresponde al 14% la cepilla después de cada comida, 7 pacientes que equivale al 7% escogió la opción las dos anteriores, 3 pacientes que corresponde al 3% no le da ningún cuidado, y 2 pacientes que corresponde al 2% la coloca en un vaso de agua por las noches.

Según F BASSI en su libro llamado Rehabilitación Protésica: Prótesis Parcial Removible afirma que:

Para concluir, el mantenimiento de una correcta higiene de la dentadura remanente y de la prótesis, y un programa organizado de recordatorios, pueden controlar el riesgo de enfermedad periodontal y caries influenciando positivamente el éxito de la rehabilitación en el tiempo⁴⁵. (Pág 54).

La capacidad por parte del paciente de mantener una correcta higiene periodontal y dental y de adherirse a los controles, se convierte en condiciones indispensables para escoger este tipo de rehabilitación en el momento de la discusión del plan de tratamiento.

De acuerdo a lo descrito por el autor un correcto cuidado de la prótesis evitaría la aparición de inconvenientes con el uso de prótesis, la mayoría de la población que

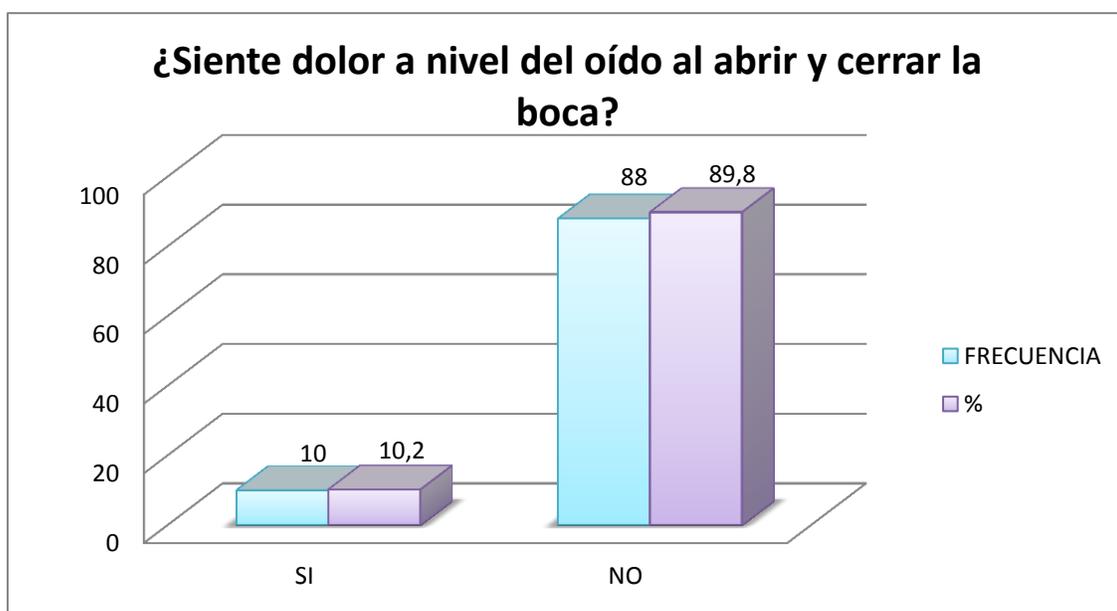
utiliza prótesis denota que le da un cierto tipo de cuidado en cuanto a la higiene dental, sin embargo no cumplen con los debidos protocolos de mantenimiento de la prótesis, cualquier factor aunque mínimo que no desempeñe el correcto manejo de la prótesis puede ocasionar incomodidad en el paciente.

Pregunta N°8.- ¿Siente dolor a nivel del oído al abrir y cerrar la boca?

CUADRO N°8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	10	10,2
NO	88	89,8
TOTAL	98	100

GRÁFICO N°8



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N° 8 de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los 100 adultos mayores junto con sus familiares o representantes atendidos en el Centro de Salud Portoviejo, indica que 90 pacientes que corresponde al 90% **no** siente dolor a nivel del oído al abrir y cerrar la boca, mientras que 10 pacientes que equivale al 10% si siente dolor a nivel del oído al abrir y cerrar la boca

Según Olaf Montilla en su libro llamado Tratado de cirugía Oral y Maxilofacial:

La artritis de la articulación Temporomandibular, comprenden un grupo de afecciones que afectan a esta articulación, produciendo una inflamación de su intimidad, inicialmente de sus sinovias para más adelante extenderse a todo componente articular.

Etiología: La etiología es desconocida, al lado de sospechas de una acción microbiana general, se habla de procesos autoinmunes no bien determinados y muy complejos.

Sintomatología: Siempre es bilateral, se manifiesta inicialmente con dolores a la presión sobre la región preauricular, de poca intensidad con carácter difuso durante el acto masticador y más intenso a la apertura bucal máxima. Se presenta silenciosamente, al principio esporádicamente para aumentar paulatinamente en frecuencia y en intensidad, a veces durante años. Al paso de los años se va produciendo un impedimento gradual de los movimientos articulares, principalmente de los laterales y de protrusión, produciendo bisagra muy reducido⁹. (Pág 14)

En relación con lo que indica el autor, este tipo de manifestación se da en pacientes que padecen artritis, mientras que la población muestra un porcentaje mínimo de pacientes sintomáticos, indicando que la mayoría son pacientes sanos asintomáticos a nivel de la articulación Temporomandibular, por lo cual se convierte en un factor irrelevante en la población.

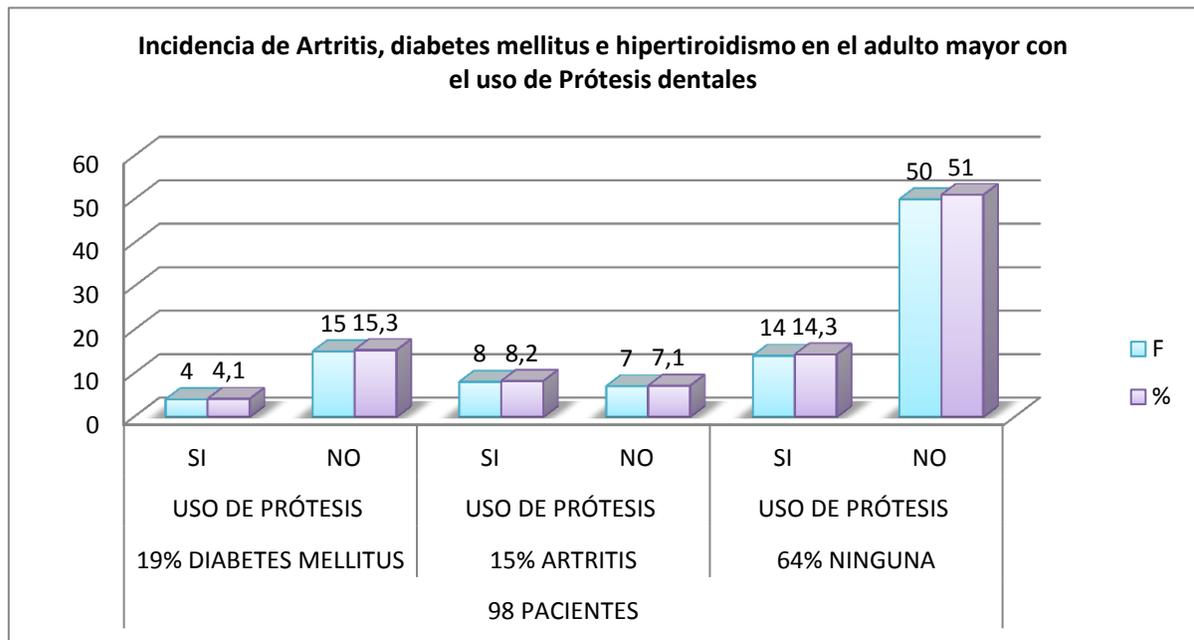
7.1.3. GRÁFICO Y CUADROS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN Y LAS ENCUESTAS MEDIANTE UN CRUZE DE INFORMACIÓN.

1.- Incidencia de artritis y diabetes en el adulto mayor con el uso de Prótesis dentales

CUADRO N° 1

		F	%
98 PACIENTES	19% DIABETES MELLITUS	USO DE PRÓTESIS SI	4 4,1
		USO DE PRÓTESIS NO	15 15,3
	15% ARTRITIS	USO DE PRÓTESIS SI	8 7,1
		USO DE PRÓTESIS NO	7 8,2
	64% NINGUNA	USO DE PRÓTESIS SI	14 14,3
		USO DE PRÓTESIS NO	50 51

GRÁFICO N° 1



Fuente: Encuesta y ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo

Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los resultados obtenidos de una muestra de 100 personas que corresponden al 100% , 64 pacientes que corresponden al 64% son el grupo que no posee ninguna enfermedad y dentro de ellos 50 no utilizan prótesis dental, que corresponde al 50%, 14 personas que representan el 14% si utilizan prótesis dentales; entre los que poseen Diabetes Mellitus encontramos 19, que corresponde al 19%, 15 no utilizan prótesis dentales y solo 4 de ellos que es 4% de la población que si utilizan prótesis; los pacientes que padecen artritis que son 15 personas correspondientes al 15%, 8 de ellos no usan prótesis dentales y 7 si utilizan prótesis esto equivale al 7%; finalmente observamos al 2% de la población que son 2 personas que tienen Hipertiroidismo 1 persona es decir 1% de ellos si utiliza prótesis y 1 no, que representa al 1 %.

Según F. Bassi: en su libro llamado Rehabilitación Protésica: Prótesis Parcial Removible señala que:

Para un diagnóstico correcto el odontólogo debe valorar los aspectos claramente odontoestomatognáticos en una relación medicoprofesional amplia: deben ser tomado todos los elementos locales y sistémicos que puedan obstruir e influenciar la proyección, la construcción y la incorporación del aparato protésico. La fase diagnóstica no puede prescindir de una valoración sistémica del paciente que debe ser efectuada durante los primeros pasos³. (pag30)

Con los resultados obtenidos y el texto del autor, da a interpretar que es de importancia tratar a estos pacientes con sumo cuidado ya que muchos de los adultos mayores observados utilizan prótesis dentales y poseen enfermedades, que pueden traer consigo cambios en la estructura que alteren el uso de la prótesis.

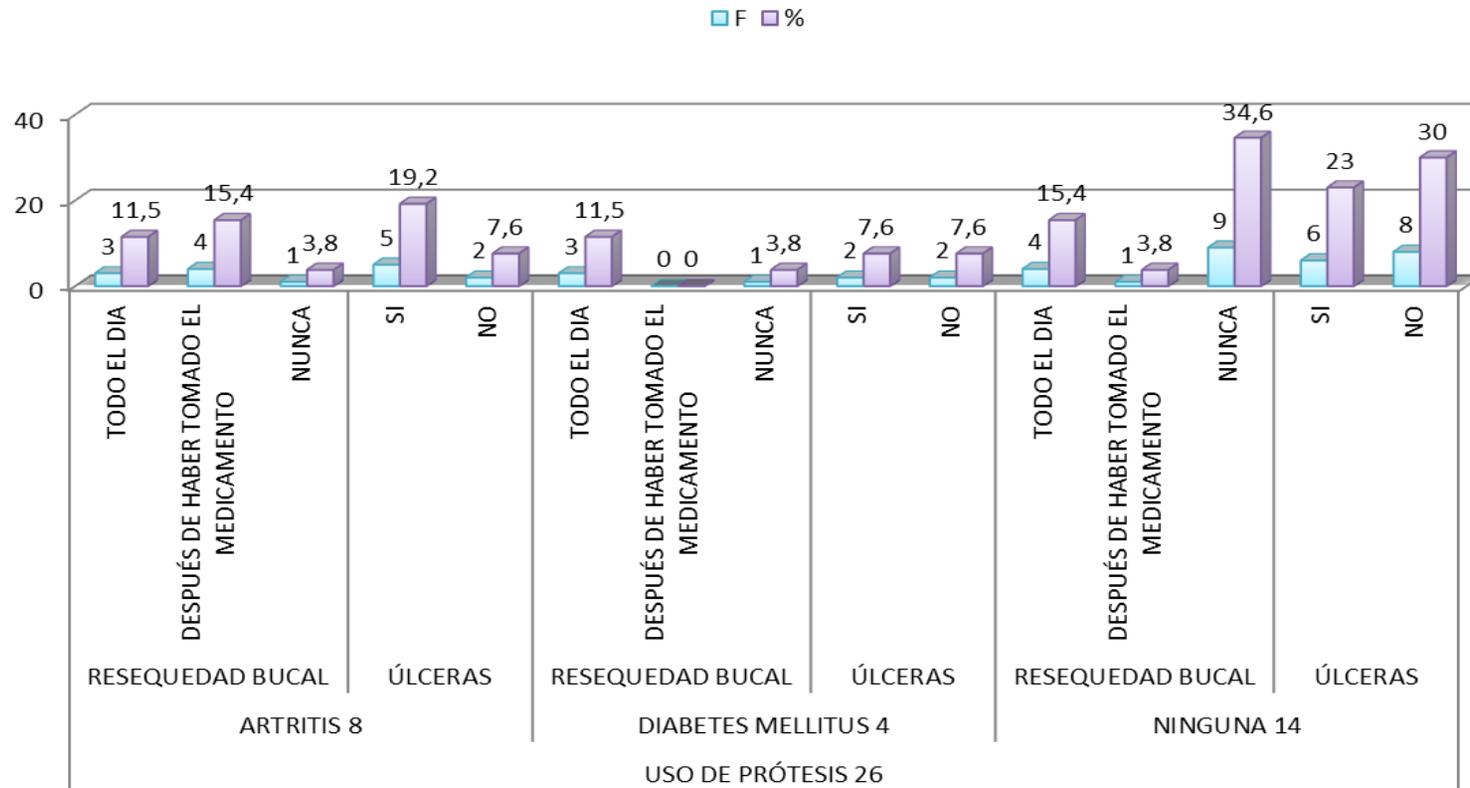
2.- Caracterización de los pacientes con artritis y diabetes mellitus determinando la Sequedad bucal, relacionándolo con la aparición de Úlceras bucales por el uso de Prótesis dentales.

CUADRO N° 2

				F	%
USO DE PRÓTESIS 26	ARTRITIS 8	RESEQUEDAD BUCAL	TODOS EL DIA	3	11,5
			DESPUÉS DE HABER TOMADO EL MEDICAMENTO	4	15,4
			NUNCA	1	3,8
		ÚLCERAS	SI	5	19,2
			NO	2	7,6
	DIABETES MELLITUS 4	RESEQUEDAD BUCAL	TODOS EL DIA	3	11,5
			DESPUÉS DE HABER TOMADO EL MEDICAMENTO	0	0
			NUNCA	1	3,8
		ÚLCERAS	SI	2	7,6
			NO	2	7,6
	NINGUNA 14	RESEQUEDAD BUCAL	TODOS EL DIA	4	15,4
			DESPUÉS DE HABER TOMADO EL MEDICAMENTO	1	3,8
NUNCA			9	34,6	
ÚLCERAS		SI	6	23	
		NO	8	30	

GRÁFICO Nº 2

Caracterización de los pacientes con artritis, diabetes mellitus e hipertiroidismo determinando la Sequedad bucal, relacionándolo con la aparición de Úlceras bucales por el uso de Prótesis dentales



Fuente: Encuesta y ficha de observación realizada a los adultos mayores y familiares del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos de 26 pacientes que utilizan prótesis que corresponde al 26% de la muestra poblacional, 14 de los pacientes que no posee ninguna enfermedad de las mencionadas en el tema equivale al 14%, 9 pacientes que equivale al 34,6% nunca ha sentido resequeidad bucal, 4 pacientes que corresponde al 15,4% siente resequeidad bucal todo el día, mientras que 1 persona que equivale al 3,8% siente resequeidad bucal después de haber tomado medicamentos. En relación con la presencia de úlceras bucales en la mucosa de soporte 8 personas que equivale al 30% no presenta y 6 pacientes que corresponde al 23% si manifiesta. Posteriormente se encontró que entre los 26 pacientes, existen 7 personas que padece Artritis, de los cuales 4 adultos mayores que equivale al 15.4% siente resequeidad bucal después de haber tomado medicamento, 2 de estos pacientes que equivale al 7.6% presenta resequeidad bucal todo el día, 1 paciente nunca siente resequeidad bucal eso corresponde al 3.8%; en éstos mismos pacientes con Artritis, 5 adultos mayores que corresponde al 19.2% si presenta úlceras bucales en la mucosa de soporte, mientras que 2 pacientes no presenta úlceras bucales en la mucosa de soporte. Entre los pacientes que padecen Diabetes mellitus, se encontró 4 que si utilizan prótesis, de los cuales 3 personas que corresponde al 11.5% presenta resequeidad bucal todo el día, 1 paciente que equivale al 3.8% afirma nunca sentir resequeidad bucal, y 0 pacientes marcaron la opción de sentir resequeidad bucal después de haber tomado medicamento; mientras que en los resultados obtenidos en si existe presencia de úlceras en la mucosa de soporte, 2 personas

que equivale al 7,6% si presenta y 2 personas que corresponde al 2% no presenta. Finalmente de los pacientes que tienen hipertiroidismo, 1 persona si utiliza prótesis dental, por lo tanto 1 que equivale al 3.8% afirmó sentir resequead bucal todo el día, 0 pacientes que equivale al 0% siente resequead bucal después de haber tomado medicamento, 0 pacientes que corresponde al 0% nunca siente resequead bucal; de éstos mismos pacientes 1 persona que corresponde al 3,8% si presenta úlceras bucales en la mucosa de soporte y 0 pacientes que equivale al 0% no presenta úlceras bucales en la mucosa de soporte

Según Tarley Pessa de Barros la Xerostomía asociada con la Diabetes, Artritis Reumatoide y al desequilibrio hormonal de la tiroides (T3, T4 y TSH), puede conllevar al Síndrome de Ardor Bucal, que tiene como característica la afección intraoral dolorosa sin lesiones en la mucosa que se convierte en un criterio de diagnóstico; los pacientes se vuelven crónicos y el dolor se caracteriza por quemazón continua en la mucosa; puede ocurrir alteración del paladar⁴².(Pág48).

De acuerdo a lo expresado por el autor y como indica en el graficoadro, hay una gran prevalencia de resequead asociada con cierto tipos de enfermedades sistémicas y un gran número de personas con presencia de ulceras, debido a la falta de salivación. El odontólogo debe tener en cuenta este factor fundamental que es la saliva, ya que esta es la que permite la armonía de los tejidos en unión con la prótesis dental.

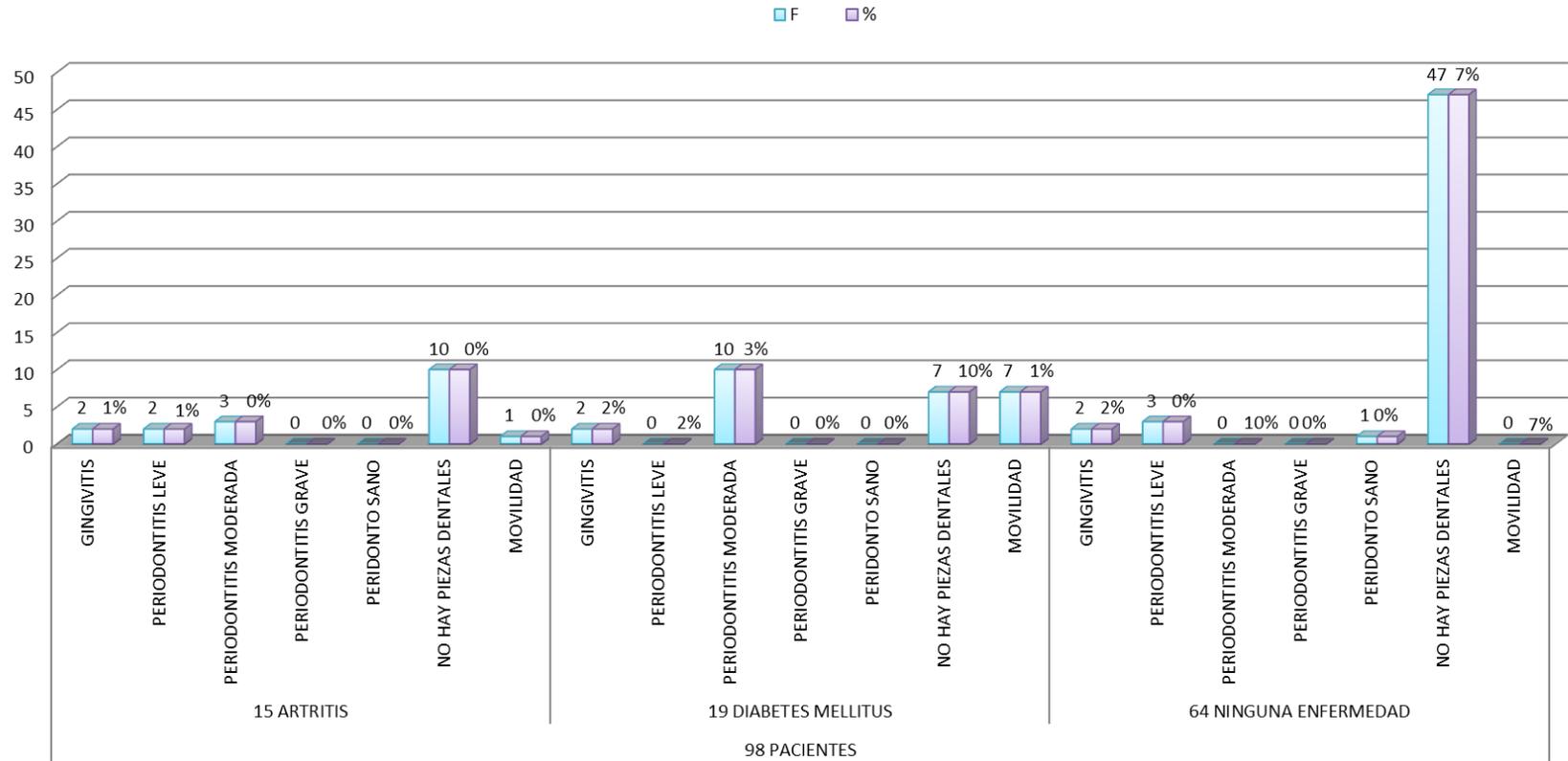
3.- Grado de enfermedad periodontal en los adultos mayores con artritis y diabetes mellitus comparándola con la presencia de movilidad dentaria.

CUADRO N° 3

		F	%	
98 PACIENTES	15 ARTRITIS	GINGIVITIS	2	2
		PERIODONTITIS LEVE	2	2
		PERIODONTITIS MODERADA	3	3
		PERIODONTITIS GRAVE	0	0
		PERIDONTO SANO	0	0
		NO HAY PIEZAS DENTALES	10	10
		MOVILIDAD	1	1
	19 DIABETES MELLITUS	GINGIVITIS	2	2
		PERIODONTITIS LEVE	0	0
		PERIODONTITIS MODERADA	10	10
		PERIODONTITIS GRAVE	0	0
		PERIDONTO SANO	0	0
		NO HAY PIEZAS DENTALES	7	7
		MOVILIDAD	7	7
	64 NINGUNA ENFERMEDAD	GINGIVITIS	2	2
		PERIODONTITIS LEVE	3	3
		PERIODONTITIS MODERADA	0	0
		PERIODONTITIS GRAVE	0	0
		PERIDONTO SANO	1	1
		NO HAY PIEZAS DENTALES	47	47
		MOVILIDAD	0	0

GRÁFICO N° 3

RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MOVILIDAD DENTARIA EN LOS ADULTOS MAYORES CON ARTRITIS, DIABETES MELLITUS E HIPERTIROIDISMO



Fuente: Encuesta y ficha de observación realizada a los adultos mayores del Centro de Salud Portoviejo
 Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos de 64 pacientes que corresponde al 64% que no posee ninguna enfermedad, en 47 personas que equivale al 47% no hay piezas dentales, 3 pacientes que corresponde al 3% presentan periodontitis leve, 2 pacientes que equivale al 2% tiene gingivitis, 1 paciente que equivale al 1% posee periodonto sano, 0 personas que equivale al 0% presenta periodontitis moderada, 0 personas que equivale al 0% presenta periodontitis grave, en cuanto a la movilidad 0 pacientes que corresponde al 0% presenta. De los 19 pacientes que poseen Diabetes mellitus que corresponde al 19%, 10 que equivale al 10% presenta periodontitis moderada, en 7 personas que corresponde al 7% no hay piezas dentales, 2 pacientes que corresponde al 2% muestra gingivitis, 0 personas que equivale al 0% muestra periodontitis leve, 0 personas que corresponde al 0% posee periodontitis grave, 0 personas que corresponde al 0% presenta periodonto sano; en lo que representa la movilidad 7 pacientes que corresponde al 7% la presenta. De 15 pacientes que padece Artritis que corresponde 15%, en 10 no hay piezas dentales, esto equivale al 10%, 3 pacientes que corresponde al 3% presenta periodontitis moderada, 2 personas que equivale al 2% presenta gingivitis, 2 personas que corresponde al 2% presenta periodontitis leve, en cuanto a movilidad 1 persona que corresponde al 1% la presenta. Finalmente de 2 pacientes que posee hipertiroidismo que equivale al 2%, 1 persona que corresponde al 1% posee gingivitis, 1 persona que corresponde al 1% manifiesta periodontitis leve, 0

pacientes que corresponde al 0% padece periodontitis moderada, 0 pacientes que corresponde al 0% posee periodontitis grave, 0 pacientes que corresponde al 0% presenta periodonto sano, en 0 pacientes que corresponde al 0% no hay piezas dentales, en cuanto a la movilidad 0 pacientes que corresponde al 0% la presenta.

Según Fernando Morales en su libro llamado Temas prácticos en Geriátrica y Gerontología:

Periodontitis en el adulto mayor:

Esta es la etapa más avanzada de la enfermedad de los tejidos de soporte dental y se puede presentar en forma localizada o generalizada. Puede manifestarse en forma aguda o crónica, se de aparición tardía o temprana en la vida del paciente.²⁶
(Pág. 14)

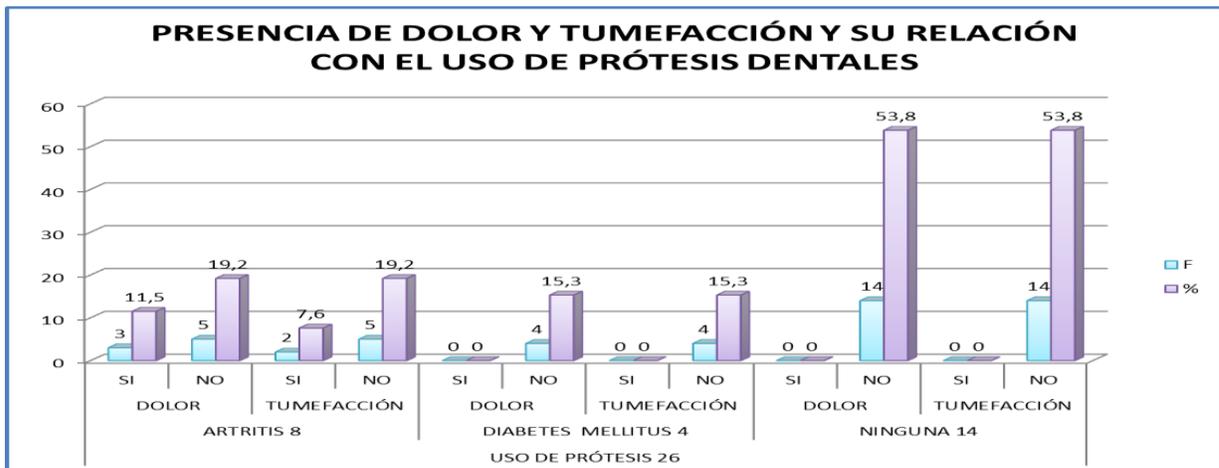
De acuerdo con los resultados la mayor parte de la población de los adultos mayores no posee piezas dentales, sin embargo en quienes hay piezas un gran porcentaje posee Periodontitis Moderada, afectando los tejidos de soporte dental, que puede conducir a una pérdida de piezas dentales llevándolos a un edentulismo total.

4.- Verificación de la existencia de dolor y tumefacción a nivel de la ATM, para relacionarla con el uso de prótesis

CUADRO N° 4

				F	%
USO DE PRÓTESIS 26	ARTRITIS 7	DOLOR	SI	2	7,6
			NO	5	19,2
		TUMEFACCIÓN	SI	2	7,6
			NO	5	19,2
	DIABETES MELLITUS 4	DOLOR	SI	0	0
			NO	4	15,3
		TUMEFACCIÓN	SI	0	0
			NO	4	15,3
	HIPERTIROIDISMO 1	DOLOR	SI	0	0
			NO	1	3,8
		TUMEFACCIÓN	SI	0	0
			NO	1	3,8
NINGUNA 14	DOLOR	SI	0	0	
		NO	14	53,8	
	TUMEFACCIÓN	SI	0	0	
		NO	14	53,8	

GRÁFICO N°4



Fuente: Encuesta y ficha de observación realizada a los adultos mayores del Centro de Salud Portoviejo
Elaborado por: Gloria Estefanía Mera Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos 26 personas que equivale al 26% utiliza prótesis dentales, 14 de los pacientes que no padecen ninguna enfermedad de las mencionadas en esta investigación entran en este grupo, de los cuales ante la presencia de dolor, 14 pacientes que equivale al 53.8% no presenta, 0 pacientes que corresponde al 0% si presenta; en cuanto a la manifestación de tumefacción, 14 personas que corresponde al 53,8% no muestra y 0 personas que equivale al 0% si muestra. 7 de los pacientes que padecen artritis, utilizan prótesis dentales, de los cuales ante la presencia de dolor, 5 pacientes que equivale al 19.2% no presenta, 2 pacientes que corresponde al 7.6% si presenta; y a la manifestación de tumefacción, 5 personas que corresponde al 19.2% no muestra y 2 personas que equivale al 7.6% si muestra. 4 de los pacientes que padecen diabetes mellitus, utilizan prótesis dentales, de los cuales ante la presencia de dolor, 4 pacientes que equivale al 15.3% no presenta, 0 pacientes que corresponde al 0% si presenta; y a la manifestación de tumefacción, 4 personas que corresponde al 15.3% no muestra y 0 personas que equivale al 0% si muestra.

Según Olaf Montilla: La artritis de la articulación Temporomandibular, comprenden un grupo de afecciones que afectan a esta articulación, produciendo una inflamación de su intimidad, inicialmente de sus sinovias para más adelante extenderse a todo componente articular.

Etiología: La etiología es desconocida, al lado de sospechas de una acción microbiana general, se habla de procesos autoinmunes no bien determinados y muy complejos.

Sintomatología: Siempre es bilateral, se manifiesta inicialmente con dolores a la presión sobre la región preauricular, de poca intensidad con carácter difuso durante el acto masticador y más intenso a la apertura bucal máxima. Se presenta silenciosamente, al principio esporádicamente para aumentar paulatinamente en frecuencia y en intensidad, a veces durante años. Al paso de los años se va produciendo un impedimento gradual de los movimientos articulares, principalmente de los laterales y de protrusión, produciendo bisagra muy reducido⁹.(Pág14)

De acuerdo a los resultado obtenidos un menor porcentaje de la población adulto mayor no pose este tipo de manifestaciones en cuanto a la articulación Temporomandibular, claro que para quienes la padecen, se contraindica el uso de prótesis dentales. Entonces este punto a pesar de que la población es mínima nos muestra que existe una relación entre tumefacción, dolor y uso de prótesis dentales.

4.3. CONCLUSIONES

Después del estudio realizado, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

La incidencia de artritis, diabetes mellitus e hipertiroidismo en los adultos mayores es mínima, ya que 64% de pacientes no tiene ningún tipo de las enfermedades mencionadas. No sin embargo en la población que si padece enfermedades sistémicas, posee manifestaciones bucales que conllevan al fracaso de un tratamiento protésico. El uso de Prótesis dentales no es un factor común en los adultos mayores, ya que solo 26% de ellos la utilizan.

La resequedad bucal es un síntoma que prevalece dentro de los adultos mayores, que al encontrarse en contacto con una prótesis puede conllevar a la aparición de úlceras bucales que causan irritación u ardor bucal. De acuerdo a los resultados la incidencia de resequedad bucal predomina en los adultos mayores que padecen Artritis, donde 7% de ellos utilizan prótesis, 2% siente resequedad bucal todo el día y 4% siente resequedad después de haber tomado medicación y al relacionarlo con la presencia de úlceras bucales en la mucosa de soporte los resultados concuerdan, ya que 5% de estos pacientes presentaban úlceras bucales.

La incidencia de enfermedad periodontal es elevada en los adultos mayores que padecen diabetes mellitus, encontrándose 10% afectado con Periodontitis moderada, en donde 7 % de pacientes con diabetes mellitus presentaba movilidad. La periodontitis moderada es una contraindicación muy importante en el uso de las

Prótesis dentales, ya que las condiciones de un tejido periodontal destruido no ofrece diente pilares en condiciones para recibir fuerzas, solo agravaría la situación. Cabe destacar que la mayoría de la muestra poblacional no presenta piezas dentales siendo esto 73% del 100% de adultos mayores pacientes edéntulos totales.

La presencia de dolor y tumefacción a nivel del oído, solo se da en pacientes con artritis reumatoide, y es muy poco común ya que solo 2% de la población estudiada se encontraba con esta sintomatología del dolor y signo de la tumefacción, este tipo de problemas altera la oclusión del individuo, llegando a provocar una mordida abierta y muy pronunciada disminución de movilidad articular.

4.4. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los adultos mayores que deberían asistir a un chequeo odontológico, después de la visita con el médico cada 6 meses, para realizarse profilaxis a los pacientes que poseen piezas dentales en boca.

Los adultos mayores con edentulismo total, también podrían visitar al odontólogo, para observar el estado de sus tejidos como: rebordes residuales, carrillos, paladar, labios, lengua, etc.

El departamento odontológico podría brindar una guía sobre el cuidado de prótesis dentales, para evitar la aparición de las manifestaciones bucales que alteran la salud general del paciente.

Los adultos mayores que utilizan prótesis dentales ya sea parcial o total, deberían asistir a un control con el odontólogo, para disminuir el riesgo de molestia en prótesis dentales.

Sería importante que el Ministerio de Salud del Ecuador implemente programas que devuelvan al paciente parcialmente edéntulo o totalmente edéntulo la funcionalidad y estética, mediante la creación de prótesis dentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. ADA; PDR, Thomson.(2009) Guia ADA/PDR de Terapéutica Dental. Madrid: Ripano.
2. Bassi, F. (2011) *Rehabilitación Protésica: Prótesis Parcial Removible*. Venezuela: Amolca
3. Bortolotti, Lilia. (2006). *Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones*. Venezuela: Amolca.
4. Cardoso, Wellington. (2007) *Prótesis Parcial Removible en la Práctica Contemporánea*. En: MEZZOMO, Elio. *Rehabilitación Oral Contemporánea*. Primera edición, Venezuela: Amolca.
5. Carr. Alan. (2006) *Prótesis parcial removible*. 11ª Edición. España: ElsevierMosby.
6. Dorantes, Alicia. (2008.). *Endocrinología Clínica*. Mexico: El Manual Moderno,
7. Enrile de Rojas, Francisco. (2009) *Manual de higiene bucal*, Buenos Aires: Panamericana
8. Ferri. Fred. (2011) *Consultor Clínico de Medicina Interna*. Barcelona España: Oceano Mosby.
9. Gómez, Mauricio. (2007) *Fundamentos de la Odontología: Periodoncia*. Segunda Edición, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
10. Hernández, Marilia. (2001). *Rehabilitación oral para el paciente geriátrico*. Colombia: Unibiblos.
11. Jiménez, Luis, (2007) *Medicina de Urgencias y Emergencias*. Barcelona: Elsevier: Barcelona..

12. Koeck, B. (2007) *Prótesis Completas*. Cuarta edición. España: Elsevier Masson.
13. Loza David. (2007). *Diseño de Prótesis Parcial Removible*. España: Ripano,
14. Lugo, Luz Elena. (2008) *Rehabilitación en Salud*. Medellín: Universidad de Antioquia.
15. Maglione, Horacio. (2008) *Disfunción Craneomandibular*. Venezuela: Amolca,
16. Marimon, María. (2009) *Medicina Bucal I*. La Habana: Ciencias Médicas.
17. Mitchell, Richard. (2007) *Compendio de Robins y Cotran. Patología Estructural y Funcional*. Madrid: Elsevier Saunders.
18. Montilla, Olaf. (2008) *Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Venezuela: Amolca.
19. Morales, Fernando. (2007) *Temas prácticos en Geriátrica y Gerontología*. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
20. Pessoa, Tarley. (2008) *Odontología Hospitalaria*. Madrid: Ripano.
21. Preciado, Susana Aurelia. (2011) *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde el Trabajo Social*. Estados Unidos.
22. Preti, Giulio. (2007) *Rehabilitación Protésica*. Tomo I. Venezuela: Amolca.
23. Rahn, Arthur. (2011). *Protesis dental completa Buenos Aires, Ripano*
24. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Sociedad Española de Cardiología. (2011) *Patología Periodontal y Cardiovascular: Su interrelación e implicaciones para la salud*. Madrid: Médica Panamericana.
25. Telles, Daniel. (2011) *Prótesis total: convencional y sobre implantes*. Brasil: Santos,
26. Velásquez, Óscar Jaime. (2010) *Manual de Terapéutica Odontológica*. Medellín Colombia: Health Book's.

ARTICULOS

27. Carramolino Esther. (2009). Boca seca y su manejo en la clínica odontológica. En: DENTUM. N° 9
28. Chávez, Gisselle. (2009) *Hallazgos clínico-radiológicos de la articulación Temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide*. En: Revista Cubana Estomatología.
29. Gallardo. Juan. (2008). *Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento*. En: Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. N° 46.
30. García Beatriz.. (2010) En: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1 NOMBRE DE LA PROPUESTA

Enseñanza sobre el uso de Prótesis Dentales relacionada a la Artritis u Diabetes mellitus, dirigida a los adultos mayores y familiares, que reciben atención en el Centro de Salud Portoviejo

5.2 FECHA DE LA PRESENTACIÓN

Enero 2013

5.3 CLASIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Tipo social de orden educativo

5.4 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

El Centro de Salud Portoviejo se encuentra ubicado en la parroquia 12 de Marzo entre Av. Rocafuerte y Callejón María Auxiliadora, junto al Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, de la ciudad de Portoviejo de la Provincia de Manabí.

5.5 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de mucha importancia para los pacientes adultos mayores que se atienden en el centro de salud Portoviejo, puesto que ellos son los

más afectados al no responder sus interrogantes sobre manifestaciones que aparecen al usar una prótesis dental optando por abandonar el tratamiento protésico. Cuando una patología bucal se presentan en ellos, presentando en ellos muchos trastornos.

Mi propuesta tiene como finalidad aportar a los pacientes adultos mayores que padecen de artritis, diabetes mellitus e hipertiroidismo, puesto es que de vital importancia que ellos estén capacitados en todos los aspectos que corresponden al cuidado de su cavidad bucal, y de su tratamiento protésico.

5.6 MARCO INSTITUCIONAL

El Centro de Salud Portoviejo, se encuentra ubicado en la parroquia 12 de Marzo entre Av. Rocafuerte y Callejón María Auxiliadora, junto al Hospital Provincial “Verdi Cevallos Balda”, de la ciudad de Portoviejo de la Provincia de Manabí. Esta unidad de salud fue fundada el 1 de abril de 1965 con el Programa Integral de Salud de Manabí (PISMA) como un organismo público social, al inicio adscrito a la Junta de beneficencia de Manabí siendo Jefe de salud el Dr. Humberto Moreno Loo. Desde entonces es una de las más frecuentadas, no solo de su área de influencia sino también del cantón; atendiendo pacientes de Picoazá, Colón, Crucita, Barrio Fátima, Ciudadela Pacheco, Florón, Andrés de Vera, San Pablo, Calderón, Alajuela, entre otros. Obteniendo un promedio de 150 usuarios día.

Bajo la dirección de la Dra. María Elena González de López se crea el Área de Salud No 1 para descentralizar y desconcentrar las funciones técnicas – administrativas,

por ser de mayor complejidad esta Unidad Operativa se constituye cabecera de Área hasta el año 2000.

Durante la dirección de la Dra. Idilia Guerrero se inicia el proceso de licenciamiento (reingeniería de los recursos humanos, técnicos, y financieros) cuyo objetivo principal es brindar atención integral, eficiente, eficaz, y oportuna a la población que demanda los servicios de salud.

Entre la variedad de servicios que oferta el Centro de Salud Portoviejo, se encuentra el programa del adulto mayor e hipertenso, donde se brinda atención a personas en edad de 55 años en adelante, en lo que concierne al área de odontología se presentan a la consulta los usuarios manifestando molestias en la cavidad bucal y dolor a nivel articular, indicando que el uso de prótesis dentales agrava la sintomatología.

No se han realizado en el Centro de salud Portoviejo investigaciones acerca de la relación que existe entre entidades patológicas como artritis y diabetes mellitus con la presencia de malestares por el uso de prótesis dentales, debido al poco conocimiento que hay por parte del odontólogo con respecto a dichas enfermedades, su tratamiento y las posibilidades de que conlleve a un fracaso en un tratamiento protésico.

Sin embargo, se les dedica un tratamiento preventivo, incluyendo profilaxis, fluorizaciones y tratamientos de morbilidad, que abarcan operatorias dentales, exodoncias, obturaciones y si es necesario periodoncia.

Con estos antecedentes en la actualidad esta unidad operativa se encuentra posicionada a nivel nacional e internacional, siendo una unidad modelo para pasantía de formación de profesional en la atención integral del adolescente.

5.7 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Educar a los adultos mayores y familiares sobre el uso de prótesis dentales, con el fin de establecer el origen de manifestaciones bucales mediante el uso de éstas, en adultos mayores con artritis y diabetes mellitus

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cultivar a los adultos mayores del Centro de Salud Portoviejo la importancia de la salud oral, para poder realizarse tratamientos protésicos.
- Concienciar a los adultos mayores y familiares sobre las consecuencias de manifestaciones bucales mediante el uso de prótesis dentales.
- Motivar a los adultos mayores y familiares sobre las visitas periódicas al odontólogo.

5.8 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La investigación realizada en el Centro de Salud “Portoviejo” mostró un índice bajo de incidencia del uso de prótesis dentales en los adultos mayores con artritis y diabetes

mellitus, por lo que se estableció esta propuesta para difundir medidas preventivas y educativas a los portadores de prótesis dentales destinadas a evitar y corregir las afectaciones bucales por el uso de las mismas o la falta de cuidado personal.

Para difundir estas medidas se realizó una capacitación a los adultos mayores y familiares sobre temas de prevención y tratamiento de las afecciones orales en adultos mayores con prótesis. En dicha capacitación se entregaron trípticos y una gigantografía educativa a las respectivas autoridades del centro de Salud, relacionada tema tratado.

5.9. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los adultos mayores con artritis y diabetes que utilicen prótesis dentales, y los beneficiarios indirectos son los familiares.

5.10 DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta contó con 2 etapas:

Primera etapa.-

Reunión con la Dra. Idilia Guerrero directora del Centro de Salud Portoviejo para la socialización de la propuesta alternativa de solución.

Segunda etapa.-

1. Se elaboró el material de apoyo con las que se brindaron las charlas.
2. Se diseñó la gigantografía y trípticos.

3. Se les hizo entrega de la gigantografía y tríptico a la institución las cuales fueron debidamente explicados mediante una charla educativa.

4. Se realizaron charlas educativas, a través de trípticos para los adultos mayores, familiares y personal con los siguientes temas:

- Artritis y diabetes mellitus y sus manifestaciones bucales.
- Prótesis Dentales y alteraciones bucales por influencia de enfermedades no tratadas.

5.11 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ENERO		
	16	17	18
Reunión con la directora del Centro de Salud “Portoviejo”		X	
Ejecución de la capacitación para los adultos mayores y familiares o representantes			X
Entrega de trípticos a los adultos mayores y familiares o representantes			X
Entrega de un banner al Centro de Salud “Portoviejo”			X

5.12 PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

ACTIVIDAD	RECURSOS	CANTIDAD	V. UNIT	V.TOTAL	FINANCIAR
DISEÑO TRÍPTICOS	DISEÑADOR GRÁFICO	1	2.00	2.00	Autora
IMPRESIÓN DE TRÍPTICOS	BLANCO NEGRO	100	0.10	10.00	Autora
DISEÑO ELABORACIÓN DEL BANNER	DISEÑADOR GRÁFICO	1	20.00	20.00	Autora
VIÁTICOS				20.00	Autora
TOTAL				52.00	Autora

5.13 SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con el apoyo del Centro de salud “Portoviejo”, para la ejecución de la propuesta mediante un Acta de compromiso, donde el personal médico y odontológico se compromete a continuar con las charlas de capacitación a los pacientes que acuden al centro de salud, y de esta manera poder contribuir al mejoramiento de la salud bucal y general de los mismos.

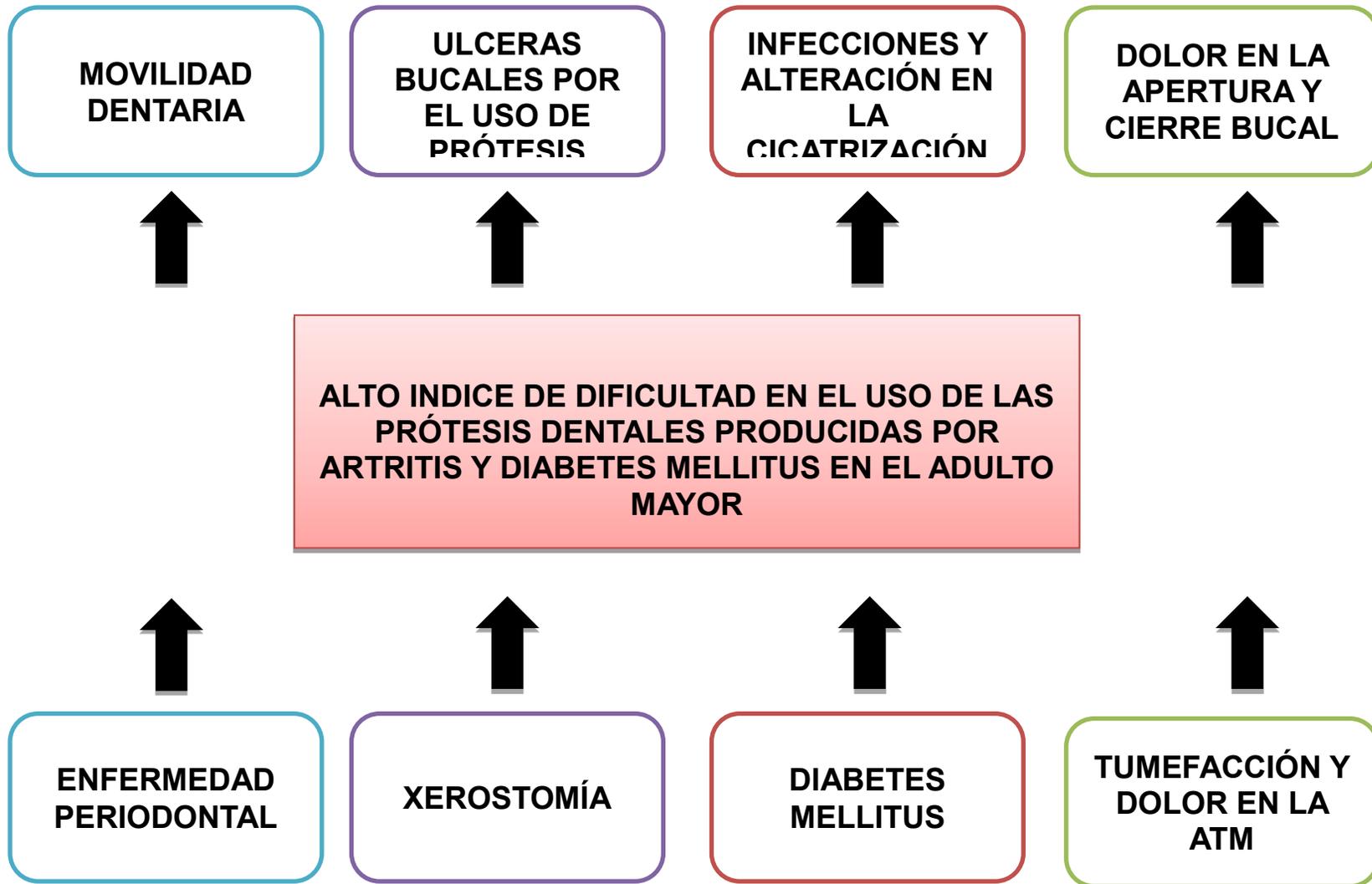
Además la colocación de la gigantografía en un lugar visible y la distribución de trípticos, que servirán para mantenerlos actualizados e informados.

5.14 FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada en su totalidad por la autora de la investigación

ANNEXOS

Árbol del problema



PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
Fotocopia	600	Unidad	0,03	18	Autogestion
Papel	5	Resmas	5	25	Autogestion
Internet	6	Meses	30	90	Autogestion
Tinta de impresión	4	cartuchos	25	100	Autogestión
encuadernación	4	unidades	15	60	Autogestión
Textos	1	unidades	200	200	Autogestión
Bolígrafos	1	caja	5	5	Autogestion
Carpetas	2	Unidades	0,2	0,4	Autogestión
Guates	1	caja	7	7	Autogestión
Mascarillas	1	caja	8	8	Autogestión
Espejos bucales	15	unidades	1,5	30	Autogestión
Emplasticado	3	unidades	20	60	Autogestión
cámara fotográfica	1	unidad	300	300	Autogestión
Computadora	1	unidad	900	900	Autogestión
Transporte		gasolina	150	150	Autogestión
Subtotal			1666,73	1953,4	
Imprevistos			46,673	75,34	
TOTAL			1713,403	2028,74	

CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTA.

Nombre: _____ **Sexo:**M ___ F ___ **Edad:** _____
N° de Ficha Clínica: _____ **Teléf:** _____ **Dirección:** _____
Fecha: _____

1. ¿CAUSA ALGUNA MOLESTIA EL USO DE LA PRÓTESIS?

Siempre ()
Durante la comida ()
Cuando conversa ()
Nunca ()
No utilizo ()

2. ¿SIENTE MAL OLOR EN SU BOCA?

Siempre ()
A veces ()
Nunca ()

3. ¿Durante el día con que frecuencia utiliza la Prótesis dental?

24 horas al día ()
Se la retira por momentos ()
Todo el día, pero para dormir la deja descansando ()

4. ¿TOMA MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR?

Siempre ()
Nunca ()
Solo cuando siento dolor ()

5. ¿HA NOTADO SI SANGRA SU ENCÍA?

Siempre ()
Durante el cepillado ()
Nunca ()

6. ¿PUEDE COMER CON LA PRÓTESIS EN BOCA?

Siempre ()
No, porque le incomoda ()
A veces, depende la comida ()

7. ¿SIENTE RESEQUEDAD EN LA BOCA?

Todo el día ()
En algún momento del día ()
Nunca ()

8. ¿QUÉ CUIDADO LE DA A SU PRÓTESIS?

La coloca en vaso con agua por las noches
La cepilla después de cada comida
No le da ningun cuidado.

9. ¿SIENTE DOLOR A NIVEL DEL OÍDO AL ABRIR Y CERRAR LA BOCA?

Siempre ()
A veces ()
Nunca ()

**PRÓTESIS DENTALES Y MANIFESTACIONES BUCALES DE LOS ADULTOS
MAYORES CON ENTIDADES PATOLÓGICAS**



PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR E INFERIOR



PRÓTESIS PARCIAL



© Cedita por las autoras

PRESENCIA DE ULCERAS



ENFERMEDAD PERIODONTAL Y SANGRADO



**VISTA DE PACIENTES CON SALUD BUCAL ADECUADA PARA EL
USO DE UNA PRÓTESIS DENTAL**



CANDIDIASIS BUCAL



CUIDADOS DE LA PRÓTESIS





CORBIS

DOLOR A NIVEL DE LA ATM



REALIZANDO FICHAS DE OBSERVACIÓN Y SONDAJE A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO



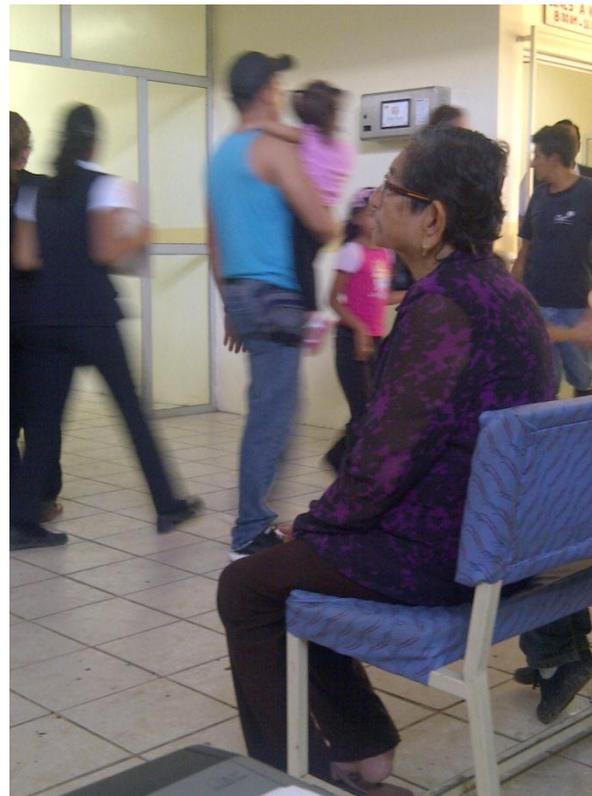
OBSERVACIÓN DEL ESTADO DE TEJIDOS ORALES



REALIZANDO LAS ENCUESTA A LOS ADULTOS MAYORES



REALIZANDO LAS CHARLAS EDUCATIVAS A LOS ADULTOS MAYORES A TRAVÉS DE MATERIAL VISUAL





ENTREGA DE TRÍPTICOS



DRA IDILIA GUERRERO



ENTREGA DEL GIGANTOGRAFÍA AL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Portoviejo siendo las 9:00 del día 25 de enero del 2013 en las instalaciones del Centro de Salud Portoviejo, se reúne por un lado, Gloria Estefanía Mera Delgado, egresada de la Carrera de Odontología y por otro lado la Dra. Idilia Guerrero, Directora del Centro de Salud Portoviejo, para suscribir un acta de compromiso en el que se llega a los siguientes acuerdos:

- a) La egresada Gloria Estefanía Mera Delgado se compromete a realizar un ciclo de conferencias sobre “ARTRITIS YDIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA CON EL USO DE PRÓTESIS DENTALES”, dirigida a los adultos mayores y familiares que asisten al Centro de Salud de Portoviejo, haciendo la entrega de material educativo.
- b) La directora del Centro de salud Dra. Idilia Guerrero se compromete a fomentar la importancia de las entidades patológicas con el uso de prótesis dentales a los adultos mayores que asisten a la consulta en dicho centro.

Por medio de la presente acta quienes suscriben se comprometen a cumplir con lo establecido.

DRA. IDILIA GUERRERO
DIRECTORA

GLORIA ESTEFANÍA MERA DELGADO
EGRESADA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Socialización de la propuesta.

Por medio de la presente yo, Gloria Estefania Mera Delgado, después de haber realizado mi trabajo de investigación, solicito a usted me permita realizar la propuesta alternativa de solución, la cual consiste en efectuar charlas educativas a los paciente adultos mayores que se atienden en el centro de salud Portoviejo, a través de gigantografía y trípticos con la finalidad de brindar los conocimientos que ayuden a estos pacientes a mantener una correcta salud oral con medidas preventivas y educativas especialmente a los portadores de prótesis dentales evitando las afectaciones bucales por el uso de las mismas.

Esperando que los conocimientos a aportar sean productivos para mejorar el control bucodental de los pacientes adultos mayores que asisten por atención en el centro de salud Portoviejo.