

Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez

REPERCUSION DE LA CALIDAD DE LA PROTESIS EN LA APARICION DE LESIONES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR

Repercussion of the prosthesis quality in the appearance of oral lesions in the elder

*Dra. C.E. Leticia María Lemus Cruz. 5ta. núm. 9404 entre 94 y 96. Miramar, Playa. Teléfono: 2054063. eyll@infomed.sld.cu

**Dra. Katy Triana. Edificio 51, apto. 8. Reparto Alberro, Cotorro. Ciudad de La Habana.

***Dra. Oksana del Valle Selenenko. Calle 2da. núm.19507 entre Pepe Prieto y Gabriel. San Miguel del Padrón. oksana@infomed.sld.cu

****Dra. Liscary Fuertes Rufín. Calle Luis Estévez núm. 457 entre Juan Delgado y D' Strampes, Santo Suárez, 10 de Octubre. Ciudad de La Habana. Teléfono: 6419963. liscary.fuertes@infomed.sld.cu

*****Claudia León Castell. Plasencia núm.265 Apto. B entre Desagüe y Benjumeda. Centro Habana. Ciudad de La Habana claudialeon@infomed.sld.cu

* Dra. Ciencias Estomatológicas, Profesora Titular. Especialista Segundo Grado. Facultad de Estomatología.

** Estomatóloga General. Facultad de Estomatología.

*** Asistente. Especialista Segundo Grado. Facultad de Estomatología.

**** Asistente Especialista Segundo Grado. Policlínico 19 de Abril.

*****Estudiante Tercer Año Estomatología. Alumna Ayudante Prótesis.

RESUMEN

Las lesiones en la mucosa bucal constituyen un problema importante de salud, existiendo diferentes factores de riesgo que favorecen su aparición; ejemplo de esto la calidad de las prótesis. Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo de Casos y Controles entre septiembre del 2006 y enero del 2008 en la Facultad de Estomatología de La Habana con el objetivo de identificar la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Se evidenció que 77.4 % de los casos eran portadores de prótesis de mala calidad y 85.8% de los controles eran portadores de prótesis de buena calidad. Se concluyó que la calidad de la prótesis constituyó un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal en el Adulto Mayor portador de prótesis estomatológica. Las lesiones bucales más frecuentes identificadas y asociadas al uso de la prótesis estomatológica fueron estomatitis subprótesis y queilitis comisural.

Palabras clave: Prótesis estomatológicas, mucosa bucal, lesiones, mala calidad.

ABSTRACT

Lesions in the mouth mucosal are an important health problem, there are different risk factors which favor its appearance an example of this is the quality of the prosthesis. An observational, analytical, longitudinal retrospective study of cases and controls between September 2006 and January 2008 was performed in the Havana Faculty of Dentistry with the purpose of evaluate the quality of the prosthesis as a risk factor in the appearance of lesions in the mouth mucosal tissue. It was evident that a 77,4% of the cases were carrying bad quality prosthesis . It was concluded that the quality of the prosthesis was a risk factor in the appearance of the mouth mucosal tissue in the elderly. The most identified mouth lesions and associated with the use of prosthesis were sub prosthetic steatitis and commissural keilitis.

Key Words: Dentistry prosthesis, mucosal mouth tissue, lesions, bad quality.

INTRODUCCION

La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la boca provoca inevitables variaciones en el medio bucal, que obliga a los tejidos a reaccionar para adaptarse a nuevas situaciones dependiendo de las características de las mismas (principios biomecánicos) y del modo y la capacidad de reaccionar de cada organismo.¹

El estímulo de la prótesis se manifiesta primero en la mucosa, hecho que se ha observado en estudios histoquímicos e histopatológicos, en los que se detectó que la prótesis estimula la mucosa durante los tres primeros años, y ésta reacciona con una hiperqueratinización y aumento de actividad enzimática de la mucosa; después de tres años de realizada una nueva prótesis vuelve a normalizarse.^{2,3}

Las prótesis mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar la persona usándolas más allá de su tiempo, han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales.²

Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, encontrándose que más de 95% de las lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, siendo el promedio de edad al establecer el diagnóstico de 60 años.^{1,3,4,5} Una incorrecta higiene de la prótesis y la cavidad bucal propicia la acumulación y proliferación de microorganismos, lo que ocasiona el desequilibrio de la microflora bucal y puede permitir la acción de microorganismos oportunistas como la *Cándida Albicans*.^{5,6,7}

La calidad de la prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resultan de gran interés para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas, por lo que continúan realizándose estudios epidemiológicos que intentan responder las interrogantes que aún subsisten.^{3,4,8}

Las prótesis estomatológicas pueden comportarse como tal si tenemos en cuenta que actúan como factor traumático local, que de forma mantenida adquiere contacto con los tejidos, que de por sí muestran ciertos cambios fisiológicos marcados por los años. Y otros sobreañadidos por padecimientos crónicos de la persona; en ocasiones, se adicionan factores de carácter local que se potencian unos con otros.

Las lesiones bucales no están directamente aumentadas en los pacientes portadores de prótesis estomatológicas, pero desde el punto de vista preventivo, deben seguirse muy de cerca por su carácter irritativo crónico.⁹

El grado de satisfacción del portador de prótesis dentales no será igual si aparecen lesiones en la mucosa bucal, porque éstas podrán ocasionar molestias e inadaptación con la aparatología que incluso podrán llevarlo a retirársela, lo cual sería un fracaso del tratamiento rehabilitador.¹⁰

Con la observación, detección y vigilancia de los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de estas lesiones, se dará un carácter preventivo en la atención brindada.¹¹

Por la relevancia de este tema y teniendo como premisa la hipótesis que plantea que la mala calidad de la prótesis incide en la aparición de lesiones en la cavidad bucal, se decidió realizar esta investigación.

Objetivos

Objetivo general

- Determinar la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal.

Objetivos específicos

- Identificar el tipo de calidad de la prótesis en el grupo de estudio.
- Identificar las lesiones bucales más frecuentes asociadas al uso de la prótesis estomatológica en el grupo de estudio.

METODO

Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, prospectivo de Casos y Controles durante el período comprendido de septiembre del 2006 a enero del 2008 a través del cual se propone verificar o refutar la hipótesis que plantea que la mala calidad de la prótesis incide en la aparición de lesiones en la cavidad bucal.

La investigación se realizó en 400 pacientes, atendidos en la Facultad de Estomatología de Ciudad de La Habana; el tamaño de la muestra fue 380 sujetos de 60 años y más, portadores de prótesis estomatológicas con y sin lesión en la mucosa bucal, para los Casos fue de 190 pacientes que fueron pareados por frecuencia en una relación de 1:1 para conformar el grupo Control. En total se estudiaron 190 casos y 190 controles.

Casos: Aquellos pacientes que después de realizársele el examen bucal presentaron alguna lesión en la mucosa bucal.

Controles: Aquellos pacientes que después de realizársele el examen bucal no presentaron ninguna lesión en la mucosa bucal.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes:

- 60 años edad y más.
- Diferentes sexos.
- Pertenecientes según su lugar de residencia al área de salud atendida

en la Facultad de Estomatología o presentaban Historia Clínica de

autorizo para recibir tratamiento.

- Con estabilidad psíquica y mental.
- Los que se mantuvieron usando prótesis estomatológicas por un período

no menor de 6 meses a partir de su instalación.

- Aquellos que manifestaron por escrito su consentimiento para participar

en el estudio, según criterios de la ética médica.

Criterios de exclusión

- Con diagnóstico clínico e histológico de cáncer bucal definido.
- Que presentaran bruxismo.
- Portadores de enfermedades sistémicas como VIH/SIDA, hepatitis,

enfermedades neurológicas.

- Que en el momento del examen estuvieran afectados por cualquier

enfermedad o síndrome agudo.

Operacionalización de las variables:

- Edad en años cumplidos.

Escala:

60-69
70-79
80 y más.

- Sexo: Según sexo biológico.

Escala: Femenino

Masculino

- Lesiones más frecuentes en la mucosa bucal:

Descripción: Presencia de alteraciones patológicas de la mucosa bucal descritas más frecuentemente en pacientes geriátricos, asociado al uso de las prótesis dentales y la calidad de las mismas. Se determina según examen Clínico.

Escala: 1.Estomatitis subprótesis.

2.Queilitis comisural.

3. Epulis Fisurado.

4.Queratosis Friccional.

5.Alteraciones Linguales.

6.Ulcera traumática.

- Calidad de la prótesis: Cualitativa nominal dicotómica.

Descripción: Se preguntó al paciente el tiempo de uso del aparato desde la fecha de instalación. La prótesis fue examinada intrabucalmente en posición de reposo, oclusión y durante los movimientos funcionales. Luego fue también examinada fuera de la boca. Se valoró si eran correctos o incorrectos cada uno de los siguientes aspectos:

- Tiempo de uso: La información se registró en meses o años de acuerdo con el tiempo expresado por el sujeto.

Se contemplaron los siguientes intervalos:

- Hasta 6 meses de uso.
- De 7 meses a 11 meses de uso.
- De 1 a 5 años de uso.
- Más de 5 años de uso.
- Material de la prótesis: Acrílica y Mixtas (metálica con bases acrílicas).

- Reparaciones y objeto de reparación: Este dato se obtuvo por la información aportada por el sujeto, en caso de que no se pudiese determinar a simple vista.

Se contempló la calidad con que se realizó la reparación y el objeto de la misma, ya sea por la caída de uno o más dientes, por fractura de bases o flancos, para agregar retenedores, dientes y flancos que no estaban contemplados en el diseño original o que se hayan fracturado; las consideradas como incorrectas fueron las tenidas en cuenta.

Se calificó en:

- Sí--- si ha sido reparada una vez o más.
- No---si nunca se ha reparado.
- Presencia de defectos: Se consideraron defectos a cualquier pérdida de la continuidad en la base protésica (grietas, rayados, discontinuidad, hoyos, fracturas, infracturas, pérdida de segmentos), así como existencia de irregularidades, rugosidades, nódulos o excesos deacrílico, ausencia de dientes y/o fractura en los mismos (dientes astillados, bordes irregulares, fractura de márgenes).

Se calificó en:

- Sí---si alguno de los aspectos negativos antes mencionados está

presente.

- No--si no presenta defecto alguno.
- Terminado y pulido: Condición actual que presenta la prótesis estomatológica, siguiendo los requisitos correspondientes a su terminación. Este dato se obtuvo de la observación directa y minuciosa del aparato protésico rehabilitador. Se verificó que tuviese:
- Superficie externa pulida.
- Bordes redondeados y romos.
- Lisura y regularidad.
- Forma cóncava en las aletas linguales para proveer el espacio ocupado

por la lengua.

Se calificó en:

- Correcto: si se cumplen los aspectos anteriores.
- Incorrecto: si al menos uno de ellos no se cumple.
- Biomecánica:
- Retención: Esta información se obtuvo por el examen clínico del observador tratando de empujar la dentadura en dirección vertical e inversa a la superficie de asiento. Se registró con retención cuando no se observó su desplazamiento en cualquier dirección y magnitud. Sobre esta base se calificó este aspecto como correcto o incorrecto respectivamente.
- Soporte: Se preguntó al paciente si le causaba dolor o molestia al masticar con la prótesis, siendo bien tolerada el resto del día, definiendo este aspecto en dos opciones: sí o no. Luego se examinó la extensión de la prótesis y el estado en que se encontraban los tejidos sobre los cuales asienta. Se registró buen soporte cuando el paciente no refirió dolor o molestia al masticar y se observó correcta extensión de la misma en toda el área chapeable del maxilar y la mandíbula, y no se detectó alteración en la mucosa bucal de esa zona. Así quedó este aspecto calificado como correcto. Contrariamente se calificó de incorrecto si cualquiera de estas tres condiciones mencionadas resultó positiva ya que determinarían un mal soporte.
- Estabilidad: Se registró por el examinador al colocar el dedo índice en la base de cada lado de la prótesis e intentando provocar así su desplazamiento en cualquier sentido, inclinación o rotación, Se valoró como correcta, o sea con estabilidad si no se observó ninguno de estos movimientos; es decir, si la prótesis permaneció en su sitio. Se registró sin estabilidad si se observó al menos, un tipo de movimiento del aparato, y se calificó entonces como incorrecta.
- Dimensión vertical: La dimensión vertical oclusiva se obtuvo a partir de la de reposo, restándole de 3 a 4 mm, habiendo registrado previamente la dimensión vertical de reposo utilizando la combinación de varios de los métodos conocidos, según el caso en cuestión. Se consideró la

dimensión vertical oclusiva disminuida aquella en la cual el tercio inferior de la cara estaba disminuido.

Se clasificó la biomecánica en:

--Correcta: cuando se cumplieran todos los requisitos establecidos.

--Incorrecta: cuando al menos uno de los requisitos establecidos no se cumpliera.

Escala:

Buena calidad : Aquella prótesis que teniendo menos de 5 años de uso tenía todas las características anteriores correctas.

Mala calidad : Aquella prótesis, en la cual, al menos, una de las características anteriores fue incorrecta, o que tuviese más de 5 años de uso.

Para la recogida de la información se confeccionó una encuesta (Anexo 1) que permitió determinar el comportamiento de las variables identificadas y que dan respuesta a los objetivos trazados.

Para el tratamiento de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 10.0 para Windows. Para evaluar la posible influencia de la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal. Se realizó un análisis univariado entre las variables explicativas (independientes) y la variable de respuesta (dependiente) (la presencia de lesiones) mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado, en caso de asociación significativa ($p \leq 0.05$).

Se determinó la "razón de posibilidad" (Odds Ratio, OR) para la calidad de la prótesis estomatológica como factor, se obtuvo estimación puntual de los OR y por intervalos de confianza de 95% empleando el programa Statcalc y el E pidat 3.0 . El OR es aproximación al Riesgo Relativo que se utiliza en el estudio de Casos y Controles donde no puede obtenerse directamente este indicador de riesgo.

Se presentaron los datos en una tabla con valores absolutos y relativos (%). La variable fue procesada estadísticamente con el propósito de cuantificar el grado de asociación y poder obtener la probabilidad de aparición de la lesión en presencia de este factor de riesgo considerado.

Si el Odds Ratio fue mayor que 1 significó que la variable se comportó como una condicionante para la aparición de lesiones en la mucosa bucal, o sea, que constituyó un factor de riesgo. Si el Odds Ratio fue menor que 1, significó que la variable estudiada no constituyó una condicionante para la aparición de lesiones de la mucosa bucal, por lo que no se consideró un factor de riesgo.

Se utilizó como procesador de texto el Microsoft Word, Excel para tablas. Para llevar a cabo el estudio se dio cumplimiento al cronograma previamente elaborado a tal efecto.

A cada paciente se le pidió su consentimiento para la entrevista (Anexo 2). Se le aclaró que todas las respuestas eran completamente voluntarias y que de aceptar, solo respondería a las preguntas que deseara y podría solicitar la suspensión de la encuesta en cualquier momento. Se le explicó además que el hecho de no desear responder parcial o totalmente a la encuesta no afectaría en lo absoluto su atención en este centro ni en ningún otro.

RESULTADOS

A continuación se ofrecen los resultados obtenidos en correspondencia con los objetivos trazados.

Tabla 1. Distribución de los sujetos adultos mayores portadores de prótesis estomatológicas, estudiados según edad y sexo.

Edad	Sexo				TOTAL	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
60-69 años	75	64.1	42	32.6	117	30.8
70 –79 años	125	65.4	66	34.6	191	50.3
80 y más	51	70.8	21	29.2	72	18.9
TOTAL	251	66.1	129	53.9	380	100

Tabla 2. Distribución de los sujetos adultos mayores portadores de prótesis estomatológicas, estudiados según calidad de la prótesis y presencia o no de lesión en la mucosa bucal.

CALIDAD DE LA PROTESIS	CASOS		CONTROLES		OR (IC-95%)
	No.	%	No.	%	
Mala	147	77.4	27	14.2	20. (12.14–35.07)
Buena	43	22.6	163	85.8	
TOTAL	190	100	190	100	

- $X^2 = 150.12$
- $p = 0.000$

Tabla 3. Lesiones más frecuentes en la mucosa bucal de los sujetos adultos mayores portadores de prótesis estomatológicas estudiados .

LESIONES EN LA MUCOSA BUCAL n=190	No.	%
Estomatitis subprótesis	75	39.5
Queilitis comisural	50	26.3
Épulis Fisurado	29	15.3

DISCUSION

No existen referencias de estudios epidemiológicos realizados en Cuba, ni en el mundo, acerca de la aparición de lesiones de la mucosa bucal donde se haya evaluado el carácter de riesgo de las

características de las prótesis estomatológicas, por lo que mediante la exposición de los resultados de nuestro trabajo, daremos respuesta a la hipótesis y a los objetivos planteados.

En la primera tabla se reflejó el comportamiento de las variables demográficas sexo y edad, y resultó que la mayor parte de los casos eran féminas, mientras que de los controles el mayor porcentaje fue del sexo masculino. La mayor parte de los pacientes, tanto casos como controles, se encontraban en edades entre 70 y 79 años de edad.

Al caracterizar la muestra coincide con otros autores,¹³ quienes plantean que al aumentar la edad y como consecuencia de las sucesivas pérdidas dentarias, aumenta el número de personas que requieren ser rehabilitadas protésicamente. Stern¹² afirma que las mujeres utilizan su prótesis por períodos más prolongados que los varones, debido a no aceptar ser vistas sin ellas, probablemente esto tiene un papel significativo en los resultados obtenidos.

El sexo en Cuba se comporta como en el resto del mundo,¹⁴ con un predominio de nacimientos masculinos que resultan afectados después por otras condiciones, como la sobremortalidad masculina, haciendo que en edades avanzadas sea superado por el sexo femenino, o sea, que las mujeres llegan a vivir más años que los hombres. Esto ocurre debido a las diferencias fisiológicas dadas entre ambos, así como el papel que asumen en la sociedad, entre otros muchos aspectos.

En los pacientes, en quienes fue examinado el comportamiento de la variable calidad de la prótesis dental, se observó que la mayoría de los casos (pacientes que presentaron algún tipo de lesión en la mucosa bucal), eran portadores de prótesis dentales de mala calidad, mientras que en el grupo control (pacientes que no presentan lesión en la mucosa bucal) ocurrió en menos de 20%; en cambio más de 50% de este grupo (Grupo control) eran portadores de prótesis de buena calidad.

El valor mayor que 1 y elevado de la OR (20.63) con un límite inferior de^{12, 14}, permitió considerar la mala calidad de la prótesis como una condicionante en el desarrollo de lesiones en la mucosa bucal. Al aplicar la prueba estadística Chi-Cuadrado se obtuvo $\chi^2 = 150.12$ con una mínima probabilidad de error ($p=0.000$).

Podemos asegurarnos entonces, basándonos en estos resultados, que la mala calidad de la prótesis dental se comportó como condicionante en la aparición de lesiones en la mucosa bucal, considerando que esto ocurrió debido a que alguno de los diferentes factores que determinan una mala calidad de la prótesis provocó alteraciones en las estructuras bucales, que trajeron consigo la aparición de alguna de las patologías estudiadas.

Los resultados encontrados muestran una gran diferencia entre Casos y Controles en relación con la variable en cuestión, por lo que el análisis de la misma resulta de especial importancia, ya que el propósito principal en el servicio de prótesis es precisamente rehabilitar al paciente desdentado total o parcial desde todo punto de vista: funcional, estético, psíquico y social.

Nos hemos visto limitados de realizar análisis y comparaciones de nuestros resultados con el de otros autores, debido a las escasas investigaciones que hay a nivel mundial respecto al tema tratado en nuestro estudio.

En investigaciones realizadas en la provincia Santiago de Cuba,¹⁴ 91% de los afectados usaban prótesis y el uso continuo de la misma tenía doce veces más riesgo de presentar lesiones.

Sin dudas, la mala calidad de la prótesis es un factor de riesgo fundamental a considerar en la aparición de lesiones bucales.

Las lesiones que con mayor frecuencia aparecieron en el adulto mayor portador de prótesis estomatológica fueron la estomatitis subprótesis seguida de la queilitis comisural y el épulis fisurado. Al final no se cuantifica el total de lesiones porque hubo pacientes que presentaron más de una.

En un estudio de prevalencia de lesiones en la Ciudad de México¹⁵ en el año 2005, la estomatitis subprótesis ocupó el segundo lugar para 14% de población adulta mayor afectada.

En una muestra de 2 277 pacientes procedentes de Suecia 16 de 65 a 74 años de edad, se observó que la prevalencia de queilitis comisural era de 10%.

El envejecimiento supone un aumento del riesgo de la presencia de alteraciones y patologías de la mucosa bucal como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológicos que provocan enfermedades que inducen cambios bioquímicos, funcionales y estructurales.¹⁷⁻²¹

Los profesionales al examinar la cavidad bucal en los adultos mayores deberán considerar las manifestaciones bucales, alteraciones sistémicas y también lesiones ocasionadas por factores locales en el portador de prótesis estomatológicas o por ambas causas a la vez,^{22, 23} insistiendo en dedicar parte de los esfuerzos a observar cómo se comportan éstas en orden de prevalencia y estudiar la incidencia de posibles factores de riesgo en su aparición, analizándolos, interrelacionándolos en conjunto como parte del mecanismo por el cual se producen estas entidades.

CONCLUSIONES

--Se evidenció que la calidad de la prótesis constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal en el adulto mayor portador de prótesis estomatológica.

--Los pacientes que presentaron lesiones en la mucosa bucal eran portadores de prótesis de mala calidad.

-- Las lesiones en la mucosa bucal del adulto mayor portador de prótesis estomatológicas que resultaron ser más frecuentes fueron la estomatitis sub-prótesis, la queilitis comisural y el épulis fisurado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Felipe RN, Delgado Jhanis A, Soto G. Factores de Riesgo en las lesiones premalignas del complejo bucal. Rev Cub Estomatología. 1995;32(2):1-4.
2. Shaffer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4ª. ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2005.
3. Martínez O, Romero ES. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en cavidad bucal. Rev Cub Med Ger Integral. 1995;12(3):216-221.
4. Bullón P, Velasco E. Odontoestomatología geriátrica. La Atención Odontológica Integral del paciente de Edad Avanzada. Madrid: Ed IM&C; 2006.
5. Senado J. Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(4): 446-452.
6. Rocabado F, Sotelo JM. La salud del anciano en las Américas. En: El Adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médicos y sociales. Washington: OPS; 2005, p. 35-50. (Publicación Científica; 983).
7. Fajardo G. Tercera edad. Adulto Mayor. El adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médico-sociales. Washington: OPS; 2005, p. 1. (Publicación Científica; 983).
8. Dotres C, Sacas E. La salud pública en Cuba, hechos y cifras. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1999.
9. Santana Garay Julio C. Atlas de patología del complejo bucal. 1ra. edición. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica; 1985.
10. Camposortega S. Características demográficas generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: El Adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médicos y sociales. Washington: OPS; 2005, p. 13-28. (Publicación Científica; 983).
11. Berengeler Gournalusses M. La Salud Bucodental en la tercera edad [on line] 2005. Disponible en: <http://www.lasaludbucalenlaterceraedad.htm> [Consulta: 23 dic. 2005].

12. Imai K, Sanada K. Molecular Basis of differentiation of Oral Carcinoma Cells: a Review; Dentistry in Japan. 2005;40(3):38-42.
13. OMS. Envejecimiento activo- un marco de política. Criterios y perspectivas para un envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida. [on line] 2006 octubre. Disponible en: <http://www.activeageing@who.int> [Consulta: 11 sep. 2007].
14. Cuba. MINSAP. Distribución de pacientes según condición de la mucosa bucal. Ciudad de La Habana: MINSAP;1997.
15. Ship JA, Pilleme SR, Baum BJ. Xeros tomia and the Geriatric Patient [on line]. American Journal of the Geriatric Society. 2003;50:535-543;. Disponible en: <http://www.saludpublica.com> [Consulta: 17 ene. 2005].
16. Matsuo R, Mitch Y, Funahashi M, Kobashi M. Morphological Study on the Superior Salivatory Nucleus Innervating the Submandibular and Sublingual Salivary Glands and Tongue in Rats. Dentistry in Japan. 2003;39(3): 34-36.
17. Prieto Ramos D, Vega García E. Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.
18. Irigoyen Camacho M, Mosqueda Taylor A. Estomatología Geriátrica [on line]. Ene. 2003. Disponible en: <http://www.discope.com/pac/mg-2/7/mg2t7p41.htm#estomatologia>
19. Brondani MA, Goncalves AJ. The Oral Health at everybody hands: smile 10, health 100 an educational and preventive odontogeriatric program for institutionalized elders and their caregivers and nursing personnel. En: Geriatric and Gerontological meeting in Catholic University. Brazil: BOS editors; 2003, p. 29-35.
20. Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina Iglesias MT, Yáñez Fernández B, González Saldívar A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognoscitivo [on line]. Rev Cubana Med. 2003;42(1):12-17. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol4203/med02103.htm> [Consulta: 24 mar. 2005].
21. Pérez Duporte J, García Megret E. Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad de Pastoria. Rev Cubana Enferm. 2002;18(2): 20-35.
22. Megret Caballero A, Naranjo Arroyo M, Fong González Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enferm. 2002;18(1):43-49.
23. Soria Bell B, Rodríguez Saif AJ. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Rev Cubana Enferm. 2002;18(2):116-121.

Anexo 1: Encuesta

Datos generales:

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha _____ Sexo F ___ M ___ Edad _____

Presencia de lesión: Si ___ No ___ Tipo: _____

- Tipo de prótesis según material empleado:
- Acrílica ___ Mixtas (metálicas con bases acrílicas) ___
- Tiempo de uso:
- Hasta 6 meses _____
- De 6 meses a 11 meses _____

- De 1 a 5 años _____
- Más de 5 años _____
- Ha sido reparada: Sí _____ No _____
- Causa de reparación:
- Por fracturas _____
- Para agregar retenedores _____
- Por caída de dientes _____
- Presencia de defectos: Si _____ No _____
- Terminado y pulido Correcto _____ Incorrecto _____
- Biomecánica (retención, soporte, estabilidad y dimensión vertical

oclusiva) Correcta _____ Incorrecta _____

Calidad de la prótesis: Buena _____ Mala _____

Anexo 2: Acta de consentimiento informado

Yo _____

Vecino de _____

Estoy dispuesto a participar en la investigación cuyo título es REPERCUSION DE LA CALIDAD DE LA PROTESIS EN LA APARICION DE LESIONES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR , después que los autores de este estudio me han explicado los principales objetivos y sus características; así como su implicación en el desarrollo de las Ciencias Estomatológicas y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con prótesis dental.

Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que puedo retirarme

- Cuando lo desee.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por tanto para expresar mi conformidad de participar firmo esta acta.

Firma del paciente _____

Firma del investigador _____

Fecha _____