



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898479*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

ISSN: 2007 – 7890.

**Año: V          Número: 2          Artículo no.35          Período: Octubre, 2017 – Enero, 2018.**

**TÍTULO:** Investigación sobre Educación para la Salud bucal en pacientes geriátricos en una población mexicana.

**AUTORES:**

1. Dra. María Eugenia Álvarez Orozco.
2. Est. Karla Fabiola Camacho Robles.
3. Est. Ana Elizabeth Arellano Enciso.
4. Dra. Jannet Delfina Salgado Guadarrama.
5. Máster. Diana Jaimes Cortés.

**RESUMEN:** La prevención y promoción de salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la odontología con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, por lo que detectar las lesiones bucales a tiempo evitara que estas avancen. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal aplicando los instrumentos Índice de Salud Oral Geriátrica, el Perfil de Impacto de la Salud Bucal y la Encuesta de Salud Bucodental. La muestra fue de 108 pacientes, de los cuales el 37% fueron masculinos y el 63% fueron femeninos y se determinó que la lesión frecuente fue la úlcera con 49.1%, la estomatitis protésica con 6.5%, el éplulis fisurado con 1.9%, la leucoplasia en 0.9%, y el 39.8% no presentó un estado anormal.

**PALABRAS CLAVES:** Educación para la salud bucal, lesiones bucales, pacientes geriátricos.

**TITLE:** Research on Education for Oral Health in geriatric patients in a population of the State of Mexico.

**AUTHORS:**

1. Dra. María Eugenia Álvarez Orozco.
2. Student. Karla Fabiola Camacho Robles.
3. Student. Ana Elizabeth Arellano Enciso.
4. Dra. Jannet Delfina Salgado Guadarrama.
5. Máster. Diana Jaimes Cortés.

**ABSTRACT:** Prevention and promotion of health are in a higher place in the world of dentistry with the aim of improving the quality of life of patients, so detecting oral lesions on time will prevent them from progressing. A quantitative, descriptive, cross - sectional study was carried out using instruments such as the Geriatric Oral Health Index, the Oral Health Impact Profile and the Oral Health Survey. The sample was composed of 108 patients in which 37% were male and 63% were female. It was determined that the frequent injury was ulcer in a 49.1%, the denture stomatitis in a 6.5%, fissured epulis in a 1.9%, leukoplakia in an 0.9% and 39.8% did not present an abnormal state.

**KEY WORDS:** Education for Oral Health, oral lesions, geriatric patients.

**INTRODUCCIÓN.**

La salud bucal es escasamente reconocida por las personas, la sociedad y los servicios de salud como parte integral de la salud general. Entre las funciones de la boca, principalmente se resalta la masticación, obviando importantes aspectos socioculturales como comer, hablar y sonreír (Ortiz & Altamirano, 2014).

Los estudios relacionados con la cavidad bucal muestran una incidencia relativamente alta de enfermedades, que van desde simples procesos inflamatorios hasta alteraciones leucoplásicas, por lo que resultan cada vez más preocupantes para las autoridades sanitarias encargadas de la salud de la comunidad (Nápoles, Rivero, García, & Pérez, 2016).

Las lesiones bucales en los ancianos son muy frecuentes y constituyen un problema de salud por las consecuencias que provocan (García, Benet, & Castillo, 2010).

Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, encontrándose que más del 95% de lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, el mayor promedio de edad se establece en el diagnóstico a partir de 60 años de edad (H. Rodríguez, Yudith, Echemendia, Macías, & Rodríguez, 2011).

Gran parte de la población atendida odontológicamente son los pacientes geriátricos, por lo que en la práctica clínica se perciben los problemas principales que los aquejan, enfocándose especialmente en los tejidos blandos de la cavidad bucal que afectan su funcionalidad.

### **Lesiones bucales.**

La cavidad bucal, por las múltiples funciones que tiene en la vida del ser humano y su exposición permanente a agentes físicos, químicos, y biológicos, tiene una peculiar significación, por lo cual merece una atención médica mayor, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de cualquier afección (Rodríguez et al. 2011). Lanza y Pérez definen a las lesiones bucales como manifestaciones objetivas que evidencian procesos patológicos que afectan la mucosa.

En la cavidad bucal se presentan diferentes afecciones, de ellas las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, y se encuentra que más del 95% de lesiones se presentan en personas mayores de 40 años; el mayor promedio de edad se establece en el diagnóstico a partir de los 60 años (Rodríguez et al. 2011).

**Clasificación.**

Las lesiones superficiales consisten en lesiones que implican el epitelio y el tejido superficial conectivo de la mucosa y la piel. Su grosor no excede los 2-3mm. Éstas se subdividen en blancas, pigmentadas, eritematosas, ulceradas y vasculares (Finkelstein 2010).

En las lesiones blancas se encuentran liquen plano, estomatitis por nicotina, lengua vellosa, leucoplasia vellosa, nevo esponjoso blanco, leucoedema, eritema migratorio, e hiperqueratosis (Finkelstein 2010).

En las lesiones superficiales pigmentadas se encuentran hemangiomas, variz, sarcoma de Kaposi, hematoma, equimosis, petequias, pecas, maculas, nevo, melanoma, y tatuaje. Dentro de las lesiones superficiales vesiculares-ulceradas eritematosas están epidermólisis bullosa, candidiasis, pénfigo vulgar, lupus eritematoso, virus del herpes simple, úlceras aftosas, liquen plano erosivo, mucositis inducida por la medicación, eritema multiforme y eritoplasia (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

**Descripción.**

La lengua vellosa es el resultado de la acumulación de queratina en la superficie dorsal de la lengua, y la lesión se presenta como papilas filiformes y alargadas que tienen apariencia vellosa; las papilas tienen color marrón, negro u otros colores, dependiendo de la dieta y hábitos del paciente, no es dolorosa (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

Finkelstein junto con Regezi y Scuibba mencionan que la leucoplasia vellosa se presenta como una lesión blanca bien delimitada con estructura variable, desde una lesión plana similar a una placa hasta prolongaciones papilares o filiformes como cabellos, de manera unilateral o bilateral en la lengua, los que se presentan comúnmente en pacientes con VIH y representa una afección oportunista relacionada con la presencia del virus Epstein-Barr.

El eritema migratorio es una lesión benigna e inofensiva que se puede diagnosticar por sus características clínicas, y se presenta con múltiples manchas rojas rodeadas por un borde blanco engrosado; hay que mencionar, además, que la estomatitis nicotínica es una lesión de engrosamiento epitelial de la bóveda palatina ocasionado por la combustión al fumar. Esta lesión experimenta una reacción de tipo eritematoso, y por último, con mayor queratinización de la superficie aparecen puntos rojos rodeados por anillos queratósicos blancos. Esta afección no se considera una lesión premaligna (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

Se debe agregar que el nevo esponjoso blanco es una enfermedad autosómica dominante causada, al parecer, por mutaciones en los puntos 4 o 13, de la queratina, que se desarrolla normalmente en la infancia. La localización más frecuente es de forma bilateral en la mucosa bucal y los bordes laterales de la lengua, es asintomática, benigna y sin potencial maligno (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

Regezi y Scuibba así como Finkelstein mencionan que el leucoedema se descubre como un dato incidental, es un cambio blanco generalizado de la mucosa oral que probablemente es una variación de la normalidad más que una enfermedad; éste es difuso y se puede extender a la mucosa de los labios, siendo asintomático, por lo que el paciente no se percata de su presencia; además, se considera al liquen plano como una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la piel y a la mucosa oral, y representa una anomalía en el sistema inmunitario que afecta a los linfocitos T. Esta lesión se presenta en forma de manchas pruríticas de eritematosas a purpura clara.

La leucoplasia se refiere a una lesión blanca de engrosamiento clínico de la mucosa. La hiperqueratosis significa un mayor engrosamiento de la capa de queratina del epitelio escamoso estratificado, y clínicamente las lesiones hiperqueratósicas tienen un aspecto de manchas blancas rugosas e indoloras. Normalmente son irritaciones crónicas a otras secundarias causadas por

mordeduras. Estas lesiones en la superficie de la mucosa, que normalmente se queratiniza como el dorso de la lengua, bóveda del paladar y la encía insertada, a veces representan una respuesta fisiológica (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

La displasia epitelial es un crecimiento atípico o anormal del epitelio escamoso estratificado, que cubre una superficie mucosa; estas lesiones tienen un aspecto clínico de zonas blancas, rugosas e indoloras, esta anomalía algunas veces progresa a Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE). (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000); además mencionan que la candidiasis es una causa frecuente de molestia oral y los factores predisponentes incluyen la inmunosupresión, el tratamiento con antibióticos, xerostomía y el uso de prótesis dental.

El hemangioma es una proliferación de los vasos sanguíneos que normalmente se percibe en el nacimiento y en la infancia temprana, representa una comunicación directa entre una arteria y una vena y muestra un soplo; mencionan los autores, que la variz es una vénula dilatada y representa una lesión relativamente pequeña, localizada, elevada y de color azul o morada (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

Finkelstein junto con Regezi y Scuibba consideran que el Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) es la neoplasia maligna más frecuente en la cavidad oral; el tabaquismo y el alcohol se han identificado como factores de riesgo, el COCE puede aparecer en cualquier parte de la mucosa oral pero es más frecuente en la superficie ventral y lateral de la lengua, es asintomático. Por otra parte, el sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular maligna que se observa sobre todo en pacientes con infección por el virus VIH. La Equimosis es un morete, se produce debido a la hemorragia y a la acumulación de sangre en el tejido conectivo, normalmente es consecuencia de un traumatismo o deficiencia de plaquetas y factores de coagulación e infecciones víricas, es de un color morado y negro. Las petequias son zonas redondas, rojas y delimitadas de la hemorragia, se producen debido a un traumatismo.

En las lesiones melonocíticas está la macula melanocítica oral y es una lesión pigmentada que se asocia a un incremento en la pigmentación de melanina del epitelio escamoso estratificado; cabe señalar, que el melanoma es una neoplasia maligna de melanocitos y se localiza frecuentemente en la bóveda palatina, encía y reborde alveolar (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

Regezi y Scuibba junto con Finkelstein mencionan al pénfigo vulgar como enfermedad autoinmune dolorosa en la que el paciente forma anticuerpos y las lesiones aparecen como úlceras procedidas por una vesícula o como úlceras superficiales; las ampollas se rompen casi de inmediato dejando una cubierta colapsada. Esta membrana grisácea se puede desprender con facilidad mediante raspado con apósito de gasa dejando una base ulcerada, roja y dolorosa; se debe agregar al lupus eritematoso como una enfermedad autoinmune, afecta a la piel y la mucosa; las lesiones consisten en manchas eritematosas, úlceras doloras y erosiones, y lesiones de engrosamiento epitelial, rugosas y blancas.

Las úlceras aftosas son una causa frecuente de molestia oral recurrente, teniendo un inicio repentino y se resuelven en un intervalo de tiempo predecible para cada paciente de 13 y 14 días; tiene lugar en la superficie mucosa no queratinizadas (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

El eritema multiforme es una enfermedad idiopática que implica una anomalía inmunitaria. Es una erupción autolimitada caracterizada por lesiones cutáneas en forma de diana para tiro al blanco y se desconoce la causa básica pero se sospecha de una reacción de hipersensibilidad a fármacos. Se presenta de manera característica como enfermedad ulcerativa y cualquier área de la boca puede ser atacada, pero lo son más a menudo los labios, la mucosa bucal, el paladar y la lengua (Finkelstein 2010; Regezi and Scuibba 2000).

Las úlceras aftosas son las más comunes de los tipos de úlceras y se desconoce la causa de las úlceras pero se han determinado varios factores etiológicos. Se han identificados tres tipos de úlceras aftosas: menores, mayores y herpetiformes. Todas las formas se presentan como úlceras recurrentes dolorosas, y la forma típica aparece sobre las mucosas vestibular y bucal, la lengua, el paladar blando, las fauces y el piso de la boca (Regezi and Scuibba 2000).

### **Lesiones bucales con etiología diversa.**

#### ***Lesiones bucales producidas por microorganismos.***

**De origen bacteriano.** En la aparición de enfermedades bacterianas influyen varios aspectos como son los relativos a ellas mismas como cantidad, virulencia y los relativos al hospedador. Nos referiremos a algunas de las enfermedades producidas por bacterias que dan lugar a enfermedades infecciosas específicas. Dentro de ellos destacan sífilis, gonorrea, tuberculosis, lepra actinomicosis y estomatitis gangrenosa teniendo manifestación en cavidad bucal (Regezi & Scuibba, 2000).

**De origen viral.** Diversos virus pueden infectar la mucosa bucal, cada uno con la capacidad de producir un cuadro clínico patológico relativamente distinto, y entre las patologías que son causadas por estos microorganismos está herpes simple, varicela zoster, herpangina, sarampión, hepatitis viral, parotiditis y VIH, entre otras, teniendo repercusión en la cavidad bucal (Marimón, 2009; Regezi & Scuibba, 2000).

**De origen micótico.** En la naturaleza existe un número elevado de hongos, siendo aproximadamente 200 los que son patógenos para el hombre. la *Cándida albicans* es la de mayor interés en la cavidad bucal puesto que es un microorganismo cuyo hábitat normal está dentro del propio organismo, que bajo determinadas circunstancias puede alterarse el equilibrio normal con el resto de la flora microbiana y se hace patógeno; también en este grupo se encuentran las micosis tanto subcutánea como oportunista (Marimón, 2009; Regezi & Scuibba, 2000).



**De origen inmunitario.** En las patologías de falla inmunitaria están el pénfigo vulgar, penfigoide cicatrizal, penfigoide buloso, dermatitis herpetiforme, enfermedad IgA lineal, y lupus eritematoso manifestándose en la cavidad bucal (Regezi & Scuibba, 2000).

**De origen hereditario.** La Leucoedema, el nevo esponjoso blanco, la disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria y la queratosis folicular son afecciones cuyo origen es hereditario (Regezi & Scuibba, 2000).

**De origen intravascular.** En ésta se encuentran el hemangioma, el granuloma piógeno, el granuloma periférico de células gigantes, y la glositis romboide mediana (Regezi & Scuibba, 2000).

**De origen neoplásico.** En estas lesiones se incluye la eritoplasia, el sarcoma de Kaposi y linfomas (Regezi & Scuibba, 2000).

**De origen idiopático.** Se agrupan, en estas lesiones, la lengua geográfica, la exostosis, el eritema multiforme, la leucoplasia idiopática, el linfoma, entre otras (Regezi & Scuibba, 2000).

### **Cambios bucales en pacientes geriátricos.**

El envejecimiento es un fenómeno universal; un proceso dinámico, irreversible, inevitable y progresivo. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad forman parte del proceso de envejecimiento general del organismo (Sáez, Carmona, Jiménez, & Alfaro, 2007).

Los órganos dentarios sufren cambios como en tamaño, posición, forma, color, disminución de la cámara pulpar, adelgazamiento del esmalte, por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, neoformación tisular y por acción del medio bucal como atrición, erosión, y caries entre otras (De et al., 2013; Sáez et al., 2007). La mucosa bucal se torna más fina y seca con la disminución en la queratinización y el afinamiento de las estructuras epiteliales, se reduce la

homeostasis del desarrollo de las células epiteliales y ocurre una mayor variación en la calidad de los tejidos (De et al., 2013).

El periodonto reacciona al proceso de envejecimiento; el cúmulo de placa dentobacteriana, provoca gingivitis y con el tiempo retracción gingival a nivel cuello del diente, descubriendo el cemento; por ende, disminuye la resistencia a las caries. En las encías ocurre la pérdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de la capa queratinizada (Sáez et al., 2007).

En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales, al reducirse éstas, el hueso alveolar es reabsorbido, disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas, también se encuentra un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad. Estudios realizados en mujeres de 70 años han demostrado una disminución en la altura del hueso alveolar en relación con el largo de la raíz, con una mayor frecuencia que en mujeres más jóvenes; esto pudiera estar relacionado con la pérdida de la inserción periodontal que es más prevalente en el paciente geriátrico (De et al., 2013; Sáez et al., 2007).

En las glándulas salivales existe una disminución en la producción de saliva así como alteraciones en las proteínas antimicrobianas presentes. Es frecuente el padecimiento de xerostomía que causa la pérdida del gusto y provoca dificultades al tragar; este padecimiento afecta entre el 29 y el 57% de la población geriátrica (De et al., 2013).

La lengua presenta reducción del epitelio, atrofia de papilas filiformes, agrandamiento varicoso nodular de venas en la superficie ventral, y se produce con frecuencia hipertrofia relacionada generalmente con el grado de desdentamiento en el paciente geriátrico; esto es resultado de la transferencia de parte de la función masticatoria y fonética a la lengua (Sáez et al., 2007).

**Material y Métodos.**

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con pacientes de ambos sexos mayores de 60 años en Toluca, Estado de México, en el periodo del 19 de junio al 04 de agosto del 2017, a los que se les hizo la invitación para ser partícipe de la investigación, explicándoles en qué consistía la encuesta y la revisión, aclarando que los resultados iban en apego al código bioético, así como los datos de la ficha de identificación serían manejados bajo confidencialidad. El universo fue de 150 pacientes y se obtuvo una muestra de 108 pacientes con una fórmula de matrices, nivel de confianza 95%, 0.5 probabilidad de ocurrencia, y un 5.0% margen de error de una población mexicana.

Se aplicó el instrumento Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), que es un cuestionario de 12 ítems y mide los problemas funcionales orales reportados por el paciente e impacto psicosocial asociado con enfermedad oral. El instrumento Perfil de Impacto de la Salud Bucal (OHIP-14) contiene 14 ítems y tiene como objetivo medir el efecto que los trastornos bucodentales ocasionan en las actividades de la vida diaria de los pacientes. Se basa en el autoinforme de la disfunción, la incomodidad y la inhabilidad atribuidas a estos trastornos y parte del marco conceptual de la enfermedad y sus consecuencias funcionales y psicológicas. La Encuesta de Salud Bucodental permite estimar, sobre bases sólidas, el estado de salud bucodental y se hizo uso de la casilla 37 – 42 correspondiente al examen de la mucosa oral y de los tejidos blandos bucales y peribucales.

**Resultados.**

La muestra total de pacientes encuestados fueron 108 mayores de 60 años. El 37% fueron masculinos y el 63% fueron femeninos (Tabla 1).

**Tabla 1. Porcentaje según el sexo.**

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	40	37.0%
Femenino	68	63.0%
Total	108	100.0%

Las lesiones, que con frecuencia se encontraron, fueron úlcera con un 49.1%, estomatitis protésica con 6.5%, éupilis fisurado con 1.9%, hemangioma con 1.9%, leucoplasia con 0.9% y un 39.8% no presento un estado anormal.

En cuanto a la localización de las lesiones, el 22.22% se encontraron en la mucosa bucal, el 13.89% en la lengua, el 7.40% en el paladar, el 6.48% fue en el borde alveolar, el 4.62% se localizó en el suelo de la boca, el 4.62% en los labios, el 0.92% en el borde del bermellón y en el 39.81% correspondió a los pacientes que no presentaron estado anormal (Tabla 2).

**Tabla 2. Frecuencia de la localización de las lesiones bucales.**

Localización	Frecuencia	Porcentaje
Borde bermellon	1	.92
Labios	5	4.62
Mucosa bucal	24	22.22
Suelo de la boca	5	4.62
Lengua	15	13.89
Paladar	8	7.40
Bordes alveolares/Encías	7	6.48
No registrado	43	39.81
Total	108	100.0

La relación entre el tipo de lesión y su localización queda expresado de la siguiente manera: el único caso de leucoplasia se localizó en la lengua, las úlceras se situaron: 1 caso en el borde del bermellón, 3 en los labios, 24 en la mucosa bucal, 5 en el suelo de la boca, 14 úlceras, 1 en el paladar, y 5 en los bordes alveolares. De épulis fisurado se presentaron 2 casos en los bordes alveolares y de estomatitis protésica se observaron 7 casos en el paladar. De hemangioma hubo 2 casos en los labios y el 43 restante son el número de pacientes que no presentaron un estado anormal (Tabla 3).

**Tabla 3. Relación entre la lesión y su respectiva localización.**

		Localización								Total	%
		Borde bermellón	Labios	Mucosa bucal	Suelo de la boca	Lengua	Paladar	Borde alveolar / Encía	No registrado		
Lesiones en mucosa oral	Ningún estado anormal	0	0	0	0	0	0	0	43	43	39
	Leucoplasia	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.9
	Úlcera	1	3	24	5	14	1	5	0	53	49
	Épulis fisurado	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.9
	Estomatitis protésica	0	0	0	0	0	7	0	0	7	6.5
	Hemangioma	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1.9
Total		1	5	24	5	15	8	7	43	108	100

Correspondiente a las visitas de los pacientes al odontólogo, los resultados obtenidos fueron que el 78.7% no visitan al odontólogo, el 13.9% visitan al odontólogo una vez al año y el 7.4% dos veces al año realiza su visita (Tabla 4).

**Tabla 4. Frecuencia con la que los pacientes geriátricos visitan el odontólogo.**

¿Cuántas veces visita al odontólogo?		
	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	15	13.9
2 veces	8	7.4
No lo visita	85	78.7
Total	108	100.0

**Discusión.**

Autores como García y Benet realizaron un estudio en Cuba y determinaron la distribución general de las lesiones mucosas bucales, observando que un 12% tenían algún signo clínico de estomatitis, el 8% presentaba lesiones de crecimiento hiperplásico (épulis fisurado) y el 5.6% eran portadores de queilitis angular, difiriendo considerablemente de los presentes resultados puesto que la lesión con mayor frecuencia fue la úlcera, la estomatitis solo se encontró en un 6.5%, y épulis fisurado solo en 1.9% (García et al., 2010).

Lemus y Triana concluyen que su investigación realizada entre el periodo de septiembre del 2006 y enero del 2008 en la Facultad de Estomatología de la Habana, las lesiones que aparecieron con mayor frecuencia en el adulto mayor, que eran portadores de prótesis, encontraron en primer lugar la estomatitis protésica con el 39.5%, posterior la queilitis angular con un 26,3%, el épulis fisurado 15.3%, la queratosis friccional en el 12.1%, las alteraciones linguales 7.4% y la úlcera traumática con el 4,7% de los casos. Las lesiones más frecuentes en comparación con la investigación realizada arroja que coinciden patologías como estomatitis protésica y el épulis fisurado, además de úlcera con una variación en los porcentajes (Lemus, Triana, Del Valle, Fuertes, & Sáez, 2009).

En el Centro Universitario “Julio Antonio Mella” de la ciudad de Camagüey, Cuba, en el 2014 se concluyó que de los 180 pacientes afectados con lesiones de la mucosa bucal, el 60% eran femeninos y el 40% masculinos. En cuanto a los tipos de lesiones y el tiempo de uso de la prótesis se observó que la estomatitis protésica fue la que predominó con un 33.19% seguida de la úlcera traumática con 24.70%, y después el épulis fisurado con 16.19%. En ambos estudios se analizaron más mujeres que hombres con una diferencia del 3%, y comparando la cantidad respecto a las lesiones encontradas fueron encontradas las mismas excepto una que fue hemangioma (Nápoles et al., 2016).

Ramón et.al., ejecutaron un estudio en Santiago de Cuba en el 2013 arrojando como resultado que el 46.5% de la población estudiada fue la estomatitis protésica, seguida por la leucoplasia con 18.6% y el 11.5% fue nevo. La localización anatómica más afectada fue el paladar duro con un 58%, el carrillo 18.6% y el suelo de la boca en un 11.6%. Comparando la localización de las lesiones en el presente estudio se encontró que la zona más afectada era la mucosa bucal con 22.22% y el paladar con un 7.40%, siendo los más destacados (Ramón, Montoya, Hechevarría, Norate, & Valverde, 2015).

En el estudio descriptivo efectuado por Gonzáles et. al., en una población de La Habana, Cuba, se percibió que el épulis fisurado fue la patología más frecuente con un 39.1% seguido de la estomatitis protésica con el 35.6%, y la leucoplasia con un 12.2%. Respecto a la región anatómica más afectada fue el paladar duro en un 16.3%, las encías tanto inferior como superior en un 16.3% y un 13.4% respectivamente, y por último, el carrillo con un 16.9%. Las lesiones encontradas en el estudio de Gonzales et. al., y el presente son las mismas excepto por la úlcera que en este caso fue la más frecuente (Gonzáles, Herrera, Osorio, & Madrazo, 2010).

Rodríguez et. al., en el estudio realizado en la comunidad de Kantunil, Yucatán, interpretaron que la lesión bucal más frecuente fue la estomatitis protésica con un 32.3%. La prevalencia de la hiperplasia fibrosa fue del 14.5%, la queilitis angular fue de 12.9%, la eritoplasia fue de 9.7% y leucoplasia con 4.8%; además, el 24.2% de la muestra no presentó lesiones ni patologías clínicas en la mucosa bucal. Este estudio coincide con algunas patologías del presente realizado así como también en que se encontraron pacientes sin lesiones aparentes (Rodríguez, Portillo, Lama, & Hernández, 2014).

## **CONCLUSIONES.**

Se evidenció que la lesión más frecuente está asociada al traumatismo causado por la prótesis, cuya etiología puede estar enlazada al uso de prótesis mal ajustadas y la evolución de las lesiones puede ser factible debido a que el paciente geriátrico desconoce el padecimiento, puesto que su educación bucal es escasa, además de que no ve necesario la asistencia a citas periódicas al odontólogo.

Respecto a la frecuencia con que tuvieron molestias al comer arrojó que el 38.9% respondieron que nunca, el 25% a veces, el 15.7% rara vez, el 13.9% a menudo y el 6.5% siempre. El porcentaje de pacientes que se limitaron al comer fue del 10.2% y respondieron que siempre, el 13.9% rara vez, el 17.6% a veces, el 21.3% a menudo y 37% nunca se limitó a comer.

Los pacientes que presentaron dificultad al hablar fueron en un 8.3%, que fue el porcentaje mínimo y el 38% nunca, siendo el porcentaje máximo.

Es indispensable que el odontólogo ilustre a los pacientes geriátricos sobre los cuidados bucales básicos, además de esclarecer las complicaciones de las lesiones más comunes que presentan los pacientes geriátricos para que los mismos analicen los riesgos y creen una cultura de educación bucal.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. De, B., Pérez, N. L., María, S., Matos, L., Fernández, J., Márquez, D. Q., Castellanos, L. (2013). Enfermedades bucales en el adulto mayor Oral Diseases in the Elderly. CCM, 17(1560–4381), 477–488. Retrieved from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008)
2. Finkelstein, M. (2010). Guía para el diagnóstico clínico diferencial de las Lesiones de la Mucosa Oral. Retrieved from:  
[http://www.dentalcare.es/media/es-ES/education/ce110/ce110\\_ES\\_131008.pdf](http://www.dentalcare.es/media/es-ES/education/ce110/ce110_ES_131008.pdf)
3. García, B., Benet, C., & Castillo, E. (2010). Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Revista Electrónica de Las Ciencias Médicas En Cienfuegos, 8(1727–897x), 36–41. Retrieved from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100008)
4. Gonzáles, R., Herrera, I., Osorio, M., & Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología, 47(1), 105–114. Retrieved from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en)
5. Lanza, L., & Pérez, M. (2014). Guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal . Actas Odontológicas, 12(1510–8139), 14–20. Retrieved from:  
<https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/view/917>
6. Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., & Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología, 46(1), 1–14. Retrieved from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100003)
7. Marimón, M. (2009). Medicina Bucal I. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

8. Nápoles, I., Rivero, O., García, C., & Pérez, D. (2016). Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. *Rev. Arch. Med Camagüey*, 20(2), 158–166. Retrieved from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200008)
9. Ortiz, B., & Altamirano, M. (2014). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral , pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Avances de Odontoestomatología*, 30(4), 195–203. Retrieved from:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852014000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003)
10. Ramón, R., Montoya, M., Hechevarría, B., Norate, A., & Valverde, C. (2015). Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas. *MEDISAN*, 19(6), 730–737. Retrieved from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192015000600004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192015000600004&script=sci_arttext&tlng=en)
11. Regezi, J., & Scuibba, J. (2000). *Patología bucal: Correlaciones clinicopatológicas* (Tercera Ed). Mexico; D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
12. Rodríguez, H., Yudith, C., Echemendia, Y., Macías, L., & Rodríguez, M. (2011). Urgencias estomatológicas en adultos mayores . Área Norte de Sancti Spíritus . 2011. *Gaceta Médica Espirituana*, 15(1608–8921), 280–286. Retrieved from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212013000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000300006)
13. Rodríguez, M., Portillo, A., Lama, E., & Hernández, S. (2014). Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Revista ADM*, 71(5), 221–225. Retrieved from:  
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=53065rEVISTA>

14. Sáez, R., Carmona, M., Jiménez, Z., & Alfaro, X. (2007). Cambios bucales en el adulto mayor. *Revista Cubana de Estomatología*, 44(1561–297X), 1–14. Retrieved from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011)

#### **DATOS DE LOS AUTORES.**

- 1. María Eugenia Álvarez Orozco.** Doctora en Educación Permanente y Máster en Educación. Tiene reconocimiento a Perfil Deseable PRODEP y es Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), además de integrante del Cuerpo Académico: “Investigación educativa en Enfermería y Gerontología”. Correo electrónico: [maru.orozco@hotmail.com](mailto:maru.orozco@hotmail.com)
- 2. Karla Fabiola Camacho Robles:** Estudiante de la carrera de Cirujano Dentista en la Universidad Autónoma de Nayarit. Participante en el XXII Verano de Investigación Científica y Tecnológica del Pacífico 2017, haciendo una estancia en la UAEM. Correo electrónico: [karlafcr.01@gmail.com](mailto:karlafcr.01@gmail.com)
- 3. Ana Elizabeth Arellano Enciso:** Estudiante de la carrera de Cirujano Dentista en la Universidad Autónoma de Nayarit. Participante en el XXII Verano de Investigación Científica y Tecnológica del Pacífico 2017, haciendo una estancia en la UAEM. Correo electrónico: [annah\\_elizabeth@hotmail.com](mailto:annah_elizabeth@hotmail.com)
- 4. Jannet Delfina Salgado Guadarrama.** Licenciada en Enfermería, Maestra en Seguridad e Higiene Ocupacional y Doctora en Alta Dirección. Docente en la Universidad Terranova y en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. Consejera Académica, Jefa del Departamento de Educación a Distancia y Continua, Subdirectora de Difusión Cultural, y Coordinadora de planeación de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. Correo electrónico: [salgado\\_guadarramajannet@hotmail.com](mailto:salgado_guadarramajannet@hotmail.com)

**5. Máster. Diana Jaimes Cortés.** Maestra en Educación con mención honorífica y Licenciada en Lengua Inglesa. Actualmente es Responsable de Centro de auto acceso, Profesora de inglés y Responsable de Actividades Culturales del área de idiomas en Facultad de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

**RECIBIDO:** 29 de octubre del 2017.

**APROBADO:** 18 de noviembre del 2017.