



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE
PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD
DE LA ASOCIACION CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE
SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016**

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: LOZANO BELLIDO, CYNTHIA MARJORIE

Lima, Perú

2017

A mis padres y a mi familia, por ser mi soporte y mi ayuda constante desde el primer día del inicio de mi carrera

Agradecimiento

A Dios sobre todo, por darme las fuerzas para la realización de este trabajo y por permitirme llegar a esta etapa de mi formación profesional.

A mis asesores por el tiempo y la instrucción que me brindaron para el desarrollo de la investigación.

A la Directora de la Asociación Caminemos Unidos por la disposición y apoyo desinteresado en el proceso del presente estudio.

Reconocimiento

A la Universidad Alas Peruanas, por brindarme la oportunidad de desarrollar capacidades, habilidades y optar por el título de Cirujano Dentista.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación consiste en determinar la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.

La metodología usada en el estudio fue observacional, descriptivo y transversal que incluyó a cuarenta pacientes mayores de 60 años, portadores de prótesis completa, durante los periodos de octubre y noviembre de 2016. Se realizó un interrogatorio y un examen clínico bucal. Se utilizaron pruebas de chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para determinar la asociación entre las variables: Presencia de lesiones bucales, edad, sexo, higiene, tiempo de uso y estado de conservación de las prótesis completas.

Los resultados encontrados fueron que el 85% de los ancianos presentó lesiones relacionadas con el uso de prótesis completa. El género femenino registró mayor número de lesiones con el 87,5%. La estomatitis subprotésica fue la lesión bucal más frecuente con el 75%. La prevalencia de la hiperplasia fibrosa fue de 30%. El grupo etario más afectado fue entre 60 y 70 años (50%). Sí se halló relación significativa entre la higiene de la prótesis y la presencia de lesiones bucales. Se encontró asociación significativa entre la presencia de alguna lesión y el mal estado de conservación de la prótesis ($p < 0.05$).

Se llegó a la conclusión que el 85% de la población examinada presentó lesiones bucales ocasionadas por el uso de prótesis completa, asociada a factores locales como: estado de conservación, tiempo de uso e higiene de la prótesis.

Palabras claves: Prótesis completa, estomatitis subprotésica, mucosa oral.

ABSTRACT

The objective of the present investigation is to establish the existing association between the presence of oral lesions and the use of complete denture in third age patients of the Caminemos Unidos Association of the district of San Juan de Miraflores in the year of 2016.

An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out including forty patients older than 60 years, users of complete dentures, during the periods of October and November of 2016. Researcher performed an interview and clinical oral examination. We used chi square tests and Fisher exact tests to determine the association between variables: presence of oral lesions, age, gender, hygiene, time of use and status of preservation of the complete denture.

The results were that 85% of elderly people shown lesions related with the use of complete denture. Female generated more lesions with 75%. Denture stomatitis was the most common oral lesion with 75%. The prevalence of fibrous hyperplasia was 30%. The most affected age was between 60 and 70 years (50%). Significant relationship was found between hygiene of denture and the presence of oral lesions. Significant association was found between the presence of some lesions and poor status of preservation of denture ($p < 0.05$).

The conclusion was 85% of the population examined had oral lesions caused by their complete denture; associated to local factors as: status of preservation, time of use and hygiene of dentures.

Key words: Complete denture, denture stomatitis, oral mucosa.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RECONOCIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

15

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática 17

1.2. Formulación del problema 18

1.2.1. Problema general 18

1.2.2. Problemas específicos 18

1.3. Objetivos de la investigación 19

1.3.1. Objetivo general 19

1.3.2. Objetivos específicos 19

1.4. Justificación de la investigación 20

1.4.1.	Importancia de la investigación	21
1.4.2.	Viabilidad de la investigación	22
1.5.	Limitaciones del estudio	23

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes de la investigación	24
2.2	Bases teóricas	33
2.2.1	Mucosa bucal	33
2.2.2	Edentulismo	34
2.2.3	Causa de la pérdida dentaria	35
2.2.4	Consecuencia morfológicas por la pérdida de dientes	36
2.2.5	Características anatómicas más frecuentes en el edentulismo	37
2.2.6	Características estéticas faciales en el edéntulo total	38
2.2.7	Prótesis dental	40
a.	Prostodoncia	40
b.	Prótesis completa removible	40
c.	Áreas de soporte para la prótesis completa	41
d.	Principios biomecánicos de una prótesis total	42
2.2.8	Pacientes geriátricos	44
a.	Definición	44
b.	Geriatría	44
c.	Gerodontología	45
d.	Alteración en la mucosa oral en pacientes geriátricos	45

2.2.9	Lesiones en mucosa oral como causa de prótesis	45
a.	Estomatitis subprotésica	46
b.	Hiperplasia fibrosa	48
c.	Candidiasis oral	49
d.	Úlcera traumática	52
e.	Queilitis angular	54
2.2.10	Higiene de la prótesis	55
a.	Limpiadores de prótesis	56
2.3	Definición de términos básicos	57

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Formulación de hipótesis	60
3.1.1	Hipótesis general	60
3.1.2	Hipótesis específicas	60
3.2.	Variables	61
3.2.1	Definición conceptual	61
3.2.2	Definición operacional	62

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1	Diseño metodológico	63
4.2	Diseño muestral	63
4.2.1	Población	63
4.2.2	Muestra	63
4.3	Criterios de selección	64
4.4	Técnicas e instrumento de recolección de datos	64

4.4.1	Técnica	64
4.4.2	Instrumento	65
4.5	Técnicas de procesamiento de la información	66
4.6	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	67

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1	Análisis de resultados	68
5.2	Discusión	76

CONCLUSIONES	82
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	83
------------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Anexo 2: Carta de presentación

Anexo 3: Constancia de desarrollo de la investigación

Anexo 4: Ficha de recolección de datos

Anexo 5: Matriz de consistencia

Anexo 6: Tablas adicionales

Anexo 7: Fotografías

Anexo 8: Validación del instrumento

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N°1:	Características generales de la muestra	68
Tabla N°2:	Características sobre el uso de la prótesis	69
Tabla N°3:	Prevalencia de Lesiones bucales	72
Tabla N°4:	Relación de las Lesiones y el Grupo etario	73
Tabla N°5:	Relación de las Lesiones y la Higiene de la prótesis	74
Tabla N°6:	Relación de las Lesiones y el Estado de conservación.	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico N°1:	Sexo de los pacientes portadores de prótesis	68
Gráfico N°2.1:	Estado de conservación de la prótesis	70
Gráfico N°2.2:	Tiempo de uso de la prótesis	70
Gráfico N°2.3:	Higiene de la prótesis (por día)	71
Gráfico N°2.4:	Uso nocturno de la prótesis	71
Gráfico N°3:	Prevalencia de Lesiones bucales	72
Gráfico N°4:	Relación de las Lesiones y el Grupo etario	73
Gráfico N°5:	Relación de las Lesiones y la Higiene de la prótesis	74
Gráfico N°6:	Relación de las Lesiones y el Estado de conservación	75

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

- Foto N°1:** Estomatitis subprotésica (Grado I)
- Foto N°2:** Estomatitis subprotésica (Grado II), torus palatino y queilitis angular
- Foto N°3:** Queilitis angular
- Foto N°4:** Prótesis en mal estado de conservación, piezas perdidas y desgastadas, mala higiene y fractura distal izquierda
- Foto N°5:** Prótesis en mal estado de conservación
- Foto N°6:** Evaluación de prótesis completa superior
- Foto N°7:** Prótesis con más de 60 años de uso, mal estado de conservación, adaptación e higiene.
- Foto N°8:** Evaluación de prótesis completa en mal estado de conservación
- Foto N°9:** Evaluación clínica de los pacientes
- Foto N°10:** Orientación a los asistentes de la reunión de la Asociación Caminemos Unidos

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica y en el Perú en especial, se viene haciendo un esfuerzo por hacer efectiva la inclusión social de pacientes de la tercera edad en servicios de salud bucal, pensiones económicas y salud en general. En el país se considera personas adultas mayores a aquellos que tienen 60 años a más.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el Perú (2016) se reportó que hay más de tres millones de adultos mayores. Así mismo, indicó que “cuatro de cada 10 hogares peruanos tiene entre sus miembros al menos una persona adulta mayor”.¹ A un año del estudio, actualmente el estimado es de 1 millón 466 mil adultos mayores solo en Lima, de acuerdo con los resultados publicados por el INEI Perú.²

El envejecimiento general del organismo es un proceso fisiológico, multifactorial que al pasar de los años ocasiona alteraciones, algunos de ellos se expresan en la cavidad bucal del adulto mayor. Muchos de los pacientes llegan a la senectud con edentulismo parcial o total provocado por caries, problemas periodontales, infecciones o como resultado de mala praxis provocando problemas funcionales y estéticos. Con la necesidad de devolver las propiedades funcionales como fonética, fonación, estabilidad mandibular y masticación es necesario el uso de prótesis dentales.

Estos aparatos protésicos requieren de ciertas zonas de las estructuras anatómicas de la cavidad bucal para poder cumplir su función. Sin embargo, muchos son los casos que se encuentran ciertas alteraciones en estas estructuras y en la mucosa oral en general asociadas al uso de prótesis totales,

ya sea por diferentes causas locales, sistémicas o externas de la cavidad bucal. Por ello, este estudio evaluará las alteraciones en la mucosa bucal más comunes producidas en la población seleccionada dentro de la ciudad de Lima y algunos de los factores que podrían ser causa de su presencia en la cavidad bucal relacionadas al uso de prótesis completa

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El Perú es un país en el cual la población aumenta en 335 mil habitantes por año aproximadamente. Según un resultado estadístico de adultos mayores del INEI se revela que, hay 1.7 millones de mujeres adultas mayores y 1.5 millones de hombres adultos mayores en todo el Perú actualmente.² Para el 2020 se espera un incremento importante en la población global de la tercera edad.

Los adultos mayores requieren como a cualquier edad del servicio odontológico integral. Para el gobierno peruano e instituciones departamentales esta representaba una prioridad sin mayor acción, sin embargo en los últimos años en el país se está haciendo un esfuerzo por la inclusión social en servicio de salud bucal en vista de la gran importancia de rehabilitar la cavidad bucal, mejorar la ingesta de nutrientes para sobrellevar patologías propias de la edad y mejorar la calidad de vida. De esta manera, hace unos años se inició el programa para la rehabilitación oral con prótesis removible “Vuelve a sonreír” dirigido a los adultos mayores de las poblaciones más pobres y usuarios del Seguro Integral de Salud del país.

Una prótesis completa debe cumplir su función y objetivo dentro de un medio ambiente muscular bucal activo. Si estos aparatos van a restaurar de una manera eficaz las funciones que han sido alteradas, no deben exponer movilidad, inestabilidad ni funciones relacionadas. Es por eso, que es importante asegurarse que las prótesis no efectúen lesiones de cualquier clase en los tejidos remanentes.³ Un adulto mayor con prótesis completas con

muchos años de uso y en mal estado son fuente de aparición de patologías bucales que complican aún más los problemas de salud propios de la edad.

En este estudio la investigación sostiene el resultado de posibles factores del uso de la prótesis que generan la aparición de lesiones bucales en los tejidos blandos de la cavidad bucal en los pacientes adultos mayores portadores de prótesis completa de la Asociación Caminemos Unidos de la ciudad de Lima. Con estas conclusiones se tendrá una referencia que el profesional de salud podría sumar en cuanto a su información sobre un uso adecuado de las prótesis, factores de riesgo y cuidado de salud bucal.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las lesiones bucales más prevalentes que se presentan por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016?
2. ¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y la edad por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016?

3. ¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y la higiene de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016?
4. ¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y el estado de conservación de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Indicar las lesiones bucales más prevalentes que se presentan por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad atendidos en la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.
2. Conocer la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y la edad por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.

3. Establecer la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y la higiene de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.
4. Precisar la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y el estado de conservación de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.

1.4 Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación se realiza con el motivo de determinar las lesiones bucales que se presentan en los pacientes cuando usan prótesis dentales mucosoportadas y al mismo tiempo los factores que se relacionan para su aparición. Los pacientes adultos mayores al desconocer el mantenimiento correcto para un buen estado de conservación y las medidas de higiene de sus prótesis, pueden ocasionar ciertas lesiones en los tejidos blandos de la mucosa bucal. Estas lesiones, de diferentes grados y formas de afección, ocasionan malestares e irritaciones al momento de usar sus prótesis y aún más al momento de masticar. Este es el caso por el que en su mayoría los pacientes dejan de usar estos aparatos protésicos afectando su alimentación, salud bucal, estética, función intermaxilar y estomatológica. En muchos casos estos pacientes una vez que tienen sus prótesis instaladas, dejan de asistir al odontólogo considerando que el tratamiento finalizó, sin continuar con sus controles postinstalación mensuales y anuales, esto debido a

la falta de interés propio y de los familiares, a la falta de información por parte del odontólogo o por falta de recursos.

Es por eso que, se busca identificar clínicamente los tipos más frecuentes de lesiones asociadas al uso de prótesis completa mediante una encuesta y un examen de diagnóstico. Así mismo dar información a este sector de la población sobre los tratamientos a los cuales deben recurrir. Se desea informar a los pacientes de los métodos para mejorar sus hábitos de uso e higiene bucal y protésica.

Por otra parte, la investigación permitirá a la universidad reorientar y reforzar el proceso de formación académica de los estudiantes con la finalidad de mejorar las condiciones bucales de pacientes geriátricos con lesiones en la mucosa.

1.4.1 Importancia de la investigación

En la siguiente investigación la importancia se describe por conocer la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los adultos mayores, debido al interés por este grupo de edad fueron tomados en cuenta para este estudio, además de residir en una zona rural de Lima Centro cuya población en general ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas. Muchos integrantes de este grupo poblacional suele presentar edentulismo total, necesitando dispositivos protésicos dentales. Sin embargo, estas prótesis con el transcurso del tiempo, sin renovación correspondiente por falta de orientación y otros factores pueden llegar a perder su objetivo funcional masticatorio como también pérdida en la adaptación a los tejidos de soporte

causando una serie de lesiones que se presentan por signos y síntomas provocando manifestaciones dolorosas en la cavidad bucal.

El presente estudio persigue identificar las lesiones más frecuentes en los tejidos blandos de la boca cuya causa este asociado al uso de prótesis completa en condiciones inadecuadas de conservación, adaptación e higiene; y describir las características propias de las lesiones. También el presente estudio servirá como un aporte actualizado a los conocimientos de los colegas estomatólogos para que el diagnóstico, tratamiento y prevención sea más eficaz en el paciente edéntulo total de la tercera edad residente en áreas como asentamientos humanos.

Asimismo, el presente estudio tendrá un impacto social favorable ya que se concientizará a las personas para el uso correcto de las prótesis dentales, la higiene y control periódico de las mismas, mejorando así específicamente la masticación, fonación, el sistema estomatognático en general y la imagen personal pues actualmente es de mucho valor la apariencia de sonrisas.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La presente investigación es considerada viable ya que la investigadora cuenta con los recursos financieros para realizarla. La población de estudio incluye a pacientes portadores de prótesis completa de una asociación que cuenta con un programa de apoyo al adulto mayor asociado a un policlínico que cuenta con consultorio odontológico, por lo que el estudio cuenta con el espacio y los medios para recolectar los datos requeridos. Por otro lado, el policlínico cuenta

con un odontólogo colegiado el que se encuentra de manera permanente y el que apoyó a la investigadora durante la recolección de datos.

1.5 Limitaciones del estudio

En el siguiente trabajo se presentaron diversas limitaciones, entre ellas se encuentran las siguientes:

Con respecto al aspecto monetario, para desarrollar este proyecto de investigación hay un costo monetario generado para cubrir los gastos que se requieran, pero que la investigadora financió en todas sus etapas para lograr un producto de valor, además del apoyo logístico prestado por la organización donde se realizó el estudio. Dirigiéndonos al aspecto de población de estudio son pocos los espacios donde se hallen concentrados este tipo de pacientes por lo que la elección de la Asociación Caminemos Unidos de San Juan de Miraflores fue seleccionado cuidadosamente teniendo en cuenta el área donde se encuentra.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Rodríguez *et al.*, (2014) mencionan que diversos factores como alteraciones en el pH, flujo salival reducido, asperezas, falta de ajuste y estabilidad de la prótesis son factores para la aparición de lesiones en el tejido blando oral. Su estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 62 pacientes portadores de prótesis removibles de acrílico en el Centro de Salud Rural. Se procesaron los datos en un programa SPSS para la estadística descriptiva. Como resultado tuvieron entre las lesiones a la estomatitis subprotésica con un 32,3%, hiperplasia fibrosa con 14,5% y queilitis angular con 12,9% y el 25,8% no presentó lesiones en la mucosa bucal. La falta de higiene protésica es una de las causas que produce mayor presencia de lesiones ya que el 45,16% no realizan la higiene de su prótesis. Se concluyó que en el 75,8% de la población se encontraron lesiones bucales ocasionadas por prótesis, como también ausencia de orientación odontológica a los pacientes conforme al control de sus prótesis.⁴

Nápoles *et al.*, (2016) determinan que las prótesis en mal estado pierden sus cualidades y producen la presencia de afecciones en tejidos bucales, por no ser renovadas también en el tiempo requerido. Tuvieron como objetivo describir las lesiones presentes en la mucosa oral producidas por prótesis totales en pacientes mayores de 60 años que acudieron al policlínico Julio Antonio Mella. Presentaron una muestra de 180 pacientes adultos mayores portadores de prótesis totales. Se presentó un resultado donde el 60% fueron pacientes del sexo femenino y 40% masculino. El grupo de edad masculino que mostró

mayor prevalencia fue de 60 a 64 años y el grupo femenino fue de 65 a 69 años. La lesión más frecuente fue la estomatitis subprotésica con un 33,19%, la úlcera traumática con el 24,70% y el épulis fisurado con un 16,19%. Se presentaron más lesiones en las prótesis de hasta 5 años de uso. Las úlceras traumáticas y épulis fisurado aparecieron en prótesis instaladas recientemente. Sin embargo, la estomatitis se presentó con mayor prevalencia en pacientes con prótesis de 6 a 20 años de uso. El 13,76% presentó queilitis angular mayormente en pacientes con prótesis usadas por más de 10 años. Con respecto a la lesión en la mucosa relacionada al estado técnico de la prótesis, el 63,96% de ellos tenían prótesis desajustadas. Entre las lesiones que aparecieron mayormente por este motivo estuvieron la estomatitis subprotésica, queilitis y épulis fisurado. Se observó que el desajuste de las prótesis se ocasiona por largo periodos de tiempo de uso lo cual produce una degeneración de las glándulas salivales y el bloqueo mecánico de conductos secretores lo que disminuye la secreción salival y el pH respectivo, esto incitaría la aparición de la estomatitis. Si el tiempo de uso es mayor, el desajuste de la prótesis es mayor también debido a los cambios de soporte estructurales por presión continua. Por lo tanto sostuvieron que observaron mas lesiones en pacientes femeninas, pacientes con prótesis hasta con cinco años de uso y la estomatitis fue la lesión de mayor predominio.⁵

Gutiérrez *et al.*, (2013) señalan que en pacientes de 60-69 años se encuentran la mayor muestra de presencia de lesiones orales dentro de una población de 120 pacientes mayores de 60 años portadores de prótesis totales y parciales. El sexo femenino tuvo una incidencia mayor con el 52,4% a comparación del

masculino con un 47,6%. Sin embargo, no se confirma el género como un factor indispensable para este resultado. Las lesiones con mayor prevalencia fueron: la estomatitis subprotésica con el 45,9% seguido de la úlcera traumática con 6,5%, épulis, queratosis y leucoplasia por el uso de prótesis totales. Con respecto al resultado de la frecuencia de uso diurno y nocturno, la estomatitis tuvo un 54,1% a comparación del uso diurno solamente con un 26,2% como factor asociado. Las lesiones de tipo ulcerativo se hicieron presente en este estudio en pacientes con prótesis nuevas, corroborando causas como: zonas compresivas, bordes filosos, inserciones frénicas no liberadas, nódulos de acrílico y puntos exagerados de contactos oclusales. Según la frecuencia de uso, los pacientes de este estudio que usan sus prótesis permanentemente tienen la mucosa más propensa a las lesiones debido al sometimiento continuo de cargas oclusales, presiones constantes y roces permanentes; además, se evidenció que el mayor número de pacientes con lesiones son portadores de sus prótesis por más de 10 años.⁶

Ruiz *et al.*, (2013) demuestran que en la cavidad bucal se manifiestan diversas patologías de origen multifactorial, debido a la mala adaptación de la aparatología protésica removible, que al estar en continuo contacto con los tejidos blandos pueden irritar las mucosas produciendo diversas lesiones. Tuvieron una población de 140 pacientes, desde los 40 años, portadores de prótesis removibles. En la investigación se valoró el tiempo de uso, género, edad, tipo de material de la prótesis, patologías presentes. Los pacientes que referían tener su prótesis de uno a cinco años o más de 10 años tuvieron un resultado del 37% de prevalencia, se encontró mayor presencia de lesiones en

pacientes del género femenino con un 66,4%, el autor coincide el resultado con otras investigaciones como Jainkiavong en 2009 con el 67% y Montero en 2003 con el 64,2%, llegando a la conclusión que las mujeres se preocupan más por la apariencia física. Las prótesis elaboradas con material de acrílico-wipla ocasionaron mayor número de lesiones 51,4% y la lesión en mucosa oral más frecuente fue el eritema con un 42,1%. La aparición de lesiones está relacionada al cambio que sufre el tejido de soporte de forma fisiológica, incluyendo el tiempo de uso que tengan los materiales de las prótesis. El grupo de edad que presentó mas lesiones provocadas por prótesis removibles fue el de 50-59 años con un 28,6%. Se destaca de manera importante que el 27,8% de la muestra no presentó lesiones en la mucosa, sin diferenciar el tipo de prótesis.⁷

Serrano *et al.*, (2016) evaluaron las alteraciones clínicas presentes en la mucosa bucal de pacientes portadores de prótesis totales residentes de un centro en Venezuela. Se examinaron a 29 pacientes geriátricos de 58 a 94 años, entre ellos 15 hombres y 14 mujeres. El 50% de los evaluados no presentó alguna inflamación de la mucosa oral, según el autor un resultado alentador si es comparado con un estudio realizado en Lima en el 2002. Asimismo el 17.86% sí presentó lesiones con mucosa levemente inflamada como la candidiasis, el 17,86% tenía inflamación generalizada y el 14.29% presentó hiperplasia fibrosa del fondo de surco con presencia de pliegues alargados de tejido en el área mucolabial. Estas lesiones podrían deberse a diversos factores, ya que el 62% de los participantes refirió usar las prótesis durante el día y el 38% manifestó usarlas de día y de noche. Mayormente las

prótesis evaluadas se encontraron en mal estado obteniendo el 48,26%, y en regular estado el 24,14% pudiendo detectarse también como un factor de riesgo importante. De estas prótesis las que requerían de un recambio fue el 51,7% mientras que el 24,1% solo un ajuste. Entre las anomalías que encontraron durante la examinación estuvieron el torus (27,5%) y el 20,7% presentó problemas con la ATM. Menciona que de acuerdo a otro autor, a los dos meses de uso de prótesis completa, los tejidos de soporte ya pueden sufrir una reabsorción progresiva como pérdida de estructura ósea lo cual podría conllevar a presentar úlceras traumáticas y otras lesiones. Finalmente señala que los malos hábitos de higiene bucal y del uso protésico pueden influir de manera directa a la aparición de alteraciones en la mucosa bucal.⁸

Espinoza, (2014) trabajó con una población de 52 pacientes entre ellos el 73% eran del género femenino y el 27% del masculino, en los cuales se presenta alguna forma de lesión en la mucosa a consecuencia del uso de prótesis. Durante el examen las patologías más frecuentes fueron: La candidiasis oral, úlcera traumática, estomatitis subprotésica e hiperplasia irritativa. Se presentó un mayor porcentaje de estomatitis subprotésica en mujeres con un 29%, e hiperplasia irritativa con un 12% en el caso de los varones. Según la edad con mayor porcentaje en frecuencia de lesiones, se presenta la estomatitis subprotésica con un 10% correspondiente para las edades de 65-69 y 75-79 años, seguida de la hiperplasia y la úlcera traumática en las edades de 85-90 años. En el caso de la candidiasis oral los valores más altos se presentan en la edad de 80-84 años, la estomatitis subprotésica con el uso de la prótesis total presenta un 27%, seguida de la hiperplasia irritativa con un 23% presentando

rollos alargados de tejido en el área de los pliegues mucolabiales debido a la atrofia ocasionada en el reborde alveolar, la úlcera traumática (15%) y la candidiasis oral (2%) con este tipo de prótesis. Para el caso de prótesis removible el valor más alto es para la úlcera traumática con un 12% seguida de la estomatitis subprotésica e hiperplasia irritativa con un 8% cada una y por último la candidiasis. El tiempo de uso de las prótesis influyó significativamente en la frecuencia de presentación de alteraciones en la mucosa.⁹

Chabot *et al.*, (2015) tuvieron como objetivo evaluar la condición bucal de pacientes diagnosticados con estomatitis subprotésica en una muestra de 22 pacientes portadores de prótesis completas en el estado de Mérida. Usaron como técnica de recolección de datos la entrevista personal y la observación estructurada. La incidencia de estomatitis subprotésica encontrada en la muestra fue del 86% debido a causas multifactoriales. Se evaluaron los tres tipos de estomatitis subprotésica: tipo I, tipo II y tipo III según los criterios de Newton. La estomatitis grado I, que se caracteriza por un foco inflamatorio localizado y pequeños puntos rojos mayormente en el paladar presentó el 50%; la estomatitis grado II se observó en el 27,3% de los pacientes quienes tenían una mucosa subyacente de la prótesis brillante, lisa y enrojecida además de líneas que delimitaban la prótesis sobre el área de la mucosa donde se apoyaba. El diagnóstico estomatitis tipo III estuvo presente en el 9,1% donde se observaban lesiones papulares e irregulares en la zona anterior del paladar. Estos resultados se relacionaron a diferentes factores, entre ellos la higiene de la prótesis: los grados I, II y III se encontraron en pacientes con mala y regular higiene, sin embargo el grado I se presentó de manera escasa en pacientes

con buena higiene. Otro factor relacionado fue el hábito de uso de la prótesis, el 54,5% señaló utilizar la prótesis día y noche donde se halló la patología y el grado III se presentó aquí únicamente, estos hallazgos se deberían al mayor tiempo de proliferación microbiana en la mucosa con la prótesis. Todos los pacientes sanos refirieron usar la dentadura solo de día. Otro factor fue la falta de eficiencia masticatoria con un 50%, donde se relacionó la aparición de la patología y su severidad. También se evaluó la adecuada extensión donde igual se presentaron los grados I y II. Es muy probable que el bajo nivel cultural como el hecho de ser una población rural esté asociado a la falta de conocimiento de estos factores por parte de los pacientes y las deficiencias presentes en el manejo educativo por parte del personal de salud, sean los responsables de la alta incidencia de la estomatitis subprotésica.¹⁰

Moreno, (2014) demostró en su estudio una muestra de 53 pacientes portadores de prótesis totales de un hogar de ancianos. Se pudo observar que un 74% del total siente cambios en su digestión, mientras que un 26% no sienten algún cambio. Este resultado comprueba que al utilizar una prótesis dental se produce cambios en la masticación y deglución de los alimentos, es por eso que predomina el porcentaje en un 74% de la población. 55% del total ha experimentado cambios en su aspecto facial por el deterioro de las prótesis dentarias. Un 52% utilizan agua simple para su limpieza bucal, el 3% usan antisépticos y el 35% utilizan el cepillo con dentífricos para el aseo de su cavidad bucal. Con respecto a la limpieza de su prótesis, en el estudio se demuestra que el 56% los lava con agua y el 20% sí desinfecta sus prótesis después de utilizarlas y muy cerca con un 22% están los pacientes que cepillan

las prótesis con dentífricos. La enfermedad sistémica con mayor presencia es la diabetes mellitus y posteriormente otros como la hipertensión arterial, la artritis reumatoide y neuropatías. El estudio también da lugar al resultado que sí existe relación directa entre la aparición de lesiones bucales y el tiempo de uso de las prótesis totales desadaptadas. Concluyendo que a mayor tiempo de uso pueden desencadenarse patologías más severas en el tejido mucoso como hiperplasias que recubren el reborde residual y zonas periféricas en ambos maxilares. Asimismo, a partir de los seis años de uso protésico la aparición de úlceras traumáticas son más frecuentes según el resultado de su investigación en el hogar de ancianos.¹¹

Vilchez *et al.*, (2013) estudiaron la prevalencia de lesiones orales que se presentan en los tejidos blandos de soporte a partir de una población de 40 pacientes portadores de prótesis total, entre 50 y 86 años de edad, asistentes a la clínica estomatológica de la UNMSM. Realizaron un raspado citológico en los tejidos de soporte del paladar duro de cada individuo. Utilizaron la técnica de coloreado de papanicolaou. Según los resultados mostrados en su artículo, el 90% de los pacientes que presentaron lesiones orales usaban prótesis dentales inestables y desadaptadas. El 95% de todos los pacientes presentó lesiones en la mucosa mientras que el 10% presentó células displásicas, mayormente en aquellos que indicaron mayor tiempo de uso. La lesión con más prevalencia fue la estomatitis con el 55%, seguida de la hiperplasia con 17,5%, la úlcera con 5% y leucoplasias con el 7,5%. Se indicó que los pacientes mayores a 70 años mostraron mayor prevalencia de lesiones. La inestabilidad de la prótesis produce una agresión biológica, como alteración de diferenciación epitelial

debido al mal estado de la confección de la prótesis completa y a su antigüedad. Finalizaron concluyendo que las prótesis usadas por más de un año ya pueden producir cambios citológicos en la mucosa y por estar inestables pueden originar displasias como lesiones inflamatorias.¹²

Loqui, (2016) examinó a 60 adultos mayores de ambos sexos portadores de prótesis totales dentro de los cuales solo 29 presentaban lesiones bucales. Entre ellos 19 fueron del sexo femenino y 10 del masculino. Comprendieron las edades de 64 a 90 años, aquí la lesión que predominó fue la estomatitis subprotésica (62%) y la que menor prevaleció fue la queilitis comisural (7%). El uso nocturno de la prótesis se presentó con el 45%. La mala adaptación de la misma obtuvo un 37% donde la estomatitis subprotésica fue la lesión de mayor prevalencia, seguida de la úlcera traumática. La mala higiene de las prótesis dio como resultado el 34% como uno de los factores predisponentes. Con respecto al sexo femenino fue el más vulnerable presentando estomatitis, úlcera traumática y queilitis angular a comparación del sexo masculino. La edad que mayor número de casos de lesiones presentó estuvo entre los 76 a 85 años. El mal estado (76%) junto al periodo de tiempo de uso de las prótesis de hasta diez años fue donde mayor cantidad de lesiones aparecieron en los pacientes del estudio. Finalmente se identificó el área que localiza mayor frecuencia de las lesiones por el uso de prótesis mal adaptadas, siendo el paladar la zona de mayor ubicación (62%) seguido del reborde alveolar (31%) y comisura labial (7%). Es por ello que se relacionan estos factores locales y generales con las lesiones más prevalentes encontradas como: la estomatitis subprotésica, úlcera traumática, queilitis comisural e hiperplasia fibrosa.¹³

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Mucosa bucal

- **Definición:** “Es un tejido suave que cubre el interior del sistema digestivo (cavidad bucal, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, colon y recto) y del sistema respiratorio (mucosa nasal, tráquea y bronquios).”¹⁴

- **Características:** está estructurada por un epitelio de recubrimiento y por tejido conectivo laxo que la sostiene y nutre, también es llamada lámina propia o corion. Observamos variaciones histológicas según las características funcionales y en el área del paladar o encía se puede encontrar mucosa queratinizada con diversa variedad papilar, como es el caso de la lengua la cual se encuentra cubierta por una mucosa especializada.¹⁴

La mucosa bucal está unida al hueso maxilar, lugar principal donde la prótesis se apoya y sostiene sobre el hueso cuando tolera las fuerzas que se generan dentro de la cavidad bucal. La calidad, espesor y humectación del tejido mucoso son importantes para la resistencia mecánica. La resiliencia de la mucosa resulta esencial para la retención física de la prótesis. La mucosa masticatoria de ambos maxilares se caracteriza por estar recubierta de una capa queratinizada bien definida lo cual le permite lograr una mayor resistencia contra las agresiones que son causadas por las prótesis durante el proceso de masticación.¹¹

La mucosa oral de los adultos mayores presenta un epitelio adelgazado y un aumento en el contenido de colágeno de los tejidos subyacentes. Se encuentran zonas con mayor queratinización como el vestíbulo y labio, otras con disminución como el paladar y las encías.¹¹

Por lo tanto, la mucosa bucal debe estar todo el tiempo humedecida por la saliva para poder defenderse de diferentes factores microbiológicos, además de protegerla contra la desecación.¹¹

Tipos de mucosa oral que se pueden encontrar en edéntulos totales:

- **Mucosa Firme:** se caracteriza por ser una mucosa delgada, no compresible, puede presentar irritaciones frecuentes en zonas donde la prótesis puede estar creando mayores fuerzas oclusales. Es un tipo de mucosa no favorable en la masticación, siendo esto un factor negativo.¹⁵
- **Mucosa Resiliente:** esta mucosa tiene un grosor adecuado, permite una compresión ligera, así amortigua las fuerzas oclusales de la prótesis sobre el reborde óseo. Es una mucosa favorable lo que la califica como un factor positivo.¹⁵
- **Mucosa Flácida:** es una mucosa de grosor exagerado, móvil, blanda y se ubica generalmente sobre zonas de reabsorción ósea sobre todo en el maxilar inferior en pacientes antiguos de prótesis. Es la mucosa más desfavorable, ya que permite el desplazamiento de la prótesis lo que la califica como factor negativo.¹⁵

2.2.2 Edentulismo

El edentulismo es la ausencia total de piezas dentales, éstas ya no serán reemplazadas en el futuro por nuevas piezas dentales naturales. Para el paciente desdentado total esta condición es una preocupación constante y al mismo tiempo un reto terapéutico para el odontólogo. Es considerado un problema de salud pública. Es un evento traumático para una persona en

cuanto a su relación social. Esta condición se observa frecuentemente en grupos socioeconómicos bajos.¹¹

2.2.3 Causa de la pérdida dentaria

Las causas que producen el edentulismo son diversas, las más principales son: la caries dental, la enfermedad periodontal, el traumatismo y la iatrogenia. Posteriormente los dientes presentes aún en la cavidad bucal llevan una sobrecarga lo que provocaría movilidad dental, alteraciones oclusales, reabsorción alveolar y edentulismo.¹¹

- **Caries:** enfermedad infecciosa transmisible multifactorial caracterizada por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados de los dientes, en los cuales se produce desmineralización de la porción mineral y disgregación de la parte orgánica resultando la lesión cariosa. Todo esto debido a la acción de microorganismos provenientes de los carbohidratos fermentables resultante de la dieta.¹⁶
- **Enfermedad periodontal:** enfermedad caracterizada por la inflamación, pérdida del hueso alveolar de soporte, destrucción del ligamento periodontal. Se origina por la presencia de placa bacteriana, cálculo dental y su progresión puede ser lenta o rápida.¹⁶
- **Traumatismo:** los dientes por su posición en la cara son propensos a accidentes, los adultos mayores al sufrir un trauma facial puede afectar la corona y la raíz del diente. Realizar un tratamiento conservador o una exodoncia dependería ya del tipo de fractura que presente el diente.¹⁶

La pérdida de dientes también determina cambios morfológicos, funcionales, psicológicos y sociales como por la estética facial, estos factores deben

tomarse en consideración durante un tratamiento de rehabilitación oral con prótesis completas. Ya que al tener un conocimiento insuficiente de estos aspectos el uso de las prótesis podría producir complicaciones o lesiones en el sistema estomatognático.¹¹

2.2.4 Consecuencias morfológicas por la pérdida de dientes

La pérdida de un diente genera diversos cambios y alteraciones importantes. Entre una de ellas está la cresta residual que ante ésta pérdida dental no se beneficia nunca más del estímulo funcional que recibía del diente, lo que produce una marcada disminución del volumen en cuanto a altura y anchura. Estos cambios se producen en diferentes grados ya que es más notoria la alteración en ciertos grupos de pacientes y en algunos el cambio en el aspecto facial toma un tiempo ligeramente largo. En general la pérdida de dientes es mayor en la mandíbula que en el maxilar, con un pronunciamiento mayor en el sector posterior que en el anterior teniendo como consecuencia una arcada más ancha en el maxilar inferior y una arcada más estrecha en el maxilar superior.¹⁷ Hay una alteración nutricional, la trituración de los alimentos es insuficiente forzando al paciente a aprender nuevos movimientos masticatorios. La deglución toma un mayor tiempo, usando ahora la lengua y tejidos periorales subsanando la falta de dientes y apoyándose en la mandíbula. La desestabilización de la mandíbula dificulta la elevación de la hipofaringe, altera la deglución del bolo alimenticio produciendo problemas en la digestión. Fonéticamente hay una alteración en la pronunciación de ciertas palabras como fonemas o sonidos por que la lengua ya no se apoya en los dientes.¹¹

2.2.5 Características anatómicas más frecuentes en el edentulismo

Entre las características anatómicas bucales más predominantes en pacientes desdentados totales, encontramos los siguientes:

a. Surco vestibular; posteriormente a la extracción de las piezas dentarias, el hueso que se encarga de sostener a estas piezas, la apófisis alveolar, se reabsorbe, por lo cual hay una notoria y aumentada disminución del vestíbulo en su altura.¹⁸

b. Reborde residual; sufre cambios óseos importantes después de la extracción de todos los dientes. El mayor cambio óseo se puede observar en el arco inferior. La cresta del reborde anteroinferior se reabsorbe cuatro veces más que la cresta anterosuperior los primeros siete años de extraídos los dientes. La dirección de la reabsorción de la mandíbula es hacia abajo y hacia afuera, en el arco superior la reabsorción es hacia arriba y hacia adentro. Este patrón de reabsorción da como resultado una mordida cruzada posterior de la prótesis ya que debe mantenerse sobre los rebordes residuales.¹⁸

c. Frenillos; son muchos los casos de pacientes desdentados totales donde la reabsorción del hueso alveolar superior como inferior acerca el frenillo al reborde alveolar. Es sugerido que se realicen incisiones quirúrgicas del frenillo previo a la confección de la prótesis. Por lo tanto es requerimiento indispensable aliviar la zona de los frenillos en la confección de las restauraciones protésicas para no irritar dichos pliegues evitando así cualquier alteración en la estabilidad de la prótesis.¹⁸

d. Reborde vestibular; tiene por componente al hueso cortical grueso a comparación de la cresta del reborde, caracterizado por ser fenestrado y compuesto de hueso cortical delgado, que a su vez cubre hueso esponjoso.¹⁷

e. Tubérculos genianos; la mayoría de los pacientes edéntulos por muchos años presentan mandíbulas atrofiadas, quienes tienen un reborde residual reabsorbido hasta la altura de los tubérculos genianos, que se reconocen fácilmente a la palpación. Estas proyecciones óseas linguales de la línea media dan inserción a los músculos geniogloso y geniioideo. Cuando se presentan estos casos se recorta la prótesis en torno a los tubérculos genianos.¹⁸

2.2.6 Características estéticas faciales en el edéntulo total

En ocasiones para el paciente una consecuencia estética es más lesiva que la propia pérdida funcional. La característica que se percibe con mayor notoriedad entre la sociedad son los dientes visibles es decir la ausencia de dientes anteriores. La pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual reducen la altura facial que produce disminución de la dimensión vertical. Se generan cambios secundarios de las características faciales, ya que hay una alteración del soporte labial. Si bien es muy importante que durante la rehabilitación protésica se pueda restaurar la estética facial, esto podría resultar conflictivo.¹⁷

Anatómicamente el maxilar sufre fenómenos de reabsorción ósea como la reabsorción moderada centrípeta y vertical produciendo alteraciones en los tejidos blandos que van de la mano en el proceso de reabsorción, determinando la disminución del tono muscular y así acentuando ciertos aspectos faciales como las líneas de expresión que llevan a acelerar las

características de envejecimiento facial. La mandíbula tiene una reabsorción ósea de forma centrífuga progresiva y vertical. Esta forma de reabsorción hace parecer que el paciente tenga pseudoprognatismo mandibular y retrusión maxilar. Este patrón puede producir situaciones donde el paciente edéntulo tiene dificultad de cierre labial y bucal, esto hace que la mandíbula tenga una rotación anti-horaria, destacando la pseudo clase III, una disminución del tercio inferior de la cara y hundimiento del labio superior. El edentulismo total produce un acortamiento vertical de la cara existiendo una pérdida del soporte óseo para los tejidos peri-orales, produciendo una distorsión de los labios debido al hundimiento de ellos, pérdida de expresión labial y pérdida de estabilidad mandibular.¹¹

Por lo tanto entre las consecuencias estéticas derivadas del edentulismo podemos señalar a las más importantes:

- Disminución de la altura facial
- Tendencia al prognatismo
- Pérdida del soporte muscular
- Profundización del surco naso labial
- Líneas nasogenianas marcadas
- Caída de las comisuras
- Pérdida del borde del bermellón
- Ptosis del mentón
- Ptosis de la punta nasal
- Pérdida de la línea labial
- Adelgazamiento del bermellón labial

- Ausencia del filtrum nasal ¹⁹



Consecuencias estéticas por la disminución de la dimensión vertical

Fuente: Eslava et al. 2013

2.2.7 Prótesis dental

a. Prostodoncia

La prostodoncia removible se encarga de restablecer las piezas dentarias perdidas por piezas dentarias artificiales confeccionadas con materiales que han ido cambiando y mejorando a lo largo del tiempo. La vulcanita se utilizó como material de fabricación para las prótesis completas en el año 1851 pero no fue bien aceptada por el color que presentaba. Posteriormente se introdujo el metacrilato termocurado. Desde ese entonces hasta ahora las prótesis dentales están fabricadas en polimetilmetacrilato o resina acrílica. Es el material más recomendado para la confección de prótesis removibles.²⁰

b. Prótesis completa removible

Esta restauración completa reemplaza toda la dentadura natural perdida, puede realizar la conexión entre el maxilar superior y el maxilar inferior. Se soporta

completamente en los tejidos blandos como la membrana mucosa, el tejido conjuntivo; y en tejidos duros como en el hueso subyacente.¹⁷

c. Áreas de soporte para la prótesis completa

Maxilar superior: Una de las áreas de soporte es la tuberosidad del maxilar que se encuentra por distal del último molar y se reconoce por ser una masa abultada de mucosa que cubre la tuberosidad ósea. Es importante porque se considera como una zona que soporta fuerzas. El surco hamular se encuentra entre la tuberosidad del maxilar y la apófisis hamular. Para la confección de la prótesis se toma en cuenta como límite máximo posterior la línea de vibración que va desde un surco hamular al otro, es una clave clínica indispensable ya que esta línea localiza el sellado palatino posterior en su extensión distal. Es una zona de tejido compresible que se evalúa por palpación, se encuentra por delante de la línea de vibración y externa a la línea media en el tercio posterior del paladar duro. El borde anterior de esta área no se puede distinguir, la resiliencia del tejido en esta área se conforma por glándulas mucosas que a su vez se encuentran acordonados de profuso tejido conectivo laxo.¹⁸

Maxilar inferior: La escotadura maseterina se encuentra por vestibular de la cresta del reborde del maxilar inferior en el ángulo distovestibular del arco. Es muy importante en la toma de impresión. Esta línea en diagonal va desde lo más profundo del vestíbulo anterior hasta llegar a la parte posterior en la cresta del reborde. Se puede hallar un rollo graso de tejido cubriendo el músculo buccinador por dentro del músculo masetero. Cuando se hace la impresión final es necesario bajar esta zona del carrillo para desaparecer el rollo graso. Se

debe trabajar y examinar bien esta zona ya que la prótesis puede terminar sobre extendida y ésta sobre extensión le ocasiona al paciente fastidio y al mismo tiempo desaloja la prótesis a la apertura bucal. Una de las zonas principales para la confección de la prótesis completa que soporta fuerzas en el arco inferior es la meseta vestibular. En la parte interna encontramos la cresta del reborde residual, en la parte externa encontramos la línea oblicua externa, teniendo por mesial al frenillo vestibular y por distal al músculo masetero. Cuando se palpa la superficie interna de la mandíbula en su línea media y por el tercio posterior se puede reconocer un reborde óseo llamado reborde oblicuo milohioideo interno. Algunas veces estos rebordes son puntiagudos y están sobresalidos. Estas estructuras óseas son fundamentales en las inserciones de los músculos milohioideos y son importantes en la confección de los flancos protésicos. La almohadilla retromolar la podemos encontrar en la zona triangular de la mucosa gruesa ubicada por distal de la última molar inferior, más notoriamente sobre la cresta del reborde. Para no extendernos en la confección de la prótesis, en el plano de oclusión es importante darle gran importancia a esta almohadilla. Una vez instaladas las prótesis deben cubrir por completo la almohadilla.¹⁸

d. Principios biomecánicos de una prótesis total

Las prótesis totales deben proporcionar una buena retención y estabilidad para que haya una buena tolerancia por parte de los tejidos de soporte de la cavidad bucal y una buena funcionalidad.

Se consideran a estos tres como principios biomecánicos de una prótesis total: Retención, soporte y estabilidad.¹³

• **Retención:** Cualidad que posee una prótesis con la finalidad de oponerse a las fuerzas de extrusión y fuerzas verticales de desplazamiento, asimismo, evita el movimiento de la prótesis durante la actividad masticatoria o durante la fonación.²¹ *Retención activa o física* es la fuerza de atracción que se encuentra en medio de la prótesis y del tejido mucoso, depende de la presencia de una película delgada, continua e intacta de saliva que moja ambas superficies. Las propiedades viscosas de la saliva ayudan a este proceso, como también las dimensiones del canal por donde fluye. Es por eso que mientras más estrecho el canal con buena viscosidad de la saliva habrá mejor retención. La superficie de impresión, el sellado periférico y la precisión del adaptado influyen en la cantidad de retención física también.²¹

• **Soporte:** Propiedad que posee la prótesis para oponerse a las fuerzas de intrusión durante la masticación.²¹ La anatomía de la superficie de las áreas de soporte (hueso alveolar y la mucosa bucal) deben ser bien delimitadas ya que la estabilidad y la retención dependen de un buen soporte.¹¹

• **Estabilidad:** Resistencia opuesta a las fuerzas dislocantes horizontales y rotacionales. Intervienen ciertos factores como la altura del reborde, la morfología de las crestas alveolares, la relación entre las crestas alveolares, la armonía oclusal y el control neuromuscular.²²

e. Dimensión vertical

Es la distancia que se puede medir y cuantificar generalmente desde un punto ubicado en la nariz y el otro en el mentón en el plano vertical. Con el fin de

hallar la distancia de la dimensión vertical oclusal se usan diversas técnicas y formas clínicas como pueden ser: medidas faciales, deglución, fonéticos, (estos dos últimos por ser funciones fisiológicas), máxima fuerza de masticación, entre otros.²³



Fuente: Gaceta dental

2.2.8 Pacientes geriátricos

a. Definición

Paciente de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia, puede presentar cierta dependencia para la realización de algunas actividades básicas diarias. Se puede asociar problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio-sanitarios. Es por eso que la definición de este término de paciente geriátrico engloba aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales.⁹

b. Geriatria

Es la rama de la medicina que se dedica a aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores que se encuentran en una situación aguda, crónica o terminal. Parte de la medicina geriátrica está formada por la medicina preventiva, manejo y tratamiento de condiciones

reversibles, sin embargo se encuentra dominada por el reto que presenta el paciente portador de condiciones crónicas.⁹

c. Gerodontología

“Deriva de la palabra gerontología, es una especialidad de la odontología que busca proveer el óptimo cuidado bucodental para adultos mayores a través de prevención, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones bucodentales inherentes al envejecimiento, así como su repercusión odontológica de las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan en la vejez.”²⁴

d. Alteración de la mucosa oral en pacientes geriátricos

La salud de la cavidad oral es uno de sus mayores dependientes de la salud general. Si existiera alguna afección bucal, una persona no puede denominarse completamente sana. A pesar de eso, no se le toma mayor importancia ya que no ocasiona una problemática mortal directamente, sin embargo, causa alteración ya sea local o sistémica. Así mismo, vemos que la pérdida de dientes ocasiona también un cambio general en la mucosa oral, se observa una encía adherida reemplazada con mucosa menos queratinizada y con mayor posibilidad de traumas. Se encuentra una lenta atrofia en el tejido muscular, esto se manifiesta en fragilidad por lo que hay menor esfuerzo y descenso en la capacidad del trabajo muscular.²⁵

2.2.9 Lesiones en mucosa oral inducidas por prótesis

La cavidad bucal sufre alteraciones a lo largo de los años, pero puede decirse que los cambios son más evidentes en pacientes de la tercera edad. Ya que las estructuras de muchos de los pacientes de más de 60 años sufren estos

cambios debido a diferentes factores como enfermedades sistémicas, procesos de deterioro normales de las estructuras óseas y de tejidos blandos (fisiológicos), traumas producidos por las prótesis en mal estado, el uso de medicamentos y el estado nutricional que puede generar cambios significativos también.¹⁸

a. Estomatitis subprotésica

Esta lesión corresponde a la inflamación, enrojecimiento y atrofia de la mucosa presente donde se extiende la prótesis, con mayor frecuencia en el maxilar superior. Son producidas por reacciones tóxicas locales o por la mínima respiración que tiene la mucosa una vez cubierta.²⁶ Se considera de etiología multifactorial por atribuirse a diversos factores como irritativos, mecánicos por prótesis desajustadas, infecciosos (*Cándida albicans*) y sistémicos. La estomatitis se clasifica dependiendo del grado de afección y del cuadro signo sintomatológico presentados en la mucosa subyacente a la prótesis según la clasificación de Newton:²⁷

- **Grado I. (Estomatitis protésica localizada simple)** Mínimos signos inflamatorios, asintomáticos, posible presencia de áreas hiperémicas localizadas y puntos rojos muy reducidos eritematosos.²⁶



Estomatitis Grado I

- **Grado II. (Estomatitis protésica difusa simple)** El contorno de la prótesis puede notarse marcado en la mucosa ya que la superficie se vuelve de un color rojo brillante, inflamación difusa, lisa y atrófica.²⁷



Estomatitis Grado II

- **Grado III. (Estomatitis protésica granular)** Se distingue una inflamación intensa, hiperemia de la mucosa. Gránulos en la parte central de la mucosa palatina con aspecto de papila.²⁷



Estomatitis Grado III

Tratamiento:

Debe iniciarse erradicando el factor local o desajuste de la prótesis, realizar una higiene estricta de la prótesis con limpieza mecánica y con agentes químicos después de las comidas y antes de dormir. Sumergir las prótesis cada cuatro días, en una solución con hipoclorito de sodio al 5% por 10 minutos o con clorhexidina al 0,12% en 200ml de agua. Al mismo tiempo se debe tratar al tejido blando afectado con: terapia antimicótica aplicando ketoconazol al 2% (fungistático), miconazol: cuatro veces al día (luego de la higiene de la prótesis,

por 30 días), nistatina (Suspensión) mantenida en boca, tres veces al día por dos semanas.²⁶

b. Hiperplasia fibrosa

La hiperplasia fibrosa asociada a la prótesis, llamada también hiperplasia fibrosa inflamatoria, hiperplasia fibrosa inducida por prótesis o épulis fisurado, es una de las lesiones que se presenta con mayor prevalencia en la cavidad bucal. Se producen debido a los traumas causados por la mala adaptación de las prótesis que tienen sus bordes con longitud excesiva, lesionan mayormente a la mucosa vestibular, ya que es ahí donde los bordes de la prótesis contactan con el tejido adyacente. Una de sus características es la sobreproducción del tejido conjuntivo fibroso. Está delimitado por el epitelio escamoso superficial y por células crónicas inflamatorias infiltradas en varios grados.²⁸

Las zonas afectadas más frecuentes son: el surco vestibular, región gingival, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar. Las mujeres son más afectadas que los varones (5:1), en mujeres hay mayor prevalencia. Aparece con frecuencia entre la tercera y sexta década de la vida. Generalmente se localiza en la parte anterior del maxilar y de la mandíbula. A la observación clínica el tejido hiperplásico suele formar pliegues las cuales pueden estar fisuradas en el punto donde el reborde de la prótesis contacta con el tejido. Son blandas, móviles, flácidas. Cuando hay ulceración presente, estas zonas hiperplásicas tienen una característica eritematosa.²⁸



Hiperplasia fibrosa en el reborde alveolar inferior

Fuente: Loqui J. (2016)

Tratamiento:

Se recomienda realizar el tratamiento conociendo el grado de severidad de la lesión de la cavidad bucal como también la cantidad del tejido que haya sido afectado. Cuando se encuentran lesiones pequeñas, éstas se pueden reducir sin alguna necesidad de remoción quirúrgica previa, solo mediante la atrofia por presión ejercida por la confección de nuevas prótesis.²⁸

Antes del recambio, se recomienda iniciar con un ajuste de los bordes de la prótesis, que según la observación, estén provocando la fricción, estos bordes mal adaptados deben corregirse y pulirse. Se cubre con un acondicionador de tejidos, de esta manera la proximidad de presión de la prótesis al tejido será leve hacia la lesión. Es uno de los tratamientos más adecuados y de urgencia. Por otro lado las lesiones que sean extensas y con una evolución igualmente prolongada requerirán de una remoción quirúrgica.²⁸

c. Candidiasis oral

Se define como una enfermedad micótica causada por cualquiera de las especies del género *Cándida*, por lo que se constituye como una enfermedad

oportunistas. También se le define como una enfermedad de la piel y la mucosa. Son más frecuentes en los extremos de la vida. Se desarrolla por factores facilitadores como uso de prótesis dentales, xerostomía, antibioticoterapia, pacientes con inmunodeficiencias. También es muy común en pacientes con VIH (+).²⁹

Cuadro clínico:

Se manifiesta de diferentes formas. A la inspección de la mucosa bucal, los signos primordiales son el eritema y los depósitos blanquecinos, en ocasiones se encuentran fisuras o queilitis asociadas. Presenta sintomatología variable, desde asintomática a cuadros de disgeusia, ardor o quemazón de diferentes grados. Consideramos la forma aguda a una lesión de corta duración y con el tratamiento desaparece. En este grupo se distinguen cuatro formas: la pseudomembranosa (muguet), la eritematosa (lengua dolorosa antibiótica), la hiperplásica y perleche (queilitis angular). Las dos primeras agudas y las dos últimas crónicas.²⁹

La forma pseudomembranosa está formada por pequeños acúmulos de color blancoamarillento parecido a la leche coagulada presente especialmente en la mucosa yugal, lengua, paladar y amígdalas. Se desprenden fácilmente usando una gasa, dejando una zona enrojecida sobre la mucosa. Son indoloras y presentan halitosis. En el niño y adulto usualmente aparece después de un tratamiento con antibióticos, corticoides, etc. Actualmente puede llegar a ser una manifestación inicial del SIDA.²⁹

La forma eritematosa es conocida también como lengua dolorosa antibiótica, el paciente sufre una depapilación de la mucosa lingual luego del tratamiento con antibióticos, presenta disfagia y pérdida del espesor de la lengua. Esta forma es poco frecuente y no presenta acúmulos blanquecinos. La forma hiperplásica cursa placas blanquecinas alargadas que al raspado no se desprenden, de consistencia dura similar a la leucoplasia. Puede sufrir de ulceraciones en la superficie. Puede confundirse con el diagnóstico de liquen plano.²⁸ El agente causal es la *C. albicans* y para que este hongo se convierta en patógeno debe coincidir con una serie de factores que ocasionan su aparición como:

Factores sistémicos:

- Infancia, vejez.
- Alteraciones endocrinas: diabetes mellitus, hipotiroidismo
- Trastornos nutricionales: deficiencias de Fe y Vit B1, B2, B12
- Defectos de inmunidad: SIDA

Factores locales:

- Xerostomía: síndrome de Sjogren, irradiación, uso de drogas
- Antibióticos de amplio espectro, corticoides
- Dieta rica en carbohidratos
- Leucoplasia, cáncer bucal
- Prótesis removibles (estomatitis protética)
- Tabaco

Tratamiento:

Suprimir los irritantes como los alimentos muy calientes, ácidos y picantes, también el tabaco y alcohol. Otras formas terapéuticas son: el control de factores predisponentes, colutorios y antimicóticos específicos tópicos y/o sistémicos tópicos: nistatina (suspensión, pomada) usar 4 a 6 veces por día, derivados imidazólicos en geles, suspensiones y comprimidos, triazólicos, suspensión.²⁹

Se debe urgir una higiene extrema. Las prótesis pueden ser colocadas en soluciones de hipoclorito de sodio diluido (5-10%) durante las noches después del cepillado. Debe de adaptarse la prótesis si ésta estuviese alterada. En cuanto a colutorios, pueden usarse: agua bicarbonatada que mejora los cuadros leves: gluconato de clorhexidina al 0,2%, violeta de genciana 0,5-1% (solución acuosa).²⁹

d. Úlcera traumática

Las úlceras son producidas por traumas mecánicos a la mucosa que es condicionada por la base protésica de la restauración. Entre otras causas que originan estas lesiones se encuentran: los márgenes protésicos muy extensos y una base protésica que no tenga buen ajuste a la mucosa. Inicialmente aparece un enrojecimiento circunscrito con una inflamación leve que posteriormente se erosiona produciendo ulceración de la mucosa.³⁰

En muchos casos el dolor es el síntoma primordial y más agudo, tanto así que los pacientes no soportan continuar usando la prótesis. Las zonas con mayor recurrencia de dolor en las úlceras son el fondo vestibular debido a que la base

de la prótesis es demasiado larga, también la zona del ligamento esfenomandibular o del piso de la boca en la mandíbula.³⁰

Causas:

- Desestabilidad de la base protésica con el sostén: Puntos de presión local y restos de comida entre la prótesis y el tejido blando.
- La prótesis presenta márgenes y bordes sobre-extendidos
- Pliegues y arrugas en la mucosa
- Prótesis con bordes muy agudos y marcados
- Desajuste entre la oclusión estática y dinámica
- Reducción en la movilidad de las inserciones musculares³⁰

Diagnóstico diferencial:

La más importante es el carcinoma espinoelular, fácilmente confundible con una úlcera crónica. El profesional es el responsable del correcto diagnóstico precoz, ya que éstas son enfermedades malignas de la cavidad bucal.³⁰



Úlceras en el maxilar superior

Fuente: Somacarrera et al., (2015)

Tratamiento:

Lo primero que se considera es rebajar el material de la base protésica liberando así la mucosa en el punto de fricción. Debe considerarse la correcta oclusión y posiblemente un remontaje de la prótesis ya que los puntos de contactos prematuros sobrecargan el reborde alveolar y pueden producir úlceras extensas en el centro del reborde alveolar donde se soporta la base.³⁰

e. Queilitis angular

Se le denomina queilitis a los estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en la forma comúnmente conocida como boqueras. Esta lesión se presenta en uno o ambos ángulos externos de la boca, para algunos autores forma parte de la candidiasis ya que esta micosis se acompaña de inflamación y grietas de las comisuras labiales.³¹

Una causa muy frecuente de la queilitis angular se debe a la reducción en la altura facial oclusiva en pacientes desdentados o dentados, esto favorece el contacto frecuente y continuo de la saliva con la piel de la comisura, se forma un pliegue que se mantiene continuamente húmedo por la saliva que se macera e infecta formando el ambiente preciso para la colonización por *cándida*. Las características de esta lesión son las fisuras profundas y dolorosas cubiertas por una membrana blanquecina, debido al inadecuado ajuste de los labios entre sí. La presencia de la queilitis comisural se podría deber también a alteraciones endocrinas como la diabetes, carencias vitamínicas, trastornos hematológicos (ya que las primeras alteraciones siempre se presentan en la cavidad bucal), infancia, vejez.³¹

Se encuentran varios tipos de queilitis como: en la forma aguda aparece en la semimucosa labial (zona de Klein). Se caracteriza por su enrojecimiento, vesículas, edemas y costras. En la forma crónica presenta eritema, escamas, fisuras dolorosas.³¹



Queilitis angular

Fuente: Chávez et al., (2014)

Tratamiento:

Es muchas veces complejo debido a sus diversos factores predisponentes, sin embargo el tratamiento local frecuente es el siguiente:

- Cambiar la prótesis por una más adecuada y con un correcto manejo y dimensión de la altura facial.
- Como agente tópico: La nistatina en tabletas orales (una o dos pastillas disueltas en la boca, cuatro o cinco veces al día), en crema usándola tres o cuatro veces por día. También clotrimazol, ketoconazol en ungüentos.
- El tratamiento para las prótesis se recomienda lavarlas junto con enjuagatorios como solución de gluconato de clorhexidina.³¹

2.2.10 Higiene de la prótesis

La higiene adecuada de las prótesis completas es fundamental para la conservación del color y de la salud bucal general del paciente. Si no es así

aparecerán las irritaciones en los tejidos, las infecciones micóticas, hiperplasias inflamatorias y halitosis. El odontólogo debe instruir al paciente en las técnicas adecuadas de limpieza y productos específicos recomendados.¹⁸ Se debe pedir al paciente estar pendiente de cambios presentes o aconsejarle mejorar al máximo la higiene de la prótesis. En otros casos, si el paciente tiene una adecuada higiene, pero aún así se observa que el enrojecimiento o cualquier otro signo de lesión no se reduce y al contrario fomenta una sensación de ardor o quemazón de la mucosa, se deberá retirar la prótesis y verificar si la causa viene a ser al contacto frecuente con la resina protésica. Si ese fuese el motivo, se realiza un cambio de material de una confección con resina especial.⁵

Las bases retienen placa y acumulan residuos que se deben eliminar periódicamente ya que es común que solo se limpie la parte visible y se descuide el lado tisular, un cepillo de cerdas blandas y jabón da excelentes resultados. Esto causa menos abrasión y cambios de color en la prótesis dejando una superficie mucho más lisa y limpia. También debe limpiarse la mucosa después de las comidas y antes de dormir. No deben usarse las prótesis durante la noche, deben ser colocadas en una solución líquida. El odontólogo debe pulir cualquier área rugosa presente en la dentadura.¹⁸

a. Limpiadores de prótesis

Los limpiadores se dividen en dos grupos, entre ellos tenemos a los abrasivos y las soluciones.¹⁶

Limpiadores abrasivos: Encontramos las pastas dentales tradicionales (con mayor cuidado las que tienen efecto blanqueador) ya que son muy fuertes para

los polímeros relativamente blandos de las bases protésicas. Por lo que hoy en día encontramos en el mercado pastas con formulaciones especiales para la limpieza de la prótesis como también cepillos blandos recomendados para éstas mismas.¹⁸

Limpiadores Líquidos: Entre ellas tenemos a los hipocloritos, sustancias oxigenantes y ácidos suaves. El hipoclorito de sodio es un antibacteriano y en bajas concentraciones elimina proteínas adhesivas y microorganismos que se encuentran en la base de la prótesis. Al mismo tiempo, es muy corrosivo y puede oxidar irreversiblemente las características del color de la base de la prótesis además de cambiar el color o de generar un blanqueamiento.¹⁸

Las sustancias oxigenantes como los peróxidos, perboratos y percarbonatos, se encuentran en tabletas o en polvo que se disuelven en agua donde se sumerge la prótesis por un lapso de tiempo. Se forma un burbujeo que crea una remoción que ayuda a limpiar superficialmente la base protésica pero se da un limpiado efectivo con un cepillo y una pasta. Si la prótesis presentara un rebase blando no deben usarse estas sustancias ya que endurece el rebase de manera definitiva.¹⁸

2.3 Definición de términos básicos

Candidiasis oral: Micosis más importante de la cavidad bucal y de mayor frecuencia. Se presenta en las edades extremas de la vida. Su aparición compromete la invasión de la superficie de la mucosa por el hongo. Los hongos del género *Cándida* residen frecuentemente entre los pliegues naturales ya que son espacios cálidos y húmedos.²⁸

Edéntulo: Se define como la ausencia total de las piezas dentarias, las cuales ya no se reemplazaran posteriormente de forma natural.¹¹

Estomatitis subprotésica: Es una lesión inflamatoria de la cavidad bucal común en pacientes portadores de prótesis removibles de material acrílico. Se produce por diversos factores entre ellos la microflora, factores sistémicos y la prótesis respectivamente. Se clasifica en grado I (puntos eritematosos), grado II (eritemas difusos) y grado III (mucosa gruesa y gránulos irregulares).²⁶

Gerontología: Es la disciplina que estudia los fenómenos que se producen en la vejez a nivel fisiológico, fisiopatológico, psicológico y social.²¹

Hiperplasia fibrosa inflamatoria: Es una lesión caracterizada por un agrandamiento hiperplásico generalizado de la mucosa y el tejido fibroso del reborde alveolar y la zona vestibular, se origina por el traumatismo crónico de la zona afectada producida por prótesis mal adaptadas.¹⁸

Lesiones orales: Poseen etiología multifactorial. Se dividen según su origen el cual puede ser primario o secundario. Varias son propias de las enfermedades bucales o también aparecen como consecuencia de otras enfermedades o agente mecánicos.³²

Mucosa bucal: Es un tejido suave que cubre el interior del sistema digestivo como la cavidad bucal, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, colon y recto y del sistema respiratorio como la mucosa nasal, tráquea y bronquios.¹⁴

Prótesis dental completa: Aparatos protésicos bucales mucosoportados, se elaboran para pacientes desdentados totales. Se confeccionan de una base

acrílica y dientes artificiales. Presenta una superficie interna, la que queda en contacto directo con el tejido mucoso de la cavidad bucal. Su superficie externa está en contacto con la mucosa lingual y vestibular en ambos maxilares.²⁰

Reborde residual alveolar: El hueso de soporte subyacente que sostiene al diente desaparece debido a la exodoncia dejando solamente el hueso de tipo basal o alveolar denso, los tejidos inician la cicatrización y remodelado óseo. A este contorno elevado de tejido óseo que queda junto con su cubierta fibromucosa se le denomina reborde residual.¹⁸

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Hi: La presencia de lesiones bucales tiene relación con el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.

3.1.2 Hipótesis específicas

1. Las lesiones bucales presentan prevalencia por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.
2. La presencia de lesiones bucales no está relacionada con la edad por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.
3. La presencia de lesiones bucales está relacionada con la higiene de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.
4. La presencia de lesiones bucales está relacionada con el estado de conservación de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.

3.2 Variables

3.2.1 Definición conceptual

Variable principal

Presencia de lesiones bucales: Signos que se presentan en mucosa oral por razones multifactoriales. Pueden ser de origen primario o secundario, el diagnóstico de estas entidades es básicamente clínico.³¹

Covariables

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.³³

Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer, puede ser femenino o masculino.³³

Tiempo de uso de la prótesis: Cantidad de tiempo que el paciente ha estado usando la prótesis dental de manera continua, desde su instalación hasta el presente.³⁴

Estado de conservación de la prótesis: El estado de conservación es la evaluación del aparato protésico que se determina valorando dos aspectos: físicos y mecánicos de la prótesis.³⁵

3.2.2 Definición operacional

VARIABLE	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
LESIONES BUCALES	Presencia clínica de lesiones orales	Nominal politómico	Estomatitis subprotésica
			Hiperplasia fibrosa
			Úlcera traumática
			Candidiasis oral
			Queilitis angular
USO DE PRÓTESIS COMPLETA	Estado de conservación	Ordinal	Bueno
			Regular
			Malo
	Higiene de la prótesis	Ordinal	Ninguna
			Una vez
			Dos veces
			Tres veces
	Tiempo de uso	Ordinal	1-5 años
			6-10 años
			12 años a más
	Uso nocturno	Nominal dicotómica	Sí
			No
EDAD	Grupo etario	Ordinal	60-70
			71-80
			81-85
SEXO	Género	Nominal dicotómico	Femenino
			Masculino

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

La investigación del presente trabajo de tesis, utiliza el método científico. El diseño del estudio es no experimental porque sólo se observaron los fenómenos del estudio sin realizar alguna modificación.

Es un estudio tipo descriptivo y transversal. Se considera descriptivo ya que la investigadora recolectó los datos tal y como fueron presentados por la población de estudio, con conocimiento previo de las variables descritas. Se considera transversal ya que, dentro de la línea de tiempo, los datos fueron tomados en un momento determinado para cada sujeto.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

Se tomó en cuenta a todos los pacientes de tercera edad que acuden al Centro de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores, durante los meses de octubre y noviembre del 2016.

4.2.2 Muestra

En el periodo de estudio se observó una muestra constituida por un total de 40 pacientes entre 60 y 85 años con prótesis dentales completas de ambos sexos que cumplieron con los criterios de selección. El método de selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia.

4.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión

Dentro de los criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

- Pacientes edéntulos totales (superior, inferior o ambos)
- Pacientes portadores actuales de una prótesis completa removible
- Pacientes de la tercera edad asistentes al centro de la Asociación Caminemos Unidos
- Pacientes con edad entre 60-85 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes colaboradores y que hayan aceptado firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

Dentro de los criterios de exclusión se consideraron los siguientes:

- Pacientes no colaboradores
- Pacientes dentados o edéntulos parciales
- Pacientes que no usen prótesis completas actualmente
- Pacientes menores de 60 años o mayores de 85 años
- Pacientes que no hayan aceptado firmar el consentimiento informado.

4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

4.4.1 Técnica

Se solicitó a la directora de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores mediante una carta de presentación la factibilidad de

poder realizar la investigación en su centro y realizar el examen clínico odontológico a los pacientes geriátricos que asisten semanalmente al centro. Cada paciente aceptó por voluntad propia su participación mediante un consentimiento informado. Acto seguido se realizó la toma de datos del instrumento como del examen intraoral en el consultorio dental asociado. Se realizó un interrogatorio compuesto por datos generales y un cuestionario con preguntas acerca de conocimiento y hábitos propios del paciente con respecto a su prótesis dental. Se le solicitó al paciente retirarse las prótesis dentales para realizar el examen clínico considerando como cavidad bucal desde el borde del bermellón de los labios superior e inferior, carrillos, fondos de surcos vestibulares, rebordes residuales, mucosa lingual, piso de boca, paladar duro y blando hasta el istmo de las fauces. Posteriormente se examinó cuidadosamente la prótesis para definir el estado de conservación de ésta. Se culminó con el examen clínico correspondiente, asimismo se tomaron fotografías para la descripción del estudio. Con los resultados obtenidos, se realizó un análisis estadístico de las muestras. Posteriormente se hizo una calibración que es una explicación de los resultados y finalmente se reportó el resultado de la relación que existe entre las lesiones bucales que se presentan en la mucosa bucal en pacientes de la tercera edad portadores de prótesis completa.

4.4.2 Instrumento

En el estudio se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada con el fin de obtener un registro de los datos requeridos, de acuerdo a la definición operacional de las variables.

La ficha consta de cuatro partes: los datos demográficos generales como edad, sexo, enfermedad de consideración, toma medicamentos actualmente y una encuesta para conocer algunos aspectos sobre el uso de la prótesis total con preguntas acerca de la higiene, tiempo de uso de la prótesis, uso nocturno, uso de enjuagatorios, visitas al odontólogo, entre otras.

Finalmente se realizó una examinación a la prótesis en sí para poder conocer aspectos sobre la conservación de la prótesis marcando seis características dentro de un cuadro general, con las respuestas dicotómicas Sí y No a las alternativas descriptivas (Sí puntuación de 1 y No puntuación de 0, a excepción de la última opción donde se invierten los puntajes). Una vez llenados los 6 cuadros con sus respectivos puntajes, se realiza la suma general para poder definir en qué estado de conservación se encuentra la prótesis: bueno (0-1), regular (2-4) o malo (5-6). Se encuentra en el instrumento también la lista de cinco lesiones de la mucosa oral que puedan observarse en el examen clínico, pudiéndose encontrar en un solo paciente hasta más de una lesión.

4.5 Técnicas de procesamiento de la información

Se procesaron todas las respuestas obtenidas de los datos demográficos, lista de las lesiones bucales y las seis preguntas del cuestionario correspondientes a la prótesis. En el caso del estado de conservación de la prótesis, estos fueron interpretados mediante un criterio de valoración, a partir de la verificación clínica de la prótesis total. Se le dio un puntaje de uno cuando presenta las características propuestas en la ficha, excepto la última pregunta, donde se le da el punto cuando hubo ausencia de esta característica. Una vez obtenida la

totalidad de los datos, estos fueron tabulados en una hoja de cálculo (Microsoft Excel, 2013) y codificados.

4.6 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 21. Se realizó un análisis univariado de las características generales de los pacientes, de características del uso de la prótesis y de la prevalencia de lesiones bucales por medio de tablas de distribución de frecuencias, con el fin de describir las frecuencias de las variables categóricas. Estas tres últimas variables se acompañaron de un gráfico de barras simple.

Para el análisis bivariado, se relacionó la prevalencia de lesiones bucales con el grupo etario, veces al día que realiza la higiene de la prótesis y el estado de conservación de la prótesis, empleando tablas de contingencia, por medio de las pruebas chi cuadrado y exacta de Fisher. Para facilitar el análisis y debido al pequeño tamaño muestral, la variable veces al día que realiza la higiene de la prótesis fue dicotomizada, juntando las categorías ninguna con una vez al día y dos con tres veces al día. Todas las pruebas fueron trabajadas a un nivel de significancia de 5%.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis de resultados

Tabla 1: Características generales de la muestra

Variables	N	%
Sexo de los pacientes		
Masculino	5	12,5
Femenino	35	87,5
Total	40	100,
Grupo etario		
60-70 años	20	50,0
71-80 años	15	37,5
81-85 años	5	12,5
Total	40	100,0

Fuente propia del investigador

En la tabla las características de los pacientes evaluados, donde 5 de los 40 pacientes examinados fueron de sexo masculino (12,5%) y 35 fueron de sexo femenino (87,5%).

De acuerdo al grupo etario del total de la muestra, 20 (50%) corresponden al grupo de 60-70 años, 15 (37,5%) al grupo de 71-80 años y 5 (12,5%) al grupo de 81-85 años.

Gráfico 1: Sexo de los pacientes portadores de prótesis

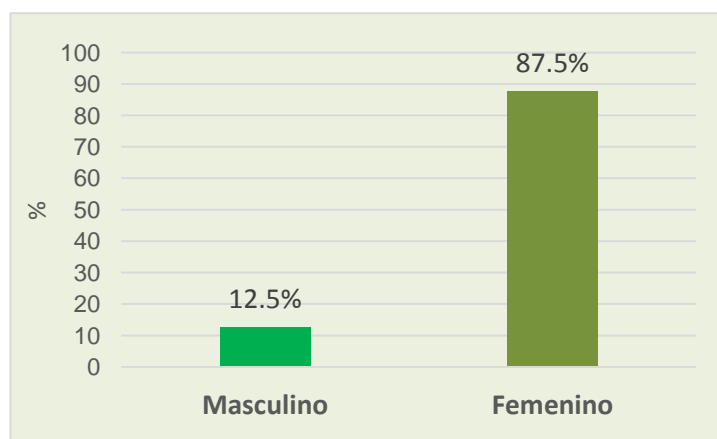


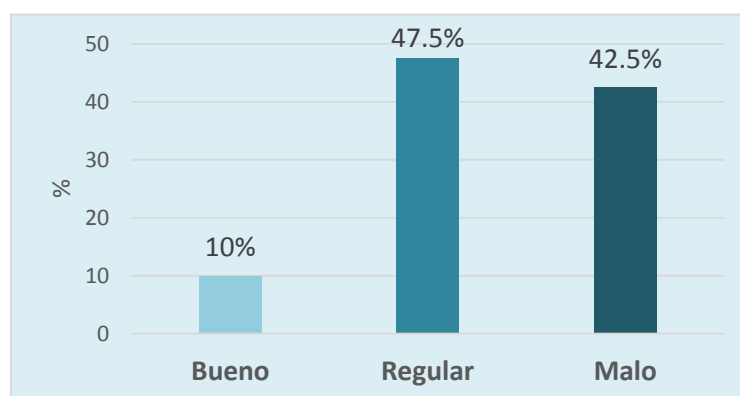
Tabla 2: Características sobre el uso de la prótesis

Variables	N	%
Estado de conservación de prótesis		
Bueno	4	10,0
Regular	19	47,5
Malo	17	42,5
Total	40	100,0
Tiempo de uso de prótesis		
1-5 años	22	55,0
6-10 años	8	20,0
11 años a más	10	25,0
Total	40	100,0
Higiene de la prótesis (por día)		
Ninguna	0	0
Una vez	20	50,0
Dos veces	14	35,0
Tres veces	6	15,0
Total	40	100,0
Uso nocturno		
Si	24	60,0
No	16	40,0
Total	40	100,0

Fuente propia del investigador

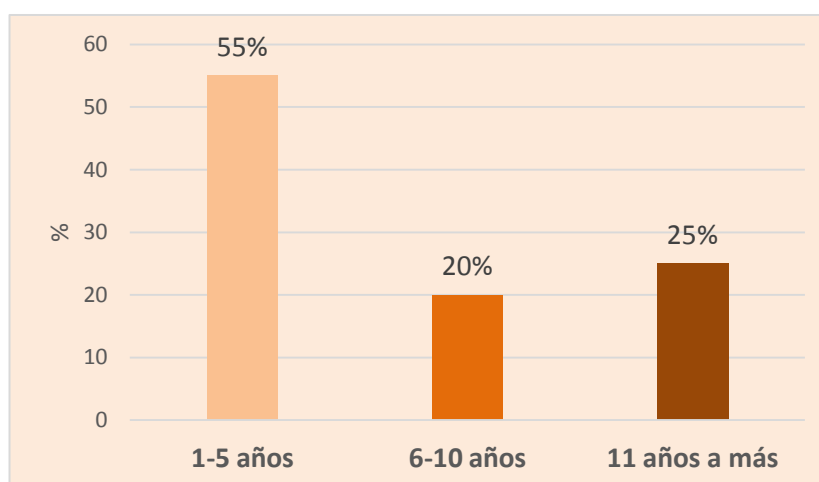
En la tabla las características de los pacientes evaluados se registró que, 4 (10%) presentan buen estado de conservación de la prótesis total removible, 19 (47,5%) un estado de conservación regular y el 17 (42,5%) presentaron un mal estado de conservación.

Gráfico 2.1: Estado de conservación de la prótesis



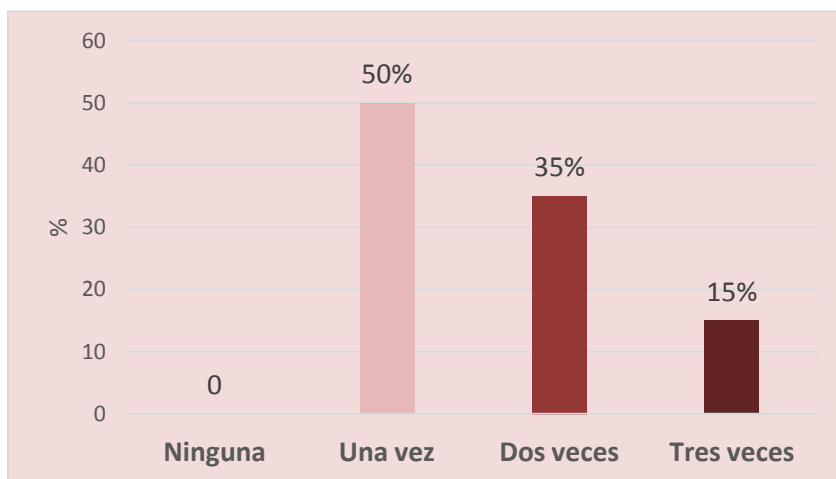
En cuanto al tiempo de uso de la prótesis, 22 (55%) llevaban usando de 1-5 años, 8 (20%) unos 6-10 años y 10 (25%) indicaron haberlas usado por más de 11 años.

Gráfico 2.2: Tiempo de uso de la prótesis



Sobre las veces que realizan la higiene de su prótesis al día, 0% no realiza ninguna higiene, 20 (50%) lo realizan una vez al día, 14 (35%) dos veces al día y 6 (15%) lo realizan tres veces al día

Gráfico 2.3: Higiene de la prótesis (por día)



Con respecto al retiro de la prótesis en la noche, 24 (60%) sí lo hace por las noches y 16 (40%) no lo retira para dormir.

Gráfico 2.4: Uso nocturno de la prótesis

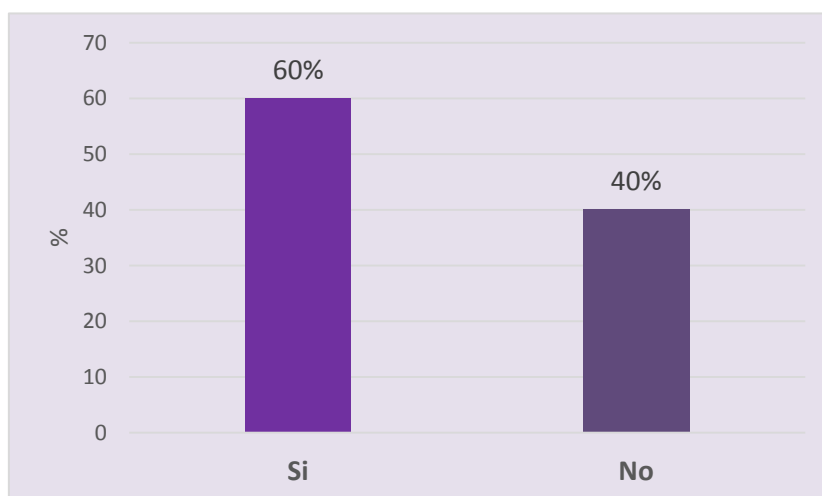


Tabla 3: Prevalencia de Lesiones bucales

Lesiones bucales	N	%
Muestra	40	100,0
Alguna lesión bucal	34	85,0
Estomatitis subprotésica	30	75,0
Úlcera traumática	1	2,5
Hiperplasia fibrosa	12	30,0
Candidiasis oral	1	2,5
Queilitis angular	7	17,5
Ninguna	6	15,0

Fuente propia del investigador

La presente tabla muestra las prevalencias de lesiones bucales en la cavidad oral, aquí más de una lesión se encontró en un solo paciente. Por lo tanto 34 (85%) de los 40 examinados sí presentan alguna lesión bucal, 30 (75%) presentaron estomatitis subprotésica, consolidándose en este estudio como la lesión bucal más prevalente, seguida de la hiperplasia fibrosa con 12 (30%), 7 (17,5%) con queilitis angular, 6 (15%) no presentaron ninguna lesión bucal, 1 (2,5%) presentó úlcera traumática junto a 1 (2,5%) con candidiasis oral.

Gráfico 3: Prevalencia de Lesiones bucales

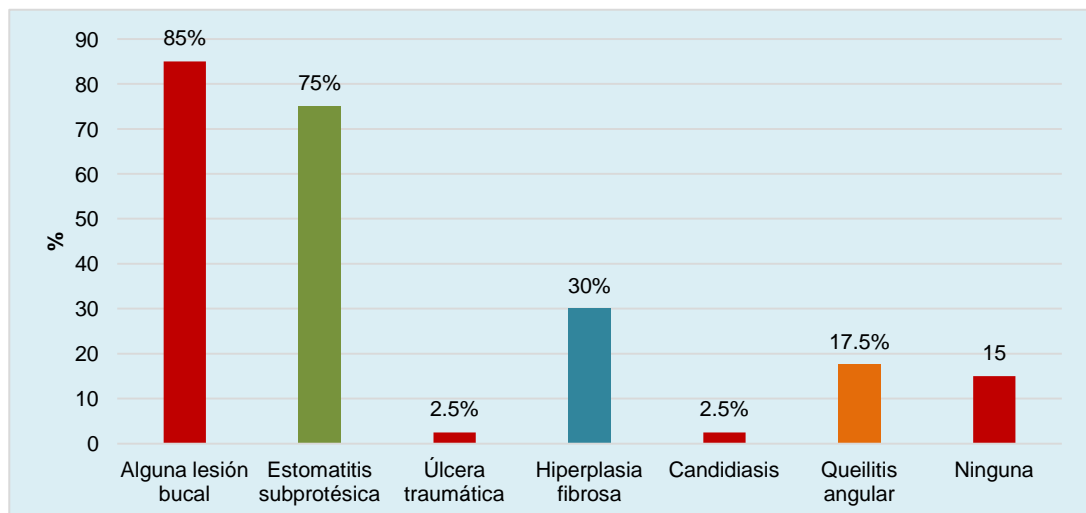


Tabla 4: Relación de las Lesiones y el Grupo etario

Prevalencia de lesiones	60-70 años		71-80 años		81-85 años		Valor p*
	N	%	N	%	N	%	
Alguna lesión bucal	18	90,0	13	86,7	3	60,0	0,241
Estomatitis subprotésica	16	80,0	11	73,3	3	60,0	0,602
Úlcera traumática	0	0	1	6,7	0	0	0,500
Hiperplasia fibrosa	7	35,0	4	26,7	1	20,0	0,896
Candidiasis oral	1	5,0	0	0	0	0	1
Queilitis angular	3	15,0	3	20,0	1	20,0	1

* Prueba exacta de Fisher

Fuente propia del investigador

En la tabla se observa la relación entre las lesiones orales halladas y el grupo etario de la población evaluada. Según la prueba exacta de Fisher, no se encuentra relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p > 0,05$).

Gráfico 4: Relación de las Lesiones y el Grupo etario

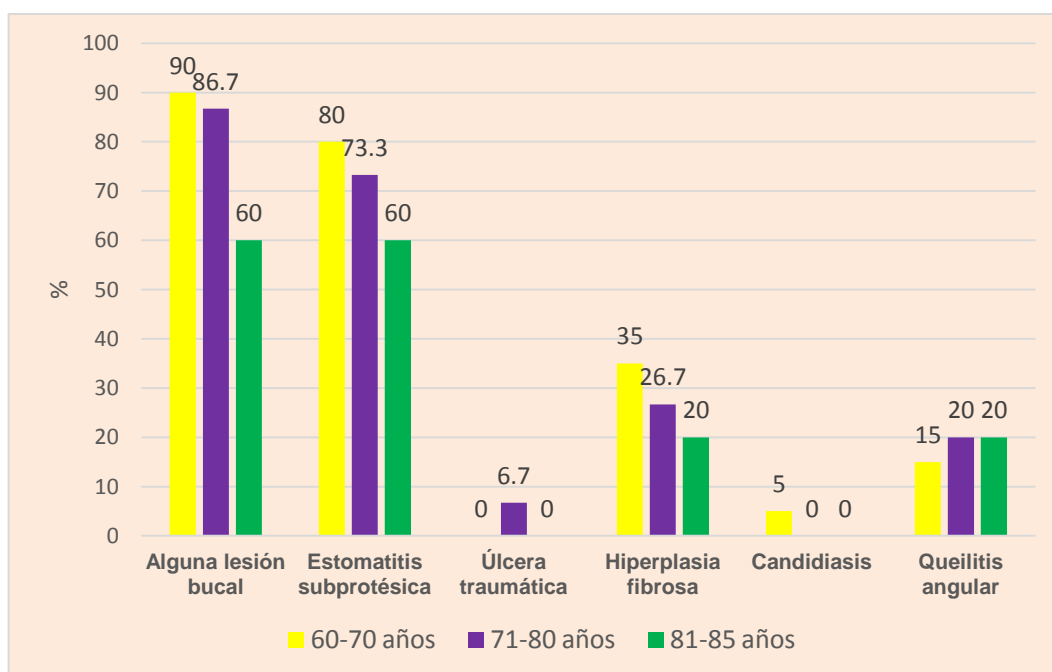


Tabla 5: Relación de las Lesiones y la Higiene de la prótesis

Prevalencia de lesiones	0-1 vez		2-3 veces		Valor p*
	n	%	N	%	
Alguna lesión bucal	17	85,0	17	85,0	1
Estomatitis subprotésica	17	85,0	13	65,0	0,144
Úlcera traumática	0	0	1	5,0	1
Hiperplasia fibrosa	5	25,0	7	35,0	0,490
Candidiasis oral	1	5,0	0	0	1
Queilitis angular	7	35,0	0	0	0,008

* Pruebas exacta de Fisher y Chi Cuadrado

Fuente propia del investigador

En la tabla se observa la relación entre las lesiones orales halladas y la higiene practicada por la población evaluada. Según la prueba exacta de Fisher, sí se encuentra relación estadísticamente significativa entre queilitis angular y la higiene ($p < 0,05$), según la prueba de chi cuadrado y exacta de Fisher no se encuentra asociación significativa entre la presencia de las otras lesiones y la higiene ($p > 0,05$)

Gráfico 5: Relación de las Lesiones y la Higiene de la prótesis

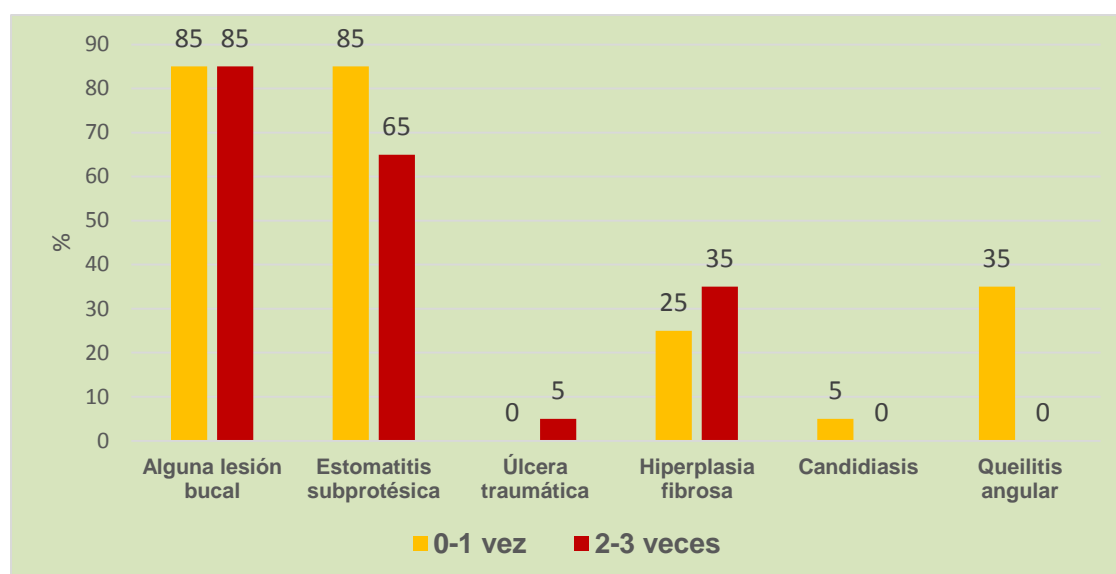


Tabla 6: Relación de las Lesiones y el Estado de conservación

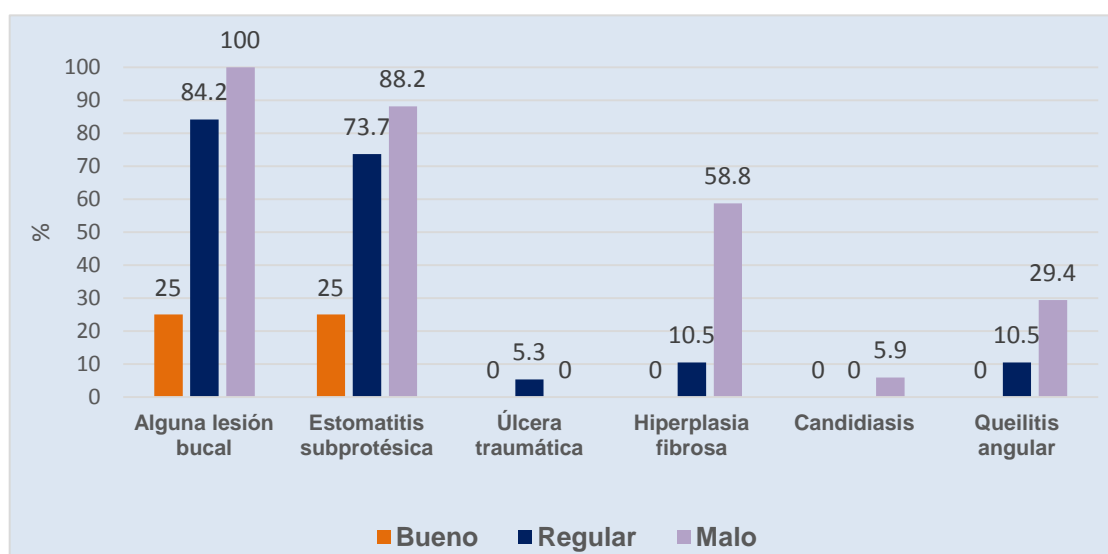
Prevalencia de lesiones	Bueno		Regular		Malo		Valor p*
	N	%	N	%	N	%	
Alguna lesión bucal	1	25,0	16	84,2	17	100,0	0,002
Estomatitis subprotésica	1	25,0	14	73,7	15	88,2	0,044
Úlcera traumática	0	0	1	5,3	0	0	1
Hiperplasia fibrosa	0	0	2	10,5	10	58,8	0,003
Candidiasis oral	0	0	0	0	1	5,9	0,525
Queilitis angular	0	0	2	10,5	5	29,4	0,308

* Prueba exacta de Fisher

Fuente propia del investigador

En la tabla se observa la relación entre las lesiones orales halladas y el estado de conservación de la prótesis en la población evaluada. Según la prueba exacta de Fisher, existe relación significativa entre la presencia de alguna lesión y el estado de conservación ($p < 0,05$), de modo que una mala conservación de la prótesis presenta mayor presencia de lesiones. Del mismo modo, existe también relación significativa entre la presencia de estomatitis subprotésica e hiperplasia fibrosa y el estado de conservación ($p < 0,05$), mas no con la úlcera traumática, candidiasis oral ni la queilitis angular ($p > 0,05$).

Gráfico 6: Relación de las Lesiones y el Estado de conservación



5.2 Discusión

En la presente investigación se examinaron a 40 pacientes adultos mayores como total de la muestra. De ellos el 12,5% fueron del sexo masculino y el 87,5% fueron del sexo femenino, resultado que se apoya en bibliografías similares donde las características propias de las pacientes femeninas de la tercera edad son: fragilidad capilar mayor, alteraciones en las mucosas durante y después del climaterio, cambios psicossomáticos que de alguna manera pudieran influenciar sobre los tejidos bucales como la irrigación y el flujo salival.³⁶ La distribución de pacientes según grupos de edad del total de la muestra, señala que el mayor número de pacientes portadores de prótesis totales se encuentra en el grupo de 60-70 años con un 50%, seguido de 71-80 años al cual le corresponde el 37,5% del total y aún menor en pacientes mayores de 80 años demostrando solo un 12,5% de la población. Resultado similar a la de Gutiérrez *et al.* (2013) donde el mayor número de pacientes examinados fue del grupo de 60 a 69 años y Moreno (2014) donde el resultado más elevado fue un promedio de 67.9% del grupo de 66-77 años de los pacientes portadores de prótesis completa. Estos índices nos darían una visión de la necesidad del adulto mayor en cuanto al servicio de odontología.

Otros resultados encontrados se basaron en el estado de conservación de la prótesis donde el 10% presentó tener un buen estado, conforme a las características como desplazamiento o desalajo de la prótesis a la oclusión, presencia de reparaciones o rebasados, desgaste o pérdida de los dientes artificiales y presencia de placa y sarro. La mayoría presentó un regular estado de conservación con 47,5% seguido de 42,5% donde los pacientes

demonstraron tener una prótesis en mal estado requiriendo así, ambos resultados, de una nueva rehabilitación. Similar resultado al de Serrano *et al.* (2015) donde el mayor porcentaje se encontraba en prótesis con mal estado y regular estado; así también donde más del 50% requería un recambio de prótesis. Esto a su vez podría demostrar un factor de riesgo importante para la presencia de lesiones bucales.

Otro factor de estudio son los años de uso de una prótesis total por parte del portador. Según el estudio el 55% tenía entre uno a cinco años de uso, es decir la mayor proporción de la población utiliza prótesis relativamente nuevas con pocos años sobre la mucosa oral. Las prótesis que fueron usadas entre seis a 10 años mostraron un 20% y el 25% de los adultos evaluados usan su prótesis desde hace más de 11 años, información que concuerda con los datos encontrados por Rodríguez (2014) donde el tiempo de uso de prótesis de uno a cinco años demostró una estadística mayor. Por otro lado, en los resultados de Ruiz (2013) conforme a la mayor cantidad de lesiones, estas se presentaban en pacientes con prótesis usadas de uno a cinco años y con más de 10 años. Esto podría sugerir que las prótesis que logran cruzar el umbral de cinco años de uso ya no podrían presentar alguna molestia los siguientes cinco años pero sí después de los 10 años, posiblemente por el deterioro mismo. Coincidiendo con el resultado de Espinosa (2014) donde las lesiones con mayor porcentaje se presentaron en prótesis con dos años de uso, como la úlcera traumática la cual podría ser causada por aparatos protésicos recién instalados; asimismo, en prótesis con más de 21 años de uso, en este caso la estomatitis subprotésica en primer lugar.

Se reporta que el 60% de los examinados se retira su dentadura para dormir, y el 40% no lo hace, manteniéndola en la cavidad bucal las 24 horas del día, este hábito puede ser un factor de riesgo para la aparición de lesiones en la mucosa por la continua presión ejercida por la prótesis. Al igual que los resultados del estudio de Serrano (2015) donde el 32% de los examinados refirió usar sus prótesis de manera constante de día y noche. Apoyándonos en la bibliografía este hábito puede producir degeneración de las glándulas salivales; así mismo, bloqueo de sus conductos secretores, disminuyendo de esta manera la secreción salival y su pH, ayudando así la acumulación de placa bacteriana.³⁷

Del total de los examinados el 85% de ellos presentó alguna lesión bucal, y el 15% presentó una mucosa bucal sana sin lesiones aparentes. Las lesiones observadas que mas prevalecieron en los pacientes adultos mayores portadores de prótesis completas fueron la estomatitis subprotésica (75%) y la hiperplasia fibrosa (30%). En este estudio la queilitis angular presenta el 17,5%. Resultado similar con autores como Vílchez *et al.* (2013), Rodríguez *et al.* (2014) y Ruiz *et al.* (2013), quienes demuestran en sus estudios que la estomatitis y la hiperplasia son las lesiones bucales encontradas con mayor frecuencia. La úlcera traumática (2,5%) y candidiasis oral (2,5%) ocuparon los últimos lugares de la tabla mostrando así su baja incidencia en la mucosa oral debido al uso de prótesis completas. Sin embargo Gutiérrez *et al.* (2013) y Loqui (2016) muestran que junto a la estomatitis subprotésica, la úlcera traumática fue una de las lesiones con mayor frecuencia.

Al relacionar las lesiones bucales con la edad de los individuos examinados, observamos que la mayor prevalencia de lesiones bucales se encuentra en el

grupo etario de 60 a 70 años donde la estomatitis subprotésica presenta una prevalencia del 80% seguida de hiperplasia fibrosa en 35% y queilitis angular con 15%. Entre el rango de 71 a 80 años la lesión mas prevalente es la estomatitis (73,3%) seguida de la hiperplasia y queilitis, similar al resultado que obtuvo Espinosa (2014) donde se pudo constatar que la estomatitis subprotésica era la patología que más se presentaba en las edades de 65 a 69 años y de 75 a 79 años. De la misma manera se asemeja a la investigación de Loqui (2016) donde el grupo de edad de 76-85 años presentó la estomatitis como la lesión que prevaleció seguida de la úlcera traumática, hiperplasia fibrosa. En la presente investigación el rango de edad de 81 a 85 años las lesiones ocuparon la misma prevalencia, con la diferencia que esta vez fue menor que en los dos rangos etarios anteriores: estomatitis (60%), hiperplasia (20%) y queilitis angular (20%) respectivamente. Además, en el presente estudio se demostró que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

A pesar que inicialmente se sugería que la prevalencia de las lesiones podría estar relacionada a la cantidad de veces que los pacientes realizan la limpieza por día, solo se encontró asociación significativa entre la queilitis angular y la higiene. Dentro de la higiene realizada hasta una vez por día, la estomatitis (85%), hiperplasia (25%), queilitis angular (35%), hiperplasia fibrosa (25%) y candidiasis (5%) son las lesiones más prevalentes; mientras que en la higiene realizada de dos a tres veces por día, solo la estomatitis (65%), hiperplasia fibrosa (35%) y úlcera traumática (5%) fueron las tres lesiones más prevalentes. Como se observa la estomatitis es la lesión que mayor prevalencia

muestra en ambos casos lo cual tiene relación con el estudio de Chabot *et al* (2013) donde la estomatitis subprotésica con grado II y III se presentó en pacientes con mala higiene. Esta falta de cuidado en la higiene de la prótesis trae consigo consecuencias como depósitos de placa dentobacteriana en el interior de la base protésica. Hay microorganismos oportunistas que se desarrollan frecuentemente en aquellas prótesis desajustadas y mal adaptadas, entre ellas la *Cándida albicans*. Es por ellos que una vez que la higiene bucal y protésica disminuye, el riesgo de presentar una lesión como la estomatitis subprotésica aumenta.

El estado de conservación de la prótesis como factor predisponente a la presencia de lesiones bucales se registra en el análisis como bueno, regular o malo (según características observadas durante el examen). La única lesión presente en un buen estado de conservación es la estomatitis subprotésica (25%). En el estado de conservación regular de la prótesis se presentan cuatro de cinco lesiones propuestas: Estomatitis subprotésica (73,7%), hiperplasia fibrosa (10,5%) juntamente con queilitis angular (10,5%) y la úlcera traumática (5,3%). Finalmente en un estado malo de conservación de la prótesis se observan las lesiones con mayor grado de presencia: estomatitis subprotésica (88,2%), hiperplasia fibrosa (58,8%), queilitis angular (29,4%) y candidiasis oral (5,9%). Por lo que se observa relación significativa entre las lesiones orales como la estomatitis subprotésica y la hiperplasia fibrosa con el estado de conservación de la prótesis. Por otro lado, la úlcera traumática, candidiasis oral y queilitis angular no presentaron relación significativa con el estado de conservación de la prótesis. Nápoles *et al.* (2016) evidenciaron que una

prótesis desajustada mostrando mal estado técnico de conservación provocó mayor cantidad de lesiones entre ellas la estomatitis con 64 casos y queilitis angular con 30 casos. Finalmente el autor Moreno (2014) señala de manera general que 50 de 53 pacientes observados mostraron alguna lesión bucal producto de la prótesis en mal estado.

CONCLUSIONES

- En el presente estudio se encontró que la mayoría de los pacientes de la tercera edad examinados presentaron lesiones bucales en la mucosa oral ocasionadas por el uso inadecuado de prótesis completas. La estomatitis subprotésica se presentó como la más prevalente con un índice mayor con relación al uso de prótesis completa asociada a diversos factores. La hiperplasia fibrosa también afectó a los pacientes quienes en su mayoría presentaba agrandamiento gingival en ambos maxilares y de la mucosa vestibular con prevalencia en la zona antero superior. La queilitis angular presentó menor prevalencia y la úlcera traumática junto a la candidiasis oral fueron las lesiones que menos se presentaron en el estudio.
- No existe relación significativa entre la edad y la presencia de cualquiera de las lesiones estudiadas. A pesar de ello, en la población examinada el rango de edad que se observó con mayor prevalencia de lesiones bucales estuvo entre los 60 a 70 años seguido del grupo 71 a 80 años.
- Sí existe relación entre la higiene de la prótesis con la lesión queilitis angular en la población evaluada. Este trabajo muestra a la estomatitis como la lesión más prevalente en pacientes que realizan la higiene de cero a una vez al día, sin embargo, también es la más prevalente en aquellos que realizan su higiene de dos a tres veces por día.
- Se demostró que existe relación significativa entre el estado de conservación de la prótesis completa con la presencia de lesiones bucales, específicamente para la presencia de estomatitis subprotésica e hiperplasia fibrosa.

RECOMENDACIONES

- En base a este estudio como de otras fuentes se conoce que a partir de los 60 años en adelante los individuos deben ser mucho más cuidadosos y minuciosos con su salud oral. Por lo que es importante concientizar a estos pacientes como a sus familiares sobre la importancia de un examen oral anual descartando condiciones patológicas o alteraciones de la mucosa, además de promover el cambio de su prótesis cada dos a cinco años.
- Conociendo las lesiones bucales más prevalentes en pacientes de la tercera edad portadores de prótesis completas, sería importante compartir esta información con estudiantes de odontología, establecimientos que tratan a pacientes geriátricos y centros de ayuda sociales en zonas rurales de Lima y provincias; ya que de esta manera se puede promover la prevención, tratamiento y cuidados bucales dirigidos especialmente a los adultos mayores portadores de prótesis removibles.
- Urge realizar programas preventivos dirigidos a esta población en todo tipo de comunidades del país, informando sobre los cuidados que deben tener los pacientes sobre la limpieza de la prótesis, hábitos de uso y el correcto estado de conservación de ésta.
- Los profesionales de la salud deben estar en constante actualización sobre el área de la gerodontología y de las manifestaciones bucales que se presentan en pacientes de tercera edad, muchas veces polimedicados. El odontólogo tiene como fin, el máximo de salud y bienestar bucodental del paciente y aún mayor en este grupo de pacientes entregándoles una odontología eficaz y rápida.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares; 2016 [actualizado el 26 de marzo de 2107; citado el 28 de marzo de 2017] P.e.: [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-mayor-oct-dic2016.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares; 2017 [actualizado el 28 de junio de 2107; citado el 1 de julio de 2017] P.e.: [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf>
3. Sotomayor J, Pineda M, Gálvez L, De La Cruz A. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadores de prótesis totales. Odontología Sanmarquina [Revista en Internet]. 2005 [citado el 6 de agosto de 2016]; 1 (10): 18-22. Disponible en:
<<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3591/5740>>
4. Rodríguez M, Portillo A, Lama E, Hernández S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantumil, Yucatán. Revista ADM [Revista en Internet]. 2014 [citado el 21 de agosto de 2016]; 71 (5): 221-5. Disponible en:
<<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145d.pdf>>

5. Nápoles G, Rivero P, García N, Pérez S. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. AMC. [Revista en Internet]. 2016 [citado el 05 de abril de 2017]; 20 (2): 158-66. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552016000200008&ing=es>
6. Gutiérrez M, Sánchez Y, Castillo Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM [Revista en Internet]. 2013 [citado el 29 de agosto de 2016]; 17(4): 452-9. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15604381201300400005>
7. Ruíz T, Lama G, Rodríguez F, Godoy M. Frecuencia de lesiones en la mucosa bucal debidas al uso de aparatos protésicos removibles. Rev Odontol Latinoam [Revista en Internet]. 2013 [citado el 7 de agosto de 2016]; 5(2): 47-9. Disponible en:
<<http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V05N2p47.pdf>>
8. Serrano M, Téllez N, Chabot L. Alteraciones clínicas en mucosa bucal de pacientes portadores de prótesis totales residenciados en el centro “Dr. Ricardo Sergent” (INASS). Rev Venez Invest Odont IADR [Revista en Internet]. 2015 [citado el 5 de agosto de 2017]; 3(2): 111-19. Disponible en:
<<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/6965>>
9. Espinosa L. Alteraciones de la mucosa bucal, en pacientes geriátricos portadores de prótesis dental, en el programa 60 y piquito sector cuerpo

- Quito Sur, ejército de salvación, distrito metropolitano de Quito [Tesis].
Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2014.
10. Chabot L, Serrano M, Díaz N, Díaz A, Libreros D. Soto A. Presencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en la población de los Nevados, estado Mérida, Venezuela. Rev Venez Invest Odont IADR [Revista en Internet]. 2015 [citado el 1 de agosto de 2017]; 3(1): 48-57. Disponible en:
<<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/6615/6429>>
 11. Moreno B. Influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar “Chimborazo” Quito – Ecuador [Tesis].
Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2014.
 12. Vílchez E, Watanabe R, Reyes S, Vílchez E, Torres C, Vílchez M. Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. Odontología Sanmarquina [Revista en Internet]. 2013 [citado el 4 de noviembre de 2016]; 16 (1): 29–31. Disponible en:
<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3574/1/odontologia_sanmarquina06v16n1_2013.pdf>
 13. Loqui J. Prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de la prótesis total mal adaptada en pacientes atendidos en la clínica UCSG 2016. [Tesis].
Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
 14. Franco L, Escobar G, Turizoa A, Velez M y Carona D. Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. Revista Nacional de Odontología [Revista en internet] 2011 [citado el 29 de

setiembre de 2017]; 7(12): 29. Disponible en :

<<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/296/0>>

15. Millares W y Munive F. Historia clínica practica para el desdentado completo. La Carta Odontológica. 1995; 3 (11): 11-7
16. Díaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009
17. Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken Prótesis Parcial Removible. 11° ed. España: Elsevier; 2006.
18. Rahn A, Ivanhoe J, Plummer K. Prótesis Dental Completa. 6° ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
19. Espinosa J. Rehabilitación oral con prótesis total y prótesis parcial removible en un paciente con síndrome combinado de Kelly. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2013
20. Mayta C, Mendoza G, Zeballos L. Prótesis Removible de Resina. Rev Act Clín Med [Revista en Internet]. 2012 [citado el 02 de octubre de 2016]; 24: 1158-63. Disponible en:
<http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682012000900007&script=sci_arttext>
21. Mamani N, Tito E. Rehabilitación Oral en la Tercera Edad. Rev Act Clin Med [Revista en Internet]. 2012. [citado el 13 de octubre de 2016]; 24: 1183. Disponible en:
<http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v24/v24_a11.pdf>

22. Soto A. Incidencia, diagnóstico y prevención de Estomatitis subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales del barrio Víctor Emilio Valdivieso del Cantón Loja, periodo junio-noviembre 2011 [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja. Facultad de Odontología; 2011.
23. Carrera C, Larrucea C, Galaz C. Detección de incrementos de dimensión vertical oclusal mediante análisis cefalométrico de Ricketts. Rev. Clin. Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2010 [citado el 11 de setiembre de 2017]; 3(2): 79-85. Disponible en:
<http://ac.elscdn.com/S071853911070046X/1s2.0S07185391107004600000aab0f26&acdnat=1505352125_e8012742a69025dc5af7c3e39690e44a>
24. Chávez B, Manrique J, Manrique A. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana. 2014 [citado el 1 de setiembre de 2017]; 24(3):199-207
25. Sáez R, Carmona M, Jiménez Zuilen, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [Revista en Internet]. 2007 [citado el 21 agosto de 2016]; 44(4). Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es >
26. Flores G. Tratamiento de la Estomatitis protésica. Rev Acta Clin Med. [Revista en Internet]. 2012 [citado el 11 de agosto de 2016]; 24: 1186-7. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900007&script=sci_arttext>

27. Barata D, Durán A, Carillo S. Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. 2002 [citado el 28 de agosto de 20107] 5(10). Disponible en: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol5-n10/articulo.pdf>>
28. Agustín P, Da Cruz D, Jorge J, Carrinho A, Esquiche J, Paes O. Hiperplasia fibrosa asociada a prótesis con áreas simulando un Papiloma oral ductal invertido. Med Oral Patol Cir Buc. 2005;10 Suppl2: 17-21
29. Rodríguez J, Miranda J, Morejón H, Santana J. Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión Bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [Revista en Internet]. 2002 [citado el 18 de agosto de 2016]; 39(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072002000200007>
30. Pospiech P. Tratamiento Preventivo con Prótesis Parciales. Barcelona: Lexus; 2004.
31. García E, Blanco A, Rodríguez L, Reyes D, Sotres J. Queilitis. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [Revista en Internet]. 2003 [citado el 15 de agosto de 2016]; 40 (3). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est09204.htm>
32. Pacho J, Piñol F. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Rev Cubana Estomatol [Revista en Internet]. 2006 [citado el 27 de agosto de 2016]; 43(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072006000300008>
33. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 22ª Ed. 2001

34. Torres E, Rosales J. Relación entre el uso nocturno y la adaptación a la prótesis estomatológica. Rev Cubana de Estomatol [Revista en internet]. 2000 [citado el 31 de julio de 2017]; 37(2): 79. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_2_00/est01200.htm>
35. Friedenthal M. Diccionario de Odontología. 2da ed. Buenos Aires: Panamericana; 1996.
36. Díaz Y, Martell F, Zamora JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [Revista en internet]. 2007 [Citado el 15 de marzo de 2017]; 44 (3): [aprox. 24p]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revista/est/vol44_3_07/est02307.html>
37. Llena C. La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Revista en Internet]. 2006 [citado el 15 de marzo 2017]; 11 (15): [aprox 17p]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169869462006000500015>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016

La presente es una invitación para que Usted participe en un importante estudio de investigación, realizado para la tesis previa a la obtención del título de Cirujano dentista, con título: *“Presencia de lesiones bucales por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el año 2016”*. Este estudio será realizado por la bachiller de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas: Cynthia Marjorie Lozano Bellido.

Se le solicita que lea cuidadosamente esta información antes de dar su consentimiento voluntario para participar.

El objetivo de este estudio es realizar un diagnóstico mediante un examen clínico que nos demuestre las lesiones bucales más prevalentes como los factores predisponentes a la aparición de estas enfermedades. Con este estudio se pretende ayudar a mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores, se aportarán datos epidemiológicos que pueden ser tomados en cuenta para implementar programas de prevención, promoción y atención en salud bucal.

Se le informa que absolutamente todos los datos brindados de su parte al personal investigador e institución son de extrema confidencialidad y serán utilizados únicamente para fines de estudio de la presente investigación.

Se le agradece desde ya su gentil colaboración. Usted es libre de no participar, respetando su posición.

La persona que firma la presente, acepta voluntariamente y libremente participar en esta investigación y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha brindado.

.....
Firma del encuestado o

Huella digital:

.....
Firma del investigador

DNI N°:.....

Fecha: / /

Anexo 2: Carta de presentación



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016



Pueblo Libre, 06 de Septiembre del 2017

YASMINA SANTOS AGAPITO
Presidenta de la Asociación Caminemos Unidos

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada LOZANO BELLIDO, CYNTHIA MARJORIE, con código 2010209296, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PROTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACION CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,


Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA

Anexo 3: Constancia de desarrollo de la investigación



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016



**CAMINEMOS
UNIDOS**

Mz R1, Lote 8, Cooperativo América, San Juan de Miraflores, Perú

CONSTANCIA

El que suscribe, la presidenta de la Asociación Caminemos Unidos

Hace Constar:

Que, la bachiller CYNTHIA MARJORIE LOZANO BELLIDO con DNI N°46381655 de la Universidad Alas Peruanas de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA, ha desarrollado su investigación de tesis con excelencia en la Asociación Caminemos Unidos, ubicada en el distrito de San Juan de Miraflores, durante los meses de octubre y noviembre del 2016.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que se estime conveniente.

Lima, 11 de setiembre de 2017




.....
Yasmina Santos Agapito
Presidenta

Anexo 4: Ficha de recolección de datos



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016

Nombre y Apellidos:.....

Edad: **Sexo:** M () F ()

Dirección:

Enfermedad actual de consideración: Sí () No ().....

Medicación: Sí () No ().....

¿Usa prótesis completa? Sí () No ()

Xerostomía: Sí () No ()

Presencia de lesiones en mucosas: Sí () No ()

Tipo de lesión:

- Estomatitis subprotésica ()
- Úlcera traumática ()
- Hiperplasia fibrosa ()
- Candidiasis ()
- Queilitis angular ()

ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS COMPLETA			Puntaje
A. Durante el examen clínico se observa desplazamiento de la prótesis	Sí	No	
B. La prótesis presenta reparaciones y/o rebasados	Sí	No	
C. A la oclusión se observa desalajo del lado posterior o anterior	Sí	No	
D. Presenta desgaste de los dientes artificiales	Sí	No	
E. Presenta pérdida de dientes artificiales	Sí	No	
F. La prótesis se encuentra libre de placa y sarro	Sí	No	
TOTAL			
Bueno		Regular	Malo

- **Puntajes:**

Verificación clínica

	A	B	C	D	E	F
Sí	1	1	1	1	1	0
No	0	0	0	0	0	1

Total= 6 puntos

- **Escala de valoración del índice:**

Estado de conservación de la prótesis completa

BUENO = 0 - 1

REGULAR = 2 - 4

MALO = 5 - 6

Anexo 4: Ficha de recolección de datos



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016

Reciba un cordial saludo, a la vez le pido se digne contestar las siguientes preguntas las mismas que servirán para el desarrollo de mi tesis denominada:

“PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016”

1. **¿Ha recibido información sobre la higiene de su boca y mantenimiento de su dentadura o prótesis?**
 - SÍ ()
 - NO ()
2. **¿Cuánto tiempo lleva usando su prótesis completa?**
 - 1-5 años ()
 - 6-10 años ()
 - + de 11 años ()
3. **¿Cuántas veces Ud. realiza la higiene de su dentadura al día?**
 - Ninguna ()
 - Una vez ()
 - Dos veces ()
 - Tres Veces ()
4. **¿Retira su dentadura diariamente en la noche?**
 - SÍ ()
 - NO ()
5. **¿Sumerge la prótesis en alguna sustancia para desinfectarla?**
 - Ninguna ()
 - Agua ()
 - Enjuague bucal ()
 - Otras sustancias ()
6. **¿Cuántas veces acude al odontólogo?**
 - Ninguna ()
 - Una vez al año ()
 - 2 veces al año ()
 - Más veces ()

Anexo 5: Matriz de consistencia



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016?	Determinar la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.	La presencia de lesiones bucales tiene relación con el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.	<p>Uso de prótesis completa</p> <p>Dimensiones</p>	<p>Diseño metodológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - No experimental - Descriptivo - Transversal
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son las lesiones bucales más prevalentes que se presentan por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016? 2. ¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y la edad por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016? 3. ¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y la higiene de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016? 4. ¿Qué relación existe entre la presencia de lesiones bucales y el estado de conservación de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016? 	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar las lesiones bucales más prevalentes que se presentan por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016. 2. Conocer la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y la edad por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016. 3. Establecer la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y la higiene de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016. 4. Precisar la relación que existe entre la presencia de lesiones bucales y el estado de conservación de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016. 	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>H1. Las lesiones bucales presentan prevalencia por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.</p> <p>H2. La presencia de lesiones bucales no está relacionada con la edad por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.</p> <p>H3. La presencia de lesiones bucales está relacionada con la higiene de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.</p> <p>H4. La presencia de lesiones bucales está relacionada con el estado de conservación de la prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de uso - Higiene de la prótesis - Estado de conservación - Uso nocturno <p>Presencia de lesiones bucales</p> <p>Covariables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo 	<p>Población de estudio</p> <p>40 adultos mayores de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores</p> <p>Técnica de recolección</p> <p>Técnica Directa</p> <p>Instrumento Encuesta Examen clínico</p>

Anexo 6: Tablas adicionales



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016

Tabla 1: Características de los pacientes

Variables	N	%
Presenta xerostomía		
Si	5	12,5
No	35	87,5
Total	40	100,0
Veces de visita al odontólogo		
Ninguna	30	75,0
Una vez al año	9	22,5
Dos veces al año	0	0
Más de dos veces al año	1	2,5
Total	40	100,0

Fuente propia del investigador

Tabla 2: Características sobre uso de la prótesis

Variables	N	%
Recibió información sobre higiene bucal y mantenimiento de prótesis		
Si	15	37,5
No	25	62,5
Total	40	100,0
Sumerge la prótesis en sustancia Desinfectante		
Ninguna	13	32,5
Agua	24	60,0
Enjuague bucal	0	0
Otras sustancias	3	7,5
Total	40	100,0

Fuente propia del investigador

Anexo 7: Fotografías



PRESENCIA DE LESIONES BUCALES POR EL USO DE PRÓTESIS COMPLETA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS UNIDOS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2016



Foto N°1. Estomatitis subprotésica (Grado I)



Foto N°2. Estomatitis subprotésica (Grado II), torus palatino y queilitis angular



Foto N°3. Queilitis angular



A.



B.

Foto N°4. Prótesis en mal estado de conservación. A. Vista palatina externa con piezas perdidas y desgastadas. B. Vista palatina interna con mala higiene y fractura distal izquierda.



A.

B.

Foto N°5. Prótesis en mal estado de conservación. A. Vista palatina externa con piezas perdidas por fractura distal izquierda, cambio de color de la prótesis. B. Vista palatina interna con mala higiene, por anterior con restos de sarro.



A.

B.

Foto N°6. Evaluación de prótesis completa superior. A. Vista anterior con desgaste dental, presencia de sarro y mala higiene. B, Fractura distal derecha,



A.



B.



C.

Foto N°7. Prótesis con más de 60 años de uso, mal estado de conservación y adaptación. A. Vista palatina externa con cambio de color del acrílico y de las piezas dentarias, desgaste. B. Vista palatina interna con cambio de color del material y restos de sarro. C. Vista anterior cambio de color de las piezas dentarias con sarro y desgaste, porosidad del material con mala higiene.



A.



B.



C.

Foto N°8. Evaluación de prótesis completa en mal estado de conservación. A. Vista palatina externa con desgaste del acrílico y de piezas dentarias, fractura distal derecha. B. Vista palatina interna con desgaste del material acrílico y restos de sarro. C. prótesis inferior vista interna con mala higiene y desgaste del material acrílico.



Foto N°9. Evaluación clínica de los pacientes



Foto N°10. Orientación a los asistentes de la reunión de la Asociación Caminemos Unidos

UNIVERSIDAD ALAS PERUAMAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:
 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : *Morante Maturana Sara Alejandra*
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : *Escuela Profesional de Estomatología*
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : *Examen de Diagnóstico*
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : *Beatriz Cynthia*

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado															
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos															
3. ACTUALIZACION	Esta adecuada los objetivos y las necesidades reales de la investigación.															
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.															
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.															
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.															
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.															
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, direcciones, indicaciones con los stems.															
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.															
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación															

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 19.10.17 DNI: 10388106 FIRMA DEL EXPERTO: *[Firma]*

[Firma]
 Dra. Sara Morante Maturana
 Esp. Rehabilitación Oral
 C.O.P. 22609

