



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

TESIS

**ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS DENTAL
REMOVIBLE Y LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO
VÍCTOR LIRA AREQUIPA - 2018.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

**PRESENTADO POR:
BACHILLER GERALDINE ARACELI ANGULO CRESPO**

**ASESOR:
MG. HUBER SANTOS SALINAS PINTO**

**AREQUIPA, PERÚ
SETIEMBRE 2018**

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía y apoyo durante los momentos más difíciles.

A mi madre por el amor, comprensión y apoyo incondicional brindado durante toda mi vida y la carrera.

A mi papá, sé que me cuidas y guías mis pasos desde el cielo.

A toda mi familia abuelos, hermanos, tíos, primos, por su apoyo y confianza durante este camino.

A todas las personas que Dios puso en mi camino que me enseñaron a mejorar cada día.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades y docentes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, por haberme brindado todos sus conocimientos a lo largo de mi estancia como alumna.

Dr. Huber Salinas Pinto por su apoyo, orientación y paciencia durante el desarrollo de la tesis y su dedicación por enseñar.

Mg. Xavier Sacca Urday por sus enseñanzas en metodología de la investigación, cuya asesoría y buena disposición en la parte estadística, le dio mucho más valor a esta investigación.

A todos los compañeros y personas que apoyaron de alguna manera en la elaboración del presente estudio.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal el determinar si existe relación entre el estado de conservación de las prótesis de los pacientes y la presencia de lesiones en las mucosas orales.

Para cumplir con el objetivo planteado, se trabajó con pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales que residen en el Asilo Víctor Lira de la ciudad de Arequipa, siendo seleccionados aquellos pacientes que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

La investigación correspondió al tipo no experimental, pues no se llevó a cabo ninguna intervención sobre nuestras unidades de estudio, además el diseño al que se ajusta el estudio es transversal, de campo, prospectivo y relacional. La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue la observación clínica para identificar las lesiones en cavidad oral y además para evaluar el estado de conservación en las cuales se encontraron las prótesis dentales que portaban los pacientes.

Los resultados a los cuales se ha arribado nos permiten establecer que el 62.3% de los pacientes incluidos en la investigación presentaron alguna lesión en su cavidad oral, siendo la más frecuente la estomatitis. Respecto al estado de conservación de las prótesis, el mayor porcentaje estaba dentro de la denominación de regular (39.6%). Así mismo, se está demostrando que el estado de conservación de las prótesis no tiene relación estadísticamente significativa con la prevalencia de lesiones orales, es decir, el estado en el cual se pueda encontrar una prótesis no determina que haya mayor o menor prevalencia de lesiones orales.

Palabras Clave:

Estado de conservación. Lesiones orales. Prótesis Dentales. Adultos mayores.

ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine if there is a relationship between the state of preservation of the patients' prosthesis and the presence of lesions in the oral mucosa.

To meet the objective, we worked with elderly patients with dental prosthesis who reside in the Víctor Lira Asylum in the city of Arequipa, selecting those patients who met the inclusion and exclusion criteria proposed.

The investigation corresponded to the non-experimental type, since no intervention was carried out on our study units, in addition the design to which the study fits is transversal, field, prospective and relational. The technique used to collect the data was clinical observation to identify the oral cavity lesions and also to assess the state of preservation in which the dental prostheses worn by the patients were found.

The results to which we have arrived allow us to establish that 62.3% of the patients included in the investigation had a lesion in their oral cavity, the most frequent being stomatitis. Regarding the state of preservation of the prosthesis, the highest percentage was within the denomination of regular (39.6%). Likewise, it is being demonstrated that the state of preservation of the prosthesis has no statistically significant relationship with the prevalence of oral lesions, that is, the state in which a prosthesis can be found does not determine that there is a higher or lower prevalence of oral lesions. .

Keywords:

State of conservation. Oral injuries Dentures. Older adults.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4.1 Importancia de la investigación.....	4
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	5
1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2 BASES TEÓRICAS	11
2.2.1 Prótesis parcial removible.....	11
2.2.1.1 Principios biomecánicos de la prótesis parcial removible .	11
2.2.1.2 Características de la prótesis parcial removible	12
2.2.1.3 Clasificación según el tipo de soporte	13
2.2.2 Prótesis Completa removible.....	13
2.2.2.1 Principios biomecánicos de la prótesis completa removible	14
2.2.3 Lesiones orales provocadas por prótesis removibles.	20
2.2.4 Odontogeriatría	26
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	34
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS.....	35
3.2 VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	35
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	37
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
4.2 DISEÑO MUESTRAL.....	39
4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39

4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	40
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	40
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	41
5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL.....	67
5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:	68
5.4 DISCUSIÓN:.....	69
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	73
FUENTES DE INFORMACIÓN	74
ANEXOS	79
ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	79
ANEXO N° 2: MATRIZ DE DATOS	81
ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	84
ANEXO N° 4: DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA.....	85
ANEXO N° 5: SECUENCIA FOTOGRÁFICA.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°	1: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según edad	41
Tabla N°	2: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo	43
Tabla N°	3: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de sus prótesis dentales	45
Tabla N°	4: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según el tipo de prótesis dental.....	47
Tabla N°	5: Presencia y tipo de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira	49
Tabla N°	6: Estado de conservación de las prótesis dentales en los ancianos del Asilo Víctor Lira	51
Tabla N°	7: Presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo.....	53
Tabla N°	8: Presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según edad	55
Tabla N°	9: Presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de prótesis dental...	57
Tabla N°	10: Estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo	59
Tabla N°	11: Estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según edad	61
Tabla N°	12: Estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de prótesis dental.....	63
Tabla N°	13: Relación entre el estado de conservación de las prótesis dentales y lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira	65
Tabla N°	14: Prueba estadística Chi Cuadrado para relacionar el estado de conservación de las prótesis dentales con las lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira de Arequipa	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°	1: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según edad	42
Gráfico N°	2: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo	44
Gráfico N°	3: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de sus prótesis dentales	46
Gráfico N°	4: Distribución de los ancianos del Asilo Víctor Lira según el tipo de prótesis dental.....	48
Gráfico N°	5: Presencia y tipo de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira	50
Gráfico N°	6: Estado de conservación de las prótesis dentales en los ancianos del Asilo Víctor Lira	52
Gráfico N°	7: Presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo.....	54
Gráfico N°	8: Presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según edad	56
Gráfico N°	9: Presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de prótesis dental...	58
Gráfico N°	10: Estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo	60
Gráfico N°	11: Estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según edad	62
Gráfico N°	12: Estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de prótesis dental.....	64
Gráfico N°	13: Relación entre el estado de conservación de las prótesis dentales y lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira	66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1: Ficha de recolección de datos.....	79
Anexo N° 2: Matriz de datos.....	81
Anexo N° 3: Consentimiento informado	84
Anexo N° 4: Documentación sustentatoria.....	85
Anexo N° 4: Secuencia fotográfica.....	87

INTRODUCCIÓN

Aunque la senectud no es sinónimo de enfermedad, las características de la cavidad bucal, en específico, pueden variar de manera substancial cuando los individuos envejecen. Es bien conocido que las personas con más de 60 años, producto del paso del tiempo, de factores relativos al estado nutricional, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos y de aspectos relacionados con los procesos fisiológicos de modificación y adaptación de las estructuras bucales, sufren cambios en la cavidad oral que incrementan la posibilidad de deterioro.

Una de las consecuencias de la pérdida total de los dientes es la disminución del funcionamiento del sistema masticatorio este es un papel muy importante para la acción de los músculos de la boca tanto de la articulación temporomandibular, la ausencia de la pérdida dentaria produce diversos cambios en los maxilares como la disminución de los rebordes alveolares, reabsorción ósea provocando alteraciones en el sistema estomatognático como la masticación, fonética y estética, lo que conllevara a una prótesis mal adaptada o desajustada o deterioradas puede provocar úlceras traumáticas épulis fisurada que es una lesión inflamatoria que se produce una hiperplasia fibrosa^{(3), (4)}.

Los rebordes alveolares tanto del maxilar superior e inferior cuando están sometidas a las cargas funcionales de las prótesis totales fisiológicamente sufren una reabsorción ósea debido a la presión que se ejercen sobre el reborde alveolar residual, estas condiciones son las que aceleran en la reabsorción del hueso en menor o mayor grado lo cual dependerá del tipo de fuerza de las cargas oclusales sobre los tejidos blandos.

Esta investigación fue motivada por el hecho de que no se ha determinado claramente cuál es la relación entre el estado de conservación de las prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis removible.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La pérdida total o parcial de los dientes genera cambios en la cavidad bucal, tales como la disminución del reborde alveolar, así como la pérdida de la función masticatoria.

La pérdida de los dientes representa un serio problema para la calidad de vida del individuo, pues los mismos además de ser un órgano funcional de la masticación, constituyen un componente fundamental de la apariencia individual, el hablar y la comunicación interpersonal. La pérdida de los dientes puede ser resuelta a través de la rehabilitación protésica.

La prótesis total convencional y prótesis parcial removible han sido tratamientos rehabilitadores de elección; estas dentaduras, variables en su diseño y tipo de soporte, permiten restituir al paciente su funcionalismo masticatorio y estética facial.

Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura; pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.

Las lesiones bucales en los ancianos son muy frecuentes y constituyen un problema de salud por las consecuencias que provocan.

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

Por otro lado, se conoce que existe una relación entre el tiempo de uso de las prótesis, la higiene y su estado con el incremento de las lesiones de la mucosa oral. Sin embargo, la situación real en el Asilo Víctor Lira sobre el uso de prótesis, las lesiones bucales provocadas por las que están siendo usadas, así como la relación entre sus características y las lesiones bucales en la población no está visiblemente cuantificada, ni tampoco se conoce el riesgo que tiene un individuo de tener lesiones bucales con un tiempo de uso prolongado o con una prótesis desajustada o en mal estado.

El desajuste protésico produce irritación mecánica de la mucosa de soporte y desencadena un proceso inflamatorio crónico que puede terminar con la formación de tejido fibroso hiperplásico. Entre los factores que se relacionan con la aparición de lesiones en las mucosas tenemos la edad, trauma, medicamentos, enfermedades sistémicas y falta de limpieza de las prótesis dentales removibles, que pueden desarrollar condiciones para la aparición de éstas.

Las evidencias actuales no pasan de ser suposiciones realizadas a partir de la práctica asistencial y existen muy pocos trabajos publicados que describen el estado concreto de este problema en nuestro medio.

Aunque la senectud no es sinónimo de enfermedad, las características de la cavidad bucal, en específico, pueden variar de manera substancial cuando los individuos envejecen. Es bien conocido que las personas con más de 60 años, producto del paso del tiempo, de factores relativos al estado nutricional, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos y de aspectos relacionados con los procesos fisiológicos de modificación y adaptación de las estructuras bucales, sufren cambios en la cavidad oral que incrementan la posibilidad de deterioro.

Diversos factores hacen que las personas utilicen por largos periodos de tiempo prótesis dentales cuyo estado de conservación no es adecuado, sin ser reemplazadas pudiendo generar dolor, inestabilidad y el desarrollo de lesiones inflamatorias en los tejidos blandos que están en contacto con el aparato protésico, cuya aparición es favorecida por factores de carácter traumático, mala higiene bucal y la disminución del flujo salival, entre otras.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, es importante determinar si existe relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en mucosas para la comprensión de su etiología.

Al prolongar el tiempo de uso de las prótesis dentales sin la debida preocupación de cambiarlas en un tiempo determinado, que se estima cada 5 años, puede generar inestabilidad, dolor y aparición de alteraciones en los tejidos de soporte que están en contacto con la prótesis dental, durante todas las funciones que realiza el paciente. Si a esta desadaptación protésica se suma el uso durante todo el día, se originarán lesiones más complejas y difíciles de tratar.

La pérdida dental, y las lesiones de la mucosa bucal provocadas por el uso de prótesis totales o parciales removibles desadaptadas alteran la estética facial del paciente, causan molestias en los tejidos subyacentes durante la masticación obligándoles a retirar las prótesis para poder comer, e influye negativamente en la fonética y la autoestima.

Está demostrado que la dieta que consumen las personas edéntulas tiene un bajo porcentaje de nutrientes lo que provoca en algunos pacientes carencia nutricional. Por esta razón, una prótesis dental bien confeccionada es necesaria para recuperar las funciones perdidas, sin causar agresión física al medio bucal, y peor aún causar infecciones.

Profundizar en esta problemática es de gran importancia para la planificación de los servicios médicos y para establecer políticas adecuadas en beneficio de la población. Por lo antes expresado se realizó esta investigación con el objetivo de describir las características de las prótesis removibles usadas en la población de 60 y más años de edad del Asilo Víctor Lira y su relación con las lesiones de la mucosa oral.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existirá relación entre el estado de conservación de las prótesis dentales removibles y la presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira Arequipa 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Relacionar el estado de conservación de la prótesis dental removible con la presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira Arequipa 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar el estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira Arequipa 2018.
- Identificar el tipo de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira Arequipa 2018.
- Evaluar la presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo.
- Evaluar la presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según edad.
- Evaluar la presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de prótesis dental.
- Evaluar el estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según sexo.
- Evaluar el estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según edad.
- Evaluar el estado de conservación de las prótesis dentales removibles de los ancianos del Asilo Víctor Lira según tiempo de uso de prótesis dental.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Importancia de la investigación

Esta investigación fue motivada por el hecho de que no se ha determinado claramente cuál es la relación entre el estado de

conservación de las prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis removible.

Aun cuando estudios internacionales han profundizado en el tema, existen pocos trabajos publicados donde se analice el estado concreto de estos problemas en poblaciones de ancianos institucionalizados. Es por ello que se desconoce la prevalencia de lesiones bucales provocadas por las prótesis que están siendo usadas, así como la relación entre las características de estas prótesis y las lesiones bucales que afectan a esta población geriátrica.

El estudio mostró las alteraciones clínicas de la mucosa bucal en relación con prótesis dentales removibles desadaptadas, en mal estado y utilizadas por largos periodos de tiempo encontradas en los ancianos del Asilo Víctor Lira es lo que da importancia para la ejecución de este estudio.

Por lo tanto, es importante determinar si existe relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en mucosas para la comprensión de su etiología.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La viabilidad del trabajo es posible porque se cuenta con los recursos necesarios para poder realizar la investigación.

1. Humanos

- Investigador : Bach. Geraldine Araceli Angulo Crespo
- Asesor : Mg. Huber Santos Salinas Pinto

2. Financieros

El presente estudio fue financiado en su totalidad por el investigador.

3. Materiales e Instrumental

- **Materiales:**
 - Hoja de recolección de datos

- Cámara fotográfica
- Lápiz bicolor
- Borrador
- Hojas
- **Instrumental:**
 - Barbijos
 - Guantes
 - Gorros
 - Mandilón
 - Espejo bucal
 - Explorador
 - Baja lenguas
 - Pinza
 - Bandeja porta instrumental
 - Gasas
 - Algodón

4. Institucionales.

- Asilo Víctor Lira
- Universidad Alas Peruanas - Arequipa

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones del presente estudio son la falta de colaboración de los ancianos que son parte del trabajo de investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Moreno Iza, Byron Vinicio. (2014). **INFLUENCIA DE LAS PRÓTESIS TOTALES DESADAPTADAS SOBRE LOS TEJIDOS DE SOPORTE EN ANCIANOS DEL HOGAR “CHIMBORAZO” QUITO – ECUADOR**”.

Las lesiones más frecuentes de la mucosa bucal provocadas por prótesis totales desadaptadas son las úlceras traumáticas, con un promedio de 66% de pacientes con esta lesión. Existe una relación directa entre el tiempo de uso de las prótesis totales desadaptadas y la aparición de lesiones en los tejidos de soporte, ya que, a mayor tiempo de uso, más lesiones se presentan, pudiendo desencadenar patologías más severas como crecimientos hiperplásicos del tejido mucoso que recubre el reborde residual y las zonas periféricas. Se comprobó que a partir de los 6 años de uso protésico es más frecuente la aparición de úlceras traumáticas, tal es el caso de 9 mujeres y 14 hombres que presentaban esta lesión en el hogar de ancianos “Chimborazo”. ⁽¹⁾

García Alpizar, Beatriz; Benet Rodríguez, Mikhaíl; Castillo Betancourt, Eduardo Enrique. (2010). **PRÓTESIS DENTALES Y LESIONES MUCOSAS EN EL ADULTO MAYOR – CUBA**. Se concluye que fueron las lesiones crónicas las más prevalentes en este estudio y con el siguiente orden en importancia: estomatitis subprótesis, épulis fisurado y queilitis angular. Las lesiones mucosas orales estuvieron muy relacionadas con factores como estado de conservación de las prótesis, tiempo de uso, higiene de esta y sexo del individuo, pero al determinar la influencia independiente de cada factor con la presencia de lesiones, se estableció que solo el estado de conservación de las prótesis y su higiene afectó de manera importante a los ancianos del estudio. ⁽²⁾

García Alpizar, Beatriz; Capote Valladares, Marleydis; Morales Montes de Oca, Teresita de Jesús. (2012) **PRÓTESIS TOTALES Y LESIONES**

BUCALES EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS – CUBA. Se concluye que las lesiones bucales estuvieron muy relacionadas con los factores locales: estado de conservación, higiene, tiempo de uso de las prótesis; y con factores generales como: el incremento de la edad, enfermedades sistémicas y el uso de medicamentos para el tratamiento de estas. ⁽³⁾

Vera Solórzano, Francisco Xavier (2015). **ESTADO DE LA PRÓTESIS DENTAL Y LA PRESENCIA DE LESIONES BUCALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO EN EL PERÍODO MARZO- JUNIO DEL AÑO 2015.** La lesión más frecuente fue la estomatitis subprótesis, el fibroma fue la segunda lesión que se encontró en los pacientes investigados el resto de lesiones queilitis comisural. La candidiasis, épulis fisurado, queratosis friccional, Leucoplasia y exostosis se obtuvieron resultados poco significativos. Las prótesis dentomucosoportada son las que obtuvieron con mayor frecuencia en los pacientes investigados. En la higiene de las prótesis dentales la que tuvo mayor fue la aceptable higiene; en el estado de la prótesis, el parámetro incorrecto fue del porcentaje más elevado. En el tiempo de uso de la prótesis el más frecuente fue hasta 5 años. Existe relación entre el estado incorrecto de la prótesis y las lesiones bucales considerando la estomatitis subprótesis con la de mayor prevalencia. ⁽⁴⁾

Loqui Carrasco, Joyce Michelle (2016). **PREVALENCIA DE LESIONES DE LA MUCOSA POR EL USO DE LA PRÓTESIS TOTAL MAL ADAPTADAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UCSG 2016.** Una higiene deficiente de las prótesis trae como consecuencia el depósito de placa dentobacteriana en el interior de la base, fundamentalmente en aquellas prótesis que no están bien adaptadas, y origina que se desarrollen microorganismos oportunistas como la *Cándida albicans*, incluso, pueden proliferar bacterias en forma de cocos y bacilos, a causa de la descomposición de los alimentos. El riesgo de poseer lesiones paraprotésicas. Se concluye que las lesiones bucales

estuvieron muy relacionadas con los factores locales: estado de conservación, higiene, tiempo de uso de las prótesis; y con factores generales como: el incremento de la edad lo que constituye un problema de salud en su cavidad oral. ⁽⁵⁾

B. ANTECEDENTES NACIONALES

Bernal Luna, Cinthya Del Pilar (2010). **ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS Y PRESENCIA DE LESIONES EN MUCOSAS DE PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE LIMA – 2010.** No existe relación entre el estado de conservación de la prótesis parcial removible y la presencia de lesiones en mucosas. El estado de conservación de la prótesis parcial removible fue regular el 36% de los 50 pacientes, el 34% mantiene en buen estado de conservación, finalmente el 30% tiene mala conservación. De los 50 pacientes el 66% no presenta lesiones y 34% si presenta lesiones. ⁽⁶⁾

Ruiz-Torres R, Lama-González EM, Rodríguez-Fernández M, Godoy-Montañez CC. (2013). **FRECUENCIA DE LESIONES EN LA MUCOSA BUCAL DEBIDAS AL USO DE APARATOS PROTÉSICOS REMOVIBLES – YUCATAN.** Las prótesis removibles (acrílico-wipla) suelen ser económicas y por ende las más solicitadas dando lugar a un desajuste y adaptación menos precisa debido a la elaboración menos sofisticada respecto a los demás tipos de prótesis. Durante los primeros 5 años y después de los 10 años, las modificaciones del material y la estructura morfo-fisiológica de los tejidos de soporte, pueden propiciar la aparición de lesiones. Es importante destacar que solo el 27.8% de la muestra no presentó lesiones en las mucosas, independientemente del tipo de prótesis que usaron. ⁽⁷⁾

Vílchez Salazar, Ernesto; Watanabe Velásquez, Romel; Reyes Soto, Soledad; Vílchez Quintana, Ernesto; Torres Roque, Carol; Vílchez Quintana, Marisabel. (2013) **LESIONES SUBPROTÉSICAS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS COMPLETA UNMSM.** Este trabajo confirma que el 95% de pacientes que portan prótesis

completa por más de 1 año, presentan cambios citológicos en la mucosa de soporte. Las lesiones producidas por la prótesis completa inestables pueden llegar a una displasia. El uso de prótesis completa inestable es causante de las lesiones inflamatorias y displasias. No se observó diferencia en las lesiones que presentaron los pacientes portadores de prótesis completas con esquema oclusal monoplano y polioplano. ⁽⁸⁾

C. ANTECEDENTES LOCALES

Mamani Sotomayor, Junior Alejandro. (2014). **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES EN PACIENTES DEL ASILO LIRA AREQUIPA. 2014.** El nivel de conocimiento sobre cuidado y mantenimiento de prótesis removibles en los pacientes del asilo Lira fue 45% si saben cómo higienizar su prótesis y el 55% no sabe cómo higienizar su prótesis removible. El nivel de conocimiento sobre las patologías bucales fue que el 18% si conoce sobre las patologías bucales y el 82% no conoce sobre las patologías bucales. ⁽⁹⁾

Choque Calderón, Erika Magaly. (2014). **RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS TOTAL Y LA CONFIGURACIÓN CLÍNICA DE LOS REBORDES ALVEOLARES RESIDUALES EN PACIENTES EDÉNTULOS TOTALES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA 2014.** Respecto al tiempo de uso, prevalecieron las prótesis totales de 1.1 a 5 años con el 41.67%, las mismas que fueron más frecuentes en la edad de 71 a 80 años, en el sexo femenino y en el maxilar superior. ⁽¹⁰⁾

Puruhuaya Carcausto, Deivy Goedy. (2017). **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE ADULTOS MAYORES DEL ASILO VICTOR LIRA, AREQUIPA-2017.** La prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de los adultos mayores fue de 32.5%, además, la totalidad de las lesiones observadas fueron blancas, el tipo de lesión que se observó en mayor porcentaje

(38.5%), fue la hiperqueratosis focal. No se ha demostrado que exista relación estadísticamente significativa entre el sexo y la edad de los adultos mayores evaluados con la prevalencia de lesiones en la mucosa bucal.⁽¹¹⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Prótesis parcial removible

La prótesis parcial removible (PPR) tiene como objetivo reemplazar los dientes y las estructuras vecinas perdidas preservando y mejorando la salud de los dientes y de las estructuras remanentes asociadas.⁽¹²⁾ El tratamiento protésico debe conseguir la preservación duradera de lo que queda en la boca más que la restauración meticulosa de lo que falta.⁽¹³⁾

En un plan de tratamiento para restaurar una boca parcialmente edéntula, la PPR es lo último que se hace después de tratar los casos indicados de cirugía, de endodoncia, de tratamiento periodontal, de operatoria dental, de puentes y coronas, de modificación de los dientes y entra en función relacionada con el ligamento periodontal, el hueso de soporte dentario del proceso alveolar, la lámina cortical del hueso, la membrana mucosa, sus vasos y nervios; y con los músculos de la masticación. Por consiguiente, la PPR para ser útil debe ser diseñada y preparada, y todos los procedimientos deben ser ejecutados por dentistas calificados.⁽¹⁴⁾

Muchos dentistas continúan su entrenamiento en otras disciplinas, pero ellos siguen creyendo que la construcción de la PPR puede ser delegada al personal auxiliar en toda su magnitud.⁽¹⁵⁾

2.2.1.1 Principios biomecánicos de la prótesis parcial removible⁽¹⁵⁾

- A. Retención:** Es la resistencia a las fuerzas fisiológicas y normales que tratan de desplazar a la prótesis en sentido oclusal fuera de su sitio.

La retención se consigue con los retenedores directos e indirectos y en casos como en el extremo libre, la extensión de la base hasta los límites fisiológicos, así como la buena adaptación de la misma contribuye significativamente a mejorar la retención.

B. Soporte: Es la resistencia que ofrecen los pilares y la mucosa a las fuerzas oclusales que presionan durante la función, a la prótesis contra estas estructuras orales. Los apoyos oclusales convenientemente distribuidos sobre los pilares seleccionados, así como la extensión adecuada de la base de la dentadura transmiten las fuerzas oclusales sobre los pilares y la mucosa, aunque en la última instancia, es el hueso alveolar el que recibe estas fuerzas que le llegan a través de los pilares y de la mucosa.

C. Estabilidad: Es la resistencia que ofrece la prótesis al desplazamiento horizontal. La estabilidad se consigue gracias a los elementos rígidos que toman contacto con las superficies verticales de los dientes, a la extensión adecuada de la base cuyos flancos toman contacto con las vertientes de los rebordes y a la adecuada articulación de los dientes artificiales que hace que las fuerzas oclusales se transmitan en sentido vertical.

2.2.1.2 Características de la prótesis parcial removible ⁽¹⁶⁾

- Debe ser funcional: Permitir una correcta fonación y masticación
- Debe ser estética: Imitar a los demás dientes remanentes en tamaño.
- Debe permitir cargar axialmente las fuerzas de la masticación, por lo tanto, debe ser rígida; si fuese flexible generaría movimientos de ortodoncia.
- Debe tener un solo eje de inserción o instalación

- Debe tener una retención suficiente como para no ser desalojada durante la masticación y fonación.
- No debe deteriorar las piezas dentales remanentes.
- Debe mantener una relación intermaxilar no patológica y una dimensión vertical estable en el tiempo.

2.2.1.3 Clasificación según el tipo de soporte

Las PDPR pueden clasificarse según el nivel de soporte brindado por los pilares: ⁽¹⁷⁾

- **Dentosoportado.** Transmiten las fuerzas oclusales que recibe hacia los pilares a través de los apoyos dentales.
- **Dentomucosoportada.** Transmite parte de las fuerzas oclusales que recibe a los pilares a través de los apoyos dentales y el resto de los rebordes alveolares.
- **Mucosoportada.** No tiene apoyos dentales. Excepto ciertas fuerzas laterales que pueden transmitirse a los dientes contiguos a través de los contactos proximales, todas las fuerzas oclusales a que está sometida la PDPR se trasmite a los rebordes alveolares.

2.2.2 Prótesis Completa removible

El tratamiento de los maxilares edéntulos con prótesis completas o totales es una de las intervenciones más difíciles en odontología. La elevada frecuencia de complicaciones, que diversos autores cifran entre el 20 y el 90%, condiciona que la reconstrucción de la forma y la función de los dientes sea de un modo de tratamiento con un gran número de factores de inseguridad. ⁽¹⁸⁾

Tras la pérdida de las piezas dentarias se dispone de pocos o ningún punto de referencia sobre la forma y el color de los dientes, su distribución en las tres dimensiones y la relación entre los maxilares y la forma de oclusión del complejo masticatorio. Además, será preciso adaptar los huesos y los tejidos blandos y epiteliales del lecho de apoyo de la prótesis para poder colocarla. Características como el

lugar de colocación de las prótesis, la ecología de la boca y la función masticatoria deben ser consideradas en los pacientes edéntulos. ⁽¹⁸⁾

La capacidad de adaptación del individuo a la prótesis es muy variable y en muchos enfermos las prótesis completas son rechazadas o no toleradas. La capacidad de estabilizar el cuerpo de la prótesis con ayuda de la musculatura perioral para asegurarla se pierde con frecuencia con el envejecimiento. ⁽¹⁸⁾

2.2.2.1 Principios biomecánicos de la prótesis completa removible

La oclusión durante la rehabilitación del edéntulo total es fundamental pues permitirá cumplir con la retención y estabilidad de las bases protésicas, como los distintos esquemas oclusales que se han mostrado beneficioso dependiendo de cada caso a tratar, mientras que el esquema balanceado bilateral sigue siendo uno de los principales a utilizar en un tratamiento de edentulismo total. ⁽¹⁹⁾

Los esquemas oclusales en una prótesis total han ido evolucionando a los diferentes tipos de oclusión y a la vez han ido cambiando de acuerdo a la utilización de los modelos de los dientes que va a permitir obtener el esquema oclusal balanceada, esquema oclusal no balanceada, esquema oclusal lineal y la lingualizada, el objetivo fundamental es devolver la función masticatoria, fonética, estética y confort en el paciente. ⁽²⁰⁾

A. Retención: Las fuerzas de retención ofrecen resistencia al movimiento vertical de una prótesis fuera de la mucosa subyacente y actúan a través de las tres superficies de la prótesis. Estas superficies son la superficie oclusal que entra en contacto con la prótesis o dentición opuesta; la superficie pulida que entra en contacto con los labios, las mejillas y la lengua; y la superficie de impresión que es

aquella parte cuya forma es determinada por la impresión.⁽²¹⁾

Las fuerzas de retención que actúan en cada una de estas superficies son: las fuerzas musculares y las fuerzas físicas. Las fuerzas musculares son ejercidas por los músculos de los labios, las mejillas y la lengua sobre la superficie pulida de la prótesis y por los músculos masticatorios indirectamente a través de la superficie oclusal. Los pacientes que usan sus prótesis exitosamente son porque han aprendido a controlarlas con los músculos de los labios, mejillas y lengua. Por lo tanto, el éxito en el control muscular de la prótesis depende del diseño de la prótesis y de la capacidad del paciente para adquirir la habilidad necesaria. Si en una prótesis éstas superficies están correctamente conformadas con las superficies bucal y lingual convergentes en dirección oclusal, esta fuerza muscular asentará la prótesis en la mucosa subyacente. Por el contrario, una conformación incorrecta de la prótesis resulta en una fuerza muscular que desaloja esa prótesis, por lo tanto, en la superficie pulida es necesario observar la forma de inclinación de la misma. ⁽²¹⁾

La retención activa o física es una fuerza que ejerce entre la prótesis y la mucosa en la cual va interferir con la saliva que provee mayor retención, otro de los factores que puede ser mediante la presión atmosférica es decir que la fuerza va a retener el aparato protésico con las siguientes modificaciones. ⁽²²⁾

El grado de retención física es proporcional al área de la superficie de impresión, por eso es importante asegurar la máxima extensión de la prótesis para poder obtener una retención óptima. En una prótesis total la superficie de impresión debe ser evaluada con respecto a la presencia o

ausencia de un sellado palatino posterior, anchura de los bordes, evidencias de ajustes, rebasados o reparaciones, superficies rugosas. ⁽²¹⁾

Una prótesis con flancos delgados no tiene la capacidad de crear el sellado facial y cuando la cobertura palatina no abarca el máximo del área disponible, la prótesis tiene una mala retención. ⁽²¹⁾

La precisión del adaptado depende del grosor mínimo de la capa de saliva ya que cuanto más delgada sea la película de saliva entre la prótesis y la mucosa subyacente, mayor serán las fuerzas de retención. ⁽²³⁾

Entonces, la retención permite que las prótesis después de ser insertadas y envueltas en una película de saliva, permanezcan en su lugar durante la apertura moderada de la boca y ofrezcan resistencia cuando se tire hacia abajo sujetando de los incisivos, principalmente la prótesis superior ya que la inferior no suele ofrecer una resistencia significativa al desplazamiento provocado porque tiene un sellado periférico relativamente ineficiente. Las fallas de la prótesis pueden incluir la ausencia de un sellado periférico que resulta de: sobrextensión, anchura inadecuada del flanco, sellado ineficaz en el borde posterior y mal adaptado de la base protésica. ⁽²¹⁾

B. Estabilidad: Recuperar la estabilidad protésica es importante, ya que una prótesis inestable (que baila en la boca), se balanceará al morder y será incómoda para el paciente. La estabilidad se obtendrá conjuntamente con el soporte y la retención. La acción coordinada y equilibrada de las superficies pulidas con las presiones de los labios, carrillos y lengua, generan fuerzas estabilizantes durante la función y mantienen una estrecha relación con la oclusión de los dientes. ⁽²³⁾

La prótesis no debe oscilar cuando se aplica la presión digital alternativamente a ambos lados de las superficies oclusales en la región del primer molar. El desplazamiento horizontal no debe ser mayor a 2mm con relación a la línea media, es decir, que una prótesis estable es aquella que se mueve poco en relación con el hueso subyacente durante la función. ⁽²¹⁾

C. Soporte: La anatomía de la superficie de las áreas de soporte (hueso alveolar y mucosa bucal), deberán ser bien delimitadas, debido a que la estabilidad y la retención dependen de un buen soporte. Normalmente, la prótesis superior se extiende posteriormente a la línea de vibración, que es la unión entre los tejidos móviles del paladar blando y los tejidos estáticos anteriores del paladar duro. En la parte posterior de la superficie de la mucosa encontramos dos pequeñas depresiones a ambos lados de la línea media del paladar, las fóveas palatinas, donde confluyen los conductos colectores comunes de las glándulas salivales menores, se ven a menudo en esta región y es por consiguiente un punto de referencia útil para esta unión. ⁽²¹⁾

Estas fóveas palatinas se encuentran aproximadamente en la unión del paladar blando con el duro y suelen ser útiles para identificar la línea de vibración ya que generalmente se hallan a 2mm de esta línea. Es muy importante encontrar esta línea de vibración para confeccionar adecuadamente una prótesis total superior, ya que se puede considerar que es el límite posterior máximo de la prótesis superior. ⁽²⁴⁾

La banda fibrosa que transcurre a lo largo de la cresta residual es el vestigio de la encía palatina y, al igual que la papila incisiva, se mantiene constante en su posición

durante el remodelado del reborde después de la extracción de los dientes. Estas dos estructuras sirven como punto de referencia permitiendo que los dientes en las prótesis totales sean enfilados en posiciones similares a las de sus predecesores naturales. ⁽²¹⁾

En la mandíbula, la prótesis debe extenderse sobre las papilas piriformes siendo muy importantes como pilares que ayudan a resistir el movimiento distal de la prótesis. Sin embargo, en la prótesis inferior la retención es deficiente debido al área de soporte relativamente pequeño y la dificultad en la obtención de un sellado periférico eficiente. ⁽²¹⁾

D. Extensión de la base protésica: Las regiones periféricas de las prótesis deben formarse de conformidad con la profundidad y la anchura de los surcos en los modelos. En el maxilar superior la base debe extenderse normalmente al sellado post palatino cortado o formado en el modelo, es decir, ligeramente por delante de la unión del paladar duro y blando, y en la mandíbula sobre el tercio inferior de las papilas piriformes. Si la sobre extensión marcada de los flancos de la prótesis está presente, la distensión de los tejidos del surco ocurrirá cuando se inserta la prótesis en la boca y su retracción elástica subsecuente provocará el desalajo de la misma. Por consiguiente, si la prótesis se desplaza inmediatamente después de ser asentada, debe sospecharse de una sobre extensión. Esto se puede observar cuando manipulamos suavemente los labios y las mejillas o cuando el paciente levanta la lengua. La subextensión de los bordes es determinada por el examen intrabucal, cuando se evidencia que la profundidad del surco es mayor que el flanco de la prótesis. En el caso de la prótesis superior, una indicación preliminar de

subextensión es dada por la existencia de una retención física deficiente. ⁽²¹⁾

E. Relación con la zona neutra: La zona neutra o zona de conflicto mínimo está ubicada entre la lengua por un lado y las mejillas y los labios por el otro, donde las fuerzas musculares de desplazamiento que actúan sobre la prótesis son menores.

La posición de los dientes en la zona neutral es de importancia particular en el caso de la prótesis inferior porque la retención física es relativamente débil. De esta manera se provee el espacio necesario a la lengua dentro de los límites establecidos por los labios y las mejillas. Si existe espacio entre las superficies bucales de los dientes posteriores y la mucosa de la mejilla, es casi seguro que habrá un espacio inadecuado para la lengua provocando el desplazamiento de la prótesis; para corregir esta inestabilidad, debe identificarse la causa y modificar la prótesis. ⁽²¹⁾

La consecuencia inmediata con la pérdida de todos los dientes naturales es la formación de un espacio vacío o espacio potencial disponible para las dentaduras. Este espacio se lo conoce como zona neutral. ⁽²³⁾

F. Oclusión: Cuando se generan las cargas masticatorias en las superficies oclusales de los dientes artificiales, las estabilidades de las prótesis dependen en su mayor parte del apoyo mucoso. También depende de la oclusión balanceada bilateral, que se basa en la existencia de contactos simultáneos bilaterales, tanto en relación céntrica como en los movimientos excéntricos, de lateralidad y protrusión, dentro de los límites normales de la función mandibular. Las estructuras más afectadas por las desarmonías oclusales son las que soportan las

prótesis, tales como el complejo mucosa-hueso, en las prótesis totales convencionales. Para obtener esta estabilidad, la relación cúspide fosa de los dientes artificiales debe ser tal que, al contactarse, no deben generar movimientos que no se hagan en dirección perpendicular al reborde remanente. En caso que no se obtenga este tipo de relación, la respuesta inmediata será el traumatismo de la base sobre la mucosa que reviste el reborde óseo remanente, en especial en las áreas donde ésta esté más delgada. ⁽²⁵⁾

2.2.3 Lesiones orales provocadas por prótesis removibles.

Las lesiones por prótesis dentarias pueden ser agudas o crónicas. Las lesiones agudas son más frecuentes con el uso de prótesis nuevas y mal ajustadas que no logran la distribución precisa y uniforme de las fuerzas de oclusión. Estos dispositivos ejercen una presión excesiva sobre una o más áreas focales de los tejidos blandos, provocando estasis o isquemia arterial y/o fricción importante sobre la zona lo que a su vez causa ulceración y dolor. Las lesiones crónicas se deben a una alteración gradual del tejido de sostén, permaneciendo sin cambios la base de la dentadura protésica. En tal caso, el dispositivo se hace inestable y mal asentado, produciendo leves roces sobre el tejido. ⁽²⁶⁾

A. Estomatitis subprótesis: La estomatitis subprotésica (E.S.P.) es un proceso inflamatorio asociado a la utilización de prótesis dentales removibles, caracterizado por el enrojecimiento persistente del área de soporte de una prótesis removable.

Si hablamos solo de portadores de prótesis, afecta al 67% y al 34% en nuestro medio. ⁽²⁷⁾

Hay una serie de factores predisponentes, como la falta de higiene oral, la edad (por reducción del flujo salival), diabetes, tabaco; etc. El factor más relacionado con la E.S.P., es la presencia de especies

de cándida, que se encuentra en la cavidad bucal en el 30-70% de casos. Esta proporción va en aumento en pacientes portadores de prótesis removibles y oscila desde el 35% hasta el 60-100%, según Darwazeh. ⁽²⁸⁾

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en el reconocimiento de las lesiones. Generalmente el paciente no presenta sintomatología, en algunos casos una leve sensación de ardor o picazón. Es importante, la exploración minuciosa de la prótesis, comprobando su estado de limpieza, retención, apoyo y dimensión vertical. Para descartar algún proceso sistémico, se debe realizar una anamnesis adecuada, insistiendo en aquellos puntos relacionados con la etiología sistémica de la estomatitis, como enfermedades con depresión inmunitaria, medicamentos que produzcan igualmente disminución de la respuesta inflamatoria o inmunitaria o alteraciones nutricionales. ⁽²⁹⁾

De acuerdo con la gravedad: ⁽³⁰⁾

- **Grado I:** Puntos hiperémicos: Lesión inflamatoria de aspecto rojo brillante, generalmente asintomática, donde pueden aparecer puntos hiperémicos. La mucosa puede presentarse fina, lisa y brillante. Es la lesión mínima visible a la inspección.
- **Grado II:** Eritema difuso: Área eritematosa bien definida, que dibuja el contorno de la prótesis; puede estar constituida por un fondo finamente granuloso y, a veces, aparece cubierta por un exudado blanco grisáceo.
- **Grado III:** Inflamación granular: Lesión más definida, compuesta por una mucosa gruesa con gránulos irregulares que se elevan superficialmente, semejando formas papilares.

La lesión de la mucosa oral más prevalente en portadores de prótesis removible es la estomatitis protésica, proceso inflamatorio que afecta la mucosa de soporte protésico de diversa extensión y

severidad. La prevalencia varía entre el 6.5% al 75% de acuerdo a la población en estudio. ⁽³¹⁾

La estomatitis por dentadura se caracteriza clínicamente por un eritema y edema crónico de la mucosa en contacto con la prótesis, el principal agente etiológico es la infección por *Candida* comensal, la cual se ha identificado hasta en 94% de los pacientes con estomatitis por dentadura. ⁽³¹⁾

Existe una larga lista de evidencias que muestran cómo se adhiere *Candida* al acrílico de las prótesis ocasionando estomatitis por dentadura que corresponde a candidiasis atrófica crónica, el hongo *Candida* está presente en un promedio de 40 a 60% de las prótesis y por lo regular se le ubica en la mucosa del paladar debajo de la superficie de la prótesis superior. ⁽³¹⁾

B. Épulis fisurado: Proliferación del tejido conjuntivo fibroso asociado con inflamación crónica, en respuesta a una lesión crónica. Las prótesis mal ajustadas con rebordes de longitud excesiva, o viejas, que irritan el tejido vestibular tras reabsorberse el tejido alveolar pueden estimular la proliferación fibroblástica y la síntesis de colágeno. Estos procesos de hiperplasia son más frecuentes junto a los rebordes de las prótesis y tienden a ser multilobulados y difusos. ⁽²⁶⁾

La hiperplasia fibrosa inducida por prótesis dentales suele localizarse en el vestíbulo maxilar o mandibular anterior, donde se asocia con prótesis mal ajustadas, cuyos rebordes tiene longitud excesiva. El tejido hiperplásico suele formar lobulillos o pliegues y puede estar fisurado en el punto donde el reborde de la prótesis contacta con el tejido, en la base de las depresiones lineales. La mayoría de estas tumoraciones hiperplásicas son eritematosas debido a las zonas ulceradas. A veces pueden ser de coloración normal son siempre blandas, flácidas y móviles, y pueden aparecer

en cualquier punto a lo largo de los bordes de la prótesis; la localización anterior es más frecuente. ⁽²⁶⁾

C. Fibroma por irritación o hiperplasia fibrosa focal: Es una hiperplasia del tejido conjuntivo fibroso que surge como respuesta a una irritación crónica y en la que se observa abundante elaboración de colágeno por lo que se asemeja al tejido cicatrizal. El mordisqueo de carrillos y labios, junto con la irritación de la prótesis, son sus principales factores etiológicos. ⁽²⁶⁾

Una pérdida excesiva del espesor de la mucosa conduce a la formación de la denominada prominencia flácida. Este proceso se debe a una metaplasia de las estructuras óseas que se convierten en tejido conjuntivo colágeno. Esta manifestación depende del tiempo y de la magnitud de las cargas, ya que una carga irregular ejercida sobre el lecho de la prótesis conlleva el desarrollo de un fibroma gingival. Esta lesión se encuentra sobre todo en la porción anterior de la maxila en el maxilar superior y con más frecuencia en la zona correspondiente al cuadrante lateral de la mandíbula. ⁽¹⁸⁾

D. Hiperqueratosis: Cuando cualquier zona de la mucosa sufre una acción traumática de modo crónico, se produce una lesión hiperqueratósica de color blanco, semejante a las callosidades que se producen en la piel. La reacción de los tejidos supone una reacción protectora frente a una irritación de poca intensidad mantenida durante largos periodos de tiempo. Estas lesiones aparecen en las zonas de la mucosa que reciben traumatismos como labios, zona de la mucosa yugal en contacto con las superficies oclusales y las crestas alveolares desdentadas durante la masticación, así como también por ejemplo en la mucosa yugal si existe un borde cortante de algún diente. ⁽³²⁾

E. Leucoplasia: Las placas blanquecinas que se relacionan con una irritación evidente o que se asocian a una entidad conocida, como el liquen plano o la candidiasis, no se consideran leucoplasias.

Aproximadamente el 3% de la población mundial presentan leucoplasias de las que el 5-25% son premalignas y pueden evolucionar a un carcinoma epidermoide. Por tanto, salvo que se demuestre lo contrario mediante el estudio histológico, todas las leucoplasias deben ser consideradas lesiones premalignas. ⁽³³⁾

F. Candidiasis: La candidiasis es la infección micótica más común de la cavidad bucal y es causada por el hongo *Candida*. Dentro de la población geriátrica la candidiasis oral es uno de los tres principales motivos de consulta de medicina oral, junto con la sospecha de lesiones premalignas y cáncer e inflamaciones orales vesículo-erosivas. ⁽³¹⁾

La candidiasis atrófica crónica es una forma común de candidiasis oral que se observa en el 24 al 60% de todos los pacientes que utilizan prótesis. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres. Entre los hallazgos en el examen físico están el eritema y el edema crónico de la mucosa del paladar que entra en contacto con la prótesis y la queilitis angular. Probablemente, las lesiones crónicas de poca envergadura y la oclusión que produce la prótesis predisponen a la colonización candidiásica y a la consecuente infección. ⁽³⁴⁾

Los factores que predisponen el desarrollo de la candidiasis oral son la edad adulta, la infancia, el embarazo, la higiene bucal deficiente, el tratamiento largo con antibióticos de amplio espectro, el tratamiento con esteroides inhalados o sistémicos, la cantidad excesiva de carbohidratos en la dieta, la deficiencia de folato y vitamina B12, enfermedades endocrinas (como hipotiroidismo y enfermedad de Addison), el SIDA u otros estados de inmunodepresión y la hiposalivación. ⁽³¹⁾

Algunos autores consideran la hiposalivación como factor de mayor predisposición a candidiasis oral; por el contrario, otros indican que

la mala higiene bucal y las prótesis dentales son los factores principales. ⁽³¹⁾

Clínicamente la infección por *Cándida* puede manifestarse como lesiones blancas, rojas o blancas y rojas, denominándose candidiasis y dando como resultado el diagnóstico diferencial con desórdenes potencialmente malignos de la mucosa bucal y lesiones liquenoides, lo que hace indispensable el diagnóstico y tratamiento oportunos. La presentación clínica de la candidiasis oral está relacionada con el factor predisponente a su desarrollo, los tipos clínicos que se reconocen son: candidiasis pseudomembranosa aguda, candidiasis atrófica o eritematosa, candidiasis hiperplásica crónica; pudiendo asociarse de forma secundaria a la queilitis angular. La estomatitis por dentadura es un tipo de candidiasis asociada al uso de prótesis dentales, cobra especial importancia porque este tipo de candidiasis puede evitarse mediante la higiene y el uso adecuados de las prótesis. ⁽³¹⁾

G. Queilitis angular: La queilitis angular es una inflamación bilateral crónica de las comisuras de la boca, caracterizada por atrofia y fisura lineales. Aunque las lesiones pueden presentarse aisladamente a menudo están asociadas con lesiones intraorales pseudomembranosas agudas o lesiones atróficas en otras partes de la boca. La queilitis angular es frecuente en pacientes con disminución de la dimensión vertical debido a pérdida de dientes, desgaste de los dientes o uso muy prolongado de una misma prótesis dental. A veces se presentan infecciones bacterianas secundarias que complican el tratamiento. ⁽²⁶⁾

H. Úlcera traumática: Una úlcera traumática es una lesión dolorosa, de profundidad y tamaño variable, de forma redonda u ovalada. Esta pérdida de la continuidad de la mucosa es provocada por prótesis totales desadaptadas, y se puede reparar sin dejar cicatrices si la causa es inmediatamente eliminada. Pero si la causa persiste, las características de esta lesión se modifican y pueden

dar paso a crecimientos anormales de tejidos mucosos que se encuentran sobre el reborde residual y en las zonas periféricas. ⁽³⁵⁾

2.2.4 Odontogeriatría

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente, que requiere de una nueva posición psicológica, sociológica y actitudinal. La cavidad bucal, al igual que el resto del organismo, no escapa de este proceso. Los cambios irreversibles que sufre el organismo exigen comprender y aceptar los nuevos límites de las posibilidades físicas y dedicar el tiempo necesario al cuidado de la salud, con la intención no solo de extender el periodo de vida, sino de aumentar en los niveles de bienestar físico y mental. ⁽³⁶⁾

El cuidado y la higiene de la boca son fundamentales, ya que la primera fase de una correcta digestión es una buena masticación. Aun cuando los problemas del sistema estomatognático del anciano son similares a los que se padecen en otras edades, se afirma que en esta etapa de la vida se encuentra un mayor deterioro en cuanto a la cavidad oral. La problemática bucal que presenta el sector envejecido de una población es una de las principales causas de morbimortalidad en el anciano. Los problemas se pueden acrecentar por enfermedades sistémicas y la disminución de las defensas inmunitarias. Dichos problemas o cambios se presentan en las siguientes estructuras que componen en el sistema estomatognático. ⁽³⁷⁾

La pérdida de los dientes debe ser resuelta a través de la rehabilitación protésica. La construcción e instalación de cualquier prótesis no solo tiene como objetivo fundamental reponer los dientes perdidos y tejidos subyacentes para mejorar la estética y la función, sino también para mejorar los tejidos permanentes mediante una

concepción bien clara de la biostática y biodinámica con cuidado de no dañar dichos tejidos. ⁽³⁸⁾

Los rebordes alveolares cuando se someten a las cargas funcionales biológicamente sufren una reabsorción ósea producto de la presión que sobre ellos se ejerce. La reabsorción en mayor o menor grado depende del tipo y distribución de las cargas oclusales y de la presión ejercida sobre los tejidos blandos; además influyen factores como la edad, el sexo, las condiciones sistémicas y nutricionales del paciente. Si a estos factores se le añade que muchos pacientes presentan mala higiene bucal con acumulación de placa bacteriana y presencia de *Cándida albicans*, los traumas, irritaciones, alergias, problemas inmunológicos o sistémicos, el uso de prótesis por más de 10 años y las 24 h del día configura un cuadro que favorece la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplásicas de la mucosa bucal. Se considera el uso de prótesis como un factor de riesgo de las lesiones orales. ⁽³⁸⁾

Las condiciones del sistema estomatognático del anciano se describen a continuación:

A. Atrofia de los huesos alveolar y basal: La atrofia senil del hueso alveolar y la llamada erupción continua se consideran factores del envejecimiento normal. A la luz de las investigaciones practicadas entre los aborígenes australianos, apoyadas por la investigación actual en el campo periodontal, la atrofia del borde óseo debería considerarse un proceso lógico de progresión lenta, pero localizado superficialmente, que tiende a acelerarse en las épocas más tardías cuando no se eliminan las formaciones de placas. Tras la pérdida de dientes y, por lo tanto, de contacto oclusal, hay un riesgo de alargamiento de los dientes antagonistas, aunque no siempre se produce. Los estudios recientes indican que el alargamiento (movimiento de salida del margen alveolar) no se produce en la encía y el periodonto sanos y que el “activador” es un proceso inflamatorio. En ocasiones puede observarse un

exceso de crecimiento vertical del margen alveolar, de modo que el diente con periodonto se desplaza en dirección oclusal. ⁽³⁷⁾

El cambio más evidente que aparece con la pérdida de dientes es la transformación y la resorción del proceso alveolar. El remodelado produce una reducción en altura sobre el lado vestibular del maxilar superior y sobre el lado lingual de la mandíbula. El efecto del remodelado y la resorción es continuo y a largo plazo. Algunos cambios de resorción posteriores a la extracción pueden ser de origen no patológico y una respuesta al esfuerzo de la presión masticatoria sobre la base de la dentadura. Se ha demostrado que la reducción del tamaño del borde alveolar es menor en individuos edéntulos sin prótesis que en los que utilizan dentadura postiza. Aunque no se dispone de estudios suficientes, el índice de resorción parece estar influido por deficiencias de nutrición y especialmente por avitaminosis. Existe el riesgo de confundir la atrofia por inactividad con la osteoporosis, en especial en el borde alveolar edéntulo en el maxilar inferior. Aparte de la cada vez más notable absorción de los bordes alveolares que se produce al aumentar la edad, es difícil que cualquier otro signo clínico pueda relacionarse directamente con el proceso osteoporótico. ⁽³⁷⁾

- B. Cambios en las mucosas orales:** Un resultado de los cambios metabólicos que se producen en las personas de edad avanzada, incluida una variación en el equilibrio de agua, implica las membranas mucosas orales, que pueden atrofiarse, hacerse frágiles y adquirir un aspecto brillante y cerúleo. También las encías muestran estos cambios, junto con una pérdida de punteado. El progresivo adelgazamiento de la capa epitelial se produce en combinación con un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo. Además, el descenso en los capilares superficiales y la consiguiente reducción de la irrigación sanguínea retrasa la micronutrición y deteriora la capacidad de

regeneración. La respiración del tejido gingival se ve afectada por el significativo descenso de la utilización del oxígeno que se produce en la edad avanzada. ⁽³⁷⁾

C. Hiperqueratosis: En circunstancias normales resulta claro que aparece un indudable descenso de la queratinización gingival en las personas de edad avanzada y que esto forma parte del proceso de envejecimiento. El tejido de la cavidad oral pierde una capa protectora de células queratinizadas. Dicha pérdida hace que el tejido sea más sensible a la irritación mecánica, química o bacteriana. Pasada la madurez, la presencia de hiperqueratosis refleja una respuesta de la membrana mucosa a una leve irritación crónica. Las relaciones entre la deficiencia de vitamina A y B y los cambios hiperqueratósicos de la mucosa oral están aún sometidas a discusión. También es muy controvertido el valor de las dosis masivas de vitamina para eliminar el trastorno epitelial. La hiperqueratosis se presenta clínicamente como una placa blanca sobre la membrana mucosa bucal que no puede eliminarse con un algodón o compresión de los dedos. Por lo general aparece en sujetos que han pasado la madurez, y con más frecuencia en los hombres que en las mujeres. Por medio de la simple observación es posible distinguir la leucoplasia premaligna de la hiperqueratosis benigna, para lo cual se recomienda efectuar una biopsia. La presencia de un margen de fina mucosa atrófica alrededor de la lesión debe considerarse muy sospechosa. ⁽³⁷⁾

En la mayoría de los pacientes mayores con leucoplasia aparecen múltiples lesiones. Los lugares más frecuentes son las mejillas, las comisuras de los labios, la mucosa alveolar, la lengua, los labios y el piso de la boca. El suelo de la boca y el borde lateral de la lengua son de interés particular, por ser el lugar típico de las lesiones premalignas. Realmente debe considerarse la leucoplasia como la principal condición precancerosa de la

cavidad bucal, aunque ninguna lesión blanca del epitelio de la boca debería ser ignorada. La persona de edad avanzada raras veces se queja de molestias y a menudo puede continuar llevando prótesis sobre la zona afectada. La recurrencia de las lesiones durante muchos años lleva al fin a producir cicatrices en las mejillas y en los surcos de la boca. Se ha sugerido que el penfigoide de la membrana mucosa es una de las dermatosis relacionadas con una posible malignidad interna. Esta posibilidad debe tenerse siempre en cuenta al hacer el diagnóstico. ⁽³⁷⁾

D. La saliva y su medio: El descenso de la producción de saliva sigue el ritmo de los cambios de las glándulas salivales causados por envejecimiento. El descenso parece ser más pronunciado en el ritmo de saliva inactiva que en el de saliva estimulada. En lo que respecta a otras propiedades, como la viscosidad, la tensión superficial, etc., se han publicado resultados diversos y hasta cierto punto contrarios. No obstante, hay algunas pruebas de que el volumen de saliva segregada se reduce con la edad. En un envejecimiento normal la disminución del fluido oral rara vez es lo suficientemente grande como para producir más molestia que la de una ocasional sensación de sequedad. Si además de los cambios producidos por el envejecimiento aparecen cambios patológicos generales específicos, entonces puede verse seriamente afectada la secreción de las glándulas salivales. ⁽³⁷⁾

Los recientes estudios epidemiológicos con grupos de personas de 70 años de edad aproximadamente indican que alrededor de 10 a 15% muestran una reducción de la saliva estimulada a la mitad y una reducción del flujo de 3/4 (por debajo de 0.5 mm/min) afecta a entre 2 y 4%, con mayor incidencia en las mujeres que en los hombres. La enfermedad crónica tiende a disminuir de manera considerable la producción de saliva. La sequedad de la boca es una queja frecuente en muchas personas de edad que sufren varios males sistémicos, como uremia y aclorhidria, y

trastornos que afectan la actividad glandular, entre los cuales la diabetes senil constituye un ejemplo importante. En general, no se conoce la magnitud y el mecanismo mediante el cual las enfermedades crónicas contribuyen a aumentar la degeneración de las principales glándulas salivales. Los estudios sialográficos indican que el deterioro del sistema de conductos se produce más rápidamente en el enfermo crónico que en el anciano sano. No es raro que se observe un descenso en la producción de saliva en el anciano como un efecto iatrogénico. La terapia medicamentosa es muy habitual en las personas de edad avanzada, en particular en las que sufren múltiples enfermedades e incapacidades. Pero los medicamentos tienen algunos efectos indeseados, que son accesorios a su principal efecto terapéutico. Parece que la secreción salival es muy susceptible a una acción de bloqueo por medicamentos segregados por los ganglios o periférica o centralmente. Este bloqueo, por ejemplo, aparece habitualmente tras un tratamiento con antidepresivos y sedantes, como las fenotiazinas. Los fármacos contra la hipertensión tienen por lo general un fuerte efecto inhibitorio sobre la salivación, así como la mayoría de los medicamentos anticolinérgicos y relajantes. Tal es el caso del tratamiento de artane para la enfermedad de Parkinson, que tiene un fuerte efecto inhibitorio. Muchos de esos medicamentos se utilizan durante la vejez y, en consecuencia, producen una marcada reducción del flujo salival. Apenas se dispone de fármacos sustitutivos adecuados y las preparaciones que estimulan la secreción de saliva parecen no tener ningún efecto cuando se utilizan en personas mayores. ⁽³⁷⁾

La xerostomía debida a la radioterapia de neoplasmas de glándulas salivales y tumores malignos orales y faríngeos no es común, pero la incidencia de tales pacientes con xerostomía aumenta a medida que lo hace el uso de la radioterapia. En este caso la sequedad de la boca aumenta la molestia de los tejidos blandos radiados, frágiles y encogidos. Con frecuencia se observa

sialoadenitis piogénica en pacientes de edad avanzada, sobre todo en presencia de mala nutrición y deshidratación. La etiología parece estar relacionada con un flujo salival reducido, permitiendo la instilación retrógrada de bacterias en las glándulas salivales. Con mayor frecuencia hay una implicación unilateral de la parótida, pero también pueden verse afectadas las glándulas submandibulares. Los primeros signos son una elevación de la temperatura corporal y una aguda y dolorosa hinchazón de la glándula. Durante las primeras fases llega a salir pus por los orificios de los conductos salivales. La reducción del flujo salival lleva a una disminución de su acción limpiadora y contribuye a disminuir la protección y lubricación salival. La movilidad de la lengua, la facilidad para deglutir alimentos y la capacidad para portar prótesis se ven afectadas. A menudo aumenta la incidencia de la caries y la susceptibilidad a la irritación e infección de los tejidos bucales. El nivel y la calidad del flujo salival ejercen una influencia en la actividad funcional y el estado de los tejidos bucales. ⁽³⁷⁾

- E. Cambios microbiológicos:** La microflora bucal cambia al modificarse su medio ambiente, ya que es muy sensible a los cambios de temperatura y humedad. La pérdida total de los dientes no cambia por fuerza la flora en forma cualitativa, pero la cantidad de microorganismos anaeróbicos disminuye notablemente. En presencia de prótesis se observa un aumento cuantitativo, pero el número inicial sólo es alcanzado por los lactobacilos y los fermentos. ⁽³⁷⁾

La candidiasis bucal constituye un problema específico en el anciano. La *Cándida albicans* es poco patogénica y la aparición de candidiasis está relacionada con cualquier cambio que disminuya la resistencia del huésped. La incidencia es alta en individuos ancianos y puede deberse a la presencia de condiciones debilitantes, a deficiencia vitamínica, a traumas y a

una escasa higiene bucal. La *Cándida albicans* tiende a estar presente con más frecuencia en personas con caries no tratadas, lo cual quizá se relaciona con una deficiente higiene bucal. Al parecer, las enfermedades progresivas graves causan una mayor susceptibilidad a la *Cándida*; su establecimiento en la boca tiende a estar relacionado con una estomatitis por prótesis. Sin embargo, las relaciones causales entre los factores traumatizantes de la prótesis, la estomatitis por prótesis y la presencia de *Cándida* todavía están siendo investigadas. El panorama de trastornos y enfermedades bucales en el anciano rara vez muestra alguna alteración exclusiva de los individuos de edad avanzada. El examen del sistema estomatognático del anciano no debe diferir de los procedimientos establecidos para los adultos. El odontólogo tenderá a estudiar los cambios morfológicos y morfopatológicos intraorales, y a basar su terapia en los datos estructurales. Esto puede llevar a un aumento del índice de fracasos y a la posibilidad de un tratamiento excesivo. ⁽³⁷⁾

En general, las enfermedades bucales del anciano pueden considerarse como parte de la degeneración general de los tejidos que se produce al envejecer. En particular, los cambios atróficos tienen este indefinido trasfondo; en un sentido más limitado, las enfermedades bucales pueden atribuirse a cambios degenerativos producidos por la edad y variables patológicas, como infección, trauma, etc. Se presta especial atención a algunos de los rasgos de la enfermedad bucal que tienen una significación en la persona de edad avanzada. ⁽³⁷⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- 1. Prótesis dentales:** Son aparatos confeccionados por los protésicos dentales en los laboratorios, pero diseñadas por el odontólogo.
- 2. Estado de conservación de la prótesis:** El estado de conservación es la evaluación del aparato protésico extraoralmente e intraoralmente que se determina valorando dos aspectos: físicos de la prótesis y mecánicos.
- 3. Edentulismo:** Es la pérdida parcial o total de los dientes por diversas causas como la caries dental, periodontitis, agenesia (ausencia de formación del diente), falta de erupción (inclusión dentaria), o traumatismos.
- 4. Retención activa o física:** Es la fuerza de atracción entre la prótesis y la mucosa, donde interviene una película delgada de saliva que provee mayor adhesión.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

Es probable que el estado de conservación de la prótesis dental tenga relación con la presencia de lesiones orales en los ancianos del asilo Víctor Lira.

Hipótesis derivada:

Es probable que el estado de conservación de la prótesis dental no tenga relación con la presencia de lesiones orales en los ancianos del asilo Víctor Lira.

3.2 VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

A) Principales

Variable	Indicadores	Subindicadores	Naturaleza	Escala de medición
Estado de conservación de la prótesis	- Bueno - Regular - Malo		Cualitativo	Ordinal
Lesiones orales	Si	- Estomatitis subprótesis - Épulis fisurado - Fibroma - Hiperqueratosis - Leucoplasia - Candidiasis - Queilitis angular - Úlcera traumática	Cualitativo	Nominal
	No			

B) Secundarias

Variable	Indicadores	Naturaleza	Escala de medición
Tipos de prótesis	- Prótesis completa removible. - Prótesis parcial removible.	Cualitativo	Nominal
Edad	Años	Cuantitativo	Razón
Sexo	- Femenino - Masculino	Cualitativo	Nominal
Tiempo de uso de prótesis	- < 1 año - 1-5 años - 6 a más	Cuantitativa	Razón

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

- **No experimental:** Porque no se va a intervenir sobre las unidades de estudio para producir un efecto, se observó la cavidad oral de los pacientes para identificar las lesiones bucales además distinguir el estado de la prótesis y su tiempo de uso.

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- De acuerdo a la temporalidad:
Transversal: Porque se describe el estado de las variables en un punto determinado del tiempo.
- De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos:
De campo: Porque la información se obtuvo directamente en las unidades de estudio.
- De acuerdo al momento de recolección de datos:
Prospectivo: Porque los datos se fueron obteniendo conforme se avanza en el proceso investigativo.
- De acuerdo a la finalidad investigativa:
Relacional: Porque se busca determinar si existe relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en mucosas orales.

C. PROCEDIMIENTOS PREVIOS

- Carta dirigida a Congregación de Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Asilo Lira (Anexo 4)
- Charla de información sobre el proyecto a realizar.
- Firma de consentimiento informado (Anexo 3)
- Llenado de ficha de recolección de datos (Anexo 1)

D. PROTOCOLOS:

Se realizó la evaluación del estado de conservación de prótesis siguiendo los siguientes pasos:

- Posicionar al paciente de forma cómoda
- Con buena iluminación se procedió a evaluar la prótesis en boca y así observar:
 - Estabilidad
 - Soporte
 - Retención
 - Relaciones oclusales

Luego se procedió a su retiro para analizar:

- Higiene de la prótesis
- Reparaciones o rebasados
- Pérdida o fractura de piezas artificiales
- Fractura de retenedores o bases acrílicas.

Se procedió a llenar la ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Se realizó el examen clínico oral siguiendo los siguientes pasos:

- Posicionar al paciente de forma cómoda.
- Retirar las prótesis dentales removibles.
- Con buena iluminación se procedió a realizar la inspección y palpación de:
 - Labios
 - Mucosa labial
 - Comisuras
 - Mucosa bucal y surco
 - Encías
 - Reborde alveolar
 - Piso de boca
 - Lengua
 - Paladar duro y blando

Se procedió a llenar la ficha de recolección de datos, también se dió a conocer al paciente los hallazgos de la revisión.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

a. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por 53 adultos mayores portadores de prótesis dentales del asilo Víctor Lira y que reúnan los criterios de selección mencionados a continuación:

Criterios de inclusión

- Pacientes portadores de prótesis dentales removibles de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes dispuestos a colaborar y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes psiquiátricos.
- Pacientes fumadores.
- Pacientes con enfermedades neurológicas.
- Con diagnóstico clínico e histológico de cáncer bucal definido.
- Que presentaran bruxismo.

4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

La técnica que se aplicó para recolectar datos fue la observación de la cavidad oral de los pacientes para identificar las lesiones bucales además distinguir el estado de la prótesis mediante la biomecánica de la prótesis, el tipo y el tiempo de uso de la prótesis.

Instrumento

Para realizar la presente investigación se confeccionó una ficha de recolección de datos donde se consignó las patologías encontradas, además se hizo uso del índice para evaluar el estado de conservación de la prótesis removible (Anexo 1).

Registro de datos

- Permisos.
- Selección de pacientes de acuerdo a criterios de inclusión.
- Análisis de la conservación de prótesis.
- Análisis clínico del estado bucal.

4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de datos se realizó a través de la elaboración de matrices de sistematización. Respecto al procesamiento de la información esta se llevó a cabo de manera computacional, la presentación se realizó de acuerdo con la confección de tablas y gráficos mediante el uso de Microsoft Excel.

Para llevar a cabo la comprobación de las hipótesis, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, cuya interpretación se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de confianza del 95% (0.05). La totalidad del análisis estadístico se llevó a cabo con la ayuda del paquete estadístico EPI – INFO versión 6.0.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

- **Principio de autonomía:** La presente investigación cuenta con los permisos necesarios para la revisión de los pacientes, todas las normas se respetarán sin perjudicar a nadie, el documento fue corroborado con las firmas correspondientes ya sea por el mismo paciente o por las personas responsables según su consideración.
- **Principio de beneficencia:** La investigación cuenta con ese principio puesto que ayuda tanto a la población como a los profesionales para saber más acerca de la salud oral de los ancianos institucionalizados.
- **Principio de no maleficencia:** La presente investigación no daña ni perjudica a nadie de ninguna manera puesto que se realizará la revisión de la cavidad oral de los pacientes en completo anonimato de los mismos.
- **Principio de justicia:** En la presente investigación se respetarán y no se develarán los nombres de los pacientes.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN EDAD

EDAD	N°	%
De 62 a 70 años	22	41.5
De 71 a 80 años	20	37.7
De 81 a más	11	20.8
Total	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1 mostramos como fue la distribución numérica y porcentual de los ancianos que residen en el Asilo Lira, que fueron motivo de investigación, de acuerdo con su edad.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos, el anciano con menor edad correspondió al que tuvo 62 años, mientras que el de mayor edad tuvo 95 años. Respecto a la distribución, los datos nos permiten establecer que el mayor porcentaje de los ancianos evaluados para el estudio (41.5%) estuvieron entre los 62 y 70 años, mientras que el menor porcentaje (20.8%) fue para aquellos de edades de 81 a más años.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN EDAD

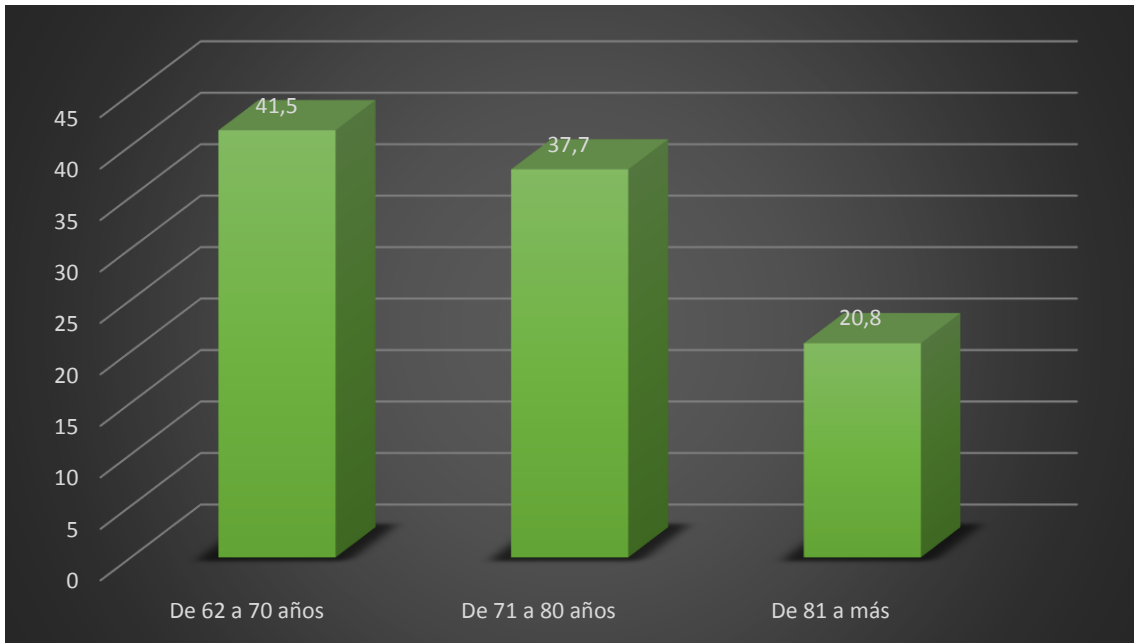


TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN
SEXO

SEXO	N°	%
Masculino	22	41.5
Femenino	31	58.5
Total	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla, damos a conocer la distribución numérica y porcentual, a la que hemos arribado, de los ancianos incluidos en la investigación de acuerdo con su sexo.

Los resultados obtenidos nos permiten establecer que fueron las personas ancianas de sexo femenino (58.5%) las que conformaron con mayor frecuencia nuestro grupo de estudio, en relación con aquellos cuyo sexo fue el masculino (41.5%).

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN SEXO

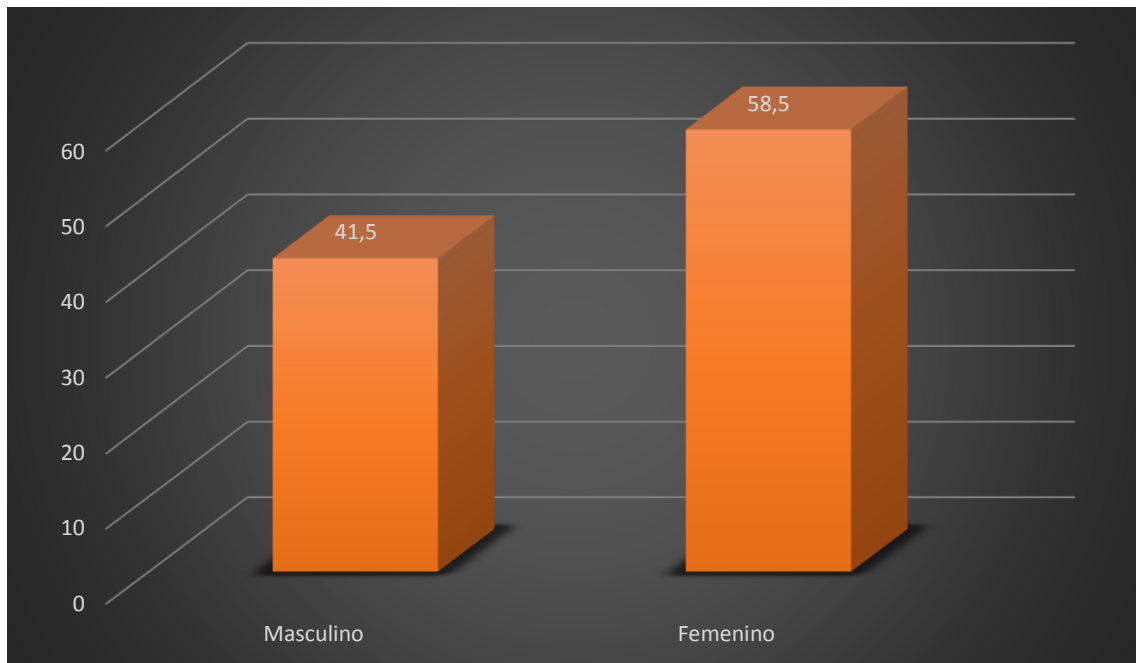


TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN
TIEMPO DE USO DE SUS PRÓTESIS DENTALES**

TIEMPO DE USO PRÓTESIS	N°	%
Menos de 1 año	11	20.8
De 1 a 5 años	18	34.0
Más de 5 años	24	45.3
Total	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos la distribución numérica y porcentual de los ancianos motivo de investigación de acuerdo con su manifestación respecto al tiempo que vienen utilizando sus prótesis dentales.

Los resultados obtenidos los hemos agrupado en tres rangos, los cuales se han elaborado tomando en cuenta la variabilidad de los datos y garantizar homogeneidad en sus distribuciones. Como se puede apreciar, la mayor frecuencia de adultos mayores entrevistados (45.3%) indican que tienen sus prótesis en uso más de 5 años, mientras que el menor porcentaje observado (20.8%) correspondió a aquellos que manifestaron que tienen sus prótesis en función menos de un año.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN TIEMPO DE USO DE SUS PRÓTESIS DENTALES

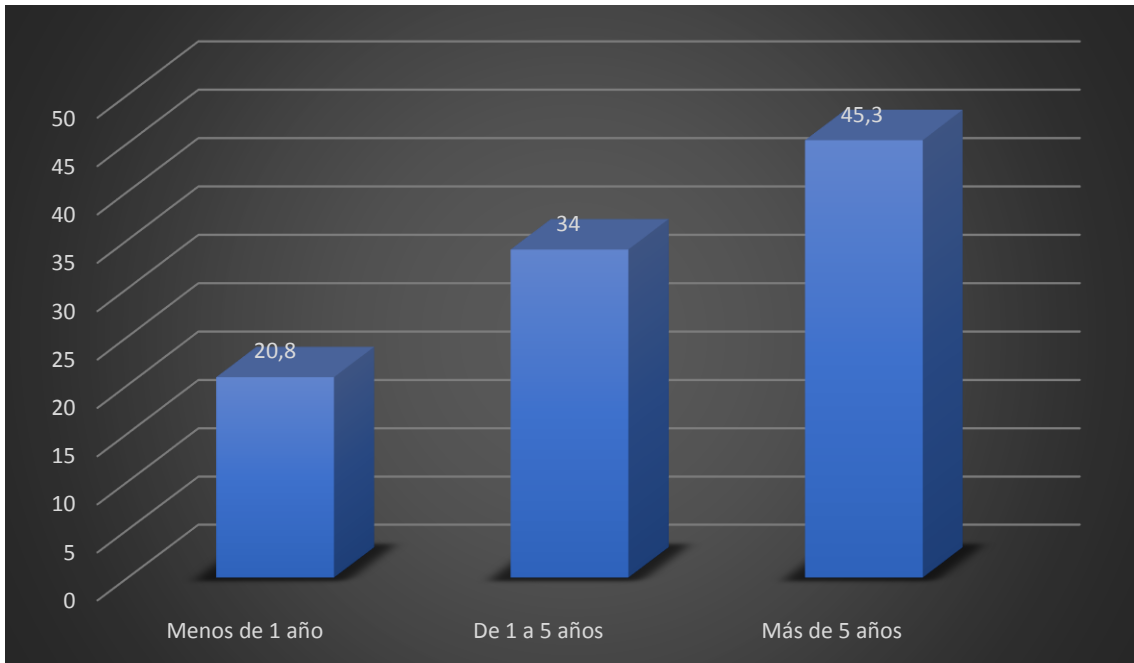


TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN EL TIPO DE PRÓTESIS DENTAL

Tipo de Prótesis	Maxilar						Total	
	Superior		Inferior		Superior e Inferior			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Parcial	5	21.7	8	34.8	10	43.5	23	100.0 (43.4)
Completa	4	26.7	3	20.0	8	53.3	15	100.0 (28.3)
Parcial + Completa	0	0.0	0	0.0	15	100.0	15	100.0 (28.3)
Total	9	17.0	11	20.8	33	62.3	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 4 mostramos la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores evaluados de acuerdo con el tipo de prótesis que utilizan.

Los resultados nos permiten evidenciar que, el mayor porcentaje de ancianos estudiados (43.4%), utilizan prótesis parciales, mientras que en menores porcentajes están los que utilizan prótesis completas (28.3%) o la combinación de ambas, es decir, parcial y completa (28.3%). Así mismo, se ha establecido que los ancianos que usan prótesis parciales, en mayor porcentaje son en el maxilar superior e inferior (43.5%), mientras que el menor porcentaje correspondió a los que lo utilizan solo en el maxilar superior. Ahora bien, los que portan prótesis completas, en su mayoría (53.3%) lo hacen en ambos maxilares, siendo el menor porcentaje (20.0%) los que lo utilizan sólo en el inferior. Finalmente, los adultos mayores que utilizan prótesis parciales y completas, en su totalidad, las usan en ambos maxilares.

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN EL TIPO DE PRÓTESIS DENTAL

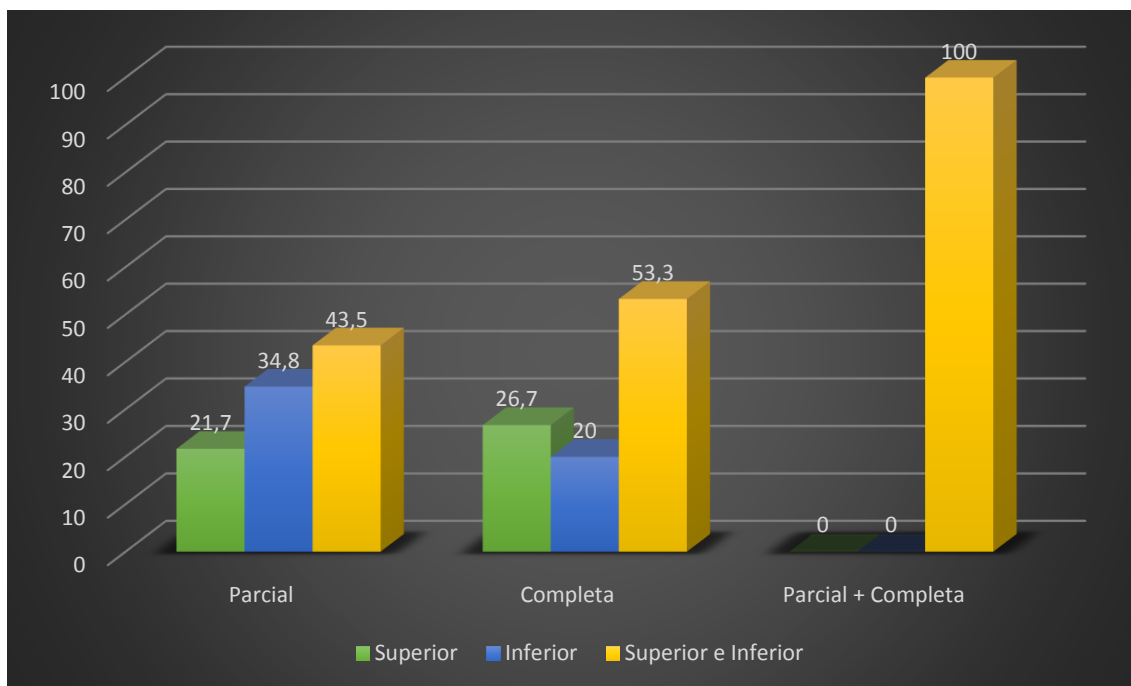


TABLA N° 5
PRESENCIA Y TIPO DE LESIONES ORALES EN LOS ANCIANOS DEL
ASILO VÍCTOR LIRA

Tipo Lesión	Lesiones Orales			
	Presenta		No presenta	
	N°	%	N°	%
Estomatitis	11	33.3	0	0.0
Fibroma	5	15.2	0	0.0
Queilitis	2	6.1	0	0.0
Estomatitis + Fibroma	2	6.1	0	0.0
Úlcera	7	21.2	0	0.0
Úlcera + Fibroma	2	6.1	0	0.0
Estomatitis + Úlcera	4	12.1	0	0.0
Hiperqueratosis	0	0.0	0	0.0
Leucoplasia	0	0.0	0	0.0
Candidiasis	0	0.0	0	0.0
Épulis fisurado	0	0.0	0	0.0
Total	33	100.0 (62.3%)	20	0.0 (37.7%)

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que mostramos en la presenta página podemos observar la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores evaluados según si presentan lesiones orales y el tipo al que corresponden.

Los resultados a los que hemos arribado nos permiten colegir que la mayoría de nuestros ancianos (62.3%) evidenciaron alguna lesión en su cavidad oral. Ahora bien, de las lesiones orales encontradas, fue la estomatitis la más prevalente (33.3%) seguida por la úlcera (21.2%); la lesión que menos se presentó fue la queilitis (6.1%).

GRÁFICO N° 5

PRESENCIA Y TIPO DE LESIONES ORALES EN LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA

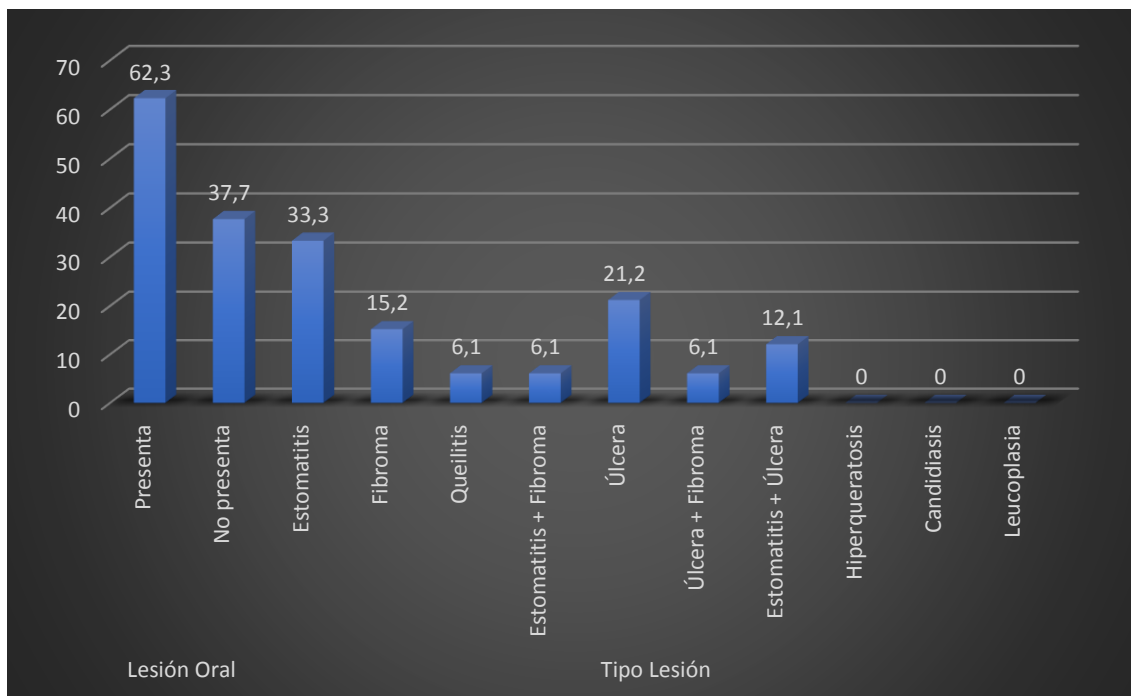


TABLA N° 6

**ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES EN LOS
ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA**

CONSERVACIÓN DE PRÓTESIS	N°	%
Mala	18	34.0
Regular	21	39.6
Buena	14	26.4
Total	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6 procedemos a evaluar el estado de conservación de las prótesis dentales de los adultos mayores que fueron motivo de investigación; esta información corresponde a nuestra segunda variable principal de interés.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos luego del análisis de la información, la mayoría de los adultos mayores (73.6%) tuvieron un estado de conservación de sus prótesis consideradas entre regular y mala, de ellos, el mayor porcentaje fue regular (39.6%), así mismo, únicamente el 26.4% de los ancianos evaluados mostraron tener prótesis dentales con un estado de conservación buena, es decir, menos de la tercera parte de nuestras unidades de estudio tenían prótesis con características adecuadas para su correcto funcionamiento.

GRÁFICO N° 6

ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES EN LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA

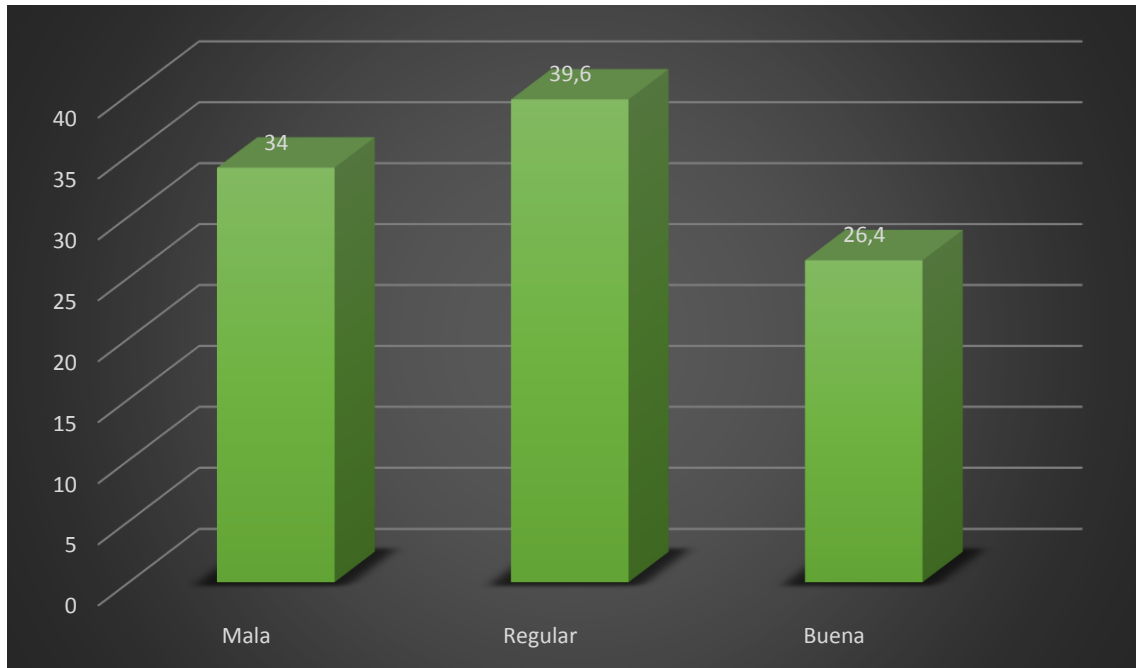


TABLA N° 7

PRESENCIA DE LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN SEXO.

Sexo	Lesiones Orales				Total	
	Presenta		No Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	17	32.1	5	9.4	22	41.5
Femenino	15	28.3	16	30.2	31	58.5
Total	32	60.4	21	39.6	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 7 procedemos a evaluar la presencia de lesiones en los adultos mayores que fueron motivo de investigación según sexo; esta información corresponde a nuestra segunda variable principal de interés.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos luego del análisis de la información, la presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira fue más frecuente en los adultos mayores del sexo masculino (32.1%).

Mientras que en el grupo de sexo femenino no se observó una diferencia significativa.

GRÁFICO N° 7

PRESENCIA DE LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN SEXO.

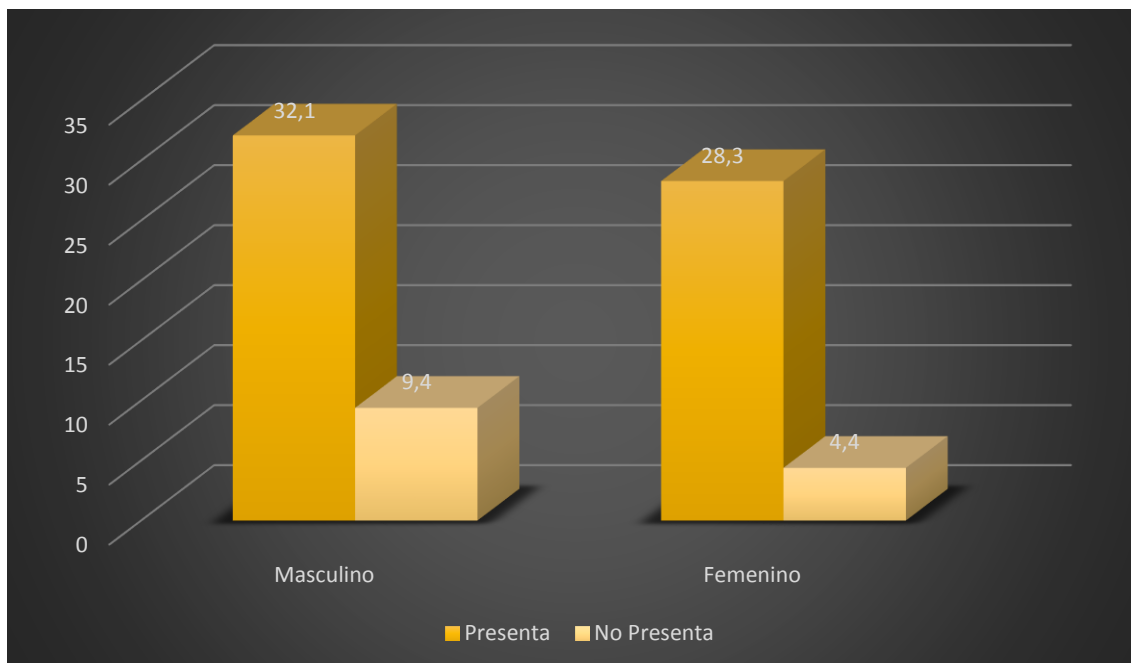


TABLA N°8
PRESENCIA DE LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN EDAD.

Edad	Lesiones Orales				Total	
	Presenta		No Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
De 62 a 70 años	11	20.8	11	20.8	22	41.5
De 71 a 80 años	15	28.3	5	9.4	20	37.7
De 81 a más	7	13.2	4	7.5	11	20.8
Total	33	62.3	20	37.7	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos la presencia de lesiones orales en los adultos mayores motivo de investigación relacionada con la edad de los mismos.

Los resultados a los que se ha llegado son que la presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira fue más frecuente en el grupo etario de 71 a 80 años (28.3%) y se dió con menor frecuencia en los adultos mayores de 81 años a más (13.2%).

GRÁFICO N°8

PRESENCIA DE LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN EDAD.

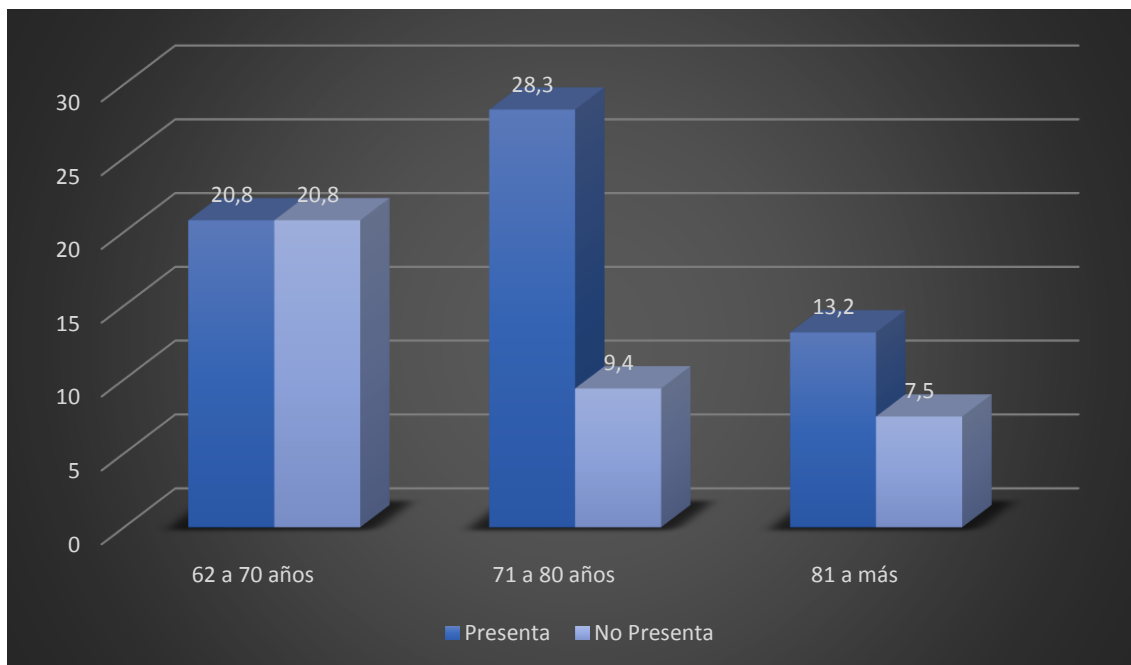


TABLA N°9

PRESENCIA DE LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL.

Tiempo de uso de prótesis	Presencia de lesiones				Total	
	Presenta		No Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menos de 1 año	5	9.43	5	9.43	10	18.9
De 1 a 5 años	14	26.4	5	9.43	19	35.8
Más de 5 años	14	26.4	10	18.9	24	45.2
Total	33	62.2	20	37.7	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla, damos a conocer la distribución numérica y porcentual, a la que hemos arribado, acerca de las lesiones orales de los ancianos incluidos en la investigación de acuerdo al tiempo de uso de prótesis dental.

La presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira se dió con mayor frecuencia en relación a prótesis con uso mayor a 1 año (52.8%) y con menor frecuencia en prótesis con uso menor a un año (9.43%).

GRÁFICO N° 9

PRESENCIA DE LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL.

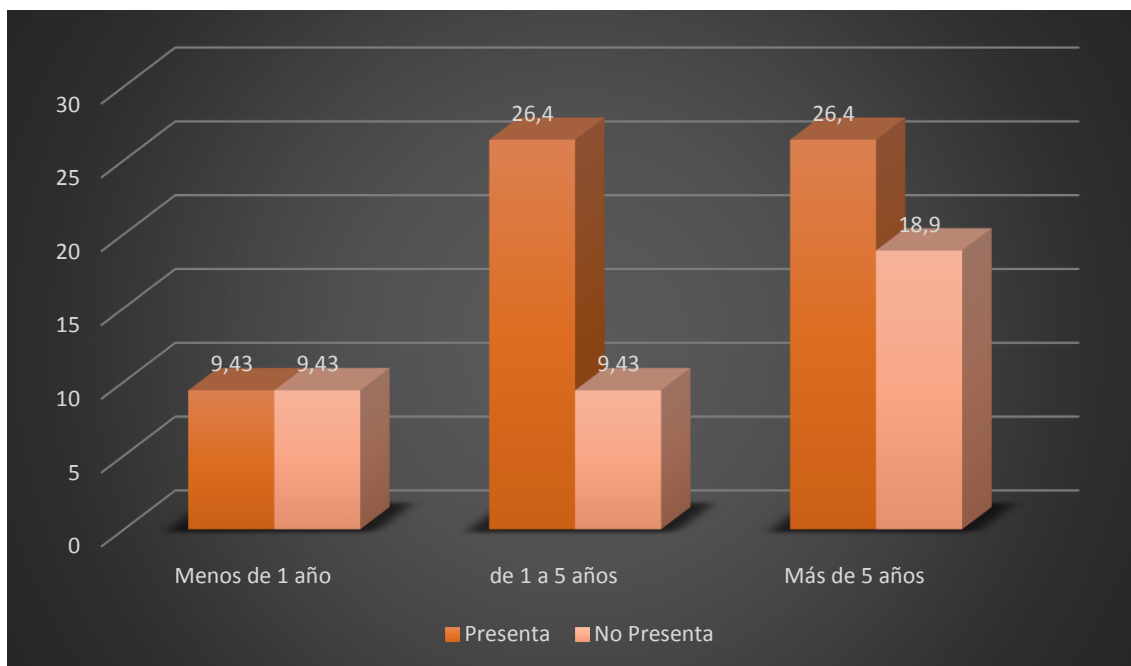


TABLA N° 10

**ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES
REMOVIBLES DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN
SEXO.**

Sexo	Conservación de prótesis						Total	
	Mala		Regular		Buena		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	8	15.0	10	18.9	4	7.5	22	41.5
Femenino	10	18.9	11	20.8	10	18.9	31	58.5
Total	18	33.9	21	39.7	14	26.4	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que mostramos en la presente página podemos observar la distribución numérica y porcentual del estado de conservación de prótesis de los adultos mayores evaluados según sexo.

Los resultados a los que hemos arribado nos permiten colegir que los adultos mayores de sexo masculino presentaron en su mayor parte prótesis con estado de conservación regular (18.9%) y en menor porcentaje prótesis con estado de conservación buena (7.5%); mientras que en la población femenina no hubo diferencia estadísticamente significativa en relación al estado de conservación de sus prótesis dentales.

GRÁFICO N°10
ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES
REMOVIBLES DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN
SEXO.

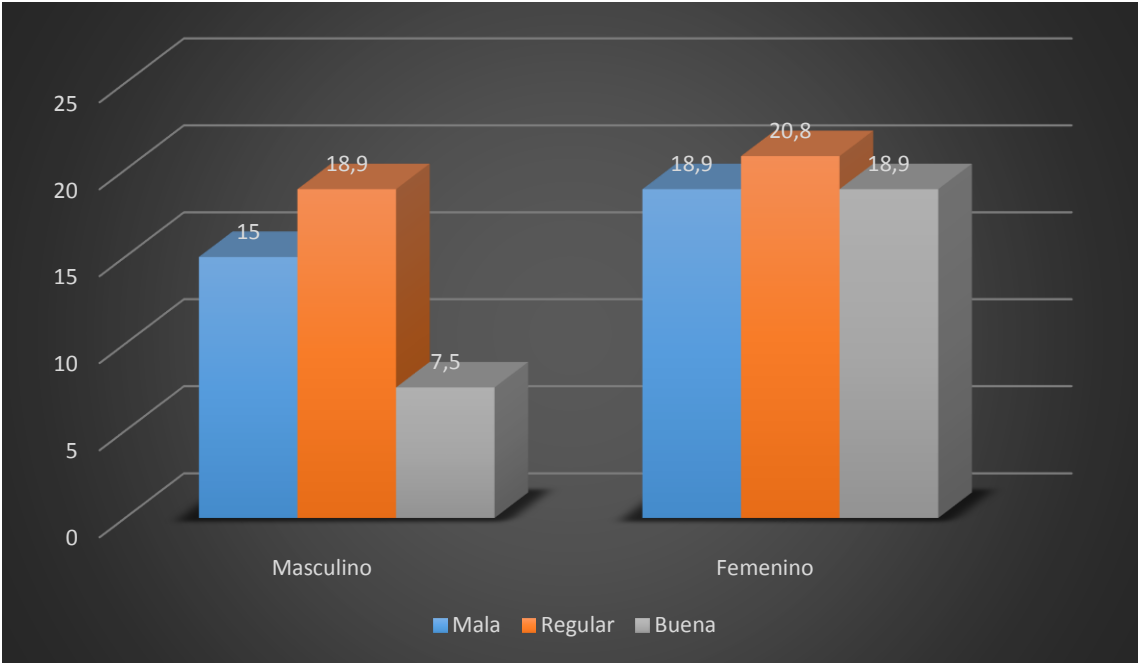


TABLA N° 11

**ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES
REMOVIBLES DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN
EDAD.**

Edad	Conservación de prótesis						Total	
	Mala		Regular		Buena		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De 62 a 70 años	6	11.3	11	20.8	5	9.4	22	41.5
De 71 a 80 años	7	13.2	7	13.2	6	11.3	20	37.7
De 81 a más	5	9.4	3	5.7	3	5.7	11	20.8
Total	18	33.9	21	39.7	14	26.4	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 11 procedemos a evaluar el estado de conservación de las prótesis dentales de los adultos mayores que fueron motivo de investigación según la edad; esta información corresponde a nuestra segunda variable principal de interés.

Como se puede apreciar en los resultados obtenidos luego del análisis de la información, el grupo etario de 62 a 70 años presentó en su mayor parte (20.8%) un estado de conservación de prótesis regular, mientras que la población de estudio de 81 años a más presentó un estado de conservación regular (5.7%) y buena (5.7%) en menor frecuencia.

GRÁFICO N° 11

ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN EDAD.

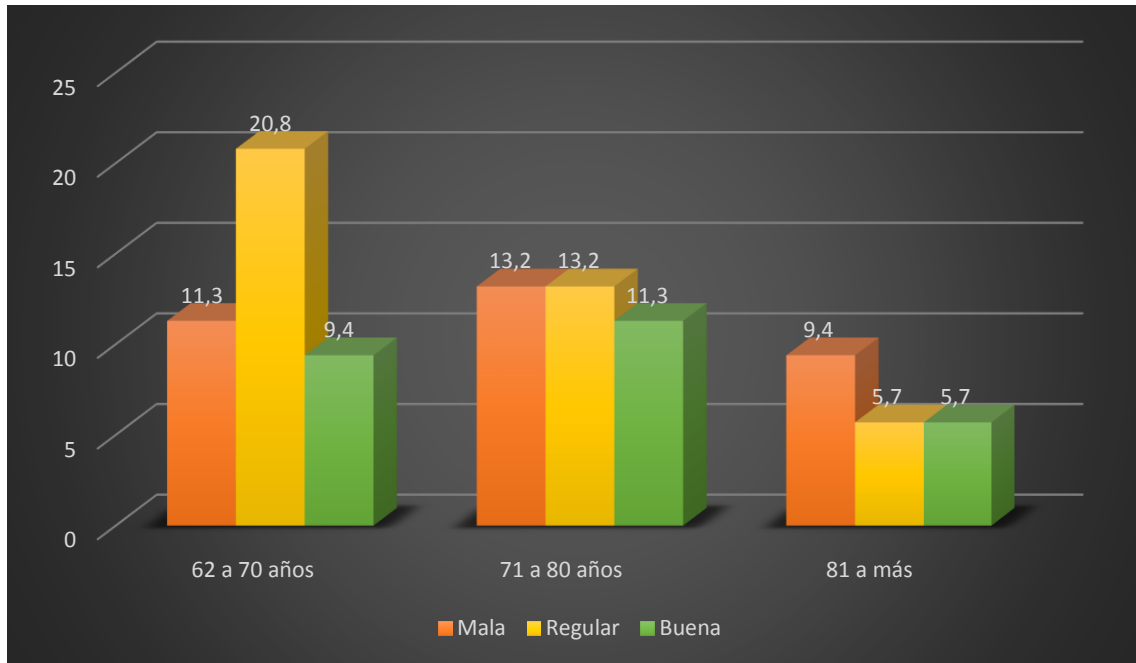


TABLA N° 12

**ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES
REMOVIBLES DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN
TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL.**

Tiempo de uso de prótesis	Conservación de prótesis						Total	
	Mala		Regular		Buena		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Menos de 1 año	6	11.3	11	20.8	5	9.4	22	41.5
De 1 a 5 años	7	13.2	7	13.2	6	11.3	20	37.7
Más de 5 años	5	9.4	3	5.7	3	5.7	11	20.8
Total	18	33.9	21	39.7	14	26.4	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 12 procedemos a evaluar el estado de conservación de las prótesis dentales de los adultos mayores que fueron motivo de investigación según el tiempo de uso de prótesis dental.

Los resultados a los que se han llegado luego del análisis de la información recolectada son que las prótesis de menos de 1 año de uso presentaron en su mayoría estado de conservación regular representado por el 20.8%, mientras que las prótesis con más de 5 años de uso presentaron estado de conservación malo representado por el 9.4%.

GRÁFICO N° 12

ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES DE LOS ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA SEGÚN TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL.

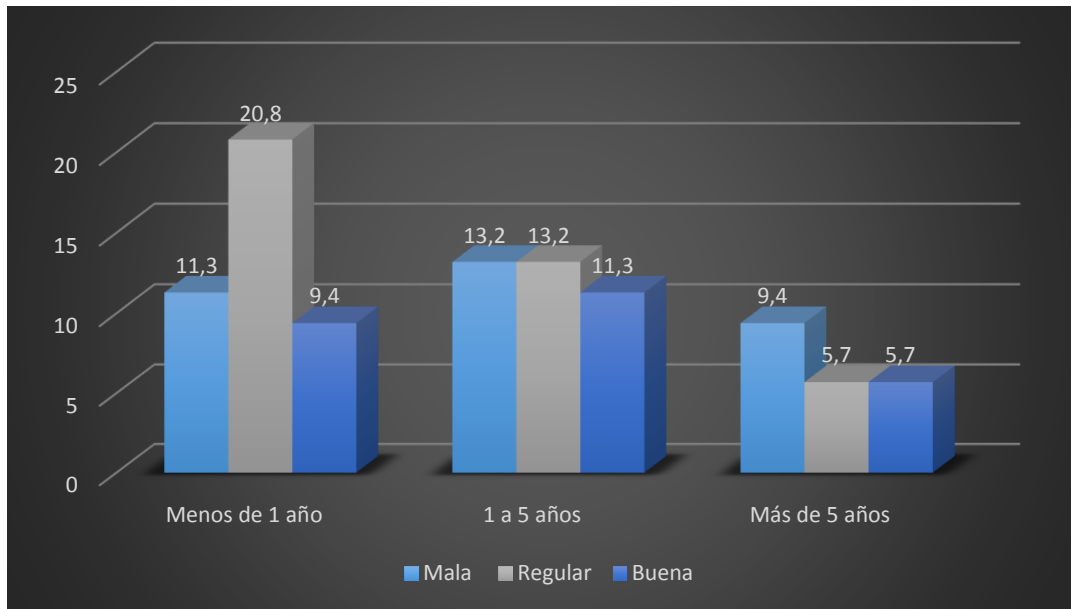


TABLA N° 13

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES Y LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA

Conservación Prótesis	Lesiones Orales				Total	
	Presenta		No presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mala	11	61.1	7	38.9	18	100.0
Regular	14	66.7	7	33.3	21	100.0
Buena	8	57.1	6	42.9	14	100.0
Total	33	62.3	20	37.7	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

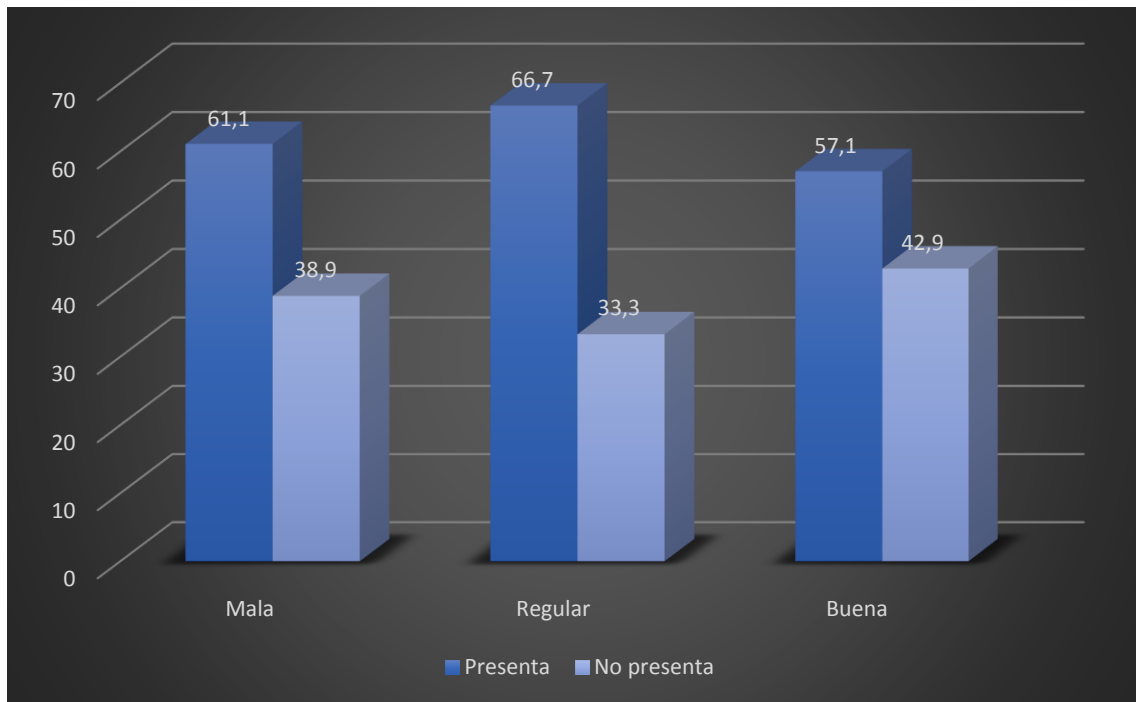
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 9 procedemos a relacionar el estado de conservación en las que se encuentran las prótesis dentales de los ancianos evaluados y la presencia de lesiones en su cavidad bucal.

Como se puede evidenciar de los resultados obtenidos, en la mayoría de las unidades de estudio, no importa el grado de conservación que tengan sus prótesis, se evidencia presencia de lesiones orales (siendo de 61.1% para los que tenían un estado de conservación malo, del 66.7% para los que su estado de conservación era regular y de 57.1% para los que tenían buena conservación de sus prótesis dentales).

GRÁFICO N° 13

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES Y LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

TABLA N° 14

PRUEBA ESTADÍSTICA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES CON LAS LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VÍCTOR LIRA DE AREQUIPA

ESTADO DE CONSERVACIÓN	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
LESIONES ORALES	0.340	2	0.844

En la relación llevada a cabo entre el estado de conservación de las prótesis dentales y la presencia de lesiones orales (Tabla N° 9) de los ancianos que residen en el Asilo Lira de Arequipa, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si existe, o en su defecto no, relación entre nuestras dos variables principales, las cuales fueron de naturaleza cualitativa.

Como se aprecia, según la prueba estadística aplicada, no se ha encontrado diferencias significativas del estado de conservación de las prótesis dentales respecto a la prevalencia de lesiones orales, por lo que podemos afirmar que el estado de conservación de las prótesis no determina la presencia de lesiones en la cavidad oral de los ancianos motivo de investigación.

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:

Hipótesis Principal:

Es probable que el estado de conservación de la prótesis dental tenga relación con la presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira de Arequipa.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestra investigación (Tabla N° 10), procedemos a rechazar nuestra hipótesis principal, puesto hemos encontrado que no existe relación estadísticamente significativa entre el estado de conservación de las prótesis dentales y la prevalencia de lesiones orales de los ancianos motivo de investigación.

Hipótesis Derivada:

Es probable que el estado de conservación de la prótesis dental no tenga relación con la presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira de Arequipa.

Conclusión:

Tomando en cuenta que hemos rechazado nuestra hipótesis principal, procedemos a aceptar la hipótesis derivada, pues se ha demostrado que el estado de conservación de las prótesis dentales no son determinantes para la prevalencia de lesiones en la cavidad oral en los ancianos del asilo Víctor Lira de Arequipa que fueron motivo de estudio.

5.4 DISCUSIÓN:

El objetivo del presente estudio fue relacionar el estado de conservación de la prótesis dental removible y la presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira Arequipa 2018, se observó en los resultados que en la mayoría de las unidades de estudio, no importa el grado de conservación que tengan sus prótesis, se evidencia presencia de lesiones orales (siendo de 61.1% para los que tenían un estado de conservación malo, del 66.7% para los que su estado de conservación era regular y de 57.1% para los que tenían buena conservación de sus prótesis dentales). Los datos obtenidos coinciden con el estudio del ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS Y PRESENCIA DE LESIONES EN MUCOSAS DE PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE, en donde se encontró que no existe relación entre el estado de conservación de la prótesis parcial removible y la presencia de lesiones en mucosas.

A diferencia del estudio de la INFLUENCIA DE LAS PRÓTESIS TOTALES DESADAPTADAS SOBRE LOS TEJIDOS DE SOPORTE EN ANCIANOS DEL HOGAR “CHIMBORAZO” QUITO – ECUADOR” en donde se concluyó que existe una relación directa entre el tiempo de uso de las prótesis totales desadaptadas y la aparición de lesiones en los tejidos de soporte, ya que, a mayor tiempo de uso, más lesiones se presentan, pudiendo desencadenar patologías más severas como crecimientos hiperplásicos del tejido mucoso que recubre el reborde residual y las zonas periféricas.

En el ESTADO DE LA PRÓTESIS DENTAL Y LA PRESENCIA DE LESIONES BUCALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO EN EL PERÍODO MARZO- JUNIO DEL AÑO 2015 se concluyó que existe relación entre el estado incorrecto de la prótesis y las lesiones bucales considerando la estomatitis subprótesis con la de mayor prevalencia.

Se observó también que la mayoría de nuestros ancianos (62.3%) evidenciaron alguna lesión en su cavidad oral. Ahora bien, de las lesiones orales encontradas, fue la estomatitis la más prevalente (33.3%) seguida por la úlcera (21.2%); la lesión que menos se presentó fue la queilitis (6.1%).

Estos datos coinciden con el ESTADO DE LA PRÓTESIS DENTAL Y LA PRESENCIA DE LESIONES BUCALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO EN EL PERÍODO MARZO- JUNIO DEL AÑO 2015 en donde la lesión más frecuente fue la estomatitis subprótesis.

Se puede apreciar que la mayoría de los adultos mayores (73.6%) tuvieron un estado de conservación de sus prótesis consideradas entre regular y mala, de ellos, el mayor porcentaje fue regular (39.6%), así mismo, únicamente el 26.4% de los ancianos evaluados mostraron tener prótesis dentales con un estado de conservación buena, es decir, menos de la tercera parte de nuestras unidades de estudio tenían prótesis con características adecuadas para su correcto funcionamiento.

En los resultados obtenidos en ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS Y PRESENCIA DE LESIONES EN MUCOSAS DE PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE se observó que el estado de conservación de la prótesis parcial removible fue regular el 36% de los 50 pacientes, el 34% mantiene en buen estado de conservación, finalmente el 30% tiene mala conservación. De los 50 pacientes el 66% no presenta lesiones y 34% si presenta lesiones.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : No existe relación estadísticamente significativa entre el estado de conservación de la prótesis dental removible y la presencia de lesiones orales en ancianos del Asilo Víctor Lira.
- SEGUNDA** : El estado de conservación de las prótesis que portaban los adultos mayores del Asilo Víctor Lira, en el mayor porcentaje de ellos, fue regular representada por el 39.6% del total y únicamente el 26.4% de los ancianos evaluados mostraron tener prótesis dentales con un estado de conservación buena, es decir, menos de la tercera parte de nuestras unidades de estudio tenían prótesis con características adecuadas para su correcto funcionamiento.
- TERCERA** : La prevalencia de lesiones orales en los adultos mayores del Asilo Víctor Lira fue de 62.3%, además, la lesión más prevalente fue la estomatitis (33.3%) seguido de las úlceras (21.2%).
- CUARTA** : La presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira fue más frecuente en los adultos mayores del sexo masculino (32.1%).
- QUINTA** : La presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira fue más frecuente en el grupo etario de 71 a 80 años (28.3%) y se dio con menor frecuencia en los adultos mayores de 81 años a más (13.2%).
- SEXTA** : La presencia de lesiones orales en los ancianos del Asilo Víctor Lira se dio con mayor frecuencia en relación a prótesis con uso mayor a 1 año (52.8%) con menor frecuencia en prótesis con uso menor a un año (9.43%).
- SÉPTIMA** : Los adultos mayores de sexo masculino presentaron en su mayor parte prótesis con estado de conservación regular

(18.9%) y en menor porcentaje prótesis con estado de conservación buena (7.5%); mientras que en la población femenina no hubo diferencia estadísticamente significativa en relación al estado de conservación de sus prótesis dentales.

OCTAVA : El grupo etario de 62 a 70 años presentó en su mayor parte (20.8%) un estado de conservación de prótesis regular, mientras que la población de estudio de 81 años a más presento un estado de conservación regular (5.7%) y buena (5.7%) en menor frecuencia.

NOVENA : Las prótesis de menos de 1 año de uso presentaron en su mayoría estado de conservación regular representado con el 20.8%, mientras que las prótesis con más de 5 años de uso presentaron estado de conservación malo representado por el 9.4%.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Es necesario realizar más estudios para determinar la relación entre la presencia de lesiones orales, xerostomía, enfermedades sistémicas y medicación en adultos mayores.
- SEGUNDA** : Sugerir a los coordinadores y a los familiares encargados del cuidado de los adultos mayores, que es necesario el cambio de la prótesis removible para evitar alteraciones de los tejidos de soporte protésico y problemas de salud general, psicológicas y sociales.
- TERCERA** : Es necesario que se diseñen e implementen programas preventivos eficaces dirigidos a este grupo de la población, de tal manera que se puedan prevenir los daños a la salud bucal y general, con una visión integral de la gerodontología y odontogeriatría.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Moreno Iza, Byron Vinicio. (2014). Influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar “Chimborazo” Quito – Ecuador”. [En línea]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2798>
2. García Alpizar, Beatriz; Benet Rodríguez, Mikhaíl; Castillo Betancourt, Eduardo Enrique. (2010) Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor r: una preocupación de todos. Medisur 2010; 8(1).
3. García Alpizar, Beatriz; Capote Valladares, Marleydis; Morales Montes De Oca, Teresita De Jesús. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2017 Ago 20]; 2(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>
4. Vera Solórzano, Francisco Xavier (2015). Estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio del año 2015. [En línea]. Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/312/1/OD-T1491.pdf>
5. Loqui Carrasco, Joyce Michelle (2016). Prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de la prótesis total mal adaptadas en pacientes atendidos en la clínica UCSG 2016. [En línea]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6319/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-220.pdf>
6. Bernal Luna, Cinthya Del Pilar (2010). Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. [En línea]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/CINTHYADELPILARBERNALLUNA.pdf>
7. Ruiz-Torres R, Lama-González Em, Rodríguez-Fernández M, Godoy-Montañez Cc. (2013). Frecuencia de lesiones en la mucosa bucal debidas

al uso de aparatos protésicos removibles. [En línea]. Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V05N2p47.pdf>

8. Vílchez Salazar, Ernesto; Watanabe Velásquez, Romel; Reyes Soto, Soledad; Vílchez Quintana, Ernesto; Torres Roque, Carol; Vilchez Quintana, Marisabel. Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. *Odontol. Sanmarquina* 2013; 16(1): 29-31
9. Mamani Sotomayor, Junior Alejandro. (2014). Nivel de conocimiento sobre el cuidado y mantenimiento de prótesis dentales removibles en pacientes del Asilo Lira Arequipa. 2014. [En línea]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3289/64.2500.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Choque Calderón, Erika Magaly. (2014). Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y la configuración clínica de los rebordes alveolares residuales en pacientes edéntulos totales en la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, Arequipa 2014. [En línea]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3300/64.2512.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Puruhuaya Carcausto, Deivy Goedy. (2017). Manifestaciones clínicas de lesiones blancas y rojas en mucosa bucal de adultos mayores del Asilo Víctor Lira, Arequipa-2017. Universidad Alas Peruanas: Escuela Profesional de Estomatología; Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
12. DeVan MM. The nature of the partial denture foundation: suggestion for its preservation. *J Prosthet Dent* 1952; 2:210-18.
13. DeVan MM. Embrasure saddle clasp. Its principle and design. *J Am Dent Assoc* 1935; 22: 1352-62.
14. Applegate OC. Stress induced by a partial denture upon its supporting structures and practical methods of control. *Proc D. Centenary*, 1940; pp 308-318.

15. Loza Fernández, David; Valverde Montalva, Rodney. (2007). Diseño de Prótesis Parcial Removible. Editorial Ripano. 13, 115-117.
16. Iruretagoyena, M. (2014). Características y componentes de la prótesis parcial removible. [En línea]. Disponible en: <http://www.sdpt.net/completa/parcial/caracteristicas.htm>
17. Molin, M., y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. Venezuela: Amolca. 42-44.
18. B. Koeck (2007). Prótesis Completas 4ta edición. España: Elsevier Masson. 96-99,102.
19. Yoshida M, Sato Y, Akagawa Y, Hiasa K. Correlación entre la calidad de vida y la satisfacción con la prótesis de los ancianos portadores de prótesis completa. Rev Int Prot Estomatol 2001; 3 (3): 213-16
20. Boucher CO. Prostodoncia total. Mexico: Interamarucana - Mc Graw Hill; 1994. 63,66,90.
21. Basker, R., Davenport, J., & Thomason, J. (2012). Tratamiento protésico en pacientes edéntulos (5ta. ed.). The United Kingdong: Amolca, Actualidades Médicas, C
22. Mamani N; Tito E. Rehabilitación oral en la tercera edad. Rev. Act. Clin. Med.; 24: 11821185. [En línea] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682012000900011&script=sci_arttext).
23. Ozawa, J. (1995). Prostodoncia total. México, D.F. (Ciudad Universitaria): Universidad Nacional Autónoma de México.
24. Rahn, A., Ivanhoe, J., & Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.C.F. 41, 75-77.
25. Telles, D. (2011). Prótesis total convencional y sobre implantes. Sao Paulo (Santos): Livraria Santos editora. 99-110

26. Sapp, P. (2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Reino de España: Elsevier.35, 44, 56, 82-83, 94, 120.
27. Pires FR, Santos EB, Bonan PR, De Almeida OP, López Ma. Denture stomatitis and salivary candida in Brazilian edentulous patients. J Oral Rehabil 2002; 29(11): 1115-9
28. Darwazeh AM, Al-Refai S, Al-Mojaiwel S. Isolation of Candida species from the oral cavity and fingertips of complete denture wearers. J Prosthet Dent 2001; 86:420-3.
29. Rocafuerte-Acurio, Marco Antonio; Refulio-Zelada, Zoila; Huamani-Mamani, Jorge Omar. (2014). Estomatitis subprotésica: a propósito de un caso clínico. KIRU. 2014; 11(2):180-3.
30. Local, A., Gonzales, Y., Sexto, N., y Vázquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista Medisur. [En línea]. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672>
31. Ibáñez Mancera, Norma Guadalupe; Robles Bonilla, Carlos; Lecona Ayala, Jessica. (2017). Frecuencia de candidiasis oral asociada al uso de prótesis dentales en pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Anáhuac Norte. Revista ADM 2017; 74 (2): 74-78.
32. Bascones, A. (2009). Medicina Bucal. Madrid, Reino de España: Ariel.132-134.
33. Robbins, S., Cotran, R. y Kumar, V. (2013). Robbins patología humana. Madrid, Reino de España: Elsevier. 57,59-112.
34. Fitzpatrick, T. (2009). Dermatología en Medicina General. República de Argentina: Panamericana. 132-135,150
35. Aguas, S., & Lanfranchi, H. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología UBA 47, 28-29.

- 36.** Cepero Santos, Aymé; González Ávila, Yanet Cristina. (2016). La Odontogeriatría en la especialidad de estomatología general integral: una nueva propuesta. Revista de ciencias médicas. La Habana. 2016 23(1).
- 37.** Saenz de Miera Camino, Álvaro. (2009) Geriatria Práctica Primera edición: Editorial Alfil. 36,54-55.
- 38.** Gutiérrez Segura, Mildred; Sánchez Ramírez, Yohandra; Castillo Santiesteban, Yanet. (2013). Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Correo Científico Médico de Holguín. [En línea]: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005

ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°:

FECHA:

Datos del paciente

Nombres y apellidos:

Edad:

Sexo: F () M ()

Tipo de prótesis removible: Parcial superior ()

Parcial inferior ()

Completa superior ()

Completa inferior ()

Presencia de lesiones orales: Si () No ()

Tipo de lesión: Estomatitis subprótesis ()

Épulis fisurado ()

Fibroma ()

Hiperqueratosis ()

Leucoplasia ()

Candidiasis ()

Queilitis angular ()

Úlcera traumática ()

Otra _____

1= Estomatitis
2= Fibroma
3= Queilitis
4= Estomatitis+ Fibroma
5= Úlcera
6= Úlcera+ Fibroma
7= Estomatitis+ Úlcera

Observaciones:

ÍNDICE PARA EVALUAR EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE

Se marcará con un aspa (x), si o no según corresponda.

			Puntaje
1.	Al tirar en sentido vertical de la prótesis el operador percibe resistencia a la acción de desalajo	SI NO	
2.	Al examinar la oclusión se observan relaciones armoniosas de los dientes artificiales y naturales.	SI NO	
3.	Al comprimir las caras oclusales de los dientes posteriores de un lado, el lado contrario bascula.	SI NO	
4.	Durante el interrogatorio y el examen clínico se observa que la prótesis se desplaza.	SI NO	
5.	La superficie de las prótesis se observa bien pulida y libre de porosidades.	SI NO	
6.	La prótesis presenta reparaciones, rebasados y/o pérdida de piezas artificiales.	SI NO	
7.	En la prótesis se observa pérdida y/o fractura de retenedores o bases acrílicas.	SI NO	
8.	La prótesis se encuentra libre de placa y sarro.	SI NO	
TOTAL			

Fuente: Bernal Luna, Cinthya Del Pilar (2010). Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible.

PUNTAJES

	1	2	3	4	5	6	7	8
SI	1	1	0	0	1	0	0	1
NO	0	0	1	1	0	1	1	0

TOTAL: 8 PUNTOS

ESCALA DE VALORACIÓN DE ESTADO DE CONSERVACIÓN DE PRÓTESIS

BUENO = 6 - 8

REGULAR = 3 - 5

MALO = 0 - 2

ANEXO N° 2
MATRIZ DE DATOS

N°	Edad	Sexo	T' de uso de prótesis	Tipo de prótesis	Subtipo	Lesiones orales	Tipo de lesión	Conservación de prótesis
1	69	F	6 meses	2	1	1	1	1
2	74	F	5 años	3	3	2		1
3	67	F	1 año	3	3	2		3
4	71	F	1 año y medio	3	3	1	1	2
5	76	F	5 meses	2	3	2		3
6	68	M	4 años	3	3	1	2	1
7	75	M	3 años	1	3	1	4	1
8	95	M	4 años	2	3	1	3	1
9	76	M	8 meses	2	3	1	1	3
10	84	M	3 años	3	3	2		2
11	94	M	6 meses	3	3	1	2	3
12	70	M	3 meses	1	3	1	1	3
13	82	M	1 año	1	1	1	1	2
14	77	M	5 años	1	3	1	2	2
15	69	M	4 años	1	3	1	1	2
16	78	M	2 años	2	1	1	1	2
17	88	M	> 10 años	2	1	1	2	1
18	83	M	> 5 años	1	2	2		2
19	87	F	> 1 año	2	3	2		3
20	75	F	3 años	1	3	1	2	3
21	84	F	2 años	3	3	1	6	3
22	74	F	4 años	2	3	2		1
23	70	F	2 años	3	3	1	7	3

24	83	F	> 5 años	3	3	1	1	1
25	66	F	> 10 años	1	1	1	5	1
26	68	F	4 años	1	3	2		2
27	66	F	2 años	3	3	1	5	2
28	73	F	1 año	1	3	2		3
29	87	F	6 años	2	2	2		1
30	64	F	4 meses	2	3	2		3
31	69	F	>5 años	1	2	2		2
32	73	F	> 5 años	2	3	1	5	2
33	84	F	> 10 años	2	1	1	5	1
34	75	F	1 año y medio	3	3	1	7	3
35	67	F	> 5 años	1	3	2		2
36	65	F	3 años	2	2	1	4	2
37	71	M	6 años	1	3	1	5	1
38	68	M	8años	1	1	1	5	2
39	74	M	>10 años	1	1	1	3	1
40	66	M	>5 años	1	2	2		2
41	73	M	6 años	2	2	1	7	2
42	75	M	3 años	3	3	1	1	3
43	69	M	>10 años	2	3	2		1
44	72	M	7 años	1	2	1	6	2
45	66	M	8 años	1	2	2		1
46	62	F	1 año	3	3	2		3
47	65	F	>10 años	1	2	2		1
48	63	F	>5 años	3	3	1	1	2
49	78	F	6 años	1	2	1	7	2
50	77	F	8 años	1	1	2		1
51	71	F	>10 años	3	3	1	5	1
52	64	F	9 años	1	2	2		2

53	65	F	6 años	1	3	1	1	2
				1=parcial	1=superior	1=si	1=estomatitis	1= malo
				2=completa	2=inferior	2=no	2= fibroma	2=regular
				3=parcial+ completa	3=superior e inferior		3= queilitis	3=bueno
							4=estomatitis + fibroma	
							5=ulcera	
							6=úlceras+ fibroma	
							7=estomatitis + úlcera	

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Geraldine Angulo Crespo.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Geraldine Angulo Crespo al teléfono 941222092.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Geraldine Angulo Crespo al teléfono antes mencionado.

Nombre del participante

firma del participante

fecha: / /

ANEXO N° 4
DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA

**CONGREGACION DE HERMANITAS DE LOS
ANCIANOS DESAMPARADOS
"ASILO VICTOR F. LIRA" – AREQUIPA**
Dirección Calle Carmen Alto 5/N – Cayma
Telf. (054)271199 y (054) 270844

CONSTANCIA DE ESTUDIO DE ODONTOLOGIA


La que suscribe Madre Lidia Iñaguazo Naula con C.E. N° 000697071 Superiora del Asilo Víctor Lira de la ciudad de Arequipa, Certifica que la Srta. GERALDINE ANGULO CRESPO Alumna de LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS" identificada con DNI 72286008, ha realizado estudio de investigación de odontología en el Asilo Lira de Arequipa, una vez por semana, durante el periodo del 10 de abril al 08 de mayo del año 2018.

Demostrando desempeño, responsabilidad y puntualidad.

Se expide esta constancia a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

19 de julio de 2018


Lidia Iñaguazo Naula
Superiora





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

Arequipa, 03 de abril del 2018

Reverenda Madre Superiora
Lidia Yñaguazo
Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Asilo Lira
Presente.-

ASUNTO: Solicito ingreso con fines investigativos

De mi mayor consideración:

Reciba usted el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el Sr. **GERALDINE ARACELI ANGULO CRESPO**, identificado con DNI 72286008, egresado y para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación titulada: ESTADO DE CONSERVACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE Y LESIONES ORALES EN ANCIANOS DEL ASILO VICTOR LIRA AREQUIPA - 2018. Por este motivo es que, SOLICITO a su digno despacho permitirle el ingreso a las instalaciones de la institución que dignamente representa, para la recolección de datos y muestras por un período de 05 días, a partir del 10 de Abril al 08 de Mayo del año 2018 (Solo los días martes).

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde a la presente, es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi más alta consideración.

Atentamente,

ME HUBER SALINAS PINTO
MAG. HUBER SALINAS PINTO
ACADEMICO

ANEXO N° 5
SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Figura. 1 Asilo Lira



Figura 2. Equipo de examen



Figura 3. Prótesis en mal estado de conservación



Figura 4. Prótesis parcial removible en mal estado de conservación



Figura 5. Estomatitis subprótesis



Figura 6. Fibroma



Figura 7. Úlcera traumática



Figura. 8 Fibroma



Figura. 9 Fibroma

