

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LESIONES
BUCALES EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS DENTAL
TOTAL**

**TESIS PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE CIRUJANO - DENTISTA**

PRESENTADO POR LA:
Bach. Leonela Ruth QUICHUA HUAYASCACHI

LIMA – PERÚ

2017

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LESIONES
BUCALES EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS DENTAL
TOTAL

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr. Hugo Caballero Cornejo

Presidente

Mg. Rolando Gómez Villena

Secretario

Mg. Juan Guevara Sotomayor

Vocal

A Dios por darme la vida y la dicha de estar junto a los seres que amo.

A mis padres Leonor y César por sus consejos, apoyo desinteresado y amor incondicional.

A mi hermana Catherine por sus buenos consejos.

A mi abuelo Alberto, sé que sigues y guías mis pasos desde allí arriba. Abuelo, la huella que has dejado en mí y de la que tan orgullosa me siento, hace que siempre te note muy cerca, como una parte más de mi ser.

A toda mi familia, abuelos, tíos, primos, por su apoyo en este caminar.

A todos mis amigos, quienes me apoyaron y animaron en todo momento.

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

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta investigación, deseo expresar mis más sinceros deseos de gratitud primero a Dios quien nos creó y nos da el milagro de la vida, y a aquellas personas que contribuyeron para que esta investigación se realizara de la mejor manera posible.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo que al supervisar mostró su profesionalismo destacado y calidad humana en todo el desarrollo de la investigación, aconsejando y guiando de forma oportuna, demostrando su vasta experiencia; por sus conocimientos, su manera de trabajar, su paciencia y su motivación han sido fundamental para la elaboración de la tesis y para mi formación como investigador..

A mi asesora, la Dra. Sara Morante Maturana, gracias por acompañarme en este proyecto brindándome su apoyo incondicionalmente.

Al Dr. Freddy Campos Soto, cuya asesoría y buena disposición en la parte estadística, le dio mucho más valor a esta investigación.

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

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Jurado de Sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2 Formulación del Problema	3
1.3 Objetivos de la Investigación	4
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
1.4 Justificación de la Investigación	5
1.5 Limitaciones del Estudio	7
1.6 Viabilidad del Estudio	7
1.7 Aspectos Éticos	7

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación	9
2.2 Bases Teóricas	22
2.2.1 Pacientes edéntulo total	22
2.2.2 Prótesis Dental total	33

2.2.3 Medicina bucal	43
2.3 Definiciones conceptuales	78
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Descripción del diseño	80
3.1.1 Diseño	80
3.1.2 Tipo de Investigación	80
3.1.3 Enfoque	80
3.2 Población y muestra	80
3.2.1 Población	80
3.2.2 Muestra	81
3.2.3 Criterios de inclusión	81
3.2.4 Criterios de exclusión	81
3.3 Operacionalización de variables	82
3.4 Técnicas de recolección de datos	83
3.4.1 Descripción de los instrumentos	83
3.4.2 Validez del instrumento	84
3.5 Técnicas para procesar la información	84
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	85
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Discusión	110
5.2 Conclusiones	118
5.3 Recomendaciones	120
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	131

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N° 01	Distribución por sexo y grupo etario	86
N° 02	Individuos que presentan lesiones en la cavidad bucal	87
N° 03	Estado de conservación de la prótesis según el sexo	88
N° 04	Relación entre el estado de conservación de la prótesis y el sexo	89
N° 05	Estado de conservación de la prótesis según grupo etario	90
N° 06	Relación entre el estado de conservación de la prótesis y grupo etario	91
N° 07	Influencia del tiempo de uso de las prótesis y su relación con lesiones bucales	92
N° 08	Relación entre el tiempo de uso de las prótesis y las lesiones bucales	94
N° 09	Influencia de la higiene de las prótesis sobre las lesiones bucales	95
N° 10	Relación entre la higiene de las prótesis y lesiones bucales	97
N° 11	Influencia del uso de tabaco sobre la presencia de lesiones bucales	98
N° 12	Relación entre el uso de tabaco y la presencia de lesiones bucales	100
N° 13	Influencia del alcoholismo y la presencia de lesiones bucales	101
N° 14	Relación entre el alcoholismo y presencia de lesiones bucales	103
N° 15	Enfermedades sistémicas y presencia de lesiones bucales	104
N° 16	Relación entre enfermedades sistémicas y presencia de lesiones bucales	106
N° 17	Influencia del retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales	107
N° 18	Relación entre el retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tabla		Pág.
N° 01	Distribución por sexo y grupo etario	86
N° 02	Individuos que presentan lesiones en la cavidad bucal	87
N° 03	Estado de conservación de la prótesis según el sexo	88
N° 04	Estado de conservación de la prótesis según grupo etario	90
N° 05	Influencia del tiempo de uso de las prótesis y su relación con lesiones bucales	93
N° 06	Influencia de la higiene de las prótesis sobre las lesiones bucales	96
N° 07	Influencia del uso de tabaco sobre la presencia de lesiones bucales	99
N° 08	Influencia del alcoholismo y la presencia de lesiones bucales	102
N° 09	Enfermedades sistémicas y presencia de lesiones bucales	105
N° 10	Influencia del retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales	108

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II. El diseño de la investigación fue descriptivo, el tipo del estudio fue Observacional, Transversal y Prospectiva. Para poder cumplir con el objetivo general de la investigación, se utilizó una muestra que estuvo conformada por 80 pacientes adultos portadores de prótesis dental total que acudieron a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que fueron seleccionados en forma no probabilística por conveniencia, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que se plantearon. Luego de los datos se procesaron mediante el programa estadístico informático SPSS versión 20. Luego se aplicó estadística descriptiva e inferencial. Los resultados mostraron que en mayoría los pacientes, los factores de riesgo, planteados en el estudio, tienen influencia sobre las lesiones que presentaron en la cavidad bucal. En la investigación se concluyó que en mayoría los pacientes portadores de prótesis dental total presentan lesiones en la cavidad bucal.

Palabras Claves:

Factores de riesgo, Lesiones en la cavidad bucal, Prótesis dental total, Clínica Estomatológica del Adulto

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the association between risk factors and oral lesions in patients with total dental prostheses in the Adult Stomatology Clinic at the Inca Garcilaso de la Vega University in the 2017-II cycle. The research design was descriptive, the type of study was Observational, Transverse and Prospective. In order to fulfill the general objective of the research, a sample was used consisting of 80 adult patients with total dental prosthesis who attended the Adult Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University, Probabilistic for convenience, that met the criteria of inclusion and exclusion that were raised. After the data were processed using the statistical software SPSS version 20. Then descriptive and inferential statistics were applied. The results showed that in most patients, the risk factors, raised in the study, have influence on the lesions that presented in the oral cavity. In the investigation, it was concluded that in the majority of patients with total dental prosthesis have lesions in the oral cavity.

Keywords:

Risk Factors, Injury in the Oral Cavity, Total Dental Prosthesis, Adult Stomatologic Clinic

INTRODUCCIÓN

Las prótesis dentales removibles son una alternativa de tratamiento para sustituir la ausencia de piezas dentarias, pero sin embargo, también, pueden causar daños a los tejidos de soporte, por los diferentes factores que se consideran de riesgo.

La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la boca, provoca inevitables variaciones en el medio bucal, que obligan a los tejidos a reaccionar para adaptarse a nuevas situaciones dependiendo de las características de estas (principios biomecánicos) y del modo y la capacidad de reaccionar de cada organismo.¹ Las prótesis mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar la persona usándolas más allá de su tiempo, han contribuido con la aparición de lesiones en los tejidos bucales.²

En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son muy usadas, 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.

El grado de satisfacción del portador de prótesis dentales no será igual si aparecen lesiones en la mucosa bucal, porque éstas podrán ocasionar molestias e inadaptación con la aparatología que incluso podrán llevarlo a retirársela, lo cual sería un fracaso del tratamiento rehabilitador.³

Las prótesis dental es un aparato, el cual va a recuperar la funcionalidad del sistema estomatognatico, sus características son adaptabilidad, funcionalidad, biocompatibilidad, este aparato puede sufrir transformaciones, por los cambios que se producen en los tejidos. Por ello se deberá educar al paciente con consultas periódicas, ya que no están exentas de provocar daños como el del desajuste, produciendo daños que contribuyen aún más al deficiente estado de la cavidad bucal sobre todo a los ancianos.

Entre los factores locales más importantes a tener en cuenta en el desarrollo de las lesiones bucales parecen ser los de carácter traumático, la mala higiene bucal y la sequedad bucal. Los primeros incluyen las quemaduras, mucosa mordisqueada, maceración, abuso local de caramelos, efecto local del tabaco y la acción de las prótesis, las cuales al estar mal adaptadas, originan continuos microtraumatismos sobre la mucosa de soporte que cubren.

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. La presencia de factores de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociados con una probabilidad de experimentar un daño a la salud. Se decidió realizar este estudio que tiene como objetivos determinar los factores de

riesgo asociados con la aparición de lesiones bucales, su distribución según edad y sexo de la población objeto de estudio, identificar el tipo de lesiones bucales encontradas y su localización según la región anatómica.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las prótesis dentales constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.^{4,5}

En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando están deterioradas, 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, principalmente la de los pacientes de tercera edad.^{6,7}

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Es un deber de los profesionales odontólogos identificarlos, prevenirlos y eliminarlos, porque al evaluar su proceso evolutivo, estarían realizando la detección o prevención, de estas lesiones, sobre todo de las malignas como el cáncer, que actualmente es un flagelo de la humanidad.

Diversos factores hacen que los pacientes utilicen en forma permanente o por periodos de tiempo prolongado la prótesis dental, en algunos casos el estado de conservación no es adecuado, sin poder reemplazarlas, generando en algunos casos dolor, inestabilidad y la aparición y desarrollo de lesiones bucales de tipo inflamatorio, en aquellos lugares que están en contacto con el aparato protésico; además, del mal estado de las prótesis, también hay factores de riesgo como de carácter traumático, mala higiene bucal, tabaco, alcohol, alimentos, etc., que pueden producir lesiones bucales.

Si no se realizará esta investigación, se seguiría sin conocer cómo se asocian los factores de riesgo y las lesiones de la cavidad bucal en pacientes que usan prótesis dental total.

Profundizar en esta problemática es de gran importancia para la planificación de los servicios médicos y odontológicos, para establecer políticas adecuadas en beneficio de la población.

Por lo manifestado, es importante conocer cuál es la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones de la cavidad bucal, en pacientes que usan prótesis dental total, porque los resultados van a contribuir, una información muy valiosa, para que se pueda tomar en cuenta, al momento de elaborar la prótesis y las indicaciones que se pueda dar a los pacientes portadores de la citada prótesis.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cómo influye el estado de conservación de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?
2. ¿Cómo influye el tiempo de uso en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?
3. ¿Cómo influye la higiene de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?
4. ¿Cómo influye el uso de tabaco en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?

5. ¿Cómo influye el alcoholismo en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?
6. ¿Cómo influye las enfermedades sistémicas en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?
7. ¿Cómo influye el retiro de la prótesis para dormir en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la influencia del estado de conservación de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.
2. Determinar la influencia del tiempo de uso en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.
3. Determinar la influencia de la higiene de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.

4. Determinar la influencia del uso de tabaco en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.
5. Determinar la influencia del alcoholismo en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.
6. Determinar la influencia de las enfermedades sistémicas en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.
7. Determinar la influencia del retiro de la prótesis para dormir en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.

1.4 Justificación de la investigación

A lo largo de la historia, la práctica odontológica ha ido evolucionando desde lo curativo a lo preventivo y de lo individual a lo colectivo; y la prevención de las enfermedades bucodentales ha pasado a tener un lugar de innegable importancia dentro de la salud general.

Las lesiones de la cavidad bucal constituyen un problema importante de salud, existiendo diferentes factores de riesgo que favorecen su aparición; así tenemos, la calidad de la prótesis, el uso de tabaco, el alcohol, alimentos muy calientes y/o irritantes, mala higiene, etc.

El tratamiento de los pacientes que tienen los rebordes edéntulos, se lleva a cabo por medio de alternativas como la elaboración de prótesis dental total. La existencia de problemas de la cavidad oral, está asociado a la elaboración y al mal uso de las prótesis removibles, estas tienden a aumentar por el

escaso o nulo control periódico por parte del odontólogo o una incorrecta elaboración; uso y cuidado de dichos aparatos.

Existe una deficiente educación sanitaria bucal en los pacientes portadores de prótesis dental total, que además están sometidos a un gran número de factores de riesgo que favorecen la aparición de afecciones de la cavidad bucal, lo que puede evitarse si se explotan herramientas como la educación para la salud y de esa forma mejorar la información y la actitud en lo que a salud bucal se refiere.

El presente estudio determinará la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental removible. Es importante el estudio, porque se podría obtener información valiosa sobre el objetivo de la investigación, y así tomar las acciones correctivas de acuerdo a los resultados, sobre el problema que se presenta en los pacientes portadores de prótesis removible, al presentar lesiones en la cavidad bucal, como consecuencia de los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de ellas; y así, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

También es importante, porque este estudio servirá como antecedente en futuras investigaciones, se lograría un beneficio para los pacientes, para las especialidades que estén inmersas en los estudios y es la primera investigación que se realiza en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

1.5 Limitaciones del estudio

La elaboración del presente estudio no presentó ninguna limitación de importancia que pueda dificultar la ejecución del Proyecto. Con excepción de la poca de colaboración de los pacientes considerados en la investigación.

1.6 Viabilidad del estudio

El estudio fue factible de realizarse, porque se contó con el apoyo y permiso respectivo de las autoridades de la Facultad y de la Clínica Estomatológica del Adulto, para realizar la ejecución del Proyecto.

Asimismo, se contó con la infraestructura y mobiliario, insumos y equipos que fueran necesarios para el desarrollo de la presente investigación. También, la tesista contó con el tiempo disponible para la ejecución del estudio. Además se contó con los medios económicos necesarios para realizar el desarrollo del Proyecto, que fueron asumidos íntegramente por la tesista.

1.7 Aspectos éticos

El presente estudio por su naturaleza descriptiva no involucra ningún riesgo para los pacientes; por el principio de respeto a las personas de decidir por ella misma, se garantizó la protección de la identidad de sus participantes, teniendo en cuenta los criterios considerados en el CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences), y se mantuvo la estricta confidencialidad de la información obtenida en los resultados.

La información obtenida en el desarrollo del estudio, fueron procesados en forma real y verdadera, basada en los valores morales y ética que tiene la tesista, siendo principalmente la honestidad, disciplina y responsabilidad.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Abreu M. y cols. (2000) Cuba. Se hizo un estudio descriptivo y transversal de 100 pacientes portadores de prótesis dental removibles, que acudieron al Servicio de Estomatología del Hospital Militar “Dr. Joaquín Castillo Duany” durante septiembre y octubre de 1999, a fin de determinar el nivel de conocimientos y hábitos relacionados con el uso, los cuidados y la conservación de sus aparatos protésicos. La entrevista efectuada a todos los integrantes de la serie arrojó, entre otros resultados: que casi la tercera parte de ellos recibió la información al respecto mediante otras entrevistas educativas llevadas a cabo por algún miembro del equipo de salud en estomatología y que los conocimientos y hábitos eran deficientes en el mayor porcentaje de la casuística.⁸

Carreira V. y Almagro Z. (2000) Cuba. Se estudiaron 100 pacientes desdentados totales maxilares y portadores de prótesis desajustadas que acudieron al Servicio de Prótesis de la Facultad de Estomatología del ISCM-H. Los pacientes fueron examinados, y por observación directa de la mucosa

palatina se constató si esta mostraba macroscópicamente los signos de estomatitis subprótesis, la cual se clasificó según los criterios de Newton. Se determinó la zona de ubicación de la lesión y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de las prótesis en estos pacientes. El 70 % de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada, con un predominio de estomatitis subprótesis grado II en el 44,3 % y de grado III con menor frecuencia (21,4 %). La lesión se ubicó preferentemente en la zona media y posterior de la bóveda palatina, para el 44,3 y 34,3 %, respectivamente. Presentaban la lesión en la zona media 31 pacientes, para el 44,4 % y en esta zona prevaleció la estomatitis subprótesis grado II, para el 58 %, seguido por 24 pacientes con lesión en la zona posterior (34,2 %) con una prevalencia en esta zona del grado I de la lesión (58,3 %). Con respecto al hábito de uso de las prótesis, de los 100 pacientes estudiados 75 presentaban uso continuo de estas, mientras que solo 25 tenían hábito de uso discontinuo. De los que usaban la prótesis constantemente, 62 presentaron la mucosa alterada, en los que predominó la estomatitis grado II, con el 96,8 % y las lesiones se observaron con mayor frecuencia en las zonas media y posterior, con el 80,6 y 91,6 %, respectivamente. Al relacionar el hábito de uso continuo, las zonas de ubicación de la lesión y el grado de estomatitis subprótesis, se apreció que en la zona media la frecuencia de aparición de la lesión es mayor, con el 35,8 % y mucho menor en la zona anterior, para el 8,5 %. El grado II de la lesión prevaleció en la zona media, para el 38,8 % y en la zona posterior prevaleció el grado I de la lesión, para el 50 %.⁹

Ramos M. y cols. (2005) Cuba. Se realizó un estudio descriptivo en las clínicas estomatológicas Ismael Clark y Mascaró y La Vigía en la ciudad de Camagüey desde noviembre de 2000 a mayo de 2004 con 128 pacientes geriátricos portadores de prótesis parcial pertenecientes a los consultorios 36, 38, 39, 40, 43 y 63 del área de salud Oeste y 1, 2 y 58 del área Norte con requisitos de inclusión específicos. El proceder investigativo se estructuró en cuatro fases de estudio con el objetivo de identificar los pacientes examinados según edad y sexo, determinar las alteraciones clínicas bucales más frecuentes relacionadas con las prótesis parciales según grupo etáreo, sexo, tiempo de uso y tipo de aparato protésico. Los resultados obtenidos enmarcaron al sexo femenino con el 66, 47 % y los pacientes entre 60 y 69 años como los más numerosos y representantes de la mayor cantidad de afectaciones bucales tales como desgastes dentarios con el 78, 89 %, alteraciones parodontales con el 76, 54 %, caries dentales con el 70, 30 % y reabsorción ósea con el 64, 06 %. Predominaron las prótesis con más de 10 años de uso y los aparatos parciales acrílicos fueron los más dañinos.¹⁰

Hidalgo S. y cols. (2005) Cuba. Se realizó un estudio descriptivo en los consultorios 1,2, 38 y 40 del área norte y oeste del Municipio Camagüey, desde febrero de 2002 a marzo de 2003. Se seleccionaron 159 pacientes, de ellos, 85 presentaron algún tipo de lesión. Se encontró que aproximadamente la mitad de las personas estudiadas presentaron lesiones en la mucosa bucal. La localización más frecuente fue en el paladar y los rebordes alveolares. Esta investigación se realizó con el objetivo de describir las lesiones bucales en los pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis total acrílica El sexo

femenino y el grupo de 60 a 69 años fue el más afectado por la presencia de lesiones, las más frecuentes fueron los estados inflamatorios en pacientes con 21 años o más de uso y en rehabilitados con prótesis desajustadas.¹¹

Mulet M. y cols. (2006) Cuba. Se realizó un estudio descriptivo en sistema y servicio de salud en el consultorio 12 del área oeste del municipio Camagüey, desde marzo de 2002 a enero de 2003 para determinar el estado de salud bucal en pacientes portadores de prótesis total y parcial removible. La muestra estuvo constituida por 43 pacientes, a los que se les realizó un diagnóstico de salud bucal y educativa. Los factores de riesgo que prevalecieron fueron el cepillado deficiente de dientes remanentes (86, 9 %), no realizar visitas periódicas al estomatólogo (83, 7 %) y uso continuo del aparato protésico (81, 4 %). La enfermedad periodontal (69, 5 %), la caries dental (47, 8 %) y la estomatitis subprótesis (23, 2 %) fueron las principales afecciones de la cavidad bucal que predominaron en el estudio. La información higiénico sanitaria bucal fue evaluada de mal en el 69, 8 % de los pacientes rehabilitados.¹²

Belandria A. y Perdomo B. (2007) Venezuela. Los objetivos de la presente investigación fueron determinar la información sobre el uso y cuidado de las prótesis removibles en pacientes parcial y totalmente edéntulos en la parroquia Los Nevados (Mérida, Venezuela) y describir el estado de dichas prótesis. El estudio fue descriptivo, transversal, con la participación voluntaria de 20 pacientes. La información se recolectó usando las técnicas de la entrevista y la observación estructurada. Los datos mostraron que los

pacientes presentan lesiones relacionadas con el uso de las prótesis removibles, el cual se prolonga durante lapsos superiores a lo recomendado. Igualmente, se constató que los pacientes conocen información adecuada en cuanto a limpieza y cuidados de sus prótesis pero no los aplican. En algunos casos, los pacientes han sido objeto de desinformación y de información errónea, lo cual ha generado consecuencias en su salud. Se concluye la necesidad de diseñar un plan educativo que vaya más allá de proveer información, haciendo que ésta sea significativa para los pacientes y que pase a ser parte de su rutina de higiene y cuidados personales.¹³

Rodríguez J. y cols. (2007) Venezuela. El propósito de este estudio fue conocer las condiciones de los factores de funcionalismo protésico, el estado de las dentaduras totales y la salud de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de estas prótesis dentales. Se evaluaron 33 pacientes entre 40 y 80 años de edad que acudieron al ambulatorio de la comunidad en marzo de 2006. Examinadores previamente calibrados realizaron el examen clínico intraoral. La validez del instrumento de recolección de datos se obtuvo mediante el juicio de expertos, los datos obtenidos de un cuestionario de múltiples respuestas, fueron sometidos a la prueba de confiabilidad por el método de Kurder Richardson con un resultado de 0.80. 94% presentó lesiones en los tejidos blandos de soporte, 48,48% papilomatosis, 33,33% mostró signos clínicos de épulis, 70% presentó candidiasis y en un 6% se observó queilitis angular, hiperplasia y leucoplasia. Casi la totalidad de las prótesis evaluadas carecían de factores del funcionalismo protésico, presencia de bordes irregulares, fracturas, dientes ausentes, manchas y

pigmentaciones. Todos los sujetos portaban dentaduras superiores por más de 5 años en su mayoría, realizadas por empíricos.¹⁴

Lemus L. y cols. (2009) Cuba. Las lesiones en la mucosa bucal constituyen un problema importante de salud, existiendo diferentes factores de riesgo que favorecen su aparición; ejemplo de esto la calidad de las prótesis. Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo de Casos y Controles entre septiembre del 2006 y enero del 2008 en la Facultad de Estomatología de La Habana con el objetivo de identificar la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Se evidenció que 77.4 % de los casos eran portadores de prótesis de mala calidad y 85.8% de los controles eran portadores de prótesis de buena calidad. Se concluyó que la calidad de la prótesis constituyó un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal en el Adulto Mayor portador de prótesis estomatológica. Las lesiones bucales más frecuentes identificadas y asociadas al uso de la prótesis estomatológica fueron estomatitis subprótesis y queilitis comisural.¹⁵

Lima C. y cols. (2009) Brasil. Considerando la posible influencia de las enfermedades sistémicas y de los medicamentos utilizados para su tratamiento en la cavidad bucal, el presente estudio se propone realizar una revisión de la literatura sobre el tema, enfatizando la influencia de estos factores en el uso de las prótesis totales (PTs).¹⁶

Ramos R. y col. (2010) Cuba. Se efectuó un estudio descriptivo en la población mayor de 60 años del área de salud de la Policlínica Moncada, que recibieron atención en la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", Ciudad de La Habana, durante el año 2006, para determinar los factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones bucales, su distribución según edad y sexo, además de identificar el tipo de lesión y su localización anatómica. Se estudiaron 352 ancianos a los que se les aplicó una encuesta para identificar la presencia de factores de riesgo y se realizó un examen físico de la cavidad bucal y el cuello para detectar las lesiones y su localización. Como principales resultados se obtuvo que el 60,7 % de los ancianos presentaron factores de riesgo; los más frecuentes fueron: la ingestión de alimentos condimentados y calientes en un 83,4 %, el hábito de fumar en un 82,1 % seguido del uso de prótesis y el alcoholismo, ambos con 72,4 %. El sexo masculino fue el más afectado en un 58,2 %, el factor de riesgo que predominó fue la ingestión de alcohol en un 75,7 %. En las mujeres el uso de prótesis fue el factor de riesgo que predominó con un 73,3 %, seguido del hábito de fumar; la edad más afectada fue la de más de 80 años en un 41,7 %. El 48,5 % presentaban lesiones, el émulis fisurado fue el más representativo en un 39,1 %, la estomatitis subprotésica con un 35,6 %. La localización anatómica encontrada con mayor afectación fue el paladar duro, encía inferior y mucosa del carrillo. Se evidenció con estos resultados la falta de calidad de las actividades de educación para la salud, ya que predominaron estilos de vida perjudiciales a la salud.¹⁷

Bernal C. (2010) Perú. Se tuvo como objetivo realizar un estudio descriptivo, transversal y prospectivo cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de Prótesis Parcial Removible. En este estudio se evaluaron 50 pacientes adultos (mayores de 60 años) portadores de prótesis parcial removible. Se realizó el examen clínico odontológico y se registraron los hallazgos en una ficha de recolección de datos que contenía un instrumento de evaluación con el cual se verificó la retención, estabilidad de la PPR, la integridad del aparato protésico y así determinar su estado de conservación. Los resultados de la investigación mostraron que no es posible establecer una relación directa entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones ya que la mayoría de los pacientes evaluados no presentaron lesiones, la estomatitis sub prótesis fue única lesión encontrada.¹⁸

García B. y cols. (2010) Cuba. El objetivo fue describir las características de las prótesis removibles usadas por la población de 60 y más años de edad y su relación con las lesiones de la mucosa oral. Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal que incluyó a 125 ancianos portadores de prótesis. Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado, el análisis del riesgo relativo para determinar la asociación entre las variables y una regresión logística para determinar la relación independiente de cada factor con la presencia de lesiones. Se encontró un 12 % de personas con estomatitis subprótesis, el 8 % presentaba lesiones de crecimiento hiperplásico y el 5,6 % eran portadores de queilitis angular. Las lesiones

mucosas bucales aumentaron en las personas con prótesis en mal estado, mala higiene de esta y en el sexo femenino. Concluyendo que las lesiones crónicas fueron las más prevalentes en este estudio y 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.¹⁹

García B. y cols. (2012) Cuba. El objetivo fue describir las características de pacientes portadores de prótesis totales y su relación con las lesiones bucales. Estudio descriptivo, con 93 ancianos institucionalizados portadores de prótesis total. Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado y el riesgo relativo para determinar la asociación entre las variables: edad, sexo, higiene, estado de conservación, tiempo y frecuencia de uso de la prótesis, necesidades de prótesis, tipo de lesión, localización, hábito de fumar, enfermedades sistémicas y medicamentos empleados. El 78,5 % de los ancianos presentó lesiones relacionadas con el uso de la prótesis. La estomatitis subprótesis fue la lesión más frecuente. La presencia de lesiones bucales fue significativa en aquellos con 80 años y más (100 %). El 95,8 % tenían prótesis deterioradas, y en la totalidad de ellos, las prótesis tenían 21 años y más de uso. El riesgo de desarrollar lesiones fue 2,98 veces superior en aquellos con una higiene bucal deficiente. El 100 % de los ancianos diabéticos y anémicos presentaron lesiones. Se concluyó 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: incremento de la edad, enfermedades sistémicas y uso de medicamentos para su tratamiento.²⁰

Casnati B. y col. (2013) Uruguay. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal e identificar los factores de riesgo en el desarrollo de las mismas en una muestra representativa de la población adulta urbana del Uruguay. Se trata de un estudio transversal que registro 922 personas (537 F/385M, edades de 15-24, 35-44 y 65-74 años) basado en un diseño muestral estratificado por conglomerado polietapico. A partir de los datos de la muestra se estimaron las prevalencias de cada entidad así como los intervalos de confianza al 95%. La candidosis y las lesiones proliferativas se observaron en 26% y en 17% de las personas y se presentaron significativamente asociadas al género femenino. La prevalencia de la leucoplasia fue del 7% y en el análisis multivariado presentó una asociación significativa con el consumo de mate. Concluyeron que las lesiones orales se presentan de manera prevalente en los adultos mayores en el Uruguay, lo que sugiere que se deberían implementar programas de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado de las mismas.²¹

Gutiérrez M. y col. (2013) Cuba. El estudio tuvo como objetivo distribuir los pacientes según la edad y sexo, e identificar las lesiones presentes en la mucosa oral según el tipo de prótesis, tiempo y frecuencia de su uso. Se realizó un estudio de serie de casos en 122 pacientes mayores de 60 años (37,4% del universo), de uno y otro sexo rehabilitados protésicamente y con lesiones en la mucosa oral desde enero a junio de 2010 en la Clínica

Estomatológica Artemio Mastrapa Rodríguez de Holguín. La muestra se constituyó de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó interrogatorio y examen clínico. Se utilizó el cálculo porcentual y los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencia simple. Se aplicó χ^2 con un nivel de significación del 95% en EPIDAT 3,1. El 56,6% de los pacientes estaba en el grupo de 60 a 69 años de edad, 52,4% eran del sexo femenino y 47,6% del masculino. La estomatitis subprótesis representó 80,3% de las lesiones y fue mayoritaria tanto, en pacientes portadores de prótesis totales, como parciales. El 49,2% de los pacientes tenían prótesis de más de 10 años y el 65,6% la usaban tanto de día como de noche. Se concluyó el incremento de las lesiones orales en relación con el tiempo prolongado, de uso de la prótesis y la falta de periodos de descanso prevaleciendo su uso permanente. La estomatitis subprótesis fue la lesión mucosa más frecuente.²²

Rodríguez M. y col. (2014) México. Estudiaron determinar la prevalencia de lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis removibles de acrílico en pacientes del centro de salud de la comunidad de Kantunil, Yucatán. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se examinaron 62 pacientes portadores de prótesis removibles de acrílico del Centro de Salud Rural de la comunidad de Kantunil, Yucatán durante el periodo de febrero de 2011 a enero de 2012. Los datos recopilados fueron procesados en un programa SPSS versión 15 para la estadística descriptiva, y para la diferencial se usó χ^2 . La lesión bucal más frecuente fue la estomatitis subprotésica con un 32.3%. La prevalencia de la hiperplasia

fibrosa fue de 14.5%, la queilitis angular fue de 12.9%, la eritroplasia fue de 9.7% y la leucoplasia tuvo 4.8%. El 25.8% de la población no presentó lesiones en la mucosa bucal. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de las lesiones bucales y la higiene protésica ($p < 0.05$). El 45.16% de los pacientes no realizan la limpieza de sus prótesis (33-38). También se halló asociación entre la presencia de la prótesis y la aparición de lesiones bucales. Concluyendo que el 75.8% de la población estudiada presentó lesiones bucales ocasionadas por la prótesis. El odontólogo debería informar correctamente al paciente y ser más insistente en el manejo de su prótesis controlándolo periódicamente.²³

Romero C. y col. (2015).Cuba. Evaluaron el estado prostodóncico y aspectos de salud bucal, en los pacientes que solicitaron reparaciones protésicas; se realizó un estudio transversal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas, en la Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farrán, del municipio Holguín, desde febrero a diciembre de 2011. La muestra de 1 772 pacientes con prótesis removibles entre los 1 802 pacientes atendidos. Se realizó interrogatorio y examen clínico. Se utilizó el cálculo porcentual y el test de diferencia de proporciones. Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia. El mayor número de pacientes que solicitaron reparaciones pertenecían al sexo femenino (60,8 %) y al grupo de edad de 51 a 60 años (29,4 %). El tipo de prótesis que más se reparó, fue la parcial superior (59,8 %), el objeto de reparación más común fue la fractura completa (32,6 %). La frecuencia y métodos incorrectos de higiene bucal se evidenciaron en el 95,1 % y el 85,3 % de las prótesis se consideraron no

aceptables. La estomatitis subprótesis fue la más frecuente de las alteraciones orales (71,4 %). Conclusiones: la mayoría de los pacientes acudieron a reparar prótesis consideradas no aceptables, presentaban hábitos de higiene incorrectos y lesiones en los tejidos bucales.²⁴

Nápoles I. y cols. (2016). Cuba. Fundamento: las prótesis de mala calidad que hayan perdido sus cualidades, por ser usadas más allá del tiempo requerido, contribuyen con la aparición de afecciones en los tejidos bucales. Objetivo: determinar el comportamiento de las lesiones en la mucosa bucal provocadas por prótesis total en pacientes mayores de 60 años. Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo, de enero a diciembre de 2014, en el departamento de prótesis dental del Policlínico Julio Antonio Mella. El universo lo constituyeron 272 pacientes mayores de 60 años de edad con prótesis totales, que acudieron en el período de la investigación. La selección de la muestra fue no probabilística constituida por 180 pacientes que presentaron alteraciones de la mucosa. Resultados: de los 180 pacientes, el 60 % eran femeninos y el 40 % masculino. El grupo de edad que predominó fue el de 60 a 64 años. La estomatitis subprótesis (33, 19 %), la úlcera traumática (24, 70 %) y el épulis fisurado (16, 19 %), fueron las lesiones que más se manifestaron. El 63, 96 % de las lesiones están asociadas con las prótesis desajustadas. Conclusiones: las lesiones bucal asociadas al uso prótesis total fueron más frecuentes en las mujeres y en los grupo de edades de 60 a 64 años. En el período de uso de la prótesis hasta cinco años, fue donde más lesiones aparecieron. La estomatitis subprótesis fue la que predominó seguida de la úlcera traumática y el épulis fisurado.²⁵

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Pacientes edéntulo total

El edentulismo en la salud bucal es la ausencia de las piezas dentarias. La pérdida de dientes altera las funciones de sistema estomatognático, tales como la masticación, la fonética y la estética.²⁶

Las alteraciones que presentan los pacientes edéntulos total son diversas, entre ellas como: las mejillas y labios han perdido soporte óseo y en los maxilares sucede reducción de la altura del reborde óseo. Las primeras consecuencias se perciben de inmediato: hundimiento de labios y mejillas, alteración en la fonación, la lengua a la vista en busca de apoyo para los sonidos labio dentales, reducción de la dimensión vertical.²⁷

La reabsorción alveolar superior es en vestibular y reabsorción alveolar inferior es en lingual.²⁸

A. Facie del edéntulo completo

- Línea nasogeniana marcada.
- Apariencia de Esfínter Invertido.
- Pseudo prognatismo.
- Pliegues pronunciados.
- Ausencia de Filtrum nasal.

B. Estructuras anatómicas de desdentado

- **Maxilar superior:**
 - Frenillo labial

- Vestíbulo labial
- Papila incisiva
- Rugas palatina
- Frenillos bucales
- Reborde residual
- Rafe medio
- Área del foramen palatino
- Tuberosidad
- Surcos hamulares
- Área de la línea de vibración
- Foveolas palatinas.²⁹

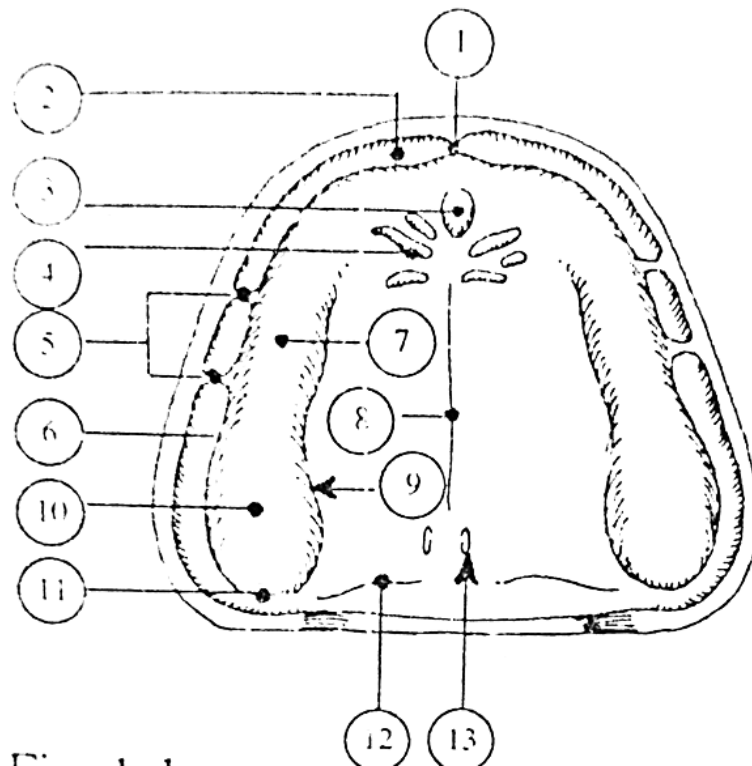


Fig 1. Millares Albinagorta Walter y col. Manual de procedimientos de laboratorio. 1ra ed.
 Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 1996.²⁹

- **Maxilar inferior**

- Papila retromolar
- Línea miloihiodea
- Reborde residual
- Frenillo lingual
- Línea oblicua externa
- Vestíbulo bucal
- Frenillo bucal
- Vestíbulo labial
- Frenillo labial.²⁹

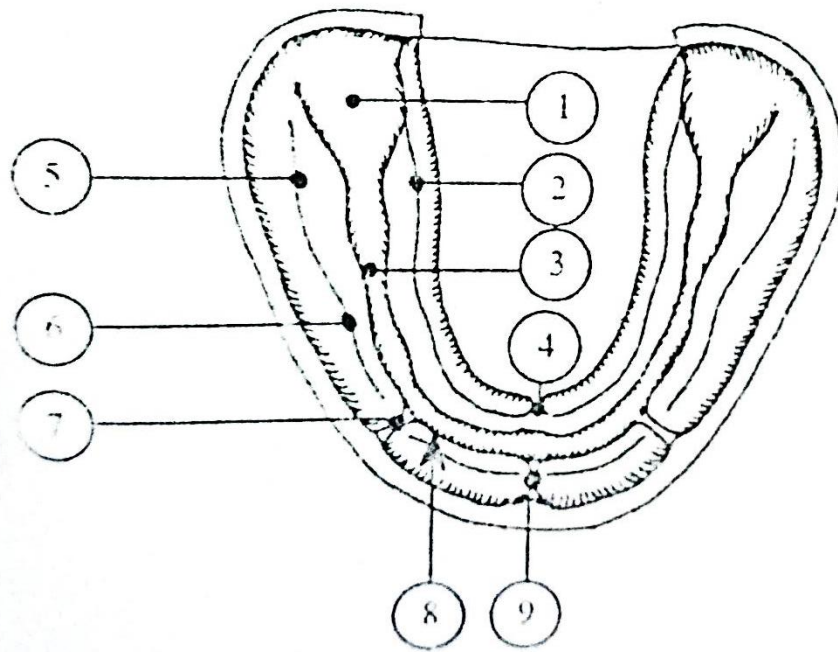


Fig 2. Millares Albinagorta Walter y col. Manual de procedimientos de laboratorio. 1ra ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 1996.²⁹

C. Topografía protética de los maxilares

- **Zona principal de soporte**

En el maxilar superior está representada por el borde alveolar residual; que se extiende de uno a otro surco hamular. En el inferior desde uno a otro triángulo retromolar.³⁰

- **Zona secundaria de soporte**

En el maxilar superior comprende la superficie de la bóveda palatina, de la cual debe excluirse a veces la región central, cuando se presenta el torus. En el maxilar inferior abarca la región retrolateroalveolar, es decir, las formaciones denominadas triángulo y canal retromolar.³⁰

- **Zona de sellado periférico**

Es aquella que recorre la línea de las inserciones musculares, ligamentos y frenillos.³⁰

- **Zona de postdamming**

En el maxilar superior corresponde a la región limítrofe entre el paladar duro y la zona removible, que marca la inserción del velo del paladar, con tejido adiposo y glandular que posibilita que la prótesis efectúe una compresión que no es factible realizar en la zona de la fibromucosa palatina. En esa zona se diferencian dos porciones externas, correspondientes a los surcos hamulares; una zona central, localizada a la afuera de la espina nasal posterior y dos zonas intermedias, en relación con los bordes posteriores de las láminas horizontales de

ambos huesos palatinos. En el maxilar inferior queda limitada a la zona de la papila o cuerpo piriforme.³⁰

- **Zona de alivio**

En el maxilar superior se sitúa a nivel de la sutura sagital de la bóveda, determinada por la presencia del torus palatino. Ocasionalmente, en el reborde distal de los orificios bucales de los conductos palatinos posteriores, que suelen ser afilados y prominentes. En el maxilar inferior, en la línea oblicua interna, en la externa, agujero mentoniano y, cuando existe torus mandibulares.³⁰

D. Grado de reabsorción alveolar:

- **Clase I**

Reborde absorbido, es prominente y no deja espacio para construir la prótesis. Puede requerir cirugía previa. Es negativo.²⁸

- **Clase II**

Reborde medianamente reabsorbido, es ideal, da suficiente espacio para las bases y dientes artificiales.²⁸

- **Clase III**

Reborde totalmente reabsorbido plano, es negativo y su pronóstico reservado.²⁸

- **Clase IV**

Cualquiera de las tres clasificaciones anteriores, con necesidad de cirugía para – prótesis.²⁸

E. Tipos de Mucosa

- **Resilente**

Densidad uniforme, submucosa firmemente adherida al periostio.

Forma un cojín ideal para el asentamiento basal de la prótesis.

- **Dura**

Delgada, no hay submucosa, muy susceptible a la irritación bajo presión.

- **Flácida**

Es móvil, esta rellena de tejidos redundantes, requiere cirugía.

F. Forma de rebordes:

- Triangular
- Cuadrado
- Ovoide.³¹

G. Dimensión vertical

Se define dimensión vertical como la distancia entre dos puntos seleccionados, uno sobre un elemento fijo y otro sobre un elemento móvil. Generalmente el punto fijo esta ubicado en el maxilar a nivel nasal o sub-nasal y el punto móvil en la mandíbula a nivel del mentón.³²

La Dimensión Vertical es variable de acuerdo a las diferentes posiciones que puede adoptar la mandíbula en el plano vertical por la fonación, respiración, de masticación y de deglución. Por lo que se

establecen al menos dos dimensiones verticales desde el punto de vista clínico: oclusal y postural.³³

- **Dimensión vertical postural (DVP)**

Llamada también reposo clínico, en ella la distancia de inclusión está determinada cuando el paciente se ubica en una posición fisiológica de descanso, los músculos en equilibrio tónico, el individuo en posición erecta y de descanso³². La posición postural mandibular corresponde a la relación de la mandíbula y el maxilar superior esta separado por un espacio libre (1 a 3mm).³³

- **Dimensión vertical de oclusión (DVO)**

Es la distancia medida entre dos puntos cuando las piezas dentarias están en oclusión.³²

La determinación de la Dimensión Vertical Oclusal es una etapa crítica en el éxito del tratamiento del desdentado total y parcial sin referencias oclusivas, ya que influye la estética, el funcionamiento neuromusculatura y la función masticatoria en la rehabilitación con prótesis totales maxilo mandibulares.³⁴

- **Espacio libre**

Es la diferencia que existente entre la Dimensión Vertical Postural y La Dimensión Vertical Oclusal.³³

H. Técnicas para la dimensión vertical

- **Métodos subjetivos**

- Método de la deglución

La deglución es un acto vital por un complejo de un mecanismo fisiológico que permiten llevar a contacto las superficies dentarias de ambos maxilares. La técnica implica la un cono de cera blanda sobre la base de la dentadura inferior, cuando la mandíbula este demasiado abierta se estimula el flujo de la saliva, la acción repetida de deglutir la saliva reducirá la longitud del cono de cera para permitir que la mandíbula alcance el nivel de la dimensión vertical de la oclusión.³²

- Método fonético

Consiste en evaluar la distancia interoclusal entre ambas placas de relación mientras el paciente pronuncia determinados fonemas (CH, S, y J) que lleva muy juntos los dientes anteriores. Los incisivos inferiores, se deberán mover hacia delante casi por debajo y tocando los incisivos centrales superiores. Si la distancia es demasiado grande la dimensión vertical de la oclusión demasiado pequeña, si los dientes anteriores se contactan cuando hacen estos sonidos la dimensión vertical es demasiado grande.^{32, 33}

- Método posición de reposo

El paciente debe estar relajado cuando los rodetes de cera, con el tronco derecho y la cabeza sin soporte, se le dice al paciente que deglute y deja que relaje la mandíbula, cuando el relajamiento es

evidente se separa con cuidado los labios para revelar cuánto espacio hay entre los rodets de oclusión, la distancia interoclusal en posición de reposo deberá de tener 2 y 4mm, si la diferencia es mayor a 4mm la dimensión vertical es considerada demasiada pequeña, si es menor a 2mm la dimensión es demasiada grande.^{32,33}

- Método de la sensibilidad táctil

Se usa como guía para la determinación de la correcta dimensión vertical un tornillo portado que se adhiere en el paladar de la dentadura maxilar o en el rodete de cera, cuando es ajustado de manera que sea demasiado largo el tornillo se ajusta hacia abajo hasta que el paciente indique que la mandíbula se está cerrado demasiado. La determinación final debe ser tomada en la prueba después de que los dientes estén en posición.³²

- **Métodos Objetivos**

- Métodos pre-extracción

Permiten establecer la oclusión del paciente antes de la extracción de las piezas dentarias y así determinar la dimensión vertical.³²

- Métodos fisonómicos

Es la distancia nasomentoniana es frecuentemente igual a la distancia nasoglabelar.³²

- Método craneométrico Knebelman

Mide la distancia desde la pared mesial del canal auditivo externo a la esquina lateral de la órbita (distancia ojo-oreja) esta proporcionalmente relacionada con la distancia entre el mentón (superficie inferior mas anterior de la mandíbula) y la espina nasal (distancia narizmentón).³³

- Índice de Willis

Se lleva a cabo con el compás de Willis se establece que la distancia en el plano vertical medida desde la glabella hasta la base de la nariz (subnasal) menos de 2 a 3mm debe ser igual a la distancia en el plano vertical medida desde la base de la nariz a la base del mentón, con los rodetes de oclusión.³²

- Plano de camper

La línea de camper es la línea facial que desde el ala de la nariz al tragus de la oreja, y esta a su vez con el plano de camper, plano que va del punto porión, al punto espina nasal anterior comparando la localización del plano oclusal existente en pacientes dentados con el plano protésico superior (superficie plana del rodete).³²

- **Métodos mecánicos**

Incluyen el uso de registro y mediciones, paralelismo de rebordes:

- Papila incisiva con incisivos mandibulares

La distancia de la papila desde los rebordes incisales de los dientes anteriores mandibulares sobre modelos de diagnóstico mide en promedio 4mm en la dentición natural. Los bordes incisales de los

incisivos centrales maxilares están a unos 6mm en promedio por debajo de la papila incisal estas son mediciones promedio deberán ser utilizadas con precaución.³²

- Paralelismo de los rebordes

El paralelismo de los rebordes mandibulares y maxilares, más una apertura de 5 grados en la región posterior da una clave en cuanto a la cantidad correcta de separación mandibular este paralelismo es natural los dientes en oclusión natural dejan los rebordes residuales en la región posterior paralelos unos con otros siempre y cuando no allá habido un cambio anormal en el proceso alveolar, cuando una persona se convierta en edéntula los rebordes residuales ya no están paralelos, si una persona ha perdido sus dientes en intervalo irregulares o ha sufrido una gran cantidad de pérdida ósea a causa de enfermedad periodontal, las líneas de los rebordes no serán paralelas.³²

- Medición de las dentaduras previas

Las dentaduras que el paciente ha estado usando, estas mediciones se hacen entre los bordes de las dentaduras mandibulares y maxilares.³²

2.2.2 Prótesis Dental Total

A. Prótesis dental

Prótesis dentales es un aparato que reemplaza de las piezas perdidas con el fin de restaurar y mantener las funciones del sistema estomatognático, causados por diferentes factores: bacterianos, biológicos, físicos y ambientales.^{35, 36}

B. Prótesis dental total

Prótesis dental total tiene el objetivo de devolver la funcionalidad y estética al paciente. La prótesis dental completa es el tratamiento en ausencia total de dientes. El paciente mejora la masticación, fonación y en la estética.^{36, 37}

- **Prótesis total inmediata**

La prótesis inmediata es una prótesis confeccionada antes de las extracciones de los dientes que va a sustituir, se instala inmediatamente después de realizadas las mismas. Esta prótesis no debe ser definitiva, ya que los tejidos sufren modificaciones para la cicatrización.³⁸

- **Prótesis total mediata**

La prótesis mediata o definitiva es aquella en que se realizan las extracciones dentales, se espera el tiempo de cicatrización (lo ideal 3 meses).³⁸

- **Los dientes protésicos**

En la actualidad en el mercado existe variedad de dientes protésicos el cual tiene un aspecto con características similares a los dientes naturales. En algunos estudios se ha demostrado que estos dientes protésicos son más pequeños que los dientes naturales. Es importante elegir el color del diente según cada persona, en donde dependerá de la edad, sexo, raza, hábitos alimenticios, estado de salud, etc.^{28, 31}

- **Material**

En las prótesis totales se han empleado dientes tanto de cerámica como de resina.

Dientes de cerámica tiene una mayor transparencia y brillo incisal, la desventaja es la falta de enlaces químicos con la resina de la prótesis ya que la forma de unión es mecánica de los dientes sobre la prótesis.²⁸

Ventajas:

- ✓ Muy buen resultado estético.
- ✓ Su alta dureza que le da un tiempo largo de vida útil.
- ✓ Su desgaste es mínimo.
- ✓ influyen en el desgaste de los dientes antagonistas.
- ✓ Mantienen en el tiempo la dimensión vertical y la relación céntrica fisiológica.³¹

Desventajas:

- ✓ El paciente al morder fuerte o en movimientos de lateralidad o promisión origina ruidos poco naturales.
- ✓ Problemas de retención a la base protésica: requieren por ejemplo de clavillos.
- ✓ Muy difíciles de tallar y no se puede reparar.
- ✓ No se pueden reparar.
- ✓ Producen desgastes violentos en coronas de oro y dientes naturales opuestos.³¹

Dientes de resina se utilizan en la actualidad, es abrasivo a comparación de los dientes cerámicos. En los pacientes geriátricos, en los que cabe esperar una limitación de la capacidad motora, los dientes de resina toleran mejor una caída accidental de la prótesis en el lavabo que los cerámicos.²⁸

Ventajas:

- ✓ Se pueden tallar, desgastar y reparar fácilmente.
- ✓ Algunos de ellos presentan alta estética.
- ✓ Buena retención a la base acrílica.³¹

Desventajas:

- ✓ Alto desgaste con el uso.
- ✓ Alteración rápida de Dimensión Vertical y Relación Céntrica fisiológica.³¹

Dientes de acrílico Dientes fabricados en 2 capas (dentina y esmalte), no son tan resistentes a la abrasión y la estabilidad de su color es baja, algunos tienen fluorescencia; dientes fabricados en 3 capas (dos de dentina y una de esmalte), tienen mejor estabilidad de color, translucidez y opalescencia; y dientes fabricados en cuatro capas (dos de dentina y dos de esmalte), poseen una distribución de colores que aseguran la estabilidad del color, una apariencia de calcificación natural, tienen translucidez y fluorescencia.³⁹

Ventajas:

- ✓ Facilidad de ajuste oclusal
- ✓ Buena estética.
- ✓ Facilidad de enfilado
- ✓ Unión química con la base.³¹

Desventaja:

- ✓ Mayor desgaste.
- ✓ Menor eficacia masticatoria
- ✓ Propenso a fractura.³¹

- **Color de los dientes**

El color del diente seleccionado debe seguir las siguientes reglas de la estética, los deseos del paciente y la subjetividad del dentista. Es importante seleccionar el color del diente, esto debe ser personalizado que esté relacionado con el rostro del paciente.^{31,40}

La elección del color de los dientes se debe realizar a la luz del día y con un fondo de color neutro.²⁸

- Elección de los dientes frontales

Forma de los dientes

La selección de la forma de los dientes artificiales se dificulta en pacientes desdentados ya que no hay diente el cual se pueda tomar como referencia.³¹

La forma de los incisivos del maxilar superior es importante ya que dará el aspecto dentofacial. Si el paciente ya usa una prótesis y está satisfecho en la parte estética, se podrá elegir la dentadura frontal en función de los dientes postizos o en caso que exista una fotografía antigua en la cual se vean los dientes del paciente, se podrán utilizar para elegir la dentadura frontal.²⁸

Cuando no se dispone de datos sobre los dientes naturales del paciente, la literatura odontológica puede aportar información y protocolos sobre los dientes frontales postizos.²⁸

Forma de la cara

Williams en 1914 describió la relación entre la forma de la cara y de los dientes, es decir la forma de los incisivos superiores era la imagen invertida del contorno facial. Por ello hay tres tipos fundamentales:^{28, 39}

Clase I: dientes cuadrados, con ángulos rectos, que se caracterizan por unas superficies proximales de disposición paralela desde los márgenes incisales hasta la mitad de la longitud clínica. Esto se da en personas con cara cuadrada.²⁸

Clase II: dientes triangulares que se van estrechando hasta el cuello del diente. Si se traza una tangente a las superficies proximales mesial y distal se deberán cruzar en la región de la punta de la raíz. Se encontraban especialmente en pacientes con pómulos muy marcados y barbilla puntiaguda.²⁸

Clase III: dientes de tipo ovalado que se caracterizan por superficies proximales afiladas. Corresponde a las personas con la cara oval redondeada.²⁸

Constitución

Hórauf estableció la relación entre la forma y posición de los dientes y la constitución corporal de los pacientes. Su sistema de tipos armónicos se basa en los tipos de constitución corporal establecidos por **Kretschmer**.²⁸

- ✓ Leptosómicos tienen dientes largos y triangulares.³⁹
- ✓ Pícnicos se caracterizan por dientes redondeados.³⁹
- ✓ Atlético por dientes sobre todo cuadrados.³⁹

Sexo

Frush concluyó que en los dientes más femeninos el perímetro máximo de la corona clínica se localiza más incisal que en los dientes masculinos. También un margen incisal más redondeado y ligeramente afilado se considera más femenino que otro con abrasiones y anguloso.²⁸

Anchura y forma de la nariz

La anchura de la dentadura postiza frontal se debe adaptar a las proporciones de la cara.

Lee encontró que en las personas con dientes naturales la distancia entre la punta de los caninos derecho e izquierdo se corresponde con la anchura de la base nasal.³⁹

Gerber postuló que existe una relación armónica entre el tamaño de los dientes y la base nasal.³⁹

- Elección de los dientes laterales

Formas anatómicas

Los dientes anatómicos presentan cúspides, vertientes, fosas y fisuras. Tiene una inclinación de 30° a 33° como promedio, estos dientes engranan con sus antagonistas y se desgasta de acuerdo al balance oclusal. Estos dientes son eficientes en la masticación.³¹

Ventajas de las formas anatómicas

- ✓ Garantizan una intercuspidadación máxima con un contacto claro.
- ✓ Posibilidad de reproducir las relaciones oclusales igual que en la mordida natural juvenil.
- ✓ Mayor efectividad durante la masticación.
- ✓ Menor reabsorción de las crestas alveolares, porque el mayor rendimiento en el corte permite ejercer menos presión para trocear los alimentos.
- ✓ Aspecto natural.²⁸

Desventajas de las formas anatómicas

- ✓ La orientación más empinada de las cúspides produce unas fuerzas de tracción más intensas sobre la mucosa, que pueden resultar negativas para la conservación de los tejidos de soporte.
- ✓ En las crestas maxilares más degeneradas y que ofrecen una menor retención se puede producir una mayor movilidad de la prótesis sobre su base de sustentación durante la oclusión dinámica, aunque esté colocada de forma óptima.²⁸

Formas no anatómicas

Son dientes que presentan anatomía oclusal plana, es decir, una inclinación cuspídea de 0°, busca palatinizar o lingualizar las fuerzas, disminuyen la presión, permiten una mejor estabilidad y la oclusión queda libre de interferencias durante los movimientos de deslizamiento. Su objetivo principal es evitar la destrucción del tejido y

conservar la integridad del reborde residual.. Se pueden usar en pacientes Clase I, II. III. Su mayor desventaja está en la menor estética y en la menor eficiencia masticatoria que se logra. ³¹

Ventajas de los dientes sin cúspides

- ✓ Disminución de las fuerzas de tracción y reparto regular de las cargas en la base de la prótesis.
- ✓ Ausencia de interferencias durante la masticación en vacío.
- ✓ Evitación de las cargas deficientes tras las desviaciones de la oclusión secundarias a la atrofia.
- ✓ Las relaciones oclusales pueden reproducirse con libertad y sin tener en consideración la intercuspidad. Se pueden conseguir desviaciones de la mordida neutra sin problemas. ²⁸

Desventajas de los dientes sin cúspides

- ✓ Ausencia de una oclusión habitual garantizada por la falta de relaciones entre las cúspides.
- ✓ Desviación de la oclusión habitual en dirección anterior por la falta del cierre sagital.
- ✓ Mayor reabsorción por incremento de las presiones necesarias para trocear los alimentos.
- ✓ Efectividad masticadora reducida.
- ✓ Efecto estético insuficiente. ²⁸

- **Duración del uso**

Algunos autores recomiendan no retirada de la prótesis los primeros días de instalada y sobre todo en el sueño, para una mejor adaptación y solo retirarlas para higienizarlas. Otros autores como *Saizar* manifiestan retirarlas en la noche para que la mucosa se libere del contacto con las bases. A otros pacientes portadores de prótesis le es imposible la retirada de su dentadura, ya que puede afectarle su integridad psíquica y emocional y estéticas; en estos casos se recomienda el descanso en un lapso de 3 horas, y de no ser posible, mantenerla lo más higienizado posible. ⁴¹

Si existe algún tipo de parafunción causara que haya reabsorción de la mucosa y el hueso maxilar. Además el descanso nocturno también es conveniente porque debajo de la prótesis se genera un medio principalmente anaerobio y esta medida permite aliviar la carga y airear la mucosa oral. Las prótesis se deben dejar durante la noche en un vaso con agua fresca para su limpieza. ²⁸

- **Higiene**

Al paciente portador de prótesis dental se debe depositar la responsabilidad de la higiene bucal adecuada y el cuidado de las dentaduras. Las prótesis deben ser cepilladas después de cada comida, también los tejidos bucales, carillos, lengua y paladar deben ser cepillados con un cepillo blando para mantener en estado de buena salud. Los pacientes se instruirán para que se saquen las dentaduras

durante la noche o por lo menos por un período de 3 horas durante el día.⁴²

Para una limpieza general se debe introducir la prótesis dos veces a la semana durante unos 15 minutos en agua mezclada con medios de limpieza, en una solución de clorhexidina o en un baño de ultrasonidos con solución de peróxido de hidrógeno al 3%.²⁸

También se utilizara para la higiene de las prótesis dentales las tabletas esterilizadoras que son comprimidos limpiadores, tiene propiedades alcalinas que eliminan todos los residuos insolubles, evitan las manchas en las prótesis dentales y el mal aliento provocado por la acumulación de placa bacteriana, es necesario utilizarlas porque el simple cepillado no es suficiente para lograr una limpieza profunda.³⁷

2.2.3 Medicina Bucal

The American Academy of Oral Medicine define a la Medicina Bucal como una rama de la odontología que se encarga del cuidado de la salud bucal de los pacientes médicamente comprometidos, en el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de alteraciones sistémicas que se relaciona con el desorden que afectan la región bucal y maxilofacial.⁴³

La medicina bucal es una especialidad, pero el odontólogo de práctica general debiera involucrarse de manera responsable en aspectos de prevención, diagnóstico y en muchos casos, atención de trastornos no complejos. La

detección oportuna y hacer la referencia al especialista hará una mejor calidad de vida de las personas afectadas por este grupo de alteraciones. ⁴³

A. Lesiones Bucales

- **Lesión Elemental**

Las lesiones elementales son aquellas lesiones capaces de caracterizar a las enfermedades mucocutáneas. Pueden aparecer de forma única, como un solo tipo de lesión, o bien manifestarse como un conjunto de diversos tipos de lesiones. Su importancia radica en que nos permiten llegar al diagnóstico de una enfermedad, o bien delimitar el diagnóstico diferencial a un grupo de enfermedades que se manifiestan con la misma lesión o grupos de lesiones. ⁴⁴

- **Lesiones Elementales primarias**

Lesiones que no alteran el relieve de la mucosa

Mancha. La lesión elemental más simple. Cambio de coloración de la mucosa que no hace relieve, no modifican la consistencia o espesor de la mucosa. ⁴⁴

Pueden ser:

- ✓ Pigmento hemático: es el color de la hemoglobina, abundante en la boca por la gran vascularización que presenta la mucosa.
- ✓ Pigmento melánico: su coloración está vinculado a un pigmento de color pardo denominado melanina, que se halla en el epitelio, en particular a nivel de la capa basal.

- ✓ Epitelio y corion: elementos que constituyen la mucosa (epitelio y corion), amarillo pálido el corion y blanquecino opalino grisáceo el epitelio. Estos elementos por fenómenos de transparencia intervienen en la coloración de la mucosa. ⁴⁵

Lesiones que modifican el relieve de la mucosa

- ✓ De contenido sólido

Pápula. Lesión que se eleva sobre la superficie de la mucosa, circunscrita, que involuciona espontáneamente y no deja cicatriz. De tamaño pequeño, por su localización puede ser epitelial, coriónica o mixta. No son muy frecuentes. ^{44,45}

Maculopápula. Lesión papulosa con cambio de color en el tejido que lo rodea. ⁴⁴

Placa. Lesión elevada, circunscrita, de diámetro mayor que el de las pápulas, de diámetro mayor de 0,5 cm., límites netos y superficie lisa o verrugosa. Son reacciones de defensa del epitelio frente a una injuria directa, que provoca un engrosamiento limitado a la zona de injuria. Son de evolución crónica, y los cambios en el epitelio pueden ser por acantosis e hiperqueratosis. Su color habitualmente es blanco. Los agentes causales más frecuentes son tabaco, restauraciones que provocan roce continuo, acción de los rayos solares. Varias pápulas que confluyen pueden simular una placa, pero es necesario identificar con aumento cada elemento. ⁴⁶

Vegetación. Lesión elevada sólida exofítica (hacia afuera) integrada por varios elementos con aspecto de coliflor. Su superficie es húmeda y la consistencia es blanda. Si la consistencia es firme y la superficie es seca y queratinizada, se denomina verrugosidad. Las vegetaciones y verrugosidades pueden ser a causa de traumas como las producidas por bordes y cámara de succión de algunas prótesis dentarias. Se ve principalmente en las enfermedades infecciosas y en los epitelomas de la mucosa bucal. ^{44, 45}

Nódulo. Es una pequeña formación circunscripta, solida, de ubicación en el corion, que deja cicatriz. Localización en la dermis baja o hipodermis. Perceptible a la palpación. ⁴⁴

Tubérculo. Es una pequeña formación lesión sólida, circunscrita, ubicada en la dermis alta, que deja cicatriz. ^{44,46}

Tumor. Desde el punto de vista semiológico es una lesión circunscrita, tiende a crecer sin límite o puede detenerse. De evolución crónica y con tendencia a persistir. Clínicamente puede asumir el aspecto de lesiones elementales (úlceras, vegetación, erosión, etc.). Más allá de la definición semiológica, el estudio de cada caso desde el punto de vista histopatológico es obligatorio, para determinar si se trata de una hiperplasia simple, malformativa o blastomatosa, sea benigna o maligna. ⁴⁴

✓ De contenido líquido:

Vesícula. Lesión elevada en la mucosa, circunscripta, de contenido líquido, pequeña y que no deja cicatriz. Si bien tiene corta vida en la cavidad bucal, la erosión secundaria se resuelve sin dejar rastros. ⁴⁴

Ampolla. Lesión elevada en la mucosa, circunscrita, del tamaño de una lenteja o mayor; de contenido líquido transparente, seroso o hemorrágico. Puede ser intraepitelial o subepitelial. También tiene corta vida en la mucosa bucal, quedando una erosión que se resuelve sin secuelas. ⁴⁴

Quiste. Desde el punto de vista semiológico es una lesión elevada, circunscrita, de contenido líquido, renitente, que forma relieve en la superficie de la mucosa. ⁴⁴

Pliegues y surcos. Lesiones lineales, únicas o múltiples, en cuyo epitelio no existe solución de continuidad como es el caso de las fisuras. ⁴⁴

- **Lesiones Elementales secundarias**

Las lesiones secundarias de la mucosa bucal reciben dicho nombre por derivar de una lesión primitiva y no por tener escasa importancia.

✓ Erosión. Pérdida de sustancia en el epitelio, circunscrita, que no llega a interesar la basal, por lo tanto es resolutive y no deja cicatriz. ⁴⁴

- ✓ Ulceración. La pérdida de sustancia compromete el vértice de las papilas del corion y pueden dejar cicatriz. Son de evolución aguda o subaguda. ⁴⁴
- ✓ Ulcera. Pérdida de sustancia que llega también más allá de la basal y es de evolución crónica. En este caso compromete la base de las papilas. ⁴⁴
- ✓ Fisura o grieta. Solución de continuidad lineal. El epitelio no está intacto (queilitis comisural). ⁴⁴
- ✓ Perforación. Destrucción total de una pared de la cavidad bucal. Puede ser aguda o crónica. ⁴⁴
- ✓ Seudomembrana. Formación de tejido friable gris amarillento, sobre superficies erosionadas o ulceradas. Su origen es la coagulación del plasma exudado, que queda atrapado en la red de fibrina, junto con restos epiteliales necróticos. ⁴⁴
- ✓ Costra. Deseccación de un líquido hemático, son el resultado de la desecación de la sangre y/o secreciones que cubren a erosiones o úlceras. Están en sitios expuestos al aire. En relación con la cavidad bucal, son exclusivas del labio: bermellón o piel de labio. ^{44, 46}
- ✓ Escara. Porción de tejido necrótico, generalmente provocado por causas químicas (ácido acetilsalísico), ácido tricloroacético, etc.). ⁴⁴

- ✓ Escama. El desprendimiento de las laminillas córneas del epitelio de la mucosa bucal puede deberse a procesos inflamatorios en la dermis (escamas primarias) o ser posterior a la existencia de vesículas o ampollas (escamas secundarias).⁴⁴
- ✓ Atrofia. Es una disminución de espesor y consistencia de la mucosa. La mayor parte de las atrofas son de tipo cicatrizal y secundarias. Adelgazamiento por reducción del número y volumen de los elementos celulares en un sector de la mucosa bucal. Generalmente aparece debido a trastornos en la irrigación del sector.^{44, 45}
- ✓ Cicatriz. Proceso de reparación de pérdida de sustancias en un tejido. La reparación puede dejar una zona atrófica (queloides).⁴⁴
- ✓ Necrosis. Es muerte tisular brusca, masiva. El tejido adquiere un color negruzco, amarillo grisáceo o violáceo y experimenta una evolución en etapas.⁴⁵
- ✓ Necrobiosis. Es muerte tisular lenta, parcial. El tejido lesionado es una mezcla de elementos sanos, otros sin vida y algunos alterados.^{44, 45}
- ✓ Gangrena. biológicamente, es muerte brusca (necrosis) a la que se agrega la putrefacción microbiana. A la necrosis aguda de color violáceo negruzco y maloliente se agrega una sintomatología general toxiinfecciosa.^{44, 45}

- **Lesiones causadas por Prótesis Dental**

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 tejidos blandos, provocando isquemia arterial 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.²³

Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccionar en los tejidos y la forma de agresión que el aparato ejerza. Estos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones hasta profundas alteraciones patológicas.¹¹

✓ **Carcinoma epidermoide**

Es una neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que produce proliferación destructiva local y metástasis a distancia. La localización es en diversas zonas de la cavidad bucal, la más frecuente es en el labio inferior, bordes laterales de la lengua y suelo de boca.⁴⁷

Se han mencionado diversos factores de riesgo asociados, como son: el tabaquismo, alcoholismo, sífilis, infecciones por virus del papiloma humano (VPH), liquen plano bucal, VIH, radiación actina, higiene bucal deficiente, factores hereditarios, deficiencia nutricional e irritación crónica.^{44, 48}

El tratamiento del carcinoma epidermoide debe ser tratado mediante la extirpación quirúrgica, radioterapia o ambos tratamientos.⁴⁷

✓ **Afta**

Es una lesión elemental elevada de contenido líquido, que se localizan en el epitelio y que generalmente no dejan cicatriz. Es difícil definir un afta verdadera ya que desde los albores de la medicina se llamaron aftas a ulceraciones y erosiones de muy diverso origen. Los factores de riesgo pueden ser el estrés, el trauma o la dieta que pueden predisponer a la aparición de aftas. Los fármacos tópicos o sistémicos antiinflamatorios y, en concreto, los corticoides son los indicados debido al carácter inflamatorio y doloroso del proceso. Por lo tanto, además de una intervención temprana, que es fundamental, los esteroides tópicos utilizados durante un corto periodo de tiempo son seguros y deben de utilizarse como primera línea de tratamiento.⁴⁹

✓ **Candidiasis bucal**

La candidiasis bucal es la enfermedad micótica más frecuente observada como manifestación inicial en los pacientes infectados y se considera un marcador de progresión de la enfermedad y de inmunosupresión importante. La especie más frecuente es *Candida albicans* aunque se han reportado otras *Candida* no *albicans*. La candidiasis bucal puede extenderse e involucrar la faringe, la laringe y el esófago. Existen cuatro variedades clínicas:⁴⁴

Seudomembranosa: es la lesión más frecuente; se caracteriza por placas blanquecinas o cremosas, de tamaño variable, que se presentan en la mucosa bucal y lengua y que al desprenderse dejan un fondo eritematoso.⁴³

Atrofica: se caracteriza por una mácula eritematosa plana de bordes bien definidos, de diferentes tamaños que se localiza en el dorso de la lengua o en el paladar duro y blando, o ambos. Los pacientes refieren sensación de quemadura al ingerir alimentos salados o muy condimentados.⁴⁴

Queilitis angular: ulcera bilateral sintomática de los ángulos de la boca, frecuentes en pacientes con infección por *Candida albicans* en otras partes de la boca y suele acentuarse cuando cierra la boca firmemente requiere tratamiento antifúngico.⁽⁴³⁾

Hiperplásica: se manifiesta como pequeñas prolongaciones blanquecinas de diferentes tamaños que se localizan sobre todo en el borde libre y dorso de la lengua. ⁴⁷

El diagnóstico se basa en las características clínicas y en estudios de microbiología. El tratamiento depende del tipo clínico, distribución y gravedad de la infección y puede ser tópico o sistémico. ⁴³

✓ **Leucoplasia**

Es aquel trastorno de la mucosa que tiene una coloración más blanca que lo normal. La leucoplasia oral como lesión precancerosa. Los factores de riesgo son pacientes VIH positivo, irritación por prótesis mal adaptadas, infección crónica por *Candida albicans*, liquen plano crónico, algunos trastornos genéticos, el consumo de tabaco es el factor predisponente más común. ^{47, 50}

Se encuentra frecuentemente en adultos mayores con prótesis dentales antiguas y defectuosas, probablemente porque el agente causal actúa en forma acumulativa por tiempo prolongado. ²³

El diagnóstico es estrictamente clínica, y su diagnóstico se basa en las características morfológicas de la lesión (lesión elemental, localización, extensión, sintomatología acompañante, etc.). El

tratamiento se determina evaluando histológicamente el tejido, si la lesión no es premaligna o maligna se eliminara los lugares que pueden causar hiperplasia, y si es una displasia moderada o intensa de es necesario extirpar totalmente. ^{47,50}

✓ **Estomatitis subprotésica**

La estomatitis subprotésica es una inflamación crónica de la mucosa oral del paladar debida al contacto de ésta con una prótesis, que afecta principalmente a la población de edad avanzada. Es causada al parecer por trauma, mala higiene de la prótesis, así como irritación y alergia al material de la misma, infección micótica y factores sistémicos. Por lo general, es asintomática pero se puede presentar halitosis, sangrado e inflamación, ardor, xerostomía, sensación dolorosa, disgeusia e inflamación de la mucosa de soporte. ²³

La estomatitis protésica en 3 tipos (Clasificación de Newton):

Tipo I: Estomatitis protésica localizada simple: Es una inflamación de carácter local, con obstrucción de los ductos salivales por la prótesis y con signos inflamatorios mínimos, que se manifiesta con un punteado rojizo sobre la mucosa. Este tipo se relaciona con el trauma por la prótesis. ⁵¹

Tipo II: Estomatitis protésica difusa simple: Inflamación difusa y enrojecimiento general de la mucosa que aparece hiperémica, lisa

y atrófica, en toda el área cubierta por la prótesis. Es una lesión inflamatoria propiamente.⁵¹

Tipo III: Estomatitis protética granular o de hiperplasia granular. Inflamación intensa, hiperemia de la mucosa y aspecto nodular en el área recubierta por la prótesis.⁵¹

En el tratamiento de debe retirar el aparato protésico, la eliminación de los factores locales y usos de medicamentos que favorezcan la resolución del cuadro clínico. Además el cepillado de las prótesis y utilizar enjuagatorios bucales.⁵²

✓ **Fibroma**

El fibroma por irritación también llamado hiperplasia fibrosa local o cicatriz hiperplásica, es un tumor o neoplasia benigna de tejido conjuntivo más común de la cavidad bucal. Se origina como una reacción a traumatismos crónicos, como mordedura de labios o irritación por prótesis por estar maladaptadas. Se caracteriza por ser elevada, papular o tumoral, de coloración normal a pálida debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos, donde la superficie puede ser lisa o ulcerada. Puede ser sésil o pediculada y su crecimiento es lento, incluso puede mantener el mismo tamaño durante años. Poseen un crecimiento limitado, que no excede a 1 cm de diámetro y rara vez es mayor de 2 cm, cuando sobrepasan estas dimensiones son denominados fibromas

gigantes. Su consistencia puede ser dura o blanda a la palpación, dependiendo de su grado de vascularización y fibrosis, y por lo general se presenta de forma asintomática. El tratamiento de elección para el fibroma es la extirpación quirúrgica tradicional y ésta rara vez recurre.⁵³

La importancia del fibroma traumático es que tienen características de malignidad cuando el tamaño sobrepasa más de lo normal y la injuria física es constante y esto puede comprometer con la vida del paciente si no es tratado a tiempo, pese a que se trata de una neoplasia benigna sin recidiva; es muy raro los casos reportados con una evolución rápida y de ser así causaría alarma ya que el signo de agudeza sugiere rasgo de malignidad.⁵⁴

✓ **Hiperplasia**

Hiperplasia fibromatosa del paladar duro por acción de la cama de succión

La hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión o hiperplasia fibrosa inflamatoria de vacío, es una lesión sintomática caracterizada por aumento de volumen, que presenta lo mismo formato de la depresión observada en la prótesis, normocrômica o eritematosa, que es provocada por el vacío formado en la cámara de la prótesis. La superficie de la lesión se

presenta con textura lisa y frecuente en pacientes del sexo femenino.⁵⁵

El tratamiento de la hiperplasia fibromatosa, se corrige la prótesis eliminando la cámara de succión llenado gradual o desgaste de los bordes. Si la lesión no desaparece puede researse quirúrgicamente o eliminarse con un galvanocauterio.⁵⁶

Hiperplasia papilar del paladar duro

Se presenta exclusivamente en la mucosa del paladar duro, en relación con la prótesis mal adaptada y que, por lo general, poseen cámara de succión, por acción irritativa crónica de dicho aparato, a la que pueden agregarse deficiencias higiénicas e infección. Su aspecto puede ser variable. En ocasiones la superficie se presenta finamente vegetante, cubierta por muchísimas granulaciones pequeñas que asientan sobre una superficie rojiza inflamatoria. Otras veces se pueden observar elevaciones papilomatosas hemisféricas rosadas. Para el tratamiento se de adaptar las prótesis y como terapéutica local realizar masajes con cremas o ungüentos que contengan corticoides, a fin de tratar el proceso inflamatorio agregado.⁵⁶

✓ **Épulis fisurado (hiperplasia fibromatosa de los surcos)**

La hiperplasia fibrosa inflamatoria, es una proliferación del tejido conjuntivo fibromatoso asociado con inflamación crónica, en

respuesta a una lesión crónica. Su etiología está relacionada con las prótesis totales o parciales desajustadas y con otros factores irritativos o traumáticos. Es también llamada hiperplasia fibrosa inducida por prótesis y *épulis fissuratum*; es una lesión común de la cavidad oral, e involucra mucosa vestibular donde los bordes de la dentadura entran en contacto con el tejido subyacente.^{47, 56}

✓ **Queilitis angular**

La queilitis puede evolucionar en pacientes dentados y desdentados, en los que la disminución de la altura facial oclusiva favorece el contacto continuo con la saliva una retención salival sobre el área comisural, constituyendo factores favorables para la formación de queilitis y microorganismos oportunistas.^{23,57}

B. Tabaquismo

El tabaquismo se encuentra entre los factores de riesgo más importantes, en la incidencia y la progresión de la enfermedad periodontal, es posible su detección en saliva, líquido crevicular gingival y tejidos periodontales.²⁷

Entre los efectos que el uso del tabaco ocasiona en los tejidos bucales, es la susceptibilidad para la enfermedad periodontal, un retraso en la cicatrización, pigmentación de la mucosa, hasta la aparición de procesos premalignos y malignos en la cavidad bucal. Es común en el tabaquismo, la melanosis del fumador que es el aumento en la producción de melanina, en mujeres fumadoras la pigmentación sea más intensa, se

localiza principalmente en la encía labial y en los usuarios de pipa se origina principalmente en la mucosa del carrillo y en el paladar, tiende a desaparecer cuando el hábito del tabaco ha desaparecido; si éste no desaparece, se recomienda tomar una biopsia para su valoración. En la cavidad bucal de las personas consumidoras de tabaco puede presentar eritroplasia; ésta aparece en piso de boca, superficie ventral y lateral de la lengua, paladar blando y mucosa del carrillo y es asintomática; puede tener zonas de color blanco en su superficie (eritroplasia moteada) y se tener especial atención ya que puede tratarse de una displasia epitelial leve, de un carcinoma in situ o de un carcinoma epidermoide. El tratamiento, que depende del estadio de la lesión, puede ser desde excisión quirúrgica hasta una cirugía más radical y tratamiento antineoplásico.⁵⁸

C. Alcoholismo

El alcoholismo, es una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber. El alcohol produce atrofia epitelial de la mucosa bucal.⁵⁹

El consumo de bebidas alcohólicas tiene repercusiones prácticamente en todo el organismo afectando los sistemas: nervioso, cardiovascular, digestivo, sexual o a nivel de la médula ósea. En la cavidad bucal se caracteriza por la aparición de una serie de signos y síntomas clínicos como caries, cálculo, sialosis, bruxismo, leucoplasia y eritroplasia: en

cuanto al liquen plano oral, el etanol podría estar implicado en su potencial proceso de transformación maligna originados bien por el efecto directo del alcohol en el organismo.⁶⁰

D. Enfermedades sistémicas

- **Trastornos cardiovasculares**

- **Infarto al miocardio (IM)**

Necrosis del músculo cardiaco en una zona localizada, que se produce como resultado de una isquemia aguda y sostenida del aporte sanguíneo en alguna de las ramas de las arterias coronarias. La etiología y patogenia es el desarrollo de un trombo oclusivo en una placa aterosclerótica preestablecida en una arteria coronaria; contribuyen a la oclusión la erosión de la placa ateromatosa, la que sea proclive a la formación de trombos, y la liberación de mediadores químicos productores de vasoconstricción.⁶¹

Manifestaciones Orales:

Pueden presentarse alteraciones relacionadas con el empleo de fármacos cardiorreguladores, más no por si solas, como:

Hiposalivación: Es una complicación por medicamentos diuréticos y antihipertensivos, por lo que la incidencia de caries y enfermedad periodontal, también es frecuente la presencia fisuras linguales y de los labios, deshidratación de las mucosas, infecciones por. Candida

albicans, en especial debajo de prótesis removibles o totales, atrofia de epitelios y tendencia a traumatismos de la mucosa oral. ⁴³

Disestesias: Reacciones secundarias a los medicamentos cardiovasculares las alteraciones en el gusto y percepción de los sabores. ⁴³

Cambios hematológicos: observarse petequias palatinas (paladar blando) o hemorragia gingival espontánea. ⁴³

Cambios de la mucosa oral: desarrollo de reacciones liquenoides, las úlceras aftosas y reacciones de alergia. Cambios en encía como la hiperplasia gingival. ⁴³

- **Angina de pecho**

Es una discrepancia entre las demandas de oxígeno del miocardio y la incapacidad de las arterias coronarias para satisfacerlas. Se caracteriza por dolor opresivo y abrumador en el pecho, que se irradia hacia el hombro y brazo izquierdos, y en ocasiones cuello, mandíbula y cara del mismo lado. Un cuadro de angina tiene la particularidad de durar segundos o minutos y curar con el reposo. ⁶¹

Manifestaciones orales

Dolor: reflejado hacia el ángulo izquierdo de la mandíbula en muchas ocasiones ha sido el primer indicador de cardiopatía coronaria. El

hecho de que desaparece con el reposo, permite sospechar el diagnóstico.

Hiposalivación: manifestación secundaria al empleo de cardiorreguladores, sin embargo no se presentan siempre, ni en todas las personas.

Cambios en tejidos blandos: Pueden presentarse liquenoides, hiperplasia gingival, úlceras aftosas, lengua negra, lesiones que semejan pénfigo o penfigoide, edema angioneurótico, eritema multiforme, urticaria y sialadenitis.⁴³

- **Hipertensión arterial (HTA)**

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad sistémica más frecuente, es el aumento sostenido de la presión arterial por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica, y superior a 90 mmHg para la diastólica.⁴³

Manifestaciones orales:

La HTA no suele dar manifestaciones bucales por sí misma, con excepción de hemorragias petequiales debidas a aumento súbito y severo de la presión arterial; sin embargo, pueden identificarse lesiones y condiciones secundarias al empleo de medicamentos antihipertensivos, como la hiposalivación, que favorece el desarrollo

de caries, periodontopatías e infecciones micóticas en la mucosa bucal se erosione y se torne susceptible a traumatismos ante estímulos menores; las prótesis removibles parciales y totales pueden volverse irritantes y puede provocar desadaptación protésica. Los agrandamientos gingivales son alteraciones frecuentes particularmente en hombres.⁴³

- **Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)**

El corazón es incapaz de proporcionar a los tejidos el volumen de sangre que requieren, aun cuando el retorno venoso sea normal. En la cavidad bucal pueden observarse indicios de insuficiencia cardiaca congestiva; entre ellos destaca la cianosis de labios, piel y mucosas, especialmente en los pacientes que cursan con cardiopatías congénitas y cortocircuitos de derecha a izquierda. Algunos otros antihipertensivos pudieran ser responsables de la aparición de úlceras, edema angioneurótico, reacciones liquenoides, pénfigo, eritema multiforme, petequias, etc. Entre mayor sea el número de fármacos hiposalivatorios mayor será la tendencia al desarrollo de lesiones cariosas y periodontales.⁴³

• **Enfermedad Infecciosas**

- **Hepatitis viral**

Constituye una infección generalizada del hígado, cuya etiología es uno de los cinco principales microorganismos víricos: de hepatitis A, B, C, D y E; también se han identificado aquellos que son

transmitidos por transfusiones, como el virus de la hepatitis G y el TT. Todos son virus RNA, excepto el de la hepatitis B, que es DNA.⁴³

- **Tuberculosis**

Infección granulomatosa crónica de los pulmones causada por *Mycobacterium tuberculosis*. La cual se extiende por medio de aerosoles; pueden asociarse a veces con úlceras orales crónicas o ganglios nasofaríngeos y cervicales aumentados de tamaño.⁴⁷

Las manifestaciones bucales en pacientes con tuberculosis pueden presentar ulceración, de bordes indurados, muy dolorosas, con tubérculos satélites en la periferia o nódulos, fisuras, placas o vesículas que crecen con lentitud, localizadas en la lengua, paladar y labios, aunque puede presentarse en carrillos, comisuras, encía, amígdalas o áreas de tejido linfoide la cavidad oral o nasofaringe.⁶¹

Los pacientes afectados de tuberculosis es difícil ya que las lesiones son resistentes a muchos medicamentos, no obstante si exista sospecha de tuberculosis activa, el odontólogo deberá usar métodos de aislamiento y barreras para prevenir el contagio de la enfermedad a él mismo y al personal de trabajo.^{47, 62}

- **Gonorrea**

La gonorrea es una de las enfermedades bacterianas con mayor prevalencia en el mundo, se considerada como una infección de transmisión sexual Es una infección de transmisión sexual que

afecta a los epitelios y suele manifestarse como cervicitis, uretritis, proctitis y conjuntivitis, también afecta la cavidad bucal estas las lesiones, generalmente asintomáticas.⁶³

La manifestación bucal de gonorrea primaria es variable y depende de la gravedad y distribución de la infección, la faringe es la zona más afectada. Las principales manifestaciones bucales son ulceración aguda, eritema difuso, necrosis de papilas interdentes, edema en lengua, mucosa edematosa que sangra con facilidad, lesiones vesiculares, así como pseudomembranas amarillentas no adherentes en encía, lengua o paladar blando que dejan una superficie sangrante al ser removidas. Los principales síntomas son sensación de ardor y resequedad de mucosas, sialorrea, mal sabor, halitosis, fiebre y linfadenopatía regional. Los síntomas clínicos incluyen fiebre de inicio rápido, inflamación y edema de la articulación, trismo por espasmo de los músculos maseteros.⁶¹

- **Sífilis**

La sífilis es una infección crónica generalizada causada por *Treponema pallidum*, que se transmite por vía sexual y por transferencia de la madre al feto por vía placentaria, y que se caracteriza por fases de actividad separadas por periodos de latencia.⁶⁴

Los pacientes con sífilis primaria presentan chancros orales localizados frecuentemente en la lengua, encías, paladar blando y labios. Las lesiones aparecen como úlceras induradas, no dolorosas, con crecimiento de ganglios cervicales y submandibulares y cura en promedio de 3 a 7 semanas.

En la sífilis secundaria aparecen placas múltiples en las mucosas, cubiertas con una pseudomembrana blanca-grisácea con halo eritematoso, localizados frecuentemente en el paladar blando, los pilares amigdalinos, la lengua y la zona vestibular. Cuando hay confluencia de las placas que se conviertan en úlceras dolorosas.

La sífilis terciaria se caracteriza por la presencia de gomas sobre todo en el paladar duro, aunque también puede haber en la lengua, labios y paladar blando. Inician como pequeñas úlceras que al crecer pueden afectar estructuras adyacentes; incluso se ha reportado perforación del paladar por goma sífilítico. Se puede presentar glositis y atrofia mucosa que pueden evolucionar a lesiones malignas.⁶¹

Las penicilinas de acción prolongada son los antibióticos de mayor elección y eficaz para el tratamiento en todas las etapas de la sífilis.⁶⁵

- **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

Los descubrimientos del SIDA y del virus VIH permitieron demostrar que el virus infecta a algunos glóbulos blancos, responsables de la defensa inmunitaria, esta infección es definitiva y se transmite de célula a célula causando así una pérdida irreparable de la defensa inmunitaria que da lugar al SIDA.⁶⁶

Se pueden presentar manifestaciones que involucran la región maxilofacial en todos los estadios de la enfermedad. No existe una patología bucal exclusiva del VIH, aunque algunas lesiones o trastornos tienen estrecha relación con la enfermedad y sugieren el diagnóstico. Las enfermedades bucales pueden ser clasificadas en:

Infecciosas: debidas a hongos, virus, bacteria o parásitos.

Neoplasias: sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin.

Inmunológicas: estomatitis necrotizante, estomatitis aftosa recurrente.

Otras: enfermedades de la parótida, nutricionales, xerostomía.

Por efectos adversos de antirretrovirales: candidiasis bucal, eritema marginal, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante, sarcoma de kaposi, linfoma no hodgkin, herpes simple, herpes zóster, condilomas acuminados, xerostomía, sialoadenitis, púrpura trombocitopénica, hiperpigmentación

melanótica, histoplasmosis, criptococosis, tuberculosis, eritema multiforme, reacciones líquenoides, caries dental, neuralgia del trigémino, parálisis facial, virus del papiloma humano, sífilis.⁶¹

- **Alteraciones hepáticas y renales**

- **Enfermedad hepática**

Las alteraciones del hígado tienen importancia en la práctica odontológica, en vista de que es un órgano que interviene en múltiples funciones metabólicas, su disfunción puede provocar cambios en el metabolismo de proteínas, carbohidratos y lípidos.⁶¹

- ✓ Cirrosis

La disfunción hepática, puede llevar a eventos hemorrágicos espontáneos o provocados, es decir sangrado gingival espontáneo, aparición de hematomas posquirúrgicos o sangrado franco. La mucosa oral puede lucir pálida por anemia asociada a desnutrición, sangrado agudo o crónico, también se observa halitosis.⁴³

- ✓ Hepatitis alcohólica

Se pueden observar queilitis angular y glositis por carencia de vitamina B, agrandamiento, enrojecimiento y sangrado gingival por falta de vitamina C, cambios descamativos y vesiculares periorales por falta de zinc. La mucosa oral puede lucir pálida por anemia asociada. En la región facial se observa redes vasculares

patentes (angiomas aracnoideos), en particular la nariz y agrandamiento parotídeo, también hay halitosis. El aspecto neoplásico también debe considerarse como carcinoma epidermoide, siendo el lugar más común de aparición del tercio posterior del borde de la lengua. ⁴³

✓ **Trasplantes hepáticos**

Las manifestaciones orales se pueden dividir entre las relacionadas de manera directa a la enfermedad o como efecto de complicaciones secundarias farmacológicas. Relacionados a la enfermedad como es un riesgo hemorrágico incrementado, identificado por equimosis, hematomas y sangrado franco, por la alteración de los factores de coagulación o en la cuenta plaquetaria, puede presentar palidez desnutricional y hemorrágica, así como halitosis, también se observa crecimiento gingival y formaciones vesiculares en la mucosa oral. Las afecciones por hongos más frecuentes es cándida. El signo de lengua pilosa puede estar presente en el paciente con trasplante hepático causado por el virus Epstein–Barr. ⁴³

- **Enfermedad renal**

Los riñones sirven al cuerpo como un filtro natural; en ellos la sangre es depurada al eliminarse productos nitrogenados del metabolismo proteico, solutos orgánicos, fármacos unidos a proteínas y productos de desecho resultantes de la degradación metabólica de diferentes

hormonas. Los elementos sustraídos son dirigidos hacia la vejiga urinaria donde se acumulan y eliminan en la orina. El aumento de urea sanguínea por la incapacidad renal para eliminarla, provocará un estado de intoxicación y se manifestará náuseas, vómito, anorexia y halitosis. Se presentan conjuntamente signos de irritación gastrointestinal como esofagitis, gastritis y sangrado. Puede haber cambios erosivos en la mucosa oral y aumento del volumen parotídeo.⁶¹

- **Alteraciones Endocrinas**

- **Alteración tiroideas**

Los padecimientos más comunes son:

- ✓ Bocio: Es el aumento de volumen de la glándula tiroides. No caracteriza alguna enfermedad en particular. Puede haber agrandamiento en el denominado bocio endémico, en el cual el estado metabólico del paciente es normal, la glándula se agranda, el crecimiento es difuso.
- ✓ Tirotoxicosis o hipertiroidismo: Hipersecreción de hormonas tiroideas, mecanismos inmunitarios alterados, hasta condiciones neoplásicas de la glándula misma o de la adenohipófisis.
- ✓ Hipotiroidismo: Disminución o ausencia de hormonas tiroideas.^{43,61}

- **Insuficiencia suprarrenal**

La insuficiencia adrenal sin tratamiento puede presentarse hiperpigmentación de piel y mucosas como en la enfermedad de Addison. Su manejo a través de la prescripción de corticosteroides puede provocar cambios orales como susceptibilidad infecciosa y alteraciones reparativas, como la candidiasis que se implantan en las mucosas orales de estos pacientes, petequias palatinas por hipoprotrombinemia. Puede presentarse retraso en el crecimiento óseo y erupción dentaria, engrosamientos gingivales, cambios en la sensibilidad epitelial oral, malposición dental por consumo proteico aumentado, osteoporosis y el paciente puede presentar una facie pletórica y redonda, con hirsutismo y acné, debilidad muscular, oligomenorrea, voz viril, alteraciones emotivas.^{43,61}

- **Diabetes**

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica crónica con diversos factores etiológicos, caracterizada por alteraciones en el metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas, esto puede afectar a todos los sistemas orgánicos.⁶⁷

✓ La diabetes mellitus tipo 1: se da en etapas tempranas de la vida.

Se caracteriza por hipoproducción de insulina, consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas por mecanismos autoinmunes.^{67, 68}

- ✓ La diabetes mellitus tipo 2: es más frecuente de todos los pacientes. Suele diagnosticarse en la etapa adulta y asociarse a obesidad central, dislipidemia, hipertensión arterial en un gran porcentaje de los pacientes. Expresa una resistencia tisular a la insulina con sobreproducción de la misma. ^{67. 68}

- ✓ Otros tipos de diabetes: de causa secundaria a otras condiciones patológicas (enfermedades pancreáticas, alteraciones hormonales, inducidas por fármacos, de causa genética, etc.) ⁶⁹

Diabetes gestacional: se da durante el embarazo y regularmente desaparece en el puerperio ⁶⁹

En general las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus varían de cada persona. DM tipo 1 el inicio de los síntomas suele ser brusco, en la DM tipo 2 resultan ser más graduales y asintomática. Las lesiones orales en diabéticos podemos citar: la enfermedad periodontal, xerostomía, hipertrofia parotídea, incremento en la prevalencia de caries, candidiasis, glosodinia o síndrome de boca ardiente, liquen plano, tendencia a las infecciones orales y cicatrización retardada. Otras complicaciones menos frecuentes serían: granuloma piogénico, odontalgia atípica, alveolitis seca y úlceras en mucosa. ⁶⁸

No existen enfermedades bucales exclusivas de la DM; sin embargo, en personas con mal control glucémico de largo plazo puede haber daño en los tejidos bucales, el aliento cetónico, retraso en la reparación de los tejidos., puede haber áreas de atrofia de la mucosa bucal (por alteraciones en la replicación celular) y depapilización del dorso de la lengua (microangiopatía). Pacientes diabeticos de largo plazo y mal control glucémico son edéntulos, suelen portar prótesis totales o parciales mucosoportadas, y sera común observar estomatitis por prótesis. La mucosa suele estar adelgazada, lisa y brillante, con áreas de erosión, por lo regular asintomática, aunque a veces las personas afectadas reportan la sensación de ardor, el tratamiento será la aplicación de antimicóticos tópicos, retirar las prótesis por las noches y tratarlas también con antifúngicos, mientras se elaboran unas nuevas. En la hiperplasia papilar inflamatoria deben eliminarse en forma quirúrgica las proyecciones papilares. Todas las formas de estomatitis por prótesis pueden acompañarse de queilitis angular.^{43, 61}

- **Enfermedades sanguíneas y de hemostasia**

- **Trastornos eritrocíticos**

- ✓ Policitemia: El eritema violáceo de la piel y las mucosa. Las encías se agrandan y se presentan hiperémicas, sangran de manera espontánea al menor estímulo o ante una manipulación

leve. Con los fenómenos trombóticos se produce una depleción de los factores de la coagulación, circunstancia que propicia de manera temporal la aparición de petequias y equimosis en la mucosa oral, así como epistaxis y úlceras. La hidroxiurea empleada como tratamiento antimieloproliferativo pudiera producir de manera secundaria estomatitis y lesiones ulcerosas.^{47,61}

- ✓ Anemia: Suele manifestarse en la boca de diferentes formas, de manera independiente a la gravedad de las mismas. Las úlceras bucales, el dolor y ardor que se presentan en los pacientes con cualquier forma de anemia. Es importante destacar que las lesiones bucales y la sintomatología de la anemia deben ser manejadas de manera integral.⁴⁷

- **Trastorno leucocitario**

Son alteraciones numéricas o funcionales de los leucocitos. Se observa como lesiones bucales úlceras profundas, dolorosas y de olor necrótico, así como pericoronitis y abscesos periapicales. Los problemas funcionales leucocitarios dan lugar a infecciones bacterianas, virales o micóticas de la cavidad bucal.⁶¹

- **Trastorno de hemostasia**

Las manifestaciones de trastornos de la hemostasia primarios, (genéticos) o secundarios a enfermedades sistémicas, así como al uso de fármacos se pueden ser identificables con facilidad por el

odontólogo. Aunque la mayoría de los eventos hemorrágicos posquirúrgicos son resultado de la propia manipulación de los tejidos. Los pacientes con trastornos de la hemostasia si observa en su boca lesiones purpúricas o petequiales, sobre todo en paladar blando. Son comunes las lesiones cariosas y periodontales, las cuales es probable se deriven del temor de llevar al paciente a consulta.⁴⁵

- **Trastornos neuromotores**

- **Alteración cerebro vascular (ACV)**

La relevancia del ACV radica en que se trata de una causa importante de muerte, invalidez, dependencia y estancia hospitalaria en nuestro medio.⁷⁰

Las manifestaciones clínicas son muy variadas; la sintomatología neurológica dependerá del vaso sanguíneo involucrado. Las manifestaciones bucales que se observa son a causa del tratamiento farmacológico empleado y secuelas del evento cerebrovascular. Por lo cual se puede observar parestesias en maxilares y cara; petequias, eritema o hematomas en individuos que toman anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios. En pacientes con secuelas neuromusculares de parálisis bucofacial y hemiplejía, por el cual se observa gingivitis, periodontitis y múltiples caries, además de grados variables de disfunción sensorial de los tejidos orales y

peribucales el cual hay una desorientación perceptual de estímulos dolorosos de origen dental que complica el diagnóstico y ubicación exacta del problema.^{47,64}

- **Enfermedad de Parkinson**

La enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso neurodegenerativo complejo de aparición en la edad adulta. Su etiología es desconocida y, en términos generales, la causa subyacente sería la combinación de factores ambientales, se caracteriza por bradicinesia (movimientos lentos y escasos), temblor en reposo, rigidez muscular, trastornos de la marcha y postura en flexión.^{37,47}

Las principales manifestaciones bucales son hiposalivación, que puede provocar queilitis angular, y resequedad oral, secundaria al uso de fármacos anticolinérgicos, antihistáminicos y antidepresivos tricíclicos, lo que aumenta la posibilidad de caries y periodontopatías. Los temblores parkinsonianos hay movimientos mandibulares involuntarios y bruxismo. Los temblores y la rigidez producen dolor orofacial y molestias en la articulación temporomandibular.^{47,64}

- **Epilepsia**

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica, que puede convertirse en progresiva con relación a los disturbios cognitivos, frecuencia y gravedad de los eventos críticos, es una de las

enfermedades neurológicas más frecuentes, siendo superada solamente por el accidente vascular cerebral.⁶⁶

Las manifestaciones bucales de pacientes con epilepsia son resultado de efectos secundarios del consumo de fármacos. El crecimiento del tejido gingival generalizado (hiperplasia gingival), secundario a la toma de fenitoína, la eliminación es quirúrgica de la hiperplasia gingival y mejorar medidas de higiene y preventivas dentales. Además pueden presentar atrición dental marcada y fracturas coroneales producto del apretamiento y traumatismos durante las crisis convulsivas. Los pacientes que no tiene un tratamiento adecuado suelen presentar cicatrices visibles en la piel, labios, carrillos y cara, producto de mordeduras y golpes.⁴³

- **Enfermedad de Alzheimer**

La Enfermedad de Alzheimer es una Encefalopatía Degenerativa Primaria (sin causa conocida). Se caracteriza por la presencia de trastornos de memoria iniciales y típicos, que comienzan de manera insidiosa y evolucionan progresivamente. En la evolución se van comprometiendo otras funciones cognitivas y se asocian trastornos conductuales.⁴³

El tratamiento dental estará determinado por el avance de este trastorno, por lo que se realizara tratamiento preventivo cada tres meses para evitar el desarrollo de una infección bucal que puede

agravar la condición sistémica del paciente. Conforme avanza la enfermedad, el aumento del reflejo nauseoso y la incoordinación motora complican el tratamiento por ello se recomienda excluir las prótesis removibles dentales para no comprometer la permeabilidad de vías aéreas, además hay incremento caries, enfermedad periodontal y destrucción progresiva de la dentición. De acuerdo a la gravedad de este trastorno, algunas veces será necesario realizar el tratamiento dental bajo anestesia general. ^{43, 61}

- **Parálisis cerebral**

Los pacientes con parálisis cerebral presentan diversas manifestaciones bucales; como caries comunes a enfermedad periodontal grave, por descuido en los hábitos de higiene, hábitos de lengua y respiración oral, un reflejo nauseoso incrementado, así como sensibilidad perioral. ^{43,61}

2.3 Definiciones Conceptuales

- **Edéntulo total**

El edentulismo en la salud bucal es la ausencia de las piezas dentarias. La pérdida de dientes altera las funciones de sistema estomatognático, tales como la masticación, la fonética y la estética.

- **Dimensión Vertical**

Se define dimensión vertical como la distancia entre dos puntos seleccionados, uno sobre un elemento fijo y otro sobre un elemento móvil.

Generalmente el punto fijo esta ubicado en el maxilar a nivel nasal o sub-nasal y el punto móvil en la mandíbula a nivel del mentón.

- **Prótesis dental total**

Prótesis dental total tiene el objetivo de devolver la funcionalidad y estética al paciente. La prótesis dental completa es el tratamiento en ausencia total de dientes. El paciente mejora la masticación, fonación y en la estética.

- **Medicina bucal**

Rama de la odontología que se encarga del cuidado de la salud bucal de los pacientes médicamente comprometidos, en el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de alteraciones sistémicas que se relaciona con el desorden que afectan la región bucal y maxilofacial.

- **Lesión Elemental**

Son aquellas lesiones capaces de caracterizar a las enfermedades mucocutáneas.

- **Estomatitis subprotésica**

La estomatitis subprotésica es una inflamación crónica de la mucosa oral del paladar debida al contacto de ésta con una prótesis, que afecta principalmente a la población de edad avanzada.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Descripción del diseño

3.1.1 Diseño

Descriptivo

3.1.2 Tipo de investigación

Observacional, Transversal y Prospectiva

3.1.3 Enfoque

Cuantitativo

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes que se atendieron en la Clínica Estomatológica del Adulto, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2017-II, los cuales se estimaron en un total aproximado de 120 pacientes.

3.2.2 Muestra

La muestra de la investigación fue tomada en forma no aleatoria, por conveniencia, estuvo conformada por 80 pacientes adultos que presentaron prótesis dental total, que acudieron a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.3 Criterios de inclusión

- Pacientes portadores de prótesis dental total
- Pacientes fumadores.
- Pacientes portadores de VIH y HB.
- Pacientes con accidente cerebro vascular (ACV).
- Pacientes con enfermedades sistémicas.

3.2.4 Criterios de exclusión

- Pacientes rehabilitados que no usan sus prótesis dentales
- Pacientes sin experiencia de prótesis dental
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o mentales

3.3 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALOR
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factor de Riesgo</p>	<p>Aquellos que son predisponentes para la aparición de una lesión bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de Conservación de la prótesis - Tiempo de uso - Higiene de la prótesis - Uso de tabaco - Alcoholismo - Enfermedades sistemáticas - Retiro de la prótesis para dormir 	<p>Pregunta 1</p> <p>Pregunta 2</p> <p>Pregunta 3</p> <p>Pregunta 4</p> <p>Pregunta 5</p> <p>Pregunta 6</p> <p>Pregunta 7</p>	Cuantitativo	De Intervalo	<p>Respuesta elegida</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Lesiones Bucales</p>	<p>Alteración patológica de la mucosa bucal</p>	<p>Presencia de Lesiones</p>	<p>Estomatitis subprótesica</p> <p>Hiperplasia</p> <p>Épulis fisurado</p> <p>Fibroma</p> <p>Leucoplasia</p> <p>Queilitis angular</p> <p>Otros</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>Tipo de lesión</p>

3.4 Técnicas de Recolección de Datos

Dentro del procedimiento para realizar la recolección de datos, se llevó a cabo mediante la elaboración y toma de una encuesta, que constó de 8 preguntas de tipo cerrada, dicotómica y que fue elaborada por el investigador.

La referida encuesta fue anónima, cuidando que no tenga alguna información que permita identificar al encuestado, la cual fue entregada a cada paciente que es parte de la muestra, para luego de su lectura den las respuestas correspondientes sobre los factores de riesgo y las lesiones de la cavidad bucal, en los pacientes portadores de prótesis dental total.

3.4.1 Descripción de los Instrumentos

El instrumento que se utilizó en el presente estudio, fue un cuestionario de preguntas relacionadas al tema para conocer los factores de riesgo que están asociados a las lesiones de la cavidad bucal. El mencionado instrumento fue elaborado por el investigador, siendo una encuesta anónima.

El cuestionario tuvo las siguientes partes:

La primera parte estuvo destinada a los datos generales como sexo, edad y fecha. Siendo de carácter anónimo, no se solicitó el nombre, y ninguna información en que se pueda identificar al encuestado.

La segunda parte consistió en 8 preguntas, una para cada una de las dimensiones del presente estudio. Las respuestas fueron de elección de repuesta, que al final se podría determinar los factores de riesgo y su

asociación con las lesiones de la cavidad en pacientes portadores de prótesis dental total.

3.4.2 Validez de los instrumentos

El Instrumento a emplear, por ser una ficha Ad-Hoc, se requirió una validación previa a su aplicación final. La validez del contenido de la ficha elaborada, fue mediante la evaluación por juicio de tres expertos, con el grado de Magíster o Doctor, y además conocedores del tema.

3.5 Técnicas para Procesar la Información

Luego de realizar la recolección de datos se procederá a organizar las fichas de recolección de datos y posteriormente a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las condiciones planteadas por el investigador.

El procesamiento de datos se llevó a cabo en una Notebook de marca HP Pavilion 14, procesador AMD A8-6410, AMD graphics Raedon R5 y 4gb de memoria RAM; con sistema operativo Windows 8.1 Single Language 64 bits.

La información recolectada será analizada con el paquete estadístico SPSS en su versión de acceso 20; en la cual se llevó a cabo la estadística descriptiva. También se utilizó estadística inferencial y los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas, como inferenciales fueron expresadas mediante tablas y gráficos. Los resultados muestrales que se obtuvieron fueron inferidos a las población mediante estimación por intervalo a un 95% de confianza.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Después de ejecutada la investigación y obtener los resultados, que son de acuerdo a los objetivos planteados en el Proyecto, para poder realizar el análisis respectivo de acuerdo a las variables planteadas, se hizo con el apoyo del asesor de la tesis y un especialista en estadística, el cual se mostrara mediante las siguientes tablas y gráficos.

Tabla N° 01
Distribución por sexo y grupo etario

SEXO		60 - 70	71 – 80	81 a más
MASCULINO	N°	14	11	3
	% del total	17.5%	13.8%	3.8%
FEMENINO	N°	15	23	14
	% del total	18.8%	28.8%	17.5%

En la Tabla N° 01 se aprecia la distribución de la muestra según sexo y grupo etario, apreciándose que en mayor número del sexo masculino son los del grupo de 60-70 años con un número de 14 (17.5%) de sujetos, y en el sexo femenino en mayor número son las del grupo etario de 71-80 años con un número de 23 (28.8%) de individuos.

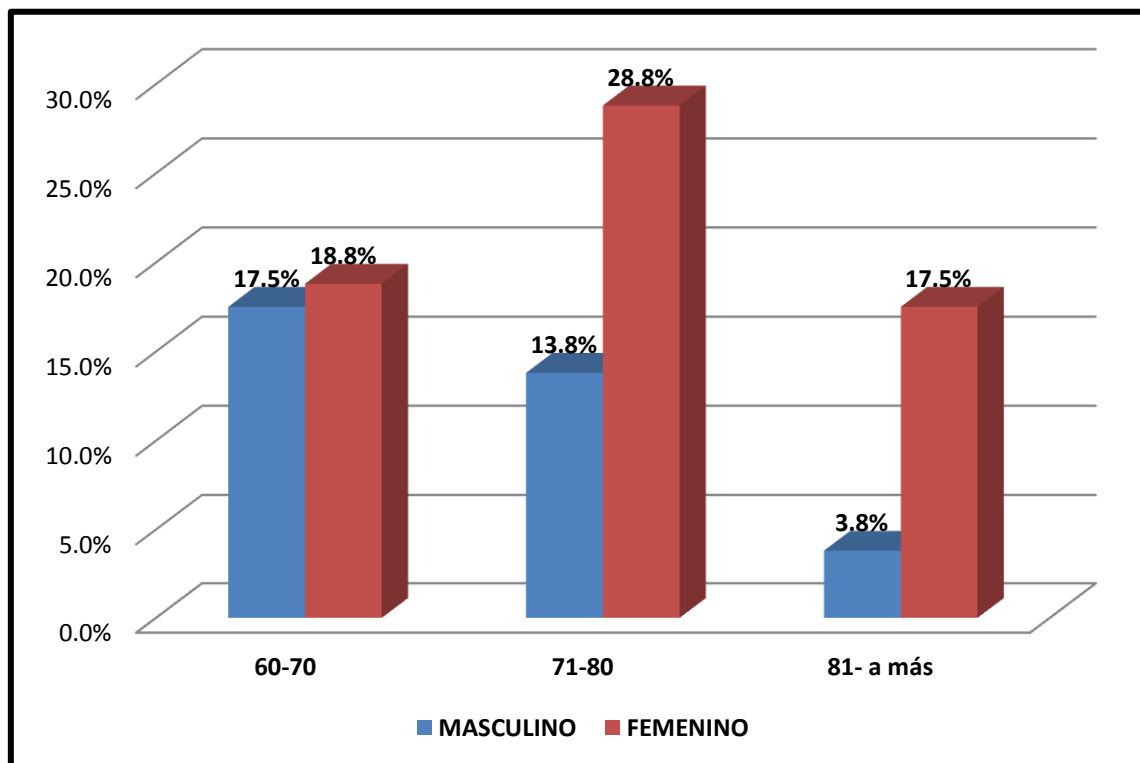


Gráfico N° 01
Distribución por sexo y grupo etario

Tabla N° 02
Individuos que presentan lesiones en la cavidad bucal

	N°	%
No presenta	27	33.8%
Si presenta	53	66.2%

En la tabla N° 2 se observa que de las personas que participaron en el estudio un número de 53 (66.2%) si presentaron lesión en la cavidad bucal, y un número de 27 (33.8%) no presentaron lesiones.

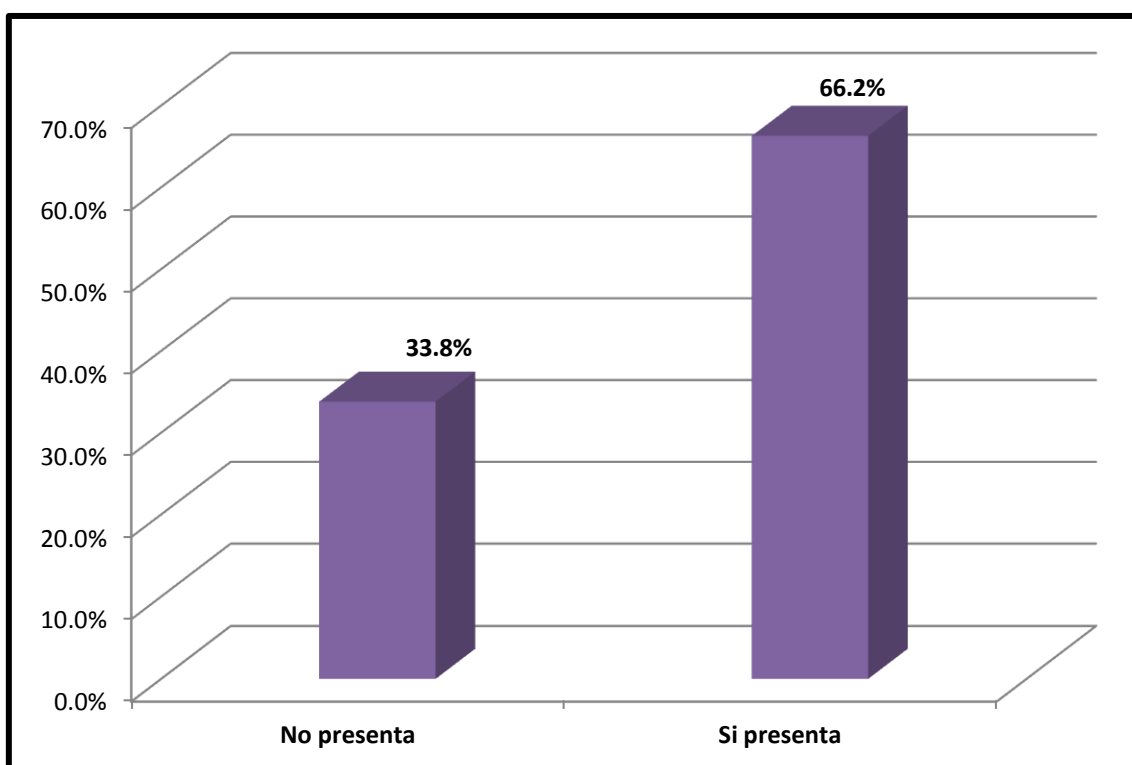


Gráfico N° 02
Individuos que presentan lesiones en la cavidad bucal

Tabla N° 03
Estado de conservación de la prótesis según el sexo

SEXO		Buena	Mala
MASCULINO	N°	5	23
	% del total	6.3%	28.8%
FEMENINO	N°	6	46
	% del total	7.5%	57.5%

En la Tabla N° 03, se encontró que el número de personas de sexo femenino fue de 46 (57.5%), presentaron una mala conservación de sus prótesis.

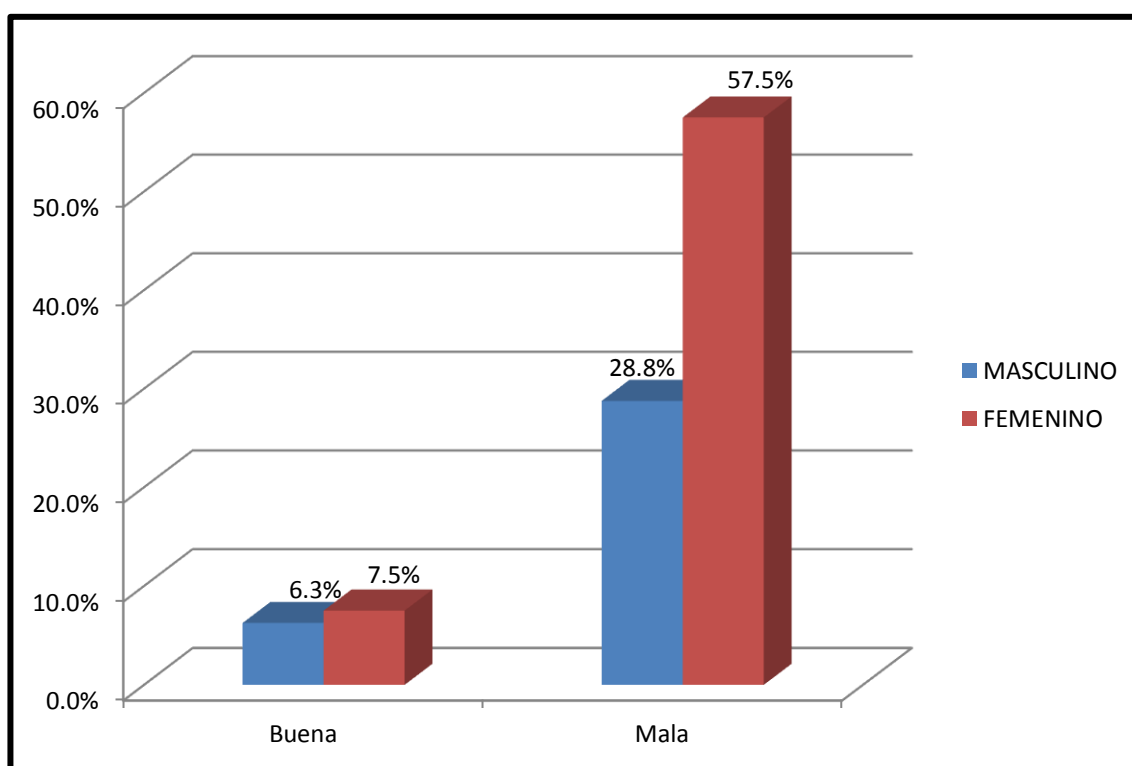


Gráfico N° 03
Estado de conservación de la prótesis según el sexo

Tabla N° 04
Relación entre el estado de conservación de la prótesis y el sexo

CHI-CUADRADO (x²)	Valor	gl	Sig
	0.613	1	0.434

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 04 se observa la correlación existente entre el estado de conservación de las prótesis y el sexo de los individuos, mediante la aplicación del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo el valor de 0.613, y un nivel de significancia de $p>0.05$.

Tabla N° 05

Estado de conservación de la prótesis según grupo etario

GRUPO ETARIO		Buena	Mala
60 - 70	N°	7	22
	% del total	8.8%	27.5%
71 - 80	N°	2	32
	% del total	2.5%	40%
81 a más	N°	2	15
	% del total	2.5%	18.8%

En la tabla N° 05 se describe el nivel de conservación de las prótesis en base al grupo etario, observándose que del grupo de 71 – 80 años fueron en número de 32 (40%) individuos los que presentaron una mala conservación de sus prótesis.

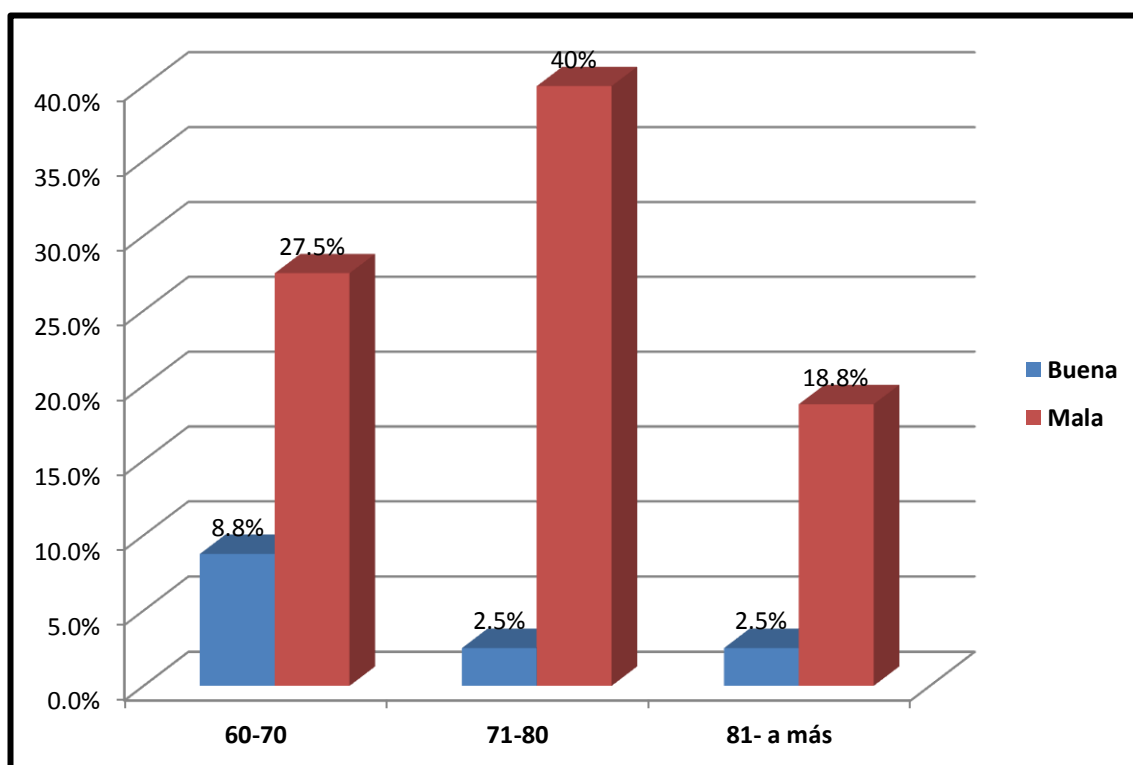


Gráfico N° 04

Estado de conservación de la prótesis según grupo etario

Tabla N° 06
Relación entre el estado de conservación de la prótesis y grupo etario

CHI-CUADRADO (x²)	Valor	gl	Sig
	4.470	2	0.107

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 06 se observa la correlación existente entre el estado de conservación de las prótesis y el grupo etario de los individuos, mediante la aplicación del Chi cuadrado (x²) se obtuvo el valor de 4.470, y un nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 07
Influencia del tiempo de uso de las prótesis y su relación con lesiones bucales

	Hace 1 año		Hace 3 años		Más de 3 años	
	N°	% del total	N°	% del total	N°	% del total
Estomatitis subprótesis	0	0%	4	7.5%	10	18.9%
Estomatitis subprótesis. Queilitis angular.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Estomatitis subprótesis. Otros.	0	0%	1	1.9%	1	1.9%
Hiperplasia	2	3.8%	1	1.9%	1	1.9%
Hiperplasia. Otros.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Epulis Fisurado	0	0%	0	0%	1	1.9%
Fibroma. Otros.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Queilitis Angular.	1	1.9%	0	0%	4	7.5%
Queilitis angular. Otros.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Otras	6	11.3%	6	11.3%	11	20.8%

En la Tabla N° 07 se observa que en mayor número de 11 (20.8%) las prótesis empleadas por más de 3 años presentaron “otras” lesiones bucales.

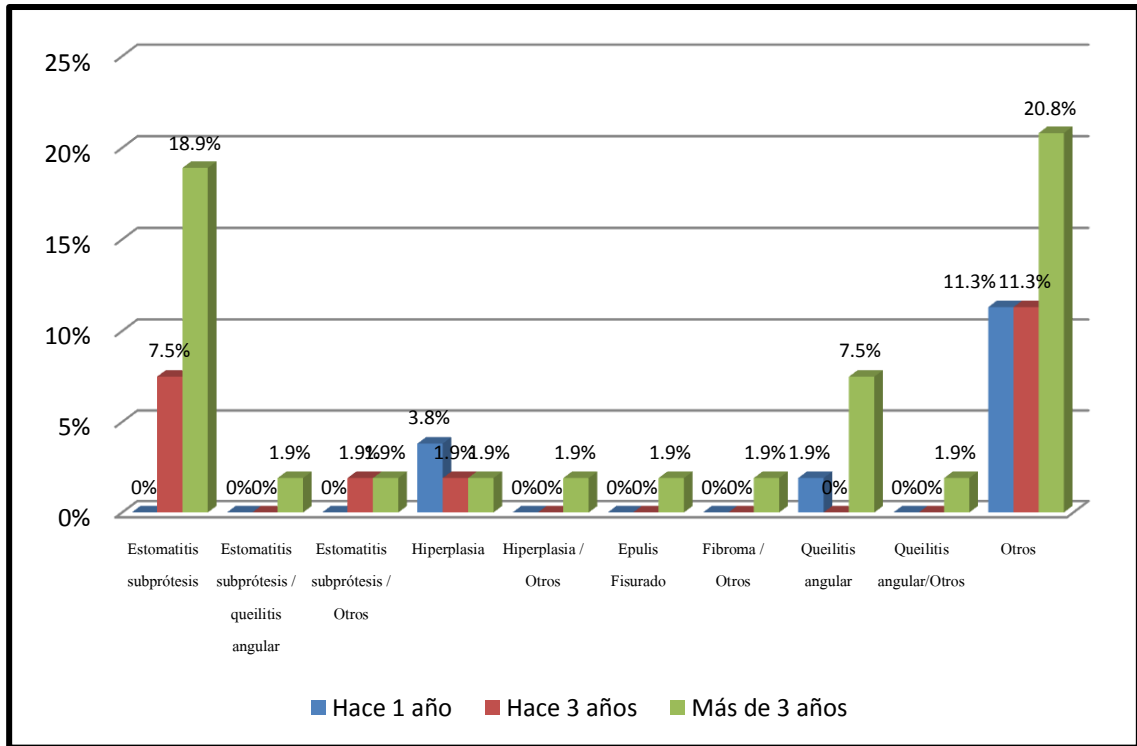


Gráfico N° 05
Influencia del tiempo de uso de las prótesis y su relación con lesiones bucales

Tabla N° 08
Relación entre el tiempo de uso de las prótesis y las lesiones bucales

CHI-CUADRADO (x²)	Valor	gl	Sig
	13.924	18	0.734

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 08 se observa la correlación existente entre el tiempo de uso de las prótesis y las lesiones bucales, mediante la aplicación del Chi cuadrado (x²) se obtuvo el valor de 13.924, y un nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 09
Influencia de la higiene de las prótesis sobre las lesiones bucales

	2 veces a mas al día		1 vez al día		No higienizo mi prótesis	
	N°	% del total	N°	% del total	N°	% del total
Estomatitis subprótesis	12	22.6%	1	1.9%	1	1.9%
Estomatitis subprótesis. Queilitis angular.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Estomatitis subprótesis. Otros.	1	1.9%	0	0%	1	1.9%
Hiperplasia	4	7.5%	0	0%	0	0%
Hiperplasia. Otros.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Epulis Fisurado	0	0%	1	1.9%	0	0%
Fibroma. Otros.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Queilitis Angular.	3	5.7%	2	3.8%	0	0%
Queilitis angular. Otros.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Otras	21	39.6%	2	3.8%	0	0%

En la Tabla N° 09 se observa cómo influye la higiene de las prótesis en la aparición de lesiones bucales, en mayor número se aprecia en personas que hace la higiene 2 veces a más a día, con un número de 21 (39.6%) personas que presentaron “Otras” lesiones.

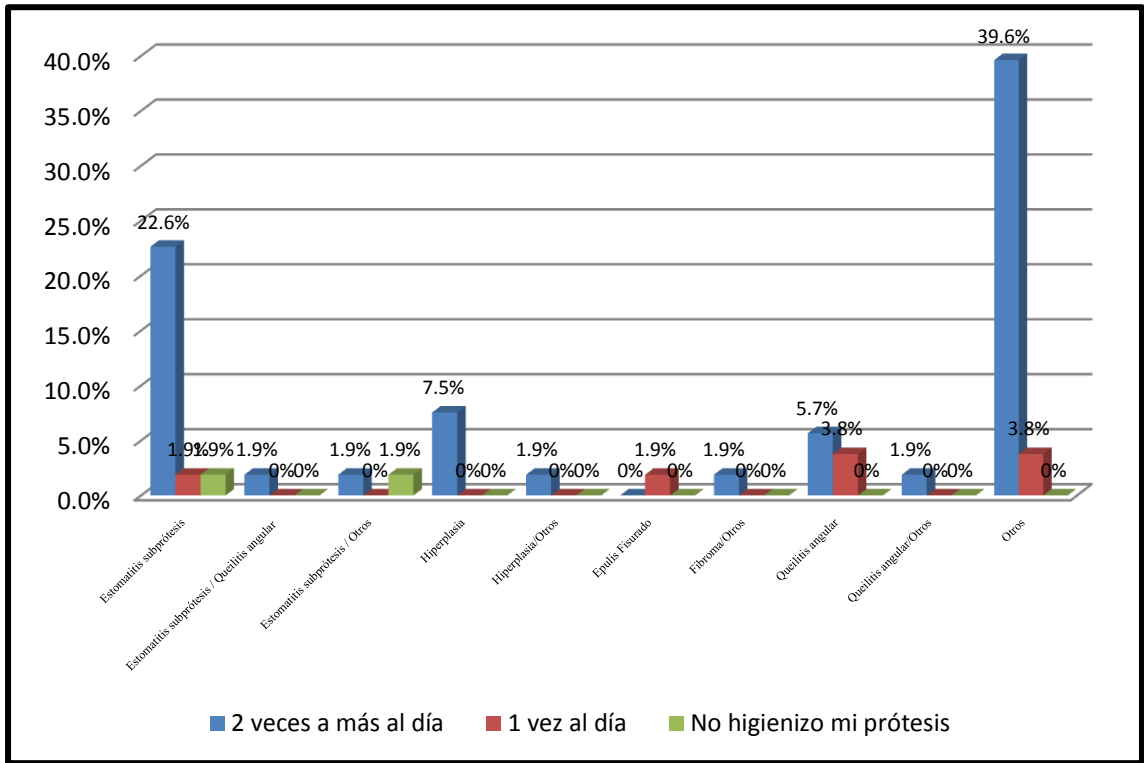


Gráfico N° 06
Influencia de la higiene de las prótesis sobre las lesiones bucales

Tabla N° 10
Relación entre la higiene de las prótesis y lesiones bucales

CHI- CUADRADO (x²)	Valor	gl	Sig
	27.038	18	0.078

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 10 se observa la correlación existente entre el tiempo de uso de las prótesis y la ubicación de lesiones bucales, mediante la aplicación del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo el valor de 27.038, y un nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 11
Influencia del uso de tabaco sobre la presencia de lesiones bucales

	No fumo		Eventualmente		Diario	
	N°	% del total	N°	% del total	N°	% del total
Estomatitis subprótesis	13	24.5%	0	0%	1	1.9%
Estomatitis subprótesis. Queilitis angular.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Estomatitis subprótesis. Otros.	1	1.9%	1	1.9%	0	0%
Hiperplasia	4	7.5%	0	0%	0	0%
Hiperplasia. Otros.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Epulis Fisurado	1	1.9%	0	0%	0	0%
Fibroma. Otros.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Queilitis Angular.	5	9.4%	0	0%	0	0%
Queilitis angular. Otros.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Otras	21	39.6%	1	1.9%	1	1.9%

En la Tabla N° 11 se describe el uso de tabaco y la presencia de lesiones bucales, se aprecia que los pacientes que no fuman son en número de 21 (39.6%) y presentan “Otras” lesiones bucales.

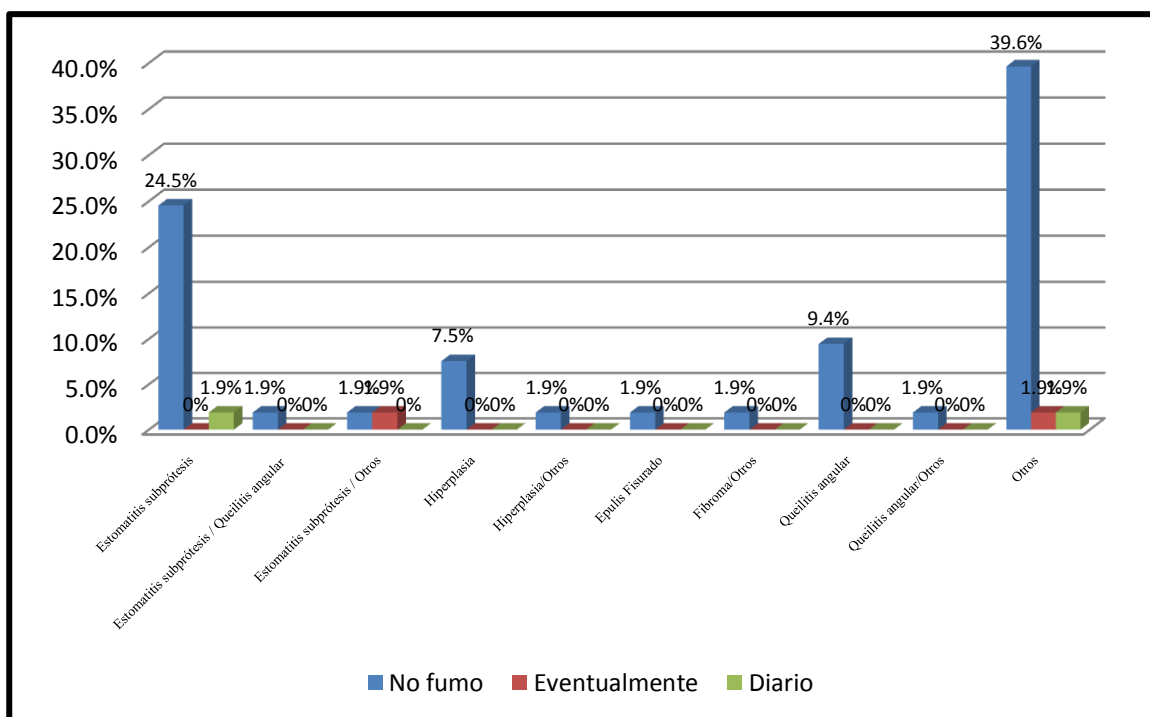


Gráfico N° 07
Influencia del uso de tabaco sobre la presencia de lesiones bucales

Tabla N° 12
Relación entre el uso de tabaco y la presencia de lesiones bucales

CHI- CUADRADO (χ^2)	Valor	gl	Sig
	13.927	18	0.734

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 12 se observa la correlación existente entre el uso de tabaco y la presencia de lesiones bucales, mediante la aplicación del Chi cuadrado (χ^2) se obtuvo el valor de 13.927, y un nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 13
Influencia del alcoholismo y la presencia de lesiones bucales

	No consumo		Eventualmente	
	N°	% del total	N°	% del total
Estomatitis subprótesis	14	26.4%	0	0%
Estomatitis subprótesis. Queilitis angular.	1	1.9%	0	0%
Estomatitis subprótesis. Otros.	1	1.9%	1	1.9%
Hiperplasia	4	7.5%	0	0%
Hiperplasia. Otros.	1	1.9%	0	0%
Epulis Fisurado	0	0%	1	1.9%
Fibroma. Otros.	1	1.9%	0	0%
Queilitis Angular.	5	9.4%	0	0%
Queilitis angular. Otros.	1	1.9%	0	0%
Otras	22	41.5%	1	1.9%

En la Tabla N° 13 se aprecia la Influencia del alcoholismo y la presencia de lesiones bucales, en mayoría los pacientes que no consumen alcohol son en número de 22 (41.5%), y presentan "Otras" lesiones.

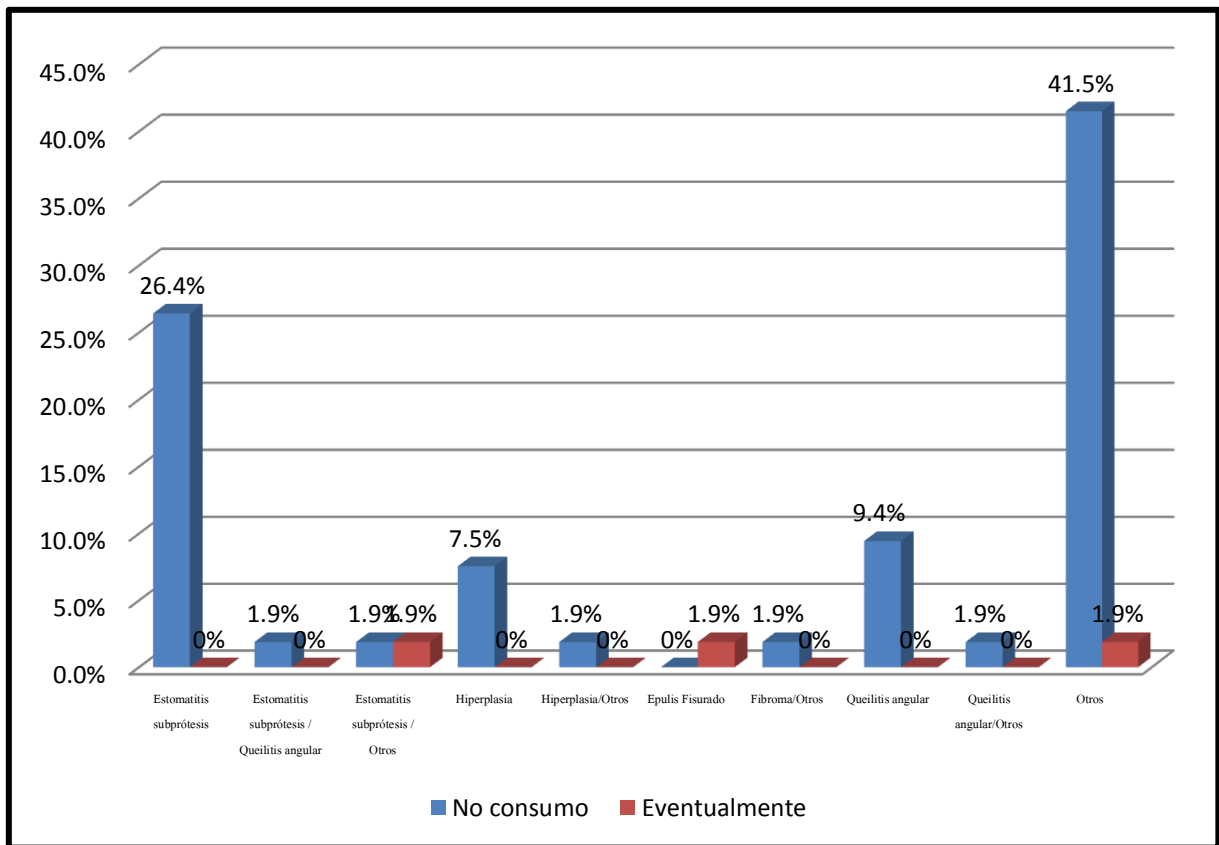


Gráfico N° 08
Influencia del alcoholismo y la presencia de lesiones bucales

Tabla N° 14
Relación entre el alcoholismo y presencia de lesiones bucales

CHI- CUADRADO (x²)	Valor	gl	Sig
	25.724	9	0.002

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 14 se observa la correlación existente entre el alcoholismo y presencia de lesiones bucales, mediante la aplicación del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo el valor de 25.724, y un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Tabla N° 15
Enfermedades sistémicas y presencia de lesiones bucales

	No presenta		Desconoce		Presenta	
	N°	% del total	N°	% del total	N°	% del total
Estomatitis subprótesis	8	15.1%	0	0%	6	11.3%
Estomatitis subprótesis. Queilitis angular.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Estomatitis subprótesis. Otros.	1	1.9%	0	0%	1	1.9%
Hiperplasia	3	5.7%	0	0%	1	1.9%
Hiperplasia. Otros.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Epulis Fisurado	1	1.9%	0	0%	0	0%
Fibroma. Otros.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Queilitis Angular.	2	3.8%	0	0%	3	5.7%
Queilitis angular. Otros.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Otras	10	18.9%	1	1.9%	12	22.6%

En la Tabla N° 15 se observa la relación de pacientes con enfermedades sistémicas y si hay presencia de lesiones bucales, describiendo que en mayoría son los que presentan enfermedad y otras lesiones, son en número de 12 (22.6%).

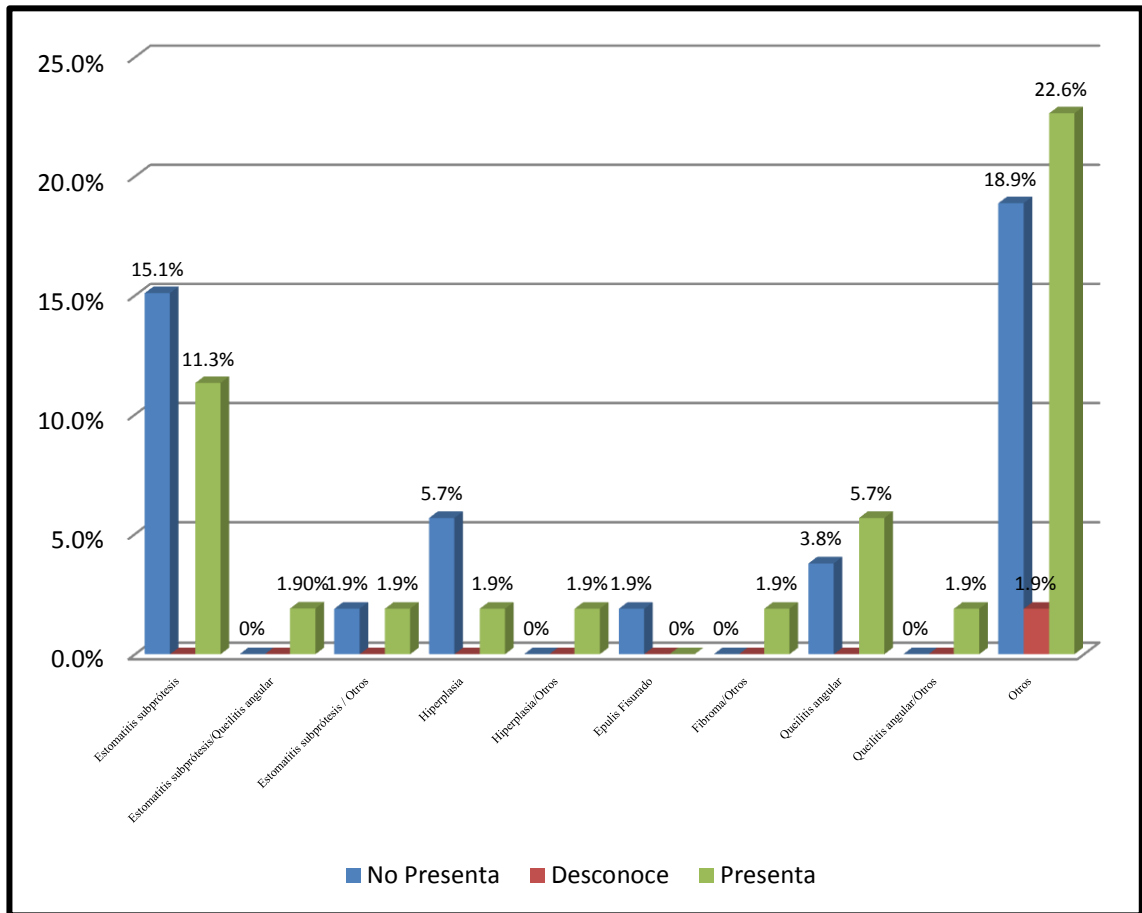


Gráfico N° 09
Enfermedades sistémicas y presencia de lesiones bucales

Tabla N° 16
Relación entre enfermedades sistémicas y presencia de lesiones bucales

CHI- CUADRADO (x²)	Valor	gl	Sig
	8.054	18	0.978

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 16 se observa la correlación existente entre el alcoholismo y presencia de lesiones bucales, mediante la aplicación del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo el valor de 8.054, y un nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 17
Influencia del retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales

	Siempre		Eventualmente		Nunca	
	N°	% del total	N°	% del total	N°	% del total
Estomatitis subprótesis	12	22.6%	0	0%	2	3.8%
Estomatitis subprótesis. Queilitis angular.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Estomatitis subprótesis. Otros.	0	0%	2	3.8%	0	0%
Hiperplasia	3	5.7%	1	1.9%	0	0%
Hiperplasia. Otros.	0	0%	0	0%	1	1.9%
Epulis Fisurado	1	1.9%	0	0%	0	0%
Fibroma. Otros.	1	1.9%	0	0%	0	0%
Queilitis Angular.	5	9.4%	0	0%	0	0%
Queilitis angular. Otros.	0	0%	1	1.9%	0	0%
Otras	23	43.4%	0	0%	0	0%

En la Tabla N° 17 se aprecia la influencia del retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales, observándose que las personas que indican que Siempre hacen dicha actividad presentan otras lesiones bucales, son en número de 23 (43.4%) individuos.

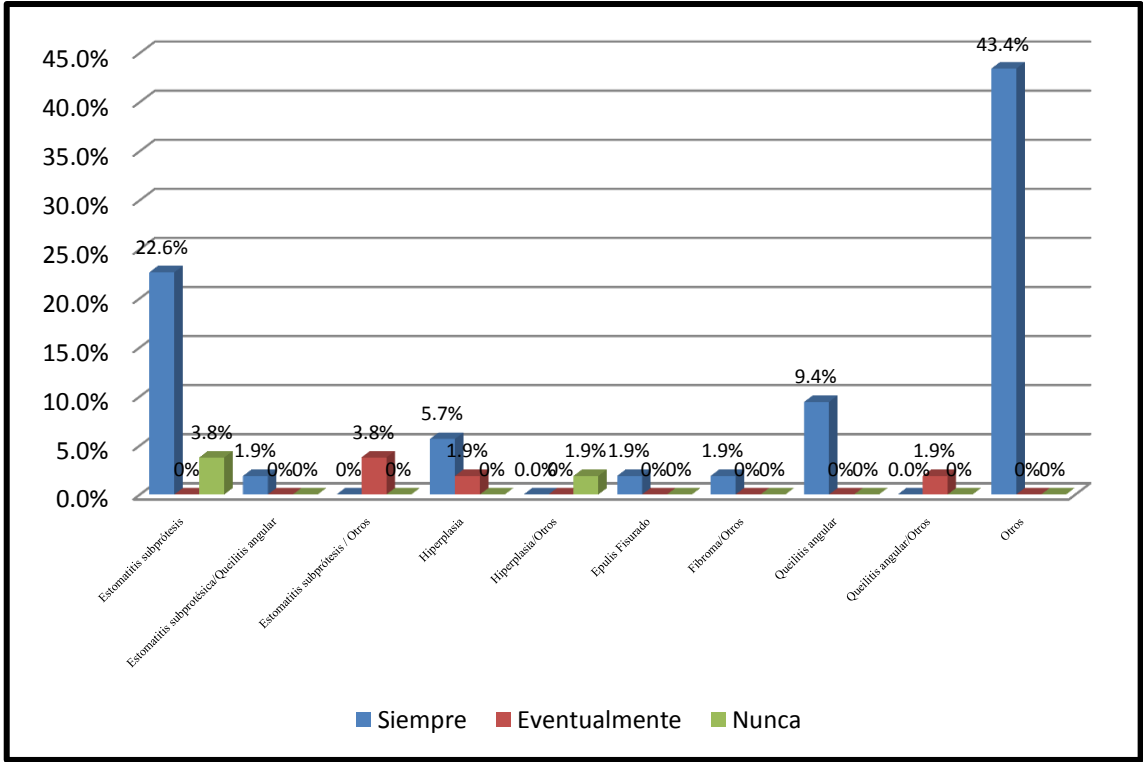


Gráfico N° 10
Influencia del retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales

Tabla N° 18
Relación entre el retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales

CHI-CUADRADO (x²)	Valor	gl	Sig
	62.937	18	0.000

gl : Grados de libertad / Sig. Nivel de significancia

En la Tabla N° 18 se observa la correlación existente entre enfermedades sistémicas y localización de lesiones bucales, mediante la aplicación del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo el valor de 62.937, y un nivel de significancia de $p < 0.05$.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

El objetivo fue determinar la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II; observándose en los resultados que en mayoría en un número de 53 pacientes de ambos sexos (66.2%) presentaron lesiones en la cavidad bucal; y un número de 27 pacientes de ambos sexos (33.8%) no presentaron lesiones en la cavidad bucal. Asimismo, con respecto al estado de conservación de la prótesis según el sexo, en el masculino un número de 23 pacientes (28.8%) y en el sexo femenino un número de 46 pacientes (57.5%) tienen una mala conservación de su prótesis. Según el grupo etario, en la edad de 71 a 80 años, en un número de 32 (40%) de pacientes tienen una conservación mala seguido de la edad de 60 a 70 años, en un número de 22 (27.5%) tienen también mala conservación. Con respecto a la influencia del tiempo de uso de la prótesis, las de más de tres años de ser usada presentan mayor número de lesiones en la cavidad bucal, como Estomatitis subprotésica, Queilitis angular y otras lesiones que no están consideradas en forma individual en el instrumento que se ha utilizado en la ejecución del Proyecto. Considerando la influencia de la higiene de la prótesis, los

pacientes que lo hacen dos a más veces al día tienen el mayor número de lesiones como la Estomatitis subprotésica y otras lesiones, que no están definidas en la encuesta. Tomando en cuenta la influencia del uso de tabaco, los pacientes que manifestaron no fumar tienen más lesiones que aquellos pacientes que lo hacían eventualmente o a diario. Referente a la influencia del alcoholismo los pacientes que manifestaron que no consumen tienen más lesiones, siendo principalmente la Estomatitis subprotésica y otras lesiones, que no están definidas en la encuesta que se tomó a los pacientes. Con respecto a la presencia de las enfermedades sistémicas, los pacientes que presentan y los que no presentan tienen lesiones bucales, en forma más o menos equilibrada, siendo las prevalentes la Estomatitis subprotésica y otras lesiones que no están consideradas en el instrumento. En referencia a la influencia del retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales, el mayor número de lesiones lo tienen los pacientes que siempre se quitan la prótesis, siendo las prevalentes la Estomatitis subprotésica y otras lesiones, no consideradas en la encuesta y siendo casi nula en pacientes que se retiran la prótesis eventualmente o nunca. Todo lo descrito está respaldado por la prueba de Chi cuadrado observada en los resultados.

Con respecto a determinar la influencia del estado de conservación de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, en los resultados se observa que en el sexo masculino un número de 23 pacientes (28.8%) en mayoría tienen un estado de conservación mala y solo 05 pacientes (6.3%) tienen un estado de conservación buena. Referente al sexo femenino un número de 46 pacientes (57.5%) en mayoría tienen un estado de conservación

mala y solo 06 pacientes (7.5%) tienen un estado de conservación buena. Con respecto a la edad se observa que entre 71 a 80 años de edad un número de 32 (40%) tiene una conservación de su prótesis mala en gran mayoría, seguido de la edad entre 60 y 70 años con un número de 22 (27.5%) que también es mala, a continuación los del grupo de 81 a más años en un número de 15 (18.8%). Se corrobora con la prueba de chi cuadrado que al obtener un valor de 0.613 es menor que la zona de aceptación que es de 3.8415, observando que hay relación entre el estado de conservación de la prótesis y las lesiones bucales. Este resultado permite aconsejar a los pacientes que tengan un mejor cuidado, limpieza de sus prótesis, conllevaría a tener menos lesiones de la cavidad bucal.

Con referencia a la influencia del tiempo de uso de la prótesis y su relación con las lesiones bucales, en los resultados se observa, que el tiempo de uso de más de tres años en su mayoría un número de 11 pacientes (20.8%), tiene otras lesiones que no están definidas en la encuesta seguida de Estomatitis subprotésica, en un número de 10 pacientes (18.9%) y en menor número 04 pacientes (7.5%) tienen Queilitis angular. Con referencia al tiempo de tres años de uso, en mayoría 06 pacientes (11.3%) tienen otras lesiones, que no están definidas en la encuesta; a continuación 04 pacientes (7.5%) padecen Estomatitis subprotésica; con respecto al tiempo de uso de un año, en ligera mayoría, en número de 06 pacientes (11.3%) presentan otras lesiones, que no están definidas en la encuesta. En la prueba de chi cuadrado al obtener un valor de 13.924 es mayor que la zona de aceptación que es de 3.8415, apreciándose que no hay relación entre el tiempo de uso de la prótesis y las lesiones bucales. Este resultado permite asociar que a mayor tiempo de uso mayor es la persistencia de

lesiones, debiendo aconsejar al paciente que las visitas periódicas al odontólogo podría prever la aparición de estas lesiones.

Con respecto a la influencia de la higiene de la prótesis sobre las lesiones bucales, en los resultados se observa que los pacientes que hacen la higiene dos veces a más al día, en un número de 21 (39.6%) tienen otras lesiones, que no están definidas en la encuesta, asimismo en un número de 12 pacientes (22.6%) tienen Estomatitis subprotésica en un número y porcentaje mínimo de lesiones se encuentran los pacientes que higienizan su prótesis o solo lo realizan una vez al día. En la prueba de chi cuadrado al obtener un valor de 27.038 es mayor que la zona de aceptación que es de 3.8415, apreciándose que no hay relación entre la higiene de la prótesis con respecto a las lesiones bucales. En los resultados se observa que la higiene de la prótesis con respecto a las lesiones bucales la higiene de las prótesis influye en la aparición de las lesiones bucales, en la tabla se observa que a mayor higiene más lesiones bucales, pudiendo ser que los pacientes encuestados no dieron una respuesta correcta a su realidad.

Con respecto a la influencia del uso del tabaco sobre La presencia de lesiones bucales en los resultados se aprecia que los pacientes que no fuman, en un número de 21 (39.6%) tienen otras lesiones que no están definidas en la encuesta, asimismo, en un número de 13 pacientes (24.5%) tienen Estomatitis subprotésica y en un porcentaje mínimo de lesiones los pacientes que eventualmente o diario hacen uso del tabaco. En la prueba de chi cuadrado al obtener un valor de 13.927 es mayor que la zona de aceptación que es de 3.8415, observándose que no hay relación entre el uso de tabaco y las lesiones bucales.

En los resultados se observa que el uso de tabaco no influye en la aparición de las lesiones bucales, en la tabla se observa que los pacientes que no fuman tienen más presencia de lesiones bucales, pudiendo ser que los pacientes encuestados no dieron una respuesta verídica a su realidad.

En relación la influencia del consumo de alcohol y la presencia de lesiones bucales, en los resultados se aprecia que los pacientes que no consumen alcohol, en un número de 22 (41.5%) presentan otras lesiones, que no están definidas en la encuesta, asimismo en un número de 14 pacientes (26.4%) tienen Estomatitis subprotésica y un porcentaje mínimo de lesiones, los pacientes que no consumen alcohol o eventualmente, tienen un porcentaje mínimo de lesiones. En la prueba de chi cuadrado al obtener un valor de 25.724 es mayor a la zona de aceptación que es de 3.8415, observándose que no hay relación entre el consumo de alcohol y las lesiones bucales. En los resultados se aprecia que el consumo de alcohol no influye en la aparición de las lesiones bucales, en la que se observa que los pacientes que no consumen alcohol tienen presencia de lesiones bucales, pudiendo ser que los pacientes encuestados no dieron una respuesta verídica a su realidad.

Con respecto a las enfermedades sistémicas que pueda tener el paciente y la presencia de lesiones bucales, en los resultados se observa que los pacientes que presentan las citadas enfermedades, son en un número de 12 (22.6%) presentan otras lesiones que no están definidas en la encuesta, asimismo, en un número de 06 (11.3%) presentan Estomatitis subprotésica; en los pacientes que manifiestan no presentar enfermedades sistémicas, un número de 10 (18.9%),

presentaron otras lesiones, que no están definidas en la encuesta; asimismo, en un número de 08 (15.1%) presentaron Estomatitis subprotésica, y en un mínimo de lesiones en los pacientes que desconocen tener enfermedades sistémicas tienen lesiones en la cavidad bucal. En la prueba de chi cuadrado al obtener un valor de 8.054 es mayor a la zona de aceptación que es de 3.8415, observándose que hay relación entre las enfermedades sistémicas y las lesiones en la cavidad bucal, en los pacientes portadores de prótesis dental total.

Con referencia a la influencia del retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales, en los resultados se observa que en los pacientes que siempre se retiran su prótesis para dormir en un número de 23 (43.4%) presentan otras lesiones, que no están definidas en la encuesta, asimismo, en un número de 12 (22.3%) presentan Estomatitis subprotésica, en los pacientes que manifestaron que nunca retiraron la prótesis para dormir o eventualmente presentaron mínimamente Estomatitis subprotésica y Queilitis angular. En la prueba de chi cuadrado al obtener un valor de 62.937 es sumamente mayor a la zona de aceptación que es de 3.8415, observándose que no hay relación entre el retiro de la prótesis para dormir y la presencia de lesiones bucales.

Hidalgo S. y cols. (2005) Cuba. Se realizó un estudio descriptivo en los consultorios 1,2, 38 y 40 del área norte y oeste del Municipio Camagüey, desde febrero de 2002 a marzo de 2003. Se seleccionaron 159 pacientes, de ellos, 85 presentaron algún tipo de lesión. Se encontró que aproximadamente la mitad de las personas estudiadas presentaron lesiones en la mucosa bucal. La localización más frecuente fue en el paladar y los rebordes alveolares. Esta investigación se

realizó con el objetivo de describir las lesiones bucales en los pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis total acrílica. El sexo femenino y el grupo de 60 a 69 años fue el más afectado por la presencia de lesiones, las más frecuentes fueron los estados inflamatorios en pacientes con 21 años o más de uso y en rehabilitados con prótesis desajustadas. Se concluye que en mayoría los pacientes presentan lesiones en la cavidad bucal.

García B. y cols. (2012) Cuba. El objetivo fue describir las características de pacientes portadores de prótesis totales y su relación con las lesiones bucales. Estudio descriptivo, con 93 ancianos institucionalizados portadores de prótesis total. Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado y el riesgo relativo para determinar la asociación entre las variables: edad, sexo, higiene, estado de conservación, tiempo y frecuencia de uso de la prótesis, necesidades de prótesis, tipo de lesión, localización, hábito de fumar, enfermedades sistémicas y medicamentos empleados. El 78,5 % de los ancianos presentó lesiones relacionadas con el uso de la prótesis. La estomatitis subprótesis fue la lesión más frecuente. La presencia de lesiones bucales fue significativa en aquellos con 80 años y más (100 %). El 95,8 % tenían prótesis deterioradas, y en la totalidad de ellos, las prótesis tenían 21 años y más de uso. El riesgo de desarrollar lesiones fue 2,98 veces superior en aquellos con una higiene bucal deficiente. El 100 % de los ancianos diabéticos y anémicos presentaron lesiones. Se concluyó 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: incremento de la edad, enfermedades sistémicas y uso de medicamentos para su tratamiento. Se concluye que en mayoría los pacientes presentan lesiones en la cavidad bucal.

Casnati B. y col. (2013) Uruguay. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal e identificar los factores de riesgo en el desarrollo de las mismas en una muestra representativa de la población adulta urbana del Uruguay. Se trata de un estudio transversal que registro 922 personas (537 F/385M, edades de 15-24, 35-44 y 65-74 años) basado en un diseño muestral estratificado por conglomerado polietapico. A partir de los datos de la muestra se estimaron las prevalencias de cada entidad así como los intervalos de confianza al 95%. La candidosis y las lesiones proliferativas se observaron en 26% y en 17% de las personas y se presentaron significativamente asociadas al género femenino. La prevalencia de la leucoplasia fue del 7% y en el análisis multivariado presento una asociación significativa con el consumo de mate. Concluyeron que las lesiones orales se presentan de manera prevalente en los adultos mayores en el Uruguay, lo que sugiere que se deberían implementar programas de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado de las mismas. Se concluye que en mayoría los pacientes presentan lesiones en la cavidad bucal.

Nápoles I. y cols. (2016). Cuba. Fundamento: las prótesis de mala calidad que hayan perdido sus cualidades, por ser usadas más allá del tiempo requerido, contribuyen con la aparición de afecciones en los tejidos bucales. Objetivo: determinar el comportamiento de las lesiones en la mucosa bucal provocadas por prótesis total en pacientes mayores de 60 años. Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo, de enero a diciembre de 2014, en el departamento de prótesis dental del Policlínico Julio Antonio Mella. El universo lo constituyeron 272 pacientes mayores de 60 años de edad con prótesis totales, que acudieron en el período de la investigación. La selección de la muestra fue no probabilística

constituida por 180 pacientes que presentaron alteraciones de la mucosa. Resultados: de los 180 pacientes, el 60 % eran femeninos y el 40 % masculino. El grupo de edad que predominó fue el de 60 a 64 años. La estomatitis subprótesis (33, 19 %), la úlcera traumática (24, 70 %) y el épulis fisurado (16, 19 %), fueron las lesiones que más se manifestaron. El 63, 96 % de las lesiones están asociadas con las prótesis desajustadas. Conclusiones: las lesiones bucal asociadas al uso prótesis total fueron más frecuentes en las mujeres y en los grupo de edades de 60 a 64 años. En el período de uso de la prótesis hasta cinco años, fue donde más lesiones aparecieron. La estomatitis subprótesis fue la que predominó seguida de la úlcera traumática y el épulis fisurado. Se concluye que en mayoría los pacientes presentan lesiones en la cavidad bucal.

5.2 Conclusiones

5.2.1 Conclusión general

Con respecto a determinar la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II, se concluye que en mayoría los pacientes presentan lesiones en la cavidad bucal.

5.2.2 Conclusiones específicas

1. En referencia a determinar la influencia del estado de conservación de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se concluye que en gran mayoría tienen un estado

de conservación mala, la prevalencia del sexo femenino y la edad de 71 a 80 años.

2. En cuanto a determinar la influencia el tiempo de uso en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se concluye que a mayor tiempo de uso, se observa presencia de lesiones bucales, teniendo prevalencia la Estomatitis subprotésica, otras lesiones y Queilitis angular.
3. Tomando en cuenta determinar la influencia de la higiene de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se concluye que pacientes que higienizan más su prótesis, tienen mayor presencia de lesiones bucales, teniendo prevalencia la Estomatitis subprotésica y otras lesiones.
4. Considerando determinar la influencia del uso de tabaco en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se concluye que los pacientes no fumadores tienen en mayoría presentan lesiones bucales, teniendo prevalencia la Estomatitis subprotésica y otras lesiones.
5. Con respecto a determinar la influencia del alcoholismo en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se concluye que en gran mayoría los pacientes que no consumen alcohol presentan lesiones bucales, teniendo prevalencia la Estomatitis subprotésica y otras lesiones.

6. En referencia a determinar la influencia de las enfermedades sistémicas en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se concluye que en forma equilibrada los pacientes que tienen enfermedades sistémicas y los que no padecen, presentan lesiones bucales, teniendo como prevalencia la Estomatitis subprotésica y otras lesiones.

7. En cuanto a determinar la influencia del retiro de la prótesis para dormir en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se concluyó que en gran mayoría los pacientes que se retiraron la prótesis presentan lesiones en la cavidad bucal y siendo prevalentes la Estomatitis subprotésica y otras lesiones.

5.3 Recomendaciones

5.3.1 Recomendación general

Considerando determinar la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para instruir a los pacientes sobre el mejor uso y las condiciones de salud que deben tener con sus prótesis, lográndose discutir las lesiones bucales y una mejor salud bucal y calidad de vida.

5.3.2 Recomendaciones específicas

1. Con respecto a determinar la influencia del estado de conservación de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para hacer charlas a los pacientes sobre la mejor manera de conservar su prótesis, para evitar las lesiones bucales, lográndose disminuir los factores de riesgo en el uso de las prótesis dental total.
2. En cuanto a determinar la influencia del tiempo de uso en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para sugerir a los pacientes los controles periódicos de sus prótesis y a mayor tiempo de uso hacer exámenes minuciosos de la cavidad bucal, lográndose prevenir las lesiones bucales que pudieran aparecer.
3. En consideración a determinar la influencia de la higiene de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se recomienda tomar en cuenta los resultados, que a pesar de lo observado en la tabla, es conveniente realizar una buena higiene a su prótesis, se lograría un mejor uso y disminuir la presencia de lesiones bucales.
4. Con referencia a determinar la influencia del uso de tabaco en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se recomienda que a pesar de lo observado en la tabla, el uso del tabaco es predisponente para la aparición de lesiones bucales,

lográndose disminuir la aparición de estas mejorando la salud bucal de los pacientes.

5. Tomando en cuenta determinar la influencia del alcoholismo en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se recomienda que a pesar de los resultados, el consumo de alcohol es predisponente para la aparición de lesiones bucales, lográndose disminuir la aparición de estas mejorando la salud bucal de los pacientes.

6. Con respecto a determinar la influencia de las enfermedades sistémicas en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para hacer charlas de prevención de las enfermedades sistémicas por redundar, lográndose un mejor estado de la cavidad bucal en la aparición de las lesiones.

7. En cuanto a determinar la influencia del retiro de la prótesis para dormir en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total, se recomienda que a pesar de los resultados, es conveniente el retiro de su prótesis para dormir, lográndose una prevención de la aparición de las lesiones bucales por el uso de la prótesis dental total.

CAPÍTULO VI: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Felipe RN, Delgado Jhanis A, Soto G. Factores de Riesgo en las lesiones premalignas del complejo bucal. Rev Cubana Estomatol 1995;32(2):1-4.
2. Shaffer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2005.
3. Campos S. Características demográficas generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: El Adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médicos y sociales. Washington: OPS; 2005, p. 13-28. (Publicación Científica; 983)
4. Díaz L, Gay O. Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista Asociación Dental Mexicana(ADM). 2005; LXII(1):36-9.
5. Bernal A. Estudio cariométrico de la mucosa bucal en un modelo de carcinogénesis química. Rev Federación Odontológica Colombiana. 1998; 55(192):25.
6. Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2007 [citado 26 Sep 2010];44(4):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Mulet M. Reigada A, Espeso N. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Impacto de una estrategia educativa. Revista Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]. 2006 [citado 19 Jul 2010];10(3):[aprox. 4p]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n3-2006/2064.htm>
8. Abreu M. Sanjurjo M. Fornaris M. Conocimientos y hábitos en pacientes portadores de prótesis dentales en relación con su uso y cuidados. MEDISAN 2000;4(4):23-27

9. Carreira V. Almagro Z. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2000 Dic [citado 2016 Dic 23] ; 37(3): 133-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000300001&lng=es.
10. Ramos M. Hidalgo S. Rodríguez M. Lorenzo G. Díaz S. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. AMC [Internet]. 2005 Oct [citado 2016 Dic 23] ; 9(5): 72-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000500009&lng=es.
11. Hidalgo S. Ramos J. Fernández N. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. AMC [Internet]. 2005 Dic [citado 2016 Dic 23] ; 9(6): 1-105. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000600001&lng=es.
12. Mulet M. Hidalgo S. Díaz S. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis: Etapa diagnóstica. AMC [Internet]. 2006 Oct [citado 2016 Dic 23] ; 10(5): 34-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500005&lng=es.
13. Belandria A. Perdomo B. Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural dispersa. Revista Odontológica de Los Andes (Merida - Venezuela).2007; Vol.2(2):04 – 11.
14. Rodríguez V. Arellano L. Zambrano R, Roldán M. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Los Nevados, estado Mérida. Revista Odontológica De Los Andes (Merida - Venezuela).2007; Vol.2(1):31 – 36.
15. Lemus L. Del Valle Selenenko T, Fuertes L. León C. Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor. Rev Haban CiencMéd [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Dic 23] ; 8(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015&lng=es.
16. Lima C. y cols. La influencia de factores sistémicos en el uso de las prótesis totales. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46(1).

17. Gonzáles R. Herrera I. Osorio M. Madrazo D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. 2010; 47(1)105-114.
18. Bernal C. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible [tesis Título Profesional]. Lima. Universidad San Martín de Porras. 2010.
19. García B, Benet M. Castillo E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. MediSur [Internet]. 2010 Feb [citado 2016 Dic 23] ; 8(1): 36-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100008&lng=es.
20. García B. Capote M. Morales T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2016 Dic 23]; 2(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>.
21. Casnati B. Álvarez R. Massa F. Lorenzo S. Angulo M. Carzoglio J. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. Odontoestomatología [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Dic 23] ; 15(spe): 58-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200007&lng=es.
22. Gutiérrez M. Sánchez Y. Castillo Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Dic 23]; 17(4): 452-460. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005&lng=es.
23. Rodríguez M. Portillo A, Lama E, Hernández S, Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Revista ADM 2014; 71 (5): 221-225.
24. Romero C. García B. Genicio S. Estado prostodóncico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas. CCM [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Dic 23]; 19(1):38-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100005&lng=es.
25. Nápoles I. Rivero O. García C. Pérez D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. AMC [Internet].

2016 Abr [citado 2017 Abr 09] ; 20(2): 158-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200008&lng=es.

26. Gutierrez V. León R. Castillo Andamayo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. 2015; 25(3):179-86.
27. Vicente M. Hábitos y percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012. [tesis Título Profesional]. Guatemala. Universidad de San Carlos. 2013.
28. Bernd Koeck. Prótesis completas. 4ta Ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
29. Millares W y cols. Manual de procedimientos de laboratorio. 1ra ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 1996.
30. Ozawa J. Prostondoncia Total. 5ta Ed. México: Universidad Nacional Autónoma ;1995.
31. García José. Enfilado dentario, bases para la estética y la estática en prótesis totales. 1ra Ed. Venezuela. Amolca. 2006.
32. Galarza A. Manejo clínico de la dimensión vertical en pacientes edéntulos [tesis Título Profesional]. Guayaquil. Universidad de Guayaquil. 2014.
33. Jorquera C. Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal a través de la distancia clínica Ángulo Externo del Ojo al Surco Tragus Facial y la distancia radiográfica Reborde Externo de la Órbita al Conducto Auditivo Externo. [tesis Título Profesional]. Santiago. Universidad de Chile. 2008.
34. Quiroga Del Pozo, Riquelme Belmar, Sierra Fuentes, Del Pozo Bassi, Quiroga Aravena R. Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con el Craneómetro de Knebelman. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 5(1); 20-24, 2012.
35. Mayta C. Mendoza G. Zeballos López L. Prótesis Removible de Resina. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2017 Abr 18]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900007&lng=es.

36. Llanquichoque R. Técnica de Confección de Prótesis Totales. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2017 Abr 24]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900005&lng=es.
37. Azcona L. Prótesis dentales Cuidado e higiene. Rev Farmacia Profesional. 2007; 21(8):54-57.
38. Fuertes L. Del Valle Z, Justo M. Rehabilitación con prótesis inmediata en pacientes geriátricos: (Presentación de un caso). Rev haban cienc méd [Internet]. 2007 Jun [citado 2017 Abr 18] ; 6(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000200011&lng=es.
39. Maldonado V. Métodos para la selección de dientes en dentaduras completas [Suficiencia Profesional Título Profesional]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2010.
40. Obrecht M. Montis L. Victor P. Balleste J. Caracterización de los dientes en prótesis removible: “personalización de la forma y color”. Rev labor dental clínica. 2011; 12(2):78-86.
41. Corona M. Rey B. Arias Z. Núñez L. Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Dic [citado 2017 Abr 27]; 44(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400013&lng=es.
42. Menéndez L. La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de Prótesis Estomatológica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2003 Ago [citado 2017 Abr 26] ; 40(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200008&lng=es.
43. Castellanos J. Díaz L. Lee E. Temas selectos en medicina bucal, En: José Luis Morales Saavedra, editor. Medicina en Odontología Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ra ed. Mexico: El Manual Moderno; 2015.
44. Ceccotti E. Sforza R. El Diagnóstico en Clínica Estomatológica. 1ra ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2007.
45. Grinspan D. Enfermedades de la boca. Semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Tomo I. 1ra Ed. Buenos Aires: Mundi; 1973.

46. Lanza L. Pérez M. Lesiones elementales de la mucosa bucal. Guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal. Rev. Actas Odontológicas; 2015: 12(1): 14-20
47. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 1ra ed. España. Elsevier.. 2005.
48. Meza G., Muñoz J.J., Páez C., Cruz B., Aldape B.. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México: Experiencia de cinco años. Av Odontoestomatol [Internet]. 2009 Feb [citado 2017 Abr 28] ; 25(1): 19-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000100003&lng=es.
49. Rioboo M., Bascones A.. Aftas de la mucosa oral. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 Abr [citado 2017 Abr 28] ; 27(2): 63-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200002&lng=es
50. Escribano M., Bascones A.. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. Av Odontoestomatol [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Abr 28] ; 25(2): 83-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000200004&lng=es.
51. Barata D, Durán A, Carrillo B. Estomatitis protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. Dent: 2002; 5(10). 622-627
52. Ley L y cols. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. AMC [Internet]. 2010 Feb [citado 2017 Abr 28] ; 14(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100009&lng=es.
53. López Labady J., Villarroel L., Lazarde J., Rivera H. Fibroma traumático. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. Acta odontol. 2000; 38(1):47-49,
54. Suárez D., Vanegas S., Santos M., Godoy A. Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de un caso. Rev. Act Bioclinica. 2011;1(1).
55. Israel M. Ferreira V. Cornélio S. Noletto J. Hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión: tratamiento quirúrgico - relato de caso clínico. Rev. Act Odont Venezolana. 2008; 46(3).

56. Grinspan D. Enfermedades de la boca. Patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Tomo II. 1ra Ed. Buenos Aires: Mundi; 1973.
57. García E. y cols. Queilitis. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(3)
58. Nachón G y cols. Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica. Rev Med UV. 2010. 30-37.
59. Pino B. Rosales J. Cruz J. Leal H. Periodontopatías en pacientes alcohólicos. Correo Científico Médico de Holguín. 2008;12(2)
60. Figuero E. y cols. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. Med Oral 2004;9:14-23
61. Castellanos J. Díaz L. Gay O. Medicina en odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedad sistémica. 2da Ed. México. Manual Moderno.2002.
62. Morán E. Lazo Y. Tuberculosis. Rev Cubana Estomatol 2001;38(1):33-51.
63. Catorceno V. Gonorrea. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2017 Abr 29]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682010001000006&lng=es.
64. Murillo A. Actualización: sífilis en medicina legal. Rev. Medicina Legal de Costa Rica, 2011:28 (1)55-64.
65. Coaquira V. Sífilis. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2017 Abr 29]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682010001000004&lng=es.
66. Autran B. Theodorou L. Carcelain G. Infección por VIH y SIDA: nuevos datos, nuevas esperanzas. Scor inform.Paris.2014.
67. Moret Y. Muller A. Pernía Y. Manifestaciones bucales de la diabetes mellitus gestacional (presentación de dos casos y revisión de la literatura). Rec. Rev. Act Odont Venezolana. 2002:40(2)
68. García M. Ortiz F. Manifestaciones orales como primer signo de diabetes mellitus. Semergen. 2004;30(4)169-74.

69. Martínez A. González F. Nicolau O. Suárez B. Manifestaciones orales en portadores de diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico. AMC [Internet]. 2010 Feb [citado 2017 Mayo 01] ; 14(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100004&lng=es.
70. Rojas J. Zurru M. Romano M. Patrucco L. Cristiano E. Accidente cerebrovascular isquémico en mayores de 80 años. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2007 Dic [citado 2017 Abr 29] ; 67(6): 701-704. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000600005&lng=es.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la CD. _____ de Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: "Asociación entre los factores de riesgo y lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental removible".

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo Determinar la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removible. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos.

La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera la calidad de atención o tenga alguna repercusión en la evaluación que recibe dentro de la Clínica Estomatológica del Adulto. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos _____.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado "Asociación entre los factores de riesgo y lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total".

realizado por la CD.. _____.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre y apellidos del participante
Fecha:

Firma del participante
DNI N°



ANEXO N° 02

Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

CUESTIONARIO ANÓNIMO

Apreciado paciente:

Es grato dirigirse a Ud., a fin de informarle que estoy realizando una investigación con respecto a determinar la "Asociación entre los Factores de Riesgo y Lesiones Bucales en Pacientes Portadores de Prótesis Dental Total"; con la finalidad, que con los resultados procesados se realice un diagnóstico, de cuáles son los factores de riesgo que están asociados a la presencia de lesiones de la Cavity Bucal en los pacientes que son portadores de Prótesis Dental Total. Le ruego que colabore con este estudio contestando brevemente el cuestionario que se muestra a continuación:

Le agradeceré responder las preguntas teniendo en cuenta que no hay respuestas ni buenas ni malas. Sírvase seguir las siguientes indicaciones:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas del cuestionario, marque con un aspa (X) dentro del recuadro que corresponda a la respuesta que usted considere conveniente.

DATOS FILIATIVOS:

Género: (M) (F)

Edad: _____

N° :

Estado de conservación de la prótesis:

Buena()

Mala()

Cuestionario

1. Tiempo de uso de la prótesis

Hace 1 año ()

Hace 3 años ()

Más de 3 años ()

2. Cuál es la frecuencia de higiene que usted realiza a su prótesis a diario

2 veces a mas al día () 1 vez al día ()

No higienizo mi prótesis ()

3. Uso de tabaco

No fumo()

Eventualmente()

Diario()

4. Consumo de alcohol

No consumo() Eventualmente() Diario()

5. Enfermedad sistémicos

No Presenta () Desconoce() Presenta ()

6. Retira la prótesis para dormir

Siempre() Eventualmente() Nunca()

7. Presenta lesión en la cavidad bucal:

No() Si()

8. Si la opción es SI:

- Estomatitis subprótesis ()
- Hiperplasia ()
- Epulis Fisurado ()
- Fibroma ()
- Leucoplasia ()
- Queilitis angular ()
- Otros ()

ANEXO N° 03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: HIDALGO CONSTANTINO JOSITH
- 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE
- 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: _____
- 1.4 Autor del instrumento: Quichua Huayacochi Leonela Ruth

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.				X	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.				X	

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 03/04/17



 Firma del experto informante

DNI. No. 41917809 Teléfono: 994833465

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Mg. C.B. Esp. Karla Reyes Velarde
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Inca Garcilaso de la Vega - Docente
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
 1.4 Autor del instrumento: _____


II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					✓
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					✓
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: Jirna, 6 de abril del 2017



 Firma del experto Informante

DNI. No. 40737591 Teléfono: 989192683

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Mg Cs Esp. Juan Guacoma Sotomayor
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Inca Garcilaso de la Vega - Lima
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
 1.4 Autor del instrumento: _____


II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					/
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					/
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					/
4. Organización	Presentación ordenada					/
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					/
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					/
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					/
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					/
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					/
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					/

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: Lima 08 abril del 2017.



 Firma del experto Informante
 DNI. No. 43271772 Teléfono: 985629193

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	OPERACIONALIZACIÓN			METODOLOGÍA
		Variable	Dimensiones	Escala	
<p>Problema General ¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II?</p>	<p>Objetivo General Determinar la asociación entre los factores de riesgo y las lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total en la Clínica Estomatológica del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el ciclo 2017-II .</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Estado de Conservación de la prótesis - Tiempo de uso - Higiene de la prótesis - Uso de tabaco - Alcoholismo - Enfermedades sistémicas - Retiro de la prótesis para dormir 		<p>1. Diseño de investigación Descriptivo</p> <p>2. Tipo de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observacional - Transversal - Prospectivo <p>3. Población La población de estudio estará constituida por todos los pacientes que se atendieron en la Clínica Estomatológica del Adulto, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2017-II, los cuales se estiman en un total aproximado de 120 pacientes.</p> <p>4. Muestra La muestra de la investigación será tomada en forma no aleatoria, por conveniencia, estará conformada por 80 pacientes adultos que presentan</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cómo influye el estado de conservación de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?</p> <p>2. ¿Cómo influye el tiempo de uso en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total?</p> <p>3. ¿Cómo influye la higiene de la prótesis en las</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Determinar la influencia del estado de conservación de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.</p> <p>2. Determinar la influencia del tiempo de uso en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.</p> <p>3. Determinar la influencia de</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Factor de Riesgo</p>		De intervalo	

<p>lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total ?</p> <p>4. ¿Cómo influye el uso de tabaco en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total ?</p> <p>5. ¿Cómo influye el alcoholismo en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total ?</p> <p>6. ¿Cómo influye las enfermedades sistémicas en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total ?</p> <p>7. ¿Cómo influye el retiro de la prótesis para dormir en las lesiones bucales en los pacientes portadores dental total ?</p>	<p>la higiene de la prótesis en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total</p> <p>4. Determinar la influencia del uso de tabaco en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.</p> <p>5. Determinar la influencia del alcoholismo en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total.</p> <p>6. Determinar la influencia de las enfermedades sistémicas en las lesiones bucales en los pacientes portadores de prótesis dental total. .</p> <p>7. Determinar la influencia del retiro de la prótesis para dormir en las lesiones bucales en los pacientes portadores de dental total</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Lesiones Bucles</p>	<p>Presencia de Lesiones</p>	<p>Nominal</p>	<p>prótesis removible, que acuden a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y que cumplirán con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>5. Instrumentos El instrumento que se utilizará en el presente estudio será un cuestionario de preguntas relacionadas al tema para conocer los factores de riesgo que están asociados a las lesiones de la cavidad bucal. El mencionado instrumento será elaborado por el investigador, siendo una encuesta anónima.</p>
---	--	---	------------------------------	----------------	---