

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS OPERADORES SOBRE LA  
HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA EN EL ADULTO MAYOR  
PORTADOR DE PRÓTESIS TOTAL**

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

**PRESENTADO POR EL:**

**Bach. Mirella Patricia, MINAYA CAPCHA**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

## **TÍTULO DE LA TESIS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS OPERADORES SOBRE LA  
HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA EN EL ADULTO MAYOR  
PORTADOR DE PRÓTESIS TOTAL**

# JURADO DE SUSTENTACIÓN

## **Presidente**

Dr. Hugo Caballero Cornejo

## **Secretaria**

Dra. Peggy Sotomayor Woolcott

## **Vocal**

Dra. Farita Huamán Torres

A Dios, por darme fortaleza para continuar y por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi vida profesional.

A mis padres, por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida; las cuales han sabido formarme con buenos valores, lo cual me han ayudado a salir adelante en los momentos difíciles.

A mis hermanas, por estar conmigo en los momentos más difíciles y dándome su apoyo incondicional.

A mi pareja y a mi hermosa bebé, por ser la razón y el motivo por la cual me esfuerzo cada día.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres, que con su ejemplo me han enseñado a no rendirme ante nada y siempre ser perseverante a través de sus sabios consejos, también por la confianza y su apoyo brindado incondicionalmente.

A mi pareja, que durante estos años de estudio supo apoyarme para continuar y nunca rendirme, gracias por su amor incondicional y por su infinita comprensión.

Al Dr. Jimmy Málaga Rivera, por su apoyo y asesoramiento al principio de esta investigación.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por sus conocimientos, su manera de trabajo y su motivación para la elaboración de la tesis.

A la Dra. Yohana Villa Torres, por su paciencia, asesoramiento y disposición en la elaboración de la tesis.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto de investigación.

## ÍNDICE

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

### **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Nivel de Conocimiento	1
1.1.2 Prótesis Total	6
1.1.3 Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria	15
1.1.4 Adulto Mayor	26
1.2 Investigaciones	31
1.3 Marco Conceptual	37

### **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

2.1 Planteamiento del Problema	39
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	39
2.1.2 Definición del Problema	42
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	43
2.2.1 Finalidad	43
2.2.2 Objetivo General y Específicos	44

2.2.3	Delimitación del Estudio	45
2.2.4	Justificación e Importancia del Estudio	45
2.3	Hipótesis y Variables	46
2.3.2	Variables e Indicadores	46
 <b>CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS</b>		
3.1	Población y Muestra	48
3.1.1	Población	48
3.1.2	Muestra	48
3.2	Diseño a Utilizar en el Estudio	49
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	50
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	52
3.4	Procesamiento de Datos	53
 <b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>		
4.1	Presentación de los Resultados	55
4.2	Discusión de los Resultados	63
 <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
5.1	Conclusiones	70
5.2	Recomendaciones	71
 <b>BIBLIOGRAFÍA</b>		
		73
 <b>ANEXOS</b>		
		81

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>		<b>Pág.</b>
<b>N° 01</b>	Distribución de la muestra de acuerdo a la Clínica del Adulto a la que pertenece	<b>56</b>
<b>N° 02</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al sexo	<b>57</b>
<b>N° 03</b>	Distribución de la muestra de acuerdo a las edades de los operadores	<b>58</b>
<b>N° 04</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto	<b>59</b>
<b>N° 05</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto I	<b>60</b>
<b>N° 06</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto II	<b>61</b>
<b>N° 07</b>	Distribución de la muestra diferenciando el nivel de conocimiento de los operadores de la Clínica del Adulto I y los operadores de la Clínica del Adulto II	<b>62</b>
<b>N° 08</b>	Establecer la relación entre pérdida de altura ósea alveolar con los desgastes dentales en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>66</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
<b>N° 01</b>	Distribución de la muestra de acuerdo a la Clínica del Adulto a la que pertenece	<b>56</b>
<b>N° 02</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al sexo	<b>57</b>
<b>N° 03</b>	Distribución de la muestra de acuerdo a las edades de los operadores	<b>58</b>
<b>N° 04</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto	<b>59</b>
<b>N° 05</b>	Distribución de la muestra de la asociación de Hábitos Orales y la prevalencia de Maloclusión dentaria en niños	<b>60</b>
<b>N° 06</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto II	<b>61</b>
<b>N° 07</b>	Distribución de la muestra diferenciando el nivel de conocimiento de los operadores de la Clínica del Adulto I y los operadores de la Clínica del Adulto II	<b>62</b>

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0. En la metodología de la investigación el diseño de estudio fue descriptivo, el tipo fue observacional, transversal y prospectivo, con un enfoque cuantitativo. La población estuvo constituida por un total de 43 operadores de la Clínica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y la muestra se realizó de manera no aleatoria por conveniencia, en la cual estuvo constituida por 40 operadores correspondientes a la Clínica del Adulto I y II. Como instrumento se utilizó un cuestionario que abarcó quince preguntas donde tuvo un contenido relacionado con la lesión Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria como son: etiología, ubicación, características, factores de riesgo, diagnóstico diferenciales, tratamiento y entres otras relacionadas a la Prótesis Total y el Adulto Mayor. Luego de obtenido la recolección de datos, el análisis estadístico se realizó en el software IBM SPSS Statistic Versión 22. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0 obtuvieron las muestras correspondientes a Regular con un número de 24 (60.00%), correspondiente a Malo con un número de 9 (22.50%) y correspondiente a Bueno con un número de 7 (17.50%). En el presente estudio se concluyó que los operadores de la Clínica el Adulto, obtuvieron un nivel de conocimiento Regular acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total.

Palabras clave:

Conocimiento. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria. Adulto Mayor. Prótesis Total.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the level of knowledge in the operators of Fibrous Inflammatory Hyperplasia in the older adult who carries a total prosthesis in the Adult Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University in the year 2018-0. In the methodology of the research, the study design was descriptive, the type was observational, transversal and prospective, with a quantitative approach. The population was constituted by a total of 43 operators of the Adult Clinic I and II of the Inca Garcilaso de la Vega University and the sample was performed in a non-random manner for convenience, in which it was constituted by 40 operators corresponding to the Clinic of Adult I and II. As instrument, a questionnaire was used that covered fifteen questions where it had a content related to the Fibrous Inflammatory Hyperplasia lesion, such as: etiology, location, characteristics, risk factors, differential diagnosis, treatment and other related to the Total Prosthesis and the Elderly. After obtaining the data collection, the statistical analysis was carried out in the IBM SPSS Statistic Software Version 22. The results showed that the level of knowledge in the operators about the Fibrous Inflammatory Hyperplasia in the older adult carrier of total prosthesis in the Clinic of the Adult of the Inca Garcilaso de la Vega University in 2018-0 obtained the samples corresponding to Regular with a number of 24 (60.00%), corresponding to Malo with a number of 9 (22.50%) and corresponding to Good with a number of 7 (17.50%). In the present study it was concluded that the operators of the Adult Clinic obtained a Regular level of knowledge about Fibrous Inflammatory Hyperplasia in the older adult who carries a total prosthesis.

**Keywords:**

Knowledge. Fibrous Inflammatory Hyperplasia. Older Adult. Total Prosthesis.

## INTRODUCCIÓN

La Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria es una lesión que se desarrolla por la disminución del soporte (debido a la reabsorción alveolar) y la prótesis se profundiza poco a poco sobre el fondo de surco, ejerciendo una presión anormal sobre los tejidos blandos. Aquí se combinan dos lesiones: úlcera crónica e hiperplasia de tejido conjuntivo crónicamente inflamado. Su etiología está relacionada a la irritación crónica causada por los bordes de las prótesis. La mayoría de los casos han sido reportados entre la quinta y séptima década de vida, generalmente localizada en la parte anterior del maxilar superior.<sup>45</sup>

El adulto mayor es el grupo más afectado en la Salud Bucal ya que durante su vida no recibe suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados para recuperar su Salud Bucal. La prótesis constituye una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero aun cuando con 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 la mucosa.<sup>13</sup>

En el mundo cada año aumenta el porcentaje de la población y el Perú no es ajeno a este fenómeno social. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).<sup>46</sup>

En el Perú, existe poca información relacionada a la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria; en las Universidades Nacionales del Perú no existe partidas presupuestales que permita el estudio de investigación; con la finalidad de brindar un servicio social que sea beneficioso a los adultos mayores. Las evidencias actuales no pasan de ser suposiciones realizadas a partir de la práctica asistencial y existen muy pocos estudios publicados que describen el estado concreto de este problema en nuestra sociedad.<sup>13</sup>

Es de vital importancia que los alumnos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega tengan conocimiento acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, para que los pacientes reciban una buena atención y un buen plan de tratamiento en la salud bucal de ellos.

Por lo expuesto, este estudio es de gran importancia, ya que el nivel de conocimiento del alumno y futuro profesional de la salud podría afectar la atención de pacientes con Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria. Este estudio tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, ya que al finalizar la investigación se hace recomendaciones para mejorar el nivel de conocimiento frente al paciente adulto mayor portador de prótesis total, logrando así una mejor calidad de vida.

## **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Marco teórico**

#### **1.1.1 Nivel de Conocimiento**

A lo largo de la historia han sido planteadas múltiples versiones sobre cómo se adquiere el conocimiento. Pensadores importantes como Descartes, Locke, Hume, Leibniz o Kant han propuesto diferentes teorías para observar la forma en que el conocimiento llega al ser humano.<sup>1</sup>

Los niveles de conocimiento que proponemos tienen su raíz en el trabajo de la metodología científico filosófica. Los describimos en términos de la abstracción y la profundidad adquirida en la relación sujeto/objeto. Por ello hablamos de momentos de abstracción del conocimiento, en el entendido de que la metodología es una ciencia instrumental que nos permite leer la realidad y la filosofía es una disciplina totalizadora que nos ayuda a analizar, sintetizar y conceptualizar teóricamente el conocimiento científico.<sup>2</sup>

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad. El primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda (o aprendizaje inicial) de información acerca de un objeto de estudio o investigación. A este nivel lo hemos denominado instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información; las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico; el uso crítico del método para leer la realidad representa el nivel metodológico; el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye el objeto de estudio.<sup>2</sup>

Los tres primeros niveles de conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) son aplicables a la educación básica (primaria y secundaria); el cuarto y el quinto (teórico y epistemológico) a la educación media superior, y los dos últimos (gnoseológico y filosófico) a la educación superior.<sup>2</sup>

## **A. Tipos de Conocimiento**

### **– Conocimiento Cotidiano**

Es también conocido como empírico-espontáneo, y es obtenido por la experiencia de las prácticas diarias que realiza el ser humano. Este conocimiento permite acumular experiencias a lo largo de la vida y es transmitido de generación en generación.<sup>3</sup>

– **Conocimiento Técnico**

Se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes. La experiencia hace el conocimiento técnico.<sup>3</sup>

– **Conocimiento Empírico**

Es también llamado conocimiento vulgar o popular y es obtenido por azar, es ametódico y asistemático. Está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable. Es asistemático porque carece de métodos y técnicas, es superficial porque se forma con lo aparente, es sensitivo porque es percibido por los sentidos y es asistemático porque carece de métodos y técnicas.<sup>3</sup>

– **Conocimiento Científico**

Es otro tipo de conocimiento y es el más certero. Va más allá de lo empírico. Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza, es general porque la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie, y es metódico, sistemático debido a que su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios.<sup>3</sup>

– **Conocimiento Acientífico**

Puede decirse que es el tipo de conocimiento no científico llamado vulgar, ordinario o de sentido común. Es la base del sentido inmediato entre los

individuos de una misma cultura, y opera como una especie de entendimiento práctico que compone un sistema de esquemas incorporados que, constituidos en el curso de la historia colectiva, son adquiridos en el curso de la historia individual y funcionan “en la práctica y para la práctica”.<sup>4</sup>

– **Conocimiento Precientífico**

Todo terreno limítrofe es impreciso, inexacto; lo anterior es propio del conocimiento precientífico. Al estar en los límites de la ciencia moderna, el conocimiento precientífico es un híbrido informacional que no siempre desemboca hacia el conocimiento científico propiamente dicho. En el conocimiento precientífico podrían identificarse dos subespecies: el conocimiento pseudocientífico y el conocimiento protocientífico. No hay una separación tajante entre estas dos subclasificaciones arbitrarias, pues están amparadas por alto grado de credulidad (que sería credibilidad en su nivel más bajo) y de especulación entre sus adeptos.<sup>4</sup>

• **Conocimiento Pseudocientífico**

Todo campo de conocimiento que no sea científico, pero se anuncia como tal es pseudocientífico o falsa ciencia.<sup>4</sup>

• **Conocimiento Protocientífico**

La protociencia posee un rango mayor que el conocimiento pseudocientífico y se caracteriza por su condición embrionaria de ciencia que puede tener un objeto serio de estudio tomado de forma cuidadosa, pero sin un corpus ni un

objeto teórico ni experimental claro, lo que no le permite llegar a cuajar en aquella. “La diferencia entre la ciencia y la protociencia es una cuestión de grado, la diferencia entre protociencia y pseudociencia es cualitativa”<sup>4</sup>

– **Conocimiento Científico**

La ciencia moderna y sus producciones, a pesar de lo que pareciera, es una empresa muy reciente y su objeto de estudio es la realidad empírica, tangible (Bunge, 2004), y es el ulterior desarrollo del género humano en los últimos dos siglos.<sup>4</sup>

• **El Conocimiento Informacional**

Es guiado por el interés técnico, y se refiere al conocimiento suficiente para adaptarse al medioambiente que rodea al ser humano y que posibilita su control técnico una vez poseído ese dispositivo.<sup>4</sup>

• **El Conocimiento Interpretativo**

Es operado a nivel de los grupos humanos socializados por medio del lenguaje. Aquí ya es el ser humano trascendental que no sólo posee una cultura inculcada, sino que es poseído por ella promoviendo disposiciones comunicativas que, no obstante ser aprendidas socioculturalmente, precisamente por ello se provocan distorsiones en la comunicación.<sup>4</sup>

• **El Conocimiento Analítico**

Este conocimiento trasciende a los otros dos mencionados, pues al inculcar disposiciones reflexivas por medio de la socialización crítica está orientado

por un interés emancipatorio capaz de percibir las contradicciones propias de su entorno social por la distribución desigual de los bienes socialmente producidos (materiales, económicos, culturales, simbólicos, jurídicos, etcétera).<sup>4</sup>

- **Conocimiento Metacientífico**

Es el que puede denominarse como metacientífico al tener como objeto de sus reflexiones, no la realidad empírica dada en bruto, sino a la realidad científica. Bunge (2004) considera la metaciencia.<sup>4</sup>

### **1.1.2 Prótesis Total**

Desde la antigüedad la confección y fabricación de la prótesis dental es una tarea importante pues “la prótesis estomatológica es la que tiene por objeto rehabilitar al paciente desdentado mediante un aparato que sustituya los dientes y tejidos perdidos o ausentes, restituyendo la estética y las funciones del sistema masticatorio del paciente”.<sup>5</sup> 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.<sup>6,7</sup>

- **Partes de la Prótesis Total**

- **Superficie de la Prótesis**

Según Llana (1988) y Beresin (1978) la profesión dental solo ha tenido en cuenta las fuerzas verticales que se producen sobre la cara oclusal y que soportan la base, pero ha ignorado las fuerzas horizontales que actúan sobre las superficies externas.<sup>8</sup>

Según Beresin (1978), Fish en su libro publicado en 1978 descubrió que las prótesis tienen 3 superficies. Para la construcción de la prótesis completa, la dividiremos en tres superficies:

**o La primera superficie:** Es la superficie de impresión, que establece contacto con los tejidos de soporte, sobre los que descansa. La retención depende de esta superficie. Varios factores físicos, mecánicos y biológicos han sido descritos como determinantes en la relación de la superficie tisular de la base de la prótesis con los tejidos de soporte en contacto a ella y que previeran una óptima retención. La lista más común de los factores de la retención es: Adhesión, cohesión, tensión superficial, gravedad, íntimo contacto tisular, sellado periférico, presión atmosférica, control neuromuscular y saliva.<sup>8</sup>

**o La segunda superficie:** Es la superficie oclusal, que es aquella área de contacto con los dientes, tanto naturales como artificiales del maxilar opuesto. La fuerza de los músculos masticatorios es recibida y dirigida a los tejidos de soporte por la superficie oclusal. Cuando se tienen los dientes en contacto, la dirección de las fuerzas está determinadas por las superficies articulares y la inclinación del plano oclusal de los dientes. Muchos autores consideran que muchos pacientes portadores de prótesis completas sin oclusión balanceada disminuyen los factores retentivos, es por eso importantes que las fuerzas aplicadas sobre esta superficie sean distribuidas en forma uniforme.<sup>8</sup>

**o La tercera superficie:** Es la superficie externa o pulida, que es toda aquella parte de la prótesis que no es parte de las 2 anteriores. Esta superficie debe exhibir una de planos inclinados en relación con los músculos de la lengua y el carrillo. La superficie palatal de la prótesis superior se verá para dentro y abajo, mientras que la superficie lingual de la prótesis inferior se verá hacia dentro y hacia arriba.<sup>8</sup>(Anexo N°6 Figura N°1)

- **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<sup>9,10</sup>

**o Tipos de Dientes Protésicos**

- **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.<sup>9</sup> Los mastocitos localizados están cerca de los vasos sanguíneos y contienen gránulos densos de histamina, heparina, y enzimas proteolíticas. También encontramos a los macrófagos con alta función defensiva.

- **Ventajas**

Muy buen resultado estético.

Su alta dureza que le da un tiempo largo de vida útil.

Influyen en el desgaste de los dientes antagonistas.

Mantienen en el tiempo la dimensión vertical y la relación céntrica fisiológica.

- **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.<sup>10</sup>

- **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 lavado que los cerámicos.<sup>9</sup>

- **Ventajas**

Se pueden tallar, desgastar y reparar fácilmente.

Algunos de ellos presentan alta estética.

Buena retención a la base acrílica.

- **Desventajas**

Alto desgaste con el uso.

Alteración rápida de Dimensión Vertical y Relación Céntrica Fisiológica.

- **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.<sup>9</sup>

- **Ventajas**

Facilidad de ajuste oclusal.

Buena estética.

Facilidad de enfilado.

Unión química con la base.

- **Desventajas**

Mayor desgaste.

Menor eficacia masticatoria.

Propenso a fractura.

- o **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.

La elección del color de los dientes se debe realizar a la luz del día y con un fondo de color neutro.<sup>9</sup>

#### – **Requisitos Fundamentales de una Prótesis**

Las prótesis dentales deben de cumplir con distintos requisitos fundamentales los cuales son: <sup>11</sup>

- **Requisitos Estéticos**

Para que el paciente se sienta tranquilo al saber que su prótesis pasa inadvertida por su aparente naturalidad, es de vital importancia para que el paciente mantenga relaciones sociales de manera adecuada.<sup>11</sup>

- **Requisitos Fonéticos**

Para que este requisito se cumpla es necesario que después del periodo de adaptación el paciente sea capaz de hablar igual o de mejor manera de lo que antes lo hacía antes.<sup>11</sup>

- **Requisitos Biomecánicos**

Son importantes para que el paciente pueda masticar y alimentarse naturalmente, siendo su prótesis una ayuda y no un impedimento. <sup>11</sup>

Estos requisitos son:

- Soporte: Es la capacidad que tiene la prótesis para impedir que no se produzca impactación sobre las estructuras de apoyo como son

la fibromucosa y hueso subyacente, es decir, es la capacidad de la prótesis de oponerse a la presión masticatoria. Existen cuatro áreas de soporte: Área de soporte primaria: Esta resiste las fuerzas verticales de la oclusión. Histológicamente está formada por una cortical de hueso protegida por una unión de tejido., Área de soporte secundaria: Esta resiste las fuerzas laterales y ayuda en la resistencia de las fuerzas verticales de la oclusión. Áreas de alivios: Estas causan una eventual resorción del hueso de soporte ya que causan inestabilidad en la prótesis y por ende disconformidad en el paciente. Áreas de sellado: Estas son áreas de tejidos suaves, con la cual la periferia de la dentadura debe contactar para que los factores de retención sean efectivos.<sup>11</sup>

- Retención: Es la relación que se establece entre los tejidos vivos y la prótesis que se oponen a que esta sea desplazada de su ubicación. Debe estar presente un sistema de retención eficiente que mantenga la prótesis en boca e impida que esta se caiga o salga de su posición, de no ser así las acciones como la masticación, deglución y fonética, se verían afectadas e incluso imposibilitadas.<sup>11</sup>
- Estabilidad: Es la capacidad de resistir las distintas fuerzas de desplazamiento a que es sometida la prótesis sin que esta se mueva. A medida que cambia la forma y el tamaño de los tejidos de soporte basal, se tornan más importantes las fuerzas

musculares fisiológicas en la estabilidad de la prótesis removible. Está dado por: La altura de las crestas alveolares, las relaciones entre las crestas alveolares, la morfología de las crestas alveolares, la estructuración de la oclusión, el control neuromuscular.<sup>11</sup>

- **Duración del Uso de la Prótesis en Boca**

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.<sup>12</sup>

Si existe algún tipo de parafunción causará 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.<sup>9</sup>

Pero aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos por el envejecimiento o por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas y los huesos de la cavidad bucal, y en especial a la aparición de lesiones como úlceras traumáticas, estomatitis subprotésicas, émulis o hiperplasia inflamatoria fibrosa, alergia a la base de la prótesis, así como queilitis angular y pueden variar desde las más simples hasta las malignas, y causar un gran problema de salud para las personas y la sociedad.<sup>13</sup>

Cabe referir que la prótesis dental es un aparato determinante en la salud del hombre que padece ausencia dentaria, ya sea parcial o total, pero para su conservación y cuidado se necesita mantenerla en condiciones adecuadas que permitan al portador un disfrute pleno de su apariencia física y funcional.<sup>5</sup>

Por lo tanto, la limpieza de la prótesis se considera un elemento importante y puede clasificarse como mecánica y química; el cepillado de forma "mecánica se efectúa principalmente por acción del cepillo con algún abrasivo. Un buen cepillado permite mantener la prótesis limpia y conviene utilizar al mismo tiempo un dentífrico, jabón, Boradem, bicarbonato de sodio. Atendiendo a las diversas formas de cepillos que se han ideado para la limpieza de la prótesis es conveniente que sean de cerdas más bien duras, aunque no excesivamente".<sup>14</sup>

## – Tipos de Prótesis Total

- **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.<sup>7</sup>

- **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).<sup>7</sup>

### 1.1.3 Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria

#### A. Concepto General

Es un tumor benigno y el segundo más frecuente en la cavidad bucal, consta de tejido conectivo completamente desarrollado, presenta una localización superficial o profunda y los hay de distintos tipos, dependiendo de su origen pueden ser odontogénicos, no odontogénicos entre este último resalta el fibroma periférico o por irritación.<sup>15</sup>

#### B. Etiología

Es multifactorial como factores irritativos que va estimular a la formación del tejido de granulación lo que conllevara a un cambio de fibrosis otra sería la presencia de placa bacteriana, aparatología protésica mal adaptada esta suele ser asintomático en la zona de agresión.<sup>16</sup>

### **C. Localización**

Se manifiestan en cualquier parte de la cavidad intraoral, pero se presenta con mayor frecuencia en la parte gingival, mucosa vestibular, paladar, labios y lengua, surco vestibular y en menor frecuencia en el reborde alveolar lingual de la mandíbula. Afecta principalmente a la zona anterior del maxilar superior e inferior y son menos propensos en la zona posterior. Según su localización de la hiperplasia son: papilar (papila interdental), marginal (encía marginal), difusa (afectando en la encía marginal insertada y papilar).<sup>16</sup>

### **D. Características**

La Hiperplasia fibrosa Inflamatoria HFI (épulis fisurado, fibroma irritativo) es de larga duración, puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad bucal, asociado a la reacción de traumatismos crónicos de baja intensidad provocado por prótesis desajustadas, fracturadas en sus flancos, mordisqueo de carrillos, queilofagia, un borde a lado de un diente, que en muchos casos tiene que ver con rebasados acrílicos defectuosos, induciendo un sobre crecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno producido por ellos, lo que origina una masa submucosa evidente al examen clínico.<sup>17</sup>

Se presenta como uno o varios pliegues de tejido conectivo hiperplásico cubierto de epitelio escamoso estratificado en la zona vestibular del reborde maxilar o mandibular. En el fondo de las fisuras puede existir ulceración o inflamación aguda. Asociada Introducción a ella es posible encontrar estomatitis subprotésica y candidiasis.<sup>17</sup> Su etiología parece estar relacionados con factores irritativos crónicos o traumáticos repetidos tales como malos hábitos, prótesis y aparatos ortodónticos.<sup>15</sup>

## **E. Manifestaciones Clínicas**

Aparece como una lesión generalmente única, bien definida, de crecimiento lento y autolimitante. Suele ser asintomática, de aspecto nodular, elevada, pedunculada y sésil, de tamaño variable. El color de la mucosa que la cubre es el de la mucosa normal, aunque ésta puede ser más pálida, tersa, lisa y brillante. Su consistencia puede variar desde firme y resiliente a blanda y esponjosa.<sup>15</sup> (Anexo N°9 Figura N°2).

## **F. Histopatología**

La hiperplasia fibrosa se caracteriza fundamentalmente por la presencia de proliferación de fibroblastos y fibras de colágeno, rodeadas por una capa de epitelio escamoso estratificado delgado con crestas poco profundas.<sup>15</sup>

## **G. Tipos de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria**

### **– Épulis Fibromatoso**

Es una formación bien delimitada de superficie homogénea y de aspecto fibroso, se halla poco vascularizado, cuando es de larga evolución puede tener focos calcificados en su parte central. Pueden ser aislados o múltiples.<sup>17</sup> En cuanto a la anatomía patológica microscópicamente se observan bandas de tejido conjuntivo denso, con pocos fibroblastos y escasos vasos sanguíneos, el epitelio estratificado que lo recubre puede estar acantósico y ligeramente hiperqueratósico. El pronóstico es semejante al del épulis fisurado.<sup>18</sup> (Anexo N°9 Figura N°3)

## – **Épulis Granulomatoso**

Surge ante la proliferación exagerada del tejido de granulación, como mecanismo de reparación tisular, la organización del tejido de granulación es abortada por la continua proliferación de las células endoteliales estimulada por un cuerpo extraño como un fragmento de diente o una espícula ósea que queda en el alveolo después de una extracción dentaria, a veces lo provocan fragmentos de amalgama que quedan traumatizando la encía, después de una obturación descuidada.<sup>18</sup>

En las características clínicas se observa que crece en forma de una masa de tejido rojo oscuro, sangrante, blanda, indolora de tamaño por lo general pequeño a partir de los bordes de una herida traumatizada o sobre el alveolo, después de una extracción laboriosa, puede acompañarse de ulceración y supuración; puede dar sensación de prurito, en raras ocasiones alcanza un tamaño considerable.<sup>18</sup> (Anexo N°9 Figura N°4)

En cuanto a la anatomía patológica la masa de tejido de esta formación es blanda, de aspecto sangrante y límites precisos, en su centro es posible encontrar el cuerpo extraño causante de la proliferación exuberante.<sup>18</sup>

Microscópicamente está formado por una prominente proliferación de células endoteliales que exceden a la actividad fibroblástica, infiltrado (inflamatorio agudo), cuando no son eliminadas quirúrgicamente sufren con el tiempo un proceso de fibrosis, al cesar el estímulo de las células endoteliales, y se convierten en un épulis fibrosis.<sup>17</sup> Su tamaño puede variar desde pocos milímetros hasta comprometer todo el vestíbulo, siendo más común en el

maxilar que en la mandíbula.<sup>16</sup> Se asocia mayormente con el uso de prótesis totales (46.3%) que prótesis parciales (40,8%) y en mujeres (77,9%), con una prevalencia variable entre 4,1% a 12%.<sup>16</sup> La edad no sería un factor predisponente pero sí los años y el tiempo de uso diario de las prótesis.<sup>17</sup>

#### **H. Tratamiento de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria**

El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado; lesiones pequeñas pueden ser tratadas de manera conservadora, con remoción del agente, mientras que lesiones extensas y de larga evolución necesitarán de exéresis quirúrgica con posterior biopsia. El resultado final del procedimiento no es predecible por lo que la forma definitiva del vestíbulo y del reborde puede ser desfavorable para la retención y estabilidad de la prótesis.<sup>17</sup>

El manejo no quirúrgico de HFI está enfocado en eliminar la causa, al devolver la condición funcional (reparar flancos desajustados y/o fracturados, recuperar la dimensión vertical oclusal y la oclusión balanceada) y acondicionar la prótesis a fin de recuperar la normalidad de los tejidos y posteriormente confeccionar nuevos.<sup>17</sup> <sup>16</sup> El pronóstico de la HFI es bueno y los índices de recidivas son bajos siempre y cuando el factor irritativo sea eliminado.<sup>15</sup>

El fibroma traumático es considerado como el tumor benigno más frecuente de la cavidad bucal. Cooke en 1952 lo relaciona íntimamente con la Hiperplasia Fibrosa. Es de crecimiento lento, y algunos autores como Pinborg en 1981 sugieren que los traumatismos constantes sobre la lesión aceleran el crecimiento de ésta, favoreciendo la invasión al tejido

subyacente, dando lugar de esta forma a una transformación maligna. Sin embargo, algunos autores como Suarez Vanegas y Santos, aseguran que tiene predominio por el sexo femenino, de igual forma que se puede presentar a cualquier edad, pero es más frecuente después de la segunda década de la vida, en individuos adultos.<sup>15</sup>

La Hiperplasia Fibrosa Infamatoria, (HFI) posee una frecuencia alta y constituye la lesión oral más prevalente en adultos. Es una lesión que no presenta una predisposición por sexo, sin embargo, se cree que el sexo femenino es más proclive a presentar esta lesión, en una proporción de 5:1, lo cual puede deberse al hecho de que las mujeres utilizan más frecuentemente prótesis o aparatos ortodónticos probablemente por razones estéticas.<sup>15</sup>

#### – **Diagnósticos Diferenciales**

##### • **Granuloma Piógeno**

Es una lesión benigna, que se produce por un crecimiento excesivo de tejido conectivo en piel y membranas mucosas. El consenso general se inclina hoy en día, a clasificar al granuloma piogénico como una lesión reactiva, que resulta de injurias repetitivas, microtraumatismo e irritación local sobre piel o membranas mucosas. Como respuesta a estas injurias, los tejidos al cicatrizar, lo hacen de forma anormal formando excesivo tejido de granulación. Una gran mayoría de estos granulomas piogénicos intrabucales aparecen en la región anterior de la encía vestibular, lo que sugiere al cepillado dental como un factor capaz de ocasionar microtraumatismos repetitivos. Se debe tomar en cuenta al paciente con un estado de salud

bucal deplorable y los efectos nocivos que el cálculo y la placa inducen sobre los tejidos blandos; de igual forma se consideran la prótesis filosa y mal adaptada, restauraciones con márgenes desbordantes, exodoncias traumáticas.<sup>19</sup>

Las características clínicas del granuloma piogénico en sus estadios tempranos puede presentarse como una pápula roja e indolora, que en pocos días o semanas se convierte en una masa tumoral exofítica sésil o pedunculada, con una superficie lobulada o corrugada y que suele estar acompañada de ulceración, sangramiento espontáneo y exudado minucioso. Su consistencia, color y tamaño varían en función de la data de la lesión; siendo generalmente friable y pudiendo llegar a ser firme y fibrosa en la medida que tiene mayor tiempo. En cuanto al color, depende de la vascularidad, así puede presentarse rosado, rojo intenso, púrpura o marrón, llegando alcanzar un promedio que oscila entre 20 y 30 mm.<sup>19</sup> (Anexo N°9 Figura N°5)

#### • **Granuloma del Embarazo**

El granuloma del embarazo (sinónimos: tumor del embarazo, épulis del embarazo, granuloma gravidarum o gravídico) es considerado una lesión reactiva símil tumoral en respuesta a variados estímulos. Puede desarrollarse tanto en piel, predominando en cara y extremidades, como en mucosas nasal, genital o cavidad bucal, siendo esta última la más afectada. El área gingival es el sitio más comprometido, localizándose en un pequeño

sector del maxilar o en forma generalizada en ambas arcadas. Se describen, además, afectación de labios, lengua, mucosa bucal y paladar.<sup>20</sup>

Las características clínicas se presentan mediante lesiones exofíticas lisas o lobuladas, eritematosas a parduscas si hubo hemorragia, con base sésil o pediculada, friables y compresibles, pudiendo desarrollarse en forma abrupta o solapada e indolente.<sup>20</sup> (Anexo N°9 Figura N°6)

#### • **Fibroma Traumático**

Es el tumor benigno más frecuente en la cavidad bucal, consta de tejido conectivo completamente desarrollado, presenta una localización superficial o profunda y los hay de distintos tipos, dependiendo de su origen pueden ser odontogénicos, no odontogénicos entre este último resalta el fibroma periférico o por irritación. La importancia del fibroma traumático es que tienen características de malignidad cuando su tamaño sobrepasa el normal y la injuria física es constante pudiendo comprometer la vida del paciente si no es tratado a tiempo, pese a que se trata de una neoplasia benigna sin recidiva; son pocos los casos reportados con una evolución rápida situación la cual causa alarma ya que el signo de agudeza sugiere rasgo de malignidad indolente.<sup>21</sup>

En las características clínicas se muestra como una tumoración solitaria, lisa, con un color igual al de la mucosa bucal, una consistencia dura o blanda, de base sésil o pediculada, cuyo crecimiento suele ser lento y continuo.<sup>21</sup> (Anexo N°9 Figura N°7)

### • **Granuloma Periférico De Células Gigantes**

El granuloma periférico de células gigantes (GPCG) es una lesión reactiva benigna relativamente frecuente de la cavidad bucal. Se origina a partir del periostio o de la membrana periodontal tras una irritación o un traumatismo crónico que actúa localmente. Aparece a cualquier edad, con una mayor incidencia entre la quinta y sexta décadas de la vida, con una ligera predilección por el sexo femenino.<sup>22</sup>

En las características clínicas se observa como un nódulo firme, suave, brillante o como una masa que puede ser sésil o pediculada, pudiendo variar de color, de un rojo oscuro a púrpura o azul; su superficie en ocasiones puede estar ulcerada. El tamaño de estas lesiones varía desde una pequeña pápula a un agrandamiento masivo, pero generalmente son lesiones menores de 2 cm de diámetro, localizadas en la papila interdentaria, en el reborde alveolar edéntulo o en la encía marginal. Aunque las lesiones incipientes pueden sangrar y causar cambios menores del contorno gingival, el crecimiento progresivo en algunos casos llega a producir una tumoración importante que compromete la función normal de la boca. El dolor no se presenta de forma habitual y su crecimiento está inducido la mayor parte de las veces por un traumatismo repetido. Se trata de una lesión de partes blandas que rara vez afecta al hueso subyacente, aunque puede llegar a erosionarlo.<sup>22</sup> (Anexo N°9 Figura N°8)

### • **Fibromatosis Gingival**

También llamada Elefantiasis gingival. Es una patología benigna, que se manifiesta con aumento en el volumen de la encía, de forma generalizada,

dificultando la higiene bucal, el habla, es de crecimiento lento y asintomática. Se origina como un efecto secundario a medicamentos o puede ser hereditaria; cuando la asociación es medicamentosa los fármacos relacionados con mayor frecuencia son los anticonvulsivantes, como la fenitoína, los bloqueadores de los canales del calcio, la ciclosporina A, entre otros; cuando el origen de la fibromatosis es hereditario, pueden ser parte de un síndrome genético o presentarse de forma aislada con antecedentes familiares y se la denomina fibromatosis gingival hereditaria (FGH).<sup>23</sup>

Muestra clínicamente aumento en el volumen de la encía, que se presenta con mayor frecuencia de forma generalizada, afectando la encía adherida, o en formas severas que cubren las coronas de los dientes, el color puede ser normal o rojo, la consistencia es firme, la superficie irregular o forma nodular, es asintomática; el crecimiento excesivo gingival genera problemas funcionales y estéticos, como diastemas, la dificultad en la masticación, retrasar la erupción dentaria y puede impedir el cierre normal de los labios. Esta entidad fue incluida en la clasificación emitida en el año 1999 por la Academia Americana de Periodoncia dentro de las manifestaciones periodontales, la cual sigue vigente en la actualidad.<sup>23</sup> (Anexo N°9 Figura N°9)

#### • **Hiperplasia Gingival Inducida por Fármacos**

Es una reacción adversa relacionada con el uso sistémico de medicación del tipo de la fenitoína, ciclosporina y bloqueantes de los canales del calcio. Estos fármacos son estructuralmente distintos, pero tienen en común la

acción de inhibir la captación celular de calcio, mecanismo que se considera implicado en la patogenia de los agrandamientos gingivales. Los agrandamientos gingivales (AG) inducidos por estos fármacos presentan una serie de características en común, como ser: variación en la respuesta entre pacientes y dentro del mismo paciente, lo que sugiere una posible predisposición genética, tendencia a ocurrir más frecuentemente en el sector anterior de la boca, mayor prevalencia en personas jóvenes, aparición dentro de los 3 primeros meses de uso del fármaco, usualmente comienzan a nivel de las papilas gingivales, y pueden presentarse en un periodonto con o sin pérdida ósea, no se asocian a pérdida de inserción o de piezas dentarias. En general las lesiones se presentan con características clínicas e histológicas similares.<sup>24</sup>

Clínicamente la lesión comienza con un incremento de volumen indoloro de las papilas interdentes y de los márgenes gingivales vestibulares y linguales, la lesión aumenta de tamaño lentamente pudiendo llegar a cubrir una porción considerable de las coronas dentarias, e incluso interferir con la oclusión. Cuando la inflamación no la complica, la lesión tiene forma de mora, es firme, de color rosa pálido, resiliente y con nula tendencia a la hemorragia. Ocurre en zonas donde hay dientes, aunque puede ocurrir en pacientes edéntulos y adyacente a implantes dentales de titanio. El incremento de volumen dificulta el control de la placa bacteriana, lo que origina un proceso inflamatorio secundario que complica la hiperplasia gingival causada por el fármaco.<sup>24</sup> (Anexo N°6 Figura N°10)

#### **1.1.4 Adulto Mayor**

En un paciente adulto mayor con pérdida total de las piezas dentarias del maxilar superior (desdentado total del max. sup.) muchas veces tienen permanencia de los dientes antero inferiores, o bien, siguiendo el consenso mundial de resolución protética en desdentados totales (desdentado total max. sup. e inf.), tiene colocados 2 implantes en el sector antero inferior y la resolución protética funciona con elementos antero inferiores ídem a el caso de permanencia de piezas antero inferiores.<sup>25</sup>

Las reabsorciones producidas por estos dos tipos de estados bucales son más significativas en el sector antero superior dando lugar a la Atrofia paraprotética premaxilar. A nuestro entender el agente causal es una prótesis, donde la primera consecuencia irreversible evidente es una atrofia ósea y a partir de ahí se comienzan a sumar otras alteraciones.<sup>25</sup>

#### **A. Higiene del Adulto Mayor**

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.<sup>26</sup>

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%.<sup>27</sup>

También se utilizará 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.<sup>28</sup>

## **B. Cambios en la Salud Oral del Adulto Mayor**

La valoración del paciente geriátrico debe de incluir 5 aspectos fundamentales: salud física, salud mental, nivel socioeconómico, circunstancia del ambiente y estado funcional. Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran, dando lugar a las alteraciones de la estructura y el funcionamiento vital de los órganos, sistemas y aparatos.<sup>11</sup>

Los tejidos orales y periodontales se puede observar diferentes cambios como parte del proceso de envejecimientos. Estos cambios se pueden clasificar como: Los propios de cada tejido bucal, los producidos por los medicamentos o elementos terapéuticos utilizados en estos pacientes, los ocasionados por el deterioro sistémico.<sup>11</sup>

La condición bucal de los adultos mayores tiene gran influencia en su nutrición ya que condiciona los alimentos que este puede consumir. La razón principal del cambio nutricional es la disminución de la función sensorial de la boca. Esta alteración afecta a los adultos mayores independientemente de la cantidad de piezas dentarias que este posea. Se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de la textura, dureza y el sabor de los alimentos, haciendo que decrezca su interés en alimentarse. A medida que el paciente va perdiendo sus piezas dentales, disminuye su eficiencia masticatoria, aún si este utiliza prótesis.<sup>11</sup>

### **C. Proceso de Cambios en el Adulto Mayor**

#### **– Atrofia de la mucosa oral**

Los tejidos se vuelven más vulnerables a la presión y a los traumas producidos por la masticación, esto generará malestar en el paciente obligándolo a la selección de alimentos más blandos. Existe atrofia del epitelio, disminución de la cantidad de células del tejido conectivo, disminución de la queratinización aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como el hábito de fumar, la dieta, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca.<sup>11</sup>

#### **– Cambios en la saliva**

Los adultos mayores presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en su cantidad como en la calidad. Los cambios se pueden deber a la acción de medicamentos o de tratamientos como la radiación en pacientes tratados

por cáncer. o a la atrofia de las glándulas salivales cuyo tejido es reemplazado por tejido adiposo o conectivo como parte del proceso de envejecimiento. La disminución salival afecta a la fonética y dificulta la deglución de los alimentos.<sup>11</sup>

#### **– Cambios en el tejido óseo**

El proceso de remodelación ósea que ocurre normalmente durante toda la vida y que en los adultos conserva un equilibrio entre la reabsorción ósea y la modelación de hueso nuevo, se altera con los años por causas hormonales o celulares, predominando a partir de los sesenta años la reabsorción sobre la formación del hueso. Los cambios óseos son más notables en las mujeres posmenopáusicas y en los hombres mayores de setenta años. En las mujeres después de la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y de la capacidad de absorción y metabolismos del calcio. Se produce una mayor secreción de hormona paratiroidea incrementando la reabsorción ósea con el fin de mantener al calcio sérico. La consecuencia es la disminución de la densidad del hueso esponjoso y del hueso cortical. Se ha demostrado a nivel mandibular que la osteoporosis y maxilares severamente reabsorbidos está ligada con rebordes mandibulares en filo de cuchillo. La pérdida prematura de las piezas dentales induce a la reabsorción de la altura de los rebordes maxilares, ya que es progresiva con el tiempo es más grave mientras más prematuras sean las extracciones.<sup>11</sup>

### – **Cambios en los tejidos dentarios**

Los dientes cambian de tamaño, posición, color y forma por modificación de los tejidos dentarios y por acción del medio bucal. Aun cuando la higiene y la oclusión sean las adecuadas, el uso constante hace que el diente presente un desgaste fisiológico conocido con el nombre de atrición. A este hecho se le suma patologías como la caries, bruxismo, enfermedad periodontal u otros factores como el uso de materiales restauradores. En los ancianos prevalece la caries radicular por encima de la coronaria debido a la reabsorción gingival y a la disminución del flujo salival.<sup>11, 10</sup>

### – **Cambios periodontales**

El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento de dos formas: en los pacientes susceptibles se produce una retracción gingival, exponiendo el cemento y por tanto disminuyendo la resistencia las caries. En los pacientes con una higiene deficiente el acúmulo de placa forma provocará una gingivitis que con el tiempo puede derivar a una periodontitis. La periodontitis es la mayor causa de pérdida dentaria en los pacientes a partir de los 35 años. Los cambios descritos pueden estar presentes o no durante el envejecimiento, esto dependerá de diversos factores: hereditarios, ambientales, nutricionales, económicos y sociales.<sup>11</sup>

Una dieta equilibrada que contenga los nutrientes esenciales para una buena nutrición es importante para mantener una buena salud bucal. Es importante mencionar que no solo es lo que ingerimos si no que la manera en la que lo

hacemos es igual de importante, ya que malos hábitos masticatorios también son causantes de alteraciones bucales.<sup>11</sup>

## **1.2 Investigaciones**

**García B. y Benet M. (2010) Cuba**, realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal a 125 ancianos portadores de prótesis; se describieron las características de las prótesis removibles usadas y su relación con las lesiones de la mucosa bucal. Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado y 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 subprótesica, 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.<sup>25</sup> 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.<sup>29</sup>

**Matos G., Andrade P. (2011) Brasil**, realizaron una revisión del historial de los pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Bahía de Brasil, del mes de junio

del año 2006 al mes de diciembre del año 2007. De los 28 individuos que usaron prótesis dentales removibles, 25 mostraron anomalías en la mucosa bucal, para un 89,3 %; y el 42,8 % de estas estaban mal adaptadas. Dentro de las lesiones se encuentra la hiperplasia fibrosa inflamatoria en el 29,42 % de la muestra, la candidiasis crónica atrófica en el 20,6 %, la queilitis angular en el 8,82% y la úlcera traumática en el 8,82 %. Los sitios anatómicos más afectados fueron la mucosa alveolar con un 35,3 % y el paladar con un 29,4 %.<sup>30</sup>

**García B. y Cols (2012) Cuba**, su estudio fue 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 subprótesica 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.<sup>27</sup>

**Gutiérrez M. y Cols (2013) Cuba**, su 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, Cuba. 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  $\chi^2$  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 subprótesisica 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 subprótesisica fue la lesión mucosa más frecuente.<sup>31</sup>

**Rodríguez M. y Cols (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  $\chi^2$ . 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 (3338). 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.<sup>32</sup>

**Ávila G. y Cols (2014) Cuba**, en su estudio “Caracterización de las lesiones en pacientes portadores de prótesis removible” examinó a 67 pacientes de

15 años y más, portadores de prótesis removibles y con presencia de lesiones, las variables de este estudio fueron: edad, sexo, lesión de la mucosa y localización anatómica de la Clínica Estomatológica “Héroes de Bolivia”, Las Tunas, Cuba. Entre los resultados la estomatitis subprótesis predominó en el 70,15%, seguida por el érpulis fisurado, con un 17,91%, úlcera traumática con un 4,48%, leucoplasia con un 4,48%, papiloma con un 2,98%. En cuanto a la relación de presencia de lesiones y el sexo: se determinó un predominio en el sexo femenino con un 80,60%. Otra variable en este estudio fue la localización anatómica de la lesión y obtuvo un predominio en el paladar duro, con un 73,13%. Le siguió el fondo de surco vestibular, con un 17,91%. Se mencionó que la localización más frecuente de la estomatitis subprótesis fue en el paladar duro, mientras que el érpulis fisurado fue en el surco vestibular.<sup>33</sup>

**Nápoles I. y Cols (2016) Cuba,** realizaron un estudio observacional descriptivo, de enero a diciembre de 2014, en el departamento de prótesis dental del Policlínico Julio Antonio Mella, Camagüey, Cuba. 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 bucales asociadas al uso prótesis total fueron más frecuentes en las mujeres y en los grupos 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 subprótesica fue la que predominó seguida de la úlcera traumática y el épulis fisurado.<sup>36</sup>

**Casco K. (2017) Ecuador**, determinó la prevalencia de Épulis Fisurado en pacientes de la tercera edad en Centros de ayuda al adulto mayor públicos del Centro Histórico de Quito. Materiales y métodos: se escogió a todas las personas que cumplan con los criterios de inclusión y fueron 100 pacientes mayores de 60 años que se encuentran en centros de ayuda al adulto mayor públicos, firmaron el consentimiento informado, por medio de la observación se procedió a realizar el examen clínico y determinar si presentan o no la patología de estudio. Después con los pacientes que presentaban la patología se recurría a llenar la encuesta para la recopilación de datos. Resultados: En relación a la prevalencia se obtuvo que 38 pacientes tenían Épulis Fisurado de los 100 examinados es decir el 38 por ciento, además que el género de mayor incidencia fue el femenino con un 63,15 por ciento (24 mujeres) de las 38 personas que evidenciaban la patología. También, resultó que la causa principal es el uso prolongado de prótesis dentales mal adaptadas o flojas (50,7 por ciento); asimismo, la localización de mayor relevancia fue el fondo de surco vestibular-anterior correspondiente al maxilar superior en boca. Conclusión: Los resultados concluyen que existe

alta prevalencia de Épulis Fisurado o Hiperplasia Fibrosa en la población evaluada.<sup>37</sup>

### **1.3 Marco Conceptual**

#### **– Prótesis Total**

La Prótesis Total, o también conocidas como dentadura, es un instrumento confeccionado con el fin de sustituir a todos los dientes (edentulismo) que han sido perdidos, al igual que la reconstrucción de la parte gingival ausente. De esta forma el paciente recuperará su función masticatoria, fonética, se le devolverá la estética, conseguir comodidad y que se sentirá psicológicamente bien consigo mismo.<sup>38</sup>

#### **– Hiperplasia**

Es una adaptación celular que se manifiesta por aumento del número de las células, y por ende el aumento del volumen del órgano o tejido.<sup>39</sup>

#### **– Fibrosis**

La fibrosis designa la transformación de algunos tejidos en un tejido compuesto por fibras cercanas al tejido conjuntivo. Suele aparecer a raíz de una lesión tisular o de la inflamación de un tejido donde éstos no se regeneran correctamente: los tejidos inicialmente sanos se sustituirán por estos otros tejidos fibrosos.<sup>40</sup>

– **Inflamación**

Es la respuesta, del sistema inmunológico de un organismo, al daño causado a sus células y tejidos vascularizados por patógenos bacterianos y por cualquier otro agresor de naturaleza biológica, química, física o mecánica. Aunque dolorosa, la inflamación es, normalmente, una respuesta reparadora; un proceso que implica un enorme gasto de energía metabólica.<sup>41</sup>

– **Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (HFI)**

Es un agrandamiento reactivo, localizado y de tipo inflamatorio del tejido conectivo, más frecuente en adolescentes y adultos y relativamente común en niños (menos del 5%). Lesión de crecimiento lento y generalmente asintomática, considerada como un aumento celular proliferativo no neoplásico en respuesta a la acción de agentes físicos constantes.<sup>17</sup>

– **Estomatitis**

Es una inflamación de la mucosa de la boca. La estomatitis puede ser debida a una mala higiene de la boca. Pueden aparecer diferentes tipos de lesiones: rojas, blancas, en forma de pequeñas vesículas.<sup>42</sup>

– **Hiperqueratosis**

La hiperqueratosis se define por una queratinización excesiva que da lugar a un engrosamiento de la capa córnea. En otras palabras, la piel se espesa en zonas más o menos importantes.<sup>43</sup>

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1 Planteamiento del Problema**

#### **2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

La Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria es una lesión que se desarrolla por la disminución del soporte (debido a la reabsorción alveolar) y la prótesis se profundiza poco a poco sobre el fondo de surco, ejerciendo una presión anormal sobre los tejidos blandos. Aquí se combinan dos lesiones: úlcera crónica e hiperplasia de tejido conjuntivo crónicamente inflamado. Su etiología está relacionada a la irritación crónica causada por los bordes de las prótesis. La mayoría de los casos han sido reportados entre la quinta y séptima década de vida, generalmente localizada en la parte anterior del maxilar superior.<sup>44</sup> El adulto mayor es el grupo más afectado en la Salud Bucal ya que durante su vida no recibe suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados para recuperar su Salud Bucal.

En el mundo cada año aumenta el porcentaje de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado a través de un informe que entre 2000 y 2050 se duplicará la población de ancianos mayores de 60 años, pasando del 11 al 22 por ciento. En números absolutos, este grupo de

edad pasará de 605 millones a 2 mil millones en el transcurso de medio siglo. Según el informe, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más aumentara de un 7 por ciento a un 14 por ciento. Por el contrario, en países como Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. El documento indica que entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 o más años de edad se incrementará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones.<sup>45</sup> Por lo cual la prótesis constituye una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero aun cuando con 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 la mucosa.<sup>13</sup> En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis cuando están desgastadas, desajustadas, incorrectamente confeccionadas o en mal estado, producen daños que contribuyen a un estado deficiente de la cavidad bucal que afectan en la salud de las personas, sobre todo en los ancianos.<sup>29</sup>

En Sudamérica, según los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, la Hiperplasia se presenta en un 20% de los pacientes que acuden a la consulta dental, como consecuencia de prótesis mal adaptadas o fracturadas, mala higiene bucal y por el mayor tiempo de uso de esta. Por lo que resulta que la mucosa bucal existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende al hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como

la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos.<sup>46</sup>

Actualmente en el Perú, existe poca información relacionada a la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria; en las Universidades Nacionales del Perú no existe partidas presupuestales que permita el estudio de investigación; con la finalidad de brindar un servicio social que sea beneficioso a los adultos mayores, ya que según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).<sup>47</sup> Las evidencias actuales no pasan de ser suposiciones realizadas a partir de la práctica asistencial y existen muy pocos estudios publicados que describen el estado concreto de este problema en nuestra sociedad.<sup>13</sup>

A nivel de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, no existen muchos proyectos de investigación que centren a la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria como factor local. En esta ocasión el proyecto de estudio se centra en el nivel de conocimiento sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en los operadores de Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega Facultad de Estomatología.

Si no se realizara este proyecto de investigación no se podría interpretar el nivel de conocimiento de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria que deben tener los alumnos de último ciclo, y por consecuencia seguirían teniendo una actitud inadecuada frente a aquella lesión. Ya que como sabemos los adultos mayores son más propensos a contraer este tipo de lesiones en la mucosa oral, debido a que muchos de ellos usan prótesis.<sup>48</sup>

Por ende, con esta investigación se lograría saber en qué nivel de conocimiento se encuentran los alumnos de Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega acerca de esta lesión. Por eso, es importante conocer el nivel de conocimiento que tienen sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor, portador de prótesis total. Ya que, con un rápido diagnóstico presuntivo del operador y sus charlas de concientización al paciente sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, se podría prevenir dicha lesión a futuro.

## **2.1.2 Definición del Problema**

### **2.1.2.1 Problema General**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0?

### **2.1.2.2 Problemas Específicos**

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de

prótesis total en la Clínica del Adulto I de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el 2018-0?

2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0?
3. ¿Cuál es la diferencia del nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0?

## **2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación**

### **2.2.1 Finalidad**

La finalidad de esta investigación es identificar si los operadores de la Clínica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, tienen conocimiento acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total, por lo tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante el cuestionario tomando para conocer el nivel de conocimiento que tienen los operadores acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total, de acuerdo a los resultados se podría implementar clases específicas acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, los protocolos de atención y tratamientos para cada caso específico.

Por ello, es importante tener conocimiento acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, ya que es una de las lesiones bucales más relevantes en los

adultos mayores portadores de prótesis total. Por lo tanto, si al tener conocimiento acerca de esta lesión brindaríamos una buena atención y calidad de vida a nuestros pacientes.

## **2.2.2 Objetivo General y Específicos**

### **2.2.2.1 Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0.

### **2.2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0.
2. Determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0.
3. Establecer la diferencia del nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto

mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0.

### **2.2.3 Delimitación del Estudio**

Respecto a la delimitación espacial, el estudio se realizó en la Clínica Estomatológica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Distrito de Pueblo Libre, en la Provincia de Lima, Departamento de Lima, Perú.

En la delimitación temporal del presente proyecto de investigación, se llevó a cabo en el periodo comprendido en los meses de enero y febrero del año 2018, conformando los límites temporales del estudio.

Referente a la delimitación social el presente proyecto de investigación aporta mayor conocimiento sobre la importancia de conocer la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total, para luego llevar a cabo un tratamiento adecuado para cada paciente. El diseño del estudio fue descriptivo y se realizó mediante la toma de cuestionarios a los operadores de Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

### **2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio**

Actualmente es importante mejorar y complementar el nivel de conocimiento de los estudiantes frente a la atención del paciente adulto mayor portador de prótesis total que presenta Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, ya que muy pronto serán profesionales de la salud, en donde ellos mismos tendrán que desenvolverse y optar por un tratamiento adecuado para cada caso en particular.

Es importante conocer el nivel de conocimiento sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en los operadores de la Clínica del Adulto I y II, ya que, de acuerdo a los resultados de la presente investigación, se supo si ellos necesitan clases o charlas sobre aquella lesión para realizar un excelente tratamiento; además, mejorando las asignaturas inmersas al tema, para que le den mayor importancia y sea mejor transmitido a los alumnos.

Esta investigación permitió obtener mayor concientización sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total con la finalidad de mejorar el manejo de ésta patología en la práctica odontológica. Ya que, en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, no existen muchos proyectos de investigación que centren a la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria como un factor local.

## **2.3 Hipótesis y Variables**

### **2.3.1 Hipótesis Principal**

Existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento entre los operadores de la Clínica del Adulto I y II sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

### **2.3.2 Variable e Indicador**

#### **2.3.2.1 Variable**

Nivel de conocimiento de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria.

### **2.3.2.2 Indicador**

Los indicadores del presente estudio fueron las respuestas de las preguntas del cuestionario que fue aplicado en la ejecución que son del N°01 al N° 15.

## **CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

### **3.1 Población y Muestra**

#### **3.1.1 Población**

La población de estudio estuvo constituida por todos los operadores de la Clínica del Adulto I y II del Ciclo Académico 2018-0, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, con una totalidad de 47 operadores.

#### **3.1.2 Muestra**

La muestra de la investigación fue conformada en forma no aleatoria por conveniencia, en la cual estuvo constituida por un total de 40 operadores correspondientes a la Clínica del Adulto I y II del Ciclo Académico 2018-0, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que cumplieron con los criterios de selección.

##### **3.1.2.1 Criterios de Inclusión**

- Operadores que pertenezcan a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Alumnos y alumnas matriculados en el Semestre Académico 2018-0.

- Operadores que firmaron el consentimiento informado, aceptando participar en la investigación.
- Operadores que están cursando Clínica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Operadores que asistan constantemente al área de Clínica del Adulto.

### **3.1.2.2 Criterios de Exclusión**

- Operadores que no pertenezcan a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Alumnos y alumnas que no estén matriculados en el Semestre Académico 2018-0.
- Operadores que no estén cursando a la Clínica de Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Operadores que se negaron firmar el consentimiento e ingresar al estudio.
- Operadores que no asisten en sus horarios de la Clínica de Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

## **3.2 Diseño a utilizar en el estudio**

### **3.2.1 Diseño**

Debido a que no habrá intervención por parte del investigador sobre el nivel de conocimiento, el presente estudio tiene un diseño Descriptivo.

### **3.2.2 Tipo de Investigación**

Debido a que se da en un momento determinado y por única vez, el estudio es de tipo Observacional, Transversal y Prospectivo.

### **3.2.3 Enfoque**

El estudio es medible por lo que fue Cuantitativo.

## **3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

### **3.3.1 Técnica de Recolección de Datos**

Para la ejecución del estudio se realizó mediante un Instrumento de Recolección de Datos que estuvo constituido por un cuestionario, que fue elaborado por el investigador, y para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó la validez de contenido del cuestionario, mediante la evaluación por Juicio de Expertos, que fueron tres especialistas con experiencia y Grado de Magíster y Doctor, los cuales calificaron las características del instrumento por medio de una Ficha de Validación por Expertos (Anexo N°5, 6 7), entregándose los objetivos y la Matriz de Consistencia Interna del estudio (Anexo N°1).

El cuestionario estuvo constituido por las siguientes partes:

#### **La primera parte**

Estuvo destinada a las instrucciones para el llenado del cuestionario, donde se le explicó el motivo de la investigación.

#### **La segunda parte**

Donde se registra los datos de filiación como son: la edad, el sexo y la clínica a la cual pertenece.

### **La tercera parte**

Estuvo constituida por 15 preguntas de tipo politómica, acerca del nivel de conocimiento sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total, con cuatro alternativas y de respuesta cada respuesta correcta un puntaje. siendo las preguntas n°1 y n°13 equivalente a 2 puntos y las preguntas n° 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14 y 15 equivalente a 1 punto. (Anexo N°3).

A continuación, se describe las preguntas del cuestionario:

1. ¿Qué es la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?
2. ¿Con que otro nombre se le conoce a la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?
3. ¿Cuál es la edad de mayor predominio en la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?
4. ¿En qué tiempo un paciente portador de prótesis dental total requiere controles?
5. ¿Cuál es la ubicación menos frecuente de la HFI (Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria)?
6. Diga, ¿Cuáles son las características de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?
7. ¿En qué tiempo puede aparecer una HFI (Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria) en la cavidad oral de un adulto mayor luego de iniciado el uso de la prótesis dental total?
8. ¿Es necesario retirar la prótesis dental total para que los tejidos descansen?
9. Según sus conocimientos, diga ¿cuál es el tratamiento adecuado para la HFI en el adulto mayor?
10. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales de la HFI?

11. ¿Cuáles son los factores de riesgos que son asociados con la HFI en el adulto mayor?
12. ¿Cuál es la etiología de la HFI en un paciente adulto mayor?
13. Paciente femenino de 70 años portador de prótesis total llega a consulta y refiere que desde hace 5 años tiene un bulto encima de la encía. Al examen clínico se observa una lesión en fondo de surco anterosuperior la cual es única bien definida, autodelimitada y sésil. El color de la mucosa es de aspecto pálido, liso, brillante y firme.
14. Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran, dando lugar a las alteraciones de la estructura y el funcionamiento vital de los órganos, sistemas y aparatos. Diga usted, ¿cuáles son los cambios que presenta mayor relevancia en el proceso de envejecimiento?
15. Las prótesis dentales deben cumplir con distintos requisitos fundamentales las cuales son.

Se midió el nivel de conocimiento sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total, mediante un rango correspondiente

a:

- Malo
- Regular
- Bueno

Según el Teorema de Baremo se tomó como valor máximo 17 y como valor mínimo 0, con la siguiente formulación:

$$\frac{15}{3} = 5$$

Dónde:

- o Malo:  $0 + 5 = 5$        $\longrightarrow$       0 A 5
- o Regular:  $6 + 5 = 11$        $\longrightarrow$       6 A 11
- o Bueno:  $12 + 5 = 17$        $\longrightarrow$       12 A 17

Con estos rangos, donde el valor de Malo equivale de 0 a 5, Regular de 6 a 11 y Bueno de 12 a 17 se podrá evaluar, cuál es el nivel de conocimiento sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en los operadores de la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

### **3.4 Procesamiento de Datos**

Una vez culminado el llenado de los cuestionarios por los operadores de la Clínica Estomatológica del Adulto, que participan en el estudio se procedió a organizar las Fichas de Recolección de Datos para luego ser enumeradas e ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las condiciones establecidas por el investigador. El procesamiento de datos se llevó a cabo en una computadora de escritorio marca Samsung SyncMaster B2030, procesador Intel ® Core ™2 Duo CPU E7500 de 2.93 GHz, con una memoria (RAM) de 4.00 GB, sistema operativo de 64 bits y Windows 10. La

información recolectada fue analizada con el paquete estadístico de software IBM SPSS Statistic en su versión de acceso 22; en la cual se llevó a cabo la estadística descriptiva. Los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas, son expresados mediante tablas y gráficos que se muestran a continuación. Los resultados fueron obtenidos mediante una estimación por intervalo a un 95% de confianza.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **4.1 Presentación de Resultados**

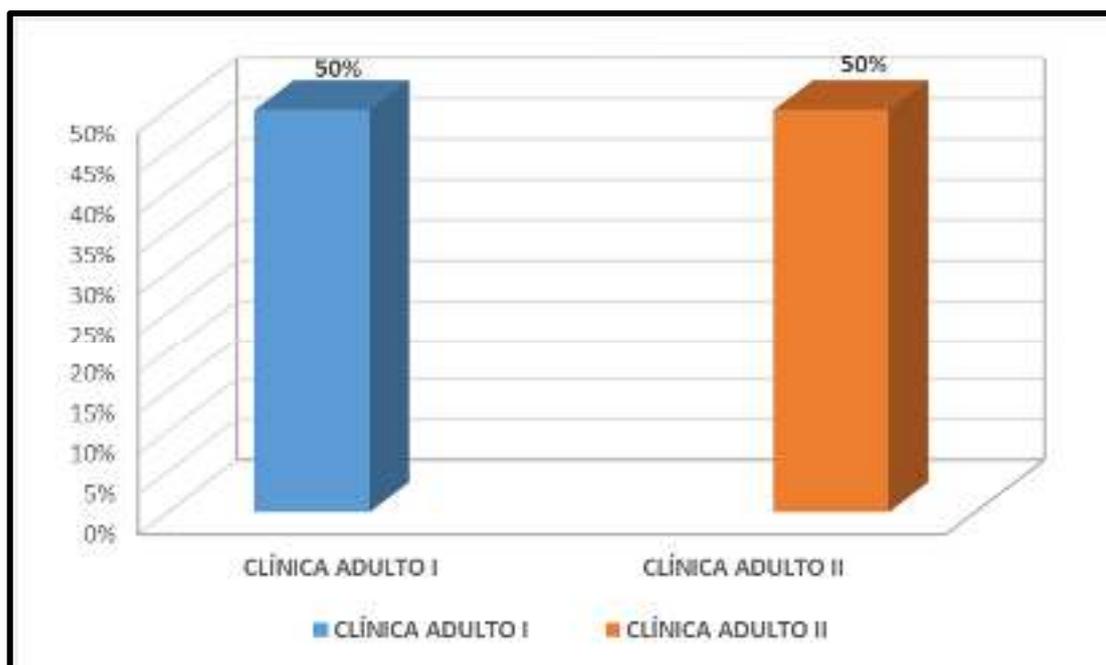
Luego de haber ejecutado el presente estudio y de obtener los resultados, se procedió a desarrollar el análisis de los datos, se hizo con el apoyo de los asesores de la tesis, el cual se presentará a continuación mediante tablas y gráficos.

**Tabla N° 01**

**Distribución de la muestra de acuerdo a la Clínica del Adulto a la que pertenece**

	Cantidad	Porcentaje
Clínica del Adulto I	20	50%
Clínica del Adulto II	20	50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

En la tabla N° 01 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 40 operadores de la Clínica del Adulto, pertenecen a la Clínica del Adulto I un número de 20 (50%) y de la misma manera a la Clínica del Adulto I un número de 20 (50%).



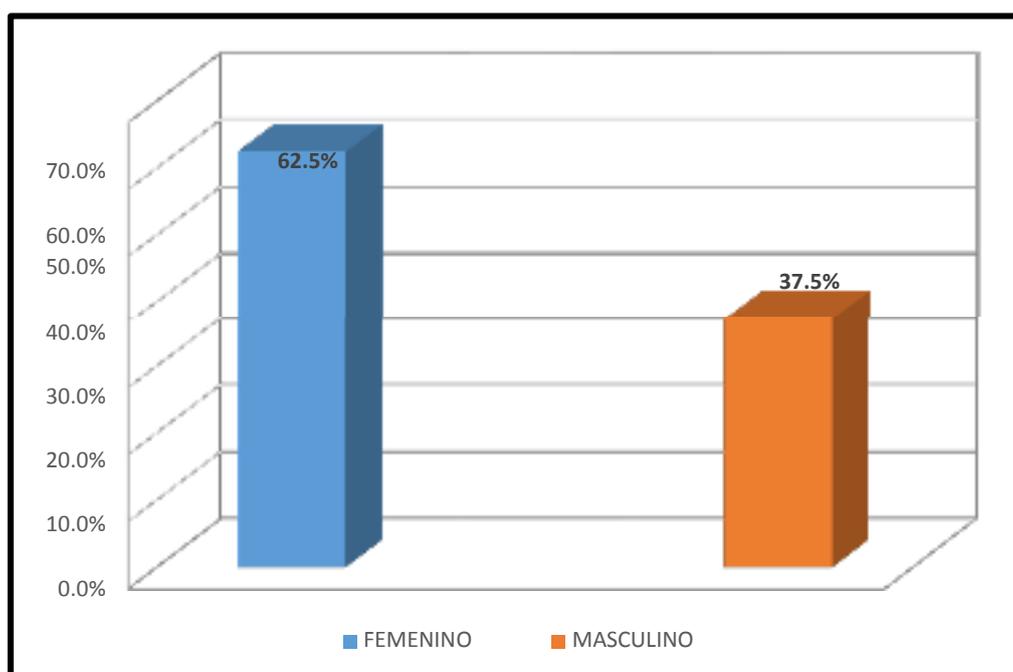
**Gráfico N° 01**

**Distribución de la muestra de acuerdo a la Clínica del Adulto a la que pertenece**

**Tabla N° 02**  
**Distribución de la muestra de acuerdo al sexo**

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Masculino	15	37.50%
Femenino	25	62.50%
Total	40	100%

En la tabla N° 02 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 40 operadores de la Clínica del Adulto, pertenecen al sexo masculino un número de 15 (37.50%) y al sexo femenino un número de 25 (62.50%).



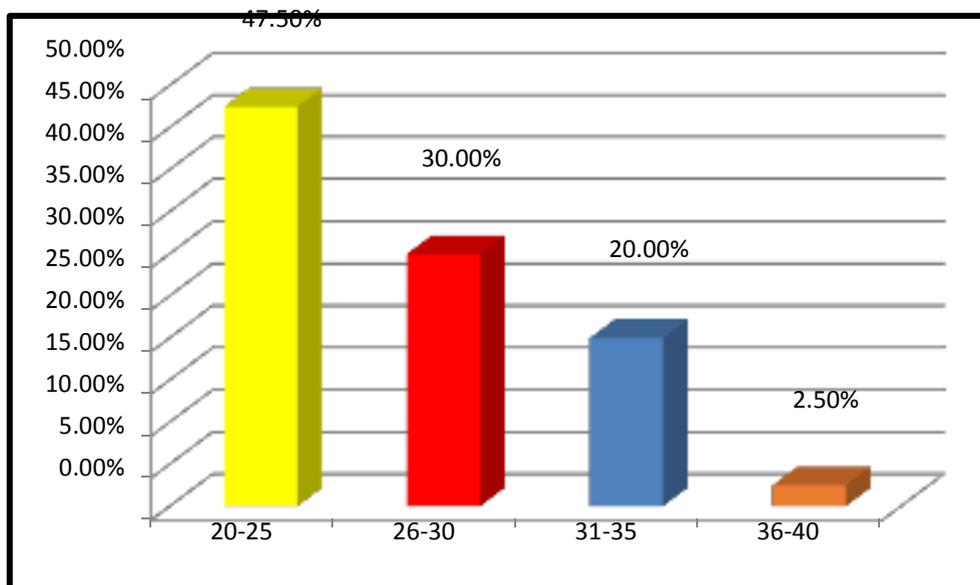
**Gráfico N° 02**  
**Distribución de la muestra de acuerdo al sexo**

**Tabla N° 03**

**Distribución de la muestra de acuerdo a las edades de los operadores**

Edad	Cantidad	Porcentaje
20-25	19	47.5%
26-30	12	30.0%
31-35	8	20.0%
36-40	1	2.5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>

En la tabla N° 03 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 40 operadores de la Clínica del Adulto, corresponde a las edades de 20 a 25 años un número de 19 (47.50%), a las edades de 26 a 30 años un número de 12 (30.00%), a las edades de 31 a 35 años un número de 8 (20.00%), a las edades de 36 a 40 años un número de 1 (2.50%).



**Gráfico N° 03**

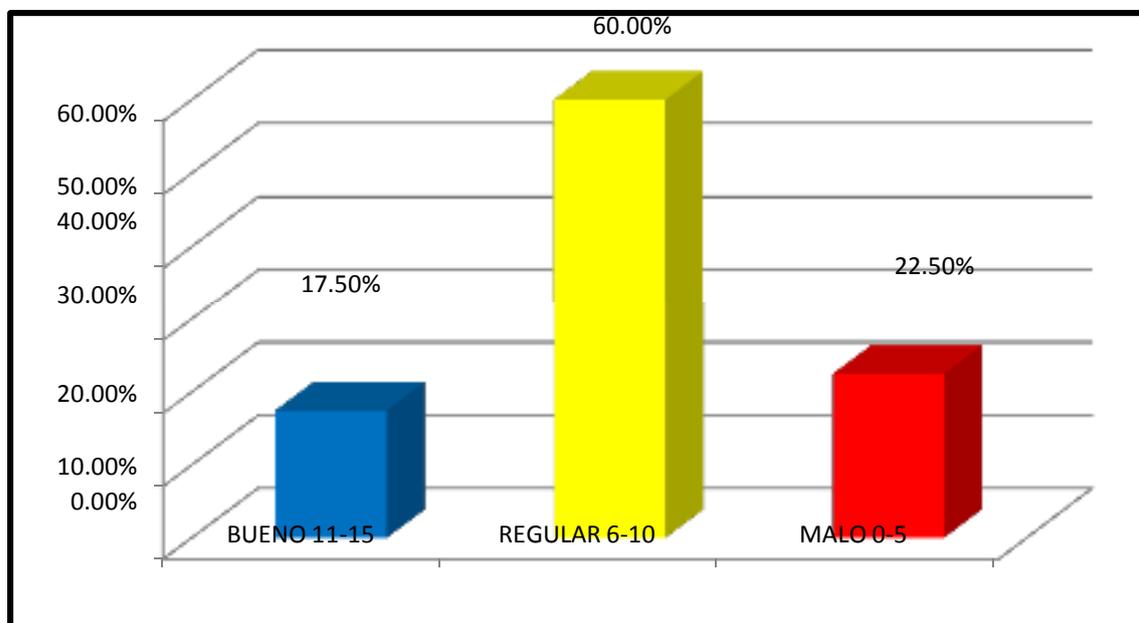
**Distribución de la muestra de acuerdo a las edades de los operadores**

**Tabla N° 04**

**Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Bueno	7	17.50%
Regular	24	60.00%
Malo	9	22.50%
Total	40	100%

En la tabla N° 04 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 40 operadores de la Clínica del Adulto, son las muestras correspondientes a Bueno con un número de 7 (17.50%), en mayoría a Regular con un número de 24 (60.00%), a Malo con un número de 9 (22.50%).



**Gráfico N° 04**

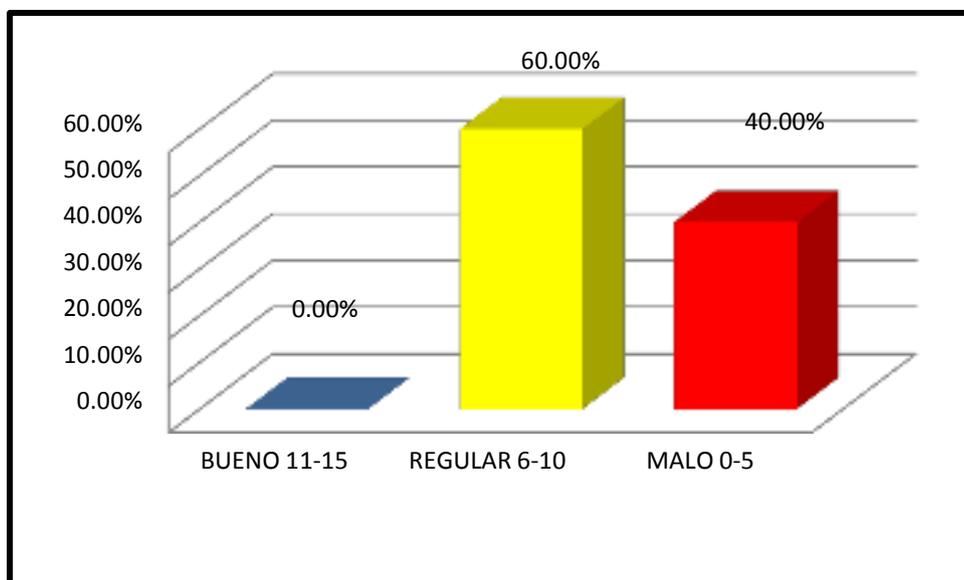
**Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto**

**Tabla N° 05**

**Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto I**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bueno</b>	0	0.00%
<b>Regular</b>	12	60.00%
<b>Malo</b>	8	40.00%
<b>Total</b>	20	100.00%

En la tabla N° 05 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 20 operadores de la Clínica del Adulto I, son las muestras correspondientes a Bueno con un número de 0 (0.00%), en mayoría a Regular con un número de 12 (60.00%), respecto a Malo con un número de 8 (40.00%).



**Gráfico N° 05**

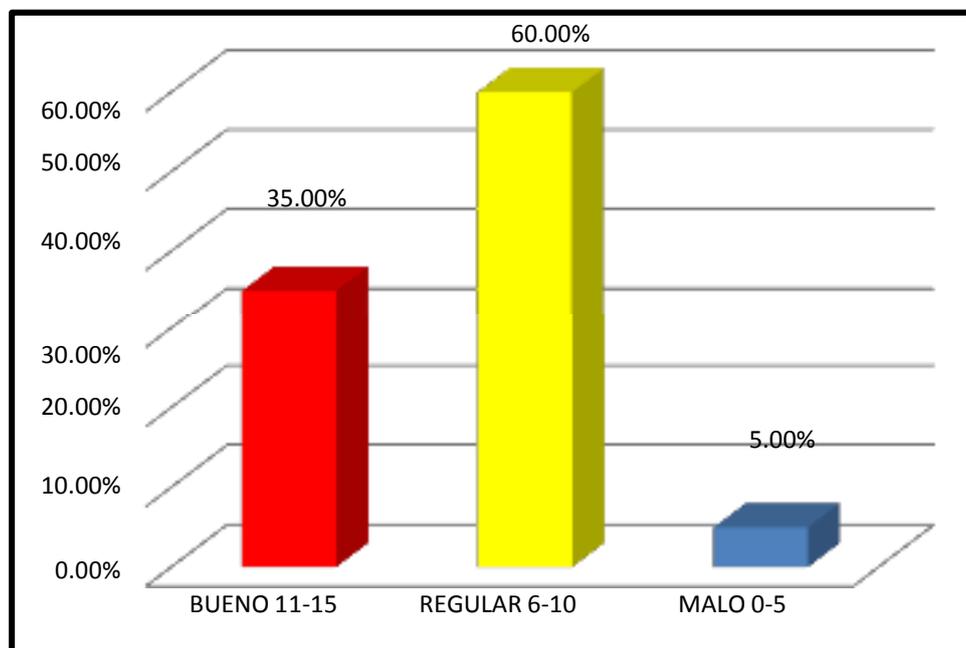
**Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto I**

**Tabla N°06**

**Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto II**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bueno</b>	7	35.00%
<b>Regular</b>	12	60.00%
<b>Malo</b>	1	5.00%
<b>Total</b>	20	100.00%

En la tabla N° 06 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 20 operadores de la Clínica del Adulto II, son las muestras correspondientes a Bueno con un número de 7 (35.00%), en mayoría a Regular con un número de 12 (60.00%), y a Malo con un número de 1 (5.00%).



**Gráfico N° 06**

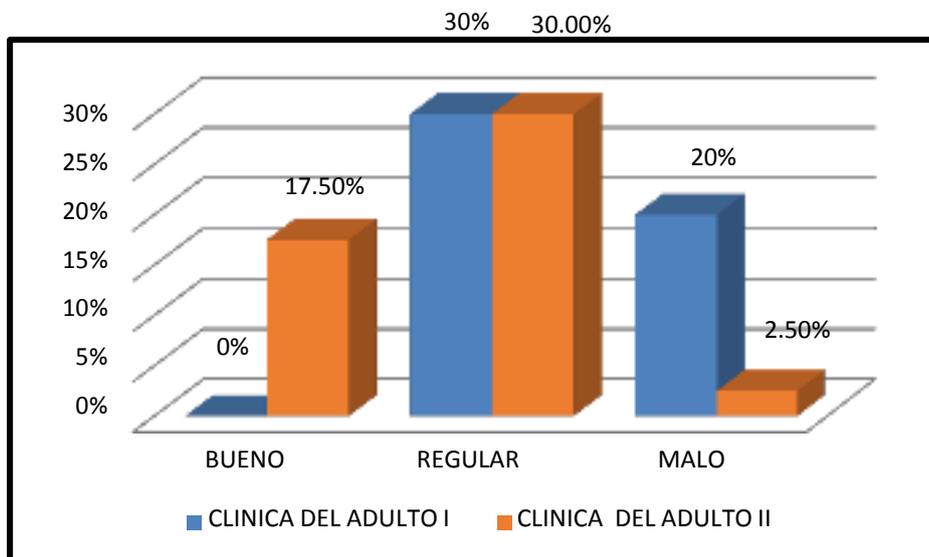
**Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de conocimiento en los operadores de la Clínica del Adulto II**

**Tabla N° 07**

**Distribución de la muestra diferenciando el nivel de conocimiento de los operadores de la Clínica del Adulto I y los operadores de la Clínica del Adulto II**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CLINICA DEL ADULTO I		CLINICA DEL ADULTO II	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Bueno	0	0%	7	17.5%
Regular	12	30%	12	30%
Malo	8	20%	1	2.5%
Total	20	50%	20	50%

En la tabla N° 07 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 40 operadores de la Clínica del Adulto I y II, son las muestras de Bueno con un número de 0 (0.00%) en la Clínica y de 7 (17.50%), las muestras de Regular con un número de 12 (30.00%) en la Clínica I y 12 (30.00%) en la Clínica II; finalmente son las muestras de Malo con un número de 8 (20.00%) y 1 (2.50%) en la Clínica II.



**Gráfico N° 07**

**Distribución de la muestra diferenciando el nivel de conocimiento de los operadores de la Clínica del Adulto I y los operadores de la Clínica del Adulto II**

## **4.2 Discusión de Resultados**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0 al observar los resultados en mayoría son de Regular con un número de 24 con un porcentaje 60.00%, correspondiente a Malo con un número de 9 con un porcentaje 22.50% y con respecto a Bueno con un número de 7 con un porcentaje 17.50%, analizando los resultados se aprecia que la mayor frecuencia es una mayoría de Regular con un 60%, lo que se debe es que los operadores no están en un 100% de conocimiento acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y por lo tanto no llevan en práctica un excelente tratamiento para dicha lesión. Se sugiere de acuerdo a los resultados realizar mejorar las clases acerca de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el pregrado respecto como su etiología, localización, características clínicas, tipos, diagnósticos diferenciales y tratamiento para elevar el nivel de conocimiento a los operadores de la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0.

Con respecto a determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0 Regular con un número de 12 con un porcentaje 60.00%, correspondiente a Malo con un número de 8 con un porcentaje 40.00% y corre y a Bueno con un número de 0 con un porcentaje 0.00%. En los resultados se aprecia que los operadores de la Clínica I, tienen un nivel de conocimiento de Regular en mayoría, con respecto a

Malo en menor número y Bueno en número de cero. Lo observado es preocupante, porque entre regular malo están en el 100%, posiblemente en su formación profesional en el pre- grado no le den importancia a esta patología; que es frecuente en los portadores de Prótesis Total, se deben insistir más en la enseñanza de ésta y todas las patologías, que será un beneficio para el paciente y una seguridad para el operador; también se podrá dar charlas, seminarios, jornadas sobre las diferentes patologías, al usar Prótesis Total el adulto mayor.

En lo referente a determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0 Regular con un número de 12 con un porcentaje 60.00%, correspondiente a Bueno con un número de 7 con un porcentaje 35.00% y a Malo con un número de 1 con un porcentaje 5.00%. En los resultados se observa, que los operadores de la Clínica II también en mayoría tienen un nivel del conocimiento de Regular, se aprecia que en un porcentaje y número considerable tienen un conocimiento de Bueno y en un número mínimo porcentaje tiene conocimiento de Malo, apreciándose que han mejorado, posiblemente por estar en ciclos superiores, en mayor experiencia, de todas maneras el resultado no es el óptimo deseable, se tendría que reforzar el conocimiento de todas las patologías que se puedan presentar en el paciente Adulto Mayor que una Prótesis Total, preparándose para el internado, podría ser mediante capacitaciones, se dividiría en el operador y un mejor tratamiento al paciente.

En los resultados se observa que en mayoría el conocimiento es de Regular con un número de 12, con un porcentaje de 30.00% tanto en la Clínica de Adulto I y Clínica de Adulto II; asimismo, se aprecia que con un nivel de conocimiento de Malo en un número de 8 con un porcentaje de 20.00% están los operadores de la Clínica de Adulto I y en número de 1 con un porcentaje de 2.50% se encuentran los operadores de la Clínica II; finalmente con un nivel de conocimiento de Bueno con un número de 0 con un porcentaje de 0.00% están los operadores de la Clínica de Adulto I y en un número de 7 con un porcentaje de 17.50% se encuentran los operadores de la Clínica de Adulto II. En los resultados se aprecia que en los operadores de la Clínica del Adulto I y Clínica de Adulto II en un 30.00% cada uno, haciendo un total de 60.00% entre ambas tienen un nivel de conocimiento de Regular en un porcentaje mayoritario, lo cual es un indicativo que ambos operadores de las Clínicas, necesitan mejores conocimientos sobre el tema, lo cual se sugiere a las autoridades de la Universidad que en Plan Curricular se de más investigación en el tema, o también mediante capacitaciones a los alumnos para elevar su conocimiento y estar mejor preparados para realizar su internado y mejor desenvolvimiento en su vida profesional, siendo de beneficio para el paciente y pueda mejorar su calidad de vida el Adulto Mayor.

Matos G., Andrade P. (2011) Brasil, realizaron una revisión del historial de los pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Bahía de Brasil, del mes de junio del año 2006 al mes de diciembre del año 2007. De los 28 individuos que usaron prótesis dentales removibles, 25 mostraron anormalidades en la mucosa bucal, para un 89,3 %; y el 42,8 % de estas estaban mal adaptadas. Dentro de las lesiones se encuentra la

hiperplasia fibrosa inflamatoria en el 29,42 % de la muestra, la candidiasis crónica atrófica en el 20,6 %, la queilitis angular en el 8,82% y la úlcera traumática en el 8,82 %. Los sitios anatómicos más afectados fueron la mucosa alveolar con un 35,3 % y el paladar con un 29,4 %. Se concluye que el nivel de conocimiento es de regular en operadores de ambas Clínicas.

Ávila G. y Cols (2014) Cuba, en su estudio “Caracterización de las lesiones en pacientes portadores de prótesis removible” examinó a 67 pacientes de 15 años y más, portadores de prótesis removibles y con presencia de lesiones, las variables de este estudio fueron: edad, sexo, lesión de la mucosa y localización anatómica de la Clínica Estomatológica “Héroes de Bolivia”, Las Tunas, Cuba. Entre los resultados la estomatitis subprótesica predominó en el 70,15%, seguida por el épulis fisurado, con un 17,91%, úlcera traumática con un 4,48%, leucoplasia con un 4,48%, papiloma con un 2,98%. En cuanto a la relación de presencia de lesiones y el sexo: se determinó un predominio en el sexo femenino con un 80,60%. Otra variable en este estudio fue la localización anatómica de la lesión y obtuvo un predominio en el paladar duro, con un 73,13%. Le siguió el fondo de surco vestibular, con un 17,91%. Se mencionó que la localización más frecuente de la estomatitis subprótesica fue en el paladar duro, mientras que el épulis fisurado fue en el surco vestibular. Se concluye que el nivel de conocimiento es de regular en operadores de ambas Clínicas.

Rodríguez M. y Cols (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  $\chi^2$ . 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 (3338). 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. Se concluye que el nivel de conocimiento es de regular en operadores de ambas Clínicas.

Nápoles I. y Cols (2016) Cuba, realizaron un estudio observacional descriptivo, de enero a diciembre de 2014, en el departamento de prótesis dental del Policlínico Julio Antonio Mella, Camagüey, Cuba. 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 bucales asociadas al uso prótesis total fueron más frecuentes en las mujeres y en los grupos 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 el nivel de conocimiento es de regular en operadores de ambas Clínicas.

Casco K.S (2017), determinó la prevalencia de Épulis Fisurado (Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria) en pacientes de la tercera edad en Centros de ayuda al adulto mayor públicos del Centro Histórico de Quito, Ecuador. Materiales y métodos: se escogió a todas las personas que cumplan con los criterios de inclusión y fueron 100 pacientes mayores de 60 años que se encuentran en centros de ayuda al adulto mayor públicos, firmaron el consentimiento informado, por medio de la observación se procedió a realizar el examen clínico y determinar si presentan o no la patología de estudio. Después con los pacientes que presentaban la patología se recurría a llenar la encuesta para la recopilación de datos. Resultados: En relación a la prevalencia se obtuvo que 38 pacientes tenían Épulis Fisurado de los 100 examinados es decir el 38 por ciento, además que el género de mayor incidencia fue el femenino con un 63,15 por ciento (24 mujeres) de las 38 personas que evidenciaban la patología. También, resultó que la causa principal es el uso prolongado de prótesis dentales mal adaptadas o flojas (50,7 por ciento); asimismo, la localización de mayor relevancia fue el fondo de surco vestibular-anterior

correspondiente al maxilar superior en boca. Conclusión: Los resultados concluyen que existe alta prevalencia de Épulis Fisurado o Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en la población evaluada. En la presente investigación se concluye que el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total. En la presente investigación se concluye que el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total. Se concluye que el nivel de conocimiento es de regular en operadores de ambas Clínicas.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

1. Al determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se concluye que presenta un nivel de conocimiento Regular.
2. Con respecto al nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se concluye que presenta un nivel de conocimiento Regular.
3. En lo concerniente al nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se concluye que presenta un nivel de conocimiento Regular.

4. En lo referente a establecer la diferencia del nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se concluye que presenta un nivel de conocimiento Regular.

## **5.2 Recomendaciones**

1. En cuanto a determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se recomienda considerar los resultados, para llevar a cabo reforzamientos y charlas sobre el tema a los operadores, con lo cual se lograría mejorar el nivel de conocimiento frente a la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria.
2. En lo referente al nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se recomienda considerar los resultados, para reforzar y actualizar los conocimientos sobre las medidas a tomar frente a pacientes con Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria portadores de prótesis total, con ello se lograría mejorar el nivel de conocimiento de los operadores.

3. En relación al nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se recomienda considerar los resultados, para mejorar el porcentaje del nivel de conocimiento mediante clases en la Universidad, logrando que los operadores puedan mejorar el nivel de conocimiento al tratar pacientes con Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria portadores de prótesis total.
  
4. En cuanto a establecer la diferencia del nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total en la Clínica del Adulto I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0, se recomienda considerar los resultados, para tratar de promover un nivel de conocimiento Bueno, en los alumnos de la Facultad, lográndose que tengan un mejor desenvolvimiento profesional frente a estos pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mego HI. Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la institución educativa n° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015” (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista). Lima, Perú. Universidad Señor de Sipán; 2015.
2. González SJ. Los niveles de conocimiento El Aleph en la innovación curricular. Rev. Innovación Educativa. (revista de Internet). 2014 (mayo-agosto). vol. 14, número 65. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>
3. Adame G. JC. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N. L., México (Tesis para optar el grado de Maestría). México. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.
4. Cerón M. AU, Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. Rev. Ciencia ergo-sum. (revista de Internet) 2017. [marzo-junio]. Vol. 24-1. Pp. 83-90. Disponible en: [http://Dialnet-CuatroNivelesDeConocimientoEnRelacionALaCienciaUna5888348%20\(5\).pdf](http://Dialnet-CuatroNivelesDeConocimientoEnRelacionALaCienciaUna5888348%20(5).pdf)
5. VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co.KG Postfach 1338 · D-79704 Bad Säckingen · Germany. Guía para prótesis completa. Disponible en: <http://www.protesidentalsevilla.com/pdf/guiaprotesiscompletavita.pdf>

6. 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=S230437682012000900005&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230437682012000900005&lng=es).
7. Azcona L. Prótesis dentales Cuidado e higiene. Rev Farmacia Profesional. 2007; 21(8):54-57.
8. Saldarriaga O. Técnica convencional y zona neutra [Suficiencia Profesional Título Profesional]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
9. Bernd K. Prótesis completas. 4ta Ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
10. García José. Enfilado dentario, bases para la estética y la estática en prótesis totales. 1ra Ed. Venezuela. Amolca. 2006.
11. Tircio F. LI. Factores que inciden en el rechazo del adulto mayor para el uso de prótesis removibles (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista). Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2016.
12. Corona M. Rey B. Arias Z. Núñez L. Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. Rev. Cubana Estomatol (Internet) Cuba; 2007 Dic (citado 2017 Abr 27); 44(4): Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072007000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000400013&lng=es)
13. Navarro N. J., Rodríguez C. T., Corona C. M., Áreas A. Z. y Limonta B. L. Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integral. MEDISAN (Internet) 2016 (citado octubre); vol.20 no.10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192016001000004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016001000004)
14. Álvarez H. E, Ferrer G. M, Franco B. Z. Propuesta de un plegable de autoayuda para la higiene de la prótesis dental. Revista Cubana Tecnología Salud.

(Internet). 2014 (citado 26 Ene 2016). Disponible en:  
<http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/298/353>

15. Brenes Barquero J. Hiperplasia fibrosa inflamatoria: a propósito de un caso. Rev. Cient. Odontol. (Internet) México, Vol.9 / No. 1, (citado enero a junio) 2013. Disponible en  
<http://www.redalyc.org/html/3242/324231888006/index.html>
16. Casian R. A, Trejo Q. P, De León T. C, Carmona R. D. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2011, Vol. 4(2); 74-79. Disponible en:  
<http://www.scielo.cl/pdf/piro/v4n2/art07.pdf>
17. San Martín F. F. Manejo no quirúrgico de hiperplasia fibrosa inflamatoria. Revista Dental de Chile. (Internet). 2015; 106 (2) 11-14. Disponible en:  
[http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202015/pdf/manejo\\_no\\_quirurgico.pdf](http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202015/pdf/manejo_no_quirurgico.pdf)
18. Harris J, López A. y Vega M. Fibromatosis gingival hereditaria: reporte de caso en un niño. Rev. Esp. Cir. Oral Maxilofac (Internet). 2014. (citado 2012 Abr 25); 36(1):38-4. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v36n1/casoclinico04.pdf>
19. Sanchez JG, Villarroel M, López J. Granuloma Piogénico. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana. (Internet). 2000 Dic (citado 1999 Set 20); Vol 38 N° 2: Disponible en:  
[https://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/2/granuloma\\_\\_piogenico.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/2/granuloma__piogenico.asp)
20. Gabriela P. O, Soledad V.M, Gabriel M.M, Arra A, Solarz H y Marini M. Granuloma piógeno del embarazo Presentación de un caso con valoración de receptores de estrógeno y progesterona. Arch. Argent. Dermatol (Internet). 2010, (mayo); 60:155-157. Disponible en:  
<http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/60;%20155-157,%202010.pdf>

21. Suárez D., Vanegas S., Santos M., Godoy A. Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de un caso. Acta Bioclinica. (Internet). 2011 mayo (Mar 28 del 2011); Volumen1, N°1. Disponible en: <http://www.erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/download/3360/3261>
22. Angie V., Chaparro A., Leonardo Berini A., Cosme Gay E. Granuloma periférico de células gigantes. A propósito de 5 casos y revisión de la literatura. Medline. (Internet). 2004 set (Set 19 del 2004); 10:48-57. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n1/08.pdf>
23. Harris J, López A. y Vega M. Fibromatosis gingival hereditaria: reporte de caso en un niño. Rev. Esp. Cir. Oral Maxilofac (Internet). 2014. (citado 2012 Abr 25); 36(1):38–4. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v36n1/casoclinico04.pdf>
24. Costa, Silvina R., Gasparini, D., Valsecia M. E. Hiperplasia gingival fibrosa inducida por fármacos en el NEA. (Internet)2003. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicinas/M-038.pdf>
25. Farina J, Esquenazi J, Ardhengi E, Altman V. Atrofia Paraprotética de los maxilares. RAAO (Internet). Vol. L Núm.2 – 2012. Disponible en: [http://studyres.es/doc/3443043/atrofia-paraprot%C3%A9tica-de-los maxilares](http://studyres.es/doc/3443043/atrofia-paraprot%C3%A9tica-de-los-maxilares)
26. 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.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200008&lng=es)
27. García B., Capote M., Morales T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay [revista en Internet]. Cienfuegos,

- Cuba. 2012 (citado 2016 Dic 23); 2(1): (aprox. 12 p.). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>.
28. Balarezo S. GP. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis removible. (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista). Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2016.
29. García B., Benet M., Castillo E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Rev Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Ecuador (Internet). 2010 (enero-febrero) v.8 n.1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2010000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000100008)
30. Matos P.G., Andrade P. P, Rode S. A., Araújo S. C., Almeida S. V. Prevalencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis dentales removibles, en un servicio de estomatología. Revista Cubana de Estomatol (Internet).2011;48(3):268-276. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2011/esc113h.pdf>
31. Gutiérrez M. Sánchez Y. Castillo Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM (Internet). Holguín, Cuba. 2013 Dic (citado 2016 Dic 23); 17(4): 452-460. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812013000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000400005&lng=es).
32. 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.
33. Ávila C.G., Rojas P.S., Santos M. SJ., Durañona Á. L. Caracterización de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta (Internet). 2014, 39(8). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/216/394>.

34. Chávez B. C., Manrique J. E., Manrique J. A. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Revista Estomatológica Herediana (Internet) 2014 (julio-septiembre) Perú; vol. 24, núm. 3, pp. 199-207. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539382010>
35. Somacarrera P. M, López S. A, Carreras P. M. y Díaz R. M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. Avances en odontoestomatología (Internet) Madrid, España. 2015. vol. 31 - núm. 3. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S02131285201500030003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02131285201500030003)
36. Nápoles I. Rivero O. García C. Pérez D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. AMC (Internet). Camagüey, Cuba. 2016 Abr (citado 2017 Abr 09); 20(2): 158-166. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552016000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552016000200008&lng=es).
37. Casco Villarroel, K. S. Prevalencia de épulis fisurado en pacientes de la tercera edad en centros de ayuda al adulto mayor públicos del Centro Histórico de Quito. (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista). Quito, Ecuador. Facultad de Odontología. UDLA. 2017. 84 p.
38. <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/391/1/T-UIDE-0370.pdf>
39. <http://www.efn.uncor.edu/escuelas/biomedica/Plandeestudios/materias%20completas/Fisiopatologia/docs/Manual%20de%20Fisiopatologia%201.pdf>
40. CCM Salud. Marzo 2018. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/9281-fibrosis-definicion>

41. García B. P. Inflamación. Rev.R. Acad. Cienc. Exact F ís.Nat.(Internet). Vol. 102, N°. 1, pp 91-159, 2008. Disponible en: <http://www.rac.es/ficheros/doc/00681.pdf>
42. CCM Salud. Agosto 2014. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/8404-estomatitis-definicion>.
43. CCM Salud. Agosto 2014. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/13942-hiperqueratosis-definicion>.
44. Rodríguez A; Sacsquispe S. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. Rev Estomatol Herediana (Internet). Perú. 2005. (citado 29 de Julio de 2016); 15 (2): 139- 144.
45. TeleSUR-PrensaLatina-om / ACH. 30 septiembre 2015. Disponible en: <https://www.telesurtv.net/news/OMS-Poblacion-de-adultos-mayores-en-el-mundo-aumentara-a-22-20150930-0060.html>
46. Sáez C. R., Carmon M., Jiménez Q.Z., Alfaro X, Cambios bucales en el adulto mayor. Rev cubana Estomatol (Internet). 2007. v.44 n.4. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)
47. INEI. Agosto del 2015. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
48. 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 (Abr 18 del 2017); 6(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2007000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000200011&lng=es).
49. Gonzáles R. R; Herrera L. I; Osorio N. M; Madrazo O. D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev

Cubana Estomatol (Interne). 2010(enero-marzo). v.47 n.1.Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)

50. Vilchez S. E, Watanabe V. R, Reyes S. S, Vilchez Q. E, Torres R.C, Vilchez Q.M.Lesiones Subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. Odontol. Sanmarquina (Internet).2013; 16(1):29-31. Disponible en:<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/viewFile/5371/4605>
51. Bermúdez M. D, Morales M.T, Vázquez D.A. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis estomatológica en desdentados totales. Rev. 16 de abril (Internet). 2016;55(262):9-17. Disponible en:  
[http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/319/pdf\\_112](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/319/pdf_112)
52. Balarezo S. GP. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis removible. (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista). Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2016.

# **ANEXOS**

**ANEXO N°1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la Bachiller. \_\_\_\_\_,  
de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: “Nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total”. La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo Determinar el nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total de la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 15 minutos. La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad. Su participación es voluntaria.

Yo, \_\_\_\_\_ deajo constancia que se me ha explicado en qué consiste el estudio titulado “Nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total”. Realizado por la Bachiller. \_\_\_\_\_. 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. Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del participante

Fecha: DNI N°

Código:

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

## ANEXO N°2

### Instrumento de Recolección de Datos



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

#### FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Estimado estudiante: Es grato dirigirse a Ud., a fin de informarle que estoy realizando una investigación con respecto a determinar el “Nivel de conocimiento en los operadores sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total de la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-0”; con la finalidad, que la Universidad y los docentes hagan mayor hincapié en el tema sobre la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en el adulto mayor portador de prótesis total. Le ruego que colabore con este estudio contestando brevemente el cuestionario que se muestra a continuación.

Sírvase seguir las siguientes indicaciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas del cuestionario, marque con un aspa (X) la respuesta que usted considere conveniente.

DATOS:

Género:(M)            (F)

Edad: \_\_\_\_\_

Clínica a la cual pertenece: \_\_\_\_\_

1.- Según sus conocimientos responda, ¿Qué es la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?

- a) Es una lesión benigna relativamente frecuente de la cavidad bucal. Se origina a partir del periostio tras una irritación o un traumatismo crónico que actúa localmente.
- b) Es una lesión benigna, que se produce por un crecimiento excesivo de tejido conectivo en piel y membranas mucosas. Forman excesivo tejido de granulación.
- c) Es una lesión benigna más frecuente en la cavidad bucal, consta de tejido conectivo completamente desarrollado, dependiendo de su origen pueden ser odontogénicos, no odontogénicos.
- d) Es una lesión benigna, que se manifiesta con aumento en el volumen de la encía, de forma generalizada, dificultando la higiene bucal, el habla, es de crecimiento lento y asintomática.

- 2.- ¿Con que otro nombre se le conoce a la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?
- Épulis Fisurado
  - Fibroma traumático
  - Inflamación hiperplásica.
  - Fibromatosis gingival
- 3.- ¿Cuál es la edad de mayor predominio en la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?
- 40 años
  - 50 años
  - 60 años
  - 80 años
- 4.- ¿En qué tiempo un paciente portador de prótesis dental total requiere controles?
- 1años
  - 3años.
  - 5años.
  - 6 años
- 5.- ¿Cuál es la ubicación menos frecuente de la HFI (Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria)?
- Zona anterior
  - Zona posterior
  - Surco vestibular
  - Reborde alveolar
- 6.- Diga, ¿Cuáles son las características de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria?
- Generalmente es única, bien definida y de crecimiento lento. De aspecto nodular, elevada, pedunculada y sésil, de tamaño variable. El color de la mucosa puede ser más pálida, tersa, lisa y brillante. Su consistencia puede variar desde firme y resiliente a blanda y esponjosa.
  - Se presenta como un nódulo firme, suave, brillante o como una masa que puede ser sésil o pediculada, pudiendo variar de color, de un rojo oscuro a púrpura o azul; su superficie en ocasiones puede estar ulcerada.
  - Son lesiones exofíticas, lisas o lobuladas, eritematosas a parduscas si hubo hemorragia, con base sésil o pediculada, friables y compresibles, pudiendo desarrollarse en forma abrupta o solapada e indolente.
  - Aumento en el volumen de la encía y el color puede ser normal o rojo, la consistencia es firme, la superficie irregular o forma nodular, es asintomática; el

crecimiento excesivo gingival genera problemas funcionales y estéticos, como diastemas.

7.- ¿En qué tiempo puede aparecer una HFI (Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria) en la cavidad oral de un adulto mayor luego de iniciado el uso de la prótesis dental total?

- a) 1 año
- b) 3 años
- c) 5 años
- d) 7 años

8.- ¿Es necesario retirar la prótesis dental total para que los tejidos descansen?

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) No tengo idea

9.- Según sus conocimientos, diga ¿cuál es el tratamiento adecuado para la HFI en el adulto mayor?

- a) Retirar la prótesis e inmediatamente realizar exéresis del tejido
- b) Retirar la prótesis y colocar implantes óseos.
- c) Retirar la prótesis.
- d) Retirar la prótesis y dejar en observación

10.- Marque con un X la alternativa que no corresponda. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales de la HFI?

- a) Granuloma del Embarazo.
- b) Hiperplasia Papilar Inflamatoria.
- c) Granuloma Periférico de Células Gigantes.
- d) Estomatitis subprotésica

11.- Marque con un X la alternativa que presente mayor relevancia. ¿Cuáles son los factores de riesgos que son asociados con la HFI en el adulto mayor?

- a) El uso de una prótesis mal adaptada.
- b) Mala higiene bucal
- c) Mayor tiempo de uso de prótesis
- d) Enfermedad sistémica

12.- Marque con un X la alternativa que no corresponda. ¿Cuál es la etiología de la HFI en un paciente adulto mayor?

- a) Factores irritativos

- b) Factores traumáticos repetidos
- c) Aparatología ortodóntica removible
- d) Todas las anteriores

13.- De acuerdo al caso clínico marque con un X la lesión a la cual pertenece. Paciente femenino de 70 años portador de prótesis total llega a consulta y refiere que desde hace 5 años tiene un bulto encima de la encía. Al examen clínico se observa una lesión en fondo de surco anterosuperior la cual es única bien definida, autodelimitada y sésil. El color de la mucosa es de aspecto pálido, liso, brillante y firme.

- a) Hiperplasia Papilar Inflamatoria
- b) Hiperplasia Gingival inducida por fármacos
- c) Fibromatosis Gingival
- d) Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria

14.- Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran, dando lugar a las alteraciones de la estructura y el funcionamiento vital de los órganos, sistemas y aparatos. Diga usted, ¿cuáles son los cambios que presenta mayor relevancia en el proceso de envejecimiento?

- a) Atrofia de la mucosa oral
- b) Cambios en la saliva
- c) Cambios en el tejido adiposo
- d) Reabsorción vertical ósea.

15.- Marque con un X la alternativa que no corresponda.

Las prótesis dentales deben cumplir con distintos requisitos fundamentales las cuales son:

- |               |                |
|---------------|----------------|
| a) Anatómicas | c) Fonéticos   |
| b) Estéticos  | d) Biomecánico |

**ANEXO N°3**  
**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**  
**(Juicio de Expertos)**

**I. DATOS GENERALES**

1.1 Apellidos y nombres del informante: \_\_\_\_\_

1.2 Cargo e institución donde labora: \_\_\_\_\_

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: \_\_\_\_\_

1.4 Autor del instrumento: \_\_\_\_\_

**II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		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.					

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL:** (Marcar con un aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lugar y fecha: .....

.....  
 Firma del experto informante

DNI. No. ....Teléfono: .....

ANEXO N°4

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

**I. DATOS GENERALES**

1.1 Apellidos y nombres del informante: CHÁVEZ ALAYO PABLO ARMANDO

1.2 Cargo e institución donde labora: DIVLENTE UIGU

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: \_\_\_\_\_

1.4 Autor del instrumento: MIRELLA PATRICIA MINAYA CARHA

**II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Buena 61-80%	Excelente 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 técnicos.					✓
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.					✓

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL:** (Marcar con un aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
✗		

 MADE  
Lugar y fecha: Asiatico  
**Dr. Pablo Chávez Alayo**  
CIRUJANO DENTISTA  
Firma del informante  
COP 19774  
DNI No. 41664570 Teléfono: 993773695

## ANEXO N°5

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos)

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Luz Larreategui De Sotomayor, Giovanna
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UIGV
- 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: \_\_\_\_\_
- 1.4 Autor del instrumento: Minaya Capcha, Mirella Patricia

#### II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Buena 61-80%	Excelente 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					/

#### III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con un aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
/		



Lugar y fecha: 12-1-2008 elivira UIGV

Firma del experto informante: [Handwritten Signature]

DNI. No. 06280077 Teléfono: 99 556 7737

## ANEXO N°6

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos)

#### I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del informante: Gómez Villena, Rolando  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente U16V  
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: \_\_\_\_\_  
 1.4 Autor del instrumento: Hinaya Capcha, Hircilla Patricia

#### II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Buena 61-80%	Excelente 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.					✓

#### III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con un aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		



Lugar y fecha: 12 de octubre de 2014  
Ug. CD. F. Rolando Gómez Villena

Firma del experto informante

DNI. No. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ANEXO N°7  
SOLICITUD DE PERMISO**



**Universidad Inca Garcilaso de la Vega**  
Facultad de Estomatología  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas.

Av. Bolívar N° 165 - Pueblo Libre - Teléfono: 463-0000 Anexo. 2301

---

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Pueblo Libre, 12 de Enero del 2018

Srta.

**Minaya Capcha, Mirella Patricia**

Presente.-

**REF: SOLICITUD 797518**

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo y a la vez, informarle que según el documento de la referencia, se autoriza la aplicación de encuesta para su Proyecto de Investigación en la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Se expide la presente para fines pertinentes.

Cordialmente,

KRV/bpg

Dra. KARLA REYES VELARDE  
Ejecutora de Gestión Clínica y  
Clínicas Estomatológicas

## ANEXO N°8

Figura N°1  
Superficies de la dentadura



Fuente: The neutral zone in complete and partial dentures, Beresin V,  
Schiesser F. 1978

Figura N°2  
Hiperplasia Fibrosa Inflammatoria



Fuente: CD. Mg. Jimmy Alain Málaga Rivera

Figura N°3

Épulis Fibromatoso



Fuente: <http://epulisfisuradaprosto.blogspot.pe/>

Figura N°4

Épulis Granulomatoso



Fuente: <http://epulisfisuradaprosto.blogspot.pe/>

Figura N°5

Granuloma Piógeno



Fuente: <http://3302vigoriteam.blogspot.pe/2011/03/hiperplasias-bucales.html>

Figura N°6  
Granuloma del Embarazo



Fuente: <https://www.babysitio.com/embarazo/epulis-del-embarazo>

Figura N°7  
Fibroma Traumático



Fuente: <http://odontoblog.com.mx/2016/04/16/fibroma-traumatico/>

Figura N°8  
Granuloma Periférico de Células Gigantes



Fuente: <http://3302vigoriteam.blogspot.pe/2011/03/hiperplas-bucales.html>

Figura N°9  
Fibromatosis Gingival



Fuente: <http://odontologiaperuana.blogspot.pe/2009/05/elefantiasis-gingival.html>

Figura N°10  
Hiperplasia Gingival Inducida por Fármacos



Fuente: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775314001183>