



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles, atendidos en el centro de salud del cantón Santa Ana en el periodo marzo- agosto 2014.

Autora:

Samara Isabel Cedeño Moreira.

Director de tesis:

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí - República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dr. Miguel Carrasco Mg. Gs. certifico que la tesis de investigación titulada: Manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles, atendidos en el centro de salud del cantón Santa Ana. Es trabajo original de la estudiante Samara Isabel Cedeño Moreira, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles, atendidos en el centro de salud del cantón Santa Ana. Tesis de grado, sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana.

Directora de la carrera.

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Director de tesis.

Nancy Molina Moya.

Miembro del tribunal.

Sirced Salazar Rodriguez.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Samara Isabel Cedeño Moreira, egresada de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la carrera de odontología, tengo a bien declarar que la presente investigación y posterior elaboración de la tesis, previo a la obtención del título de odontóloga, así como las expresiones vertidas en la misma, son de mi autoría. La he realizado a base de investigación bibliográfica, doctrinaria y consultas en internet, cuyo tema es: Manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles, atendidos en el centro de salud del cantón Santa Ana, por la que, asumo la originalidad y autoría de la misma. Además cedo los derechos de autoría de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Samara Cedeño Moreira.

AGRADECIMIENTO.

Expreso mi más profundo y sincero agradecimiento a la Universidad San Gregorio de Portoviejo, porque me ha dado la oportunidad de superarme profesionalmente proporcionándome conocimientos que aportaran en un futuro para mi vida profesional. A las autoridades del centro de salud Santa Ana por permitirme realizar mi investigación de campo y proporcionarme datos para la realización de dicha investigación. Al odontólogo del centro de salud de Santa Ana, Dr. Jorge Villacreses Arteaga, por brindarme el aporte necesario para la revisión odontológica de cada uno de los pacientes y a todas las personas que de una u otra manera estuvieron ahí brindándome ayuda constante.

La Autora.

DEDICATORIA.

A Dios por darme salud y vida. A dos seres supremos en mi vida que son la base fundamental de mi existencia mis padres Ab. Elicio Cedeño Cevallos y Sra. Mercedes Moreira Macías quienes a base de esfuerzo y sacrificio han formado de mí una mejor persona y me han sabido encaminar hasta alcanzar mis logros como profesional.

A mis dos hermanas Carolina y Dayanara Cedeño Moreira por formar parte importante en mi vida ya que son, motivo por el cual cada día quisiera ser mejor, el amor que siento por cada una de ellas no tiene límites y de alguna manera dedicarles este logro alcanzado. A mi amigo incondicional, compañero fiel y novio extraordinario Carlos Vizueta Vargas gracias por su dedicación infinita e inmenso amor porque día a día me ha brindado lo mejor de sí y me ha enseñado mucho. Juntos hemos llegado lejos y alcanzaremos muchos éxitos más, unidos siempre por la fuerza inmensa de nuestro amor.

Samara Cedeño Moreira.

Autora.

RESUMEN.

El propósito de este estudio fue caracterizar las manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles, que asisten al centro de salud del cantón Santa Ana, a través de exploración bucal y análisis del estado de conservación de las prótesis. Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal en la cual se incluyeron 92 adultos mayores, el 68,5% correspondían al sexo femenino y el 31,5% al sexo masculino. En cuanto a las edades la mayoría, con el 53,3% tenía entre 60 y 69 años de edad. De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la exploración bucal se determinó que la lesión más prevalente fue la estomatitis subprotésica con 39 casos correspondientes al 42,4%; esta patología fue más frecuente en el sexo femenino presentándose en 28 casos (44,4%) mientras que el sexo masculino presentó 11 casos (37,9%).

En los parámetros de estado de conservación de la prótesis se determinó que las fracturas se presentaron en un 26,1% de los casos, los desgastes en un 23,9% y las pigmentaciones en un 28,3%. La mala higiene de las prótesis fue evidente en la gran mayoría de los adultos mayores con un 55,4% de los casos totales. El tiempo de uso de las prótesis dentales más frecuente entre los adultos mayores fue el de mayor a 5 años de uso, con 46 casos (50%).

ABSTRACT.

The purpose of this study was to characterize the oral manifestations of elderly patients with dentures who attend the health center of Canton Santa Ana, through oral examination and analysis of the conservation status of the prosthesis. A descriptive, cross-sectional in which 92 older adults, 68.5% were female and 31.5% were male included was performed. As for most ages, with 53.3% were between 60 and 69 years old. According to the results obtained by the oral examination determined that the lesion was more prevalent with denture stomatitis 39 cases corresponding to 42.4%; this disease was more frequent in females appearing in 28 cases (44.4%) while the male presented 11 cases (37.9%).

In terms of conservation status of the prosthesis was determined that fractures occurred in 26.1% of cases, 23.9% wear and pigmentations by 28.3%. Poor hygiene of the prosthesis was evident in the vast majority of older adults with 55.4% of the total cases. The usage time of the most common dental prostheses among older adults had the highest 5 years of use, with 46 cases (50%).

ÍNDICE.

Certificación.....	II
Certificación del tribunal.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.4. Interrogante de investigación.....	4
1.5. Objetivos.....	5
1.5.1. Objetivo general.....	5
1.5.2. Objetivos específicos.....	5
1.6. Delimitación del problema.....	5
1.6.1 Delimitación espacial.....	5
1.6.2. Delimitación temporal.....	5
1.7. Justificación.....	6

Capítulo II.	
2. Marco teórico conceptual.....	8
2.1. Manifestaciones bucales.....	8
2.2. Prótesis dental removible.....	19
Capítulo III.	
3. Metodología.....	30
3.1. Diseño metodológico.....	30
3.2. Técnicas.....	30
3.3. Instrumentos.....	30
3.4. Recursos.....	30
3.4.1. Talento humano.....	30
3.4.2. Materiales.....	31
3.4.3. Tecnológicos.....	31
3.5. Económico.....	31
3.6. Población y muestra.....	32
3.7. Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.8. Recolección de información.....	33
3.9. Matriz de operacionalización de las variables.....	34
3.10. Procesamiento y análisis de datos.....	35
3.11. Ética.....	35
Capitulo IV.	
4. Análisis e interpretación de los resultados.....	36
Capítulo V.	
5. Conclusiones y recomendaciones.....	60
5.1. Conclusiones.....	60

5.2. Recomendaciones.....	61
Capítulo VI.	
6. Propuesta.....	62
6.1. Tema.....	62
6.2. Justificación.....	63
6.3. Marco institucional.....	64
6.4. Objetivos.....	64
6.4.1. Objetivo general.....	64
6.4.2. Objetivos específicos.....	64
6.5. Descripción de la propuesta.....	65
6.6. Beneficiarios.....	65
6.7. Diseño metodológico.....	65
6.8. Presupuesto de la propuesta.....	66
6.9. Sostenibilidad.....	66
Bibliografía.....	67
Anexos.....	75

INTRODUCCIÓN.

Analizando la obra de Rodríguez¹ (2013) puedo conocer que:

En la cavidad bucal existen diferentes afecciones, de ellas las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, se encuentra que más del 95 % de lesiones, se presentan en personas mayores de 40 años, el mayor promedio de edad se establece el diagnóstico a partir de 60 años de edad. (párr. 7).

Indagando la obra de Gonzáles² (2013) puedo entender que:

Para la atención a estos pacientes se debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios propios de la ancianidad, considerados naturales y asociados a la vejez, en realidad se pueden convertir en procesos patológicos específicos. (párr. 2).

Indagando la obra del Ministerio³ (2010) puedo deducir que:

El estudio del envejecimiento orofacial, hasta los años 70 se limitaba al problema de la pérdida de dientes. Desde entonces, conforme se conservan más dientes, la gama de problemas asociados al envejecimiento, es más variada: caries, enfermedad periodontal, xerostomía, ardor en la boca, halitosis, micosis, trastornos gustativos, reabsorción ósea de los maxilares, patologías asociadas a prótesis removibles, disfagia, tumores comunes en adultos mayores, etc. (p. 10).

Examinando la obra de Vilchez⁴ (2014) puedo concluir que:

¹ Rodríguez, H. (2013). *Urgencias estomatológicas en adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000300006

² González, R. (2013). *Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos*. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072013000300006&script=sci_arttext

³ Ministerio, S. (2010). *Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 Años*. República de Chile: MINSAL.

La mucosa bucal está constituida por un epitelio escamoso estratificado, para mantener su estructura este epitelio utiliza la renovación celular, producida por la división mitótica, que migran hacia la superficie para reemplazar a aquellos que se descaman. La actividad mitótica puede ser afectada por factores como la presión de la prótesis mal adaptada por ejemplo. (p. 29).

Indagando la obra de Rodríguez⁵ (2013) podemos entender que “Las lesiones en la mucosa bucal constituyen un problema importante de salud. En la actualidad los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y enfermedades bucodentales prevenibles”. (párr. 1).

⁴ Vilchez, E. (2014). *Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/5371/4605>

⁵ Rodríguez, B. (2013). *Lesiones bucales y factores de riesgo presentes en adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1253/294>

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles, atendidos en el centro de salud del cantón Santa Ana marzo- agosto 2014.

1.2. Formulación del problema.

No existen conocimientos de las manifestaciones bucales que se presentan en los adultos mayores portadores de prótesis removibles que asisten al centro de salud del cantón Santa Ana.

1.3. Planteamiento del problema.

Consultando la obra de Gutiérrez⁶ (2013) podemos conocer que:

La población geriátrica muestra un crecimiento intenso a escala nacional e internacional, con un estimado de la población mayor de 60 años que ascendió para el 2010 en el 17% o más; lo cual hace reflexionar que cada día más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre sitúa como etapa de vejez y convierte al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas; aunque se considera como uno de los logros más importantes de la humanidad, al mismo tiempo se transforma en un problema, si no se brindan soluciones adecuadas a sus consecuencias. (párr. 1).

⁶ Gutiérrez, M. (2013). *Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

Analizando la obra de Martell⁷ (2007) puedo deducir que:

Con la edad, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, prótesis, etc.), pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa. Es decir, se convierten en una agresión física al medio bucal, e incluso pueden converger otros factores negativos como el trauma y la infección. (párr. 11).

La importancia que se le da al adulto mayor es cada día más relevante, brindándole una atención especial a su salud bucodental, la cual se ve afectada por la mala utilización o elaboración de los aparatos protésicos dentales. Se reportan estudios a nivel global del mal estado de salud bucal de los adultos mayores relacionados con la utilización de prótesis removibles. Se desconoce si existen malos estados de salud bucal en los adultos mayores que acuden al centro de salud Santa Ana. También se desconoce si las lesiones bucales que presentan los adultos mayores se encuentran relacionadas con las propiedades deficientes de las prótesis.

1.4. Interrogante de la investigación.

¿Cuáles serán las manifestaciones bucales existentes en los adultos mayores portadores de prótesis removibles, que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana?

⁷ Martell, Y. (2007). *Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo general.

Caracterizar las manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles, que asisten al centro de salud del cantón Santa Ana marzo- agosto 2014.

1.5.2. Objetivos específicos.

-Identificar las manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles.

-Determinar la prevalencia de las manifestaciones bucales de los adultos mayores portadores de prótesis removibles.

1.6. Delimitación del problema.

1.6.1. Delimitación espacial.

El estudio se realizará en los adultos mayores portadores de prótesis, que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana.

1.6.2. Delimitación temporal.

Se ejecutará desde septiembre de 2013 hasta agosto de 2014.

1.7. Justificación.

Analizando la obra Martell⁸ (2007) puedo entender que:

La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida, especialmente en la población geriátrica, cada vez más numerosa. El uso de prótesis durante largos períodos de tiempo por parte de estos pacientes, sin que sean cambiadas periódicamente, puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación, factores que conjuntamente con otros, pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico. (párr. 1).

Indagando la obra de Rivera⁹ (2014) puedo concebir que:

Los adultos mayores corresponden al grupo etario que presenta mayor morbilidad bucal, como consecuencia de no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su salud bucal. La pérdida de todos los dientes (edentulismo) está relacionada con experiencias de procesos infecciosos (no atendidos o atendidos de manera deficiente) y falta de higiene más no como una consecuencia del envejecimiento. (p. 197 y 198).

Se realiza este estudio con el objetivo de determinar la existencia de manifestaciones bucales y su posible asociación con el uso de la prótesis dental. Por tal razón el proyecto de investigación sobre las manifestaciones bucales de los adultos mayores, portadores de prótesis removibles es de una relevante importancia, considerando que a través de este estudio se determinara la posible influencia de la prótesis removible sobre la mucosa bucal de los adultos mayores.

⁸ Martell, Y. (2007). *Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

⁹ Rivera, P. (2014). *Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2013]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/85/70>

Este estudio es factible, porque existe el interés y la preocupación de las autoridades del centro de salud Santa Ana, los odontólogos y familiares de los adultos mayores en mejorar su salud bucal. La investigación es posible porque cuenta con el apoyo de las autoridades de la carrera de odontología de la universidad San Gregorio de Portoviejo y sobre todo por el apoyo de los pacientes adultos mayores que llegan al centro de salud del cantón Santa Ana para lograr que el uso de la prótesis removible no altere la salud de ninguno de ellos.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1. Manifestaciones bucales.

Estudiando la obra de Cardentey¹⁰ (2011) puedo conocer que:

Los diferentes cambios normales del envejecimiento son una parte de la odontogeriatría conocida como envejecimiento orofacial, que está definido por los cambios normales presentados en la mayoría de los adultos mayores. En las estructuras orales se dan cambios propios del envejecimiento, la pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud oral del paciente. Dentro de los principales cambios aprecia dos en las estructuras de la cavidad bucal están los dientes que adquieren un color amarillento, que se vuelven más frágiles o quebradizos y menos permeables. (párr. 8).

Trastornos odontológicos en el adulto mayor.

Analizando la obra de Arellano¹¹ (2012) puedo entender que:

Los adultos mayores tienen grandes dificultades para preservar una buena salud bucal que al igual que la salud general sufre un proceso degenerativo a través de la vida. El acúmulo de secuelas dejadas por las diferentes enfermedades bucales se refleja en la boca de los ancianos, es excepcional que una persona de avanzada edad no haya padecido de las enfermedades más comunes que atacan la cavidad bucal. (p. 59).

¹⁰ Cardentey, J. (2011). *Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>

¹¹ Arellano, L. (2012). *Condiciones bucales en adultos mayores portadores de dentaduras totales*. Mérida. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/3973/3807>

Examinando la obra de Gonzales¹² (2014) puedo conocer que:

Fisiológicamente, los tejidos humanos, incluyendo la mucosa oral, tienen un proceso de envejecimiento natural. Los cambios en los tejidos orales pueden ser considerados cambios fisiológicos asociados a un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas, que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo la vida. (p. 29).

Considerando la obra de Torres¹³ (2009) puedo conocer que:

La estructura maxilofacial del ser humano cambia con el tiempo. A medida que pasan los años toda la estructura facial crece y se produce un avance de la mandíbula, tanto en longitud como en sentido transversal; esto ocurre hasta cierta edad. Para que se produzca este crecimiento es fundamental la presencia de piezas dentarias en los procesos alveolares y sin ellas se pierden el hueso alveolar se reabsorbe y la altura facial disminuye, lo que ocasiona la facies típica de los adultos mayores que han sufrido esta pérdida. Es muy frecuente que los adultos mayores lleguen al odontólogo con varias piezas dentarias perdidas, obturaciones en mal estado y caries, debido a la acumulación de daño en su salud bucal durante la vida y a la escasa cobertura de la atención odontológica, especialmente entre los adultos que se atienden en el sistema público de salud. (párr. 1 y 2).

Lesiones por prótesis dentarias.

Estudiando la obra de Ley¹⁴ (2010) puedo concebir que:

La prótesis estomatológica es aquella que mediante aparatos artificiales colocados en la boca, restituyen funciones principales para el paciente. La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica. Los efectos de presión, tracción y empuje que con ella se producen, pueden causar acciones irritantes sobre la misma. Cuando estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de sus consiguientes reacciones inflamatorias, entre las cuales se encuentra con mayor frecuencia la estomatitis subprótesis. (párr. 1).

¹² González, L. (2014). *Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/296/307#>

¹³ Torres, M. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4124>

¹⁴ Ley, L. (2010). *Comportamiento de la estomatitis subprótesis*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

Considerando la obra de Alpizar¹⁵ (2010) puedo conocer que:

Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad. (p. 37).

Investigando la obra de Sapp¹⁶ (2005) puedo opinar que:

Las lesiones por prótesis dentarias pueden ser agudas o crónicas. Las lesiones agudas son más frecuentes con el uso de prótesis nuevas y mal ajustadas que no logran la distribución precisa y uniforme de las fuerzas de oclusión. Estos dispositivos ejercen una presión excesiva sobre una o más áreas focales de los tejidos blandos, provocando estasis o isquemia arterial y/o fricción importante sobre la zona, lo que a su vez causa ulceración y dolor.

Las lesiones crónicas se deben a una alteración gradual de los tejidos de sostén, permaneciendo sin cambios de la base de la dentadura protésica. (p. 367).

Investigando la obra de Isla¹⁷ (2012) puedo deducir que:

Tanto las medidas higiénicas como el uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales son de gran valor para las personas portadores de prótesis dental removible, pues solo aplicando lo establecido podrán prolongar la vida útil de las mismas, evitar la caries de los elementos dentarios naturales, formación de sarro y lesiones estomatológicas. También es necesario instruir a las personas para solicitar atención dental cuando las prótesis estén mal adaptadas. (párr. 8).

¹⁵ Alpizar, B. (2010). *Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n1/v8n1a1052.pdf>

¹⁶ Sapp, P. (2005). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Reino de España: Elsevier.

¹⁷ Isla, C. (2012). *Consejería sobre salud bucal y cuidados de prótesis dental removible en adultos portadores*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/HUELLAS/article/viewFile/2948/2803>

Investigando la obra de García¹⁸ (2012) puedo conocer que:

En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, desajustadas, incorrectamente confeccionadas o están en mal estado, producen daños que junto a inadecuados estilos de vida, contribuyen aún más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan, en todos los aspectos, la salud de las personas, principalmente la de los ancianos. (p. 33).

Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis.

Indagando la obra de Gutiérrez¹⁹ (2013) puedo conocer que:

La pérdida de dientes es el resultado principal de la caries y la enfermedad periodontal pero también de la actitud del paciente y el dentista, la viabilidad y accesibilidad a la atención odontológica y la prevalencia de estándares de cuidado. Estas enfermedades provocan que el estado dental que más prevalece en los ancianos sea el desdentamiento total o parcial que provoca un grado variable de invalidez o incapacidad oral, solo mejorable con una óptima rehabilitación protésica.

La pérdida de los dientes debe ser resuelta a través de la rehabilitación protésica. La construcción e instalación de cualquier prótesis no solo tiene como objetivo fundamental reponer los dientes perdidos y tejidos subyacentes para mejorar la estética y la función, sino también para mejorar los tejidos permanentes mediante una concepción bien clara de la biostática y biodinámica con cuidado de no dañar dichos tejidos. (párr. 2 y 4).

¹⁸ García, B. (2012). *Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99/1249>

¹⁹ Gutiérrez, M. (2013). *Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor.

Comparando la obra de Lemus²⁰ (2009) puedo conocer que:

La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la boca, provoca inevitables variaciones en el medio bucal, que obligan a los tejidos a reaccionar para adaptarse a nuevas situaciones dependiendo de las características de estas (principios biomecánicos) y del modo y la capacidad de reaccionar de cada organismo.

El estímulo de la prótesis se manifiesta primero en la mucosa, hecho que se ha observado en estudios histoquímicos e histopatológicos, en los que se detectó que la prótesis estimula a la mucosa durante los 3 primeros años, y esta reacciona con una hiperqueratinización y aumento de actividad enzimática de la mucosa; después de 3 años de realizada una nueva prótesis vuelve a normalizarse.

Las prótesis mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar la persona usándolas más allá de su tiempo, han contribuido con la aparición de lesiones en los tejidos bucales.

Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, encontrándose que más del 95 % de las lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, siendo el promedio de edad al establecer el diagnóstico de 60 años. Una incorrecta higiene de la prótesis y de la cavidad bucal propicia la acumulación y proliferación de microorganismos, lo que ocasiona el desequilibrio de la micro flora bucal y puede permitir la acción de microorganismos oportunistas como la *Candida albicans*.

La calidad de la prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resulta de gran interés para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas, por lo que continúan realizándose estudios epidemiológicos que intentan responder las interrogantes que aún subsisten.

Las prótesis estomatológicas pueden comportarse como tal si tenemos en cuenta que actúan como factor traumático local, que de forma mantenida adquiere contacto con los tejidos, que de por sí muestran ciertos cambios fisiológicos marcados por los años. Y otros sobreañadidos por padecimientos crónicos de la persona; en ocasiones, se adicionan factores de carácter local que se potencian unos con otros.

Las lesiones bucales no están directamente aumentadas en los pacientes portadores de prótesis estomatológicas, pero desde el punto de vista preventivo, deben seguirse muy de cerca por su carácter irritativo crónico. (párr. 1-7).

²⁰ Lemus, L. (2009). *Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

Indagando la obra de Moreno²¹ (2012) puedo pensar que:

Alteraciones en la mucosa bucal de estas personas como las úlceras, los aumentos fibrosos y la estomatitis en sus tres estadios, son algunas de las condiciones que se encuentran más a menudo con el uso de prótesis total, así como la identificación de la frecuencia con que aparecen y la aproximación a establecer su relación con el estado de la prótesis, en cuanto a porosidades, pigmentaciones, cálculos, fracturas, dientes caídos y desgaste dentario. (p. 24).

Comparando la obra de Gonzales²² (2010) puedo conocer que:

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Es un deber de los estomatólogos identificarlas, prevenirlas y eliminarlas, porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o la prevención de un cáncer. (párr. 1).

Leucoplasia.

Inspeccionando la obra de Roisinblit²³ (2010) puedo entender que “Definida según la OMS como una placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante el raspado o clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable”. (p. 177).

²¹ Moreno, J. (2012). *Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/10400/12194>

²² Gonzáles, R. (2010). *Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en

²³ Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las Personas Mayores*. República de Argentina: Ebook.

Inspeccionando la obra de Martínez²⁴ (2008) puedo entender que:

Características clínicas.

Las leucoplasias pueden aparecer como una lesión única, localizada, como lesiones difusas, ocupando extensas áreas de la mucosa oral, o incluso como lesiones múltiples. De igual forma, el aspecto clínico de las leucoplasias es muy heterogéneo, pudiendo variar desde áreas maculares, lisas y ligeramente blanquecinas y translúcidas, a placas netamente blancas, elevadas, gruesas, firmes y con superficie rugosa y fisurada. Generalmente son asintomáticas, pudiendo en algunos casos presentar una ligera sensación de ardor. (p. 37).

Fibroma.

Analizando la obra de Pérez²⁵ (2010) puedo conocer que:

Es una neoformación nodular, con diámetro medio aproximado de 1 cm, constituida por una masa central fibroconectiva. Se encuentra bien circunscrito dispuesto sobre una base pedunculada.

Los fibromas crecen muy lentamente y generalmente interrumpen su crecimiento hasta alcanzar un tamaño determinado. Pueden tener desde una consistencia blanda hasta dura, que depende de la cantidad y disposición de las fibras de colágeno, así como de la participación de sustancias básicas líquidas. Su localización habitual suele ser las mejillas, lengua, paladar y encía.

Se aconseja la extirpación de los fibromas, porque no siempre es suficiente el diagnóstico diferencial clínico para la exclusión de otros tumores sólidos. (p. 14).

Estomatitis subprótesis.

Analizando la obra de Sánchez²⁶ (2013) puedo entender que:

La estomatitis subprotésica (ES) es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnóstica entre las afecciones bucales. Habitualmente se localiza en el paladar duro de los pacientes que utilizan prótesis dentales mucosoportadas, por lo que se define como un proceso inflamatorio de la mucosa bucal relacionado con una prótesis removible. Los 2 parámetros

²⁴ Martínez, A. (2008). *La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original2.pdf>

²⁵ Pérez, L. (2010). *Tumores benignos de la mucosa oral*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n1/original1.pdf>

²⁶ Sánchez, M. (2013). *Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

fundamentales de esta enfermedad son la inflamación de la mucosa y el uso de la prótesis dental. (párr. 1).

Inspeccionando la obra de Morales²⁷ (2007) puedo conocer que:

Patología también conocida como irritación por dentadura; usualmente se clasifica como una forma de candidiasis eritematosa por lo que algunos autores la denominan candidiasis atrófica crónica.

Se caracteriza por la presencia de eritema de intensidad variable, y en ocasiones petequias localizadas en la mucosa bucal que se encuentra recubierta por la prótesis dental removible. Rara vez es sintomática. (p. 104).

Examinando la obra de Local²⁸ (2009) puedo entender que:

Es definida también como una de las alteraciones más frecuentes de la mucosa del paladar duro, en pacientes portadores de prótesis dentales mucosoportadas. Se caracteriza por una proliferación fibro epitelial, provocada por la base acrílica o metálica desajustada, asociada generalmente a una deficiente higiene bucal y hábitos personales de uso de las prótesis.

De acuerdo con la gravedad, esta entidad fue clasificada por Moreira y Bernal en:

Grado I: Puntos hiperémicos: Lesión inflamatoria de aspecto rojo brillante, generalmente asintomática, donde pueden aparecer puntos hiperémicos. La mucosa puede presentarse fina, lisa y brillante. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II: Eritema difuso: Área eritematosa bien definida, que dibuja el contorno de la prótesis; puede estar constituida por un fondo finamente granuloso y, a veces, aparece cubierta por un exudado blanco grisáceo.

Grado III: Inflamación granular: Lesión más definida, compuesta por una mucosa gruesa con gránulos irregulares que se elevan superficialmente, semejando formas papilares.

En la etiología de esta enfermedad se encuentran: traumatismos ocasionados por prótesis desajustadas, higiene bucal deficiente, hábito de dormir con la prótesis puesta, ingestión de alimentos muy calientes, edad del paciente, tipo de base protética, tiempo de uso de la aparatología, estrés, presencia de oclusión inestable, presencia de cámaras de succión en la base de la prótesis, falta de comunicación del profesional con el paciente y factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas y cardiovasculares. (p. 24).

²⁷ Morales, F. (2007). *Temas Prácticos en Geriatría y Gerontología*. República de Costa Rica: Euned.

²⁸ Local, A. (2009). *Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672>

Estudiado la obra de Gonzales²⁹ (2013) puedo conocer que:

La estomatitis subprótesis es la afección más frecuente en los servicios de prótesis estomatológica, impidiendo iniciar de forma inmediata una rehabilitación protética. En general se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis removibles presentan estomatitis subprótesis en un grado variable. (párr. 4).

La candidiasis.

Considerando la obra de Fitzpatrick³⁰ (2009) puedo entender que:

La candidiasis atrófica crónica es una forma común de candidiasis oral que se observa en el 24 al 60% de todos los pacientes que utilizan prótesis. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres. Entre los hallazgos en el examen físico están el eritema y el edema crónico de la mucosa del paladar que entra en contacto con la prótesis y la queilitis angular. Probablemente, las lesiones crónicas de poca envergadura y la oclusión que produce la prótesis predisponen a la colonización candidiasica y a la consecuente infección. (p. 1823).

Considerando la obra de González³¹ (2008) puedo conocer que:

La candidiasis o moniliasis es una de las infecciones micóticas que con más frecuencia afecta la cavidad bucal de los humanos, en pacientes con SIDA constituye un indicador precoz de la enfermedad, marcador de severidad y pronóstico de la misma.

Cuando la candidiasis se asocia con la prótesis removible puede inducir a la formación de estomatitis subprótesis, esencialmente en aparatos desajustados y con muchos años de uso.

La alta incidencia de la estomatitis subprótesis en los pacientes rehabilitados protésicamente invita a la búsqueda investigativa en el accionar local para determinar la relación de la estomatitis subprótesis y la moniliasis en pacientes portadores de prótesis removibles. (p. 3).

²⁹ González, S. (2013). *Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol19_2_13/hab09213.html

³⁰ Fitzpatrick, T. (2009). *Dermatología en Medicina General*. República de Argentina: Panamericana.

³¹ González, I. (2008). *La candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n6/amc03608.pdf>

Épulis fisurado.

Investigando la obra de Palma³² (2007) puedo conocer que “Épulis fisurado es una hipertrofia de los tejidos que recubren los rebordes alveolares. Suele producirse por el roce continuo con prótesis mal adaptadas, aunque también encontramos el épulis congénito”. (p. 173).

Analizando la obra de Santana³³ (2010) puedo opinar que:

El épulis fisurado (EF), tumor fisurado por prótesis traumatogena o hiperplasia inflamatoria fibrosa, es un crecimiento hiperplásico de la mucosa en la encía o surco vestibular, en relación con el borde de una dentadura que le da un aspecto hendido o fisurado.

Etiopatogenia.

El EF resulta de la irritación crónica, durante largo tiempo, del borde de una dentadura mal ajustada; el desajuste protésico provoca una reabsorción del hueso alveolar de soporte, que permite que la dentadura se desplace y asiente más hacia abajo.

Características clínicas.

El EF característico está formado por un rodete alargado de tejido blando, suelto, que el inicio es de color rojo; se halla situado en el surco vestibular donde contornea el borde de la dentadura, que, a su vez, forma la fisura o zanja que determina su nombre; la lesión puede estar situada en la encía superior o inferior, cuando lleva mucho tiempo de evolución se torna más pálida que la mucosa adyacente; puede estar ulcerada en la fisura. (p. 149).

Queilitis Angular.

Investigando la obra de Sapp³⁴ (2005) puedo deducir que:

La queilitis angular es una inflamación bilateral crónica de las comisuras de la boca, caracterizada por atrofia y fisura lineales. Aunque las lesiones pueden presentarse aisladamente a menudo están asociadas con lesiones intraorales pseudomenbranosas agudas o lesiones atróficas en otras partes de la boca. La queilitis angular es frecuente en pacientes con disminución de la dimensión vertical debido a pérdida de dientes, desgaste de los dientes o uso muy

³² Palma, A. (2007). *Técnica de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. Reino de España: Paraninfo.

³³ Santana, J. C. (2010). *Atlas de Patología del Complejo bucal*. La Habana, República de Cuba: Ciencias médicas.

³⁴ Sapp, P. (2005). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Reino de España: Elsevier.

prolongado de una misma prótesis dental. A veces se presentan infecciones bacterianas secundarias que complican el tratamiento. (p. 367).

Queratosis Friccional.

Indagando la obra de Bascones³⁵ (2009) puedo conocer que:

Cuando cualquier zona de la mucosa sufre una acción traumática de modo crónico, se produce una lesión hiperqueratósica de color blanco, semejante a las callosidades que se producen en la piel. La reacción de los tejidos supone una reacción protectora frente a una irritación de poca intensidad mantenida durante largos periodos de tiempo. Estas lesiones aparecen en las zonas de la mucosa que reciben traumatismos como labios, zona de la mucosa yugal en contacto con las superficies oclusales y las crestas alveolares desdentadas durante la masticación, así como también por ejemplo en la mucosa yugal si existe un borde cortante de algún diente. (p. 149).

Comparando la obra de Álvarez³⁶ (2007) puedo conocer que:

Son lesiones paraprotéticas más frecuentemente periprotéticas que subprotésica, ya sea por movimiento de la prótesis o de los tejidos contra la prótesis, realizados en forma funcional o parafuncional. Se instalan ante un trauma crónico protético importante y en terrenos predispuestos. También pueden aparecer con diseños protéticos menos agresivos, conformando lo que se denomina queratosis reaccionales. En suma, la lesión elemental queratosis consiste en lesiones blancas, elevadas, circunscriptas y palpables. Histológicamente se corresponde con el aumento del estrato córneo, como se puede apreciar en la hiperortosis y en la hiperparaqueratosis.

Las queratosis, también denominadas placas, corresponden a la Leucoplasia de grado II de Grinspan. Como ya dijimos, pueden deberse a factores agresivos externos tales como el tabaco y el alcohol y a agentes infecciosos como la Candida o como el virus del papiloma humano (H.P.V). Puede la prótesis convertirse en un factor irritativo más.

La queratosis que hemos descrito, es una lesión primaria inducida en una mucosa sana. Existe además una queratosis secundaria a una enfermedad ya instalada, como es el caso del liquen rojo plano ya descrito. La queratosis puede ser la etapa posterior a una mancha blanca por irritación protética que no ha sido eliminada, cuando el protesista no percibe la agresión de la P.T.R. sobre la mancha. Esto se da ante una irritación suave, constante y durante un tiempo prolongado o en pacientes con terreno predispuesto.

Queratosis agravada por la prótesis.

³⁵ Bascones, A. (2009). *Medicina Bucal*. Madrid, Reino de España: Ariel.

³⁶ Álvarez C., H., y Fassina, N. A (2007). *Prótesis Total Removible Fundamentos Técnica y Clínica en Rehabilitación Bucal*. República de Argentina: Hacheace.

Ante una queratosis provocada por la prótesis o sin detectar por el protesista en el momento de instalarla, la agresión protética puede agravar la lesión y conformarse una verrugosidad, es decir una lesión blanca de superficie irregular que puede corresponder a una leucoplasia verrugosa de grado III o a un carcinoma verrugoso o papilomatosis oral florida.

Hoy, la mayoría de las escuelas concuerdan en que para la evolución maligna de estas lesiones consideradas precancerosas, hace falta la presencia o coadyuda de varios factores, como una base genética hereditaria, antecedentes formales de cáncer, fenómenos inmuno-depresivos, agentes infecciosos (bacterias, virus, hongos) y las agresiones mecánicas que venimos describiendo.

Resumiendo, en la línea de las lesiones blancas, la acción biomecánica agresiva puede actuar en todos los estadios, comenzando en la mucosa sana, provocando una mancha blanca, a la que con continuidad agrava al nivel de queratosis y concluye en una verrugosidad que, como vimos, es el estadio más avanzado de las respuestas reaccionales. (p. 436 y 445).

2.2. Prótesis dental removible.

Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes.

Examinando la obra de Almeida³⁷ (2007) puedo deducir que:

La prótesis dental es mucho más que una simple reposicionadora de los elementos dentales, es una integradora familiar, social, mantiene la salud general y eleva la expectativa de vida, por proporcionar condiciones al anciano de formar el bolo alimenticio de forma adecuada, impidiendo que disminuya la consistencia alimenticia y esto lleve a un déficit proteico.

El factor más crítico en la parte operativa de la prótesis para ancianos, es la higienización y la mantención de las prótesis. Se debe destacar la importancia de la higienización y motivarlos para evitar una dieta cariogénica sustituyendo biscochos dulces y tortas, por verduras, carnes magras y frutas, con el fin de adecuar su sistema masticatorio para la rehabilitación parcial o total. Por tanto, debe haber una integración del equipo odontológico con los médicos, familiares y personal auxiliar.

Algunos cambios fisiológicos, patológicos y funcionales que ocurren con los elementos dentales en la tercera edad pueden repercutir en el tratamiento protésico:

³⁷ Almeida, O. (2007). *Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552007000200010&script=sci_arttext

- Reducción de la cámara pulpar: puede traer beneficios por permitir preparaciones cavitarias más extensas, por eso en esta edad es de fundamental importancia la preservación de la integridad pulpar, pues es con la pulpa viva, el diente crea barreras para enfrentar ataques que vienen de la desmineralización de el esmalte a través de la formación de dentina secundaria.
- oscurecimiento de la dentina secundaria: interfiere en la selección de los elementos artificiales.
- Fragilidad de la estructura dentaria: Se nota una mayor incidencia de fracturas verticales y horizontales de la corona y raíz.
- Pérdida de retención de las prótesis totales y parciales removibles extensas: causada por disminución de la película de saliva entre la prótesis y la mucosa debido a la xerostomía.
- Aumento del número de caries y problemas periodontales: causadas por el menor flujo salival, dieta cariogénica y dificultad de higienización. (párr. 2-4)

Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal.

Estudiando la obra de Ardila³⁸ (2010) puedo entender que:

Cuando no está indicada una prótesis fija, la prótesis parcial removible (PPR) puede ser el tratamiento de elección para la restauración de rebordes parcialmente edéntulos. Aun cuando la PPR es un medio para reemplazar dientes perdidos puede volverse una amenaza para los dientes remanentes de los pacientes debido a que puede incrementar la incidencia de caries, afectar el periodonto y aumentar la cantidad de fuerzas sobre los pilares. Estas alteraciones se atribuyen a una higiene oral deficiente, incremento de la placa bacteriana y acumulación de cálculos, además de la transmisión de fuerzas excesivas a las estructuras periodontales a partir de la estructura metálica de la PPR. Es posible reducir los efectos negativos de la PPR si se realizan medidas adecuadas de higiene bucal ya que solamente se han notado efectos dañinos menores en pacientes atendidos regularmente. (p. 77).

³⁸ Ardila, C. (2010). *Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v22n2/original2.pdf>

Considerando la obra de Sánchez³⁹ (2013) puedo creer que:

La rigidez es indispensable en toda PPR para transmitir uniformemente las fuerzas y para la efectividad del resto de sus componentes. Su ausencia se traduce en lesiones a los tejidos de soportes duros y blandos y en la falta de estabilidad oclusal.

La retención a través de la cobertura de los tejidos gingivales puede causar inflamación y lesiones a los mismos. (p. 4).

Prótesis y periodoncia.

Investigando la obra de Ángeles⁴⁰ (2005) puedo conocer que:

Todo paciente portador de prótesis debe considerarse un enfermo de riesgo, y como tal se le debe tratar. La presencia de elementos constitutivos en las prótesis removibles facilitan el depósito de placa bacteriana, de modo que sus portadores son susceptibles, n mayor o menor grado, de contraer caries y alguna enfermedad periodontal; por tanto, resulta necesario tomar una serie de cuidados preventivos. Algunos de ellos implican tareas de rutina en el tratamiento periodontal, en cuyo caso sólo se mencionarán en este capítulo, pero otros están directamente relacionados con el problema. (p. 45).

Salud de los tejidos de soporte.

Inspeccionando la obra de Giraldo⁴¹ (2009) puedo conocer que:

Es importante evaluar periodontalmente los dientes pilares que soportarán la prótesis removable.

El examen clínico permitirá registrar el grado de inflamación gingival, la profundidad del surco, la amplitud de la banda de encía insertada, los compromisos de furcación, la movilidad dentaria y el estado de higiene oral del paciente. Un factor de vital importancia en el éxito de la prótesis, es la habilidad del paciente para mantener un excelente control de placa dentobacteriana.

³⁹ Sánchez, A. (2013). *La prótesis parcial removable en la práctica odontológica de caracas, Venezuela en el periodo febrero-marzo de 2006*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/4403/4215

⁴⁰ Ángeles M., F., y Navarro, B. E (2005). *Prótesis Bucal Removable Procedimientos Clínicos y diseño*. Estados Unidos Mexicanos: Trillas.

⁴¹ Giraldo, R. (2009). *Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removable*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2231/1801>

Con el examen radiográfico se debe evaluar la cantidad del hueso alveolar alrededor de los dientes pilares, la presencia de defectos óseos, el compromiso de las furcaciones y la amplitud del ligamento periodontal. La prótesis removible a extensión distal requiere un diseño cuidadoso, debido a que las estructuras de soporte tienen un comportamiento diferente bajo fuerzas oclusales. Las características del reborde residual y el movimiento de la base en función determinarán la eficacia oclusal de la restauración y el grado en que los dientes pilares están sometidos a fuerzas de torsión y de inclinación. (p. 82).

Efecto sobre la movilidad dental.

Indagando la obra de Ardila⁴² (2010) puedo conocer que:

Diferentes estudios clínicos longitudinales han demostrado que PPR con diseños adecuados no tienen ningún efecto sobre la movilidad dental siempre que se realicen controles estrictos de higiene oral dentro de un programa de mantenimiento frecuente. Adicionalmente, y con el fin de garantizar una mejor distribución de las fuerzas, algunos autores sugieren la ferulización de los pilares primarios en PPR de extensión distal. (p. 80).

Reacciones alérgica al material de las prótesis dentales.

Consultando la obra de Santana⁴³ (2010) puedo deducir que:

Al señalar la reacción alérgica de la mucosa bucal al material de las prótesis dentales, nos estamos refiriendo a la sensibilización, con una base alérgica, que provocan en los tejidos, estos materiales y que es distinta al daño que causan las prótesis mal adaptadas, lo que representa en verdad un hecho de injuria física.

Etiopatogenia.

Las dentaduras completas están hechas de un material sintético: el polimetacrilato de metilo (resinas acrílicas), compuesto de un líquido monómero que se mezcla con un polvo polímero; para construir la dentadura.

⁴² Ardila, C. (2010). *Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v22n2/original2.pdf>

⁴³ Santana, J. C. (2010). *Atlas de Patología del Complejo bucal*. La Habana, República de Cuba: Ciencias médicas.

Características clínicas.

La hipersensibilidad de la mucosa bucal al material de la dentadura comienza desde las primeras horas de instalada esta, manifestándose por una sensación de quemadura, prurito, ardor; a los pocos días hay un enrojecimiento de toda la mucosa que se halla en contacto con el material; pueden encontrarse vesículas y ulceraciones; la molestia termina con la retirada de la dentadura; la alergia al material puede comprobarse como un parche cutáneo de acrílico o con la aplicación y mantenimiento en la mucosa bucal de unas gotas de monómeros. (p. 129).

¿Qué son las prótesis dentales?

Comparando la obra de Tenorio⁴⁴ (2011) puedo concluir que:

Es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone tanto los dientes como las estructuras periodontales.

El encargado de diseñar, elaborar y fabricar estos aparatos o elementos artificiales, es el protésico dental, quien realiza su trabajo en un laboratorio dental recibiendo las indicaciones del odontólogo, que trabaja en clínica. (p. 15).

Prótesis dentosoportada.

Inspeccionando la obra de Mallat⁴⁵ (2004) puedo conocer que:

Siguiendo con la clasificación anterior se podría decir que una prótesis dentosoportada actúa de forma similar a una prótesis fija y las fuerzas que actúan sobre ella se transmiten a los dientes, siguiendo una dirección axial sobre los ejes de los mismos dientes. Las fuerzas transversales y oblicuas pueden compensarse con los dientes remanente siempre que estos estén en óptimas condiciones periodontales; y las fuerzas que actúan sobre la prótesis deberán compensarse equilibrando la oclusión y colocando los dientes de tal forma que puedan neutralizar estas fuerzas. Las fuerzas de tracción que

⁴⁴ Tenorio, C. (2011). *Hablemos entre Dientes*. República del Perú: Milatem.

⁴⁵ Mallat, E. (2004). *Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras*. Reino de España: Elsevier.

aparecen cuando se abre la boca tienden a levantar y a sacar la prótesis de su asentamiento en la boca. Este movimiento debe ser compensado por los elementos por los elementos retentivos diseñados previamente y con el remodelado y preparación de los dientes remanentes.

Prótesis dentomucosoportada.

Este grupo constituyen las prótesis que pertenecen a las clases I, II Y IV de Kennedy, y refiriéndonos especialmente a las clases I y II, la biomecánica actúa desarrollando tres tipos de palancas que se generan tanto en los movimientos funcionales como en los parafuncionales, los cuales se localizan principalmente en los fulcros situados en el diente que esta junto al espacio desdentado del extremo libre. (p. 4).

Consecuencias de las prótesis parciales removibles.

Analizando la obra de Misch⁴⁶ (2006) puedo entender que “Las prótesis parciales removibles apoyadas en los tejidos blandos tienen una de las tasas de aceptación más bajas entre los pacientes, en odontología. La mitad de las personas con una prótesis parcial removible mastican mejor sin este aparato”. (p. 12).

Efectos dañinos potenciales.

Examinando la obra de Bocage⁴⁷ (2009) puedo opinar que:

La instalación de la PPR produce una serie de cambios en las estructuras bucales y órganos anexos con efecto nocivo potencial. Es un hecho que a nivel profesional y popular la prótesis removible es un tipo de terapia menospreciada, que se acepta como solución cuando las circunstancias no permiten la realización de una PF o implantes. También muchos piensan que la PPR es una etapa de transición a la prótesis completa. Son frecuentes los pacientes que no quieren “ese tipo de dentaduras con alambres que termina

⁴⁶ Misch, C. (2006). *Prótesis Dental sobre Implantes*. Reino de España: Elsevier.

⁴⁷ Bocage, M. (2009). *Prótesis Parcial Removible Clínica y Laboratorio*. República Oriental del Uruguay: Fever.

degollando los dientes”. Muchos dentistas opinan que la PPR es el mejor procedimiento para extraer los dientes, uno a uno, a medida que van claudicando los pilares y se va trasladando el gancho al diente vecino. El estudio racional del diseño y de los procedimientos preventivos pone de evidencia que estos problemas surgen cuando los dentistas construyen las PPR con criterio empírico y no ofrecen un adecuado mantenimiento posterior.

Ya sea por desconocimiento, o por economía, o por comodidad, se actúa dejando de lado los fundamentos científicos biológicos, mecánicos y profilácticos del tratamiento protético formal.

La mejor comprensión de la filosofía actual del tratamiento con prótesis removibles surge del estudio de sus efectos dañinos potenciales. Las alteraciones más frecuentes se producen en el ámbito de la ecología bucal, del terreno protético y en el orden sensorial.

Tratamiento con prótesis parcial removible.

De la adecuada comprensión del valor de la PPR como elemento terapéutico, de su efecto social y de sus posibles acciones indeseables, se deduce que para cada paciente hay que evaluar los beneficios y los riesgos que puede producir su instalación para resolver si el tratamiento es aconsejable. Las prótesis contribuyen a restaurar y preservar la salud oral en forma eficiente cuando se conjugan una serie de factores que, expresados como principios, fundamentan una filosofía para el tratamiento protético y condicionan su ubicación en un plan de asistencia. (pp. 20 y 25).

Retenedores.

Estudiando la obra de Lucas⁴⁸ (2010) puedo concebir que:

Los retenedores pueden ser intra coronarios o extra coronarios. Los intra coronarios exigen mayor desgaste del diente para su confección. Los extra coronarios, como causan aumento del contorno dental, pueden favorecer una mayor retención de placa dentobacteriana, lo que hace necesario que el paciente posea una buena higiene bucal. (párr. 8).

⁴⁸ Lucas, L. (2010). *Estética en prótesis removibles*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200011

Selección adecuada de retenedores.

Analizando la obra de Giraldo⁴⁹ (2009) puedo deducir que:

La retención mecánica de las prótesis removibles se realiza por medio de retenedores directos ya sea intra coronario o extra coronario.

Todo retenedor extra coronario debe satisfacer el principio básico del diseño de retenedores, los cuales que deben incluir más de 180° del perímetro mayor de la corona del diente, cuando se utilizan brazos circunferenciales.

Cuando se usan retenedores tipo barra, debe haber contacto al menos con tres áreas del diente pilar; el área de apoyo oclusal, el área retentiva terminal y el área terminal recíproca.

Otros principios para considerar en el diseño de un retenedor deben incluir:

- El apoyo oclusal se debe diseñar para prevenir el movimiento en sentido cervical.
- Cada terminal retentivo debe quedar opuesto a un componente recíproco capaz de resistir las presiones momentáneas que ejerce el brazo retentivo durante la inserción y remoción.
- Los brazos retentivos en los pilares adyacentes a las extensiones distales se deben diseñar de tal forma que eviten la transmisión directa de las fuerzas de balanceo y rotación al diente pilar.
- La vía de escape de cada terminal retentivo no debe ser paralela a la vía de inserción y remoción de la prótesis porque esta requiere que el retenedor encaje de forma que resista la deformación, que es la base de la retención.
- La magnitud de la retención siempre deberá ser la mínima necesaria para resistir las fuerzas de desalajo.
- Los brazos recíprocos del retenedor deben ubicarse en la unión de los tercios gingival y medio de las coronas de los dientes pilares.

La ubicación óptima del extremo terminal del brazo retentivo es en el tercio gingival de la corona. Estas ubicaciones permiten que los dientes pilares resistan mejor las fuerzas tanto horizontales como de torsión por la reducción del brazo de palanca.

El retenedor directo circunferencial está indicado en prótesis parcial totalmente dentosoportadas debido a su capacidad de retención y estabilización. El retenedor directo tipo barra se utiliza tanto en prótesis dentosoportadas como en dentomucosoportadas, ya que le permite a esta última, cierto grado de movimiento rotacional hacia el tejido sin ejercer torque sobre el pilar.

Cuando la base protésica de extensión distal es desplazada de su “asiento” basal, tiende a rotar en torno a la línea de fulcrum. Este movimiento de alejamiento de la base protésica de los tejidos es resistido por la activación del brazo retentivo del retenedor directo extra coronario, de los componentes estabilizadores y por el retenedor indirecto que está situado perpendicular a la

⁴⁹ Giraldo, R. (2009). *Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible*. [En línea].

Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2231/1801>

línea de fulcrum. El retenedor indirecto debe ubicarse tan lejos como sea posible de la base de extensión distal, para contrarrestar el efecto de palanca del desplazamiento de la base de extensión distal. (p. 83).

Conectores mayores.

Considerando la obra de Vélez⁵⁰ (2012) puedo inducir que:

Esta parte de la prótesis parcial removible es la que se encarga de unir todas las partes separadas del aparato. Su característica principal es la rigidez. Esta es la que no permite que el aparato se flexione en los movimientos de masticación y cuando se transmiten fuerzas que se generan de los dientes pilares.

Si el C.M. carece de rigidez, este generará fuerzas en los dientes pilares que causarán traumatismos, tanto como en el reborde residual y tejidos periodontales.

Como producto se dará una reabsorción ósea progresiva. No debe ubicarse en zonas retentivas, ya sea a nivel de piezas dentarias o de tejidos blandos para no causar daños durante la inserción y remoción. (pp. 28 y 29).

Conectores menores.

Investigando la obra de Káiser⁵¹ (2010) puedo acotar que:

Además de unir los apoyos y los ganchos en las sillas y en los conectores mayores, ellos sirven de vía de transmisión de las cargas oclusales para los dientes soportes por medio de los apoyos.

Tienen también la función de estabilizar y de guiar la prótesis durante su inserción y remoción.

Los conectores menores directos son localizados al lado de los espacios protésicos.

El volumen mesio-distal debe ser reducido, para no interferir con el montaje de los dientes artificiales. (p. 93).

Fundamentos oclusales.

⁵⁰ Vélez, V. (2012). *Comparación Biomecánica entre los diversos tipos de prótesis parcial removibles*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/910/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-51.pdf>

⁵¹ Kaiser, F. (2010). *PPR en el Laboratorio*. República Federativa del Brasil: MAIO.

Analizando la obra de Giraldo⁵² (2009) puedo señalar que:

Si el clínico aplica los conceptos de oclusión con los mismos principios para la dentición natural y la restauración sin considerar las diferencias en el soporte, probablemente el procedimiento restaurador puede fracasar.

La fundamentación de oclusión para la prótesis parcial removible debe estar basada en los siguientes principios:

- a. Los contactos bilaterales simultáneos de los dientes posteriores antagonistas deben producirse en oclusión céntrica.
- b. La oclusión de las prótesis dentales parciales dentosoportadas debe disponerse en forma similar a la oclusión aplicada en una dentición natural armoniosa.
- c. Cuando una prótesis parcial tiene como antagonista una prótesis completa superior debe proponerse una oclusión balanceada en posiciones excéntricas.
- d. Deben obtenerse contactos en el lado de trabajo para la prótesis mandibular a extensión distal.
- e. Deben lograrse contactos simultáneos en los lados de trabajo y no trabajo para casos de prótesis parcial superior a extensión distal bilateral. (p. 86).

Métodos mecánicos y químicos.

Inspeccionando la obra de Ucar⁵³ (2013) puedo conocer que:

Los métodos más comunes para la limpieza de prótesis se puede dividir en dos grupos: mecánico y químico.

El método mecánico es el más popular para remover la placa de las dentaduras mediante el uso de cepillos con jabones o dentífricos, sin embargo existen gran cantidad de evidencias que utilizando sólo este método no es suficiente para eliminar la placa bacteriana de las bases de las prótesis por lo que hay que combinarlo con el uso de desinfectantes.

Otra desventaja que este método mecánico presenta es que si son empleados de manera exagerada o con una técnica incorrecta puede causar daños a las prótesis, teniendo efectos como manchas persistentes y distorsión de los ganchos afectando su capacidad retentiva. Igualmente, son ineficaces en pacientes con limitación motora, ya que la remoción efectiva de la placa bacteriana requiere de cierto grado de destreza manual, la cual está reducida en

⁵² Giraldo, R. (2009). *Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2231/1801>

⁵³ Ucar, A. (2013). *Acción de agentes químicos en la eliminación de *Candida albicans* sobre prótesis dentales*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/4292/4106

adultos mayores. Sin embargo, tiene como ventaja de ser de uso sencillo y económico.

El método químico, es el segundo método más popular, para la limpieza de prótesis, es superior al mecánico en cuanto al control de placa bacteriana y prevención de estomatitis subprotésica asociada *C. albicans*.

Haggard y otros, divide los sistemas de limpiadores químicos dependiendo de sus componentes químicos y su mecanismo de acción en: peróxidos alcalinos, hipocloritos alcalinos, ácidos, desinfectantes y enzimas.

La efectividad de estos agentes depende de su concentración, el tiempo de exposición y el pH. Por otra parte Bell citado en Haggard (7), describe 3 factores que afecta el tiempo requerido para la desinfección del tiempo requerido de una prótesis: concentración del material bacteriano, concentración del desinfectante, y tiempo del material expuesto al desinfectante.

Hipoclorito Alcalino: El producto clorado más utilizado en desinfección es el hipoclorito de sodio. Es muy útil para remover manchas de las prótesis, disuelve algunos componentes salivales y otras sustancias orgánicas. Es bactericida y fungicida. (p. 2).

CAPÍTULO III.

3. Metodología.

3.1. Diseño metodológico.

Se ejecutó una investigación de campo, tipo descriptivo de corte transversal, en adultos mayores que acudieron al centro de salud del cantón Santa Ana, en el periodo marzo- agosto 2014. Se incluyeron a 92 pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles.

3.2. Técnicas.

Observación: Examen dental, examen de la mucosa oral.

3.3. Instrumentos.

-Ficha de diagnóstico de lesiones orales.

-Ficha dental.

-Historia Clínica.

3.4. Recursos.

3.4.1. Talento humano.

-Investigadora.

-Tutor de tesis.

3.4.2. Materiales.

-Instrumentos de exploración odontológica.

-Fotocopias.

-Fotografías.

-Materiales de Oficina.

-Suministros de impresión.

-Textos relacionados al tema de investigación.

3.4.3. Tecnológicos.

-Cámara fotográfica.

-Computadora.

-Flash memory.

-Impresora.

-Internet.

-Scanner.

-Software.

3.5. Económico.

La elaboración de esta investigación tendrá un costo aproximado de \$241,45 dólares americanos que serán financiados por la investigadora.

3.6. Población y muestra.

El universo poblacional estuvo constituido por el total de adultos mayores atendidos durante el mes de abril del 2014 en el centro de salud Santa Ana, que corresponde a un total de 92 pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles.

3.7. Criterios de inclusión y exclusión.

3.7.1. Inclusión.

-Pacientes adultos mayores de 60 y más años de ambos sexos portadores de prótesis removibles que acudieron hasta el centro de salud del cantón Santa Ana.

-Pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que dieron su consentimiento informado para ser parte de este estudio.

-Pacientes adultos mayores con 60 años y más que estuvieron prestos para colaborar con esta investigación.

3.7.2. Exclusión.

-Pacientes adultos mayores de 60 años y más que no dieron su consentimiento informado para ser parte de este estudio.

-Pacientes adultos mayores que no portaban aparatos protésicos.

-Pacientes adultos mayores cuyo estado de salud deteriorado no facilito la comunicación respectiva para realizar el presente estudio.

3.8. Recolección de la información.

Se realizó exámenes orales a los adultos mayores que acudieron al centro de salud del cantón Santa Ana, en el periodo marzo- agosto 2014. Los cuales fueron invitados a cooperar bajo consentimiento informado. Se realizará historias clínicas y exploración bucal a los adultos mayores portadores de prótesis removible en el consultorio odontológico de dicho sitio, y se empleara el instrumento elaborado al efecto.

Para este análisis, se incluyeron las siguientes variables: 1-sociodemográficas: edad y sexo; 2-estado de conservación de la prótesis, se evaluó mediante los indicadores de fractura, desgaste, pigmentación y mala higiene, se consideró como bueno el estado de conservación de la prótesis cuando no se perciba ninguna de las características nombradas anteriormente. Se consideró malo el estado de conservación de la prótesis cuando existió presencia de algunos de los defectos expuestos anteriormente.

Con respecto a la variable prótesis desajustada, se tomaron en cuenta los indicadores de retención, soporte estabilidad y mal oclusión. Considerándose como desajustada la prótesis que presenta alteración en alguno de los indicadores antes nombrados, y prótesis ajustada la que no presento alteración alguna. Estos procedimientos fueron realizados en el centro de salud, los datos obtenidos fueron anotados en historias clínicas odontológicas.

3.9. Matriz de operacionalización de las variables.

Cuadro 1.
Operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo.	Definición.	Categoría.	Indicador.
Edad.	Cuantitativa discreta.	Según años cumplidos en el momento de la encuesta.	60-64 65-69 70 y más.	Frecuencia absoluta y %.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Sexo biológico de pertenencia.	Femenino. Masculino.	Frecuencia absoluta y %.
Estado de conservación de la prótesis.	Cualitativo Ordinal politómica.	Estado de conservación de la prótesis.	Bueno. Malo.	Frecuencia absoluta y %.
Tiempo de uso de la prótesis.	Cuantitativa continúa.	Tiempo que lleva el paciente utilizando la prótesis.	Hasta 5 años. 6 a 10 años. 11 a 20 años. 21 y más.	Frecuencia absoluta y %.
Prótesis desajustada.	Cualitativa nominal dicotómica.	Cuando se detectan signo de deficiencia de retención, soporte, y estabilidad de la prótesis.	Si presenta movilidad. No presenta movilidad.	Frecuencia absoluta y %.
Tipo de lesiones en la mucosa.	Cualitativa nominal politómica.	Identificación de lesiones en mucosa.	Nombre de la lesión. Estomatitis. S. Épulis fisurado. Fibroma. Leucoplasia. Candidiasis. Queilitis.	Frecuencia absoluta y %.

Nota: Operacionalización de las variables.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Cap. III, p. 34.

3.10. Procesamiento y análisis de los datos.

Los datos obtenidos de las fichas de observación, fueron introducidos en el programa Microsoft Office Excel 2010. Se realizaron distribuciones de frecuencia y se calculó el porcentaje en todas las variables. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.

3.11. Ética.

A todos los adultos mayores incluidos en la investigación, se les ofrecerá información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contará con el consentimiento oral y escrito de los que resulten seleccionados o en su defecto con la aprobación de personas responsabilizadas con estos, para lo cual se confeccionará una planilla de consentimiento informado.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

Cuadro 2.

Sexo.

Sexo.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Masculinos.	29	31,5%
Femeninos.	63	68,5%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

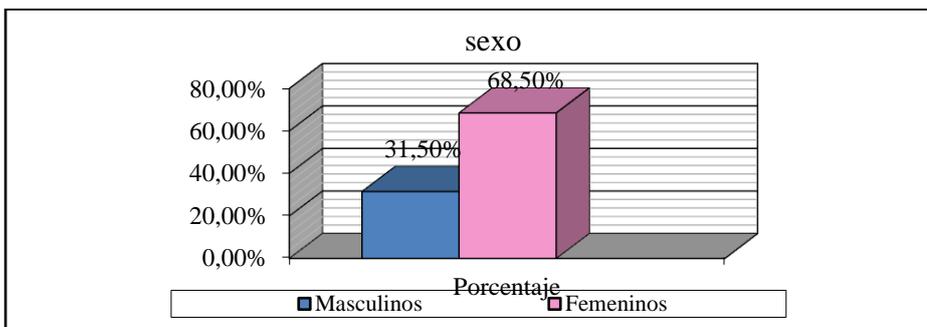


Gráfico N°. 1. Datos obtenidos del cuadro 2.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 36.

Análisis e interpretación.

En el cuadro nº 2, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 63 que representan el 68.5% son mujeres y 29 que representan el 31,5% son hombres. Lo que muestra como en la población estudiada el predominio del sexo es femenino.

Consultando el sitio web de INEC⁵⁴ (2010) puedo conocer que:

Los resultados del censo de la población de la República del Ecuador en el año 2010 fueron de 14.483.499 habitantes, siendo el sexo femenino el de mayor cifra con 7.305.816 lo que representa un 50.44% de la población total y el sexo masculino con 7.177683 lo que representa el 49.56% de la población total. (p. 1).

Indagando el sitio web de INEC⁵⁵ (2009) puedo deducir que:

Los resultados según un estudio realizado en el 2009 en la República del Ecuador determinaron que la población total de adultos mayores era de 1.229.089 adultos mayores, de los cuales el 53,4% son mujeres, mientras que el restante 46,6% son hombres. (p. 6).

⁵⁴ INEC. (2010). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [17, enero, 2014]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

⁵⁵ INEC. (2009). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [19, enero, 2014]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf

Cuadro 3.
Grupos de edad.

Grupos según edad.	Frecuencia.	Porcentaje %.
60- 69 años.	49	53,3%
70- 79 años.	30	32,6%
80 años y más.	13	14,1%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

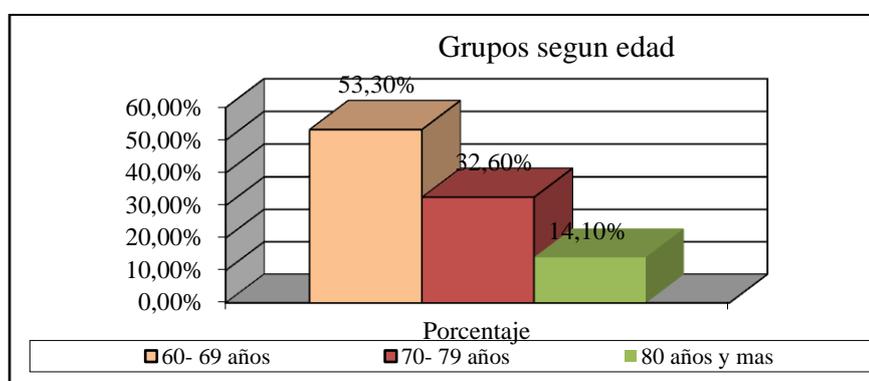


Gráfico N°. 2. Datos obtenidos del cuadro 3.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 38.

Análisis e interpretación.

En el cuadro nº 3, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 49 que representan el 53,3% tienen edades entre 60 y 69 años, 30 que representan el 32,6% tienen edades entre 70 y 79 años y 13 adultos mayores que representan el 14,1% tienen 80 o más años. Lo que muestra como en la población estudiada el predominio de edad más frecuente es el que comprende edades de entre 60 y 69 años.

Consultando la obra de Dueñas⁵⁶ (2009) puedo concebir que:

El número total de adultos mayores —con 60 años y más— se duplicará en los próximos 50 años (de 606 millones en 2000 hasta más de 1,2 billones alrededor de 2050). Se observará un incremento rápido de la población anciana en los países en desarrollo y en los desarrollados. Mientras, la población total se incrementará desde alrededor de 6 billones en 2000 a 9 billones en el 2050 (50 % de incremento). La población anciana en el mundo aumentará un 300 % en el mismo período, incremento que será de 400 % en los países en desarrollo. (p. 2).

⁵⁶ Dueñas D. (2009). *Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200002&script=sci_arttext

**Cuadro 4.
Estomatitis.**

Estomatitis.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	39	42,4%
No.	53	57,6%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

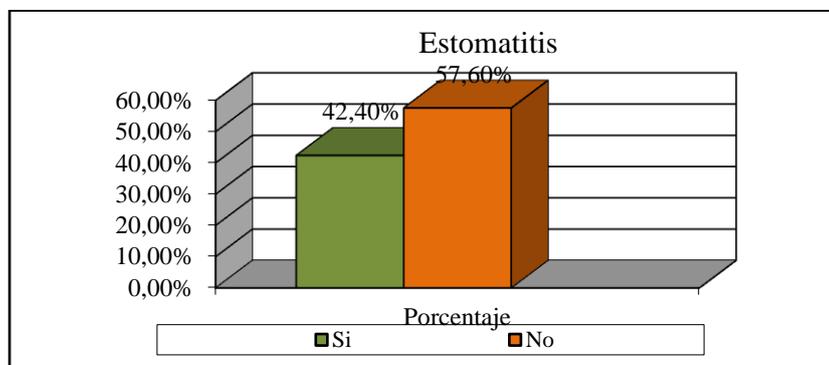


Gráfico N°. 3. Datos obtenidos del cuadro 4.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 40.

Análisis e interpretación.

En el cuadro nº 4, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 39 que representan el 42,4% tienen estomatitis subprótesis, mientras que 53 adultos mayores que representan el 57,6% no presentan estomatitis subprótesis. Lo que muestra como en la población estudiada alrededor de 1 de cada 3 pacientes sufre de estomatitis subprótesis. Siendo la estomatitis subprótesis la alteración más encontrada en los adultos mayores estudiados.

Analizando la obra de Silva⁵⁷ (2012) puedo conocer que:

La estomatitis subprótesis es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnostica dentro de las patologías bucales, y se define como una alteración de tipo inflamatoria, que puede degenerar en una lesión hiperplásica si no se trata oportunamente. (p. 1).

Consultando la obra de Ley⁵⁸ (2010) puedo concluir que:

Estudios realizados revelan una prevalencia entre 25-65%, y resulta cada vez más preocupante para los servicios, pues esto implica afección de las funciones normales, debido a que el paciente con esta enfermedad debe retirarse las prótesis y sustituirlas por nuevas. Se hace necesario realizar la planificación y el empleo de recursos.

⁵⁷ Silva, A. (2012). *Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez"*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942012000500004&script=sci_arttext

⁵⁸ Ley, L. (2010). *Comportamiento de la estomatitis subprótesis*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

Cuadro 5.
Estomatitis en relación al sexo.

Estomatitis en relación al sexo.			Estomatitis		Total
			Si	NO	
Sexo	Masculin o	Recuento	11	18	29
		% Dentro de sexo	37,9%	62,1%	100,0%
	Femenin o	Recuento	28	35	63
		% Dentro de sexo	44,4%	55,6%	100,0%
Total		Recuento	39	53	92
		% Dentro de sexo	42,4%	57,6%	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

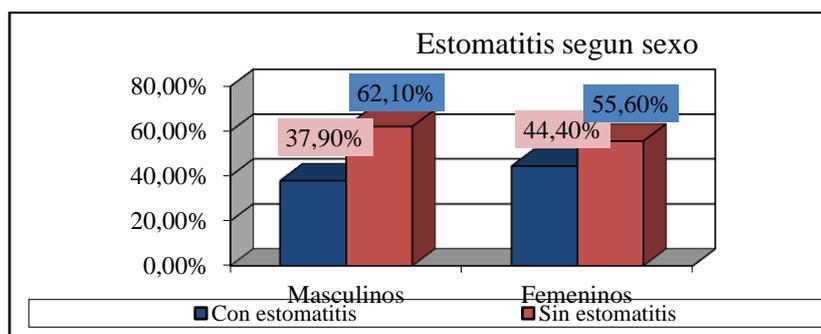


Gráfico N° 4. Datos obtenidos del cuadro 5.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 5, se expresa el porcentaje de pacientes que presentan estomatitis subprótesis en relación con el sexo. En la muestra realizada de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles, es mayor la presencia de estomatitis subprótesis en el sexo femenino con 28 casos de 63 posibles lo cual representa un 44,4% dentro del sexo femenino, mientras que en el sexo masculino con 11 casos de 18 posibles, lo que representa un 37% dentro del sexo masculino nos indica menor presencia de estomatitis subprótesis en el sexo masculino.

Inspeccionando la obra de Nápoles⁵⁹ (2009) puedo concluir que “Cuando se hace referencia al sexo en la estomatitis subprótesis, muchas de las investigaciones indican que esta enfermedad es más frecuente entre las mujeres, en cambio, algunos autores consideran que no existe diferencia entre sexos”. (p. 3).

⁵⁹ Nápoles I. (2009). *Prevalencia de la estomatitis subprótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552009000100003&script=sci_arttext

Cuadro 6.
Épulis.

Épulis.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	2	2,2%
No.	90	97,8%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

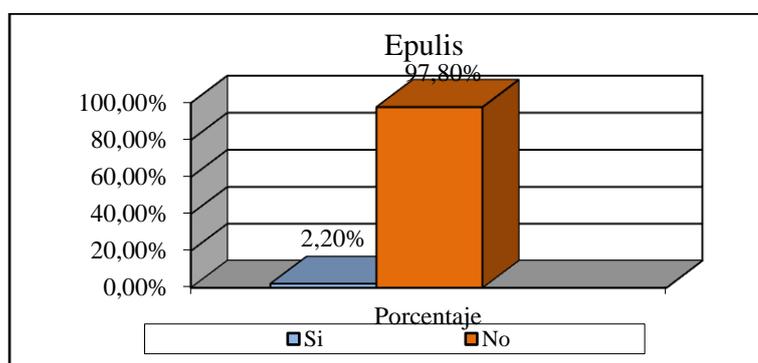


Gráfico N°. 5. Datos obtenidos del cuadro 6.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 44.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 6, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 2 que representan el 2,20% tienen épulis, mientras que 90 adultos mayores que representan el 97,80% no presentan épulis. Lo que muestra como en la población la prevalencia de épulis es mínima.

Cuadro 7.
Fibroma.

Fibroma.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	17	18,5%
No.	75	81,5%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

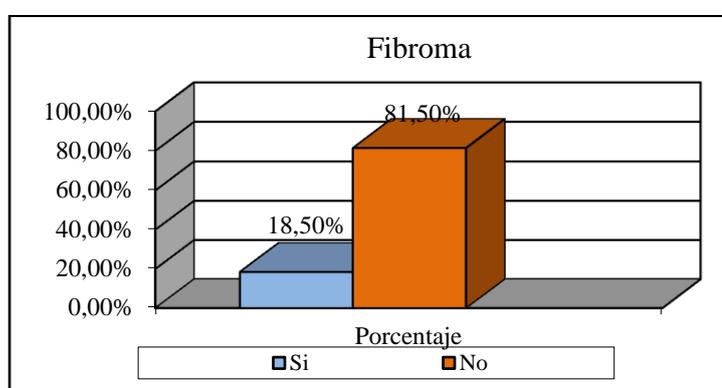


Gráfico N°. 6. Datos obtenidos del cuadro 7.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 45.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 7, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 17 que representan el 18,50% tienen fibroma, mientras que 75 adultos mayores que representan el 81,50% no presentan fibroma. Lo que muestra como en la población la prevalencia de fibroma es minúsculo.

**Cuadro 8.
Leucoplasia.**

Leucoplasia.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	4	4,3%
No.	88	95,7%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

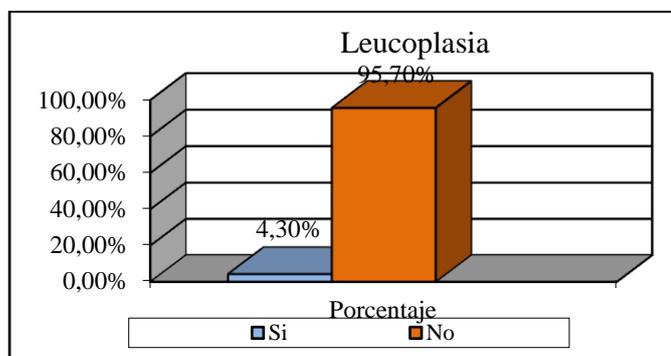


Gráfico N° 7. Datos obtenidos del cuadro 8.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 46.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 8, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 4 que representan el 4,30% tienen leucoplasia, mientras que 88 adultos mayores que representan el 95,70% no presentan leucoplasia. Lo que muestra como en la población estudiada la prevalencia de leucoplasia en los adultos mayores es mínima.

Cuadro 9.

Candidiasis.

Candidiasis.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	1	1,1%
No.	91	98,9%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

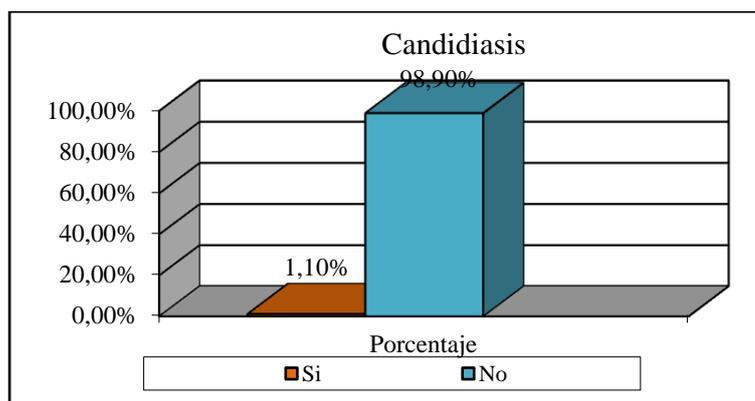


Gráfico N°. 8. Datos obtenidos del cuadro 9.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 47.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 9, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 1 que representan el 1,10% tienen candidiasis, mientras que 91 adultos mayores que representan el 98,90% no presentan candidiasis. Lo que muestra como en la población estudiada la prevalencia de candidiasis no prevalece en los adultos mayores que utilizan prótesis removible.

Cuadro 10.
Queilitis.

Queilitis.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	6	6,5%
No.	86	93,5%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

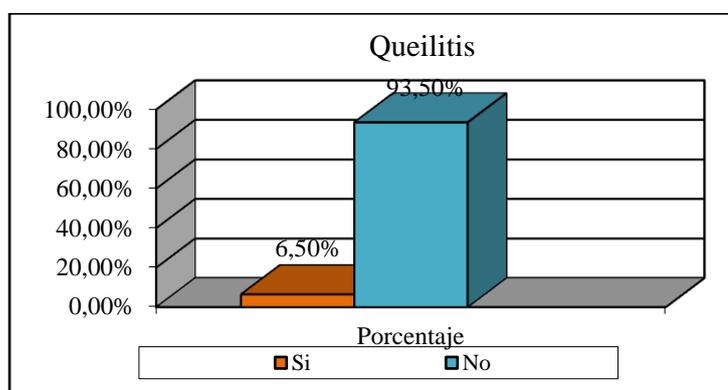


Gráfico N° 9. Datos obtenidos del cuadro 10.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 48.

Análisis e interpretación.

En el cuadro nº 10, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 6 que representan el 6,50% tienen queilitis, mientras que 86 adultos mayores que representan el 93,50% no presentan queilitis. Lo que muestra como en la población estudiada la prevalencia de queilitis es insignificante en los adultos mayores.

Cuadro 11.
Queratosis.

Queratosis.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	17	18,5%
No.	75	81,5%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

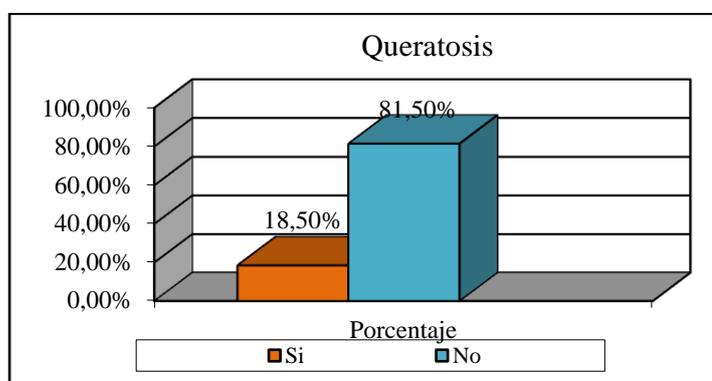


Gráfico N°. 10. Datos obtenidos del cuadro 11.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 11, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 17 que representan el 18,50% tienen queratosis, mientras que 75 adultos mayores que representan el 81,50% no presentan queratosis. Lo que muestra que los adultos mayores tienen un bajo índice en la prevalencia de la queratosis.

Cuadro 12.
Exostosis.

Exostosis.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	1	1,1%
No.	91	98,9%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

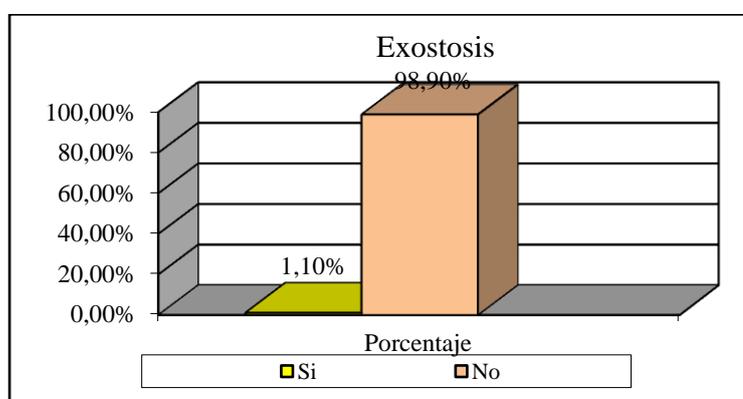


Gráfico N°. 11. Datos obtenidos del cuadro 12.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 50.

Análisis e interpretación.

En el cuadro nº 12, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 1 que representan el 1,10% tienen exostosis, mientras que 91 adultos mayores que representan el 98,90% no presentan exostosis. Lo que muestra como en la población estudiada en los adultos mayores la prevalencia de exostosis es escasa.

Cuadro 13.
Fracturas.

Fracturas.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	24	26,1%
No.	68	73,9%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

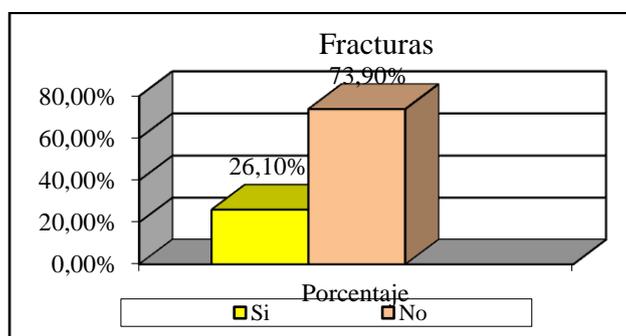


Gráfico N°. 12. Datos obtenidos del cuadro 13.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 51.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 13, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 24 que representan el 26,10% presentan fracturas en su aparato protésico, mientras que 68 adultos mayores que representan el 73,90% no presentan fracturas en sus prótesis . Lo que muestra como en la población estudiada hay un bajo índice de prótesis removibles que se encuentran con algún tipo de fracturas.

Cuadro 14.

Desgaste.

Desgaste.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	22	23,9%
No.	70	76,1%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

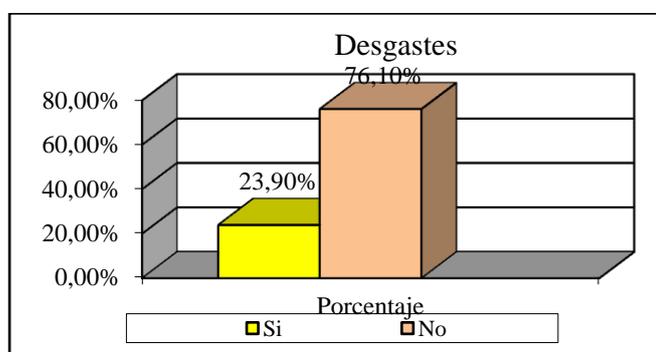


Gráfico N°. 13. Datos obtenidos del cuadro 14.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 52.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 13, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 70 que representan el 76,10% no tienen desgastes en sus prótesis dentarias, mientras que 22 adultos mayores que representan el 23,90% si presentan desgastes. Lo que muestra como en la población estudiada tiene bajo índice de desgaste en sus aparatos protésicos.

**Cuadro 15.
Pigmentación.**

Pigmentación.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	26	28,3%
No.	66	71,7%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

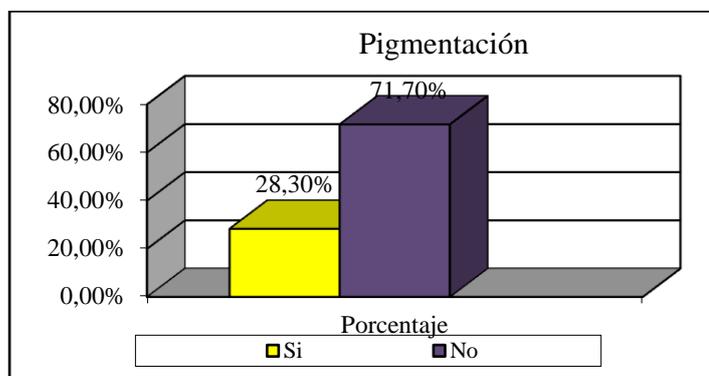


Gráfico N°. 14. Datos obtenidos del cuadro 15.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 53.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 15, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 26 que representan el 28,30% tienen pigmentación, mientras que 66 adultos mayores que representan el 71,70% no presentan pigmentación. Lo que muestra como en la población estudiada la pigmentación en los aparatos protésicos en los adultos mayores es mínima.

Cuadro 16.
Mala higiene.

Mala higiene.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Si.	51	55,4%
No.	41	44,6%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

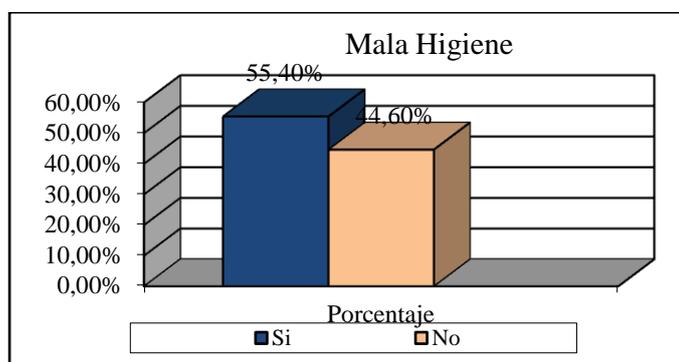


Gráfico N°. 15. Datos obtenidos del cuadro 16.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 54.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 16, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 51 que representan el 55,40% tienen mala higiene, mientras que 41 adultos mayores que representan el 44,60% no tienen mala higiene. Lo que muestra como en la población estudiada hay una alta prevalencia de mala higiene en la boca de los adultos mayores.

Cuadro 17.
Retención.

Retención.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	30	32,6%
No.	62	67,4%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

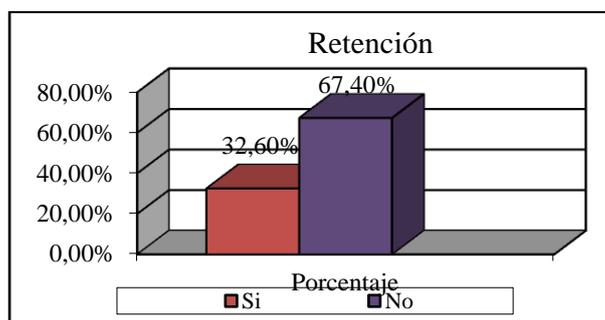


Gráfico N°. 16. Datos obtenidos del cuadro 17.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 55.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 16, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 30 que representan el 32,60% presentan retención en sus prótesis, mientras que 62 adultos mayores que representan el 67,40% no presentan retención en sus aparatos protésicos. Lo que muestra como en la población estudiada la hay gran prevalencia de prótesis removibles que no tienen retención.

Cuadro 18.
Soporte.

Soporte.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Si.	30	32,6%
No.	62	67,4%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

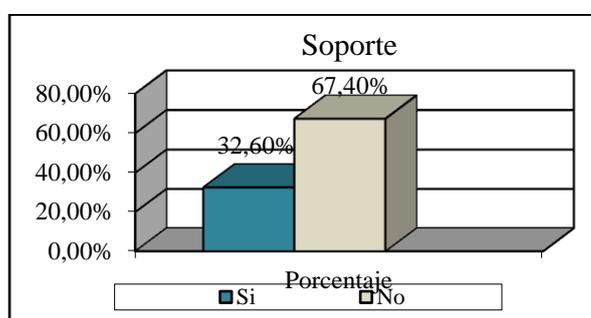


Gráfico N°. 17. Datos obtenidos del cuadro 18.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 56.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 17, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 30 que representan el 32,60% tienen soporte de sus prótesis, mientras que 62 adultos mayores que representan el 67,40% no presentan soporte en sus prótesis. Lo que muestra como en la población estudiada las prótesis no soportadas tienen gran prevalencia en los adultos mayores.

Cuadro 19.
Estabilidad.

Estabilidad.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	31	33,7%
No.	61	66,3%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

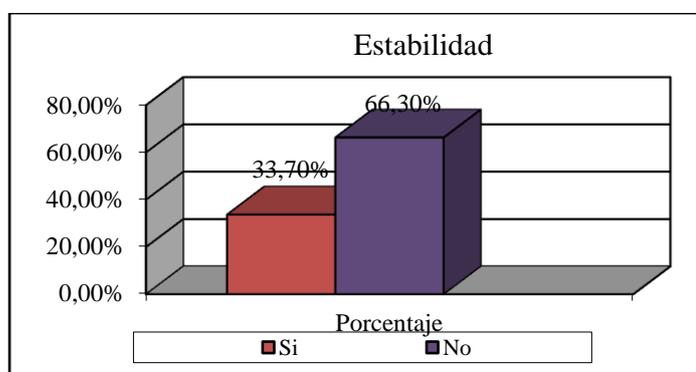


Gráfico N°. 18. Datos obtenidos del cuadro 19.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 57.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 18, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 31 que representan el 33,70% tienen estabilidad en sus prótesis, mientras que 61 adultos mayores que representan el 66,30% no presentan estabilidad en sus prótesis. Lo que muestra como en la población estudiada existe un alto índice de adultos mayores que no tienen estabilidad en sus prótesis.

Cuadro 20.
Mal oclusión.

Mal oclusión.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Sí.	59	64,1%
No.	33	35,9%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

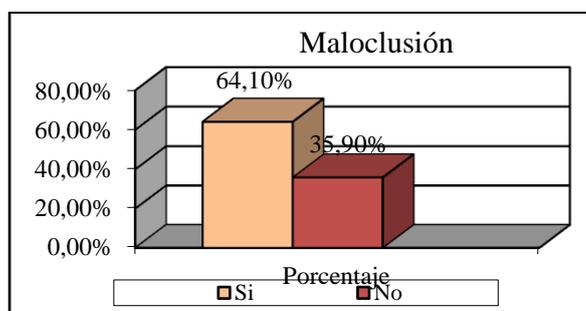


Gráfico N°. 19. Datos obtenidos del cuadro 20.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 58.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 20, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 59 que representan el 64,10% tienen mal oclusión, mientras que 33 adultos mayores que representan el 35,90% no presentan mal oclusión. Lo que muestra como en la población estudiada los adultos mayores presentan un alto porcentaje de mal oclusión.

Cuadro 21.
Tiempo de uso.

Tiempo de uso.	Frecuencia.	Porcentaje %.
Hasta 6 meses.	15	16,3%
De 6 a 11 meses.	4	4,3%
De 1 a 5 años.	27	29,3%
Más de 5 años.	46	50,0%
Total.	92	100,0%

Nota: Historia clínica de los adultos mayores investigados.
Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 80.

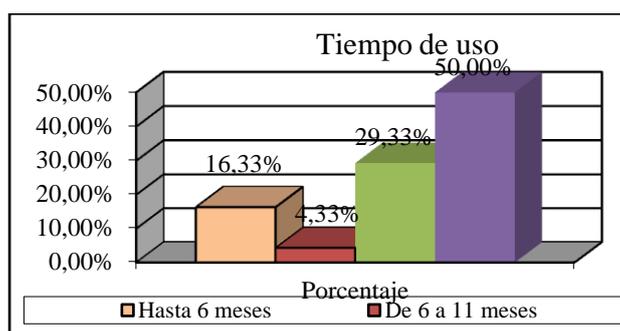


Gráfico N°. 20. Datos obtenidos del cuadro 21.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 59.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 21, se indica que del total de la muestra de 92 adultos mayores portadores de prótesis removibles examinados, 15 que representan el 16,30% utilizan sus prótesis en un tiempo de hasta 6 meses. 4 que representan el 4,30% utilizan las prótesis en un tiempo de 6 a 11 meses. 27 que representan el 29,30% utilizan sus prótesis en un tiempo de 1 hasta 5 años. 46 adultos mayores que representan el

50,00% el tiempo de uso de sus prótesis son de 5 años y más. Lo que representan que en nuestra población estudiada las prótesis son usadas por más de 5 años.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Entre los adultos mayores portadores de prótesis removible que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, en el año 2014. La prevalencia de manifestaciones bucales, por el uso de prótesis removibles es importante siendo la estomatitis subprotésica la de mayor prevalencia.

En los adultos mayores portadores de prótesis removibles que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana, en el año 2014. Se evidencian manifestaciones bucales por el uso de prótesis removibles de menor prevalencia, tales como: la candidiasis, exostosis, fibromas, leucoplasias, queilitis y la queratosis.

La población estudiada de adultos mayores portadores de prótesis removibles se caracteriza por una mala higiene de las prótesis dentarias y su prolongado uso, provocando fracturas y posteriormente el desajuste de las mismas en la cavidad bucal del paciente. Estas condiciones predisponen los estados de salud oral de los pacientes y crean factores idóneos para la aparición de manifestaciones bucales.

5.2. Recomendaciones.

Realizar un programa de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud bucal de los adultos mayores portadores de prótesis removibles del centro de salud del cantón Santa Ana.

Planificar un programa educativo para los representantes de las personas adultas mayores, que no se pueden valer por sí solos, para promover buenos hábitos de higiene y el uso adecuado de sus aparatos protésicos.

Continuar con el seguimiento del estado de la salud bucal de los adultos mayores que utilizan prótesis removibles después de aplicados los programas de intervención para prevenir la presencia de cualquier manifestación bucal causado por el uso de aparatos protésicos.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Educación en salud dirigida a los adultos mayores portadores de prótesis removibles del cantón Santa Ana, acerca del correcto uso y estado de conservación de las prótesis.

Entidad ejecutora:

Centro de salud pública del cantón Santa Ana.

Clasificación:

Intervención social.

Localización geográfica:

Calles: Pedro Carbo, entre Ángel Rafael Álava y Horacio Hidrovo.

6.2. Justificación.

Analizando la obra de Gutierrez⁶⁰ (2014) puedo concebir que:

Los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito social, particularmente aquellos que han evolucionado de una relación emisor-receptor a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable. (p. 1).

Consultando la obra de Isla⁶¹ (2012) puedo finalizar que:

Se ha observado que muy pocos adultos saben cómo limpiar y mantener en buen estado su boca y sus prótesis dentales. El realizar una correcta limpieza de los aparatos protésicos por parte del paciente ayudará a prolongar la vida útil de las prótesis, así como evitar la acumulación de alimento y formación de sarro. También es necesario que las personas sean capaces de solicitar atención dental cuando las prótesis estén mal ejecutadas. (p. 2).

De acuerdo con lo investigado se concluye que existen lesiones de la mucosa oral relacionadas directamente con la mala utilización y estado de conservación de las prótesis removibles, es por esto que los adultos mayores deben ser orientados en bien de corregir estos errores a tiempo. Para así mejorar la salud oral de los adultos mayores y prolongar el tiempo de vida de las prótesis dentales.

⁶⁰ Gutierrez, B. (2014). *Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos en prótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942014000200008&script=sci_arttext

⁶¹ Isla, C. (2012). *Consejería sobre salud bucal y cuidados de prótesis dental removible en adultos portadores*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/HUELLAS/article/viewFile/2948/2803>

6.3. Marco institucional.

Examinando la página de CSSA⁶² (2014) puedo concluir que:

Debido al aumento poblacional del cantón Santa Ana en el año de 1965 se reunieron un grupo de personas preocupadas por la salud del pueblo santanense, conformándose el comité de caballeros, quienes consiguieron que el consejo cantonal donara el terreno y gracias a la decisiva intervención del doctor Francisco Vásquez Balda- Director del programa integral de salud de Manabí se creó el PISMA el 2 de agosto de 1967.

El 12 de Marzo de 1992 este centro asistencial se lo denominó centro de salud materno infantil, siendo su director el Dr. Hilario Cedeño Cantos quién se mantuvo en este cargo por más de 30 años.

En abril de 1992 pasa a ser área de salud N.10, dependiendo administrativamente de la dirección provincial de salud, en diciembre de 1999 se descentraliza teniendo autonomía en la administración de sus recursos; a pesar que desde noviembre de 1999 ya existía un decreto de descentralización de todas las 12 Áreas de la provincia de Manabí, no aplicándose al área 10 por falta de recursos humanos.

El 30 de marzo del 2012 el área de salud es denominada distritos 4 de acuerdo al registro oficial N.279. (p. 1).

6.4. Objetivos.

6.4.1. General.

Concientizar acerca de las lesiones bucales a los adultos mayores portadores de prótesis removibles.

6.4.2. Específicos.

Incentivar a los adultos mayores acerca del correcto uso y conservación de las prótesis bucales.

⁶² CSSA. Antecedentes. [En línea]. Consultado [22, marzo, 2014]. Disponible en: http://www.d4santaanamsp.gob.ec/appweb/?page_id=90

Realizar afiches pancartas en el centro de salud, que ayuden a informar sobre el correcto uso y conservación de las prótesis bucales.

6.5. Descripción de la propuesta.

La presente propuesta, de tipo social y de orden educativo, dirigido a los adultos mayores que acuden al centro de salud Santa. Con el objetivo de evitar lesiones orales por uso y conservación incorrecta de las prótesis removibles.

Los adultos mayores estudiados mostraron una alta incidencia de manifestaciones bucales relacionadas mayormente con la mala utilización y conservación de las prótesis removibles. Este patrón de manifestaciones bucales hace que surja la necesidad de prevenir y capacitar a los adultos mayores en el uso y conservación de sus prótesis y así mejorar su salud oral.

6.6. Beneficiarios.

Los Beneficiarios son:

Directos: Adultos mayores que acuden al centro de salud del cantón Santa Ana.

6.7. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se debe de contar con la colaboración de la directora del centro de salud del cantón Santa Ana, con los odontólogos de cada una de las unidades odontológicas. Para que de forma organizada se brinde los correctivos posturales de trabajo y se realice un programa de correcto uso y conservación de las prótesis removibles.

6.8. Presupuesto de la propuesta.

Cuadro N 22.
Presupuesto de la propuesta.

Acciones.	Recursos.	Cuantía.	V. unitario.	V. total.	Inversión.
Diseño de trípticos.	Ingeniero gráfico.	1	\$ 10	\$ 10	Autora.
Elaboración de trípticos.	Copias a color.	150	\$ 0,50	\$ 75	Autora.
Viáticos.	Movilización.			\$ 75	Autora.
Subtotal.				\$ 160	Autora.
Imprevisto.			10 %	\$ 16	Autora.
Total.				\$ 176	Autora.

Nota: presupuesto de la propuesta.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 66.

6.9. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible por que los resultados que ofrece la investigación realizada indica la urgencia de prevenir y capacitar sobre las manifestaciones bucales que presentan los adultos mayores. Es sostenible en el tiempo, además de que es ideal en la parte económica como para la salud de la población adulta mayor que acude al centro de salud del cantón Santa Ana. La propuesta es sustentable pues utilizando los recursos adecuados no es nocivo para el medio ambiente, ni compromete el entorno, por el contrario, mejora la calidad de vida de la población adulto mayor y se impacta positivamente en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1-Álvarez C., H., y Fassina, N. A (2007). *Prótesis Total Removible Fundamentos Técnica y Clínica en Rehabilitación Bucal*. República de Argentina: Hacheace.
- 2-Ángeles M., F., y Navarro, B. E (2005). *Prótesis Bucal Removible Procedimientos Clínicos y diseño*. Estados Unidos Mexicanos: Trillas.
- 3-Bocage, M. (2009). *Prótesis Parcial Removible Clínica y Laboratorio*. República Oriental del Uruguay: Fever.
- 4-Bascones, A. (2009). *Medicina Bucal*. Madrid, Reino de España: Ariel.
- 5-Fitzpatrick, T. (2009). *Dermatología en Medicina General*. República de Argentina: Panamericana.
- 6-Kaiser, F. (2010). *PPR en el Laboratorio*. República Federativa del Brasil: MAIO.
- 7-Mallat, E. (2004). *Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras*. Reino de España: Elsevier.
- 8-Misch, C. (2006). *Prótesis Dental sobre Implantes*. Reino de España: Elsevier.
- 9-Morales, F. (2007). *Temas Prácticos en Geriatría y Gerontología*. República de Costa Rica: Euned.
- 10-Palma, A. (2007). *Técnica de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. Reino de España: Paraninfo.
- 11-Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las Personas Mayores*. República de Argentina: Ebook.

12-Santana, J. C. (2010). *Atlas de Patología del Complejo bucal*. La Habana, República de Cuba: Ciencias médicas.

13-Sapp, P. (2005). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Reino de España: Elsevier.

14-Tenorio, C. (2011). *Hablemos entre Dientes*. República del Perú: Milatem.

Sitios web consultados.

15-Almeida, O. (2007). *Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:
http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552007000200010&script=sci_arttext

16-Alpizar, B. (2010). *Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n1/v8n1a1052.pdf>

17-Ardila, C. (2010). *Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v22n2/original2.pdf>

18-Arellano, L. (2012). *Condiciones bucales en adultos mayores portadores de dentaduras totales*. Mérida. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:
<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/3973/3807>

- 19-Cardentey, J. (2011). *Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>
- 20-CSSA. Antecedentes. [En línea]. Consultado [22, marzo, 2014]. Disponible en: http://www.d4santaanamsp.gob.ec/appweb/?page_id=90
- 21-Dueñas D. (2009). *Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200002&script=sci_arttext
- 22-García, B. (2012). *Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99/1249>
- 23-Giraldo, R. (2009). *Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2231/1801>
- 24-Gonzáles, R. (2010). *Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en
- 25-González, I. (2008). *La candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n6/amc03608.pdf>

26-González, L. (2014). *Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/296/307#>

27-González, R. (2013). *Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos*. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2013]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072013000300006&script=sci_arttext

28-González, S. (2013). *Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol19_2_13/hab09213.html

29-Gutierrez, B. (2014). *Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos en prótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014].

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561->

[31942014000200008&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942014000200008&script=sci_arttext)

30-Gutiérrez, M. (2013). *Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

31-INEC. (2009). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [19, enero, 2014]. Disponible en:

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf

32-INEC. (2010). Instituto nacional de estadísticas y censo. Quito, República del Ecuador. [En línea]. Consultado [17, enero, 2014]. Disponible en:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

33-Isla, C. (2012). *Consejería sobre salud bucal y cuidados de prótesis dental removible en adultos portadores*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014].

Disponible en:

<http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/HUELLAS/article/viewFile/2948/2803>

34-Lemus, L. (2009). *Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

35-Ley, L. (2010). *Comportamiento de la estomatitis subprótesis*. [En línea].

Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

36-Local, A. (2009). *Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672>

37-Lucas, L. (2010). *Estética en prótesis removibles*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200011

38-Martell, Y. (2007). *Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

- 39-Martínez, A. (2008). *La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original2.pdf>
- 40-Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador. (2007). [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2013]. Disponible en: http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf
- 41-Ministerio, S. (2010). *Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 Años*. República de Chile: MINSAL.
- 42-Moreno, J. (2012). *Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/10400/12194>
- 43-Nápoles I. (2009). *Prevalencia de la estomatitis subprótesis*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552009000100003&script=sci_arttext
- 44-Pérez, L. (2010). *Tumores benignos de la mucosa oral*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n1/original1.pdf>
- 45-Rivera, P. (2014). *Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2013]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/85/70>

- 46-Rodríguez, B. (2013). *Lesiones bucales y factores de riesgo presentes en adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1253/294>
- 47-Rodríguez, H. (2013). *Urgencias estomatológicas en adultos mayores*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000300006
- 48-Sánchez, A. (2013). *La prótesis parcial removible en la práctica odontológica de caracas, Venezuela en el periodo febrero-marzo de 2006*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/4403/4215
- 49-Sánchez, M. (2013). *Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext
- 50-Silva, A. (2012). *Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez"*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942012000500004&script=sci_arttext
- 51-Torres, M. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [05, enero, 2014]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4124>

52-Ucar, A. (2013). *Acción de agentes químicos en la eliminación de *Candida albicans* sobre prótesis dentales*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014].

Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/4292/4106

53-Vélez, V. (2012). *Comparación Biomecánica entre los diversos tipos de prótesis parcial removibles*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible

en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/910/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-51.pdf>

54-Vilchez, E. (2014). *Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/5371/4605>

55-Yepez, J. (2011). *Clínica de patologías óseas bucales*. [En línea]. Consultado: [07, febrero, 2014]. Disponible en:

<http://150.185.138.216/index.php/actabioclinica/article/view/3472/3362>

Anexos.

Anexo n° 1.

Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Manifestaciones Bucales de los adultos mayores portadores de Prótesis Removibles, periodo 2013-2014 La egresada Cedeño Moreira Samara Isabel, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con la egresada.

Estoy de acuerdo con que mis datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades odontológicas. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Samara Isabel Cedeño Moreira.

Egresada de la carrera de odontología.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del testigo.

Anexo n° 2.

Registro de datos 1.

Datos generales:

Apellidos _____ Nombres _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Edad _____ Fecha ___/___/___ Sexo: F. M.

- Presencia de lesión:

Cuadro N 23.

Lesiones de la mucosa bucal	Si	No		Si	No
Estomatitis subprotésica.			Candidiasis.		
Épulis fisurado.			Queilitis comisural.		
Fibroma.			Queratosis friccional.		
Leucoplasia.			Exostosis ósea.		

Nota: Ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 79.

- Presencia de defectos:

Cuadro N 24.

Estado de conservación	Si	No	Prótesis desajustada	Si	No
Fracturas.			Retención.		
Desgaste.			Soporte.		
Pigmentación.			Estabilidad.		
Mala higiene.			Mal oclusión.		

Nota: Ficha de observación.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 79.

- Tiempo de uso:

Hasta 6 meses.

De 6 meses a 11 meses.

De 1 a 5 años.

Más de 5 año.

Registro de datos 2.

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE				APELLIDO				SEXO		NUMERO DE HOJA			
										M	F				
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO										DESCRIBIR LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO					
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS								
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A T M	12. GANGLIOS												
6 ODONTOGRAMA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA															
Caries	O	Restaurac.	/	Retos radic.	F	Corona	C	Prótesis remov.	U	Prótesis total	□				
Sellante *		Estracción	X	Ausente	A	Trat. endodon.	I	Prótesis fija.	0-0						
Usar color ROJO para Patologia actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados															

Gráfico N°. 21. Historia clínica.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 80.

Anexo n° 3.

Presupuesto.

Cuadro 23.

Presupuesto.

Nombre de rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Precio unitario.	Precio total.
Fotocopias.	800	hojas	\$ 0,02	\$ 16,00
Papel.	2	resma	\$ 5,00	\$ 10,00
Tinta Negra y de color.	2	cartuchos	\$ 30,00	\$ 60,00
Caja de mascarillas.	1	caja	\$ 3,50	\$ 3,50
Caja de guantes.	2	caja	\$ 9,00	\$ 18,00
Exploradores Bucales.	15	unidad	\$ 1,25	\$ 18,75
Espejos Bucales.	15	unidad	\$ 1,25	\$ 18,75
Movilizacion.			\$ 70,00	\$ 70,00
Anillados.	3	unidad	\$ 1,50	\$ 4,50
Subtotal.				\$ 219,50
Imprevistos.				\$ 21,95
TOTAL.				\$ 241,45

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexos, p. 81.

Anexo n° 4.

Cronograma

ACTIVIDAD.	HORAS.	FECHA.
Taller de titulación.	120 horas.	10 de Junio – 16 de Septiembre de 2013.
Trabajo con los especialistas del área de competencia del proyecto.	80 horas.	25 de Octubre de 2013. (30 días)
Entrega de proyectos.	-----	05 – 20 de Diciembre de 2013.
Revisión de proyectos por lectores.	2 horas.	02 – 10 de Enero de 2014. (15 días)
Sustentación de proyecto.	1 hora.	13 – 14 de Enero de 2014.
Correcciones.	10 horas.	14 de Enero – 28 de Febrero de 2014. (30 días)
Discrepancia miembros dirime director carrera. (Aprobación)	-----	03 – 05 Marzo de 2014. (72 horas)
Entrega proyecto final.	-----	05 – 06 de Marzo del 2014.
Oficios aprobación proyectos.	-----	24 – 25 – 26 de Febrero de 2014.
Designación tutor.	-----	(1 día) 06 – 07 de Marzo de 2014.
Acompañamiento al desarrollo de tesis.	50 horas. (10 horas semanales, 2 presenciales y 8 autónomas)	Lunes, 10 de Marzo – viernes, 06 de Junio de 2014.
Entrega de borradores de tesis.	-----	Lunes, 09 de Junio de 2014.
Designación de lectores.	-----	Miércoles, 11 de Junio de 2014.
Entrega de oficios y tesis a los lectores.	-----	Viernes, 13 de Junio de 2014.
Revisión de tesis por parte de lectores.	2 horas.	Lunes, 16 de Junio – viernes 18 de Julio de 2014.
Predefensa de tesis.	1 hora.	Martes, 22 de Julio – viernes 01 de Agosto de 2014.
Entrega de borradores de tesis corregidas.	-----	Miércoles, 23 de Julio – miércoles 06 de Agosto de 2014.
Revisión gramatical y control antiplagio.	10 horas.	Lunes, 11 de Agosto – viernes, 22 de Agosto de 2014.
Entrega de carpetas con documentación.	-----	Lunes, 18 de Agosto – viernes, 22 de Agosto de 2014.
Sustentación de tesis.	1 hora.	Lunes, 25 de Agosto – viernes, 25 de Septiembre de 2014.
Incorporación.	-----	Sábado, 13 de Septiembre de 2014.

Autora: Samara Isabel Cedeño Moreira autora de esta tesis.



Gráfico N°. 22. Inspección de la cavidad bucal.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 82.



Gráfico N°. 23. Inspección de la ulcera en labio superior.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 82.



Gráfico N°. 24. Inspección estomatitis en el paladar.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 83.



Gráfico N°. 25. Inspección de fibroma en la encía.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 83.



Gráfico N°. 26. Inspección de los tejidos de la boca.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 84.