



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS
PROTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE
PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO” LIMA-
2018**

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

Presentado por:

Bachiller: SAUCEDO VENTURA, IRIS VANESA

**LIMA – PERÚ
2019**

Dedicatoria

Dedico primeramente a Dios, por haberme concedido la vida y por poder llegar hasta este momento importante de mi formación profesional.

A mis padres a pesar de la distancia física que nos separa, siento que están conmigo siempre.

A mis hermanas, que, aunque parezca que estuviéramos en una batalla, siempre son mi orgullo y mejor ejemplo a seguir luchando cada día por mis sueños. Gracias por todos los bonitos momentos que pasamos cuando estamos juntas.

Agradecimiento

Gracias a mis padres por ser la fuerza y el principal motivo de mis sueños, porque cada día confiaron en mí y conviven el día a día mis sueños. A mi madre, que siempre ha estado a mi lado en todos los momentos de mi vida y me ha enseñado a apreciar lo verdaderamente importante de la vida, por cada consejo y cada palabra que logra impulsarme siempre.

Agradezco a Dios por la vida de mis padres, y porque cada día bendice y llena nuestras vidas de oportunidades.

Asesor de tesis

CD. ESP.MG. ARMANDO DEL CASTILLO AYQUIPA.

Jurado

1. CD. Mg. Esp. Jorge Alberto Girano Castaño.
2. CD. Mg.Esp. Sara Angelica Morante Maturana.
3. CD. Mg. Esp. Gomes Carrion Christian Esteban.

INDICE

Dedicatoria (Opcional).....	2
Asesor de tesis.....	4
Jurado	5
INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	7
RESUMEN / SUMMARY	8
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	13
1.2. Justificación.....	13
1.4 Objetivo	14
1.4.1 General	14
1.4.2 Específicos.....	14
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base teórica	19
2.3. Terminología básica.....	38
2.4. Hipótesis	38
2.5. Variables	39
3. CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO.....	42
3.1. Tipo y nivel de investigación	43
3.2. Población y muestra.....	44
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	46
3.5. Aspectos éticos	46
4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión	51
5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
5.1. Conclusiones.....	55
5.2. Recomendaciones	56
REFERENCIAS.....	57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1	Flujo de saliva.....	61
Gráfico 1	Flujo de saliva.....	61
Tabla 2	Estado de conservación de la prótesis dental total removible.....	62
Gráfico 2	Estado de conservación de la prótesis dental total removible.....	62
Tabla 3	Relación flujo salival - Estado de conservación de la prótesis dental total removible	63
Gráfico 3	Relación flujo salival - Estado de conservación de la prótesis dental total removible.....	63
Tabla 4	Correlación de Pearson.....	64

RESUMEN / SUMMARY

RESUMEN

La presente investigación es de tipo correlacional, prospectiva. El diseño es observacional, dado que se observó los fenómenos sin manipular la variable en estudio. Asimismo, es transeccional, ya que los datos se recolectaron en un solo momento. La población objetivo de la presente investigación estuvo constituida por 100 adultos mayores residentes en el Asilo Canevaro. La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta y el instrumento que se utilizó en la presente investigación fue el cuestionario, el cual estuvo constituido por un conjunto de ítems orientado a recabar información importante para el cumplimiento de los objetivos. Como resultados se obtuvo que el flujo salival presenta los siguientes resultados: El 39.0% de pacientes presenta 0.3 a 0.5 ml/min; el 32.0% presenta aumentado a > 0.5 ml/min y el 29.0% presenta disminuido a < 0.3 ml/min. En relación al estado de conservación de la prótesis dental removible, se muestra que el 79.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible regularmente conservada, el 11.0% tiene la prótesis buena y el 10.0% tiene la prótesis mal conservada. Por otra parte, aplicando la correlación de Rho Spearman se obtuvo un coeficiente de 0.055 con un nivel de significancia de 0.586 ($p > 0.05$). El estudio concluyó que la cantidad de flujo salival no tiene relación con estado de conservación de la prótesis dental total removible.

SUMMARY

The present investigation is of correlational, prospective type. The design is observational, given that the phenomena were observed without manipulating the variable under study. Also, it is transectional, since the data was collected in a single moment. The target population of the present investigation was constituted by 100 elderly people living in the Canevaro Asylum. The data collection technique used was the survey and the instrument used in the present investigation was the questionnaire, which consisted of a set of items oriented to gather important information for the fulfillment of the objectives. As results, it was obtained that the salivary flow presents the following results: 39.0% of patients present 0.3 to 0.5 ml / min; 32.0% presented increased to > 0.5 ml / min and 29.0% presented decreased to <0.3 ml / min. In relation to the state of preservation of the removable dental prosthesis, it is shown that 79.0% of patients have the total removable dental prosthesis regularly preserved, 11.0% have a good prosthesis and 10.0% have a poorly preserved prosthesis. On the other hand, applying the Rho Spearman correlation, a coefficient of 0.055 was obtained with a significance level of 0.586 ($p > 0.05$). The study concluded that the amount of salivary flow is not related to the state of preservation of the total removable denture.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La saliva es fundamental en la cavidad oral para mantener un buen funcionamiento de todas las estructuras, protege el tracto digestivo, orofaringe y los fenómenos sensoriales según estudios nos indican que la calidad y la cantidad de saliva puede verse afectada por radiaciones de cabeza y cuello, quimioterapias citotóxicas, medicamentos, patologías, síndrome de sjögren, enfermedades sistémicas y el envejecimiento donde se produce atrofia de las glándulas salivales mayores y menores y por lo tanto se da la disminución de secreción salival (10).

Según San Martin C. et al (2002); se debe tener presente antes del tratamiento, los cambios producidos a nivel de los tejidos de revestimiento, a nivel del flujo salival, a nivel dentarios y periodonto, como también a nivel articular y funcional, especialmente en pacientes en la etapa de pre y post menopaúsicas. Consultar con un especialista sobre el estado sistémico del paciente y de esa manera hacer un buen diagnóstico y un plan de tratamiento que brinde confort para el paciente (10).

Según Zuluaga M. (2014); nos dice que algunos estudios han demostrado que la cantidad de saliva disminuye la adhesión de los microorganismos, ya que la saliva posee moléculas de defensa como la lisozima, lactoferrina, calprotectina y principalmente IgA la cual hace que disminuya la adherencia de Cándida en la superficie oral (32).

Una relación directa con la salud oral tiene la falta de dientes y de prótesis dental debido a que ya no hay una función masticatoria de los alimentos produciéndose

trastornos nutricionales. Además, afecta la autorrealización con la sociedad, baja autoestima, dolor, pudor, incomodidad durante la socialización. Otras causas comunes como, el uso de fármacos, costo elevado en la atención de la salud, educación, la clase social son los factores que más comprometen al bienestar del adulto mayor (32).

Las prótesis totales son un objeto de uso cotidiano de los pacientes adultos mayores. La deficiencia de higiene en su vida previa acompañado a pésimas condiciones del cuidado dental hace que el edentulismo sea regla de uso de prótesis totales. Frecuentemente los pacientes no reciben un asesoramiento completo sobre el mantenimiento de sus prótesis por parte del odontólogo tratante para higienizarlas, en otros casos quizás por una mala técnica de higiene, por desconocimiento. En este contexto abocado a la prótesis total, debemos insistir que las cuiden, con el mecanismo correcto para la realización de una correcta higiene acompañado de una solución detergente. Pues la placa bacteriana también asienta en las prótesis provocando estomatitis protésica (21).

Según Zulugan M. (2014); nos dice que la limpieza inapropiada de los aparatos protésicos, desarrollan rápidamente el biofilm adherente y la acumulación de placa, contienen bacterias y levaduras que también colonizan en la mucosa oral. Al encontrar dichas bacterias un medio ambiente que les favorece para su proliferación, conlleva a muchas patologías en la cavidad oral y el mal estado de las prótesis dentales (32).

El concepto de calidad de vida es un término utilizado para evaluar el bienestar general del adulto mayor. Es decir, es el comportamiento saludable que tuvo el paciente en las primeras etapas de su vida la cual posteriormente se verá reflejada en la tercera edad. Los diferentes cambios de envejecimiento también se reflejan a nivel del tejido oral, al igual que los cambios secundarios, o los factores extrínsecos como la pérdida de dientes dada por las enfermedades periodontales y caries (21).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál será la Relación del Estado de Conservación de las Prótesis Totales y Cantidad del Flujo Salival de Pacientes Adultos mayores en el Asilo Canevaro? Lima-2018.

1.2. Justificación

A nivel clínico, la presente investigación permitirá identificar y describir con más detalles la cantidad adecuada o no del flujo salival, así como el estado de conservación de las prótesis totales del adulto mayor.

Igualmente, permitirá conocer la información actualizada que servirá de base para realizar otros estudios más amplios sobre la salud oral en este grupo poblacional y otros alberges, como también en otras instituciones de adultos mayores en el Perú.

El presente trabajo de investigación permite establecer la relación existente entre el estado de conservación de la prótesis total removible y cantidad de flujo salival, que nos permitirá conocer y gestionar programas informativos de la salud bucal, como

también instruir sobre el mantenimiento y conservación de las dentaduras artificiales aportando medidas de prevención que mejoren la salud bucal del adulto mayor, de esta forma a elevar la calidad de vida de los pacientes, dado al elevado número de pacientes portadores de prótesis totales se ha observado el mal estado de las prótesis y a las expectativas de los pacientes.

1.4 Objetivo

1.4.1 General

Relacionar el estado de conservación de las prótesis totales y cantidad del flujo salival de pacientes adultos mayores en el Asilo Canevaro Lima-2018.

1.4.2 Específicos

- Establecer el estado de conservación de las prótesis totales del adulto mayor en el Asilo Canevaro Lima-2018.

-Establecer la cantidad del flujo salival de pacientes adultos mayores en el Asilo Canevaro Lima-2018.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Moya P et al (2012). Santiago de Chile; el objetivo del estudio fue conocer el estado de salud oral y calidad de vida del adulto mayor, que asistieron al centro de salud. El estudio es descriptivo y transversal con la muestra probabilística de 380 adultos mayores. En el cual se evaluó caries dental, el estado periodontal al mismo tiempo la situación protésica. El (GOHAI) permitió medir la calidad de vida. En el cual se estableció dos categorías: la mala y buena calidad de vida de los adultos mayores.

Los resultados fueron: el 44% tenía entre 1 a 4 piezas dentarias con caries dentaria. El 20% presentó sacos periodontales, el 43% presentó higiene bucal regular, el 76,6% percibió mala su calidad de vida (1).

La conclusión esta población de adultos mayores son un grupo de personas de especial interés para la salud pública, puesto que una mala o buena percepción en su vida está reflejada en su salud oral.

Rodríguez M et al (2012). Yucatán-México; el objetivo fue determinar la prevalencia de lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis removibles de acrílico, con un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se examinó a 62 pacientes seleccionados que eran portadores de prótesis removibles. En los resultados se encontraron lesiones bucales más frecuentes como la estomatitis subprotésica con el 32.3%. La prevalencia de la hiperplasia fibrosa fue de 14.5%, la queilitis angular fue de 12.99%, la eritroplasia fue de 9.7% y la leucoplasia tuvo 4.8%. El 25.8% de la población no presentó lesiones en la mucosa bucal. Se determinó estadísticamente que la presencia de las lesiones bucales y la higiene protésica

tienen relación, como también el uso de prótesis relacionada a la aparición de lesiones bucales (3).

En conclusión, se determinó que la población que uso prótesis presentaba lesiones ocasionadas por las prótesis dentales. Y también tiene un rol muy importante la instrucción del profesional en evaluar periódicamente las prótesis y la cavidad oral del paciente.

Bernal c at al (2012). Lima-Perú; el objetivo fue determinar la relación entre el estado de conservación de las prótesis y la presencia de lesiones en la mucosa de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. En dicho estudio se evaluaron 50 pacientes adultos, que eran

portadores de prótesis parcial removible. Se realizó la recolección de la ficha de datos en el cual se verificaron la estabilidad y la retención de la prótesis, la integridad de la prótesis para poder determinar el estado de conservación de dicho aparato protésico.

En los resultados de la investigación fue que el estado de conservación de las prótesis removibles es buena 34%, regular 36% y malo 30% donde también se dio a conocer que el 34% fue de pacientes con estomatitis subprotésica (4).

En la conclusión nos indica que no se pudo establecer una relación directa entre el estado de conservación de las prótesis removibles con la presencia de lesiones mucosas.

Del Pilar C. et al (2010). Lima-Perú; el objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en la mucosa oral de pacientes portadores de prótesis removibles. El estudio es de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. En el cual se evaluó 50 pacientes adultos con la ficha de recolección de datos, donde se verifico: retención y estabilidad de las prótesis removibles, la integridad. Y determinar el estado de conservación.

En el resultado del estudio se encontró que el estado de conservación fue buena el 34%, regular el 36% y mala el 30%. Donde el 34% fue de pacientes que presentaban estomatitis subprotésica (9).

En conclusión, no se pudo determinar una relación concreta del estado de conservación y la presencia de lesiones, porque la mayoría de los pacientes analizados no presentaron lesiones. La única lesión encontrada fue la estomatitis subprotésica.

Barroeta A y Flores E. (2012). República Bolivariana de Venezuela; el objetivo determinar los factores que afectan el uso de las prótesis removibles en adultos mayores. En un estudio descriptivo, transversal, prospectivo. El estudio se realizó en 30 pacientes adultos mayores de 55 años de edad. Para la recolección de información se usó una encuesta.

El resultado del estudio se encontró que el factor psicológico influye directamente en el uso de prótesis, también la experiencia previa, la salud bucal actual del paciente a rehabilitar, la estética y función adecuada de sus prótesis removibles (12).

En la conclusión de este estudio fue que el mayor porcentaje de la población afectada esta entre las edades de 55 a 65 años de edad.

2.2. Base teórica

SISTEMA ESTOMATOGMATICO DE ADULTOS MAYORES

El sistema estomatogmatico y los tejidos de la cavidad oral en general van junto con el proceso de envejecimiento y se observan los distintos cambios (18):

- Los primarios (propio de los tejidos orales).
- Los secundarios (sistémico).
- El cambio ocurre a nivel de los tejidos y las funciones de la cavidad buco-dental, el odontólogo debe tener la importancia debida en el tratamiento.

La piel es un tejido que con el envejecimiento disminuye su espesor y especialmente en las áreas planas, porque se produce deshidratación, disminución de la vascularización y la proporción de tejido adiposo que produce una baja de la elasticidad y resistencia (18). El tejido de la mucosa pierde su espesor debido al descenso de tejido graso como también la perdida de la elasticidad submucosa.

Es un tejido fácil de lacerar hay cambios fibrosos y atrofia a nivel glandular. El conjunto de glándulas sebáceas como sudoríparas; que como consecuencia, la piel se observa arrugada y laxa con cambios de coloración (18).

La cavidad bucal

Es donde da origen al aparato digestivo, teniendo como principal función la incorporación de los alimentos, digestión, absorción y eliminación de los desechos.

La cavidad bucal está compuesta por las seis paredes que contienen la lengua, órganos del sentido del gusto y a los dientes (18).

El flujo saliva cumple un papel muy importante en la integridad del tejido blando y duro de la cavidad bucal, como también en el procesamiento de los alimentos para la formación y deglución del bolo alimenticio y en el control de las infecciones bucales (19).

La cavidad bucal esta considera como el espejo de la salud o de las enfermedades, es el lugar donde se manifiesta la afección de otros órganos. Las enfermedades pueden ser progresivas o acumulativas, y van progresando con el tiempo (20).

Los efectos del envejecimiento también se pronuncian en la cavidad oral. Se ha encontrado estudios donde determinan que las enfermedades crónico- degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Estas enfermedades afectan directamente su satisfacción y calidad de vida del adulto mayor (19).

Algunos cambios de la cavidad oral pueden ser naturales y otros a consecuencia de las enfermedades, como la periodontitis o la xerostomía o en muchos casos relacionada con el consumo de fármacos, otros factores causales es el efecto sociocultural y económico son los que determinan el aumento de exodoncias, curaciones y la perdida dentaria. Causando modificaciones en la cavidad oral del paciente, tienen dos orígenes (20):

- El envejecimiento

- Consecuencias fisiológicas, cambios bioquímicos, funcionales y estructurales.

Cambios más caracterizados del envejecimiento son (20):

1. Modificación de la mucosa oral (atrofia).
2. Descenso de secreción salival (atrofia de glándulas).
3. Escasa adherencia en los tejidos gingivales (tamaño, forma).
4. Cambios degenerativos a nivel articular y muscular.
5. Pérdida de la dimensión vertical, prognatismo, macroglosia, labios hendididos, retracción mandibular.

Glándulas salivales:

Las glándulas salivales son exocrinas en el sistema digestivo que su función es segregar saliva en la cavidad bucal, se dividen en (23):

1. Principales o mayores
2. Accesorias o secundarias.

La función principal de las glándulas salivales es segregar saliva y mantener húmeda la mucosa oral para evitar posibles daños (23).

El envejecimiento atrofia el tejido acinar y también provoca la proliferación de productos ductales (23).

Existe un descenso en la segregación de saliva relacionado con la edad y alteraciones en la proteína antimicrobiana presentes (23).

Embriología:

El conjunto de glándulas salivales se forma como un discreto engrosamiento del epitelio del estomodeo, y su origen se inicia en ectodermo. Las mayores o primarias

se desarrollan por invaginaciones del epitelio bucal dentro del mesénquima subyacente, que el brote prolifera formando una masa cilíndrica que se desarrolla alojada en la cavidad oral entre la sexta y séptima semana de vida intrauterina. Las células se desarrollan, los segmentos distales se dividen y ramifican dando lugar a los conductos y acinos, el epitelio secretor está formado por las células las células exteriores y los centrales se degeneran y se forma los conductos (26).

El primordio de la glándula parótida se reconoce en la sexta semanas, crece hacia fuera en la mejilla cruzando la cara externa del musculo masetero en contacto con el conducto auditivo externo (26).

El nervio facial queda rodeado por la glándula. Los acinos parotídeos solo contienen serosas.

El primordio de la glándula submandibulares nacen en la sexta semana de vida extrauterina a nivel del piso de boca cerca de la línea media (26).

Histología:

Las glándulas salivares son un conjunto de lóbulos poligonales divididos por tejido areolar y su estructura de estromas como los (vasos sanguíneos y linfáticos, tejido celular, nervios y tejido conectivo y fibroso) (27).

La glándula parótida o también llamada mayor muestra una cubierta aponeurótica, e adjunta acinos serosos integrados por células piramidales con conductos intercalados y estriados (27).

El núcleo de los acinos se sitúa en la base y muestra basofilia citoplasmática intracelular y sus gránulos son de secreción apical (27).

La glándula submandibular es una glándula túbulo alveolar, o alveolar compuesta por acinos serosos y mucosos, son mixtos y contienen menor cantidad de gránulos de secreción en su zona proximal sus conductos estriados son más largos que los de la parótida, no presentan capsula precisa, pero si tabique y poco visibles (27).

Las terminaciones nerviosas motoras de cada una de las glándulas salivares provienen del sistema nervioso simpático y parasimpático que el proveniente del tallo cerebral y es el encargado de dar inervación a los acinos secretores y vasos sanguíneos de las glándulas salivales que segrega saliva más líquida y en un volumen significativo., y la inervación simpática es proveniente del ganglio cervical y es la encargada de la secreción salival mucosa espesa (28).

Anatomía

Glándulas mayores drenan a través de sus conductos excretores:

1. Parótida: En el conducto de Stenon o Stensen
2. Submandibular: En el conducto de Warton
3. Sublingual: En el conducto de Rivinus o Bertolini
4. Las glándulas salivales accesorias o menores se ubican en (labios, mucosa del carrillo, paladar, velo del paladar, lengua, faringe, amígdalas y tejidos anexos, epiglotis). Aproximadamente son 400 a 500 (22).

Distribución anatómica de las glándulas salivales principales o mayores:

1. Parótida: secreción serosa
2. Sublingual: secreción mucosa
3. Submandibulares: secreción mucoserosa o mixta
4. Glándulas salivales accesorias: secreción mucosa

Saliva

Es la secreción de las glándulas. El fluido orgánico complejo proveniente de los capilares sanguíneos, ingresa por los ductos salivares, que seguidamente pasa a ser un líquido isotónico a un hipotónico donde su densidad es de 1,005 gr/ml que está compuesta el 98% de agua, 2% compuesto por electrolitos y enzimas como la amilasa, lisozimas y la lipasa lingual (25).

La cantidad de saliva que produce diariamente es de 1000ml a 1500ml, aproximadamente, siempre y cuando sean en condiciones normales. La saliva recubre los tejidos blandos y duros en la cavidad oral con un espesor de 0.1mm en diferentes regiones de la boca (27).

Composición de la saliva:

El 99% de la saliva es agua y el 1% de sólidos disueltos, que pueden ser:

- a) Los componentes orgánicos proteico: están los carbohidratos, proteína, lípidos aminoácidos, inmunoglobulinas (27).

- b) Los no proteicos: nitrógeno, oxígeno, dióxido de carbono y gases disueltos (27).
- c) Los componentes inorgánicos o electrolitos están los iones de calcio unido a proteínas, ionizado (27).

Funciones de la saliva:

- Función digestiva: facilita a la formación del bolo alimenticio, humedece, adhiere que da forma a una masa semisólida fácil de ser tragada (22).
- Función protectora: lubrica, es bactericida o bacteriostático (22).
- Actúa en la formación de la película adquirida, protege contra la agresión ácida (difusión de los iones ácidos) (22).
- Tiene la capacidad amortiguadora o buffer: Controla el descenso del pH salival en la boca (22).

DENTAL	REMINERALIZACION	PROTEINAS RICAS EN PROLINA, ESTATERINA,FOSFATO.
	INHIBICION	MUCINAS
	LUBRICACION	PROTEINAS RICAS EN PROLINA, MUCINAS.
	TAMPONANTE	BICARBONATO, FOSFATO, MUCINAS.
ALIMENTICIA	DIGESTION	LIPASA, AMILASA, PROTEASA.
	GUSTO	ZINC.
	BOLO	MUCINAS.
ANTIMICROBIANA	ANTIVIRAL	MUCINAS, INMUNOGLOBINAS, CISTATINAS.
	ANTIFUNGICA	INMUNOGLOBULINAS,MUCINAS,CISTATINAS.
	ANTIBACTERIANA	MUCINAS, HISTALINAS, CISTATINAS, LACTOFERRINA, AGLUTININA, LIZOCIMA, LACTOPEROXIDASA.

Tabla 1: FUNCIONES Y COMPONENTES DE LA SALIVA (25).

pH salival:

Es la expresión logarítmica de concentración de iones de hidrogeno que se encuentran en el fluido salival.

El nivel del pH no estimulado es neutro con un valor de 7.0 el cual desciende si se consume alimentos o bebidas que contengan carbohidratos (22).

El nivel del pH estimulado es de 7.2 a 7.6 el cual se dice que está relacionado con el efecto de estimulación, sexo, edad, clase de alimentos, velocidad de secreción, bebidas y sobre todo estado de salud (22).

El pH amortiguador es la no estimulada y está valorada en 7.0 por la disposición de bicarbonato y fosfato al igual que sodio y potasio, y transformándose más acida durante el sueño (22).

Durante el tiempo que se ingiere las comidas el pH asciende porque el ritmo de flujo aumenta, posteriormente a las comidas el pH disminuye y regresa cual regresa en 1 o 2 horas. El pH aumenta con el tiempo (22).

PH crítico:

Es cuando la saliva no está saturada de iones de calcio y fosfato, que causa la desmineralización de la hidroxiapatita.

El pH de la placa bacteriana deja de estar saturado a valores de 5 o 6 con un promedio de 5.5 y varia con la concentración de iones de calcio y fosfato (23).

Flujo salival:

Es la cantidad del flujo saliva secretada por unidad de tiempo (27). La secreción no es igual a lo largo del día porque habrá diferencia entre la saliva no estimulada y la estimulada (25).

La saliva no estimulada, también conocida como basal o de reposo y es la que protege los tejidos bucales (27).

La secreción estimulada es liberada en la masticación o los sabores (27).

a) Los valores normales de la saliva no estimulada o de reposo es de 0.3 a 0.5ml/min, valores menores a 0.15ml/min es anormal (25).

b) Los Valores normales de la saliva estimulada es de 1 a 2ml/min. Si hay valores menores a 0.5ml/min se considera anormal (25).

El promedio de volumen de producción de saliva diaria es entre los 500 a 1000ml. La saliva no estimulada es de 65%, la glándula parótida el 20%, la sublingual 7-8%. El volumen de saliva de las glándulas menores es insignificante durante un flujo estimulado, este cambia cuando la parótida aporta el 50% (25).

Las glándulas submandibulares, sublinguales y glándulas menores segregan saliva rica en mucina con una pequeña porción de amilasa (25).

La saliva de la parótida es rica en amilasa (20%), prolina (60%) y fosfoproteínas (7%).

Alteraciones salivales:

El volumen de la secreción salival en la boca aproximadamente es de 1,1 ml. En personas sanas esto varía dependiendo de la edad actual del paciente, tamaño granular, estado de hidratación, peso corporal, también cumple un rol muy importante los factores ambientales y emocionales los cambios nutricionales y la deficiencia nutricional del individuo (27).

Hiposialia:

Establecida como la disminución o descenso de producción del flujo salival. Para determinar que hay disminución de secreción de flujo salival se evalúa mediante un test (22).

La disminución de segregación del flujo salival puede conllevar a diversas dificultades provocándole daño de las estructuras orales y dejando susceptible ante las enfermedades (22).

La xerostomía:

Es de etiología multifactorial, causada por diversos factores entre ellos las enfermedades sistémicas (22).

La xerostomía se presenta por diversas de causa, las cuales pueden ser transitorios o permanentes y el daño puede llegar a ser reversible o irreversible, las cuales pueden ser:

- Ingesta de fármacos xerostomizantes.
- La radioterapia
- La quimioterapia
- Síndrome de sjögren.

Los fármacos que causan xerostomizantes son:

- Los antidepresivos tricíclicos
- Los antihistamínicos

- Los antihipertensivos
- Los descongestionantes
- Los broncodilatadores
- Los diuréticos
- Las anfetaminas
- El omeprazol
- El calcio
- Fármacos para el VIH

También puede provocar xerostomía:

- El estrés
- La ansiedad
- La depresión
- La anorexia nerviosa
- El consumo excesivo de tabaco

Existen algunos tratamientos para xerostomía como: Estimuladores salivales (goma de masticar sin azúcar, caramelos de limón, agua con limón) o Sustitutos salivales (saliva artificial) (25).

Tipos de recolección de saliva:

- **Método del escurrimiento** (Draining method): Es dejar escurrir la saliva por el labio inferior hacia el tubo milimetrado que tiene un embudo (27).
- **Método del escupido** (Spitting Method): Es la acumulación de la saliva en el piso de boca y escupido dentro del tubo milimetrado por el lapso de 60 segundos (27).

- **Método de la succión (Suction Method):** se aspira de la boca hacia un tubo milimetrado (27).
- **Método absorbente (Swab or Absorbent Method):** se absorbe con rollos de algodón de los orificios de salida de la saliva (27).

El método más recomendado para recolección de saliva no estimulada es el método de Draining Method y el de Spitting Method son reproducibles y tienen significado estadístico (27).

PROTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE:

HISTORIA DE LA PROTESIS:

Se dice que desde las civilizaciones más antiguas se hallaron vestigios de uso de prótesis dentales, realizada por charlatanes, empíricos entre otros, de metales como el oro, también era como parte de adorno (28).

La literatura de la prótesis dental nos da a conocer que, el especialista reemplaza los dientes total o parcial mediante aparatos artificiales que pueden ser usados teniendo como reglas primordiales la comodidad, funcionabilidad y estética ser capaces de restablecer la función masticatoria, estética o fonética (28). Cumplir con la parte terapéutica de cada paciente.

Pierre Fauchard es el padre de la odontología, en el mentor de la prostodoncia dental y descubrió diversos métodos y reemplazar los dientes faltantes de las personas.

Llegando a remplazar los dientes ausentes con tallados bloques de marfil o hueso y que estas piezas artificiales serían tan utilizadas como los naturales. Uno de sus métodos empleados era colocando estos bloques y que cumplieran las mismas funciones de los dientes naturales los cuales eran atados o fijados con alambre de oro, también invento los aparatos dentales, fabricados en oro (30).

DEFINICIÓN:

La prótesis dental es un elemento hecho de diferentes tipos de materiales como puede ser de acrílico o metal nombre que se le otorga al aparato protésico al usarse en boca se deriva de la rama de prostodoncia de la odontología (31). Ayuda a recuperar la ausencia de uno o varios dientes, así como la relación que existe entre maxilares y su vez la dimensión vertical. son una alternativa a la perdida de dentadura, pero como el aparato sustituto. Es un objeto extraño que causa cambios y daños ya sea por inadecuado estilo de vida o envejecimiento a nivel de la mucosa, huesos de la cavidad oral, lesiones que pueden ir desde lo más leve a graves.

La boca por anatomía, localización y sus diversas funciones, que está expuesta a agentes físicos, químicos y orgánicos (29). El adecuado uso de este objeto debe permitirle al paciente confort y disfrute pleno de su apariencia física como también en la parte funcional y estética.

La confección idónea o adecuada de la prótesis es la encargada de proporcionar estabilidad como también retención para tener un equilibrio y fuerza debidamente proporcionada a nivel de los tejidos y aparato protésico y ambos deben tener

equilibrio fisiológico. La orientación para su higiene, uso, cuidado y mantenimiento de la prótesis. El escaso conocimiento de higiene protésica y los hábitos desencadena acumulo de placa en las paredes de las prótesis y por consiguiente el deterioro dela prótesis dental que a futuro puede llegar a provocar lesiones en la mucosa oral (29).

Cada tipo de aparato protésico tiene sus respectivas indicaciones de uso y la responsabilidad del paciente. La calidad técnica de cada prótesis removible acrílica debe cumplir con la función para la cual fue diseñada y designada. Cumplir con los requisitos universales basados en teoría, investigaciones de fuentes confiables. Los criterios que estos aparatos protésicos deben cumplir son: oclusión, estabilidad, adaptación de los retenedores, márgenes, alivios y algo muy importante como sus controles post operatorios (30).

Algunas investigaciones anuncian que a pesar de algunas imperfecciones técnicas los pacientes se encuentran conformes con sus prótesis y otros que no están conformes a pesar de la calidad técnica de dicha prótesis (29).

OBJETIVO DE LA PRÓTESIS:

FUNCIÓN:

El objetivo principal de las prótesis dentales es recuperar la funcionalidad de la cavidad bucal perdida, y siendo como principal objetivo lograr el confort en el paciente restableciendo artificialmente el sistema estomatogmatico perdido como son

la masticación (31). La fonética es un segundo factor en el proceso de su elaboración para un correcto diagnóstico estético y funcional.

La estética es fundamental en toda prótesis dental debe ofrecer al individuo seguridad, comodidad y confort, para que desarrollen su vida social con plena seguridad (30).

Función masticatoria: Este objetivo está relacionado casi directamente a las propiedades que posee una prótesis. Es decir, a la retención, estabilidad y soporte (31).

Función estética: La estética en el logro de una prótesis total, tiene por objetivo devolver la fisonomía natural del paciente (31).

La estética en la protodoncia removible ha logrado ofrecer naturalidad en cuanto al color, anatomía y la forma de los aparatos protésicos, algo a tener en cuenta muy importante la aceptación u oposición del paciente tratante a rehabilitar, donde se considera la percepción de lo estético en cada individuo es diferente (30).

Función fonética: la fonética es un factor de gran importancia para la buena aceptación de un aparato protésico, porque cualquier defecto en el diseño, puede dificultar la pronunciación del paciente. Aun cuando todo este correctamente ejecutado. La falta de familiaridad con la prótesis originará una torpeza generalizada al hablar, que el paciente deberá ir superando poco a poco hasta lograr una pronunciación normal (31).

Las alteraciones fonéticas del paciente edentulo son marcados durante los primeros periodos que seguidamente suelen ser compensados y modificados con los puntos fono articulatorios. La prótesis de forma inmediata, reduce estos trastornos (30).

Comodidad: la comodidad o confort de una prótesis total está dada por múltiples factores como la precisión del diseño del aparato, la calidad del producto terminado sobre todo por los criterios considerados durante los pasos de su confección. Por esto en líneas generales el confort de un paciente depende de la delimitación tridimensional correcta y el área de extensión utilizada por la prótesis para proporcionar un máximo de retención, estabilidad y soporte, con un mínimo de traumatismos e incomodidad a los tejidos adyacentes (31).

PROPIEDADES DE UNA PRÓTESIS:

Retención: La retención es la capacidad de la prótesis para resistirse a las fuerzas desplazantes en sentido oclusal o si se quiere de extrusión, en otras palabras, es la capacidad de conservar su lugar en el reborde alveolar que viene a ser, lo contrario del soporte o capacidad de resistir la fuerza de instrucción. Esta propiedad provee al paciente un confort psicológico y biológico (31).

Soporte: Es la capacidad de la prótesis para resistir las fuerzas de intrusión. La prótesis de los desdentados son siempre mucosoportados, aunque en última instancia es el hueso de cada maxilar el que soporta la presión (4).

Estabilidad: existen diversos conceptos sobre lo que es estabilidad y muchas discrepancias entre los autores (4).

Fijación:

Esta característica no depende del aparato protésico propiamente sino del terreno o estructura de soporte.

La fijación de la prótesis total está dada por la estabilidad que ofrece el reborde alveolar y la mucosa adherida al hueso, donde la cantidad de reborde alveolar remanente será un excelente soporte ya que es quien soporta las fuerzas oclusales (4).

HIGIENE PROTÉSICA:

Limpieza mecánica:

El 67% de la población que usa prótesis removible carece de deficiencia higiénica en sus prótesis. El cual es un benefactor en el crecimiento de hongos y bacterias (32).

La limpieza mecánica consta en eliminar la placa por medio del cepillado y que este sea adecuado para la prótesis o a través de un ultrasonido.

Se debe tener presente que las prótesis dentales no se deben lavar con pasta dentales. Porque las pastas dentales contienen sílice, bicarbonato de sodio que resultan ser muy abrasivos para el acrílico, lo cual aumenta el deterioro y el envejecimiento de dichas prótesis, la forma correcta de higienizar una prótesis es lavar con jabón, para romper las moléculas de grasa y suciedad (32).

Adicionalmente cepillarse la lengua y mucosa palatina con crema dental convencional para disminuir las colonias de hongos. La destreza manual de adultos

mayor disminuye por lo tanto debe ayudarse con un medio de tipo físico o químico (32).

La irradiación con microondas:

Un estudio demostró que someter la prótesis acrílica en el microondas a alta temperatura por el lapso de 8 minutos, que producirá esterilización de las superficies contaminadas con *C. albicans* (32).

Cepillado palatino:

Reduce la inflamación por acumulación de la placa en la mucosa oral y estimula la circulación sanguínea, así como el flujo salival (31).

Limpieza química:

Los desinfectantes químicos están clasificados de acuerdo a los cambios corrosivos que producen en la superficie de las prótesis. Entre los más usados encontramos el perborato de sodio es el agente que mayor rugosidad genera en la superficie de las prótesis dentales, otro agente es el digluconato de clorhexidina, hipoclorito de sodio y glutaraldehído (32).

-clorhexidina:

Es un agente antiséptico de amplio espectro con actividad antimicrobiana sobre *Candida albicans* y no *albicans*. Debe usarse por el tiempo aproximado de 5 minutos en gluconato de clorhexidina al 4%, al 2% y 0.12% (32).

-Perborato de sodio:

Su efecto de desinfectante es de 3,8% sobre las prótesis acrílicas (32).

-Hipoclorito de sodio:

Tiene propiedades antifúngicas y es el más eficaz en eliminación de placa en las prótesis dentales, pero puede provocar cambios de rugosidad de 0.195 a 0,26 micras (32).

2.3. Terminología básica

ESTOMATITIS: Inflamación de la mucosa bucal (15).

DESDENTADO: Que ha perdido los dientes (15).

REBORDE: Faja estrecha y saliente a lo largo del borde de algo (15).

ALVEOLO: Es la cavidad donde se encuentra engastado cada uno de los dientes en los maxilares de todos los vertebrados (15).

MUCOSA: membrana mucosa (15).

PROTESIS: Aparato, pieza que reemplaza y mejora las funciones para las cuales fueron determinadas, o para devolver los fines estéticos (15).

2.4. Hipótesis

La cantidad de flujo salival no tiene relación con el estado de conservación de la prótesis dental total.

2.5. Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Cantidad de flujo salival (v. de estudio)	Cualitativo nominal		Nivel de flujo salival	Intervalos	Disminuido a<0.3ml/min 0.3 a 0.5ml/min Aumentado >0.5ml/min
Estado de conservación de las prótesis totales. (v. de estudio)	Cualitativo nominal		INDICE PARA EVALUAR EL ESTADO DE CONSERVACION DE LAS PROTESIS	Nominal	Bueno Regular Malo

Definición operacional de términos

Cantidad de flujo salival:

La cantidad segregada por unidad de tiempo. usando el método Spitting Method (método del escupido) con el índice de salud oral geriátrico (GOHAI) (22).

- Disminuido a<0.3ml/min
- 0.3 a 0.5ml/min
- Aumentado >0.5ml/min

Estado de conservación de la prótesis total:

Evaluación del estado actual del aparato protésico, donde se valora los aspectos físicos y mecánicos, según la escala de Linquer, con el índice para evaluar el estado de conservación de las prótesis (4).

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

TOTAL= 8PUNTOS

ESCALA DE VALORACION DEL INDICE

ESTADO DE CONSERVACION DE LA PROTESIS

Bueno=6-8

Regular= 3-5

Malo= 0-2

. CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Según la intervención del Investigador:

OBSERVACIONAL: No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, el investigador se limita a describir e fenómeno sin controlar variables de estudio.

-Según la planificación de la toma de datos

PROSPECTIVO: cuando la variable desenlace está presente desde del inicio del estudio.

-Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio

TRANSVERSAL: Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes.

-Según el número de muestras a estudiar

DESCRIPTIVO: Estos estudios se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es.

NIVEL:

Es correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no.

3.2. Población y muestra

Población

La muestra estuvo conformada por 300 pacientes adultos mayores portadores de prótesis totales que residen en el asilo Canevaro durante el mes de Agosto-Diciembre del 2018 según el tema de investigación de acuerdo a antecedentes de otras investigaciones como la tesis.

Muestra

El número de sujetos residentes en el asilo Canevaro es de 300 adultos mayores los cuales se les realizó una exploración de 5 minutos por cada paciente y verificó si cumplen o no con los requerimientos mínimos, finalmente la muestra fue conformada por 100 adultos mayores residentes en el Asilo Canevaro. Los seleccionados por criterio de inclusión de la muestra es que sea adulto mayor donde la edad mínima es de 60 años y portador de prótesis dental total acrílica con el fin de tener unos parámetros de comparación entre cantidad de flujo salival y estado de conservación de la prótesis dental total.

Como parámetro de exclusión se determinó tener una edad inferior a los 60 años de edad, no ser portador de prótesis dental total acrílica, tener dudas en que se llevó a cabo el procedimiento de exploración y encuesta.

La sistematización de selección de pacientes siguió el orden de selección de los mismos que residen en el Asilo Canevaro. De tres días de la semana que la institución permitió seleccionar y recoger datos. Donde finalmente la muestra estará

conformada por 100 pacientes seleccionados residentes en el Asilo Canevaro. Para calcular el tamaño mínimo muestral (para proporciones) se puede aplicar la siguiente fórmula para variable cualitativa con una población definida donde los valores son los siguientes:

n: tamaño muestral

N: tamaño poblacional

Z: nivel de error (1,96, si $\alpha=0,05$)

Las fórmulas que usamos según nuestras variables de estudio cualitativa en una población definida seleccionadas por criterio de exclusión e inclusión es:

Variable cualitativa (cantidad de flujo salival) en una población definida en 100 adultos mayores seleccionados por criterio de exclusión en el asilo Canevaro.

Variable cualitativa (estado de conservación de la prótesis dental total) en una población definida de (100 adultos mayores seleccionados por criterio de inclusión edad mayor de edad y que sea portador de prótesis dental y el criterio de exclusión fue que no fueran mayores de edad, no portador de prótesis dental en el Asilo Canevaro.

$$n = \frac{Nz^2(p \cdot q)}{e^2}$$

$$Ne^2 + z^2(p \cdot q)$$

Criterio de inclusión: que sea mayor de edad y portador de prótesis dental removible.

Criterio de exclusión: no ser mayor de edad como también no portador de prótesis dental removible.

según el tema de investigación de acuerdo a antecedentes de otras investigaciones como la tesis.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Se utilizó programa Word para la redacción del proyecto y demás documentos. Para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se utilizó programa Excel. Para la referencia bibliográfica se usará el programa Zotero. La parte estadística Correlación de Rho Spearman, Chi cuadrado, tanto descriptiva como inferencial se realizó mediante el programa estadístico SPSS 21.

3.5. Aspectos éticos

La presente investigación está regida bajo las normas internacionales y nacionales sobre investigación en seres humanos, así como las disposiciones vigentes en bioseguridad. Se redactó y envió la documentación necesaria a todas las instituciones involucradas en el recojo de datos. Se siguió el procedimiento metodológico que mejor fue adaptado a las circunstancias del estudio, así como el uso de un instrumento de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente para lograr los objetivos. Se asegura el anonimato de los participantes del estudio, así como se salvaguardará sus Datos Personales según lo referido a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). Fue entregado un consentimiento informado a los participantes del estudio para que dejen sustento de la situación voluntaria de participación. En el mencionado documento está indicado los objetivos y procedimientos de la presente investigación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

TABLA N° 1: Flujo de saliva

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Disminuido a <0.3 ml/min.	29	29,0
	0.3 a 0.5 ml/min.	39	39,0
	Aumentado a >0.5 ml/min.	32	32,0
	Total	100	100,0

La tabla 01 en relación al flujo salival presenta los siguientes resultados: El 39.0% de pacientes presenta 0.3 a 0.5 ml/min; el 32.0% presenta aumentado a > 0.5 ml/min y el 29.0% presenta disminuido a <0.3 ml/min.

GRÁFICO N° 1: Flujo de saliva

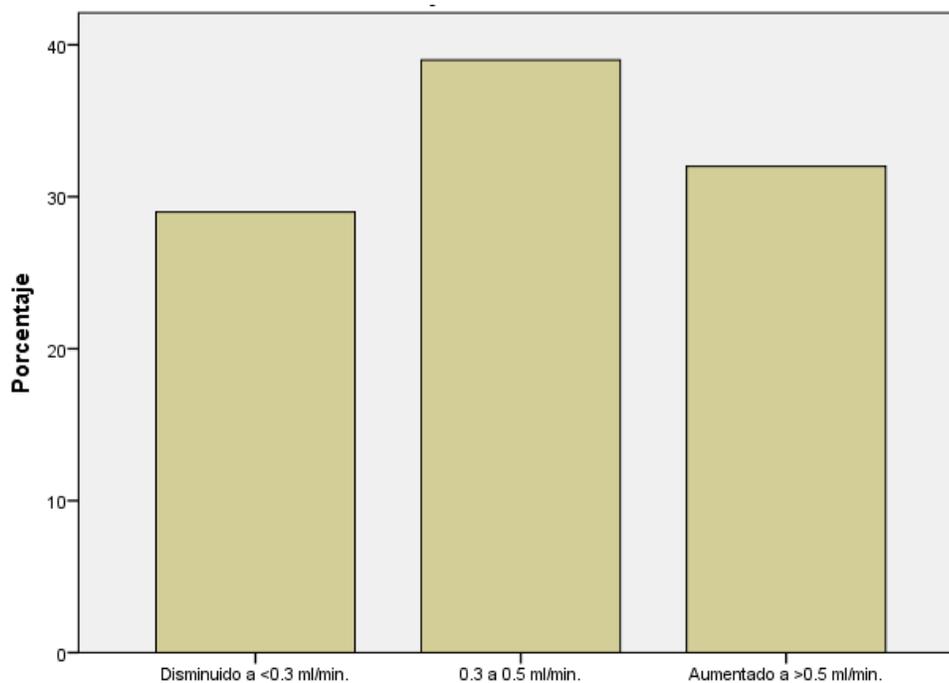


TABLA N° 2: Estado de conservación de la prótesis dental total removible

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	10	10,0
	Regular	79	79,0
	Buena	11	11,0
	Total	100	100,0

En la tabla 02 se muestra que el 79.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible regularmente conservada, el 11.0% tiene la prótesis buena y el 10.0% tiene la prótesis mal conservada.

GRÁFICO N° 2: Estado de conservación de la prótesis dental total removible

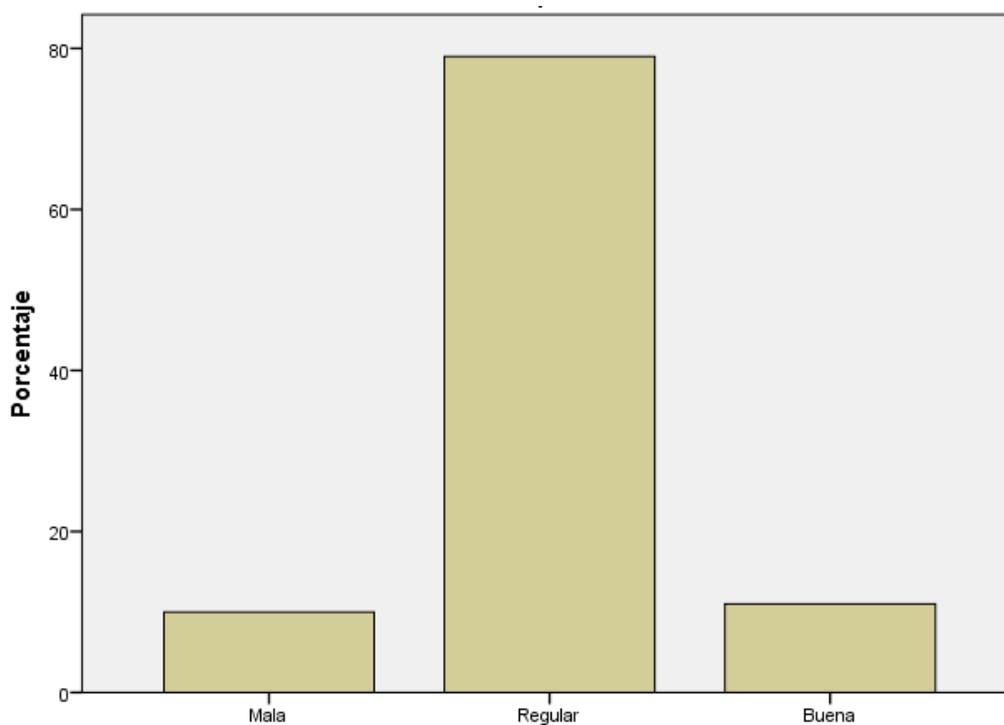


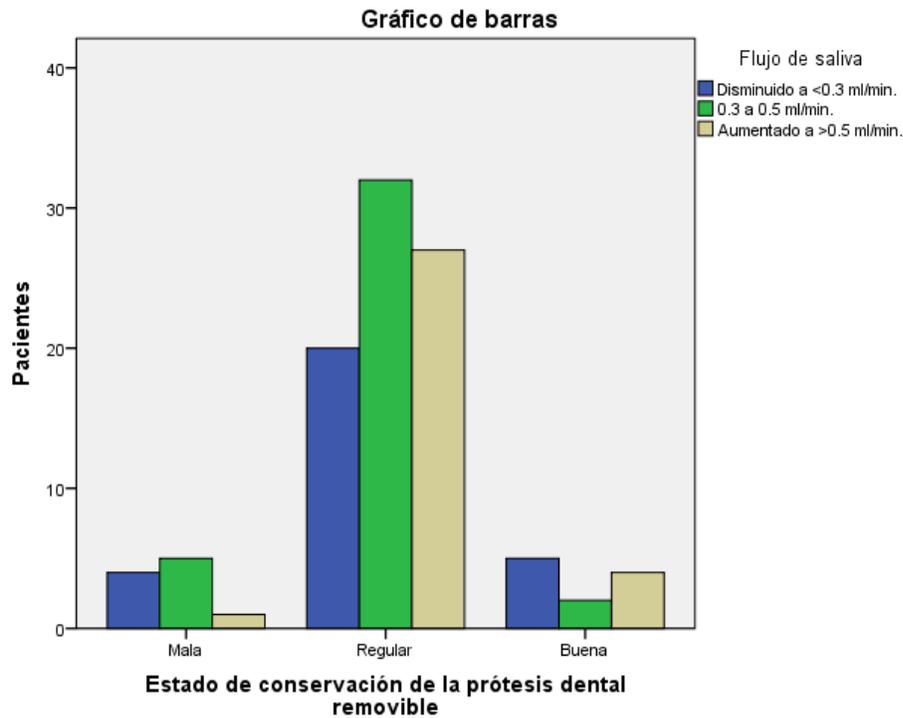
TABLA N° 3: Relación flujo salival - Estado de conservación de la prótesis dental total removible

		Flujo de saliva			p
		Disminuido a <0.3 ml/min.	0.3 a 0.5 ml/min.	Aumentado a >0.5 ml/min.	
Estado de conservación de la prótesis dental removible	Mala	4	5	1	0,278
	Regular	20	32	27	
	Buena	5	2	4	
Total		29	39	32	100

Chi cuadrado de Pearson 0,278

La tabla 03 muestra que de los 29 pacientes con flujo salival disminuido a <0.3 ml/min., 4 tienen en mal estado de conservación la prótesis dental total removible, 20 en estado regular y 5 en buen estado. De los 39 pacientes con flujo salival de 0.3 a 0.5 ml/min., 5 tienen en mal estado de conservación la prótesis dental total removible, 32 en estado regular y 5 en buen estado. De los 32 pacientes con flujo salival aumentado a >0.5 ml/min., 1 la tiene en mal estado de conservación la prótesis dental total removible, 27 en estado regular y 4 en buen estado.

GRÁFICO N° 3: Estado de conservación de la prótesis dental total removible



HIPÓTESIS

H₀ La cantidad de flujo salival no tiene relación con estado de conservación de la prótesis dental total removible.

H₁ La cantidad de flujo salival tiene relación con estado de conservación de la prótesis dental total removible.

4.2. Discusión

Luego de realizado el análisis estadístico se observa que en relación al flujo salival se muestran que el 39.0% de pacientes presenta 0.3 a 0.5 ml/min; el 32.0% presenta aumentado a > 0.5 ml/min. y el 29.0% presenta disminuido a < 0.3 ml/min.

Asimismo, se observa que el 10.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible mal conservada, el 79.0% tiene la prótesis regular y el 11.0% tiene la prótesis bien conservada. Para determinar la conservación de la prótesis se utilizó la escala de Linquer que evalúa los siguiente ítems: la resistencia a la acción de desalajo, las relaciones armoniosas de los dientes artificiales y naturales, la compresión de las caras oclusales de los dientes posteriores de un lado, el desplazamiento de la prótesis, la porosidad de la prótesis, las reparaciones rebasadas y/o perdida de piezas artificiales, la perdida y/o fractura de los retenedores o bases acrílicas y la placa y sarro.

Por otra parte, de acuerdo a los valores mediante la Correlación de Rho Spearman se determinó que la cantidad de flujo salival no tiene relación con estado de conservación de la prótesis dental total removible.

La investigación realizada por Bernal, C. (2013) cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estado de conservación de las prótesis y la presencia de lesiones de mucosa de pacientes portadores de prótesis parcial removible, guarda relación con los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que concluyó que el estado de conservación de las prótesis parciales removibles fue bueno 34%, regular 36% y malo 30%. Mientras que, en el presente estudio, el 10.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible mal conservada, el 79.0% tiene la prótesis regular y el 11.0% tiene la prótesis bien conservada.

García B. et al. (2012) realizaron una investigación cuyo objetivo fue describir las características de pacientes portadores de prótesis totales y su relación con las lesiones bucales. El estudio concluyó que el 48.4 % tenían prótesis en buen estado, y el 51.6% tenían las prótesis en mal estado de conservación. Como se puede observar no guarda relación con los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que concluyó que el 10.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible mal conservada, y el 90.0% tiene la prótesis bien conservada o en regular estado.

La investigación realizada por Reátegui, C. et al. (2013) cuyo objetivo fue determinar la correlación entre el flujo salival y caries corono-radicular de personas adultos mayores, no guarda relación con los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que concluyó que el flujo salival en los adultos mayores es de 0,65 ml/min. Mientras que, en el presente estudio, el 39.0% de pacientes presenta 0.3 a 0.5 ml/min; el 32.0% presenta 0.3 a 0.5 ml/min. y el 29.0% presenta aumentado a >0.5 ml/min.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ✓ El estado de conservación de la prótesis dental total removible no está asociada con La cantidad de flujo salival de pacientes adultos mayores en el Asilo Canevaro.
- ✓ El estado de conservación de las prótesis totales del adulto mayor en el Asilo Canevaro es el siguiente: el 79.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible regularmente conservada, el 11.0% tiene la prótesis buena y el 10.0% tiene la prótesis mal conservada.
- ✓ La cantidad del flujo salival de pacientes adultos mayores en el Asilo Canevaro es el siguiente: al flujo salival presenta los siguientes resultados: El 39.0% de pacientes presenta 0.3 a 0.5 ml/min; el 32.0% presenta aumentado a > 0.5 ml/min y el 29.0% presenta disminuido a <0.3 ml/min.

5.2. RECOMENDACIONES:

- ✓ Recomendamos analizar grupos, mas grandes de pacientes adultos mayores con edentulismo total de los diferentes albergues que tenemos en el Perú para comprobar los resultados de este estudio.
- ✓ Sugerimos un mayor control y cuidado a los adultos mayores. También la participacion por parte de los albergues para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- ✓ Se recomienda incentivar mas programas de salud bucal dirigido al adulto mayor por parte del Ministerio de Salud.
- ✓ Propongamos a los especialistas ayudar a mejorar la salud bucal, estado emocional y social de esta población vulnerable, con instrucciones del uso y cuidado adecuado de sus aparatos protésicos, solo así mejoraremos la calidad de vida y estado emocional. Donde sientan confort para hablar sonreír y confianza consigo mismos al mostrarse en público.

REFERENCIAS

1. Moya P. Chappuseau E, Coro JC, Mansalves MJ. Situacion de Salud Oral y Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Rev.Estomatos Herediana: 2012;oct-dic 22(4):197-202.
2. Rodriguez M, Portillo A, Lama E, Hernandez S. Lesiones Bucales Asociadas con el Uso de Protesis en Pacientes de la comunidad de Kantanil- Yucatan. Rev; ADM 2014; Agost. 71(5) 221-225.
3. Rodríguez M, I Arpajón Y Herrera I, Justo M, Jiménez Z. Autopercepcion de Salud Bucal en Adultos Mayores Portadores de Protesis Removibles Acrilicas (art). Rev. Cubana de Estomatología 2016; 53 (4).
4. Bernal. C. Estado de Conservación de la Prótesis y Presencia de Lesiones en Mucosas de Pacientes Portadores de Prótesis Parcial Removible (tesis): Lima Perú; USMP. Facultad de Odontología; 2012.
5. Esquivel R. Efecto de la Utilización de Prótesis Dentales en la Percepción de Salud Bucal Iztacala Yucatán de la UNAM (art.). Rev. ADM/marzo abril 2012/vol. LXIX No. 2. PP. 69-75.
6. García B, Capote M, Morales T, Prótesis Totales y Lesiones Bucales en Adultos Mayores Institucionalizados Rev. Finlay 2012 [citado 2017-Mayo - 31];2(1): [Aprox-12 P.].
7. Díaz M. Dra. Lleana M, Javier Z, Afecciones De La Mucosa Oral en Pacientes Geriátricos Portadores de prótesis Estomatológicas (tesis) Municipio-Limonar Cuba. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas-2007.

8. Ríos O, Mabel R. Estomatitis Subprotésica, Prevalencia de candidiasis Oral y Comparación de su Relación con o Sin el Empleo de Antimicóticos (tesis). Bogotá-Colombia. UNC- Facultad de Odontología- 2014.
9. Del Pilar C, Bernal L. Estado de Conservación de la Prótesis y Presencia de Lesiones en Mucosas de Pacientes Portadores de Prótesis Parcial Removible. Rev. Kiru. 2010; 7 (1): 9 -12.
10. San Martín C; Villanueva J; Labraña G. Cambios del Sistema Estomatognático en Pacientes Adultos Mayores (parte II). Rev. Dental de Chile Hospital Clínico –San Borja- Arriarán- Santiago de Chile 2002; 93 (3):23-26.
11. Beatriz de las N. Laplace Pérez 1, Sara María Legrá Matos 2, Josué Fernández Laplace 3, Dinorah Quiñones Márquez 4, Lizzy Piña Suárez5, Lourdes Castellanos Almeyda. Enfermedades Bucales del Adulto Mayor; Art. Clínica Estomatológica Mario Pozo. Holguín-Cuba 22 may-2013.
12. Barroeta A, Flores E. Factores Determinantes que Afectan el Uso de las prótesis Removibles en Adultos Mayores Rehabilitados en la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en el Periodo Setiembre-Diciembre 2012 (tesis). República Bolivariana de Venezuela, Universidad José Antonio Páez- Facultad de Odontología;2012.
13. Pennacchiotti G. Factores que Influyen en el Uso de la Prótesis Removible en Adultos mayores Recién Rehabilitados (tesis). Santiago- Chile financiamiento del departamento de investigación y desarrollo (DD) de la Universidad de Chile 2006.

14. Ibáñez N, López C. Piña B. frecuencia de Hiposalivación (Xerostomía) en Pacientes Geriátricos. Catedráticos del Instituto Universitario Franco Inglés de México, A.C. Metepec, México Rev. ADM. Vol. IXV. No. 5 de septiembre – octubre (2009).
15. García J. indicaciones y Contraindicaciones Para Rehabilitar a un Paciente Adulto Mayor con Diferentes Tipos de Prótesis de Acrílico (tesis) Universidad de Guayaquil- julio-2014.
16. Antonia Francisco Local1, Yoel González Beriau 1, Nora Sexto Delgado 2, Ana Gloria Vázquez de León. Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2009; 7(1) Especial – Miranda, Venezuela. 2009.
17. Diaz Shirley, Farith Gonzalez, Meisser Vidal, Tirado Rosa, Martelo Julie, Salazar, Guzman Edwin; Impacto De La Salud Oral En La Calidad De Vida De Los Adultos Atendidos En Las Clínicas Odontológicas De La Universidad De Cartagena (tesis) 2013.
18. San Martín Claudio, Villanueva Julio, Labraña Gerardo. Cambios del Sistema Estomatognático En El Paciente Adulto Mayor Revista Dental De Chile 93(3): 23-26 ;2002.
19. Saenz Bocanegra, Sosa Frida, Sologoren Rafael, Perez Graciela, Carranza Raul, Villacrez Natalia, Camiñas Lina. Ph Salival Y Flora Microbiana Oral En Pacientes Portadores De Prótesis Dentales Atendidos En La Clínica Estomatológica De La Universidad Peruana Del Oriente (tesis)- Iquitos- 2016.

20. Sanches M. Marleni, Roman V Mayra, Davila M Rocio, Gonzales A Alverto, Salud Bucal En Pacientes Adultos Mayores Y Su Asociación Con La Calidad De Vida. Art. Revista De Especialidades Medic- Quirúrgicos; Volumen 16, Num 2, Abril-Junio 2011.
21. Meneses G. Edwin Salud Bucodental Y Calidad De Vida Oral En Los Mayores (Tesis) Madrid- 2010.
22. Morales Rosario, Aldape Beatriz Flujo Salival Y Prevalencia De Xerostomía En Pacientes Geriátricos. Artículo De Investigación Revista ADM. Volumen LXX N° 1 P.P 25-29. Enero- febrero- 2013.
23. Duarte Andrea, Duarte Tatiana Consideraciones Con El Manejo Odontológico Del Paciente Geriátrico. Rev. Científica Odontológica. Colegio De Cirujanos Dentistas De Costa Rica. Vol. 8, N°1, 45-54. Enero- junio 2012.
24. Beatriz De Las N, Pérez Laprace, Legra Sara, Fernández Josué, Quiñones Dinora, Piña Lizzy, Castellanos Lourdes. Enfermedades Bucales En El Adulto Mayor. Clínica Estomatológica. Holguin-Cuba. Art. De Revisión Clínica. Mayo 2013.
25. Parri Yoshua "Asociación Entre Velocidad De Flujo Salival Ph Y Concentración De Proteínas Saludables En Sujetos Xerostomicos, Hiposialicos Y No Hiposialicos Con Alteraciones Dentales de Mucosa Oral Y Lengua. (Tesis). Universidad De Chile. Facultad De Odontología Departamento De Patología Y Medicina Oral. 2015.
26. Mesa Bienvenido. Rodriguez Oralndo. Perez Oviedo. Rodriguez Ailenco. Afeciones Clínico Quirúrgicas De Glándulas Salivales. (Tesis). Facultad De

Ciencias Médicas. Provincia De Moyabague-Hospital General Docente
(Aveida Fernandez Chardiet).

27. Chamilco Ana. Variación Del Ph Y Flujo Salival Durante El Periodo Gestacional En Embarazadas De Un Servicio Asistencial Publico. (Tesis). Lima- Peru 2013.
28. Núñez Bernardo. Peguero Hilda. La Prótesis Dental En La Literatura. Rev. Habanera De Ciencias Médicas. Vol. 11. N°4-546-555. 2012.
29. Navarro Josefa, Rodríguez Tania, Corona María, Áreas Zulema, Limonta Luiza. Mantenimiento, Manejo Y Cuidado De Las Prótesis Dentales En Pacientes Atendidos En Una Consulta De Estomatología General. Art. Medisan. Vol. 20 (10). 4067. Santiago De Cuba- Cuba. 2016.
30. Misrachi Clara, Espinoza Iris. Factores Que Influyen En El Uso De Prótesis Removibles En Adultos Mayores Recién Rehabilitados. (Tesis) Santiago-Chile 2006.
31. Naranjo Ariel. El Tratamiento Con Prótesis Removible Flexible En Pacientes Edentulos Parciales. (Tesis). Guayaquil-Julio 2014.
32. Ríos Mabel. Estomatitis Subprotesis, Prevalencia De Candidiasis Oral Y Comparación De Su Resolución Con O Sin El Empleo De Antimicóticos (Tesis). Universidad De Colombia- Facultad De Odontología. Bogotá-Colombia. 2014.

ANEXOS

Anexo N°1

**“RELACION ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACION DE
LAS PROTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES
ADULTOS MAYORES DEL ASILO CANEVARO” LIMA- 2018.**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD: ... SEXO: Femenino () Masculino ()

2.-¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE?

SI () No ()

3.-¿ ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?

SI () No ()

4.-¿HACE CUANTOS MINUTOS FUE LA ULTIMA VEZ QUE INGIRO ALIMENTOS
EL DIA DE HOY?

1h () 2h ()

5.-RECOLECCION DE SALIVA USANDO: SPITTING METHOD (método del
escupido)

Frasco N°.....

Disminuido a <0.3ml/min () 0.3 a0.5ml/min () Aumentado>0.5ml/min ()

6.-ESTADO DE CONSERVACION DE LA PROTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE
(Escala de linquer).

Buena 6-8 () Regular 3-5 () Mala 0-2 ()

INDICE PARA EVALUAR EL ESTADO DE CONSERVACION DE LA PROTESIS (4)



Universidad Norbert Wiener			puntaje
9) Al tirar en sentido vertical de la prótesis el operador percibe resistencia a la acción de desalajo.	SI	NO	
10) Al examinar la oclusión se observan relaciones armoniosas de los dientes artificiales y naturales.	SI	NO	
11) Al comprimir las caras oclusales de los dientes posteriores de un lado, el lado contrario bascula.	SI	NO	
12) Durante el interrogatorio y el examen clínico se observa que la prótesis se desplaza.	SI	NO	
13) La superficie de la prótesis se observa bien pulida y libre de porosidades.	SI	NO	
14) La prótesis parcial removible presenta reparaciones rebasadas y/o pérdida de piezas artificiales.	SI	NO	
15) En la prótesis parcial removible se observa pérdida y/o fractura de los retenedores o bases acrílicas.	SI	NO	
16) La prótesis se encuentra libre de placa y sarro.	SI	NO	
TOTAL			

TOTAL= 8PUNTOS

ESCALA DE VALORACION DEL INDICE

ESTADO DE CONSERVACION DE LA PROTESIS

Bueno=6-8

Regular= 3-5

Malo= 0-2

DATOS GENERALES DE LA FICHA DE
RECOLECCIÓN DE DATOS

**“RELACION ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACION DE LAS PROTESIS
TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES DEL ASILO CANEVARO” LIMA- 2018.**

Población: en pacientes portadores de prótesis totales adultos mayores del Asilo Canevaro Lima- 2018.

Tiempo de recolección: Durante 3 días (lunes a viernes)

Momento: Al finalizar el ciclo académico

Lugar: Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro”

Metodología: Se realizó una breve presentación de 15min en el cual se expuso los objetivos del cuestionario y manifestarle que su participación es voluntaria, única, personal y asegurándole la confidencialidad.

Validez: Validación de literatura.

Fiabilidad: No hay cálculo de fiabilidad

Tiempo máximo total de llenado: 10 min

Anexo N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Iris Vanesa Saucedo Ventura Bachiller en Odontología de la Universidad Norbert Wiener.

El objetivo de este estudio es Relacionar el estado de conservación de las prótesis totales y cantidad del flujo salival de pacientes adultos mayores en el Asilo Canevaro Lima-2018

La investigación consistió en evaluar el estado de conservación de las prótesis totales y medir en un tubo de ensayo milimetrado la cantidad de flujo salival de pacientes adultos mayores residentes en el Asilo Canevaro Lima-2018.

Estos datos fueron colocados en una ficha, para luego ver los resultados. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información recogida es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus informaciones recolectadas fueron codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

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

Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio, siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos.



Desde ya le agradecemos su participación.

**Universidad
Norbert Wiener**

Mediante el presente documento yo..... Identificado (a) con DNI....., acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el bachiller Iris Vanesa Saucedo Ventura. He sido informado (a) sobre el objetivo y procedimientos que serán realizados durante el desarrollo del estudio Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmo en señal de conformidad:

Padre o apoderado

DNI:

Fecha:

Investigador: Iris Vanesa Saucedo Ventura

Teléfono celular: 980586807

Correo electrónico: vanesa120@hotmail.com

Anexo N°3

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Solicito inscripción Y revisión de título del proyecto de investigación

Dr. Gálvez Ramírez, Carlos Michell

Director de la Escuela Académica Profesional de Odontología.

Por medio de la presente, quien suscribe la alumna Iris Vanesa Saucedo Ventura, con DNI 46020730, con domiciliado en Asoc. Santo cristo Mz."A" Lt. "6" puente piedra, estudiante de pregrado de la Universidad Privada Norbert Wiener de la Escuela Académico Profesional de Odontología con código de matrícula a2013100642, me presento ante ud. Y expongo:

Que deseando efectuar mi proyecto de investigación solicito la suscripción y revisión de título de proyecto de investigación "RELACION ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACION DE LAS PROTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO" LIMA-2018

Sin otro particular me despido atentamente:

Lima 12 de junio del 2017

.....
Saucedo Ventura Iris Vanesa
Apellidos, Nombres

Matricula: a2013100642

Anexo N°4

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Solicito inscripción del título del proyecto de investigación

Yo: Iris Vanesa Saucedo Ventura alumno del décimo ciclo de la EAP de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, identificado con DNI 46020730, código 2013100642 Domiciliado en Asoc. Santo cristo Mz”A” Lt. “6” puente piedra, con número de teléfono celular 980 586807 correo electrónico vanesa1220@hotmail.com.

Me presento ante usted y expongo que:

Siendo requisito para la obtención del Título de Cirujano Dentista la realización del Proyecto de investigación Tesis.

Solicito la aprobación del Título de Proyecto de Investigación:

“RELACION ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACION DE LAS PROTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO” LIMA-2018

Agradezco su atención a la presente, le reitero mi estima y consideración personal.

.....
Saucedo Ventura Iris Vanesa
Apellidos, Nombres

Adjunto:

Solicito aprobación de proyecto de investigación

Dra. Brenda Vergara Pinto

Directora de la Escuela Académico Profesional de Odontología

Yo: Iris Vanesa Saucedo Ventura alumno del décimo ciclo de la EAP de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, identificado con DNI 46020730, código 2013100642 Domiciliado en Asoc. Santo cristo Mz"A" Lt. "6" puente piedra, con número de teléfono celular 980 586807 correo electrónico vanesa1220@hotmail.com.

Me presento ante usted y expongo que:

Siendo requisito para la obtención del Título de Cirujano Dentista la realización del Proyecto de investigación Tesis.

Solicito la aprobación del Título de Proyecto de Investigación:

“RELACION ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACION DE LAS PROTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO LIMA– 2018”

Agradezco su atención a la presente, le reitero mi estima y consideración personal.

.....
Saucedo Ventura Iris V.
Apellidos, Nombres

.....
Asesor CD, Mg, Esp.
Armando, Del Catillo Ayquipa.

Adjunto:

Proyecto de investigación anillado

Matriz de consistencia

Anexo N°6

“AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL”

Solicito: carta de presentación

Dra. Brenda Vergara Pinto

Directora de la Escuela Académico Profesional de Odontología

Yo: Iris Vanesa Saucedo Ventura alumno del décimo ciclo de la EAP de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, identificado con DNI 46020730, Domiciliado en Asoc. Santo cristo Mz”A” Lt. “6” puente piedra, con número de teléfono celular 980 586807 correo electrónico vanesa1220@hotmail.com.

Me presento ante usted y expongo:

Que deseando efectuar la recolección de datos para mi tesis titulada “RELACION ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACION DE LAS PROTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO LIMA– 2018”, solicito a Ud. Tenga a bien disponer a quien corresponda se me otorgue una carta de presentación a la Dir. Lic. Zaida Aguilar Bengoa. Directora del Albergué Central Ignacia R. Vda. de Canevaro, con la finalidad de que se me autorice el ingreso al citado albergue, a fin de poder realizar la recolección de datos del estudio antes mencionado.

Agradezco su atención a la presente, le reitero mi estima y consideración personal.

Lima 18 de Agosto del 2018.

.....
Apellidos, Nombres

DNI

"Año del diálogo y la Reconciliación Nacional"

INFORME No. 132 - 2018 - SPSIC -CARGG-IRVC/ GPC/SBLM

A : Dr. OSWALDO EDUARDO SALAVERRY GARCÍA
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

DE : Lic. PEDRO HERNÁNDEZ GONZALES
Encargado del Servicio de Capacit. e Investigación.

ASUNTO : Rpta. Carta No. 332-07-079-2018-DFCS-UPNW

FECHA : Rímac, 10 de Octubre del 2018

Mediante el presente saludo a usted y a la vez hago llegar la información en lo que respecta al Proyecto de Investigación denominado **"RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACIONES DE LAS PROTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ALBERGUE CANEVARO-2018"**, presentado por la Bachiller: SAUCEDO VENTURA, IRIS VANESA, de la Facultad de Odontología - Universidad Norbert Wiener, en donde se da opinión **FAVORABLE** para que puedan hacer uso de nuestro campo clínico. Al finalizar dicho estudio dejarán una copia de la misma; que redundará en la mejora de la calidad de vida de nuestra población objetivo.

Atentamente,



Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana
"ALBERGUE CANEVARO"
Lic. PEDRO HERNÁNDEZ GONZALES
Coord. Área Capacit. Investigación y Voluntariado

Recibido.
Salvador
Oswaldo Eduardo Salaverry García
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.



Universidad
Norbert Wiener

Anexo N°8

Municipalidad de Lima

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LIMA METROPOLITANA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Lima, 18 de octubre de 2018

CARTA N° 098 -2018-CARGG IRVC-SGPS-GPC/SBLM

Señorita:
VANESSA SAUCEDO VENTURA
Universidad Norbert Wiener

Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato saludarlo cordialmente en nombre de la Dirección del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro", dependencia de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, Institución de bien social que brinda atención integral a los adultos mayores en situación de abandono, riesgo social y/o pobreza extrema.

Motivan el presente manifestarle nuestro profundo agradecimiento por su espíritu solidario e identificación con nuestros fines institucionales, reflejados a través de su donativo (03 Cajas Mascarillas 3M, 06 Frascos de Alcohol Gel), acción de responsabilidad social que nos permite seguir brindando una atención adecuada y de calidad a nuestros residentes durante su estancia en nuestro Centro.

Reiterándole nuevamente nuestro profundo agradecimiento, hago propicia la oportunidad para expresarle las seguridades de nuestra especial consideración y estima.

Atentamente,


Lic. PEDRO A. HERNÁNDEZ GONZÁLES
Coordinador del Servicio de Psicología

Local Central
r. Carabaya 641
Centro Histórico
de Lima
427 6520
427 6521
www.sblm.gob.pe

FOTOS DE RECOLECCION DE DATOS



MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
TÍTULO: "RELACION ENTRE EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL ASILO CANEVARO "2018.					
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>¿CUAL SERÁ LA RELACIÓN DEL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y CANTIDAD DEL FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO? LIMA-2018.?</p>	<p>objetivo general: RELACIONAR EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y CANTIDAD DEL FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO LIMA-2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - ESTABLECER EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO CANEVARO LIMA-2018. -ESTABLECER LA CANTIDAD DEL FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO LIMA-2018. -DETERMINAR LA RELACIÓN DEL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y LA CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL ASILO CANEVARO -2018.</p>	<p>LA CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL NO TIENE RELACIÓN CON LA PRÓTESIS DENTAL TOTAL</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> > Observacional > PROSPECTIVO > TRANSVERSAL > CORRELACIONAL <hr/> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN Es correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no:</p> <hr/> <p>V. DE ESTUDIO: estado de conservación de las prótesis total y cantidad de flujo salival</p> <hr/> <p>VARIABLES DE CONTROL:</p> <ul style="list-style-type: none"> > sexo 	<p>CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL: el 39.0% de pacientes presenta 0.3 a 0.5 ml/min; el 32.0% presenta aumentado a > 0.5 ml/min y el 29.0% presenta disminuido a <0.3 ml/min.</p> <p>ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE el 79.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible regularmente conservada, el 11.0% tiene la prótesis buena y el 10.0% tiene la prótesis mal conservada.</p> <p>RELACIÓN FLUJO SALIVAL - ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE la tabla 03 muestra que de los 29 pacientes con flujo salival disminuido a <0.3 ml/min., 4 tienen en mal estado de conservación la prótesis dental total removible, 20 en estado regular y 5 en buen estado. de los 39 pacientes con flujo salival de 0.3 a 0.5 ml/min., 5 tienen en mal estado de conservación la prótesis dental total removible, 32 en estado regular y 5 en buen estado. de los 32 pacientes con flujo</p>	<p>5.1.1. Conclusión general El estado de conservación de la prótesis dental total removible no está asociada con La cantidad de flujo saliva de pacientes adultos mayores en el Asilo Canevaro.</p> <p>5.1.2. Conclusiones específicas a. El estado de conservación de las prótesis totales del adulto mayor en el Asilo Canevaro es el siguiente: el 52.0% de los pacientes tiene la prótesis dental total removible mal conservada, el 29.0% tiene la prótesis regular y el 19.0% tiene la prótesis bien conservada. b. La cantidad del flujo salival de pacientes adultos mayores en el Asilo Canevaro es el siguiente: al flujo salival presenta los siguientes resultados: El 39.0% de pacientes presenta 0.3 a 0.5 ml/min; el 32.0% presenta 0.3 a 0.5 ml/min. y el 29.0% presenta aumentado a >0.5 ml/min</p>

			<p>POBLACION Y MUESTRA</p> <p>➤ Muestra: La muestra estará conformada por 300 pacientes adultos mayores portadores de prótesis totales que residen en el asilo Canevaro durante los meses del mes de agosto diciembre del 2018 según el tema de investigación de acuerdo a antecedentes de otras investigaciones como la tesis.</p> <p>➤ MUESTRA: Está conformada por 100 adultos mayores residentes en el Asilo Canevaro. Los seleccionados por criterio de inclusión de la muestra es que sea adulto mayor donde la edad mínima es de 60 años y portador de prótesis dental total acrílica con el fin de tener unos parámetros de comparación entre cantidad de flujo salival y estado de conservación de la prótesis dental total.</p>	<p>salival aumentado a >0.5 ml/min., 1 la tiene en mal estado de conservación la prótesis dental total removible, 27 en estado regular y 4 en buen estado.</p>	
--	--	--	--	---	--