



**Universidad
Norbert Wiener**

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

INFORME DE TESIS

**“CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN
USUARIOS DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE
DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR
EN LIMA 2018”.**

Presentado por:

AUTOR: VARGAS DURAN, Karen Gisella

ASESOR: Dra. Esp. VERGARA PINTO, Brenda

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

“Encomienda a Jehová tus obras, y tus planes tendrán éxito” (prov. 16:3), es una promesa que hizo Dios a lo largo de mis estudios profesionales, por lo cual el presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios.

A mi madre Juana Duran y a mi hermano Yipman Jesús, pues soy muy bendecida por tenerlos a mi lado, ya que ellos son mi motor y motivo de superación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a todos los que contribuyeron de alguna u otra manera en la elaboración del presente proyecto de inicio a fin.

A mi asesora de tesis, por su dedicación y las orientaciones necesarias que ayudaron a mejorar la tesis a lo largo de proceso; a los docentes de la universidad, que intervinieron también en la elaboración de este proyecto a través de sus consejos e indicaciones.

A todos los miembros del centro integral del adulto mayor de san juan de Miraflores (descentralizado), que participaron en este estudio, gracias por darnos su consentimiento.

ASESORA DE TESIS

Dra.Esp. Brenda Vergara Pinto

JURADO

Mg. Florian Tutaya, Luis Sandro

Vocal

Dr. Esp. Guillen Galarza, Carlos Enrique

Presidenta

Mg. Morante Maturana, Sara Angelica

Secretaria

ÍNDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DEL CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY.....	xv
CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA.....	16
1.1. Planteamiento del problema.....	17
1.2. Formulación del problema.....	19
1.2.1. Problema General.....	19
1.2.2. Problemas Específicos.....	19
1.3. Justificación.....	20
1.4. Objetivos.....	22
1.4.1. Objetivo general.....	22
2.1. Antecedentes.....	24
2.2. Base teórico.....	31
2.1.1. Adulto Mayor.....	29
2.1.1.1. Consideraciones sobre el envejecimiento.....	29
2.1.1.2. Proceso de Envejecimiento.....	29
2.1.1.3. Cambios Orales.....	30
2.1.1.4. Prevalencia e incidencia en Perú.....	32
2.1.2. Edentulismo.....	33
2.1.2.1. Tipos de Edentulismo.....	34
2.1.2.2. Consecuencias del edentulismo parcial.....	34
2.1.2.3. Clasificación según Kennedy.....	35
2.1.2.4. Reglas de Applegate.....	36
2.1.3. Prótesis Dental.....	37
2.1.3.1. Tipos.....	37

2.1.4. Prótesis Parcial Removibles (PPR).....	38
2.1.4.1. Propósito de una prótesis parcial removible.....	39
2.1.4.2. Indicaciones.....	39
2.1.4.3. Formas de medir el estado de una prótesis.....	41
2.1.4.4. Requerimientos de equilibrio de una PPR.....	42
2.1.4.5. Filosofía SER (Soporte-Estabilidad- Retención).....	43
2.1.4.5.1. Soporte.....	43
2.1.4.5.2. Estabilidad.....	44
2.1.4.5.3. Retención.....	45
2.1.5. Salud Bucal.....	46
2.1.5.1. Índice de CPOD.....	46
2.1.5.2. Índice Simplificado de Higiene Bucal (IOH- S).....	46
2.1.6. Calidad de vida.....	48
2.1.6.1. Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral.....	48
2.1.6.2. Medición en el adulto mayor.....	48
2.1.6.3. Dimensiones de la calidad de vida.....	50
2.3. Terminología Básica.....	54
2.4. Hipótesis.....	54
2.5. Variables e indicadores.....	55
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	58
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	59
3.2. Población y muestra.....	59
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	65
3.5. Aspectos Éticos.....	61
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	67
4.1. Resultados descriptivos.....	68
4.2. Comprobación de hipótesis.....	87

4.3. Discusión.....	88
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91
5.1. Conclusiones.....	92
5.2. Recomendaciones.....	94
ANEXOS.....	10

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de los usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	65
Tabla 2. Promedio de edad según el género de los usuarios de prótesis Dental removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	66
Tabla 3. Datos informativos de la prótesis dental removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	67
Tabla 4. Características de la prótesis dental removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	68
Tabla 5. Estado de salud bucal según IOHS de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	69
Tabla 6. Estado de salud bucal según CPOD de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	70
Tabla 7. Adaptación de PPR en boca de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	71
Tabla 8. Conservación de la prótesis de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	72
Tabla 9. Adaptación y conservación de la prótesis removible según sus dimensiones de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	73
Tabla 10. Descripción de la adaptación y conservación de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	74
Tabla 11. Descripción de la limitación funcional de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	75
Tabla 12. Descripción del dolor físico de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	76
Tabla 13. Descripción del disconfort psicológico de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	77
Tabla 14. Descripción de la incapacidad física de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	78
Tabla 15. Descripción de la incapacidad psicológica de la prótesis removible	

de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	79
Tabla 16. Descripción de la incapacidad social de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	80
Tabla 17. Descripción de la desventaja de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	81
Tabla 18. Nivel de calidad de vida de los usuarios según sus dimensiones con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	82
Tabla 19. Nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	83
Tabla 20. Nivel de calidad de vida de los usuarios relacionado al estado de salud bucal con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica de las edades según el género de los usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	69
Figura 2. Representación gráfica del nivel de salud bucal de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	72
Figura 3. Representación gráfica del nivel de adaptación y conservación de la prótesis removible según sus dimensiones de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	77
Figura 4. Representación gráfica del nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS

- **CPOD:** Dientes cariados, Perdidos y Obturados
- **CVRSB:** Calidad de Vida Relacionado a la Salud Bucal
- **GOHAI:** Geriatric Oral Health Assesment Index (Índice de evaluación de Salud Oral Geriátrica)
- **IHOS:** Índice de Higiene Oral Simplificado
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **OHIP:** Oral Health Impact Profile (Perfil de Impacto de Salud Oral)
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Mundial de la Salud
- **PAMs:** Personas Adultas Mayores

RESUMEN

Es importante definir la expresión de “calidad de vida relacionada a la salud bucal”; una de sus tantas definiciones mencionan el impacto que tiene la salud bucal sobre las diferentes actividades que realizan los individuos diariamente. El adulto mayor es afectado por diferentes enfermedades bucodentales, siendo el principal la pérdida de dientes; además es un grupo etario vulnerable en la sociedad. Por lo tanto, se planteó el siguiente objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible.

El tipo de estudio que se desarrollo fue observacional, transversal y prospectivo; siendo la muestra de 99 personas adultas mayores (PAMs), seleccionadas por muestreo probabilístico. En la recolección de los datos se aplicó un instrumento de identificación, el índice CPOD, IOHS, índice de estado de la prótesis y el oral Health Impact Profile (OHIP-EDENT). El análisis bivariado fue mediante la prueba no paramétrica de Tau b de kendall para variables categóricas y ordinales, para un $p \leq 0,05$, con un 95% de confianza.

Nuestros resultados muestran que un 44.4% de las PAMs poseen una salud bucal regular. El nivel de calidad de vida, percibido por las PAMs, fue bueno en un 54,5%. Se realizó la prueba Tau-b de Kendal, = -0,262 y un $p = 0,004$; donde se halló relación entre las dos variables (la calidad de vida y el estado de salud bucal). Es así, que se concluye que la calidad de vida esta correlacionada con el estado de salud bucal de las PAMs.

Palabras claves: *calidad de vida, salud bucal, prótesis dental removible, centro del adulto mayor*

SUMMARY

It is important to define the expression of "quality of life related to oral health"; One of its many definitions mention the impact that oral health has on the different activities that individuals perform daily. Different oral diseases, the main loss of teeth, affect the elderly; it is also a vulnerable age group in society. Therefore, the following objective was established: To determine the relationship between quality of life and oral health of users with removable partial dentures.

The type of study that was developed was observational, transversal and prospective; being the sample of 99 older adults (PAMs), selected by probabilistic sampling. In the data collection an identification instrument was applied, the CPOD index, IOHS, status index of the prosthesis and the oral Health Impact Profile (OHIP-EDENT). The bivariate analysis was performed using the nonparametric tau b test of kendall for categorical and ordinal variables, for $p \leq 0.05$, with 95% confidence.

Our results show that 44.4% of the PAMs have a regular oral health. The level of quality of life, perceived by the PAMs, was good at 54.5%. The Kendal Tau-b test was performed, = -0.262 and $p = 0.004$; where a relationship was found between the two variables (quality of life and oral health status). Thus, it is concluded that the quality of life is correlated with the oral health status of the PAMs.

Keywords: quality of life, oral health, removable dental prosthesis, senior center

CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente el envejecimiento es un fenómeno global presente a lo largo del ciclo vital. Este es un fenómeno natural conocido por todo individuo, el cual se convierte en una situación difícil de aceptar como una verdad innata del ser humano, que tiene enormes consecuencias económicas, sociales y políticas.¹

La Organización mundial de la salud (OMS) lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos, no son iguales”.²

En cuanto al proceso de envejecimiento se distinguen dos tipos: el individual y el poblacional o demográfico. El envejecimiento individual es un proceso gradual que experimenta cada persona; por medio de mecanismos genéticos, moleculares y celulares, que intervienen en el proceso de envejecimiento, además de problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno. Por otro lado el envejecimiento poblacional es el incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población al que pertenecen, por lo cual se desarrolla en el medio social.³

Las primeras etapas del ciclo vital de cada individuo se ven reflejada en el comportamiento saludable del adulto mayor. Existe una serie de cambios durante el proceso de envejecimiento; tales como: el estado social, la percepción sensorial y las funciones cognitivas y motoras de las personas.⁴

Durante el envejecimiento debemos considerar que los primeros signos que se expresan en el aparato digestivo se perciben en la cavidad bucal,

manifestándose mediante los procesos naturales tales como: el grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes.⁵ También existen cambios que son el resultado de la acción de enfermedades (periodontitis, caries y lesiones de la mucosa oral), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales (el nivel educativo y la clase social) y económicos (altos costes de la atención en salud), que pueden comprometer la salud del adulto mayor.^{4,5}

La salud general está directamente relacionada con la ausencia de dientes (parcial o total) y ausencia de prótesis dental, lo cual trae como consecuencia la alteración en la función masticatoria (existe problemas al triturar los alimentos de manera adecuada), lo cual crea trastornos en la nutrición; además se ve afectada la autorrealización y aceptación (no puede relacionarse porque su dicción y fonación están alteradas), baja autoestima, dolor e incomodidad ante otros individuos durante el momento de las comidas y en los momentos de socialización.^{4,6}

En otros estudios podemos observar evidencias sobre la relación entre la salud bucal y la salud general, primordialmente como resultado de elementos comunes entre las necesidades bucales y las enfermedades crónicas no transmisibles. Cuando existe una salud bucal deteriorada en los adultos mayores principalmente va acompañada por una deplorable salud general, influyendo en la calidad de vida del individuo.⁷

La rehabilitación protésica es una necesidad de la población en general; siendo los adultos mayores una prioridad por presentar problemas dentógenos de ingestión alimenticia y comunicación que integran impresionantes obstáculos en el entorno de los adultos mayores.⁸

El edentulismo es una condición de la salud bucal donde se observa la ausencia de piezas dentarias, podemos clasificarlo en edentulismo parcial y edentulismo total. La ausencia de dientes modifica en sus funciones a todo el sistema estomatognático, por ello se presentan alteraciones en la masticación, en la fonética y en la estética. En cuanto a la función

masticatoria se puede presentar variaciones en la dieta por parte del individuo, cambiando así una alimentación establecida por un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, presentándose restricciones dietéticas y complicando el estado nutricional del individuo.⁹

Por lo tanto, la odontología rehabilitadora se encarga de realizar los tratamientos necesarios a pacientes con alteraciones bucales de todo tipo de complejidad devolviéndole de esta manera la función, la estética y la armonía del sistema estomatognático. Todo esto es posible gracias a las prótesis dentales; que pueden ser fijo, removible o total; remplazando las piezas dentarias ausentes. De esta manera se debe considerar una prioridad el poder mejorar y mantener la salud bucal de las personas; además de mejorar su calidad de vida desarrollando procedimientos odontológicos.⁹

En base a la problemática, es que se planteó la siguiente interrogante.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre calidad de vida y la salud de los usuarios con prótesis parcial removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible según edad y género?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible según enfermedad sistémica y medicación?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible según su tiempo de uso y el tipo de vía de carga de la prótesis parcial removible?
- ¿Cómo es la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible según el índice oral de higiene simplificada (IOHS)?

- ¿Cómo es la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible según el índice CPOD?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible y el estado de la prótesis removible (adaptación y conservación)?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima?

1.3. Justificación

Se expresan las siguientes razones por lo cual se justificó el presente estudio:

Primero; a nivel teórico, a la salud bucodental se le relaciona estrechamente con la salud general y la calidad de vida; esta es la razón por lo que el presente estudio se realiza en los adultos mayores ya que ellos representan el grupo etario con mayor vulnerabilidad en salud bucal. Por lo cual, la importancia radica en entender como los adultos mayores perciben y evalúan su calidad de vida sobre las condiciones bucales que poseen; además deben determinar su estado de salud oral. Asimismo, se contara con la información valida que muestren los resultados del estudio, presentándose como antecedentes en futuras investigaciones.

Por otra parte; a nivel práctico, la misión de un profesional de odontología es poner en práctica ciertos elementos como son: capacidades, habilidades, conocimientos y sobre todo valores apropiados; lo que permitirá que se desempeñe adecuadamente al servicio comunitario, con un nivel alto y eficaz y además de mantener la responsabilidad en el ejercicio de la profesión. Ante la creciente población de las personas adultas mayores (PAMs), es necesario adoptar estrategias de cuidado bucal, sin salud bucal no puede haber envejecimiento saludable, por esto es importante la promoción y prevención el cual contribuye en mejorar la calidad de vida de las PAMs. Lo más importante dentro de las acciones

sanitarias es promocionar la salud; puesto que está relacionada con la labor que debe cumplir un profesional de odontología.

Además, con la evidencia científica que proporciona este tipo de investigación será más fácil desarrollar, planificar y gestionar un programa sobre instrucción de salud bucal, poniendo en énfasis en la higiene tanto de dientes naturales como de las dentaduras artificiales contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los pacientes. La calidad de vida debe ser considerado como elemento fundamental dentro de las políticas y estrategias que todos los grupos vulnerables; se debe abordar los determinantes sociales y una categoría analítica transversal como el género y de esta manera disminuir desigualdades e inequidades que existen en dichos grupos.

Por ultimo; a nivel social podemos decir que la persona que envejece se enfrenta a diferentes cambios físicos, pero también a cambios sociales que de manera directa o indirecta deterioran aún más su salud. La salud pública debe de trabajar en las siguientes áreas: dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional porque es un problema importante que tiene la salud pública en general; además están relacionadas con las enfermedades bucodentales, contribuyendo así a su alta prevalencia y a su fuerte impacto sobre los individuos y la sociedad. Por esta razón, el presente estudio permitirá conocer cómo afecta al adulto mayor las observancias y distinciones que la sociedad tiene hacia ellos, tanto que les impide desenvolverse con naturalidad ante los demás. Así se podrá mejorar adecuadamente la atención hacia ellos, devolviéndole no solo la salud bucal integra sino que a pesar de estos cambios les permita desenvolverse con naturalidad ante la sociedad, sin ningún tipo de limitaciones.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible según edad y género.
- Identificar el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible según enfermedad sistémica y medicación.
- Identificar el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible según su tiempo de uso y el tipo de vía de carga de la prótesis parcial removible.
- Determinar la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible según el índice oral de higiene simplificado (IOHS).
- Determinar la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible según el índice CPOD.
- Determinar la relación entre la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible y el estado de la prótesis removible (adaptación y conservación).
- Identificar el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En los siguientes párrafos se resumirán investigaciones pasadas relacionadas al presente trabajo de investigación; el cual es presentado en orden cronológico y destacando investigaciones de gran repercusión.

En el 2017, en Chile, Medrano N; Ruiz C; Gutiérrez P, ejecutaron un estudio titulado “Impacto en la calidad de vida relacionada con salud bucal de la rehabilitación protésica convencional en pacientes desdentados completos, atendidos en el servicio público chileno”, cuyo objetivo fue analizar el impacto en la CVRSB (Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal) de la rehabilitación protésica total de buena calidad en adultos mayores. Para realizar este estudio fue necesario procesar 152 prótesis totales de buena calidad para adultos mayores del SNSMN, de tal forma que se pudiera evaluar el impacto del tratamiento en la CVRSB. Para ello se utilizaron dos instrumentos distintos; el OHIP-49 en español y el CET (calidad técnica protésica), en dos momentos distintos; antes de recibir la prótesis total y después de recibirlo. Al final fueron 149 participantes en total; porque 3 de ellos voluntariamente desistieron de su participación, de los cuales 102 eran mujeres y 47 eran varones. Al realizarse diferentes pruebas estadísticas se pudo llegar a la conclusión que las prótesis totales de buena calidad si mejoran significativamente la CVRSB de adultos mayores chilenos¹⁰.

En España, 2017, Cruz V, desarrolló un estudio titulado “Estudio de la calidad de vida de pacientes edéntulos totales inferiores en Galicia”, para lo cual se plantearon el siguiente objetivo: evaluar la influencia del tipo de prótesis en la satisfacción del paciente comparando prótesis implantoretenida vs prótesis convencional. El estudio que se realizo fue de tipo caso y control; para ello se tuvo que acudir a 100 individuos que presentaran edentulismo mandibular, ellos recibieron prótesis convencionales o implantorretenidas indistintamente, entre los años de 2016 y 2017, en uno de los Centros Implantológicos de Galicia; en la recolección de datos se utilizó el Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP-

20), dicho instrumento permitió evaluar la CVRSB, tanto al inicio del estudio así como también durante el seguimiento que se realizó en tres etapas distintas, el primero fue al 1^{er} mes, el segundo a los 6 y el último a los 12 meses respectivamente. Al finalizar el estudio se concluyó que al evaluar el análisis comparativo entre los grupos de estudio se reveló una mejor calidad de vida bucal solo en los pacientes rehabilitados con prótesis completa implantorretenida; sin embargo, todos los pacientes estaban satisfechos con el estado de su boca, independientemente del tipo de tratamiento protésico realizado¹¹.

En el 2015, en Chile, Durand D. et al realizaron un estudio transversal donde se comparó la CVRSB de las personas adultas mayores; las cuales asistían a los centros de atención primaria de salud de dos comunas cercanas (Puerto Saavedra y Vitacura). La muestra total fue de 270 individuos entre hombres y mujeres; de los cuales 213 pertenecían a Vitacura y los 57 restantes a Puerto Saavedra. En la recolección de datos fue necesario utilizar el GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment index), este instrumento permitió medir CVRSB de cada adulto mayor. En cuanto a los resultados se resalta que el 77,4% de los encuestados percibieron su CVRSB como negativa, además se observó valores más bajos de percepción en la comuna de Puerto Saavedra y finalmente la tendencia del sexo femenino de ambas comunas fue negativa. Por lo expuesto anteriormente se concluyó que la CVRSB percibida por los adultos mayores de ambas comunas es negativa, esto indistintamente de la edad y el lugar de residencia. Una situación esperada por ser una zona de alta prevalencia de enfermedades bucales, además de mantener un acceso limitado en cuanto a la atención dental.¹²

En Taiwan Yen Y-Y. et al durante el 2015 desarrollaron un estudio titulado “Impacto de las prótesis removibles en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) en adultos mayores”. El propósito fue evaluar la asociación entre el uso de dentaduras postizas y la OHRQoL en una muestra de individuos ancianos. La población de estudio incluyó a 277 personas mayores con prótesis removibles (edad promedio = 76.0

años). Mediante entrevistas cara a cara, recopilaron datos tales como: características sociodemográficas de cada participante, uso del servicio durante la atención dental (controles odontológicos regulares, tratamiento durante el dolor de muelas, visitas dentales en el último año) y factores relacionados con el uso de dentaduras postizas (percepción oral dolor, dentadura postiza percibida suelta, úlcera oral percibida, halitosis percibida, boca seca percibida, y puntajes percibidos totales de satisfacción de la dentadura postiza). OHRQoL lo midieron utilizando la versión taiwanesa del Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica (GOHAI-T). La ubicación y número de los dientes naturales restantes y el tipo de dentadura también se registraron. El análisis de regresión múltiple jerárquica se realizó utilizando puntuaciones GOHAI-T como la variable dependiente. Los resultados evidenciaron que todos los predictores juntos representaron el 50% de la varianza en los puntajes GOHAI-T. Además, el nivel de educación, la cantidad de dientes naturales, el estado de la dentadura postiza, la dentadura postiza suelta percibida, la úlcera oral percibida y los puntajes de satisfacción total percibida de la dentadura tenían influencias estadísticamente significativas en OHRQoL. En comparación con otras variables, los factores relacionados con el uso de dentaduras postizas, especialmente los puntajes de satisfacción total percibidos de la dentadura, tuvieron el mayor impacto en los puntajes GOHAI-T. Finalmente, concluyeron que de los factores analizados en este estudio, la satisfacción de la dentadura fue el predictor más fuerte de OHRQoL¹³.

En el 2013, Montero J. et al; presentaron una investigación titulada “Cambios autopercibidos en la calidad de vida relacionada con la salud oral después de recibir diferentes tipos de tratamientos protésicos convencionales: un estudio de seguimiento de cohortes”, con el propósito de evaluar los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud oral percibidos por personas que fueron tratadas con prótesis convencionales. Para ejecutar este estudio fue necesario ubicar a 153 personas que necesitaran rehabilitación protésica; también se tuvo que realizar el registro de factores sociodemográficos de cada individuo, además de

datos relacionados a la prótesis dental. Estos datos son: número de unidades oclusales, estéticas y pérdidas, además se utilizó el índice de Eichner. Los impactos iniciales en CVRSB fueron recolectadas utilizando el OHIP-14; después de un mes de tratamiento se realizó una nueva evaluación para ver si las prótesis dentales habían generado algún cambio en la vida de los pacientes, para ello tuvieron que responder 14 ítems Post-OHIP. Los pacientes del estudio fueron comparados con la población de referencia (población P, n = 123) en términos de CVRSB. Dicha población de P consistió en adultos españoles que usaban prótesis dentales convencionales que no buscaban ningún tratamiento dental. Establecieron cuatro cohortes protésicas entre ellas: Prótesis dentales fijas (FDP); prótesis parciales removibles a base de metal (M-RPD); dentaduras parciales acrílicas (AD) y dentaduras completas (CD). Los resultados arrojaron una CVRSB significativamente menor en pacientes que necesitan AD o CD que los que requieren M-RPD o FDP. El problema después de la rehabilitación removibles fue Dolor / incomodidad.¹⁴

En Colombia, en el 2013 Aranzazu GC. et al; desarrollaron un estudio transversal, cuyo objetivo fue establecer las necesidades de tratamiento bucal y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en el adulto mayor. En este estudio fue necesario contar con seis hogares geriátricos de la municipalidad de Florida Blanca en Santander (Colombia), que de forma voluntaria los adultos mayores pudieron participar en la investigación; para las personas que intervinieron en el estudio se les estableció diferentes necesidades de tratamiento, tomando en cuenta a la Organización Mundial de la Salud (OMS); además se debió aplicar el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) versión en español para determinar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal. Entonces se halló que de los 111 adultos mayores examinados un 86,5% requería de manejo preventivo y educación en higiene bucal; el 62,2% presentaba enfermedad sistémica por lo tanto necesitaba un tratamiento especial; El 44,4%, requería raspaje y alisado radicular a campo cerrado; el 37,8% de la población necesitaba un tratamiento especial por flujo salival y por último el 13,5%, requería intervención de

tejidos con manejo clínico; a estos resultados podemos agregar que en la frecuencia de auto percepción y calidad de vida no hubo asociación estadísticamente significativa. Por todo ello los autores concluyeron que hubo tres principales necesidades de tratamiento en el siguiente orden: educación en higiene bucal, tratamiento especial por enfermedad sistémica y tratamiento periodontal; además debemos mencionar que dichas necesidades de tratamiento fueron más importantes en pacientes con bajos puntajes de calidad de vida según el instrumento utilizado.¹⁵

Otro estudio, llevado a cabo en Chile; en el 2014 por Oliva C. et al quienes desarrollaron una investigación en pacientes que se encontraban en estado de postración y no tenían posibilidad alguna de recibir una atención odontológica primaria; dicho estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, su objetivo fue determinar el estado de salud oral de pacientes postrados severos mayores de 60 años y evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a cuidados de higiene oral por parte de sus respectivos cuidadores. Las mediciones realizaron a través de un examen clínico y una encuesta escrita. En los resultados se pudo evidenciar que el 55% de los pacientes presentaban edentulismo y el 69% no usa prótesis dental. Un 97,9% de los pacientes nunca ha sido visitado por un dentista. El 89,8% de los cuidadores indica no haber recibido instrucciones de como higienizar la boca de los pacientes postrados severos. Existe poco conocimiento sobre cuidado de prótesis, donde el 70,8% de los pacientes que utilizan prótesis removible relató dormir con ella. El 24% de los pacientes que usan prótesis presentaban estomatitis sub-prótesis. Concluyeron indicando que existe un estado de salud bucal deteriorado en estos pacientes y poco conocimiento en los cuidados de la salud bucal por parte de sus cuidadores¹⁶.

En el 2015, Agurto R, et al desarrollaron en Chiclayo un estudio que tuvo como propósito desarrollar una investigación de tipo descriptivo sobre la calidad del diseño de los componentes de la Prótesis Parcial Removible (PPR) de base metálica en modelos de trabajo en un laboratorio dental. En este estudio se necesitó 85 modelos de estudio que fueron

recepcionados en un laboratorio dental; en la recolección de datos fue necesario validar una ficha, con el cual se pudo evaluar el diseño de los componentes de la PPR. El análisis de los valores hallados fue mediante estadística netamente descriptiva, también se utilizó las frecuencias y porcentajes. En cuanto a los resultados se pudo inferir que el 51.76 % del diseño de apoyos fue ejecutada de manera correcta, un 50.59% registro un diseño correcto de los retenedores, el 41,18% evidencio conectores mayores adecuados y un 47.06 % conectores menores diseñadas en forma correcta, a ello debemos agregar que el 70.59% del diseño estaban ejecutadas de forma correcta. De esta manera se pudo concluir que gran porcentaje de los componentes de la PPR son diseñados incorrectamente, lo que evidencia un claro déficit en el diseño de PPR por parte del Cirujano Dentista¹⁷.

En Arequipa, en el 2015 Becerra P. desarrolló un estudio que tuvo como objetivo fundamental si existe relación entre la salud bucal y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la PNP (Policía Nacional del Perú). En cuanto al diseño metodológico podemos decir que fue un estudio transversal, donde se buscó relacionar dos variables, siendo una de ellas salud bucal y la otra calidad de vida; lo cual estaba dividido en siete indicadores (limitación funcional dentaria, dolor dentario, disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventajas). Se contó con una población de 83 personas; sin embargo al valorar los criterios de inclusión y exclusión la muestra final fue de 71 personas; en la recolección de datos se tuvo que encuestar a todos los participantes para ello se usó un instrumento denominado "Impacto de la Salud Bucal en relación a la Calidad de vida", este incluyo los siete indicadores antes mencionados. Se concluyó que existe una buena y regular salud bucal así como una mediana y alta la calidad de vida en los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Regional "Julio Pinto Manrique" de la PNP, así mismo se pudo inferir que existe una relación directa entre ambas variables.¹⁸.

En Lima del 2013, Gallardo A. et al desarrollaron un estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana” de tipo descriptivo, cuyo objetivo fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral. Se realizó un muestro no probabilístico con personas voluntarias, seleccionando así a 164 personas adultas mayores; siguiendo los parámetros de una investigación se procedió a recolectar los datos en una entrevista personalizada incluyendo la siguiente información: edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y además se aplicó el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). La prueba estadística utilizada para hallar la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas fue la prueba de chi cuadrado, utilizando el nivel de significancia de 5%. En los resultados se pudo evidenciar que un gran porcentaje (77,4%) de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral, seguido de una percepción “regular” (18,3%); Al relacionar la autopercepción de salud oral y el sexo, con el nivel educativo, ni con la existencia de enfermedades sistémicas no se halló ningún tipo de relación. En este caso se pudo concluir que la mayoría de los adultos evaluados perciben una “mala” salud oral, por tanto requieren de atención odontológica, por ello recomendaron incluir un programa integral de salud en la institución donde se realizó la investigación.¹⁹

2.2. Base teórica

2.2.1. Adulto Mayor

Para definir lo que consideramos un adulto mayor debemos tener en cuenta las características socio-económicas en que se encuentra un país, porque de ello dependen las diferencias cronológicas que nos detalla la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS califica como adulto mayor a las personas de 60 años en adelante, claro está que esto se cumple en los países en vía de desarrollo; para los países desarrollados la edad promedio es de 65 años.²⁰

2.2.1.1. Consideraciones sobre el envejecimiento

En un estudio realizado por Gutiérrez L.²¹ se presenta las siguientes consideraciones generales sobre el envejecimiento:

- **Cronológico:** Se debe entender como el tiempo que transcurrió a lo largo de los años desde que una persona nace. Es claro que la transición se da gradualmente, aunque a veces puede parecer que el cambio es repentino.
- **Biológico:** El envejecimiento biológico es un proceso que se presenta mediante etapas, el cual se dará en momentos distintos y en diferentes órganos; dependiendo de su funciones. Dichos cambios se manifiestan en niveles distintos; estos pueden ser a nivel molecular, nivel celular, nivel tisular y nivel orgánico; también veremos alteraciones en los niveles estructurales y funcionales.
- **Psíquico:** Es evidente observar diferencias entre los jóvenes y los viejos; manifestándose en dos grandes grupos: la cognoscitiva, que hace referencia a afecciones en los pensamientos y la inteligencia; y la psicoafectiva, la cual se manifiesta en la personalidad y en la afectividad. Por lo anterior podemos inferir que existen dos

determinantes para el adulto mayor: una de ellas es la capacidad de adaptación a las pérdidas y el otro es el cambio que se suscita a lo largo de su existencia.

- **Social:** son roles que el adulto mayor desempeñara dentro de una sociedad. Existen variables sociales que cambian según va avanzando la edad, y estos afectan más a unos que a otros. Un ejemplo claro es el ciclo de dependencia e independencia que presente cada individuo.
- **Fenomenológico:** Las personas manifiestan una percepción subjetiva individual, dependiendo de lo sienten en momentos determinados, sin cambiar su esencia. Dicha percepción subjetiva adquiere más valor cuando estudiamos algunos mecanismos sobre la adaptación, lo que permite al individuo tener una vejez exitosa.
- **Funcional:** Esta en relación directa con la integridad de cada persona; esto es el resultado de la interrelación de diferentes componentes tales como los biológicos, los psicológicos y los sociales, durante un proceso de envejecimiento.

2.2.1.2. Proceso de Envejecimiento

Existen diferentes cambios durante un proceso de envejecimiento, afectando así dos aspectos importantes de la persona tanto a biológicamente como psicológicamente. También debemos considerar la importante transformación que existe a nivel social, lo cual se va desarrollando en las personas.²²

Para Alonso P.³ todo se resume en dos tipos de envejecimiento:

- Envejecimiento primario: Proceso que se desarrolla a lo largo de las diferentes variaciones observadas que se van mostrando con la edad en los individuos y no están relacionados con alguna enfermedad. Estos procesos y cambios se centran a nivel genético,

molecular y celular que van interviniendo a lo largo del envejecimiento.

- **Envejecimiento secundario:** Se presenta cuando los individuos son sometidos a muchos fenómenos de manera aleatoria y selectiva, esto ocurre en cuanto van pasando los años. Los principales representantes de este envejecimiento son las enfermedades crónicas, así como son los cambios adaptativos que ayudan en la homeostasis del medio interno. Este proceso va relacionado con hábitos y estilos de vida que posee cada individuo; además abarca todos los aspectos que intervienen en el proceso de la enfermedad.

El organismo de un individuo mayor tarda en recuperarse de cualquier afección que implique un cambio dentro de lo normal; por ello a los adultos mayores se les considera vulnerables. Estas personas desarrollan diferentes mecanismos lo que permite adaptarse compensando de esta forma sus carencias. Esta es la razón, por la cual llevan una vida con relativa autonomía.²²

2.2.1.3. Cambios Orales

Los cambios que se presentan en la cavidad bucal a medida que el individuo envejece son pequeños, a diferencia de otros órganos. Diferenciar los cambios fisiológicos normales y los procesos subclínicos de una enfermedad es muy difícil.²³

Pérez L.²³ considera que los siguientes cambios orales se dan en un adulto mayor:

- **En los dientes**

Existen cambios en cuanto al color y la forma de los dientes según va avanzando la edad. Cuando la longitud del diente se encuentra disminuida y existe adelgazamiento de esmalte podemos considerar que estamos frente a una atrición o desgaste fisiológico. Por ello, la dentina se vuelve prominente y el diente tiene una

aparición amarillenta y la translucidez natural desaparece. Se puede presentar lesiones no cariosas como son: la atrición, la abrasión y la erosión; alterando de manera permanente tanto la apariencia como la forma de las piezas dentales.

El tamaño de la cámara pulpar se observara disminuida, esto debido a la formación de dentina que se da desde la erupción completa de los dientes. Por lo tanto, el estrechamiento de la cámara pulpar se observara en los distintos puntos anatómicos del diente (techo, piso y paredes de dicho órgano). Debemos tener en cuenta que el grado de vascularización t se reduce de manera importante al pasar los años, esto contribuye desfavorablemente a que el diente pueda recuperarse después de un episodio de caries.

- **En la mucosa bucal y periodonto**

Los diferentes cambios en los tejidos tisulares se dan por las diferentes alteraciones presentadas en las células, queratinización, en el colágeno incluso la desorganización que se desarrolla en las bandas y fibras elásticas. A mayor edad mayor es el diámetro de estas, sin embargo este proceso no causa cambios en la mucosa bucal. También se observa recesión gingival lo cual aumenta al pasar los años; pero este hecho está ligado a factores predisponentes tales como: el traumatismo que ocasiona el cepillado.

- **Cambios óseos**

La fortaleza del hueso se ve afectado por un cambio microscópico presentado en la matriz ósea, además de alteraciones en la composición química de dicho órgano; estos cambios afectan a la cavidad bucal incrementándose cuando un anciano pierde una pieza dental y cuando existe reabsorción de los rebordes residuales en los edéntulos.

- **Cambios relacionados con las glándulas salivales**

La disminución en cuanto a la producción de saliva; según las investigaciones, afirman que existe una disminución de dicha producción que se encuentra relacionada con la edad. Otro punto importante es que las histaminas (efecto anticandidiásico) se encuentran deprimidas; además de presentarse alteraciones en las proteínas antimicrobianas.

Según los reportes las glándulas submandibulares presentan un 40% de pérdida de células acinares relacionadas con la edad; en las glándulas parótidas y labiales también se han reportado cambios morfológicos.

Por lo expuesto en lo anterior es que los ancianos padecen de xerostomía, lo cual causa pérdida en el gusto y provoca dificultades al comer, a ello se suma otro factor importante como el exceso de medicaciones, el cual provoca una disminución considerable del flujo salival. EL mecanismo protector para los patógenos en la cavidad bucal son el flujo salival y la deglución; lo cual afecta al paciente anciano porque carecen de ello.

2.2.1.4. Prevalencia e incidencia en Perú

Para el año 2018 vemos un crecimiento del 5.7% al 10.4% de una de las poblaciones más vulnerables del Perú que es el adulto mayor. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) presentó un informe reciente donde considera a las personas de 60 años a más en el grupo etario de adultos mayores, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas. Al primer trimestre del año 2018, el 42,2% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 a más años de edad. En Lima Metropolitana la proporción de hogares con algún miembro adulto mayor, alcanza el 43,8%. Los hogares del área rural con un adulto mayor registran el 41,6%. En tanto en el resto urbano, el 41,4% de los hogares, tienen una persona de este grupo etario.²⁴

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el Perú es un país considerado en estado de emergencia; en lo que se refiere en salud bucodental. Por esta razón el estado peruano creó el Plan Nacional Concentrado de Salud (PNCS), el cual identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concentración para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la cavidad bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú, siendo los más afectados niños y adultos mayores.²⁵

2.2.2. Edentulismo

La dentición natural puede perderse; en la mayoría de casos porque es extraída por un profesional, de manera parcial o completa. Esto deriva de la afectación que pueden poseer las superficies dentales a raíz de la caries dental y enfermedades periodontales.²⁶

El edentulismo afecta considerablemente la calidad de vida del individuo que padece este problema, pues esto puede afectar otros órganos del sistema estomatognático (remanentes dentarios, el periodonto en su conjunto, los músculos y la articulación temporomandibular); lo que puede conllevar a numerosas dificultades dentro de la cavidad oral tanto en lo funcional como en lo estético. Por esta situación, las dificultades funcionales del paciente se presentan en la masticación, la fonación, la articulación, entre otras.^{26, 27}

Entonces podemos inferir que el edentulismo está relacionado con la salud bucal, lo cual corresponde a la ausencia de los dientes; de esta manera lo podemos clasificar en edentulismo parcial y edentulismo total.²⁸

2.2.2.1. Tipos de Edentulismo

Vanegas F.²⁷ menciona que el edentulismo se divide en:

- Edentulismo total: cuando en la cavidad bucal no encontramos ningún diente.
- Edentulismo parcial: cuando en la cavidad bucal solo faltan algunos dientes.

2.2.2.2. Consecuencias del edentulismo parcial

En un estudio realizado por López J.²⁶ menciona que existen diferentes razones que pueden llevar a la pérdida parcial de la dentición natural. Entre ellas se pueden mencionar:

- Trastornos estéticos;
- Deficiencia durante la masticación;
- Inclinaciones, migraciones y rotaciones en dientes remanentes;
- Dientes Extruidos;
- Pérdida de soporte de los dientes;
- Alteraciones del maxilar inferior;
- Lesiones no cariosas, específicamente cuando existe atrición dental;
- Pérdida de la dimensión vertical;
- Disfunción de la articulación temporomandíbular;
- Disminución excesiva del hueso alveolar y rebordes alveolares reducidos.

Boucher L.²⁹ menciona que la ausencia de los dientes naturales afecta considerablemente a la oclusión del paciente en diferentes formas. Puede afectar a las piezas dentales remanentes causando movimientos inadecuados en dichas piezas dentales; pudiendo provocar la desviación de la mandíbula.

Se debe tener en cuenta que la inclinación y la migración de las piezas dentales, pueden contribuir a la alteración de soporte

periodontal, causando pérdida de hueso alveolar. Otros efectos que suelen presentarse son: la disminución en la dimensión vertical oclusal, también se puede presentar alteración en la articulación temporomandibular. Por lo tanto habrá disminución en la eficacia masticatoria; viéndose afectado tanto el bienestar como la salud de las personas.²⁹

2.2.2.3. Clasificación según Kennedy

En el “Manual para Prótesis Parcial Removible”³⁰ menciona la clasificación establecida por el Dr. Edward Kennedy, el cual está dividido en cuatro clases, desarrolladas a continuación:

- **CLASE I:** Es cuando la zona edéntula se encuentra en la parte posterior de manera bilateral.
- **CLASE II:** Cuando la zona edéntula se encuentra en la parte posterior de manera unilateral,
- **CLASE III:** Cuando la zona edéntula es unilateral con pilar posterior.
- **CLASE IV:** Cuando existe ausencia de dientes anteriores, siempre en cuando haya pasado la línea media.

2.2.2.4. Reglas de Applegate

En un estudio presentado por Dao R.³¹ nos explica las ocho reglas elaboradas por Applegate, estas reglas contribuyen en la clasificación de Kennedy. A continuación lo detallamos:

1. La clasificación debe realizarse siempre después de realizar la última extracción.
2. Si el molar está ausente y no será reemplazado, no deberá ser considerado en la clasificación.
3. Los terceros molares se consideran en la clasificación cuando sean utilizados como dientes pilares.

4. Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no debe considerarse en la clasificación. Este caso se da cuando tampoco hay segundo molar antagonista.
5. La zona edéntula más posterior es la que determina siempre la clasificación.
6. Las zonas edéntulas distintas de las que determinan la clasificación son denominados modificación o divisiones, los cuales son designados por su número.
7. La extensión del espacio de modificación no se considera en la clasificación, sino solamente el número de áreas edéntulas adicionales.
8. La clase IV es la única que no permite modificaciones, si acaso existiera una zona edéntula posterior esta sería la que determinaría la clasificación.

2.2.3. Prótesis Dental

La prótesis dental, es un aditamento artificial que reemplaza una, varias incluso todas las piezas dentarias, devolviéndole también la relación intermaxilar, al mismo tiempo restablece la dimensión vertical, dichos aparatos se confeccionan en los laboratorios dentales, la finalidad de esto es sustituir las piezas dentales ausentes, de esta manera se puede recuperar la función masticatoria, la fonética y la estética.³²

2.2.3.1. Tipos

Según el “Manual para Prótesis Parcial Removible”³⁰ las prótesis dentales se pueden clasificar de la siguiente manera:

- **Prótesis Dentosoportadas:** Son todos aquellos dispositivos cuya vía de carga se da en las piezas dentales remanentes o las que se encuentran como pilares.

- **Prótesis Dentomucosoportadas:** También se le llama vía de carga mixta, puesto que el soporte se encuentra tanto en las piezas dentales como en la mucosa.
- **Prótesis Mucosoportada:** Es cuando todo el soporte o retención se da únicamente en la mucosa residual; como es el caso de los edentulos completos.
- **Prótesis sobre implante:** La vía de carga está dada sobre un aditamento (implante) que se coloca en el hueso alveolar.

Blacio M.³² menciona otro tipo de clasificación; presentado a continuación:

- **Prótesis completa:** Son aquellas prótesis donde se reemplazan todas las piezas dentales, esta puede ser en maxilar superior como en el inferior.
- **Prótesis parciales:** Cuando es necesario reemplazar solo algunos dientes. Puede faltar uno o más piezas dentales. Estas se dividen en:

Prótesis fijas: Es aquella prótesis soportada por dientes o por implantes que una vez instalada no puede ser retirada por el paciente.

Prótesis removibles: Tienen un soporte de plástico sobre la que se ubican uno o más dientes postizos. Esta base se une a los dientes que delimitan el espacio que no tiene dientes mediante unos ganchos metálicos.

2.2.4. Prótesis Parcial Removibles (PPR)

La PPR es un aditamento que va encima de los rebordes alveolares residuales, además se apoyan en las piezas dentales que aún persisten en boca; reemplazando de esta manera a los

dientes ausentes. Estas prótesis son diseñadas para ser removidos por el paciente. La PPR está hecha principalmente en combinación de dos materiales dentales; la aleación metálica (armazón o base) y el acrílico (dientes y falsa encía).²⁹

2.2.4.1. Propósito de una prótesis parcial removible

Según el Dr. Muller DeVan, en 1952 afirmó que el propósito primordial de las dentaduras parciales removibles es “la preservación de lo que permanece y no el reemplazo meticuloso de lo que se ha perdido”. Por ello es determinante que este objetivo primario tiene que cumplirse, claro está que deben de considerarse otros propósitos adicionales en las dentaduras parciales removibles como por ejemplo mantener o mejorar la fonética, establecer o aumentar la eficiencia masticatoria y restaurar la estética.²⁹

2.2.4.2. Indicaciones

La PPR, según Loza D.³³, Stewart K.³⁴, y Mallat E.³⁵ deben ser indicadas en los siguientes casos:

- **En pacientes jóvenes y en personas de edad avanzada**

Se encuentra indicado en aquellos pacientes que poseen una edad avanzada, pues su expectativa de vida es reducida, considerando también su salud integral; a esto se suma el alto costo y procedimientos largos que requieren realizar una prótesis fija. En los jóvenes que tienen menos de 20 años, es importante considerar la amplitud que posee la pulpa dentaria en caso se desee realizar una prótesis fija, puesto que se necesita un tallado profundo; lo cual nos puede conducir a un tratamiento de conductos (endodoncia).

- **Espacios edéntulos muy largos**

En brechas muy amplias o largas está contraindicado una prótesis fija porque los pilares se verían afectados con el tiempo por tener demasiada carga dental, sin embargo una PPR recibe el soporte y

la estabilidad de las piezas dentales adyacentes y de los dientes que se encuentran del lado contrario de la arcada, además de la ayuda del reborde.

- **Hueso alveolar residual reducido**

Cuanto más años pasan sin piezas dentarias mayor es la reabsorción ósea, siendo esta más pronunciada en la zona antero-superior y a nivel de premolares; la estética requerida no se lograra con un aditamento fijo. En estos casos estaría indicada una PPR.

- **Prótesis inmediatas**

Cuando existe la necesidad de realizar extracciones seriadas, donde es necesario periodos largos de cicatrización.

- **Cuando está indicado la colocación de implantes después de realizar extracciones**

Para poder colocar una prótesis sobre el implante es necesario esperar un tiempo prudente para la osteointegración; en estos casos es casi obligatorio hacer una prótesis provisoria.

- **Dientes remanentes con soporte periodontal disminuido**

En personas de edad avanzada y que hayan tenido terapia periodontal, donde las piezas dentales remanentes han perdido soporte óseo, por ello no pueden soportar un aditamento fijo.

- **Cuando no hay pieza dental posterior al espacio edéntulo**

En brechas amplias donde no existe pieza dental posterior al espacio edéntulo, el cual actuaría como pilar; son en estos casos donde el método de reemplazo es limitado.

- **Necesidad de estabilización del arco cruzado**

Cuando es necesario estabilizar ambas fuerzas (laterales y anteroposteriores); esto se presenta después de haber realizado un

tratamiento a una enfermedad periodontal avanzada, es aquí donde necesariamente se debe estabilizar el arco bilateral.

- **Pacientes con problemas físicos o emocionales**

En pacientes que presentan problemas físicos y emocionales se contraindica la prótesis fija, ya que el procedimiento de confección es largo en una prótesis fija. Para estos pacientes se debe establecer un tratamiento menos invasivo y que requiera menos tiempo de preparación, por ello está indicado realizar una PPR.

- **Estética en casos específicos**

Muchas veces para darle naturalidad a la estructura dental en cuanto al largo del diente es necesario colocarlo sobre una base acrílica que solo realizar la terminación del pónico encima del reborde residual en una prótesis fija.

2.2.4.3. Formas de medir el estado de una prótesis

La prótesis parcial removible deberá cumplir ciertas características, lo cual permitirá establecer si este se encuentra en buen o mal estado, lo cual debería de presentarse el primer día de instalación y todo el tiempo que la prótesis permanezca en boca³⁶. Para esto deben de cumplir lo siguiente:

- Función y estética; para devolver adecuadamente la fonación y la masticación del paciente.
- Estructura rígida, evitando flexión.
- Retención adecuada que pueda evitar la salida de la prótesis en el movimiento realizado durante la masticación y la fonación.
- Eje de Inserción única que permita al paciente insertar y retirar la prótesis.
- No deben ejercer fuerzas dañinas sobre las estructuras orales.

- No provocar daños ni facilitar la pérdida de los dientes remanentes del paciente.
- Debe cumplir la tríada de Housset (soporte, retención y estabilidad)

2.2.4.4. Requerimientos de equilibrio de una PPR

Según Alvarez H.³⁷, asegura que el equilibrio de la prótesis parcial removible metálica se da si presenta los siguientes requerimientos:

- **Soporte:** Esta se produce cuando los elementos anatómicos entran en contacto con las estructuras protésicas y por ende impiden la intrusión de la prótesis sobre el tejido blando ante las fuerzas que se dan en dirección paralela y sentido apical de los dientes. Por ello se dice que para obtener un buen soporte deben de actuar adecuadamente todos los componentes horizontales de la PPR.
- **Retención:** Esta es producida cuando los elementos protésicos entran en contacto con las estructuras dentarias, de esta manera limita e impide movimientos horizontales, que se originan cuando existen fuerzas laterales no paralelas al eje de inserción. Por ello se dice que para obtener una buena retención deben de actuar adecuadamente todos los elementos verticales de la prótesis parcial removible cuando entran en contacto con las estructuras mucóseas y los dientes.
- **Estabilidad:** Esta se produce cuando los elementos protésicos específicamente retenedores, contactan con los pilares impidiendo así la expulsión del aparato protésico por las fuerzas extractivas que se generan sobre ella, por ello es importante la ubicación pasiva de dichos retenedores, estos deben ir ubicados por debajo del ecuador protético; solo así se obtendrá una efectiva retención de la PPR.

2.2.4.5. Filosofía SER (Soporte-Estabilidad-Retención)

El manual para prótesis parcial removible denomina “Filosofía SER” a tres funciones fundamentales: soporte-estabilidad-retención.³⁰

Por esta razón presentamos a continuación el esquema presentado por el manual para prótesis removible:

2.2.4.5.1. Soporte

Para obtener un buen soporte de la PPR debemos tener en cuenta los siguientes elementos protésicos:

- **Apoyos**

Es un aditamento rígido de la prótesis parcial removible que contacta íntimamente con las piezas dentales, disipando fuerzas verticales y horizontales. Estas prolongaciones evitan que la PPR se desplace de manera vertical en dirección gingival. Este aditamento permite restaurar el plano oclusal y en otros casos ayuda a ferulizar los dientes cuando se encuentran periodontalmente comprometidos.

Para la colocación de los apoyos se realizan preparaciones sobre los dientes; estos pueden ser oclusales, en el caso de dientes posteriores y linguales o palatinos en caso de dientes anteriores; también pueden prepararse sobre restauraciones de amalgama o resina, sobre coronas metálicas o estéticas. Es importante el adecuado espesor, lo cual evita la distorsión durante la carga.

- **Bases Protésicas**

Las bases son parte de la PPR que descansan sobre los tejidos blandos; de esta manera brindan siempre un buen soporte, a la vez brindan estabilidad y retención a la prótesis dentomucosoportada. Estas pueden ser exclusivamente acrílicas o acrílicas-resinosas sosteniendo así a los dientes artificiales.

- **Conector Mayor**

Son elementos de la PPR que unen partes de la misma y se encuentran en ambos lados del arco dentario. Tiene como principal función proveer rigidez a la prótesis.

2.2.4.5.2. Estabilidad

La estabilidad se va a establecer de acuerdo a la Línea de Fulcrum, la cual une los apoyos oclusales de los pilares principales que dan la mayor retención. Dicha línea va a establecer el punto céntrico de rotación y el movimiento de ingreso que tendrá la prótesis.

- **Retención Indirecta**

Se ubica por delante de la línea de fulcrum; es la acción mecánica que neutralizara la desunión entre la base protésica y el reborde residual, esto se da gracias a los elementos adicionales que posee el aparato protésico. A lo largo de esta línea imaginaria se producirá una acción de palanca; el cual es reducido gracias a la acción de los ganchos retentivos que se encuentran ubicados de manera indirecta, además también contribuye que las bases estén bien adaptadas.

- **Conectores Menores**

Elementos de la PPR que cumple la función de unir a los retenedores de los conectores mayores y las bases protésicas.

- **Placas Proximales**

Son aditamentos que se ubican sobre planos guía, estos trazan la trayectoria de inserción y remoción de la prótesis. Para ello se preparan las superficies proximales del diente pilar adyacente al área desdentada.

2.2.4.5.3. Retención

En la retención contribuyen dos elementos importantes:

- **Retenedores Directos**

Aditamento que va alrededor de piezas dentales específicas que evitara el desalojo de la prótesis.

- **Bases Protésicas**

2.2.5. Salud Bucal

La OMS sostiene que “la salud bucodental, es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de todo tipo de enfermedad dentro del sistema estomatognático”³⁸

2.2.5.1. Índice de CPOD

El CPOD según la OMS es el indicador de salud bucal de mayor renombre que se aplica en poblaciones grandes; es importante realizar este índice en dentición permanente. A continuación se detalla su escala de valor:

Bajo Riesgo	1.2 – 2.6
Mediano Riesgo	2.7 – 4.4
Alto Riesgo	4.5 – 6.5.

En este índice se establece la experiencia de caries en la actualidad como en el pasado, ya que considera a las piezas dentales con lesión cariosa y también a los tratamientos realizados con anterioridad. Dicho índice se usa de forma universal, donde se observa dentición afectada por caries dental.³⁹

2.2.5.2. Índice de Greene y Vermillion Simplificado de Higiene Bucal (IOH-S)

El IHO-S, está diseñado y representado por solo 6 piezas dentales dentro de la cavidad oral, además solo están determinadas superficies gingivales estrategicas.⁴⁰ Para ello se valoran dos variantes:

- Placa bacteriana en la superficie coronaria; llamada Índice de residuos (IR).
- Cálculo supra y sub gingival; conocida como índice de cálculos (IC).

El IHO-S se halla mediante la sumatoria de ambos índices (IR+IC), el resultado es dividido entre dos. Su escala de valoración⁴¹ es:

Excelente	0,0
Bueno	0,1 - 1,2
Regular	1,3 - 3,0
Malo	3,1 - 6,0

Las piezas dentales escogidas para el índice y las unidades gingivales fueron: la vestibular de 1,6, 1,1, 2,6 y 3,1 y la lingual de 3,6 y 4,6. ⁴⁰

Códigos y criterios del índice de residuos de Greene y Vermillion	
0	No hay placa, ni manchas.
1	Residuos blandos que cubren menos de 1/3 de la superficie del diente.
2	Residuos blandos que cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie del diente.
3	Residuos blandos que cubren más de las 2/3 partes del diente.

Códigos y criterios del índice de cálculo de Greene y Vermillion	
0	No hay presencia de cálculo supragingival ni subgingival.
1	Cálculo supragingival que cubre menos de 1/3 de la superficie del diente, sin presencia del cálculo subgingival.
2	Cálculo supragingival que cubre más de 1/3 pero menos de 2/3 partes de la superficie del diente y/o se observan depósitos únicos o aislados de cálculo subgingival.
3	Cálculo supragingival que cubre más de los 2/3 de la superficie del diente y/o hay una banda continua de cálculo subgingival.

2.2.6. Calidad de vida

Es una condición de complacencia global, producto de la disposición de capacidades de cada individuo. Observamos aquí dos criterios: subjetivo u objetivo. Se puede decir que la sensación subjetiva se encuentra en el bienestar físico, psicológico y social. Y el criterio objetivo viene a ser todo lo relacionado con lo material y los ambientes físicos y sociales, además de lo comprende la salud percibida de manera objetiva.⁴²

2.2.6.1. Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral

Actualmente este término se menciona cada vez más, puesto que plantea el desafío de realizar mediciones al igual que otros indicadores clínicos. Para Inglehart y Bagramian la CVRSO es la valoración personal frente a los siguientes factores que afectan el confort: factores funcionales, psicológicos, sociales y finalmente el factor del dolor.⁴³

2.2.6.2. Medición en el adulto mayor

Existen diferentes tipos de instrumentos tales como los que son aplicados de forma general o de manera específica, lo cual

depende de la condición oral, o el tipo de paciente que entrara en evaluación. Aquí se presentan algunas:

- **OHRQL**

Escala tipo Likert, mide criterios tanto positivos como negativos relacionados entre salud oral y CVRSO. Dimensiones: dolor, resequedad bucal, función al comer y masticar, función al hablar, función social, función psicológica, y percepción de salud.⁴⁴

- **OIDP**

Escala tipo Likert, mide el impacto negativo sobre actividades básicas diarias durante los últimos seis meses. Actividades a medir: comer, hablar, limpieza dental, actividades físicas ligeras, salidas, relajarse, dormir, sonreír, funciones laborales, estabilidad emocional y contacto social.⁴⁴

- **CS-OIDP**

Variación del OIDP, evalúa específicamente una causa específica relacionada con el tipo de impacto producido en la CVRSO.⁴⁴

- **GOHAI**

Instrumento tipo encuesta que se aplica específicamente a los adultos mayores, consta de 12 dimensiones o ítems que permite medir “problemas funcionales orales reportados por el paciente”, además del “impacto psicosocial asociado con enfermedad oral”. Todo ello permite evaluar la eficacia de tratamientos dentales.⁴⁵

- **Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP)**

Es uno de los cuestionarios más usados que permite la evaluación de pacientes en cuanto a su percepción sobre salud oral, además puede medirse el impacto sobre la calidad de vida. Existen diferentes instrumentos que se encargan de medir calidad de vida, sin embargo el OHIP se enfoca en la frecuencia de los impactos recibidos. El cuestionario cuenta con siete dominios y

estos son: dolor físico, incapacidad física, disconfort psicológico, incapacidad psicológica, limitación funcional, incapacidad social, y desventajas. Locker y Allen desarrollaron este instrumento a partir del OHIP-EDENT, manteniendo las mismas dimensiones y solo consta de 19 preguntas. Está demostrado que dicho instrumento es sensible a los cambios, posee una consistencia interna transcultural y es confiable.⁴⁶

2.2.6.3. Dimensiones de la calidad de vida

Se describe a continuación; las dimensiones consideradas en el presente estudio:

- **Limitación funcional**

Se dice que la limitación funcional es una restricción en las acciones físicas y mentales básicas, esto incluye actividades prioritarias como la marcha, la masticación, la fonación, el alcanzar o agarrar un objeto, entre otros. Este estado dependerá de los procesos de los diferentes factores, aquellos que puedan acelerar o enlentecer su progresión según va avanzando el tiempo, se puede evidenciar que los trastornos asociados al envejecimiento afectan de manera directa al surgimiento de la discapacidad. Según que la población se va envejeciendo, también va aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes que al no tratarse adecuada y oportunamente, se complican y presentan secuelas que dificultan la libertad y la voluntad de los individuos.⁴⁷

- **Dolor físico**

El dolor permanente, incluyendo la carga de sufrimiento de este, agrava la situación de los adultos mayores; a esto se suma los trastornos propios de la edad. En el caso de las PAMs se debe tener en cuenta el dolor, pues en la mayoría de veces la dolencia conlleva al progresivo deterioro físico.

La experiencia y percepción del dolor son el resultado de muchos factores los cuales influyen en las causas y en las bases culturales del individuo, tanto en las experiencias y como en las emociones vividas anteriormente. Por ello, tanto el umbral como la tolerancia son variables en los diversos individuos y aún en la misma persona en circunstancias diferentes. Por esta razón es primordial tratar el dolor sobre todo en los adultos mayores; esto debe hacerse con responsabilidad para procurar velar por el bienestar de los pacientes.⁴⁸

- **Disconfort psicológico**

El disconfort psicológico es una percepción subjetiva sobre sentirse o encontrarse mal, de estar de desanimado o de sentirse insatisfecho, lo cual se puede relacionar con las condiciones sociales, personales y de la manera en como las personas se enfrentan a ellas.

Existen varios estudios realizados por diferentes autores donde se encontraron varios aspectos que correlacionan de forma significativa con la complacencia dinámica de los individuos; como por ejemplo, la condición anímica y la afinidad social como la depresión y la ansiedad; esto debido a que existe una inadecuada formación en cuanto a lo que significa ser un adulto mayor. Por ello es importante el reconocimiento de afectos en la vejez siempre que ello permita la mejora en la calidad de vida de ellos.

Distintas situaciones vividas por las PAMs pueden limitar el bienestar psicológico, lo cual está íntimamente relacionada con la adaptación, las amenazas y las pérdidas dentro de los cambios físicos y psicosociales.^{49, 50}

- **Incapacidad física e incapacidad psicológica**

La incapacidad viene a ser la pérdida de funciones físicas o mentales. Es importante saber que la incapacidad física es un problema de salud constante en las personas adultas mayores.

Según los especialistas gran parte de ellos están en la posibilidad de mantenerse libre de discapacidad, sin embargo un envejecimiento no saludable culmina en una vejez "patológica". La función física para las personas debe valorarse según la capacidad que tienen en realizar diariamente las labores principales aunque estas necesiten ayuda.⁵¹

En la población de las PAMs se encuentran con mayor frecuencia alteraciones en la salud mental, por lo cual se debe prestar la importancia debida; así como se le presta atención a la salud física, porque de esta manera hay un incremento en su dependencia funcional. Gran parte de los problemas de salud mental siempre pasan, lo cual puede conllevar a la muerte. Se puede concluir que la salud del cuerpo influye en la salud mental, y viceversa⁵².

- **Incapacidad social**

Esta dimensión hace referencia al estado en el que se encuentra el anciano; en la mayoría solo, aislado de las personas y sin comprensión, además no es entendido y mucho menos aceptado por sus propios familiares. Este rechazo puede terminar en eventos no gratos que lo llevara a una enfermedad, incluso hasta la propia muerte.

Es importante que los adultos mayores tengan redes de apoyo que promuevan la aceptación social donde se les reconozca su aporte a la sociedad; además es importante que expresen sus emociones y sentimientos, lo cual contribuirá a aminorar la percepción de amenaza. Para ello se debe establecer vínculos cercanos con otras personas, también se debe incluir actividad constante, porque esto promueve la protección de las personas adultas mayores en cuanto a su salud.⁵⁰

2.3. Terminología Básica

- **Calidad de vida:** Es el estado donde se tiene un alto grado de bienestar y se goza de buenas condiciones de vida.
- **Salud bucal:** Es la ausencia de enfermedades bucales, lo cual permite disfrutar de cada instante al momento de ingerir algún tipo de alimento.
- **CPOD:** Es un índice que evalúa la experiencia de caries; evalúa a los dientes permanentes que poseen caries, los que están obturados con material definitivo resina o amalgama) y los dientes perdidos o ausentes.
- **IOHS:** Es un índice que evalúa la higiene oral de cada individuo de manera simplificada.
- **Oral Health Impac Profile:** Instrumento que mide el impacto de la salud bucal y permite determinar la percepción de cada persona.
- **Género:** Son atributos o características que poseen los hombres y las mujeres y que cada sociedad considera apropiada.
- **Edad:** En el estudio se considera como el número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Cuando la salud bucal es buena la calidad de vida será buena.

2.4.2. Hipótesis específicos

- El nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible es alterada por la edad y género.

- El nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible es afectada por la enfermedad sistémica y medicación.
- El nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible es afectada por el tiempo de uso de la prótesis y la vía de carga.
- La salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible es buena según el índice oral de higiene simplificado (IOHS).
- La salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible es de bajo riesgo según el índice CPOD.
- La relación entre la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible y el estado de la prótesis removible (adaptación y conservación) es buena.
- El nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis parcial removible es buena.

Ho₁: No existe relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018.

Ha₁: Existe relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis parcial removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018.

2.5. Variables e indicadores

2.5.1. Variable dependiente

Calidad de Vida

2.5.2. Variable independiente

Salud Bucal (CPOD IOH-S)

2.5.3. Covariables

Edad

Genero

Enfermedades sistémicas

Medicación

Tiempo de uso de la prótesis

Vía de carga

Estado de la prótesis parcial removible (adaptación y conservación)

2.5.4. Operacionalización de variables

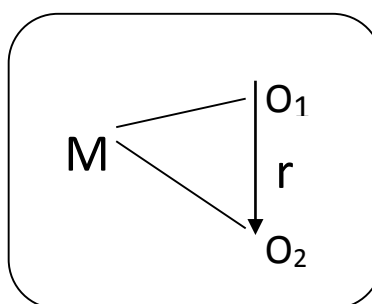
Variable	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Valor
Variable Independiente					
Salud Bucal	Cualitativo	Única	Estado de la prótesis dental	Ordinal	Bueno=5-8 Malo=0-4
		Dientes Cariados Perdidos y Obturados	CPOD		Bajo riesgo (1.2-2.6) Mediano riesgo (2.7-4.4) Alto riesgo (4.5-6.5)
		Higiene Oral	IHOS		Excelente (0) Buena (0.1-1.2) Regular (1.3-3.0) Mala (3.1-6.0)
Variable Dependiente					
Calidad de Vida	Cualitativo	Limitación funcional, Dolor físico, Disconfort psicológico, Incapacidad física, Incapacidad psicológica, Incapacidad social Desventaja.	Instrumento (Oral Health Impac Profile)	Ordinal	Bueno Regular Deficiente
Variables de caracterización					
Genero	Cualitativo	-----	Fenotipo del paciente	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Cuantitativo	-----	DNI	A razón	Años

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Siguiendo la taxonomía presentada por Supo en el 2015 podemos decir que el presente estudio es de tipo observacional-descriptivo (no hubo intervención por parte de la investigadora, además solo se describió la asociación de dos variables); Prospectivo (los datos estuvieron orientados al futuro) y de corte transversal (el estudio de variables fue en un solo momento). Debemos agregar que el enfoque del estudio fue cuantitativo; ya que se recogieron y analizaron variables cuantificadas que poseían una relación.

Para este estudio fue considerado un diseño correlacional, por tanto presentamos el siguiente esquema:



Dónde:

M = Muestra de estudio.

O₁ = Representa a la calidad de vida de las PAMs.

O₂ = Representa el análisis de la variable Dependiente salud bucal.

r = Representa la relación unidireccional de las variable independiente y dependiente.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población: La población de PAMs para este estudio fue desconocida; los cuales tenían que ser usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima.

3.2.2. Muestra: Teniendo en cuenta que el presente estudio tiene una variable principal de tipo cualitativo y a esto se le agrega que la población es finita; porque se desconoce las unidades totales para la observación. Esta muestra se calculó por medio de la siguiente formula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$)	$Z (1 - \alpha/2)$ $=$	1.960
Prevalencia (frecuencia del uso de prótesis)	$p =$	0.070
Complemento de p	$q =$	0.930
Precisión	$d =$	0.050

Tamaño de la muestra	$n =$	100.03
----------------------	-------	---------------

El tamaño de la muestra fueron 100 PAMs, se eliminó una encuesta por presentar información incompleta.

Se realizó un muestreo probabilístico, de manera aleatoria simple.

3.2.3. Criterios de selección de la muestra

3.2.3.1. Criterios de inclusión:

- PAMs, que participen voluntariamente en el estudio.
- PAMs, edéntulos parciales que se encuentran dentro de la clasificación de Kenedy (clase I, II, III y IV).
- PAMs, con prótesis parcial removible con estructura metálica.

- PAMs que se encuentren lucidos orientados en tiempo, espacio y persona.

3.2.3.2. Criterios de exclusión

- PAMs, que tienen un mayor riesgo a declinar y sus reservas fisiológicas están disminuidas, por tanto dependen siempre de alguien para poder desenvolverse diariamente (adultos mayores frágiles).
- PAMs, con alguna enfermedad bucal, infectocontagiosa.
- PAMs, que no acepten firmar el consentimiento informado.
- PAMs, con prótesis parcial removibles que no presenten sus componentes completos desde su diseño original.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista individualizada, la evaluación intraoral de la dentición y de las prótesis dentales, además de la documentación requerida por la institución donde se realizó la recolección. Los instrumentos de recolección de datos, fueron los siguientes:

3.3.1. Ficha de identificación de la muestra (anexo 02)

Bernal C.⁵³ elaboro un instrumento que tiene 9 preguntas, cuyo objetivo es caracterizar de forma descriptiva a la muestra en estudio. Obteniendo datos individuales generales y intraorales.

3.3.2. CPOD (anexo 03).

El índice CPO-D se utiliza en dentición permanente, es un indicador que permite establecer la salud bucal dentro de la población en estudio. La escala de gravedad está establecida de

acuerdo a un valor. Donde Bajo riesgo es considerado entre la puntuación de 1.2-2.6; Mediano riesgo tiene una puntuación entre 2.7-4.4 y Alto riesgo está valorado entre 4.5-6.5.³⁹

3.3.3. IOHS (anexo 03)

El Índice de Greene y Vermillion simplificado (IHO-S), facilita la exploración en grandes poblaciones, este índice está diseñado con tan sólo 6 dientes representativos de la cavidad oral y en determinadas superficies gingivales. Su escala es la siguiente: Excelente tiene 0 en cuanto a su puntaje; Buena está considerada entre los puntajes de 0.1-1.2; Regular presenta valores entre 1.3-3.0 y Mala está representada por 3.1-6.0.⁴⁰

3.3.4. Índice para evaluar el estado de la conservación de la prótesis (anexo 04).

Este instrumento fue elaborado por Bernal C.⁵³ en el 2010, el cual ayuda a determinar la adaptación y el estado de conservación que poseen las prótesis parciales removibles. Dicha encuesta tiene 8 items, por medio de ellos se logra evaluar la estabilidad, la integridad y la retención del aparato protésico.

3.3.5. Oral Health Impact Profile (anexo 05)

El OHIP-EDENT, diseñada y presentada por Allen F. y Locker D. está dirigido a la población edentula; debemos mencionar que son 19 preguntas en total, la cuales están distribuidas en 7 dimensiones (dolor físico, incapacidad física, discomfort psicológico, incapacidad psicológica, limitación funcional, incapacidad social y desventaja). De esta manera se evalúa la percepción y el impacto de la calidad de vida.⁴

3.3.6. Validación de los instrumentos de medición

3.3.6.1. Validación por juicio de expertos.

En este trabajo de investigación fue necesario realizar la validación de dos instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos y estos fueron:

Primero el Índice para evaluar la adaptación y el estado de la conservación de la prótesis, el cual tuvo modificaciones en cuanto al diseño y a la valoración. En el diseño las preguntas fueron divididas en dos dimensiones específicas: Adaptación de PPR en boca y Conservación de la prótesis. Y en la valoración se modificó los puntajes siendo los nuevos valores los siguientes:

Bueno = 5 – 8

Malo = 0 – 4

El segundo instrumento a validar fue el OHIP-EDENT; aquí solo fue un tema protocolar, puesto que este instrumento ya se encuentra validado en nuestro país. Por ellos solo se limitó a observar la encuesta minuciosamente.

La temática de validación fue presentar ambos instrumentos ante 5 expertos, los cuales 3 de ellos eran especialistas en el área de Rehabilitación Oral y 2 eran cirujanos Dentistas de profesión. Dicha revisión se dio en diferentes momentos y se evaluó el contenido de cada una de las preguntas que presentaban dichas encuestas, llegando a la conclusión unánime de que los contenidos eran coherentes. Por tanto pudieron ser aplicados para este estudio.

3.3.6.2. Procedimiento de recolección de datos

Previo a la recolección de datos se presentó una solicitud a la dirección de la Escuela Académica de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, para que emitan una carta de presentación que fue entregada al área de bienestar de la

municipalidad de San Juan de Miraflores la cual fue dirigida al alcalde José Altamirano; de esta manera se pudo realizar las coordinaciones necesarias para entablar contacto con las personas adultas mayores; así como también se estableció los horarios pertinentes para realizar la recolección. En el caso de las personas que iban a ser evaluadas era necesario que firmaran un consentimiento informado, donde se les explico detalladamente los pasos a seguir y todo lo que implicaba ser parte del estudio.

En el momento de recolectar los datos fue fundamental usar cuatro instrumentos que nos permitiría obtener toda la información, de los cuales 3 instrumentos evaluarían salud bucal (CPO-D, IOHS y índice para evaluar el estado de adaptación y conservación de la prótesis parcial removible) y 1 evaluaría calidad de vida (IHOP-EDENT).

Para recolectar los datos del CPOD (dientes obturados, cariados y perdidos), donde se valoró la pérdida dentaria, la presencia de caries dental y las piezas dentarias con restauraciones fue necesario realizar un odontograma a cada paciente , para ello se requirió: instrumental de diagnóstico (espejo y baja lenguas), linterna, campos, bombas de agua y aire; además de lapiceros rojo y azul. Seguidamente se recolecto los datos de higiene bucal mediante el IHOS; también conocido como Índice de Higiene Oral Simplificado, en este caso se utilizó instrumental de diagnóstico (espejo), hisopos y violeta de genciana que tinto las zonas con presencia placa bacteriana. Para la evaluación de los aparatos protésicos se usó la ficha sobre estado de adaptación y conservación de la PPR, lo que permitió evaluar minuciosamente cada detalle de la prótesis parcial removible. Como último instrumento se utilizó la escala de calidad de vida IOHP-EDENT, que consta de 19 ITEM'S lo que permitió que se evaluara la calidad de vida de las PAMs. Todos estos instrumentos fueron

aplicados en el centro integral del adulto mayor de san juan de Miraflores, con la mayor privacidad posible.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Para el procesado de datos tuvo que seguirse una secuencia, la cual se resume a 4 criterios. Lo primero que se hizo fue revisar los datos, donde se examinaron de manera crítica instrumento por instrumento realizando así correcciones inevitables que llevaron a un buen control de calidad. En segundo lugar se codificaron los datos, es aquí donde dichos datos se transforman en códigos numéricos según las variables que tiene el estudio. Seguidamente se clasificó los datos dependiendo del tipo de variables, puede ser de manera categórica, numérica y ordinal. Finalmente se realizó la presentación de datos a través de tablas y gráficos.

En el presente estudio fue necesario realizar dos tipos de análisis. Ellos fueron el análisis descriptivo y el análisis inferencial.

El análisis descriptivo está relacionado con las variables cualitativas, en este caso el género y la edad; para analizar estas variables se usó la tabla de frecuencia juntamente con sus porcentajes y en el caso de variables numéricas se empleó las medidas de tendencia central como son: la media, la mediana y la moda.

En el análisis inferencial todas las variables fueron categorizadas según estándares aprobados y conocidos, esto se pudo realizar mediante el análisis bivariado. Por lo expuesto anteriormente la prueba no paramétrica de Tau b de kendall fue la elección más certera, en el caso se trabajó con un valor de significancia estadística igual a $p \leq 0,05$, y para determinar la relación existe entre las variables fue prudente trabajar con el 95% de confianza.

Para todo este proceso, los datos fueron trabajados en SPSS, versión 23.0 para Windows.

3.5. Aspectos éticos

Esta investigación evaluó los principios éticos y jurídicos que fueron respetados en todo momento, incluyendo la confidencialidad de la información como el derecho de autor. Los participantes de la investigación firmaron un consentimiento informado, este documento garantiza que cada persona ha participado de forma voluntaria en la investigación; claro está que se le proporciono la información correcta antes de que firmaran. Además la investigadora no condicionó a los individuos con su autoridad o poder para que participen del estudio.

En la ejecución de la investigación fue necesario seguir los principios establecidos por la Asociación Médica Mundial (Actualización Fortaleza Brasil, 2013); estos principios son: de beneficencia, de respeto a la persona, de justicia y de autonomía. El principio de beneficencia se refiere al cuidado que se tuvo con cada individuo, por tanto no se les expuso a situaciones perjudiciales. En cuanto al principio de respeto a la persona se consideró la voluntariedad que tuvo cada individuo en la participación de la investigación, esto después de recibir la información correcta. Se cumplió con el principio de justicia explicando al participante: que el estudio era netamente para fines investigativos y de manera anónima. Y por último el principio de autonomía está asociado a la decisión voluntaria que tomo cada individuo para participar del estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Características demográficas de los usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Característica demográficas	n= 99	
	Fi	%
Edad		
Adulto mayor joven (55-64 años)	11	11,1
Adulto mayor maduro (65-74 años)	35	35,4
Adulto mayor (75-84 años)	48	48,5
Anciano (Mayor de 85 años)	5	5,1
Género		
Masculino	12	12,1
Femenino	87	87,9

Fuente. Ficha de identificación de la muestra (Anexo 02).

En la tabla sobre características demográficas de los usuarios en investigación, muestra lo siguiente; respecto a la edad 11,1% (11) son adultos mayores jóvenes entre 55 y 64 años; más de la tercera parte son adultos mayores maduros entre 65 y 74 años 35,4% (35); 48,5% (48) son adultos mayores entre 75 y 84 años y; 5,1% (5) pertenecen al grupo de ancianos de 85 años a más. En cuanto al género una mínima proporción pertenecen al género masculino [12,1% (12)], frente al 87,9% (87) de féminas.

Tabla 2. Promedio de edad según el género de los usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Género	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Masculino	79,08	82	9,01	60	75	82
Femenino	73,53	74	7,14	58	86	80

Fuente. Ficha de identificación de la muestra (Anexo 02).

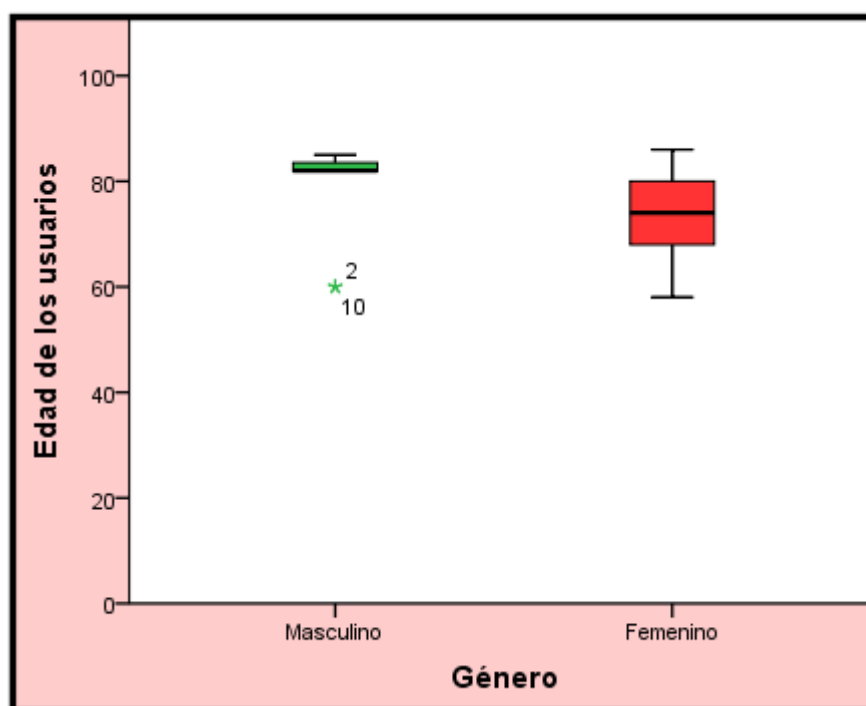


Figura 1. Representación gráfica de las edades según el género de los usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Respecto a la edad de los usuarios en investigación; en la figura 1, se observa que las personas de género masculino se encuentran entre los 60 y 75 años de edad. Siendo su promedio un alrededor de 79 años (DE= 9,01); en tanto el género femenino muestra una edad mínima de 58 años y una edad máxima de 86 años, y su promedio en este caso es de 74 años con una desviación estándar de 7,14. Mostrándose también resultados atípicos.

Tabla 3. Datos informativos de la prótesis dental removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Datos informativos	n= 99	
	Fi	%
Enfermedad sistémica		
Si	66	66,7
No	33	33,3
Tipo de Enfermedad		
Hipertensión	52	52,5
Diabetes	11	11,1
Asma	3	3,0
Medicación		
Si	63	63,6
No	36	36,4
Tipo de medicación		
Enalapril	10	10,1
Losartan	23	23,1
Metformina	8	8,1
Captopril	17	17,2
Diltiazem	2	2,0
Salbutamol	3	3,0
Xerostomía		
Si	10	10,1
No	89	89,9

Fuente. Ficha de identificación de la muestra (Anexo 02).

En el cuadro N°3 sobre los datos informativos de la prótesis dental removible de los usuarios en estudio, referente a enfermedades sistémicas más de la mitad presentaron enfermedades [66,7% (66)] como hipertensión [52,5% (52)], diabetes [11,1% (11)] y, asma [3,0% (3)], mientras que 33,3% (33) no evidenciaron tener enfermedades sistémicas. Respecto a la medicación, 63,6% (63) recibe medicación, frente al 36,4% (36) que no lo reciben. Por otro lado, 10,1% (10) tiene xerostomía, frente al 89,9% (89) que no lo tienen.

Tabla 4. Características de la prótesis dental removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Característica de la prótesis dental	n= 99	
	Fi	%
Tiempo de uso de prótesis		
De 2 a 5 años	31	31,3
De 5 a 10 años	37	37,4
Más de 10 años	31	31,3
Vía de carga		
Dentosoportada	18	18,2
Dentomucosoportada	81	81,8
Se quita la prótesis para dormir		
Si	76	76,8
No	23	23,2
Limpieza de prótesis después de cada comida		
Si	52	52,5
No	47	47,5
Presencia de lesiones en mucosas		
Si	6	6,1
No	93	93,9
Tipo de lesión		
Estomatitis protésica	6	6,1

Fuente. Ficha de identificación de la muestra (Anexo 02).

El cuadro N°4 donde se muestra las características de la prótesis dental removible de los usuarios en estudio, en cuanto al tiempo de uso de prótesis alrededor de la tercera parte lo usaban de 2 a 5 y más de 10 años [31,3% (31) respectivamente]; frente al 37,4% (37) de 5 a 10 años. De acuerdo a la vía de carga 18,2% (18) fue dentosoportada, frente al 81,8% (81) de dentomucosoportada. Así mismo más de las tres cuartas parte se quita la prótesis para dormir [76,8% (76)]; 52,5% (52) limpia su prótesis después de cada comida y; 6,1% (6) presentaron lesiones en la mucosa como la estomatitis protésica.

Tabla 5. Estado de salud bucal según IOHS de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Estado de salud bucal	n= 99	
	Fi	%
Bueno	36	36,4
Regular	40	40,4
Malo	23	23,2

Fuente. Evaluación de salud bucal (Anexo 03).

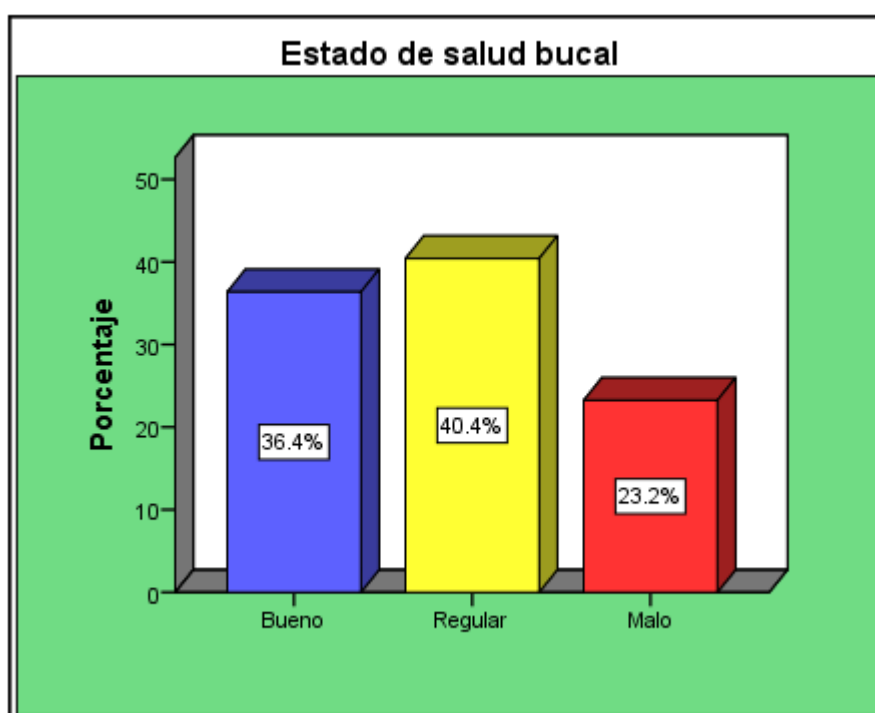


Figura 2. Representación gráfica del nivel de salud bucal según IOHS de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

La tabla 5 sobre el estado de salud bucal según el IOHS de los usuarios en estudio, se evidencia que, 36,4% (36) de los usuarios mostraron un buen estado de salud bucal; 40,4% (40) regular y 23,2% (23) tuvieron una salud bucal mala.

Tabla 6. Estado de salud bucal según CPOD de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Estado de salud bucal	n= 99	
	Fi	%
Bajo Riesgo	19	19,2
Mediano Riesgo	42	42,4
Alto Riesgo	38	38,4

Fuente. Evaluación de salud bucal (anexo 3).

La tabla 6 sobre el estado de salud bucal según el CPOD de los usuarios en estudio, se observó que el 19,2% (19) tienen un bajo riesgo en cuanto a su experiencia de caries (estado de salud bucal); el 42,4% (42) evidencia un mediano riesgo y 38,4% (38) poseen un alto riesgo.

DESCRIPCION DEL ESTADO DE ADAPTACION Y CONSERVACION DE PRÓTESIS REMOVIBLE CLASE I, II Y III

Tabla 7. Adaptación de PPR en boca de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Adaptación de PPR en boca	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Durante el interrogatorio y el examen clínico se observa del desplazamiento de la prótesis.	7	7,1	92	92,9
Al retirar la prótesis en sentido vertical el operador percibe resistencia a la acción de desalojo.	69	69,7	30	30,3
Al examinar la oclusión se observan relaciones armoniosas de los dientes artificiales y naturales.	84	84,8	15	15,2
Al Comprimir las caras oclusales de los dientes posteriores de un lado, en el lado contrario existe báscula.	32	32,3	67	67,7

Fuente. Índice para evaluar el estado de adaptación y conservación de prótesis removible clase I, II y III(Anexo 04).

En la tabla 7 acerca de la adaptación de PPR en boca de los usuarios en estudio, se aprecia que importantes proporciones afirmaron que en medio del interrogatorio y durante el examen extraoral se observó que el aparato protesico se desplazaba en un 7,1% (7); en el 69,7% (69) de las personas evaluadas se percibió resistencia a la acción de desalojo al retirar la prótesis en sentido vertical; en un 84,8% (84) se observaron relaciones armoniosas de los dientes artificiales y naturales en el momento de examinar la oclusión; y el 32,3% (32) mostro la existencia de báscula al ser comprimidas las caras oclusales de los dientes posteriores de un lado. Por otro lado, casi en la misma proporción no se adaptaron a la PPR en la boca.

Tabla 8. Conservación de la prótesis de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Conservación de la prótesis	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
La superficie de la prótesis se observa bien pulida y libre de porosidades.	75	75,8	24	24,2
La Prótesis parcial removible presenta reparaciones, rebasados y/o perdida de piezas artificiales.	4	4,0	95	96,0
En la Prótesis parcial removible se observa pérdida y/o fractura de los retenedores, apoyos o bases acrílicas.	0	0,0	99	100,0
La prótesis se encuentra libre de placa y sarro.	27	27,3	72	72,7

Fuente. Índice para evaluar el estado de adaptación y conservación de prótesis removible clase I, II y III(Anexo 04).

La tabla 8 sobre la conservación de la prótesis de los usuarios en estudio, se observó que el 75,8% de la superficie protésica se encuentra bien pulida y libre de porosidades; el 4,0% presento una PPR con rebases y/o perdida de una o varias piezas artificiales; y el 27,3% (27) de las prótesis está libre de placa y sarro. Mientras que, en mayor proporción no conservaron bien su prótesis.

Tabla 9. Adaptación y conservación de la prótesis removible según sus dimensiones de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Adaptación y conservación de la prótesis	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Adaptación de la prótesis	84	84,8	15	15,2
Conservación de la prótesis	26	26,3	73	73,7

Fuente. Índice para evaluar el estado de adaptación y conservación de prótesis removible clase I, II y III (Anexo 04).

En la presente tabla sobre la adaptación y conservación de la prótesis removible según sus dimensiones de los usuarios en estudio, se evidencia que, una importante proporción se adaptaron a la prótesis [84,8% (84)], frente al 15,2% (15) que no lograron adaptarse. Por otro lado, alrededor de la cuarta parte conservaron las prótesis [26,5% (26)], mientras que 73,7% (73) no pudieron conservar las prótesis.

Tabla 10. Descripción de la adaptación y conservación de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Adaptación y conservación	n= 99	
	Fi	%
Si	69	69,7
No	30	30,3

Fuente. Índice para evaluar el estado de adaptación y conservación de prótesis removible clase I, II y III (Anexo 04)

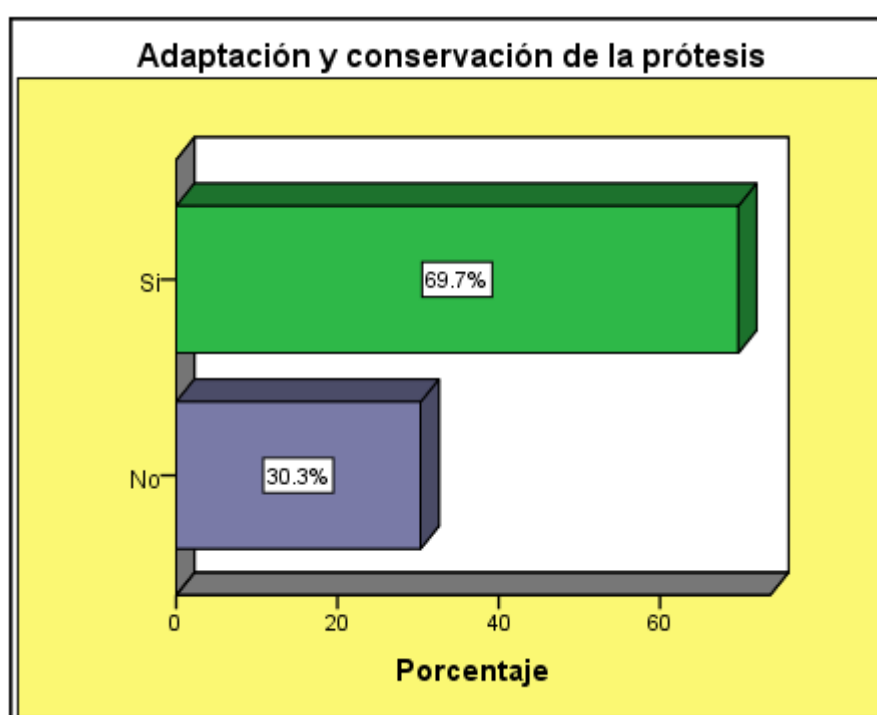


Figura 3. Representación gráfica del nivel de adaptación y conservación de la prótesis removible según sus dimensiones de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

La tabla 10 y la figura 3 sobre la adaptación y conservación de la prótesis removible de los usuarios en estudio, se evidencia que 69,7% (69) pudieron adaptarse y conservar las prótesis, frente al 30,3% (30) que no lo lograron.

DESCRIPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA AUTOPERCIBIDA POR LA MUESTRA EN ESTUDIO

Tabla 11. Descripción de la limitación funcional de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Limitación funcional	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Tuvieron dificultades mordiendo algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis	52	52,5	47	47,5
Retuvieron alimento en tus dientes o prótesis	39	39,4	60	60,6
Sintieron que sus prótesis no ajustan apropiadamente	57	57,6	42	42,4

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP - EDENT(Anexo 05).

La tabla 11 acerca de la limitación funcional de la prótesis removible de los usuarios en estudio, muestra que el 52,5% presentaron algunas dificultades en el momento de morder los alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis; el 39,4% retuvieron alimento en sus dientes o prótesis y; 57,6% sintieron que sus prótesis no ajustan apropiadamente. De otro lado con una menor proporción tuvieron limitaciones funcionales.

Tabla 12. Descripción del dolor físico de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Dolor físico	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Tuvieron molestias dolorosas en su boca	51	51,5	48	48,5
Encontraron inconfortable comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis	78	78,8	21	21,2
Tuvieron áreas dolorosas en tu boca	54	54,5	45	45,5
Tuvieron prótesis inconfortables	76	76,8	23	23,2

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP – EDENT (Anexo 05).

Respecto a la tabla 12 sobre el dolor físico de la prótesis removible de los usuarios en estudio, se evidencia que, alrededor del 51,5% tuvieron molestias dolorosas en su boca; el 78,8% se mostraron inconfortables a la hora de comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis; el 54,5% tuvieron áreas dolorosas en tu boca; y el 76,8% tuvieron prótesis inconfortables. Mientras que, en menor proporción evidenciaron dolor físico.

Tabla 13. Descripción del disconfort psicológico de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Disconfort psicológico	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Se siente preocupado por problemas dentales	29	29,3	70	70,7
Es consciente de si mismo por sus dientes, boca o prótesis	32	32,3	67	67,7

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP – EDENT (Anexo 05).

En la tabla 13 acerca del disconfort psicológico de la prótesis removible de los usuarios en estudio, se muestra que el 29,3% se siente preocupado por problemas dentales; y el 32,3% se preocupa por sí mismo de sus dientes, boca o prótesis. Por otro lado en mayor proporción mostraron disconfort psicológico.

Tabla 14. Descripción de la incapacidad física de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Incapacidad física	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Tuvieron que evitar comer algunos alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis	69	69,7	30	30,3
Son incapaz de comer con tus prótesis por problemas con ellas	71	71,7	28	28,3
Tuvieron que interrumpir comidas por problemas con tus dientes, boca o prótesis	73	73,7	26	26,3

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP – EDENT (Anexo 05).

La tabla 14 sobre la incapacidad física de la prótesis removible de los usuarios en estudio, se evidencia que, el 69,7% evito comer algunos alimentos por presentar problemas con sus dientes, boca o prótesis; un 71,7% de los encuestados fue incapaz de comer con su prótesis presentar problemas con ellas; y el 73,7% tuvo que interrumpir sus comidas por tener problemas con sus dientes, boca o prótesis. De otro lado, en menor proporción evidenciaron incapacidad física.

Tabla 15. Descripción de la incapacidad psicológica de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Incapacidad psicológica	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Se sintieron deprimidos por problemas con tus dientes, boca o prótesis	72	72,7	27	27,3
Se sintieron un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis	34	34,3	65	65,7

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP – EDENT (Anexo 05).

En la tabla 15 sobre la incapacidad psicológica de la prótesis removible de los usuarios en estudio, se halló que, 72,7% se sintieron deprimidos al tener problemas con sus dientes, boca o prótesis; y el 34,3% se avergonzaron porque presentaron problemas con sus dientes, boca o prótesis. Mientras que, con similar proporción mostraron incapacidad.

Tabla 16. Descripción de la incapacidad social de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Incapacidad social	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Evitan salir por problemas con tus dientes, boca o prótesis	71	71,7	28	28,3
Son menos tolerante con tu pareja o familia por problemas con tus dientes, boca o prótesis	77	77,8	22	22,2
Estuvieron un poco irritable con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis	79	79,8	20	20,2

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP – EDENT (Anexo 05).

La tabla 16 sobre la incapacidad social de la prótesis removible de los usuarios en estudio, se aprecia que el 71,7% evita salir por problemas con sus dientes, boca o prótesis; el 77,8% son menos tolerantes con su pareja o algún miembro de su familia por problemas con tus dientes, boca o prótesis; y el 79,8% estuvo irritable con otras personas por problemas con tus dientes, boca o prótesis. Por otro lado, en menor proporción evidenciaron incapacidad social.

Tabla 17. Descripción de la desventaja de la prótesis removible de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Desventaja	n= 99			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Es incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis	79	79,8	20	20,2
Siente que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis	11	11,1	88	88,9

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP – EDENT (Anexo 05).

Referente a la tabla 17 sobre las desventajas de la prótesis removible de los usuarios en estudio, se evidenció que el 79,8% fue incapaz de disfrutar de la compañía de otras personas por problemas con tus dientes, boca o prótesis; y el 11,1% percibió menos satisfacción en su vida en general por problemas con tus dientes, boca o prótesis. Mientras tanto, con similar proporción evidenciaron desventajas.

Tabla 18. Nivel de calidad de vida de los usuarios según sus dimensiones con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Nivel de calidad de vida	n= 99					
	Buena		Regular		Deficiente	
	fi	%	fi	%	fi	%
Limitación funcional	22	24,2	55	55,6	20	20,2
Dolor físico	29	29,3	64	64,6	6	6,1
Disconfort psicológico	9	9,1	59	59,6	31	31,3
Incapacidad física	27	27,3	69	69,7	3	3,0
Incapacidad psicológica	48	48,5	41	41,4	10	10,1
Incapacidad social	56	56,6	38	38,4	5	5,1
Desventajas	56	56,6	37	37,4	6	6,1

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP – EDENT (Anexo 05).

La tabla 18 muestra que la mayor parte de los encuestados presentan una calidad de vida de nivel regular, seguido de una calidad de vida buena y en menor proporción tuvieron una calidad de vida deficiente; todo ello en sus diferentes dimensiones.

Tabla 19. Nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Nivel de calidad de vida	n= 99	
	Fi	%
Buena	54	54,5
Regular	34	34,3
Deficiente	11	11,1

Fuente. Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP - EDENT(Anexo 05).

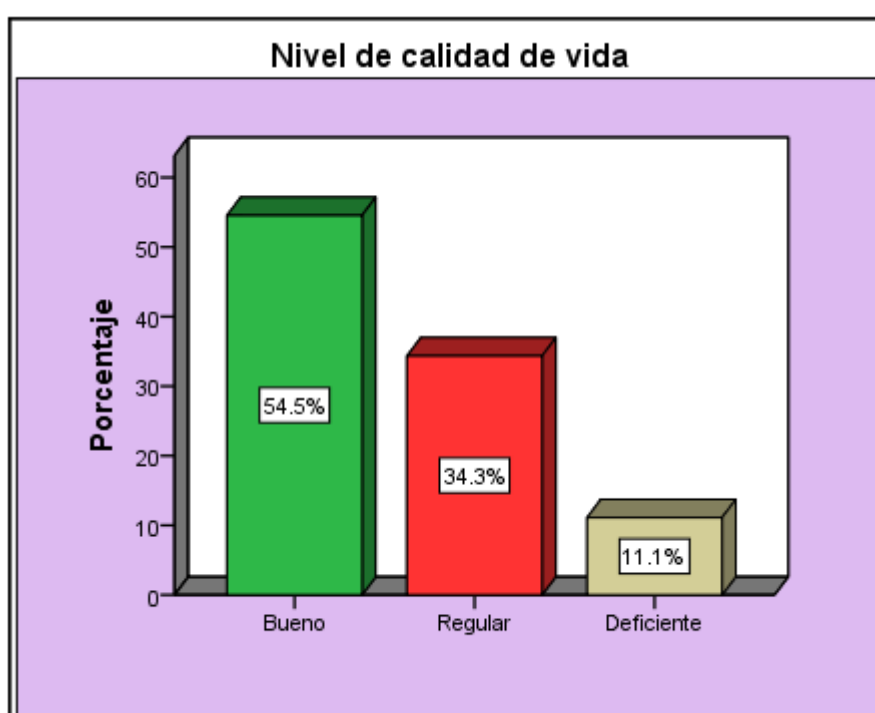


Figura 4. Representación gráfica del nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

En la presente tabla sobre el nivel de calidad de vida de los usuarios en estudio, se muestra que, 54,5% tuvieron una buena calidad de vida; el 34,3% un nivel regular y el 11,1% un nivel deficiente.

4.2. Comprobación de hipótesis

Tabla 20. Nivel de calidad de vida de los usuarios relacionado al estado de salud bucal con prótesis removible del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima 2018

Nivel de calidad de vida	Salud bucal						Tau b de kendall	p-valor
	Bueno		Regular		Malo			
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Bueno	13	13,1	23	23,2	18	18,2	-0,262	0,004
Regular	18	18,2	14	14,1	2	2,0		
Deficiente	5	5,1	3	3,0	3	3,0		
Total	36	36,4	40	40,4	23	23,2		

Fuente. Índice para evaluar el estado de adaptación y conservación de prótesis removible clase I, II y III (Anexo 04). Cuestionario de la calidad de vida de autoaplicación OHIP - EDENT (Anexo 05).

Al correlacionar la calidad de vida y el estado de salud bucal de los usuarios en estudio, se pudo apreciar que 23,2% presentaron una buena calidad de vida y su salud bucal fue de nivel regular.

Al corroborar la relación entre las dos variables, mediante la prueba estadística de Tau-b de Kendall, se halló un valor calculado de Tau b de kendall = -0,262 indicando un nivel bajo de relación, siendo significativo estadísticamente ($p = 0,004$). Por tanto se rechazó la hipótesis nula; además se determinó que cuando la calidad de vida es buena, la salud bucal también es más saludable.

4.3. Discusión

Esta investigación se planteó como propósito principal determinar la relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis dental removible del centro integral del adulto mayor en Lima. Sobre todo, se pretendió examinar el nivel de calidad de vida que presentan los usuarios con prótesis parcial removible. Además, se identificó que relación existe entre la salud bucal y el CPOD, el IHO-S, y el estado de la prótesis. Por ello, se discutirán los principales hallazgos de esta investigación.

En los resultados que se obtuvieron en esta investigación, se puede inferir que la proporción en cuanto a características demográficas, según el género el 87% de la población son mujeres, reduciendo así la población de varones a un 12%. Estos resultados se asemejan a los presentados por Medrano N., Ruiz C., Gutiérrez P. en el 2017 donde mencionan que su población de adultos mayores fue representada por 102 mujeres y 47 varones. De nuestros resultados también podemos inferir que la edad promedio de este grupo etario oscila entre los 74 a 79 años de edad, lo cual coincide con lo presentado por Yen Y-Y en Taiwan, puesto que el promedio de la edad de los adultos mayores es de 76 años de edad.

Al analizar los resultados del presente estudio se puede sostener que el 66,7% de la población de adultos mayores evidenciaron tener enfermedades sistémicas, lo cual se asemeja a lo expuesto en Colombia por Aránduzu GC., donde el 62,2% afirma que necesita tratamiento especializado por presentar enfermedad sistémica. Sin embargo, al comparar resultados de las personas que padecen xerostomía, estas difieren; ya que en nuestro estudio solo el 10,1% padece de xerostomía, mientras que los resultados de Aranduzu dice que 37,8% padecen esta enfermedad.

Las personas que utilizan prótesis dentales están expuestas a presentar distintas lesiones, entre la más común se encuentra la estomatitis protésica. En este estudio el 6,1% de la población presentó dicha lesión,

lo cual difiere totalmente por Oliva C., ya que las personas que tenían estomatitis protésica fueron representadas por el 24% del total de la población.

En cuanto a la autopercepción de calidad de vida en los usuarios en evaluación se evidencio que un 54,5% auto percibe una buena calidad de vida, seguido de un 34,3% que percibe una calidad de vida regular y por último el 11,1% auto percibe un nivel deficiente. Sin embargo, nuestros resultados difieren a gran manera con lo expuesto por Duran D. et al quienes en su estudio aplicaron el GOHAI, en la cual el 77,4% percibieron una calidad de vida negativa o deficiente.

Para justipreciar la correlación existente entre calidad de vida y el estado de salud bucal en los usuarios en evaluación se realizó la prueba taub-b de kendall= -0,262 indicando así un nivel bajo de relación, siendo significativo estadísticamente (0,004); por lo cual se determinó que cuando la calidad de vida es buena, la salud es más saludable. Afirmando de esta manera, que entre calidad de vida y salud bucal si existe una relación. Estos resultados, que fueron obtenidos en el presente estudio concuerdan con los presentados por Medrano N., Ruiz C. Gutiérrez P., ya que al relacionar la buena calidad de las prótesis totales con la CVRSB existió una correlación negativa significativa (Speaarman $p=0.026$); indicando así que la buena calidad presentada por las prótesis totales mejoran significativamente la CVRSB de los adultos mayores.

Según nuestros resultados es claro que coinciden con los presentados por Yen Y-Y et al, donde manifestó que la satisfacción de la prótesis dental fue el predictor más fuerte de la CVRSB, obteniendo en sus resultados que existe una relación entre calidad de vida y salud bucal. Becerra P. en su estudio presentado confirma lo expuesto por este estudio manifestando una relación directa entre calidad de vida y salud oral.

A diferencia de resultados obtenidos en nuestro estudio donde afirmamos que si encontró una relación entre calidad de vida y salud oral; Aranzazu GC. et al manifiesta en su estudio no encontrar asociación estadísticamente significativa según las frecuencias de auto percepción y calidad de vida, por tanto, para ellos no existe una relación entre ambas variables.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Al analizar resultados obtenidos se arribó las siguientes conclusiones:

- Analizando la correlación entre calidad de vida y estado de salud bucal de los usuarios en estudio, podemos concluir que el 23,2% presentaron una buena calidad de vida y al mismo tiempo una salud bucal de nivel regular; y al ser relacionadas entre sí mediante la prueba de tau b de kendall (-0,262) nos indicó un nivel bajo de relación, siendo significativo estadísticamente ($p=0,004$). Por tanto podemos inferir que cuando la calidad de vida es buena, la salud bucal es más saludable.
- Podemos concluir que en este estudio; específicamente en la población del centro del adulto mayor de San Juan de Miraflores, predominó el género femenino con un 87,9%, ante el género masculino que estuvo representado por un 12,1%; así mismo la edad de los varones en estudio oscila entre 60 a 75 años, a diferencia de las mujeres que se encuentra entre los 58 a 86 años de edad.
- El 66,7 % de las PAMs posee enfermedades sistémicas, siendo la más predominante la hipertensión con un 52,5%. Además el 63,6% utiliza medicación; entre las más utilizadas tenemos al captopril (17,2%) y al Lozartan (23,1%); medicamentos específicos para la presión arterial alta.
- En cuanto al tiempo de uso de la PPR se concluye que el 37,4% de los usuarios posee su prótesis entre 5 a 10 años; y el 31,3% lo tiene entre 2 a 5 años, siendo el mismo porcentaje para los que tienen su prótesis más de 10 años. También podemos concluir que según la vía de carga, un 81,8% de personas adultas mayores posee una prótesis dentomusosoportada y el 18,2% posee una prótesis dentosoportada.

- El estado de salud bucal de las PAMs en estudio, en una gran proporción fue de nivel regular con un 40,4%, seguido de un 36,4% de PAMs que evidenciaron un buen estado de salud bucal; solo el 23,2% tuvieron una salud bucal malo según IOHS.
- El estado de salud bucal de las PAMs en estudio, muestra que el 42,4% posee un mediano riesgo en cuanto a su experiencia de caries, los usuarios con bajo riesgo está representado por el 19,2% y el 38,4% de los usuarios tienen un alto riesgo; según CPOD.
- El 84,8% de los adultos mayores en este estudio logro adaptarse a sus prótesis; sin embargo solo el 26,3% pudo conservar su prótesis en óptimas condiciones.
- Al referirnos al nivel de calidad de vida, percibido por las PAMs en estudio se puede concluir que es bueno en un 54,5%.

5.2. Recomendaciones

A continuación, se realizan algunas recomendaciones:

1. La cultura de salud debe de fortalecerse en tres ámbitos específicos: informar, educar y atender; esto debe realizarse desde edades tempranas. Además se debe enseñar conductas que puedan prevenir enfermedades bucales.
2. Desarrollar acciones que permitan informar, educar y comunicar (IEC), de acuerdo al nivel cultural de las PAMs, promocionando la salud bucal y previniendo enfermedades como la caries dental, entre otros.
3. Desarrollar estrategias articulados con el equipo de salud a fin de promover acciones conjuntas en pro de la salud de las PAMs.
4. Incluir más instrumentos que evalúe la auto-percepción sobre calidad de vida del paciente; siendo añadida a la Historia clínica odontológica, el cual se realice antes del tratamiento y después de este, para observar si hubo una mejora de la auto-percepción de la calidad de vida con relación a la salud bucal.
5. Evaluar periódicamente a las PAMs en su estado de salud bucal.
6. Abordar estudios comparativos, con mayor tamaño muestral, para poder extrapolar los resultados a otros contextos similares.
7. Desarrollar estudios cualitativos para indagar más sobre la calidad de vida de las PAMs, algunas veces se muestran desconfiados a contestar y tal vez con entrevistas se puedan obtener más datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado A., Maya M. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 2014, vol. 25, no 2, p. 57-62.
2. Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento. 2009. [Internet] [acceso 08 de agosto de 2018]. Disponible en: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicaciones/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
3. Alonso P. et al. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 2007, vol. 33.
4. Díaz S., ARRIETA K., Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2012, vol. 5, no 1, p. 9-16.
5. Sáez R. et al. Cambios bucales en el adulto mayor. *Revista Cubana de estomatología*, 2007, vol. 44, no 4, p. 0-0.
6. González R., Madrazo D., Osorio M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. *Revista Cubana de Estomatología*, 2013, vol. 50, no 3, p. 284-291.
7. Moya P. et al. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Estomatológica Herediana*, 2012, vol. 22, no 4, p. 197-202.
8. Nuñez, L., et al. Necesidad de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Estomatol*, 2007, vol. 44, no 3, p. 1-3.
9. Vargas V. et al. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatológica Herediana*, 2015, vol. 25, no 3, p. 179-186.
10. Medrano A ; Ruiz Calixto B ; Gutiérrez C. Impacto en la calidad de vida relacionada con salud bucal de la rehabilitación protésica convencional en pacientes desdentados completos, atendidos en el servicio público chileno. *Rev. Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 1(4), 2017: 960-982

11. Cruz JM. Estudio de la calidad de vida de pacientes edéntulos totales inferiores en Galicia. [Memoria presentada para optar al grado de doctor con mención internacional]. Universidad de Coruña, Departamento de Medicina; España 2017.
12. Durán D, Moya P, Aubert J, et al B. Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile (Oral Health perception in elderly from districts with extreme development in Chile). Rev. CES Odontología. 2016;29(1):5-12
13. Yen Y-Y, Lee H-E, Wu Y-M, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. BMC oral health. 2015;15(1):1.
14. Montero J, Castillo R, Lynch CD, et al. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. Journal of dentistry. 2013;41(6):493-503.
15. Aránzazu GC, Hernández AA, Gutiérrez MA, Agudelo DF. Necesidad de Tratamiento Bucal y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Rev. UstaSalud. 2013;12(1):47-54.
16. Oliva C, Achurra M, Berrios N, et al. Estado de salud bucal de adultos mayores de 60 años del programa de atención domiciliaria al paciente con dependencia severa del Cesfam Rosario. [Trabajo de investigación]. Chile: Universidad de concepción facultad de odontología departamento de prevención y salud pública odontológica; 2014.
17. Agurto R, Coronado M, Herrera L. Calidad del diseño de los componentes de la prótesis parcial removible base metálica en modelos de trabajo en un laboratorio dental de la ciudad de Chiclayo, 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina. Escuela de Odontología; 2015.
18. Becerra P. Relación de la salud bucal y la calidad de vida en pacientes adultos mayores atendidos en el hospital regional julio pinto Manrique de la pnp. arequipa, 2012 [Tesis para optar el Grado Académico de: Doctor en Ciencias de la Salud]. Arequipa:

- Universidad Católica de Santa María. Escuela de post-grado. Doctorado en ciencias de la salud; 2015.
19. Gallardo A, Picasso MÁ, Huillca N, Ávalos JC. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *Art Odont.* 2013;4(5):77-98.
 20. Organización mundial de la salud. INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD. 2015. Eeuu. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
 21. Gutiérrez L. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención Papeles de Población, vol. 5, núm. 19, enero-marzo, 1999, pp. 125-147 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México
 22. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Disponible en: <http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
 23. Pérez L. et al. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*, 2013, vol. 17, no 4, p. 477-488.
 24. Situación de la Población Adulta Mayor. INDICADORES DEL ADULTO MAYOR. Informe técnico N°2 - Junio 2018. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
 25. ESTRATEGIAS SANITARIAS. Minsa. 2015. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
 26. Olivera J. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Lima-Perú. Tesis 2009.
 27. Vanegas E. et al. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Revista Estomatológica Herediana*, 2016, vol. 26, no 4, p. 215

28. Gutiérrez V; León R; Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatológica Herediana*, 2015, vol. 25, no 3, p. 179-186.
29. Boucher L. Rehabilitación del Desdentado Parcial. 1era Edición. Nueva Editorial Interamericana. Mexico D.F. 1984. Pág. 1-15. 14
30. Aristizabal J. Garcia M. Gordillo E. Manual para prótesis parcial removible. Universidad autónoma de manzanales. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/596/2/MANUAL%20PPR.pdf>
31. Dau R. “análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edentulos atendidos en la escuela de postgrado de la universidad de Guayaquil en el periodo 2014-2016”. tesis.2016. disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/15467/1/daurolando.pdf>
32. Blacio M.. *Tipos de prótesis para pacientes edéntulos parciales y totales*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología. 2013
33. Loza D. Prótesis Parcial Removible. 1era Edición. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. 1 992, pág. 57.
34. Stewart K. Prostodoncia Parcial Removible. 2da Edición. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas L.A. Caracas Venezuela.1993 Pág. 1-18. 19
35. Mallat E. Prótesis Parcial Removible. Clínica y Laboratorio. Mosby/Doyma Libros. Madrid España.1995. Pág 3-6.
36. Calderero J., Usón C., Carmona R. Prótesis parciales removibles metálicas de resina y mixtas. EDITORIAL SÍNTESIS, S. A. 2017. España. Disponible en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491710288.pdf>
37. Alvarez H. et al. Revisión de los Conceptos Clásicos de la Biomecánica de la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.). Cátedra de Clínica II de Operatoria y Prótesis, facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. Recibido 11/07/13 Aceptado

- 30/09/13. Disponible en:
<http://www.odon.uba.ar/revista/revvol28n65-2013/art4.pdf>
38. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa N°318. Abril de 2012. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
39. Ríos N., Gómez M., Morales H. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. *Revista Chilena de Salud Pública*, 2012, vol. 16, no 1, p. 26-31.
40. Aguilar MJ. Et al. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. *Periodoncia* 2003; 13 (Nº 3) Fasc. 8:233-244. Disponible en:
www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/13-3_05.pdf
41. Gómez N., Morales M. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. *Rev Chil Salud Pública* 2012; Vol 16 (1): 26-31. Disponible en:
<file:///C:/Users/JESUS/Downloads/18609-1-56014-1-10-20120330.pdf>
42. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
43. Cuenca E. Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Editorial MASON. 3ra Edición. España. 2005. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=QbV_yMrXVTYC&pg=PA8&dq=calidad+de+vida+relacionada+a+la+salud+oral+concepto&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwillfmS6ZzdAhVmx1kKHWCPBcUQ6AEIJjAA#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20relacionada%20a%20la%20salud%20oral%20concepto&f=false

44. Cardona A. De la Hoz R. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. *Salud Uninorte*, 2017, vol. 33, no 3, p. 504-516.
45. Salazar O. Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomía Inventory (XI) en adultos mayores (Adscrito al Proyecto Semilla-Domeyko, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo. Universidad de Chile. 20010.
46. Díaz C., Casas I., Roldán J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology*, 2017, vol. 11, no 1, p. 31-39. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718...
47. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, et al Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Debate Salud*. 2014;1(1):13-67.
48. Maestre JA. El dolor en el adulto mayor. *Colombia Médica*. 2001;32(4).
49. Molina JM, Uribe AF, Figueroa J. Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*. 2013;11(1).
50. Ortiz JB, Castro M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2009;15(1):25-31.
51. Rodríguez Y, Díaz CM. Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad. *Rev. Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2017;1(2).
52. Tello T, Alarcón RD, Vizcarra D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev. Per de Med Exper y Sal Publ*. 2016;33(2):342-50.
53. Bernal C. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. *Rev. Invest*. 2010;1(1):1-65

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

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

La presente investigación es conducida por la bachiller Karen Gisella Vargas Duran, de la Universidad Privada Norbert Wiener. La meta de este estudio es identificar el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis dental removible del centro integral del adulto mayor en Lima.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y se realizara una evaluación intraoral y de la prótesis dental. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán 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. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el bachiller Karen Gisella Vargas Duran. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis dental removible del centro integral del adulto mayor en Lima.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, además de una evaluación intraoral y de la prótesis dental; lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

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

Nombre del Participante

Firma o huella del Participante

Fecha

ANEXO 02

Ficha de Identificación de la muestra

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una serie de preguntas, las cuales deberán ser contestadas con la mayor veracidad posible.

Edad:	Sexo: M () F ()
Enfermedad sistémica: si () no () _____ Medicación: si () no () _____ Xerostomía: si () no () _____	Tiempo de uso de Prótesis: ▪ 2 – 5 años () ▪ 5 – 10 años () ▪ + 10 años ()
Vía de carga: PPR ▪ Dentosoportada. () ▪ Dentomucosoportada. ()	¿Se quita la prótesis para dormir? ▪ Si () ▪ No ()
Limpia sus prótesis después de cada comida? Si () No ()	Presencia de Lesiones en Mucosas: Si () No ()
Tipo de lesión:	Observaciones:

ANEXO 03

EVALUACION DE SALUD BUCAL

INSTRUCCIONES: Se procederá a la evaluación intraoral a través del odontograma (evaluación de los dientes) y el Índice de Higiene Simplificado de GRENE Y VERMILLION (presencia de placa en los diente). Estos exámenes nos permitirán saber como se encuentra su salud bucal actualmente.

PLACA-BLANDA

1.6 (V)	1.1(V)	2.6(V)
4.6(L)	3.1(V)	3.6 (L)

PLACA-DURA

1.6 (V)	1.1(V)	2.6(V)
4.6(L)	3.1(V)	3.6 (L)

TOTAL:
<i>EXCELENTE</i> :.....
<i>BUENO</i> :.....
<i>REGULAR</i> :.....
<i>MALO</i> :.....

ODONTOGRAMA

C: caries
 P: perdidos
 O: obturación

ESPECIFICACIONES: _____

C:.....
 P:.....
 O:.....

Indice de CPOD individual=C+P+O

Bajo riesgo:.....
 Moderado riesgo:.....
 Alto Riesgo:.....

ANEXO 04

ÍNDICE PARA EVALUAR EL ESTADO DE ADAPTACION Y CONSERVACION DE PRÓTESIS REMOVIBLE CLASE I, II Y III

INSTRUCCIONES: Marcar con un aspa (x), SI o NO de acuerdo resultados de las evaluaciones realizadas.

ADAPTACION DE PPR EN BOCA		SÍ	NO	PUNTAJE
1	Durante el interrogatorio y el examen clínico se observa que la prótesis se desplaza.			
2	.Al retirar la prótesis en sentido vertical el operador percibe resistencia a la acción de desalojo.			
3	Al examinar la oclusión se observan relaciones armoniosas de los dientes artificiales y naturales.			
4	Al Comprimir las caras oclusales de los dientes posteriores de un lado, en el lado contrario existe báscula.			

CONSERVACION DE LA PROTESIS		SÍ	NO	PUNTAJE
5	La superficie de la prótesis se observa bien pulida y libre de porosidades.			
6	La Prótesis parcial removible presenta reparaciones, rebasados y/o perdida de piezas artificiales.			
7	En la Prótesis parcial removible se observa pérdida y/o fractura de los retenedores, apoyos o bases acrílicas.			
8	La prótesis se encuentra libre de placa y sarro.			

TOTAL				

PUNTAJES VERIFICACIÓN CLÍNICA

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

TOTAL = 8 PUNTOS

Bueno = 5 – 8

Malo = 0 – 4

ANEXO 05

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE AUTOAPLICACION OHIP-EDENT

INSTRUCCIONES: Marque con una cruz la alternativa de la respuesta que usted prefiera.

N°		Nunca	Rara vez	Ocasional mente	Muy a menudo	Siempre
I.	Limitación funcional					
1	¿Ha tenido dificultades mordiendo algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
2	¿Ha retenido alimento en tus dientes o prótesis?					
3	¿Has sentido que tus prótesis no ajustan apropiadamente?					
II.	Dolor físico					
4	¿Has tenido molestias dolorosas en tu boca?					
5	¿Has encontrado incómodo comer algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
6	¿Has tenido áreas dolorosas en tu boca?					
7	¿Has tenido prótesis incómodas?					
III.	Disconfort psicológico					
8	¿Has estado preocupado por problemas dentales?					
9	¿Has sido consciente de ti mismo por tus dientes, boca o prótesis?					
IV.	Incapacidad física					
10	¿Has tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
11	¿Has sido incapaz de comer con tus prótesis por problemas con ellas?					
12	¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
V.	Incapacidad psicológica					
13	¿Te has sentido deprimido por problemas con tus					

	dientes, boca o prótesis?					
14	¿Has estado un poco avergonzado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
VI.	Incapacidad social					
15	¿Has evitado salir por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
16	¿Has sido menos tolerante con tu pareja o familia por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
17	¿Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
VII.	En desventaja					
18	¿Has sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
19	¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					

ANEXO 06. DOCUMENTOS DE PERMISO

**Universidad
Norbert Wiener**

Lima, 05 de Marzo del 2018

CARTA N° 079-03-013-2018-DFCS-UPNW

Sr.
JAVIER ERNESTO ALTAMIRANO COQUIS
Alcalde de la Municipalidad de San Juan de Miraflores
Director General del Centro Integral del Adulto Mayor.

Presente.-

MUNICIPALIDAD DISTRITAL
SAN JUAN DE MIRAFLORES
SUB GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALÍA Y TRANSACCIONES
LA RECEPCIÓN DE ESTE DOCUMENTO SE REALIZA EN EL PRESENTE

14 MAR 2018 N° 3
Exp. N° 9815-18
Solicitud
Hora 9:53 Firma

De mi consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Señorita **VARGAS DURAN KAREN GISELLA**, con DNI N° 44499727 código a2012100122, Bachiller de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener EAP de ODONTOLOGIA, quien solicita efectuar la recolección de datos para su proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN USUARIOS DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN LIMA 2018". Por lo que le agradeceríamos su gentil atención al presente.

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,


Dr. Pedro Juan Miranda Armas
Médico
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

B.V.P

Lima, 23 de febrero del 2018

**Solicito: Carta de presentación
para la ejecución del proyecto
de tesis.**

Dra. BRENDA VERGARA PINTO
Directora EAP de Odontología
Universidad Privada Norbert Wiener

De mi especial consideración:

Yo, **Vargas Duran Karen Gisella**, bachiller de la EAP de odontología identificada con DNI 44499727, domiciliada en calle La Concordia Mz. C Lt. 6 AA.HH. Cruz de Motupe - Villa Maria del Triunfo con código de matrícula 2012100122.

Solicito se me otorgue una carta de presentación para ejecutar el proyecto de tesis que lleva por nombre: **"CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN USUARIOS DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE DEL CENTRO INTEGRAS DEL ADULTO MAYOR EN LIMA 2018"**

Dicha carta de presentación debe ser dirigida al siguiente encargado:

- Sr. Javier Ernesto Altamirano Coquis – Alcalde de la Municipalidad de San Juan de Miraflores – Director General del Centro Integral del Adulto Mayor.

Con el fin de darme las facilidades para realizar dicha investigación. Agradeciendo la atención a la presente, le reitero mi estima y consideración personal.

Atentamente.


Universidad
Norbert Wiener
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL
DE ODONTOLOGÍA
Fecha: 24-02-18 Hora: 10:44 AM
Cód: 44499727 Firma: 


Karen Gisella Vargas Duran
44499727
Bachiller de Odontología UPNW

ANEXO 07. DOCUMENTOS DE VALIDACIÓN



**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
JUICIO DE EXPERTO**

**"CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN USUARIOS DE PRÓTESIS DENTAL
REMOVIBLE DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN LIMA 2018"**

Responsable: KAREN GISELLA VARGAS DURAN

Instrucción: Luego de analizar y cortejar el instrumento de investigación "PRUEBA ESCRITA" con la matriz de consistencia de la presente, le solicitamos que en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.


Nota: Para cada criterio considere la escala de 1 a 5 donde:

1. Muy poco	2. Poco	3. Regular	4. Aceptable	5. Muy aceptable
-------------	---------	------------	--------------	------------------

Criterio de variable	Puntuación					Argumento	Observaciones y/o sugerencias
	1	2	3	4	5		
Validez de contenido					X		
Validez de criterio Metodológico				X			
Validez de Intención y Objetividad de medición y observación					X		
Presentación y formalidad del instrumento					X		
Total parcial				4	15		
TOTAL				19.			

Puntuación:

- De 4 a 11: No valida, reformular
- De 12 a 14: No valida, modificar
- De 15 a 17: Valido, mejorar
- De 18 a 20: Valido, Aplicar

Apellidos y Nombres	<i>Alcántara Chávez Dante</i>	 Firma
Grado Académico	<i>Magister</i>	

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
JUICIO DE EXPERTO**

**"CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN USUARIOS DE PRÓTESIS DENTAL
REMOVIBLE DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN LIMA 2018"**

Responsable: KAREN GISELLA VARGAS DURAN

Instrucción: Luego de analizar y cortejar el instrumento de investigación "PRUEBA ESCRITA" con la matriz de consistencia de la presente, le solicitamos que en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.

Nota: Para cada criterio considere la escala de 1 a 5 donde:

1. Muy poco	2. Poco	3. Regular	4. Aceptable	5. Muy aceptable
-------------	---------	------------	--------------	------------------

Criterio de variable	Puntuación					Argumento	Observaciones y/o sugerencias
	1	2	3	4	5		
Validez de contenido					X		
Validez de criterio Metodológico			X				
Validez de Intención y Objetividad de medición y observación					X		
Presentación y formalidad del instrumento					X		
Total parcial							
TOTAL							

Puntuación:

- De 4 a 11: No valida, reformular
- De 12 a 14: No valida, modificar
- De 15 a 17: Valido, mejorar
- De 18 a 20: Valido, Aplicar

Apellidos y Nombres	<i>Xonales Maitis Jeanette</i>
Grado Académico	<i>Especialista en Rehabilitación oral RNE 1779</i>


 Firma

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
 JUICIO DE EXPERTO**

**"CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN USUARIOS DE PRÓTESIS DENTAL
 REMOVIBLE DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN LIMA 2018"**

Responsable: KAREN GISELLA VARGAS DURAN

Instrucción: Luego de analizar y cortejar el instrumento de investigación "PRUEBA
 ESCRITA" con la matriz de consistencia de la presente, le solicitamos que en base a su
 criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.

Nota: Para cada criterio considere la escala de 1 a 5 donde:

1. Muy poco	2. Poco	3. Regular	4. Aceptable	5. Muy aceptable
-------------	---------	------------	--------------	------------------

Criterio de variable	Puntuación					Argumento	Observaciones y/o sugerencias
	1	2	3	4	5		
Validez de contenido					X		
Validez de criterio Metodológico					X		
Validez de Intención y Objetividad de medición y observación				X			
Presentación y formalidad del instrumento					X		
Total parcial				4	15		
TOTAL				19			

Puntuación:

De 4 a 11: No valida, reformular

De 12 a 14: No valida, modificar

De 15 a 17: Valido, mejorar

De 18 a 20: Valido, Aplicar

Apellidos y Nombres	DÍAZ MOCHCCO DELG
Grado Académico	SUPERIOR



 Dra. Daisy Diana M.
 CIRUJANA DENTISTA
 C.O.P. 9137

 Firma

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES				DISEÑO Y METODO
			Variables	Dimensión	Indicadores	Valores	
GENERAL ¿Existe relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018?	GENERAL: Determinar la relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018	Ho1: No existe relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018. Ha1: Existe relación entre la calidad de vida y la salud bucal de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima, durante el 2018.	Salud Bucal	Única	Estado de la prótesis dental	Bueno=5-8 Malo=0-4	Tipo de estudio: Prospectivo Transversal Analítico Observacional
				Única	CPOD	Dientes permanentes obturados, perdidos y caries dental	
				Única	I.H.O.S	Excelente (0) Buena (0.1-1.2) Regular (1.3-3.0) Mala (3.1-6.0)	
			Calidad de Vida	Limitación funcional, Dolor físico, Discomfort psicológico, Incapacidad física, Incapacidad psicológica, Incapacidad social Desventaja.	Instrumento (Oral Health Impac Profile)	Bueno Regular Deficiente	

<p>ESPECIFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima?</p>	<p>ESPECIFICO:</p> <p>1. Identificar el nivel de calidad de vida de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima.</p>		<p>Variables de caracterización</p>	<p>Edad</p>	<p>DNI</p>	<p>En años</p>	<p>Población y muestra:</p> <p>Se trabajará con una población desconocida de PAMs, usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima.</p> <p>Muestra: 99 PAMs</p>
<p>2. ¿Cuál es el estado de salud bucal de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima?</p>	<p>2. Valorar la salud bucal de los usuarios con prótesis dental removible del Centro Integral del adulto mayor en Lima.</p>			<p>Genero</p>	<p>----</p>	<p>Masculino Femenino</p>	<p>Muestreo: Probabilístico</p>

ANEXO 08

Portal fotográfico

