



**Universidad  
Norbert Wiener**

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

“PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN ADULTOS  
MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL DEL ALBERGUE  
DE CANEVARO, LIMA – 2018”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA

Presentado por:

**AUTOR:** LAGUNA PINO, MARYCIELO YANDIRA.

**ASESOR:** ESP. CD. HAYDEE LUJAN LARREATEGUI

**LIMA – PERÚ  
2019**



## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a Dios, porque a él le debo todo lo que soy.

Para mis queridos padres, por haberme forjado como una persona respetuosa y con valores.

A mi hijo Marcelo David, por ser mi fuente de inspiración para poder culminar este proyecto y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Dra. Brenda Vergara Pinto, por su buen trabajo en la dirección de la escuela profesional de Odontología.

Al Esp.CD. Haydee Giovanna Lujan Larreategui, por su respaldo durante la elaboración de la tesis y su esmero por enseñar.

**ASESOR DE TESIS**

Esp.CD. Haydee Giovanna Lujan Larreategui.

## **JURADO**

1. Mg. Esp. CD. Armando Del Castillo Ayquipa
2. Mg. CD. Leyla Bamonde Segura
3. Dr. Esp. CD. Cristian Gómez Carrión

## ÍNDICE

Dedicatoria .....	3
Agradecimiento .....	4
Asesor de tesis.....	5
Jurado .....	6
Índice de tablas y gráficos.....	8
Resumen / Summary.....	9
<b>1. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....</b>	<b>12</b>
1.1. Planteamiento del problema .....	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Justificación.....	14
1.4 Objetivo.....	15
1.4.1 General .....	15
1.4.2 Específicos.....	15
<b>2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1. Antecedentes .....	17
2.2. Base teórica .....	23
2.3. Terminología básica.....	47
2.4. Hipótesis .....	48
2.5. Variables .....	48
<b>3. CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO .....</b>	<b>50</b>
3.1. Tipo y nivel de investigación .....	51
3.2. Población y muestra.....	51
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	54
3.5. Aspectos éticos.....	54
<b>4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>56</b>
4.1. Resultados .....	56
4.2. Discusión .....	66
<b>5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>70</b>
5.1. Conclusiones.....	71
5.2. Recomendaciones .....	72
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>73</b>





## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>Tabla N°1</b>	Distribución de la muestra con respecto a la presencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores que cuentan con dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima – 2018.....	Pág. 55
<b>Gráfico N°1</b>	Distribución de la muestra con respecto a la existencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima – 2018.....	56
<b>Tabla N°2</b>	Distribución de la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores que cuentan con dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.....	57
<b>Gráfico N°2</b>	Distribución de la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.....	58
<b>Tabla N°3</b>	Distribución de la localización de la lesión de la estomatitis por prótesis en adultos mayores que cuentan con dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.....	59
<b>Gráfico N°3</b>	Distribución de la localización de la lesión de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.....	60
<b>Tabla N°4</b>	Distribución del tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores que cuentan con dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.....	61

<b>Gráfico N°4</b> Distribución del tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores portadores de dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima	– 62
2018.....	
<b>Tabla N°5</b> Distribución del estado de conservación del aparato protésico en adultos mayores que cuentan con dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.....	63
<b>Gráfico N°5</b> Distribución del estado de conservación de la prótesis en adultos mayores portadores de dentaduras totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.....	64

## RESUMEN / SUMMARY

### RESUMEN

El propósito del presente estudio, fue comprobar la presencia de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis totales del Albergue de Canevaro, Lima-2018. Durante dicho estudio se examinaron 96 individuos portadores de prótesis, donde se llevó a cabo una exploración visual empleando equipos básicos de diagnóstico, situando la zona de la lesión, el tiempo de uso de la prótesis y el estado de conservación de la misma. Los resultados fueron los siguientes: la presencia total de la estomatitis subprotésica fue el 100%; el tipo de grado más encontrado fue el tipo II con 58.3%; seguidamente del grado I con 29.2% y un 12.5% del grado III; las lesiones aumentaron en personas que usaron prótesis totales por más de 5 años. En conclusión la elevada frecuencia de pacientes con diversos grados de estomatitis subprotésica está vinculada con la presencia de factores como: el estado de conservación de las prótesis y el tiempo de uso de la misma, afectando de manera significativa la salud oral de los pacientes en estudio.

Palabras Clave: Estomatitis subprotésica, prótesis total, grado de estomatitis.

## **SUMMARY**

The purpose of the present study was to verify the presence of subprosthetic stomatitis in elderly patients with total prostheses from the Hostel Canevaro, Lima-2018. In the

present study, 96 individuals with prostheses were examined, where an visual examination was carried out using basic diagnostic equipment, locating the area of the lesion, the time of use of the prosthesis and the state of conservation of it. The results were the following: the total presence of subprosthetic stomatitis was 100%; the type of grade found was type II with 58.3%; followed by grade I with 29.2% and 12.5% of grade III; the lesions increased in people who used the total prosthesis for more than 5 years. In conclusion, the high frequency of patients with different degrees of subprosthetic stomatitis is linked to the presence of factors such as: the state of preservation of the prosthesis and the time of use of it, affecting significantly the oral health of the patients under study.

Key Words: Subprosthetic stomatitis, total prosthesis, stomatitis degree.

## **CAPÍTULO I. EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La estomatitis subprotésica, es una patología de tipo inflamatoria, clínicamente se puede observar una lesión hiperplásica si no se asiste oportunamente. En general afecta a la mucosa de soporte, en pacientes desdentados parcial o total, portadores de aparatos protésicos mucosoportados o dentosoportados. (1)

Así mismo, en el año de 1962 Newton planteó una clasificación de dicha patología fundamentada en como se observa clínicamente la mucosa oral de ambos maxilares, encontrándose con frecuencia la lesión por debajo de los aparatos protésicos, lo cual considero describir en 3 grados: Grado I; existe presencia de puntos rojizos o áreas localizadas hiperémicas. Grado II; cuando hay presencia de áreas generales hiperémicas en los tejidos de soporte de los aparatos protésicos y por último el Grado III; es cuando ya hay presencia de crecimientos hiperplásicos de la mucosa. (2)

El origen de esta patología tiene una variedad de factores. En un inicio se consideró que solo estaba asociado a procesos alérgicos a los materiales dentales de base de los aparatos protésicos como la resina acrílica. Seguidamente, se consideró los traumas protésicos, vinculados con prótesis desajustadas, produciendo después alteraciones en las glándulas salivales palatinas, también la falta de higiene de dentaduras protésicas y por último infecciones microbianas debajo de las mismas prótesis (3)

Diversas investigaciones han confirmado que los aparatos protésicos, sobre todo cuando son antiguas, están desajustados, defectuosamente confeccionadas o en pésimo estado, generan daños que favorecen aún más al deficiente estado de la cavidad bucal y aquejan en todos sus aspectos la salud de los pacientes, sobre todo a las personas de la tercera edad. Por otro lado, se conoce que preexiste una relación entre el tiempo de uso de los aparatos protésicos, la higiene y su estado con el aumento de las lesiones de la mucosa bucal. (4)

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existirá presencia de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis totales en un albergue del distrito de Lima - 2018?

## **1.3. Justificación**

Este estudio tiene justificación científica, porque describe la importancia de conocer la frecuencia de grados de estomatitis subprotésica, asimismo porque brindará información actualizada que podrá servir de base para realizar estudios más amplios sobre la salud bucal dentro de este grupo poblacional, tales como otros albergues y en general otras instituciones de adultos mayores en el Perú.

De igual forma, este estudio tiene justificación académica porque permite evaluar los grados de la estomatitis subprotésica según el tipo de grado que presente en los individuos que tengan prótesis totales, brindando información que puede servir de base para el diagnóstico y el tratamiento en la rehabilitación oral. Toda la información obtenida contribuirá en la formación académica de estudiantes de la carrera profesional de odontología.

Por otra parte, este estudio tiene justificación social porque los resultados de este estudio servirán de base para diseñar medidas preventivas que mejorarán la salud bucal y sobre todo la calidad de vida de los de adultos mayores.

## **1.4 Objetivo**

### **1.4.1 General**

Determinar la presencia de estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.

### **1.4.2 Específicos**

- Identificar la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.
  
- Identificar la localización de la lesión de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.
  
- Identificar el tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores portadores de prótesis totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.
  
- Identificar el estado de conservación de la prótesis en adultos mayores portadores de prótesis totales del albergue de Canevaro, Lima - 2018.





## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**Bermúdez R et al. (2016)** en una Clínica de Cuba, realizaron un estudio sobre la eficacia del Bórax y la crema de áloe al 25% en la estomatitis por prótesis, el objetivo fue evaluar comparativamente la efectividad del bórax y el ungüento de áloe al 25% como tratamiento alternativo de la estomatitis por prótesis, se realizó una investigación analítica de comparación de grupos. La población estuvo integrada por todos los pacientes de ambos sexos donde asistieron al área de odontología para poder ser evaluados y fueron diagnosticados con estomatitis subprotésica en diferentes grados, en las edades comprendidas entre 31 y 70 años, se realizó el muestreo sistemático, y

se integraron dos grupos: el grupo 1 con 45 pacientes, a los cuales se les indicó terapia de bórax y la terapia convencional (retirada de la prótesis, higiene bucal exhaustiva y con colutorios con agua fría tres veces al día), y el 2 grupo, constituido por 42 pacientes, que recibieron tratamiento con crema de áloe al 25% a los que también se les indicó terapia convencional. Como resultado tuvo predominio el grado II de la lesión en ambos grupos tratados con 76,2 y 77,8%, prevaleció el sexo femenino y las edades de 51 a 60 años. El 100% de los pacientes con estomatitis subprotésica tratados con bórax, curaron antes del décimo día y los tratados con crema aloe al 25% a los 14 días. En conclusión ambas terapias son efectivas como posibles tratamientos para la estomatitis subprotésica, pero el bórax logró la remisión total de la lesión en menor tiempo que con la crema de áloe al 25%. (5)

**García B et al. (2015)** en el acilo de la municipalidad de Cumanyagua-Cuba, realizaron un estudio donde la finalidad del estudio fue detallar a las personas que usan dentaduras completas y que se relacionan con las lesiones bucales. La muestra de estudio estuvo conformada por 93 ancianos que usaban dentaduras totales de ambos sexos, mayores de 60 años. Clínicamente se procedió a la observación y palpación de la cavidad oral; las variables que se usaron fueron la presencia de lesión, tipo de lesión, la ubicación, estado de conservación, el tiempo de uso de las dentaduras completas, entre otros. El resultado del estudio fue que hubo más predominio en el sexo masculino con un 67,7%, con presencia de estomatitis por prótesis. En conclusión las lesiones que tuvieron mayor porcentaje encontradas en la cavidad oral de los ancianos fue la estomatitis por prótesis, donde el factor causante fue el estado de conservación de las dentaduras postizas y el tiempo de uso de las mismas. (6)

**Serrano M et al. (2015)** en el estado de Mérida - Venezuela, se realizó una investigación donde el objetivo general fue calcular la cantidad de personas que usan dentaduras totales que presentan estomatitis por prótesis y síntomas propios de la estomatitis subprotésica. Como instrumento de recolección de datos se realizó un cuestionario clínico, la muestra estuvo comprendida por 22 personas. En los resultados obtenidos se encontró que el 86,36% de pacientes presentaron estomatitis subprotésica; al clasificar la patología según los criterios de Newton se observó que el 50,0% de la muestra presentó estomatitis subprotésica grado I, 27,3% grado II y el 9,1% grado III; además existe una posible relación de factores asociados a la enfermedad como la higiene dental de la prótesis, tiempo de uso, hábitos de uso y la eficiencia masticatoria en el desarrollo de la enfermedad. En conclusión ningún factor evaluado fue determinante en el desarrollo de la estomatitis subprotésica por ser una enfermedad de origen multifactorial. Por otro lado existe una relación entre los factores, como la inadecuada higiene de la dentadura, el tiempo de uso de la misma, los hábitos de uso y la conservación de las dentaduras postizas que afectan el plano oclusal. (4)

**Gutiérrez C et al. (2013)** elaboraron un estudio donde el objetivo era calcular la frecuencia de estomatitis por prótesis y los factores que están asociados para el desarrollo de dicha enfermedad. La muestra de estudio estuvo comprendida por 75 personas que usaban dentaduras postizas. Al examen estomatológico se realizaron dos muestras, en la primera se obtuvo una muestra del paladar duro y la segunda fue extraída de la superficie interna de la dentadura, ambas muestras se colocaron en solución de Riger, para determinar la presencia de Candida. Como resultado se obtuvo

que las 75 personas que tenían prótesis total, la mayoría fue del sexo femenino, donde las edades comprendidas fue entre los 33 y 75 años. El 68% de personas portadoras de prótesis total tuvieron algún tipo de estomatitis por prótesis. Según la clasificación de Newton, el 47% de personas presentó estomatitis por prótesis tipo I; en cuanto a los factores estuvo asociado con el uso progresivo nocturno de las dentaduras, la mayor parte de los pacientes indicaron que dormían con las dentaduras. Como conclusión la prótesis total interviene considerablemente en la aparición de la estomatitis por prótesis, al aumentar la gravedad de la patología, aumenta también la aparición de candida. (7)

**Sánchez M et al. (2013)** en una Clínica de Cuba, desarrollaron un estudio descriptivo con la finalidad de mostrar si existe o no la estomatitis por prótesis y los factores que están asociados que desencadenan dicha patología. La muestra de estudio se dio en 86 personas portadoras de prótesis removibles parciales y totales, las variables que se usaron fueron: sexo, edad, grado de la lesión, tipo de prótesis que usaban, hábitos de fumar y el tiempo de uso de los aparatos protésicos. Los resultados que arrojó dicho estudio fue que el sexo femenino fue más predisponente a tener esta patología con un 53% en edades entre 35 a 59 años. La dentadura total fue la más usada con un 51,2% en adultos mayores de 60 años. Como conclusión del estudio predominó el grado II y el grado III, en aquellos pacientes que usaban las dentaduras postizas con más de 10 años. (2)

**Silva A et al. (2012)** en un Policlínico de Cuba, realizaron un estudio cuyo propósito fue caracterizar el comportamiento de la estomatitis subprotésica en la población. Se

efectuó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal de esta afección en individuos que contaban con dentaduras totales y parciales por más de 15 años. Se trabajó con una muestra de 232 personas seleccionadas a través del muestreo. Las variables que se emplearon fueron: edad, sexo, hábitos nocivos, zona chapeable, tiempo de uso del aparato protésico, grado de estomatitis subprotésica, y adaptación del aparato en la boca. Como resultado se logró que el segmento más afectado fue el sexo femenino de la edad de 61 años a más, primó el grado tipo II, y la implantación más frecuente fue la zona media y zona posterior del paladar. Prevalció como hábito nocivo el uso continuo de los aparatos protésicos, seguido de la higiene bucal defectuosa. En conclusión, las bases de superficies acrílicas fueron las que generaron la afección con mayor frecuencia, a medida que se incrementaba el tiempo de uso, así como el desajuste existente del aparato protésico en la cavidad bucal. (8)

**Bernal C. (2010)** en el hospital de la FAP en Perú, realizó un estudio donde el objetivo era evaluar si existe relación entre el estado de conservación de las dentaduras y la concurrencia de lesiones orales en las personas que usan dentaduras postizas. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal y prospectivo. La muestra fue comprendida de 50 personas portadoras de dentaduras postizas, mayores de 60 años. El instrumento de evaluación fue comprendido por 8 ítems, donde estuvieron conformados por las siguientes preguntas: evaluación de la retención, estabilidad de la dentadura y el estado de conservación de las dentaduras postizas. El examen bucal se realizó mediante inspección visual, usando un equipo básico de diagnóstico. Los resultados mostraron que el estado de conservación de las dentaduras fue regular con el 36%; el 34% presentaban estomatitis por prótesis y el 66% no registró ningún tipo de lesión.

En conclusión no se puede relacionar ambos factores, ya que la mayoría de pacientes no registraba la estomatitis por prótesis.(9)

**García B et al. (2010)** en una Clínica de Cuba, realizaron un estudio donde el objetivo fue determinar las características de las dentaduras postizas usadas por una población que abarca en personas de mayores de 60 años. La muestra estuvo conformada por 125 personas portadoras de dentaduras postizas, de ambos sexos. Las variables estudiadas fueron: el estado de conservación de las dentaduras, higiene de dicha dentadura, tiempo de uso, tipo de lesión. Dentro de los resultados del estudio se observó que el 12% presentaba algún tipo de estomatitis, el 8% presentaba crecimiento hiperplásico y el 5% y 6% presentaban queilitis angular. El mayor porcentaje de lesión se registró en personas del sexo femenino. El factor predisponente para desarrollar dicha patología fue el estado de conservación de las dentaduras. En conclusión se estableció que solo el estado de conservación de las prótesis y la higiene de la misma afecta de manera importante a la población de este estudio. (10)

**Nápoles I et al. (2009)** en una Clínica Estomatológica de Venezuela, realizaron un estudio donde el objetivo fue determinar la prevalencia de la estomatitis subprotésica. La muestra de estudio fue comprendida por 112 personas que usaban dentaduras postizas. Las variables usadas fueron el grado de la lesión, tiempo de uso de las dentaduras, uso nocturno, entre otras. El resultado de dicho estudio fue que el sexo femenino fue el más afectado en edades comprendidas entre 45 y 54 años de edad. El grado con mayor porcentaje fue el grado II. En conclusión la mayor parte de

pacientes registraron lesiones donde indicaban que dormían con las dentaduras y el grado con mayor frecuencia fue el II. (11)

**Noguera y Fleitas (2006)** en Venezuela, realizaron un estudio donde el objetivo fue definir la prevalencia de estomatitis por prótesis en personas que usaban dentaduras postizas total. La muestra de estudio estuvo constituida por 59 personas de ambos sexos, en edades comprendidas de 40 y 80 años. Los resultados del estudio fue que el 56% de personas registraron dicha patología, con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 67% y el grado predominante fue el grado II con 26%. En conclusión el grado II fue el que presentó mayor frecuencia y el factor asociado fue el tiempo de uso de la dentadura. . (12)

## **2.2. Base teórica**

### **2.2.1. La mucosa oral**

La superficie de la mucosa oral está formada por tejido epitelial. El tejido epitelial se clasifica en primer lugar de acuerdo a la forma de las células, que pueden ser escamosas (células planas), cuboidales (de forma cúbica) o columnares (células largas y delgadas) y en segundo lugar, por el número de capas celulares. Una sola capa de células epiteliales se denomina simple y cuando existen varias capas se le denomina tejido estratificado. (13)

La mucosa oral está formada por una capa superficial de epitelio escamoso estratificado y una capa subyacente de tejido conectivo altamente vascularizado, denominado la lámina propia. La membrana mucosa se encuentra adherida a las



estructuras subyacentes por medio de tejido conectivo de diversos grosores, el cual contiene arterias, venas y nervios más grandes. (13)

La estructura de la membrana mucosa varía en las diferentes partes de la cavidad oral, de acuerdo a la variación de su función. En áreas sujetas a la masticación, tales como el paladar y la encía adherida, la mucosa posee una capa epitelial queratinizada firme de proteína fibrosa. En otras áreas, tales como los carrillos y el piso de boca, las cuales requieren mayor flexibilidad, esta capa se encuentra reducida o ausente. Las células del estrato queratinizado no tienen núcleo ni están inervadas. (13)

La cavidad oral se mantiene lubricada por medio de secreciones mucosas, que provienen de las glándulas salivales mayores y menores; en algunas ocasiones, este epitelio es denominado membrana de la mucosa. (13)

Existen tres tipos de mucosa oral en la boca:

Mucosa de revestimiento: recubre el interior de los carrillos, labios, mucosa alveolar, la cara ventral de la lengua, el paladar blando, y el piso de la boca. Esta mucosa no está queratinizada y posee poca adherencia. Presenta una capa submucosa, que contiene vasos sanguíneos y nervios. Entre la capa muscular y el epitelio, se encuentran numerosas glándulas salivales menores, en ocasiones, estos conductos salivales se pueden obstruir y se puede desarrollar un mucocele.

Mucosa masticatoria: esta recubre el paladar duro y las encías. Esta mucosa debe resistir la fricción de la masticación; se encuentra queratinizada y firmemente adherida

al hueso subyacente. Entre la mucosa masticatoria y el hueso, existe una capa de tejido conectivo y no hay capa submucosa.

Mucosa especializada: recubre el dorso de la lengua, es queratinizada y contiene receptores especiales del gusto. (13)

#### **2.2.1.1. Cambios de la mucosa bucal en el adulto mayor**

El adulto mayor sufre una variedad de cambios significativos en todo su cuerpo, en especial en la cavidad bucal donde se produce cambios graduales e irreversibles, provocando así daños significativos ante agentes traumáticos e infecciosos. Los cambios microscópicos de la mucosa bucal del adulto mayor son notorios y se visualizan al momento de la inspección: disminución del epitelio superficial, aumento de la queratinización de la mucosa, reducción de número de células epiteliales y pérdidas de las fibras del tejido conectivo. (14)

#### **2.2.2. Estomatitis**

Es una patología de tipo inflamatorio que se localiza principalmente en la mucosa bucal. No se define aun cual es la causa de dicha patología; por lo tanto se van a clasificar en dos grupos: las odontógenas. Que son procesos que se originan en las estructuras dentarias y el periodonto y las no odontógenas, donde su origen puede ser virales, bacterianas, micóticas, entre otros. (15)

##### **2.2.2.1. Estomatitis Subprotésica**

La estomatitis subprotésica o de subplaca, tiene un origen de múltiples factores que no se conocen con exactitud que lo desencadena y clínicamente se observa una inflamación y que la mayoría de casos se localiza en la mucosa oral limitando las prótesis dentales, ocasionada quizás por el tipo de materiales que se usan para la elaboración de las prótesis, materiales como los polímeros, que pueden provocar dolor, inflamación y que en la mayoría de casos es asintomática. (16)

La localización de esta patología por lo general se encuentra con un alto índice y se registra más en la maxila, exactamente en el paladar duro a comparación del maxilar inferior; en individuos portadores de dentaduras totales. Existen dos criterios principales de dicha patología, son el tiempo de uso de las dentaduras y por ende la inflamación de la mucosa oral. (17)

Abelsón en el año de 1981, preciso que la evolución de esta patología se relacionaba con la llamada triada de los aparatos subprotésicos: dicha triada consistía con la presencia de prótesis desajustadas, los traumas de la mucosa que ocasionaban las prótesis desajustadas y por último la deficiencia de la higiene. (18)

#### **2.2.2.2. Clasificación**

En el año de 1962 Newtón, realizó una clasificación de dicha patología, basándose en como se observa la mucosa de ambos maxilares mediante la inspección clínica, donde considero los siguientes grados:

**Grado I:** clínicamente presenta algunos signos de inflamación, en su mayoría no causan dolor, pueden encontrarse en la inspección, zonas rojizas pequeñas localizadas. Este grado es mínimamente perceptible a la inspección clínica.

**Grado II:** clínicamente se visualiza la superficie de la mucosa de un color rojo brillante, visualizándose el dibujo de los contornos de la dentadura postiza. Este grado si presenta signos de inflamación simple pero generalizada. En su mayoría la persona si expresa sensación de dolor.

**Grado III:** clínicamente se visualiza crecimientos hiperplásicos de la mucosa con gránulos discontinuos, que esporádicamente tienen forma papilar y se localizan con frecuencia en la parte central de la mucosa oral del maxilar superior. La gravedad de los signos inflamatorios varía y por lo general tienen la característica de proliferar.

(12,19)

#### **2.2.2.3. Epidemiología**

La estomatitis subprotésica, se observa con mayor frecuencia en personas, en edades que oscilan entre los 45 a 60 años de edad y con mayor prevalencia en el sexo femenino. (20)

#### **2.2.2.4. Etiología**

La variedad de estudios elaborados indican cual es el causante de la estomatitis subprótesis va a depender de múltiples factores. Sin embargo se mencionaran las siguientes causas: (19)

- Lesiones ocasionadas por la prótesis (incluyendo uso continuo de la prótesis).

- Mal hábito de higiene de la prótesis (incluyendo reacción a la placa dental).
- Reacción irritante y alergia a los polímeros de las protesis.
- Factores dietéticos (incluyendo los que causan deficiencias hematológicas).
- Infecciones ocasionada por Candida.

### **Trauma protético:**

Según Patton, las prótesis dentales son el factor más importante en los pacientes que presentan un estado de inmunosupresión, ya que actúan alterando las condiciones de la mucosa oral, produciendo lesiones microtraumáticas. (21)

Habitualmente se acepta que la estomatitis por protesis Grado I, es ocasionada solamente por el trauma protético. Las irritaciones que se producen por el uso de protesis desadaptadas pueden presentar una variedad de factores relacionados, por ejemplo, cuando se realiza la impresión de trabajo; o también en los casos donde la impresión definitiva esta sobreextendida, donde se observaran dificultades con la protesis al momento de su inserción con los músculos de la mejilla, provocando así aftas y úlceras en la mucosa oral, alteración que con mayor frecuencia está presente en el fondo de surco. (19)

Por otra parte, las impresiones definitivas elaboradas, donde el material de impresión no fluye libremente al momento de llevar la cubeta a la cavidad oral, causaran deformaciones del metabolismo celular en la mucosa oral, produciendo enrojecimiento generalizado en la zona de la mucosa, está relacionado con la estomatitis por protesis Grado II. (19)

Otros autores sugieren; que uno de los factores como el tiempo de uso de las prótesis está asociada con el desarrollo de la patología, también plantean que el ajuste de la prótesis y la adaptación que tiene la base de la prótesis con los tejidos se va desapareciendo a causa de la reabsorción ósea propia de la edad de cada persona. (4)

Es muy habitual observar que dicha patología está vinculada a la elaboración de diseño incorrecto de las dentaduras postizas; donde una de las características para este diseño es la falta de alivio en zonas retentivas. Por otro lado es un factor predisponente el tiempo de uso de las dentaduras totales, lo cual puede desencadenar lesiones premalignas en la cavidad oral. (22)

### **Higiene de la prótesis:**

Es un factor de riesgo también la deficiencia de higiene de las dentaduras postizas. Investigaciones realizadas demuestran que está asociada la incorrecta higiene de las dentaduras postizas con un mayor riesgo de frecuencia de la estomatitis por prótesis. (23)

La falta de higiene es considerada también como un factor predisponente para desarrollar la estomatitis por prótesis. Diversos estudios plantean que las colonias de la placa bacteriana que se localiza debajo de los aparatos protésicos, dichos microorganismos sean los causantes para desarrollar la estomatitis por prótesis. (19)

El mal hábito de no retirar las prótesis dentales por las noches, ayuda a este tipo de microorganismos, junto con el pH medianamente bajo en la parte interna de las

dentaduras a la mayor proliferación de agentes patógenos oportunistas como la candida. (23)

Distintas deficiencias nutricionales tales como los bajos niveles de hierro, ácido fólico o vitamina B12, se estima que está incluido como factores que llegan a desencadenar también dicha patología. En relación con los factores higiénicos donde existe una relación con los factores dietéticos ya que los ancianos registran deficiencias vitamínicas y por otro lado su higiene dental es deficiente. (24)

### **Reacción alérgica e irritación:**

La reacción alérgica es cuando está presente la alergia en la cavidad bucal a causa de los componentes de las dentaduras; por otro lado cuando está presente la alergia en la cavidad oral al realizar el diagnóstico, no se define dicha alérgica a la inspección. Cuando se desarrolla una alergia a causa de los polímeros de las dentaduras; se desarrolla una hipersensibilidad de tipo IV; para realizar el diagnóstico debe cumplirse algunos criterios. (24)

- El alérgeno debe estar presente en la cavidad oral.
- Se observa eritemas, muerte celular y ulceración.
- Se da una respuesta favorable cuando el alérgeno es retirado.
- Reparación cuando el alérgeno es nuevamente expuesto en la cavidad oral.

Nyquist, Love y Butz, mencionan que hace varios años atrás se consideraba que la lesión era provocada por la alergia a los materiales componentes de la prótesis acrílica, uno de sus principales componentes el monómero. Con el pasar de los tiempos se

comprobó, que la alergia al material se presentaba solo el 1% de los casos, comprobándose mediante estudios que el acrílico cuando no se polimeriza correctamente presenta porosidades que permiten el alojamiento y reservorio de bacterias, que alteran el medio bucal y a su vez el estado normal de la mucosa. (25)

Cuando están presentes las reacciones alérgicas en boca se visualiza una inflamación en la mucosa por contacto con la prótesis por la presencia de monómero y polímeros de la resina, metacrilato de metilo, peróxido de hidroquinona, entre otros materiales, viéndose esta reacción más común en el acrílico autocurado a comparación de los acrílicos termocurados. (18)

### **Infección candidiásica:**

Esta patología es una infección ocasionada por hongos y más frecuente en la cavidad oral. En el transcurso de la historia este hongo estuvo presente desde 1936 y está muy relacionada con las estomatitis subprotésica. Se han elaborado una variedad de estudios para demostrar que existe un aumento en el desarrollo de la estomatitis a causa de la presencia de la candida, se realiza una comparación con pacientes que no presentan estomatitis donde se activa la interleuquina I, por lo que se sugiere un papel fundamental en el desarrollo de la estomatitis. (19, 26,27)

Seguidamente, la regularidad de la estomatitis subprotésica a causa por la presencia de candida normalmente no presenta ningún tipo de dolor pero clínicamente si se observa inflamación en la mucosa y manchas en la misma; coincidiendo con el soporte de las dentaduras, se localiza principalmente en la mucosa palatina que soporta a las



dentadura superiores, donde no hay mucha presencia de saliva, por ende favoreciendo la proliferación y colonización de la candida. (18)

La mayor parte de pacientes que registran estomatitis subprotésica moderada a causa por candida, se procede a medicarlos con antimicóticos permitiendo así la eliminación de las colonias de la candida. En casos leves se tiene que eliminar lo que está ocasionando la proliferación, como en primer lugar la higiene de las dentaduras sumergiéndolas en un vaso de agua por las noches. (27,28)

En el desarrollo de tiempo se han logrado descubrir 18 tipos de cepas de candida albicans que ocasionaron la estomatitis subprotésica siendo el serotipo A el más común y la que está más involucrada en el desarrollo de la patología. Microscópicamente se ha descubierto que la patogenicidad de la candida albicans es muy elevada en el desarrollo de la estomatitis, a comparación de las cepas que están involucradas como cuando se desarrolla una candidiasis cutánea. Todo los datos recopilados constituyen un importante factor etiológico en el desarrollo de la estomatitis de grado I y II. (19)

### **Factores sistémicos predisponentes:**

Hay una variedad de enfermedades sistémicas que bajan las defensas de las personas y así siendo más susceptibles para el desarrollo de la estomatitis subprotésica, a continuación se desarrollaran que enfermedades son predisponentes:

- **Diabetes:** Se ha demostrado que en la superficie protésica de los pacientes diabéticos hay recuentos de colonias de levaduras más elevadas en comparación

con los sujetos no diabéticos, considerando a la saliva de los pacientes diabéticos como el factor predisponente para el crecimiento de *Cándida Albicans*.

- **Deficiencia de factores nutricionales:** Desde el punto de vista sistémico, algunos autores, reportan que la anemia ferropénica y los altos niveles de colesterol, son factores que se asocian con la predisposición a padecer estomatitis subprotésica.
- **Patologías renales:** Las patologías renales al ser frecuentes en las personas de edad avanzada y al requerir tratamientos repetitivos con antibióticos y sulfamidas, presentan frecuentemente alteraciones de la flora microbiana, principalmente en la cavidad oral, favoreciendo el crecimiento de los microorganismos oportunistas que generan reacción inflamatoria de la mucosa bucal.
- **Xerostomía:** Las alteraciones cualitativas y cuantitativas de la saliva en adultos mayores, son consideradas consecuencia de la ingesta a medicamentos, principalmente de tipo antihipertensivo. Estos medicamentos presentan como efecto secundario la reducción sustancial de los niveles de saliva, lo cual puede actuar como factor predisponente a la virulencia de las especies de *Cándida Albicans*, presentes en la cavidad oral.

Otros factores predisponentes en la estomatitis subprotésica son: la disfunción endocrina, la infección por HIV, la quimioterapia, el tabaquismo y el consumo de alcohol. (19, 23,29)

#### **2.2.2.5. Diagnóstico**

Al momento de realizar el diagnóstico para la estomatitis subprotésica, principalmente se considera lo que se logra visualizar clínicamente y el uso adecuado de los medios auxiliares diagnósticos como: biopsias, estudios citológicos y examinar la microbiología oral. Consecuentemente un adecuado llenado de la historia clínica donde se hace una recopilación de antecedentes personales, patológicos y familiares, así como el desarrollo actual de la patología y su sintomatología. (19)

El diagnóstico es primordialmente clínico y se basa en la localización de las lesiones, generalmente el paciente no presenta sintomatología. Por otro lado, debe ser confirmado también por la observación microscópica, para descartar la presencia de candida donde se tomará la muestra y se realizará la siembra de la misma, en un medio de cultivo para observar su proliferación. (19, 21,26)

En primer lugar se debe anotar que tipo de prótesis usa la persona, la conservación de la misma, su función, su estabilidad, la adaptación marginal, presencia de desgastes, tiempo de uso y el total de años que el paciente tiene consigo la prótesis. Además, se debe conocer el nivel de higiene bucal y protésica y si hay presencia de alguna otra patología como (caries dental, infecciones dentales, leucoplasias y queilitis). (24)

#### **2.2.2.6. Clínica**

Normalmente los síntomas pueden variar o en algunos casos están ausentes. En la mayor parte de casos se logra descubrir la patología al momento del retiro de las dentaduras en una exploración rutinaria o en el momento de empezar un tratamiento

rehabilitador. Se fija un porcentaje que entre el 28% y un 70% de los pacientes que acuden a la consulta no presentan síntomas, pero si hay presencia de algunos signos tales como: inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, mal gusto, boca seca, entre otros. A la visualización oral se logra observar una leve inflamación que se dibuja alrededor de la prótesis dental. El reconocimiento de las lesiones se dará teniendo en cuenta la clasificación de Newton que es actualmente la más aceptada. (16, 19,21)

Además, es de suma importancia resaltar que se debe realizar una exploración consistente de mucosa oral, comprobando los siguientes factores, tales como: el estado de conservación, la higiene de las dentaduras, su retención, apoyo y dimensión vertical de las mismas. Por otro lado el llenado de la historia clínica debe ser adecuado para poder descartar así alguna enfermedad sistémica, siempre enfocándonos en los puntos que tienen relación con la estomatitis. Clínicamente la estomatitis subprotésica se asocia con otras enfermedades bucales. La patología que más se asocia es la queilitis angular que presenta picos estadísticos entre 33% y 82,6%. (19, 24,26)

#### **2.2.2.7. Tratamiento**

Existe una variedad de opciones de tratamiento para controlar y eliminar la estomatitis subprotésica, el más eficaz y contundente es en el retiro de la dentadura ya que es el causante de la lesión por un largo periodo. En casos leves se tiene que eliminar los factores irritativos, como ya se mencionó el retiro de las dentaduras, y también teniendo una mejora en lo que es la higiene oral y de la dentadura como realizar su limpieza con agentes desinfectantes y dejándolas sumergidas en un vaso de agua

por las noches, logrando así un descanso de los tejidos blandos de la cavidad oral y eliminar focos infecciosos. (5, 26,28)

Por otro lado, también se debe tomar medidas de higiene como, la eliminación de la placa de las prótesis y eliminación de placa de la boca usando productos antifúngicos como: Hipoclorito de sodio al 5%, Clorhexidina 0.2%, Bicarbonato sódico al 20%). Vigilar el desajuste oclusal, realiza rebases, equilibrio oclusal o la confección de una nueva prótesis. (14)

Una variedad de estudios se han realizado con la prioridad antifúngica de los productos de limpieza para las superficies acrílicas que salen al mercado dental para la eliminación de las colonias de candida, mejorando así la higienización protética. Por otro lado se ha demostrado que el pH del hipoclorito de sodio tiene propiedades bacteriostáticas la dosificación es al 5% por 5 minutos, aunque su única desventaja es la de blanquear los dientes de las dentaduras postizas. Tenemos también la Clorhexidina al 0.2%, es un antiséptico potente frente a gran variedad de microorganismos, levaduras y por último el Bicarbonato Sódico al 20%, que al aumentar el pH disminuye la proliferación de la cándida. (1, 16,23)

La candidiasis es la lesión con más recurrencia en la cavidad oral, se presenta de diversas formas. En Occidente, una porción importante de pobladores padecen estomatitis ocasionada por protesis asociada al uso constante de dichas protesis como factor predisponente. La eliminación de la candida de la cavidad oral se ha ido realizando aproximadamente hace 30 años con Nistatina tópica, se encuentra en

tabletas, suspensión y ungüento, se aplica cada 5, 3 o 4 veces al día durante tres semanas; pero también está presente el Fluconazol de uso sistémico con dosificación de 50 mg por día, durante 14 días, este tipo de medicamentos es muy efectivo para el tratamiento de la estomatitis que no responde a tratamientos locales o tópicos , o también se usan en pacientes inmunodeprimidos. (4, 16, 21,28)

Los índices de la candidiasis ha ido aumentando en las últimas décadas, donde también se ha desarrollado nuevos agentes antimicóticos, con menor toxicidad y que son organizadamente activos. La elección del tipo de terapia a proceder se ve afectada con la aparición de nuevas cepas resistentes es por el que si se administra alguna medicación debe de ir de la mano con la limpieza adecuada y uso de sustancias de limpieza para las prótesis dentales. (27)

El grado III de las estomatitis, uno de los casos más graves que se diagnostican es que desarrolla proliferación o crecimiento anormal del tejido mucoso. En este caso la solución es la eliminación del agente causante y también el uso de acondicionadores de tejido, en algunos casos puede que este material no tenga existo a la gravedad de la patología. En esos casos la única solución es recurrir a técnicas quirúrgicas para retirar la hiperplasia y realizar un estudio patológico para descartar cualquier otra patología. (5, 19)

Como ya mencionado anteriormente, una alternativa es el uso de acondicionadores de tejidos ya que son usados con la finalidad de sostén hacia los tejidos flácidos localizados en la superficie interna de las dentaduras, la función de los

acondicionadores es la de distribuir las fuerzas de la masticación paralela, evitando así la inflamación de los tejidos de soporte. Además, una de las desventajas de los acondicionadores es que se deterioran con facilidad en la cavidad oral y por consiguiente tiene que hacer el cambio de material seguido, de 2 a 3 días, si no se realiza el cambio de dicho material puede producirse una proliferación bacteriana ya que sirve como un reservorio para la colonización de las bacterias y acentuando más la inflamación de la mucosa.(19,23)

### **2.2.3. Edentulismo**

Se define como edentulismo cuando no hay presencia de piezas dentales en los rebordes alveolares, su pérdida puede ser fisiológica o congénita, siendo la más común la fisiológica; mundialmente este problema de salud pública ha disminuido en porcentaje encontrándose con mayor frecuencia en los adultos mayores. La OMS manifiesta que hay un porcentaje de personas con edentulismo completo entre 7% y 69% internacionalmente; afectando en gravedad la salud oral y general de los pacientes geriátricos, además afecta también la calidad de vida de las personas, el gusto por los alimentos y la nutrición. Se ha demostrado que la pérdida de piezas dentales está asociado con el avance de edad, también se ha verificado que en el maxilar superior la pérdida de piezas dentales se da primero a comparación con la mandíbula. (17, 18, 30)

Los países desarrollados tienen una bajo índice de edentulismo, mientras que en países subdesarrollados es lo contrario, en estos países la mayoría de la población usa al menos una dentadura postiza removible, ya sea parcial o total. La pérdida de piezas dentales se presenta en cualquier edad, aunque es más relevante en personas

mayores, ya que son más susceptibles a desarrollar enfermedades sistémicas y bucales. Ya se mencionó que la pérdida de dientes era normal por el ciclo de vida de cada persona ocasionado por la misma reabsorción ósea de los rebordes alveolares, actualmente hay una variedad de estudios donde citan que se puede detener la pérdida de piezas dentales, ya que existe una variedad de métodos preventivos para mantener con vitalidad la piezas dentales por un largo periodo de vida. (27,30)

Con frecuencia el adulto mayor edéntulo total registra reabsorción ósea severa de ambos maxilares, en especial de la mandíbula y normalmente se presenta en el sexo femenino, asociado mayormente con la menopausia. En consecuencia la disminución de estrógenos en el cuerpo femenino induce a un mayor incremento de reabsorción ósea y por ende menor formación de tejido óseo, desarrollando patologías óseas como osteoporosis, por lo general es más visto que la densidad ósea es más avanzada en mujeres que en varones de la misma edad. (28)

#### **2.2.4. Prótesis Dental**

Las dentaduras son elementos artificiales dedicados a componer la anatomía de una o varios dientes, por eso constituyen una alternativa a la pérdida de piezas dentales, para recuperar principalmente la función masticatoria, fonética y la estética. (6, 31)

##### **2.2.4.1. Clasificación de las Prótesis Dentales**

Las prótesis pueden clasificarse como dentosoportadas, dentomucosoportadas y mucosoportadas.



#### **a. Prótesis Dentosoportadas**

Las prótesis dentosoportadas son las que van hacer soportadas en dientes pilares o remanentes, restaurando espacios edéntulos limitados por piezas dentarias (clase III y IV de Kennedy, con espacios limitados). Por lo tanto, en espacios dentosoportadas las prótesis que más se usa es la prótesis parcial fija.

#### **b. Prótesis Dentomucosoportadas**

Las prótesis dentomucosoportadas son las que van hacer soportadas en dientes y en la mucosa oral, lo encontramos en la clase I y II de Kennedy, las prótesis que se realizan en esta clasificación son las prótesis parcial removible.

#### **c. Prótesis Mucosoportadas**

Son aquellas que se soportan sobre los rebordes alveolares, en contacto con la encía, es cuando el paciente no tiene ningún diente y lo más recomendable es realizar prótesis dentales totales. (28, 31)

### **2.2.4.2. Tipos de Prótesis Dentales**

Las prótesis pueden ser parciales y completas, así como fijas y removibles. (31)

#### **a. Prótesis Parciales**

Pueden ser de dos tipos:

Las prótesis parciales removibles, son clasificadas según Kennedy en cuatro clases que más se usan en pacientes edéntulos parciales, este tipo de prótesis puede ser retirada por el paciente. Por otro lado tenemos los materiales más usados como base en este tipo de prótesis que son: las aleaciones de cromo-

níquel, cromo-cobalto, que tienen buenas condiciones de resistencia, delgadez, tolerabilidad con los tejidos y conductibilidad térmica. (17,29)

Las prótesis fijas, son aquellas prótesis que se soportan por dientes o implantes que una vez instalada no puede ser retirada por el paciente. (29)

#### **b. Prótesis Total**

Son prótesis que sustituyen a la totalidad de la dentición natural de una o ambas arcadas, con apoyo mucoso completo, se conecta a todas las estructuras del maxilar y la mandíbula, soportándose totalmente por los tejidos (membrana, mucosa, tejido conectivo y hueso adyacente); compuestas por dos elementos esenciales la base protésica y los dientes artificiales. (29)

##### **2.2.4.2.1. Prótesis Total**

Las prótesis dentales son un instrumento o aparato de tipo mucoso-soportado confeccionado con el fin de sustituir todo los dientes de ambas arcadas o de una sola. La prótesis total es una rehabilitación fisiológica que involucra las funciones de la masticación, fonética, estética y eventualmente adaptación psíquica. (32,34)

La diversidad de materiales que existen para la elaboración de dentaduras han ido cambiando con el transcurso del tiempo, en un principio se realizaban dentaduras a base de caucho, luego con la industrialización y cambios en el mercado dental se empezaron a usar los acrílicos, actualmente usados hasta la fecha en los laboratorios y consultorios dentales.(31)

La comodidad del paciente al usar la prótesis total debe ser integral, hasta el punto de que sienta que es parte de su cuerpo. En conclusión, este es un dispositivo físico-mecánico, colocado para vivir en un medio biológico oral y dinámico, rodeado de estructuras móviles y sujeto a factores que alteran su retención y estabilidad (32, 33)

## **A. Tipos de Prótesis Total**

### **1. Convencional**

Las prótesis dentales convencionales se instalan tiempo después de la exodoncia dental, cuando los rebordes alveolares se encuentran en su posición adecuada o totalmente cicatrizados. Se realizan con el mismo protocolo básico; donde se empieza con una impresión primaria, para realizar la cubeta individual, obteniendo así el modelo de trabajo. Por consiguiente, se elaborará la placa base, rodete de oclusión y contorno, luego tomándose los registros intermaxilares para realizar el enfilado de dientes artificiales, realizando dicha prueba en el paciente. Finalmente, se enmufla usando la técnica a “cera perdida” para transformar los materiales termoplásticos en acrílicos. (20, 35,36)

### **2. Inmediatas**

La dentadura total inmediata se define como una dentadura parcial removible, elaborada para la colocación rápidamente después de la extracción de dientes naturales, es elaborada en un modelo de yeso obtenido antes de la extracción dentaria. (35,37)

Estas prótesis darán protección a las heridas contra las lesiones, ya sean físicas o químicas, dando un estímulo favorable para la regeneración de los tejidos. Tal vez, debido a estos estímulos, los portadores de estas sufren de una menor y más homogénea reabsorción ósea. Por otro lado, las prótesis inmediatas su mayor ventaja es la de permitir a los pacientes continuar con sus actividades sociales. (35,37)

### **3. Sobredentadura**

Una sobredentadura es una dentadura removible, que se sostiene por remanentes radiculares o implantes y puede tener una conducta biomecánica similar al de una dentadura total convencional. (36.38)

Las dentaduras implantosoportadas o dentosoportadas, su ventaja principal es el de preservar el nivel óseo, así disminuyendo o incluso deteniendo el grado de atrofia alveolar y la única ventaja de las dentosoportadas sobre las implantosoportadas, es el costo. (38)

### **4. Sobre Implantes**

Las prótesis sobre implantes se ven en múltiples combinaciones, como las sobredentaduras y las prótesis fijas sobre implantes. Las prótesis fijas sobre implantes es poco indicado, normalmente no es un tratamiento de elección en desdentados totales, ya que tiene como características; el factor económico por ser de mayor costo, debido al mayor número de implantes, higienización más difícil y el procedimiento quirúrgico es mucho más complejo. (39)

Por otro lado, la ventaja de la sobredentadura es la disminución de pérdida ósea, mejor estética, estabilidad, oclusión, retención, eficiencia masticatoria y menor volumen de la prótesis, así como el reducido costo económico y el tiempo de tratamiento. (39)

## **B. Principios Básicos de la Prótesis Total**

Al conocer cada estructura de soporte se observa las estructuras que están netamente en contacto con la superficie interna de las dentaduras artificiales, los principios de soporte como son la estabilidad y retención que forman la triada protética, es la característica principal que deben de cumplir todas las dentaduras, esta triada tiene una relación con estas estructuras por lo que son llamadas zonas protésicas según el autor Ozawa. (32, 40)

### **- Soporte**

Las estructuras de soporte están conformadas por la variedad de tejidos blandos y duros presentes en la cavidad oral. Por otro lado, los tejidos blandos van a variar es cuanto a su grosor, elasticidad y si es tolerante al momento de la presión. (41)

La zona primaria de soporte, es toda el área donde la dentadura postiza ejerce una alta presión con los movimientos masticatorios y se localiza por toda la cresta residual en el maxilar superior, abarcando el área posterior del proceso residual con una medida aproximadamente de 4mm. A comparación que en la

mandíbula la mayor fuerza de masticación se localiza en la zona posterior de las molares. (40)

La zona secundaria de soporte, esta zona es amplia a comparación de la primaria, se ejerce una presión mínima localizada en las crestas residuales del maxilar superior y la zona posterior de las molares en la mandíbula, se extiende desde el reborde alveolar y la zona dura del paladar en el maxilar superior y en la mandíbula termina en las superficies vestibulares con una medida de 2mm aproximadamente antes del fondo de surco. (40)

#### - **Estabilidad**

Es la acción donde las superficies pulidas tienen control y equilibrio, estas zonas están con íntimo contacto con los labios, carrillos y lengua, donde van a generar fuerzas que estabilizan las dentaduras durante la función masticatoria y lo principalmente tienen una vinculada relación con la oclusión y un adecuado engranaje de los dientes (32)

Según Llena (1988) y Millares (1996), la estabilidad es el factor que define el éxito de una prótesis completa. Se considera estabilidad de la prótesis cuando se coloca en boca y no se mueve en absoluto. (42)

Es importante que exista estabilidad, al entrar en contacto con las superficies opuestas o de antagonización en la posición intercuspales y evitar los contactos prematuros que ocasionan la inestabilidad o desplazamiento de las dentaduras.

Por ende, deben priorizar los principios que rigen en la oclusión balanceada bilateral, que requieren por lo menos de dos puntos de contacto posterior, uno a cada lado de la línea media y uno anterior en los movimientos excéntricos y de protrusión. (32)

#### - **Retención**

Es la resistencia de la base al moverse encima de los tejidos que la soportan. Al tomar la impresión de la base, lo que se hace es registrar las fuerzas musculares de las inserciones musculares que rodean la prótesis. Se debe colocar la prótesis en el punto donde se proporcione un buen sellado periférico, sin que la desplacen y la hagan inestable. (42)

El sellado periférico, es la delimitación correcta de los bordes periféricos, de las dentaduras superior e inferior, es importante para evitar la penetración de aire y consecuentemente la ruptura de la capa de la saliva. Donde la superficie interna de la prótesis está en íntimo contacto con la mucosa y de esta manera favorecen la adhesión, produciendo un vacío que mantendrá la prótesis en su lugar. Además, el sellado de los bordes debe armonizar y coordinarse con los efectos de los labios y los carrillos en relación a la superficie pulida de la dentadura. (32,40)

#### **2.2.4.3. Superficies de las Prótesis**

Según Llena (1988) y Beresin (1978) la profesión solo ha tenido en cuenta las fuerzas verticales que se producen sobre la cara oclusal y que soportan la base, pero ha

ignorado las fuerzas horizontales que actúan sobre las superficies externas. Para la elaboración de la prótesis completa, se dividirá en tres superficies: (42)

La primera superficie; es la parte de la prótesis que establece contacto con los tejidos de soporte, sobre los que descansa, la retención depende de esta superficie. La segunda superficie; es la cara externa, constituida por el resto de la prótesis que no forma parte de las otras dos, quiere decir la superficie externa de la prótesis (los dientes y molares que no forman parte de la superficie oclusal). Por último, la tercera superficie; es la superficie oclusal, que recibe las fuerzas de los músculos de la masticación y las dirige hacia los tejidos que soportan la base o primera superficie. (42)

### **2.3. Terminología básica**

- **Estomatitis subprotésica**

Inflamación de la mucosa debida al contacto con la superficie interna de una prótesis mal adaptada. (16)

- **Acondicionador de Tejidos**

Son elastómeros de silicona o resinas acrílicas, usados para amortiguar la superficie interior de la prótesis. (30)

- **Edentulismo**

Es la ausencia o pérdida total de las piezas dentales. (17)

- **Prótesis Total**

Son aditamentos que sustituyen a la totalidad de dientes. (29)

- **Prótesis Inmediata**



Son prótesis fabricadas para la colocación inmediatamente después del retiro de dientes naturales. (35)

- **Sobredentaduras**

Es una dentadura que se remueve sostenida mediante remanentes radiculares o implantes dentales. (38)

- **Triada Protésica**

Son los principios que debe cumplir la prótesis total como el: soporte, estabilidad y retención. (40)

**2.4. Hipótesis**

No presenta.

**2.5. Variables**

VARIABLE (V)	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Presencia de estomatitis subprotésica (V. de Estudio)	Cualitativa Nominal	Grados de la estomatitis subprotésica según Newton	Instrumento de grados de estomatitis subprotésica de Newton	Nominal	- Tipo I - Tipo II - Tipo III
Localización de la lesión (V.Control)	Cualitativa Nominal	Zonas donde se ubica la lesión	Inspección clínica	Nominal	- Zona anterior - Zona media - Zona posterior
Tiempo de uso de la prótesis (V.Control)	Cualitativa continuo	Tiempo en años	Tiempo de uso, desde la instalación hasta la actualidad	Razón	- Menos de 1 año - De 1 a 5 años - Más de 5 años
Estado de conservación de la prótesis total (V.Control)	Cuantitativo Nominal	Estado de conservación	Inspección clínica	Nominal	- Buen estado - Mal estado

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Estomatitis subprotésica:** La estomatitis subprotésica se ubica frecuentemente en el paladar, siendo raro en el maxilar inferior, pueden clasificarse en tres grados de acuerdo a la apariencia de severidad clínica, se da por tipos (Tipo I, Tipo II y Tipo III), medido por el instrumento de grados de estomatitis subprotésica de Newton.
- **Localización de la lesión:** Es donde se encontrará dicha lesión, ya sea zona anterior, zona media y zona posterior.
- **Tiempo de uso de la prótesis:** Tiempo de uso, desde la instalación hasta la actualidad.
- **Estado de conservación de la prótesis total:** Se considera buen estado de conservación de la prótesis total cuando tiene buena retención, buen soporte, buena estabilidad (buena oclusión), sin reparaciones y sin fracturas. Se considera mal estado de conservación de la prótesis total cuando existe algún factor desfavorable de lo bueno

## **CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO**

### **3.1. Tipo y nivel de investigación**

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo y transversal, según la Sociedad Peruana de Bioestadística. El nivel de investigación es descriptivo. (43)

### **3.2. Población y muestra**

La población fue de 96 personas y se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia; ya que este tipo de muestra permitió seleccionar a los participantes que estuvieron dispuestos y disponibles para el estudio. (44)

La muestra estuvo compuesta por 96 adultos mayores (51 mujeres y 45 hombres) independientes física y mentalmente de los pabellones sociales, donde residen los albergados que realizan sus pagos completos, parciales e indigentes; los pabellones visitados fueron los números: 1, 2, 3, 4, 5, 6,7 y el pabellón central del alberge de Canevaro.

#### **Los criterios de inclusión:**

Estuvo conformado por los pabellones (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y el pabellón central)

- Personas (LOTEP).
- Personas que aceptan de forma voluntaria ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Personas sin enfermedades sistémicas, que pueden influir en el estudio.
- Sujetos portadores de prótesis total removible.

**Los criterios de exclusión:** estuvo conformado por los pabellones (8, 9 y 10)

- Personas con discapacidad mental, que tengan imposibilidad de comunicarse.
- Personas con alguna enfermedad sistémica que puedan alterar el estudio.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se solicitó la autorización a la Directora del Albergue “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, con la finalidad de formalizar y validar el presente estudio. (Ver anexo N°1 y N°2).

El total de albergados fue de 96 personas, donde luego se calculó la muestra de estudio de 96 personas. En principio, se visitó las habitaciones de los albergados donde se les pregunto si usaban prótesis total y posteriormente se realizó una explicación breve sobre el estudio, luego dándose lectura al consentimiento informado, se estampó la huella digital del entrevistado (albergado), como aceptación de su participación en el estudio. Finalmente, para llenar algunos datos del instrumento se solicitó el DNI físico del entrevistado (albergado). (Ver anexo N°3 y N°7)

Por otro lado, luego de culminar la etapa previa, se llevó una completa exploración visual, utilizando una linterna de frente y el equipo básico (espejo, bajalengua y guantes de diagnóstico), para diagnosticar la presencia o no de estomatitis subprotésica, asimismo poder ubicar la zona de la lesión, el estado de conservación de la prótesis y recabar todos los datos necesarios que se detallan en la ficha de recolección de datos. (Ver anexo N°4 y N°7)

#### **Limitaciones:**

- No se contó con la presencia de personal especializado en el ámbito odontológico dentro del Albergue, para el apoyo en la selección de albergados portadores de prótesis total, para poder llevar a cabo el desarrollo de la investigación con más facilidad.
- Hubo restricciones de ingreso hacia algunos pabellones como el N°8, 9 y 10, donde quizás habrían pacientes portadores de prótesis total; pero por medidas preventivas se evitó el ingreso.

Las unidades de atención Geronto Geriátrica dentro del albergue fueron:

**A. Unidad de Independientes:** albergan ancianos independientes físico y mentalmente:

- Pabellón central: tiene albergados en condición de pagantes total y es un pabellón mixto.
- Pabellones típicos: tiene en condición de pagantes parciales e indigentes totales, son pabellones sólo del sexo femenino (pabellón 1,2)
- Pabellones típicos: tiene en condición de pagantes parciales e indigentes totales, son pabellones sólo del sexo masculino (pabellón 5,6,7)

**B. Unidad de Dependientes:** albergan ancianos dependientes físico y mentalmente, con condición de pagantes parciales e indigentes totales, son pabellones mixtos (pabellón 3,4).

**C. Unidad de Dependientes Mentales:** albergan ancianos con problemas psiquiátricos y/o neuróticos, con condición de pagantes parciales e indigentes totales, son pabellones mixtos (pabellón 8, 9).

**D. Unidad de Dependientes totales:** albergan ancianos con deterioro físico y mental, con condición de pagantes parciales e indigentes totales, es un pabellón mixto (pabellón 10).

### **3.4. Procesamiento y análisis de datos**

Se empleó el programa Word para la redacción del proyecto y demás documentos. Asimismo, para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se utilizó el programa Excel. El tamaño de muestra a tratar se calculó mediante el programa Excel (adaptado por el grupo Fisterra).

La parte estadística, tanto descriptiva como inferencial se realizó a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se aplicó un valor alfa de 0,05.

### **3.5. Aspectos éticos**

- Se respetó los derechos de autor de los textos empleados.
- Se siguió el procedimiento metodológico que mejor se adapte a las circunstancias del estudio, así como el uso de un instrumento de recolección de datos que fue validado por especialistas de Rehabilitación Oral de la Universidad Norbert Wiener. (Ver anexo N°5)
- El estudio no comprometió la salud física ni mental de los participantes.

- El estudio se realizó por personal capacitado.
- Se aseguró el anonimato de los participantes del estudio, así como se salvaguardará sus Datos Personales según lo referido a la Ley N° 29733, “Ley de Protección de Datos Personales”.
- El recojo de la información se realizó previo consentimiento, para que dejen sustento de la situación voluntaria de participación.
- Se solicitó se responda a la Carta de presentación, al Licenciado Pedro Hernández Gonzales, Encargado del Servicio de Capacitación e Investigación del Albergue de Canevaro, a fin de poder constatar la permanencia en dicha institución. (Ver anexo N°6)



## **CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. Resultados**

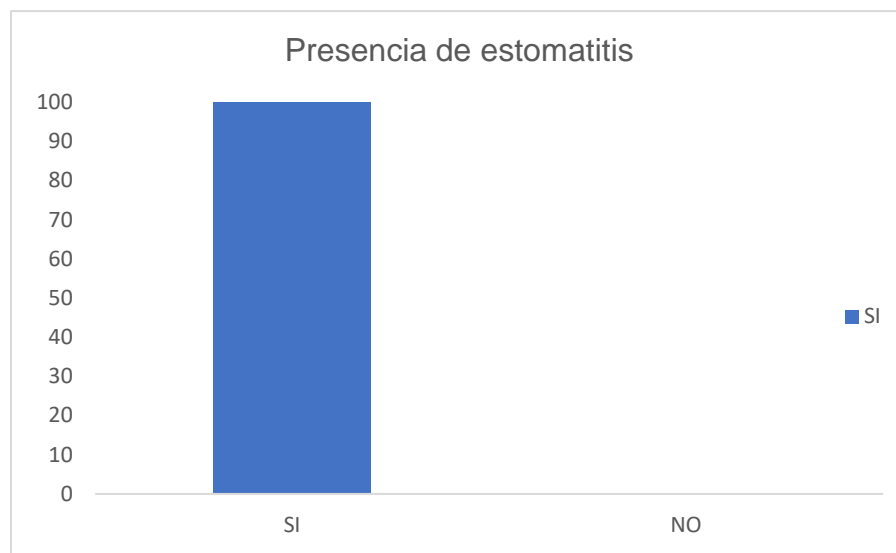
- A. Distribución de la muestra con respecto a la presencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.**

En la Figura N° 1 obtenida del cuadro N° 1, se muestra la distribución de la muestra con respecto a la presencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total, donde se aprecia que el 100% presentaba estomatitis subprotésica y el 0% no presentaba estomatitis.

**TABLA N°1:** Distribución de la presencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.

<b>Estomatitis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	96	100
No	0	0
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

**GRÁFICO N°:1:** Distribución de la presencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.



**B. Distribución de la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.**

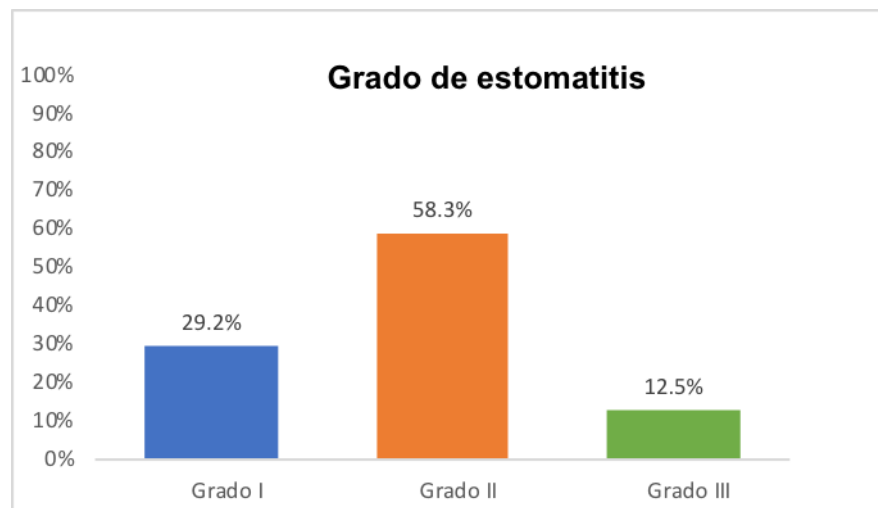
En la Figura N° 2 obtenida del cuadro N° 2, se muestra la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total, donde se aprecia que el 29.2% presentaba estomatitis grado I, el 58.3% de la

muestra presentaba estomatitis de grado II y el 12.5% presentaba estomatitis grado III.

**TABLA N°2** Distribución de la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.

<b>Grado de estomatitis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Grado I	28	29.2
Grado II	56	58.3
Grado III	12	12.5
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

**GRÁFICO N°2:** Distribución de la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.



**C. Distribución de la localización de la lesión de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.**

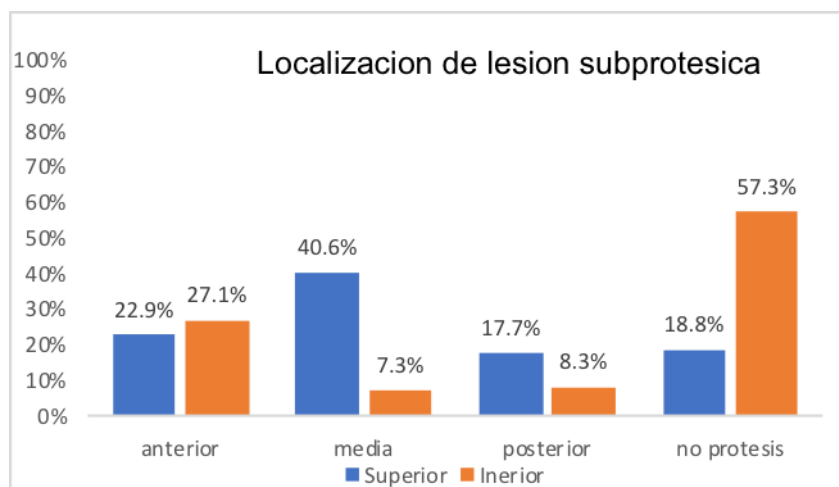
En la Figura N° 3 obtenida del cuadro N° 3, se muestra la localización de la lesión de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total donde la localización en maxilar superior fue en la zona anterior 22.9%, zona media 40.6%, zona posterior 17.7% y un 18.8% no portaban dentadura superior. La localización de lesión en adultos examinados con dentadura inferior fue en zona

anterior 27.1%, zona media 7.3% y zona posterior 8.3% mientras un 57.3% no poseía prótesis inferior.

**TABLA N°3:** Distribución de la localización de la lesión de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.

	<b>Maxilar superior</b>		<b>Maxilar inferior</b>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Anterior	22	22.9	26	27.1
Media	39	40.6	7	7.3
Posterior	17	17.7	8	8.3
No prótesis	18	18.8	55	57.3
<b>Total</b>	96	100.0	96	100.0

**GRÁFICO N°3:** Distribución de la localización de la lesión de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.



**D. Distribución del tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.**

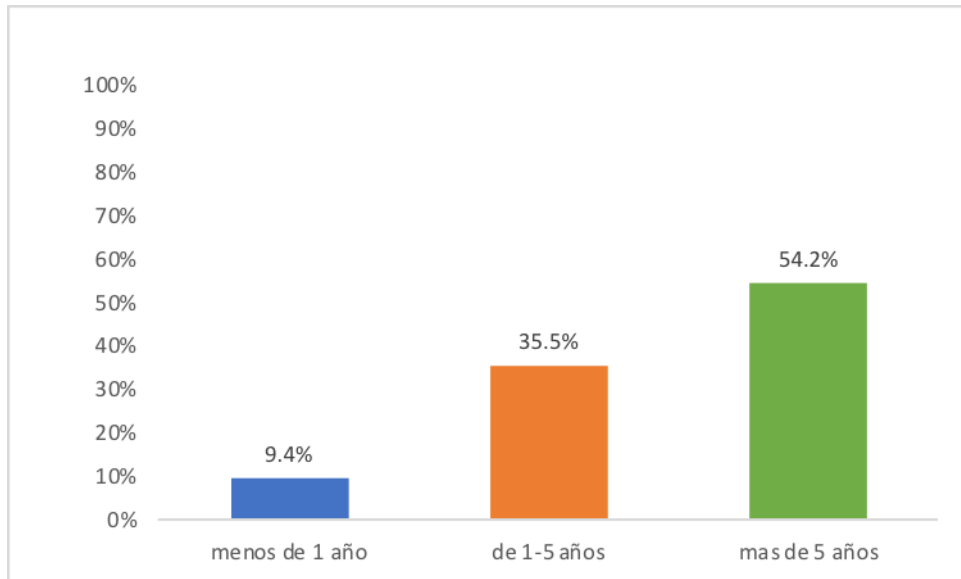
En la Figura N° 4 obtenida del cuadro N° 4, se muestra el tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores donde, el 9.4% de la muestra usaba dentadura total hace menos de un año, el 35.5% usaba prótesis de 1-5 años y el 54.2% de la muestra mencionó usar prótesis total hace más de 5 años.

**TABLA N°4:** Distribución del tiempo de uso de la dentadura en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.

<b>Tiempo de uso de prótesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 1 año	9	9.4
De 1-5 años	35	35.5
Más de 5 años	52	54.2
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°4:** Distribución del tiempo de uso de la dentadura en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.





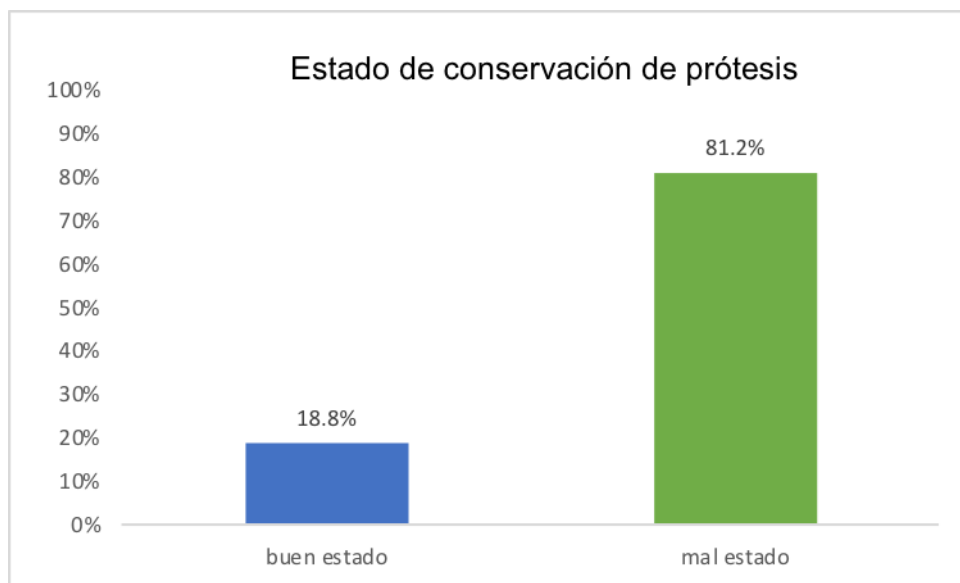
**E. Distribución del estado de conservación de la dentadura en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.**

En la Figura N° 5 obtenida del cuadro N° 5, se muestra el estado de conservación de la dentadura en adultos mayores portadores de dentadura total donde se observa que el 81.3% presenta prótesis en mal estado mientras que el 18.8% muestra prótesis en buen estado.

**TABLA N°5:** Distribución del estado de conservación de la dentadura en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.

<b>Estado de conservación</b>	Frecuencia	Porcentaje
Buen estado	18	18.8
Mal estado	78	81.3
<b>Total</b>	96	100.0

**GRÁFICO N°5:** Distribución del estado de conservación de la dentadura en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.



#### 4.2. Discusión

En el presente estudio se encontró que el 58.3% de adultos mayores portadores de prótesis totales presentaban una estomatitis de grado II, este valor es relativamente menor al resultado obtenido por Bermúdez R. et al (5), puesto que en su estudio encontraron que la estomatitis más predominante fue la del grado II con 77.8%, esto posiblemente esté relacionado a las prótesis en mal estado. Ambos estudios encontraron altas prevalencias de prótesis totales en mal estado que pueden causar enrojecimiento de la mucosa y aparición de áreas eritematosas.

En el presente estudio realizado en el albergue de Canevaro, se obtuvo la presencia de un 100% de estomatitis subprotésica, este resultado difiere con el estudio hecho

por García B et al (6), quien obtuvo que la estomatitis subprotésica tenía un prevalencia de 78.5%, es posible que dicho valor sea diferente ya que el promedio de la muestra usada en la presente investigación fue de 88 años, en cambio en la investigación realizada por García B et al. (6), el promedio de edad fue de 80 años, refiriendo que la estomatitis se hacía presente en edades más avanzadas a diferencia que entre 70-80 años de edad, donde las lesiones más frecuentes eran las úlceras traumáticas.

En la investigación realizada en el albergue de Canevaro, se obtuvieron diferentes grados de estomatitis en maxilar superior e inferior, donde la de mayor prevalencia fue la de grado II (77.8%) en ambos maxilares, a diferencia de las cifras encontradas en la investigación realizada por Serrano M et al (4), el cual obtuvo que la estomatitis más prevalente fue la de grado I (50%), asociado a la falta de higiene, pero un punto de importancia fue el mal estado de las prótesis el cual coincide con la presente investigación, en la que se obtuvo que un 81.3% de la muestra presentaba prótesis en mal estado.

En la presente investigación se obtuvo que el grado de estomatitis subprotésica de mayor prevalencia fue la de grado II (77.8%), mientras que en la investigación realizada por Gutiérrez C et al (7), el grado de estomatitis más recurrente fue la estomatitis de grado I con un 47% del total de su muestra, cita a su vez que en el 77,1% de los pacientes con estomatitis subprotésica se aisló al menos una especie de cándida, hongo el cual aumenta la gravedad de la estomatitis ya presente.

En la presente investigación se encontró que el 54.2% de la muestra usaba prótesis total por más de 5 años, siendo un factor de riesgo para padecer estomatitis de grado III, ya que en la investigación realizada por Sánchez M et al (2), mencionan que en su muestra de 86 portadores de prótesis el grado III de estomatitis se dio en aquellos pacientes con 10 años de portar aparatología protésica.

En el presente estudio se mostró que la localización de la lesión de estomatitis fue más prevalente en la zona anterior 22.9% y zona media 40.6%, a diferencia de los encontrado por Silva A et al (8), en la cual determinaron que la localización de estomatitis fue más frecuente en la región media y posterior. Citando como factores predisponentes para este tipo de lesiones al uso continuo de las prótesis, seguido de la higiene bucal deficiente.

En el presente trabajo se obtuvo que el grado de estomatitis subprotésica de mayor prevalencia fue la de grado II, dicho resultado coincide con las investigaciones realizadas por Nápoles I et al (11) y Noguera y Fleitas (12), que encontraron el predominio de estomatitis grado II en sus investigaciones, principalmente en los pacientes con un periodo de uso de la prótesis de 6 a 10 años, de igual manera dicho resultado coincide con la obtenida en el presente estudio, en la que se observó mayor prevalencia de estomatitis en pacientes con larga periodo de usos de prótesis totales. Nápoles I et al (11) y Noguera y Fleitas (12) también refieren que la estomatitis puede deberse al usar la prótesis durante las horas de sueño encontrando en ese grupo la lesión de grado II.



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

## 5.1. Conclusiones

El presente estudio mostró un alta de prevalencia de estomatitis subprotésica (100%) entre los adultos mayores portadores de prótesis totales del albergue de Canevaro, Lima.

- Se obtuvo que la estomatitis más prevalente fue la de grado II con un 58.3%, el segundo grado con mayor prevalencia visualizado fue el grado I con un 29.2% y el grado de estomatitis grado III fue la menos prevalente con un 12.5%.
- Se obtuvo según la localización de estomatitis subprotésica en maxilar superior, que la región media fue la de mayor prevalencia con un 40.6%, seguida por un 22.9% en la región anterior y la región posterior fue la de menor prevalencia con un 17.7%.
- Se obtuvo según la localización de estomatitis subprotésica en maxilar inferior, que la mayor prevalencia de estomatitis fue la región anterior con un 27.1%, seguida de la región media 7.3% y la región con menor presencia de estomatitis fue la región posterior 8.3%.
- Se obtuvo que en relación al tiempo de uso de prótesis total en adultos mayores examinados, el 54.2% de la muestra usaba prótesis hace más de 5 años, seguido de un 35.5% que usaba prótesis de 1-5 años y un 9.4% de la muestra que usaba prótesis total hace menos de un año.
- Se observó en cuanto al estado de conservación de las prótesis totales en los adultos del albergue Canevaro, que el 81.3% presentó prótesis en mal estado, mientras que el 18.8% de la muestra presentó prótesis en buen estado.



## 5.2. Recomendaciones

- Realizar una investigación con mayor cantidad de población para ampliar la muestra y poder contrastar los resultados con la presente investigación.
- Realizar charlas de concientización a los adultos mayores haciendo denotar la importancia de la visita periódica al odontólogo.
- Concientizar a los adultos mayores portadores de prótesis en mantener un buen estado de su prótesis.
- Realizar charlas sobre higiene de prótesis totales en el albergue Canevaro.
- Agregar variables vistas en otros estudios como estado general de salud, estado anímico del paciente, estado nutricional, utilización de análisis microbiológicos para determinación de presencia de hongos.
- Realizar concientización en alumnos de pregrado sobre la importancia de monitorear periódicamente a los pacientes portadores de prótesis.
- Realizar un manual indicando el cómo se debe usar, mantener y guardar las prótesis.

## REFERENCIAS

1. Ayuso MR, Torrent CJ, López LJ. Estomatitis protésica. Puesta al día. 2004; 9(6):657-662.
2. Sánchez *Colbs*. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. MEDISAN. 2013; 17(11):8059.
3. Carreira PV, Almagro UZ. La estomatitis subprotésica en pacientes desdentados totales. Estomatal. 2000, 37(3):133-139.
4. Serrano *Colbs*. Presencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en la población de los Nevados. RevVenezInvestOdont.2015; 3(1):48-57.
5. Bermúdez *Colbs*. Efectividad del bórax y la crema de áloe al 25% en la estomatitis subprotésica. Medicent Electrón. 2016; 20(3):193-201.
6. García AB, Capote VM, Morales MT. Prótesis Totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay. 2015; 2(1): 32-44.
7. Gutiérrez *Colbs*. Estomatitis subprotésica en pacientes de la IX Región, Chile. Odontostomat. 2013; 7(2): 207-213.
8. Silva *Colbs*. Estomatitis subprotésica en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez". Ciencias Médicas. 2012; 16(5): 14-24.
9. Bernal C. Estado de la conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revista Kiru. 2010; 7(1): 9-12.
10. García AB, Benet RC, Castillo BE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Medisr.2010: 8(1): 36-41.

11. Nápoles *Colbs*. Prevalencia de la estomatitis subprotésica. *Archivo médico Camagüey*. 2009; 7(5): 11p.
12. Noruega G, Fleitas A. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. *Revista odontológica de los andes*. 2006,1:20-27.
13. Robert Ireland. *Higiene dental y tratamiento*. México: Editorial El Manual Moderno; 2008.
14. Parra Carranza J. *Enfermedades y lesiones patológicas localizadas de la mucosa oral, tejidos blandos bucales y peribucales en pacientes geriátricos, estudio estadístico Hospital Luis Vernaza 2010-2013*. Univ. de Guayaquil [tesis pre grado]. Ecuador; 2011.
15. Disponible en: [http://cirugia.uah.es/pregrado/docs/tema\\_17\\_estomatitis\\_faring\\_aguda.pdf](http://cirugia.uah.es/pregrado/docs/tema_17_estomatitis_faring_aguda.pdf)
16. Barata C, Durán P, Carrillo B. Estomatitis Protésica. Aspectos Clínicos y Tratamiento. *Prof.dent*.2002; 2 (10):30-35.
17. Isla FC, Pescio JJ, Villacorta CA. Estomatitis subprotésica en adultos mayores de prostodoncia removible. *Fount*.2013; 29:18-22.
18. Pachar Castro N. Prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles totales y parciales que fueron atendidos en la facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca [tesis pre grado]. Ecuador; 2016.
19. Rojas Zumaeta L. Especies del género *Candida* implicadas en estomatitis subprotésica de pacientes del departamento de Odontoestomatología del Centro Medico Naval "CMST".UNMSM. [tesis pre grado].Lima; 2008.

20. Bermúdez AR, Martínez BR, Ibáñez CR. Evaluación de conocimientos sobre estomatitis subprotésica en pacientes y profesionales de la clínica Docente de Especialidades. *Medicent Electrón.* 2015; 19(4): 244-246.
21. Brebis AP, Cancino MJ, Cantín LM. Estomatitis subprotésica: Estudio clínico y microbiológico de candida. *Odontostomat.* 2008; 2(1):101-108.
22. Espasadín *Colbs.* Estomatitis Subprotésica en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. 2012.
23. Ríos Dueñas M. Estomatitis Subprotésica, prevalencia de candidiasis oral y comparación de su resolución con o sin empleo de antimicóticos. Univ. Nacional de Colombia. [tesis de especialidad]. Colombia; 2014.
24. Rey Ordóñez D. Factores etiológicos y microbiológicos de estomatitis subprotésica y su frecuencia, en adultos mayores portadores de prótesis removibles parcial o total que pertenecen al centro geriátrico de Vilcabamba [tesis pre grado]. Ecuador; 2012.
25. Tuca Céspedes T. Prevalencia de Estomatitis por uso de prótesis total mal adaptada en pacientes atendidos en clínica UCSG [tesis pre grado]. Ecuador; 2016.
26. Rocafuerte AM, Refulio ZZ, Huamani MJ. Estomatitis subprotésica: A propósito de un caso clínico. *KIRU.* 2014; 11(2): 180-183.
27. Salazar *Colbs.* Fluconazol. seguridad y eficacia en el control de la estomatitis subprotésica asociada a candida. *Acta Odont. Venez.* 2009; 47(2):1-11.
28. Guía clínica salud oral para adultos de 60 años. MINSAL, 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>

29. Salazar Cruz A. Determinación del tipo de estomatitis subprotésica más común, según la clasificación de Newton, y la frecuencia de sobreinfección por *Candida* en cada tipo, el rango de edad y género predominantes, en pacientes que utilizan prótesis removibles-totales y parciales- y su respuesta a dos diferentes métodos terapéuticos: Instrucciones de higiene oral y protésica con o sin antimicóticos tópicos; en tres diferentes hogares de ancianos del municipio de Guatemala [tesis pre grado]. Guatemala; 2012.
30. Tantas Caldas S. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loaiza [tesis pre grado]. Lima; 2016.
31. Blacio ChM. Tipos de prótesis para pacientes edéntulos parciales y totales [tesis pregrado]. Guayaquil; 2013.
32. José Ozawa. Prostodoncia Total. México: U.NA.M; 1995.
33. Rehabilitación oral de paciente edéntulo total a través de prótesis total superior e inferior. Disponible en: <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/391/1/T-UIDE-0370.pdf>
34. Tadachi Tamaki. Dentaduras completas. Sao Paulo: Sarvier; 1983.
35. Díaz Colbs. Prótesis Dental Inmediata. La carta Odontológica. 2001; 5(16):13-18.
36. Ayuso Colbs. Prótesis Removible en el paciente geriátrico. Av. Odontostomatol. 2015, 31(3):191-201.
37. Díaz TF, Quintana SM. Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento. Rev. Estomatológica Herediana. 2013; 23(1):29-33.
38. Cárdenas ChJ. Sobredentaduras [tesis pregrado]. Lima; 2007.

39. Macedo de Paula C. Calidad de vida Oral y Habilidad masticatoria en pacientes portadores de Implanto-Prótesis-Total [tesis doctoral].España; 2015.
40. Raúl Sánchez. Manual para el laboratorio de enseñanza en la elaboración de dentaduras. Disponible en: <http://odontologia.mxl.uabc.mx/odontologia/web/UA%20BCFILES/Material%20e%20Instrumentacion/Manual%20de%20Prótesis%20Total%20para%20Septimo%20Semestre.pdf>
41. Hidalgo LI, Vilcahuaman BJ. Oclusión en Prótesis Total. Rev. Estomatol Herediana. 2009; 19(2):125-130.
42. Saldarriaga Olortiga CH. Técnica convencional y zona neutra .Univ. Peruana Cayetano Heredia [tesis pre grado].Lima; 2006.
43. Sociedad Peruana de Bioestadística e Investigación en Salud. Disponible en: <http://bioestadistico.com>.
44. Pedro López. Población Muestra y Muestreo. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>.

## ANEXOS

### Anexo N°1

Lima, 25 de Julio del 2018

Solicito ingreso a la institución para recolectar  
datos para tesis de pregrado de odontología

Sr(a)  
Zaida Aguilar Bengoa  
Directora  
Albergue Central "Ignacia R. Vda. De Canevaro"  
Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Marycielo Yandira Laguna Pino Bachiller de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, con código n° 2013200128, solicito me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el título de Cirujano Dentista "PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL DEL ALBEGUE DE CANEVARO, LIMA - 2018" cuyo objetivo general es: Determinar la presencia de estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de protesis total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.

La mencionada recolección de datos consiste en realizar una breve presentación de 3 min en el cual se expondrá los objetivos del cuestionario, manifestándole que su participación es voluntaria, personal y asegurándole la confidencialidad, luego se hará el llenado del consentimiento informado y por último se realizara el llenado de la ficha de recolección de datos.

Los resultados del estudio constituyen un aporte importante porque permitirá a la Universidad y al Albergue evaluar la cantidad de adultos mayores con estomatitis subprotésica, para establecer las medidas de prevención y controles pertinentes.

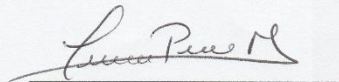


25/07/18  
M: 30 am

Adjunto:

1. Carta de presentación
2. Copia de carnet de la Universidad
3. Copia de DNI
4. Copia de Bachiller
5. Consentimiento Informado
6. Instrumento de recolección de datos

Atentamente,



Marycielo Yandira Laguna Pino  
Bachiller de la E.A.P. de Odontología  
Universidad Norbert Wiener  
DNI: 45662832  
Tef: 975658070



## Anexo N°2



Universidad  
Norbert Wiener

Lima, 02 de Abril del 2018

**CARTA N° 145-04-067-2018-DFCS-UPNW**

*Dra.:*  
*ROSA RINCON HUAMAN*  
*Directora.*  
*Albergue Central "Ignacia R. Vda. De Canevaro".*

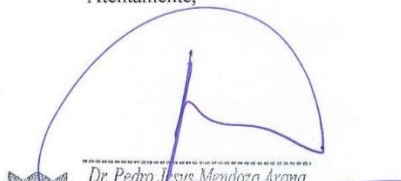
**Presente.-**

*De mi consideración:*

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Señorita **LAGUNA PINO MARYCIELO YANDIRA**, con DNI N°45662832 código a2013200128, 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 "PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL DEL ALBERGUE DE CANEVARO, LIMA - 2017". Por lo que le agradeceríamos su gentil atención al presente.

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,

  
Dr. Pedro Jesus Mendoza Arana  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

B.V.P

## Anexo N°3

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por: Marycielo Yandira Laguna Pino estudiante de Odontología de la Universidad Norbert Wiener. El presente documento tiene el fin de informar al paciente sobre el estudio a realizar el cual acepta libremente y con consentimiento admite participar de los estudios clínicos con el fin de proyecto de tesis sin ninguna obligación. Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá retribución en dinero por haber participado del estudio. Los datos finales le serán comunicados al finalizar el estudio.

Desde ya le agradezco su participación.

Mediante el presente documento yo,.....  
Identificado(a) con DNI....., acepto participar voluntariamente en este estudio, conducido por Marycielo Yandira Laguna Pino, del cual he sido informado(a) el objetivo y los procedimientos. Además, acepto que mis Datos Personales sean tratados para el estudio, es decir, el investigador podrá realizar las acciones necesarias con estos (datos) para lograr los objetivos de la investigación.

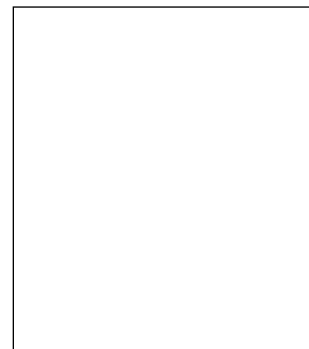
Firmo en señal de conformidad:

\_\_\_\_\_

DNI:.....

Fecha: .....

Investigador: Marycielo Yandira Laguna Pino

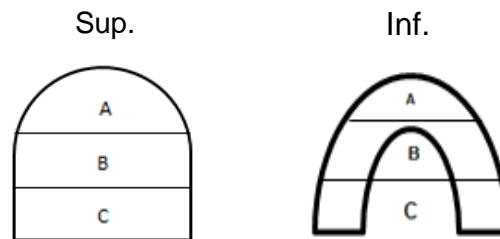


**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL**

1. Sexo:
2. Edad:
3. Grados de la estomatitis subprotésica
  - A. Grado I: puntos eritematosos o áreas hiperémica localizadas.
  - B. Grado II: zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis.
  - C. Grado III: presencia de lesión en estado papilamitoso.

4. Localización de la lesión

- A. Zona anterior
- B. Zona media
- C. Zona posterior



5. Tiempo de uso de la prótesis total
  - A. Menos de 1 año
  - B. De 1 a 5 años
  - C. Más de 5 años
6. Estado de conservación de la prótesis total
  - A. Buen estado
  - B. Mal estado

- Se considera buen estado de conservación de la prótesis total cuando tiene: buena retención, buen soporte, buena estabilidad (buena oclusión), sin reparaciones y sin fracturas.
- Se considera mal estado de conservación de la prótesis total cuando existe algún factor desfavorable de lo bueno.

## Anexo N°5



### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Morante Natucuna Sara*  
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Docente Tiempo Parcial*  
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: *Ficha de recolección de datos*  
 1.4 Autor(es) del Instrumento: *Franzisco Laguna Pino*  
 1.5 Título de la Investigación: *Presencia de estomatitis submucosa en adultos mayores portadores de prótesis total del Abusque de convario, Lima-2018*

#### II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					✓
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					✓
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					✓
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b> (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					2	8
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{0 + 0 + 0 + 8 + 16}{50} = 0.96$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 14 de Mayo del 2018

Dra. Sara Morante Natucuna  
 Esp. Rehabilitación Oral  
 C.O.P. 22809  
 .....  
 Firma y sello



## Anexo N°6



Municipalidad Metropolitana  
de Lima



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA  
DE LIMA METROPOLITANA

"Año del diálogo y la Reconciliación Nacional"

**INFORME No. 085 - 2018 - SPSIC -CARGG-IRVC/ GPC/SBLM**

A : Dr. PEDRO JESUS MENDOZA ARANA  
Decano de la Facultad de la Salud UPNW S.A.

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

ASUNTO : Rpta. Carta No.145-04-067/2018/DFCS/UPNW

FECHA : Rimac, 01 de Agosto del 2018

Mediante el presente saludo a usted y a la vez hago llegar la información en lo que respecta al Proyecto de Investigación denominado **"PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PROTESIS TOTAL DEL ALBERGUE CANEVARO"**, presentado por la Bachiller: LAGUNA PINO MARYCIELO YANDIRA, de la Facultad de Odontología - Universidad Norbert Wiener, en donde se da opinión **FAVORABLE** para que puedan hacer uso de nuestro campo clínico. Al finalizar dicho estudio dejarán una copia de la misma; que redundará en la mejora de la calidad de vida de nuestra población objetivo.

Atentamente,



*[Handwritten Signature]*  
Oswaldo Eduardo Salazar y Garcia  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

## Anexo N°7

### Imágenes Fotográficas







## MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA PARA INFORME FINAL DE TESIS</b>					
<b>TÍTULO: “PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTALES DEL ALBERGUE DE CANEVARO, LIMA – 2018”</b>					
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
¿Existirá presencia de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis totales en un albergue del distrito de Lima - 2018?	<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la presencia de estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.	No presenta.	<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> El presente estudio es de tipo Observacional, prospectivo, transversal.	<b>A. Distribución de la muestra con respecto a la presencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</b>  En la Figura N° 1 obtenida del cuadro N° 1, se muestra la	- El presente estudio mostró un alta de prevalencia de estomatitis subprotésica (100%) entre los adultos mayores portadores de prótesis total del albergue de Canevaro, Lima.
			<b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b> Descriptivo		

	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</li> <li>- Identificar la localización de la lesión de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</li> <li>- Identificar el tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores portadores de</li> </ul>		<p><b>V. DE ESTUDIO:</b> Presencia de Estomatitis Subprotésica</p>	<p>distribución de la muestra con respecto a la presencia de estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total, donde se aprecia que el 100% presentaba estomatitis subprotésica y el 0% no presentaba estomatitis.</p>	<p>- Se obtuvo que la estomatitis más prevalente fue la de grado II con un 58.3%, el segundo grado con mayor prevalencia visualizado fue el grado I con un 29.2% y el grado de estomatitis grado III fue la menos prevalente con un 12.5%.</p>
			<p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localización de la lesión.</li> <li>- Tiempo de uso de la prótesis.</li> <li>- Estado de conservación de la prótesis total.</li> </ul>	<p><b>B. Distribución de la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</b></p>	<p>- Se obtuvo según la localización de estomatitis subprotésica en maxilar superior, que la región media fue la de mayor prevalencia con un 40.6% seguida por un 22.9% en la región anterior y la región posterior fue la de menor prevalencia con un 17.7%.</p>
			<p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> La población fue de 96 personas y se realizó un muestreo no probabilístico por</p>	<p>En la Figura Nº 2 obtenida del cuadro Nº 2, se muestra la frecuencia de grado I, II, III, de la estomatitis por prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total, donde se aprecia que el</p>	

	<p>prótesis total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</p> <p>- Identificar el estado de conservación de la prótesis en adultos mayores portadores de prótesis total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</p>		<p>conveniencia; ya que este tipo de muestra permitió seleccionar a los participantes que estuvieron dispuestos y disponibles para el estudio. (44)</p> <p>La muestra estuvo compuesta por 96 adultos mayores (51 mujeres y 45 hombres) independientes física y mentalmente de los pabellones sociales, donde residen los albergados que realizan sus pagos completos, parciales e indigentes; los pabellones visitados fueron los números: 1, 2,</p>	<p>29.2% presentaba estomatitis grado I, el 58.3% de la muestra presentaba estomatitis de grado II y el 12.5% presentaba estomatitis grado III.</p> <p><b>C. Distribución de la localización de la lesión de la estomatitis por protesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</b></p> <p>En la Figura N° 3 obtenida del cuadro N° 3, se muestra la localización de la lesión de la estomatitis por protesis en adultos mayores portadores de dentadura total donde la localización en maxilar superior fue en la zona anterior 22.9%, zona media 40.6%, zona posterior 17.7% y un 18.8% no portaban prótesis</p>	<p>- Se obtuvo según la localización de estomatitis subprotésica en maxilar inferior, que la mayor prevalencia de estomatitis fue la región anterior con un 27.1% seguido de la región media 7.3% y la región con menor presencia de estomatitis fue la región posterior 8.3%.</p> <p>- Se obtuvo que en relación al tiempo de uso de prótesis total en adultos mayores examinados el 54.2% de la muestra usaba prótesis hace más de 5 años, seguido de un 35.5% que usaba prótesis de 1-5 años y un 9.4% de la muestra usaba prótesis total hace menos de un año.</p>
--	---	--	---	---	--

			<p>3, 4, 5, 6,7 y el pabellón central del albergue de Canevaro.</p>	<p>superior. La localización de lesión en adultos examinados con prótesis inferior fue en zona anterior 27.1%, zona media 7.3% y zona posterior 8.3% mientras un 57.3% no poseía prótesis inferior.</p> <p><b>D. Distribución del tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</b></p> <p>En la Figura N° 4 obtenida del cuadro N° 4, se muestra el tiempo de uso de la prótesis en adultos mayores donde, el 9.4% de la muestra usaba prótesis total hace menos de un año, el 35.5% usaba prótesis de 1-5 años y el 54.2% de la muestra mencionó usar prótesis total hace más de 5 años.</p>	<p>- Se observó en cuanto al estado de conservación de las prótesis totales en los adultos del albergue Canevaro, que el 81.3% presentó prótesis en mal estado mientras que el 18.8% de la muestra presentó prótesis en buen estado.</p>
--	--	--	---	---	--

				<p><b>E. Distribución del estado de conservación de la dentadura en adultos mayores portadores de dentadura total del albergue de Canevaro, Lima - 2018.</b></p> <p>En la Figura N° 5 obtenida del cuadro N° 5, se muestra el estado de conservación de la dentadura en adultos mayores portadores de prótesis total donde se observa que el 81.3% presenta prótesis en mal estado mientras que el 18.8% muestra prótesis en buen estado.</p>	
--	--	--	--	---	--