



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA

Tesis

Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas en pacientes de
40 a 80 años, Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP MSG

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Presentado por:

Autor: Ibarra Acosta, Eduardo Alberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0365-6976>

Asesor: Mg. Marroquín García, Lorenzo Enrique

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9061-3270>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 18/11/2023

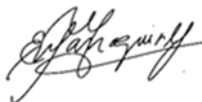
Yo, Eduardo Alberto Ibarra Acosta, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 80 AÑOS, CLÍNICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLÓGICA S2 PNP MSG”**, Asesorado por el docente P.H.D. M.SC. ESP. Marroquín García Lorenzo Enrique, con N.º DNI 07634704 y código ORCID 0000-0001-9061-3270, tiene un índice de similitud de 12 (DOCE) % con código **ID: oid: 14912:569312251** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el Turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma del autor
 Nombres y apellidos del egresado
 Eduardo Alberto Ibarra Acosta
 DNI: 44455198



Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 P.H.D. M.SC. ESP. Marroquín García Lorenzo Enrique
 DNI: 07634704

Lima, 22 de marzo del 2026.

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Dr. Guillen Galarza, Carlos Enrique

Secretario: Dr. Torres Pariona, David Pariona

Vocal: Dr. Jaime Okumura, Roberto

Dedicatoria

A mis padres, mi fuente inagotable de apoyo y cariño, les dedico este trabajo con profundo agradecimiento. Gracias por su confianza, su empuje constante y por creer en mis sueños.

Agradecimiento

A la Universidad Norbert Wiener, por su compromiso con la educación de calidad, por brindarme las herramientas necesarias para alcanzar mis metas académicas y por ser un pilar en mi formación como profesional de la salud bucal.

ÍNDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problema específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4 Justificación de la investigación	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Metodológica	4
1.4.3 Práctica	5
1.5 Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1 Antecedentes internacionales	7
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	9
2.2 Bases teóricas	12
2.3. Formulación de hipótesis.....	25
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	26
3.1. Método de la investigación.....	26
3.2. Enfoque de la investigación.....	26
3.3. Tipo de investigación	27
3.4. Diseño de la investigación.....	27
3.4.1 Corte	28
3.4.2 Nivel o alcance	28

3.4.3 Tipo o alcance descriptivo	28
3.5. Población, muestra y muestreo	28
3.5.1 Población	28
3.5.2 Muestra	29
3.5.3 Muestreo	30
3.6. Variables y operacionalización.....	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.7.1. Técnica.....	32
3.7.2 Descripción de instrumentos	34
3.7.3 Validación.....	35
3.7.4 Confiabilidad	36
3.8 Procesamiento y análisis de datos	38
3.9 Aspectos éticos	39
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	41
4.1 Resultados.....	41
4.2 Discusión de resultados	49
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
5.1 Conclusiones.....	52
5.2 Recomendaciones	53
REFERENCIAS	54
ANEXOS.....	64
Anexo 1: Matriz de consistencia	65
Anexo 2: Instrumentos	66
Anexo 3: Validez del instrumento	68
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	71
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética.....	72
Anexo 6: Formato de consentimiento informado	73
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos	77
Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin.....	78
Anexo 9: Reporte de Turnitin.....	79
Anexo 10: Evidencia fotográfica.....	80

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de lesiones orales según fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años.	41
Tabla 2. Prevalencia de lesiones orales según sexo en pacientes portadores de prótesis completas.	44
Tabla 3. Prevalencia de lesiones orales según grupo etario de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.	45
Tabla 4. Prevalencia de lesiones orales según tiempo de uso de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.	47
Tabla 5. Valoración del Índice de Kappa	71
Tabla 6. Confiabilidad interevaluador del diagnóstico de lesiones orales.	71
Tabla 7. Matriz de concordancia interevaluador en el diagnóstico de lesiones orales. .	71

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas, según retención en pacientes de 40 a 80 años.....	41
Figura 2. Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas, según soporte en pacientes de 40 a 80 años.....	42
Figura 3. Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas, según desgaste en pacientes de 40 a 80 años.....	42
Figura 4. Prevalencia de lesiones orales según sexo en pacientes portadores de prótesis completas.	44
Figura 5. Prevalencia de lesiones orales según grupo etario de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.....	46
Figura 6. Prevalencia de lesiones orales según tiempo de uso de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.....	48
Figura 7. Distribución porcentual entre evaluadores.....	71

Resumen

El presente estudio buscó determinar la prevalencia de lesiones orales asociadas a fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG". La investigación adoptó un enfoque cuantitativo con método inductivo, mediante un diseño no experimental, observacional, transversal y descriptivo, centrado en la evaluación clínica directa de pacientes portadores de prótesis completas. La población abarcó 100 pacientes, de los cuales se seleccionó una muestra de 80 mediante fórmula para población finita (95% de confianza, 5% de margen de error y proporción esperada del 50%). Los participantes se reclutaron por muestreo no probabilístico consecutivo, atendiendo a criterios de inclusión preestablecidos. Los resultados revelaron que la estomatitis subprotésica encabezó las lesiones orales con un 30%, seguida de hiperplasia fibrosa inflamatoria (10%), queilitis angular (8,8%) y úlcera traumática (7,5%). Las alteraciones surgieron con mayor frecuencia en prótesis con retención deficiente (52,5%), soporte inadecuado (37,5%) y desgaste evidente (65%), así como en el grupo etario de 61 a 80 años (52,5%) y en quienes llevaban más de cinco años con la prótesis (37,5%). El análisis mediante chi cuadrado confirmó asociaciones significativas entre las variables ($p < 0,001$). En conclusión, las lesiones orales en estos pacientes se vincularon sobre todo a fallas funcionales protésicas y al uso prolongado, lo que subraya la necesidad de controles odontológicos periódicos y revisiones del estado protésico para prevenir daños en la mucosa oral.

Palabras clave: Estomatitis Subprotésica; Dentadura Completa; Mucosa Bucal; Salud y bienestar.

Abstract

This study sought to determine the prevalence of oral lesions associated with failures in complete dentures in patients aged 40 to 80 years treated at the S2 PNP “MSG” Specialized Police Dental Clinic. The research adopted a quantitative approach with an inductive method, using a non-experimental, observational, cross-sectional, and descriptive design, focused on the direct clinical evaluation of patients wearing complete dentures. The population comprised 100 patients, from which a sample of 80 was selected using a formula for a finite population (95% confidence, 5% margin of error, and expected proportion of 50%). Participants were recruited by consecutive non-probabilistic sampling, according to pre-established inclusion criteria. The results revealed that subprosthetic stomatitis was the most common oral lesion (30%), followed by inflammatory fibrous hyperplasia (10%), angular cheilitis (8.8%), and traumatic ulcer (7.5%). The alterations occurred most frequently in prostheses with poor retention (52.5%), inadequate support (37.5%), and obvious wear (65%), as well as in the 61-80 age group (52.5%) and in those who had been wearing the prosthesis for more than five years (37.5%). Chi-square analysis confirmed significant associations between the variables ($p < 0.001$). In conclusion, oral lesions in these patients were mainly linked to prosthetic functional failures and prolonged use, underscoring the need for regular dental check-ups and prosthetic reviews to prevent damage to the oral mucosa.

Keywords: Stomatitis, Denture; Denture, Complete; Mouth Mucosa; Health and Wellness.

Introducción

La rehabilitación oral mediante prótesis completas constituye una alternativa terapéutica ampliamente utilizada para restablecer la función masticatoria, la estética y la fonación en pacientes edéntulos. Sin embargo, el uso prolongado o inadecuado de estos dispositivos puede generar diversas alteraciones en los tejidos blandos de la cavidad oral, especialmente cuando las prótesis presentan fallas en su diseño, adaptación o estado funcional. En este contexto, las lesiones de la mucosa asociadas al uso de prótesis dentales representan un problema frecuente en la práctica clínica odontológica, particularmente en adultos y adultos mayores. Entre las lesiones más reportadas en la literatura se encuentran la estomatitis subprotésica, la hiperplasia fibrosa inflamatoria, la queilitis angular y las úlceras traumáticas, las cuales suelen relacionarse con factores como el desgaste de la prótesis, la pérdida de retención, la distribución inadecuada de las fuerzas masticatorias y el tiempo prolongado de uso. Estas condiciones pueden generar molestias, inflamación e incluso complicaciones mayores si no se detectan y tratan oportunamente. Por ello, resulta fundamental que el cirujano dentista evalúe de manera periódica el estado de las prótesis completas y la condición de los tejidos de soporte, con el fin de prevenir la aparición de lesiones y mejorar la calidad de vida del paciente rehabilitado.

El estudio se estructuró en cinco capítulos. El Capítulo I desarrolla el planteamiento del problema. El Capítulo II aborda el marco teórico y los antecedentes de la investigación. El Capítulo III describe la metodología empleada. El Capítulo IV presenta y discute los resultados obtenidos. Finalmente, el Capítulo V expone las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en coordinación con la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve activamente el cuidado integral de la población adulta como parte de sus estrategias globales de atención en salud (1). En este contexto, la rehabilitación oral mediante prótesis dentales completas representa una alternativa eficaz para personas mayores de 30 años que han perdido todas sus piezas dentarias (2).

Diversos estudios han evidenciado que las dentaduras totales impactan directamente en la salud oral, mejorando funciones fisiológicas como la fonética, la deglución, la masticación y la estética facial (3). Sin embargo, su uso no está exento de complicaciones. Factores como el envejecimiento, los estilos de vida poco saludables y el diseño inadecuado de las prótesis pueden generar alteraciones en los tejidos orales, favoreciendo el desarrollo de lesiones (4).

Entre las patologías más frecuentes asociadas al uso de prótesis completas se encuentran las úlceras traumáticas, la hiperplasia por irritación, la candidiasis y la estomatitis subprotésica. Estas afecciones no solo deterioran la salud bucal, sino que también pueden desencadenar trastornos temporomandibulares y afectar la calidad de vida del paciente (5,6).

Las lesiones orales suelen localizarse en zonas de contacto directo con la prótesis, como el paladar, el piso de boca, el reborde residual y las comisuras labiales, donde la higiene es limitada y la colonización microbiana es frecuente (7). Las prótesis mal

adaptadas o con errores de diseño pueden generar presión excesiva, fricción o inestabilidad, provocando lesiones crónicas o reactivas, incluso autoinducidas (8).

En el Perú, la pérdida total de piezas dentales sigue siendo un problema común, afectando principalmente a las personas en zonas rurales y de escasos recursos. El programa nacional “Perú Sonríe 2019–2022” tuvo como objetivo atender esta necesidad mediante la entrega de prótesis dentales a adultos mayores, especialmente en Lima Metropolitana. Durante la implementación del programa, se entregaron miles de prótesis dentales en diferentes distritos de Lima, beneficiando a numerosos usuarios con la rehabilitación oral necesaria para mejorar su calidad de vida (9).

A nivel local, las comunidades más remotas y con acceso limitado a servicios odontológicos son las que presentan una mayor incidencia de edentulismo total. Estas poblaciones, muchas veces en zonas rurales, enfrentan dificultades para recibir atención dental preventiva y correctiva, lo que contribuye a que formen parte significativa de las estadísticas de personas que han perdido la totalidad de sus piezas dentales. Esta realidad refleja la desigualdad en el acceso a la salud bucal y subraya la necesidad de fortalecer los programas de atención odontológica en estas áreas (10).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP MSG?

1.2.2 Problema específicos

¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el sexo en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica?

¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el grupo etario en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica?

¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el tiempo de uso de la prótesis en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el sexo en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.

Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el grupo etario en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.

Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el tiempo de uso de la prótesis en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Esta investigación se justificó teóricamente al profundizar en las lesiones orales ligadas a fallas en prótesis completas, especialmente en pacientes de 40 a 80 años. A partir de los fundamentos científicos sobre rehabilitación protésica y patologías mucosas, el estudio amplió el entendimiento de cómo alteraciones en retención, soporte y desgaste protésico influyen en estas lesiones. Además, ofreció un marco conceptual para interpretar los hallazgos clínicos y generar datos valiosos para futuras indagaciones en salud bucal de portadores de prótesis completas. Se empleó un instrumento de recolección basado en bases teóricas y validado previamente, que permitió detectar la prevalencia de tales lesiones en pacientes de la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG".

1.4.2 Metodológica

Metodológicamente la investigación se justificó porque permitió disponer de un procedimiento clínico sistemático para evaluar la prevalencia de lesiones orales asociadas a fallas en prótesis completas en pacientes portadores de este tipo de

rehabilitación. Para ello, se empleó una ficha de recolección de datos estructurada, validada por juicio de expertos y sometida a prueba de confiabilidad, lo que favoreció la obtención de información ordenada, consistente y clínicamente útil. Su relevancia radicó en que proporcionó una forma objetiva de registrar tanto las lesiones de la mucosa oral como las condiciones funcionales de la prótesis, facilitando una valoración más estandarizada en el ámbito odontológico. Entre sus principales beneficios, permitió generar un referente metodológico que puede ser utilizado o adaptado en futuras investigaciones relacionadas con rehabilitación oral y salud bucal en pacientes edéntulos. En ese sentido, se benefician los investigadores y profesionales de odontología, ya que cuentan con un esquema de evaluación aplicable en contextos clínicos similares. Asimismo, de manera indirecta, este aporte puede repercutir favorablemente en la salud humana, al promover evaluaciones más precisas y una mejor identificación de alteraciones orales asociadas al uso de prótesis completas.

1.4.3 Práctica

Desde el ámbito práctico, la investigación identificó lesiones orales vinculadas a fallas protésicas, aportando evidencia clínica clave para la odontología diaria. Los resultados resaltaron la necesidad de revisiones periódicas al estado funcional de las prótesis y tejidos de soporte. De este modo, facilitó decisiones clínicas enfocadas en prevención, diagnóstico precoz y manejo adecuado en pacientes edéntulos totales. En consecuencia, se espera beneficiar con los hallazgos a la comunidad odontológica y a los pacientes de la institución, al impulsar mejoras en la atención protésica.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La recolección de datos se realizó en un periodo específico, lo que limitó la evaluación a los pacientes que acudieron durante ese intervalo. Esta condición pudo restringir la variabilidad de casos observados.

1.5.2 Espacial

La investigación se desarrolló en una sola institución, la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “MSG”, por lo que los hallazgos describen principalmente la realidad de esa población y deben interpretarse con cautela al extrapolarlos a otros contextos.

1.5.3 Recursos

El estudio dependió de la disponibilidad de pacientes portadores de prótesis completas que aceptaran participar y acudieran a consulta durante el tiempo de evaluación. Asimismo, estuvo sujeto a los recursos logísticos y materiales disponibles para la ejecución del trabajo clínico y el registro de la información.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Arencibia et al. (11) en 2024, realizaron un estudio con el objetivo de “*Caracterizar las lesiones orales asociadas al uso y cuidado de prótesis en adultos mayores*”. Se trató de una investigación descriptiva y transversal con una muestra intencional de 250 pacientes de 60 años o más portadores de prótesis, a quienes se les aplicó examen clínico bucal y se procesaron los datos mediante frecuencias y la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Los resultados evidenciaron que la estomatitis subprótesis fue la lesión más frecuente (46,6 %), seguida de úlceras traumáticas (22,8 %) y épulis fisurado (16,7 %), con una asociación estadísticamente significativa entre higiene bucal deficiente y mayor presencia de lesiones ($p=0,0385$). Asimismo, se encontró que el 62,4 % de los pacientes usaba prótesis por más de cinco años y el 75,6 % las portaba en mal estado. Se concluyó que la mala higiene, el uso prolongado y el hábito de dormir con las prótesis constituyen factores determinantes en la aparición de lesiones orales en esta población.

Guzmán et al. (12) en 2023, con el fin de “*Describir el abordaje clínico de un carcinoma de células escamosas como consecuencia de un épulis fisurado en una paciente desdentada total superior*”. Se trató de un reporte de caso en una paciente femenina de 58 años atendida en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, quien portaba una prótesis total maxilar durante 7 años en condiciones de mal diseño e higiene deficiente. El examen clínico reveló un agrandamiento de tejidos blandos compatible con épulis fisurado, que tras dos procedimientos quirúrgicos y biopsia fue diagnosticado como carcinoma de células escamosas infiltrante. El estudio

evidenció la recidiva de la lesión pese al retiro protésico y cirugías, lo que obligó a tratamiento oncológico especializado. Los autores concluyeron que la falta de controles periódicos, el uso prolongado y el mal diseño de la prótesis fueron factores decisivos para la progresión de la lesión hacia un cuadro maligno.

González y Marrero (13) en 2022, llevaron a cabo un estudio con el propósito de *“Caracterizar a la población geriátrica que presentó lesiones en la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis estomatológicas”*. Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a la totalidad de pacientes portadores de prótesis con lesiones (n=48) atendidos entre enero y junio de 2020; se aplicaron encuestas y exámenes clínicos, y los datos fueron procesados en SPSS mediante análisis porcentual. Los resultados mostraron predominio de mujeres afectadas (70,9 %) y del grupo etario de 65 a 69 años (45,4 %). La estomatitis subprótesis fue la lesión más común, con un 90,2 %, seguida del épulis fisurado (7,8 %), observándose una fuerte relación con el tiempo de uso de la prótesis (54,5 % entre 5 y 9 años), el uso continuo (76,4 %) y la presencia de aparatos desajustados (70,9 %). Se concluyó que el uso prolongado, el mal ajuste y la utilización continua de prótesis son factores determinantes en la aparición de lesiones mucosas en adultos mayores.

Llorente et al. (14) en 2022, publicaron un estudio en La Habana, Cuba, con el fin de *“Identificar las principales lesiones mucosales en adultos mayores portadores de prótesis estomatológicas”*. Se trató de una investigación observacional, descriptiva y transversal realizada en la Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez” entre 2019 y 2020, con 132 pacientes de 60 años o más diagnosticados con al menos una lesión bucal relacionada al uso de prótesis. Se aplicaron entrevistas y exámenes clínicos, procesando los datos con frecuencias absolutas, relativas y medidas de resumen. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de $69,8 \pm 5,3$ años, el 59,1 % eran

mujeres y las lesiones más comunes fueron la estomatitis subprótesis (37,1 %), úlceras traumáticas (29,5 %) y épulis fisurado (25,7 %). Además, el 78,8 % utilizaba prótesis por más de cinco años y el 76,5 % portaba prótesis acrílicas. Se concluyó que la estomatitis subprótesis fue la patología predominante, asociada al uso prolongado de prótesis defectuosas y a la presencia de factores predisponentes como diabetes, higiene inadecuada y hábitos traumáticos.

Ramírez y González (15) en 2022, desarrollaron un estudio en Pinar del Río cuyo objetivo fue *“Establecer el comportamiento de las afecciones bucales y los factores de riesgo en adultos mayores portadores de prótesis dentales”*. Se trató de una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal realizada entre 2018 y 2020 en la Clínica Estomatológica “Antonio Briones Montoto”, con una muestra de 250 pacientes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple a partir de un universo de 3884 usuarios de prótesis. Se aplicaron exámenes clínicos y entrevistas, procesándose los datos con estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron que el 54 % correspondió a mujeres, con predominio del grupo etario de 80 a 84 años (38,8 %). Las lesiones más frecuentes fueron la estomatitis subprótesis (40,4 %) y la úlcera traumática (22,9 %), observándose mayor afectación en portadores de prótesis totales (57,2 %). Se concluyó que factores como la higiene deficiente, el hábito de fumar, la presencia de placa dentobacteriana y el uso prolongado de prótesis incidieron directamente en la aparición de lesiones bucales, resaltando la necesidad de medidas preventivas y controles periódicos.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Amoroto (16) en 2023, se realizó un estudio con la intención de *“Evaluar la prevalencia de lesiones orales en pacientes con prótesis fija y removible”*. La

investigación, que involucró a 100 personas, reveló que el 66,94% (67 pacientes) presentaban lesiones orales. De estos, el 18,55% (19 pacientes) usaban prótesis fijas y el 48,39% (48 pacientes) prótesis removibles. Entre los usuarios de prótesis fijas, el 6,82% (7 pacientes) de las mujeres presentaron otras lesiones como estomatitis aftosa recurrente o herpes, mientras que el 4,31% (4 pacientes) de los hombres mostraron lesiones similares. En cuanto a la edad, los pacientes de 45 a 59 años con prótesis fijas presentaron queilitis angular en un 2,32% (2 pacientes). En el caso de las prótesis removibles, las mujeres predominaron con un 10,01% (10 pacientes) que presentaron estomatitis subprótesis. Además, la estomatitis subprótesis fue especialmente común en pacientes de 60 años, afectando al 11,07% (11 pacientes). En general, la prevalencia de lesiones orales fue alta, lo que sugiere la importancia de un seguimiento y manejo adecuados para mejorar la salud bucal de estos pacientes.

Ponce (17) 2023, llevó a cabo en Ayacucho, un estudio con el propósito de *“Relacionar la presencia de lesiones bucales con el estado de las prótesis completas en pacientes geriátricos”*. La investigación fue de enfoque cuantitativo, relacional, observacional y transversal, con una muestra censal de 350 adultos mayores evaluados mediante ficha clínica y cuestionario. Los datos fueron procesados en SPSS aplicando estadística descriptiva y la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5 %. Los resultados mostraron que el 57,4% de los pacientes presentó lesiones bucales, siendo la estomatitis subprotésica la más frecuente (40,8%), mientras que el 52,6% de las prótesis se encontraba en mal estado; además, se halló una asociación estadísticamente significativa entre el estado de la prótesis y la presencia de lesiones ($p < 0,05$, prueba de chi cuadrado). Se concluyó que el deterioro protésico constituye un factor determinante en la aparición de lesiones bucales en la población geriátrica

evaluada, resaltando la necesidad de un seguimiento clínico periódico para prevenir complicaciones.

Guevara (18) en 2023, en Trujillo, desarrolló un estudio con la finalidad de *“Determinar la prevalencia de lesiones de mucosa oral en integrantes del Club del Adulto Mayor “Canitas Blancas Edad de Oro”*. La investigación fue cuantitativa, observacional, prospectiva, transversal y descriptiva, con una muestra de 55 adultos mayores evaluados mediante examen clínico intraoral. Los resultados mostraron que el 98,18 % de los participantes presentó algún tipo de lesión, siendo la estomatitis subprotésica la más frecuente con un 81,48 %, seguida de candidiasis (44,44 %) y queilitis angular (42,59 %). Asimismo, las lesiones fueron más prevalentes en mujeres (69,09 %) y en el grupo etario de 71 a 80 años (43,64 %), con mayor localización en el maxilar superior (43,64 %). Se concluyó que la prevalencia de lesiones de mucosa oral en esta población fue muy alta, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la educación y el control en el uso de prótesis dentales.

Saucedo (19) en 2022 su propósito fue *“Evaluar el estado de conservación de prótesis totales y la presencia de lesiones en la mucosa oral en adultos mayores pertenecientes a la Asociación de Jubilados de Cayaltí en 2019”*. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal en una muestra conformada por 50 personas de 60 años o más. Se aplicó un cuestionario estructurado y se realizó un examen odontológico detallado, registrando y analizando cada hallazgo obtenido. Los resultados indicaron que el estado de conservación de las prótesis totales en esta población fue mayormente regular, alcanzando un 50% de los casos. En cuanto a las lesiones en la mucosa oral, se detectó su presencia en el 80% de los participantes, con una mayor prevalencia en hombres (28%). Además, el grupo etario con mayor afectación correspondió a personas entre 72 y 82 años, representando el 26% de los

casos. Entre las lesiones encontradas, la estomatitis subprótesis tipo II predominó en los varones, con un 30% de incidencia. En definitiva, se identificó que la mayoría de los adultos mayores pertenecientes a la Asociación de Jubilados de Cayaltí, en el año 2019, presentaban un estado de conservación de sus prótesis totales calificado como regular. Asimismo, se evidenció una alta frecuencia de lesiones en la mucosa oral, lo que resalta la necesidad de controles odontológicos periódicos para mejorar la salud bucal en esta población.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Lesiones orales

Las alteraciones en la mucosa oral abarcan desde trastornos del desarrollo hasta lesiones provocadas por agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus o protozoos, así como daños originados por factores físicos o químicos. También pueden deberse a reacciones alérgicas, condiciones inmunológicas, respuestas inflamatorias del tejido y la aparición de tumores, tanto benignos como malignos (20).

La población adulta mayor presenta la mayor frecuencia de este tipo de lesiones, que representan un grave problema de salud. En concreto, más del 95% de las lesiones se producen en personas mayores de 40 años, siendo la edad media de diagnóstico de 60 años. (21).

Esto se explica porque, a medida que las personas envejecen, se vuelven más vulnerables a desarrollar lesiones más severas incluso ante traumatismos leves, en comparación con individuos más jóvenes. Esta mayor susceptibilidad está asociada a una serie de cambios fisiológicos y/o patológicos propios del envejecimiento de la cavidad oral, como el adelgazamiento y la atrofia del epitelio, la pérdida de relieve entre

el epitelio y el tejido conectivo, una menor tasa de renovación celular y metabolismo, así como la atrofia de las glándulas salivales menores, entre otros factores (22).

Según la investigación realizada en 2019 por Bozdemir et al., que investigó a 709 voluntarios masculinos y femeninos mayores de 60 años, el 87% de los sujetos tenía una o más lesiones, sin diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (22).

2.2.1.1. Lesiones paraprotésicas

Existen dos categorías, las lesiones agudas y crónicas. Las lesiones agudas (LA), generalmente son causadas por el uso de prótesis nuevas y mal adaptadas que imponen una presión excesiva sobre los tejidos blandos, lo que favorece el desarrollo de ulceraciones, isquemia vascular y/o molestias. Las lesiones crónicas (LC), son a causa de prótesis inestables que provocan fricción tisular, lo que conlleva alteraciones progresivas en el tejido de soporte (23).

La alta incidencia de lesiones orales está relacionada con el uso de prótesis dentales removibles que, debido a su inadecuada adaptación, crean microtraumatismos en la mucosa. Por otro lado, la inadecuada higiene de la prótesis y de la cavidad oral, va a favorecer la acumulación y multiplicación de gérmenes, lo que provoca un desequilibrio del microbiota oral y permite la actividad de microorganismos oportunistas como *Candida albicans* (21).

Se ha demostrado que el peligro de alteraciones aumenta después de seis años de uso y se duplica después de dieciséis años. Esto va a favorecer a que se ocasione una degeneración de las glándulas salivales, provocando una obstrucción de los conductos secretores y disminuye la producción salival y haciendo que su pH disminuya, lo cual favorece a la acumulación de placa dentobacteriana (24).

Son las lesiones de la mucosa más comunes asociadas a las prótesis desmontables (la estomatitis, la queilitis angular, la hiperplasia fibrosa inflamatoria y las úlceras traumáticas) (25).

2.2.1.1.1. Candida spp.

Otero et al. (26) en 2015 describe la candidiasis "Como infección oportunista, la candidiasis oral es causada por colonias del género *Candida* y su penetración en los tejidos orales. Esto ocurre cuando se comprometen las barreras físicas y los sistemas defensivos del huésped. *C. albicans* es la especie oral más extendida y la que se vuelve patógena con más frecuencia".

Los factores predisponentes locales y sistémicos pueden favorecer el desarrollo de la candidiasis oral (27).

Debido a la presencia de proteínas antifúngicas específicas, la mucosa oral está protegida contra la invasión fúngica. Se ha documentado una importante frecuencia de estomatitis protésica en pacientes con prótesis removibles, debido a factores locales como prótesis mal adaptada, falta de higiene que provocan irritación y estrés en la mucosa oral, lo cual generara una alteración que puede provocar el desarrollo de "candidiasis oral" (27).

2.2.1.1.2. Estomatitis subprotésica

Es aquella lesión que presentara un cambio eritematoso en la mucosa de las personas que usen prótesis con soporte mucoso, total o parcial, y es especialmente frecuente en la mucosa palatina (28).

Entre las causas principales encontramos (el traumatismo protésico por prótesis mal adaptadas, la higiene bucal inadecuada, la colonización de la parte noble de la prótesis

por microorganismos bacterianos y/o fúngicos, principalmente *Candida* spp, el uso nocturno de la prótesis, la dieta rica en carbohidratos y las reacciones alérgicas a los materiales de la prótesis) (29).

Se cree que *Candida albicans* es la causa principal de la estomatitis protésica (EP) por su fácil adherencia al material de resina acrílica (metilmetacrilato (PMMA) y su propensión a crear biopelículas resistentes a los agentes antifúngicos (30).

Las levaduras, principalmente *Candida albicans*, son responsables de alrededor del 90% de los casos de estomatitis subprotésica. En la superficie de la prótesis, las levaduras y las bacterias forman biopelículas que entran en contacto directo con la mucosa, produciendo una lesión de la misma, que se caracteriza por la inflamación y la hiperplasia tisular (31).

Su frecuencia entre los usuarios de prótesis desmontables es muy variada (del 11 al 77,4%).

Grado I: Estomatitis protésica simple localizada Clínicamente, las regiones hiperémicas se manifiestan como pequeñas manchas eritematosas localizadas. Se considera que ésta es la lesión visible más pequeña. También puede describirse como una inflamación localizada con oclusión de los conductos salivales por la prótesis y síntomas inflamatorios menores, que se muestran como un punteado carmesí en la mucosa. Este grado se relaciona más con el traumatismo causado por la prótesis (32)

Grado II: Estomatitis protésica difusa simple, La mucosa hiperémica, lisa y atrófica muestra una inflamación difusa o un enrojecimiento generalizado. confinado a la región que cubre la prótesis (28).

Grado III: Hiperplasia granular o granulosa un caso de estomatitis protésica. Se trata de una inflamación grave caracterizada por una hiperemia de la mucosa y un aspecto nodular en la región que abarca la prótesis.

Entre las lesiones de tipo hiperplásico que pueden desarrollarse en el epitelio de la mucosa bucal, la hiperplasia papilomatosa del paladar es una de las más habituales, especialmente en individuos que utilizan prótesis removibles mal ajustadas. Se caracteriza por la presencia de múltiples formaciones papilares, del mismo tono que la mucosa adyacente o ligeramente más rojiza, con un diámetro de entre 2 y 4 mm. Estas lesiones, de base sésil y consistencia fibrosa, se distribuyen de manera irregular sobre el paladar duro, sin tendencia a fusionarse entre sí (33).

Las estomatitis subprotésicas de grado II y III se asocian al desarrollo de placa microbiana de origen bacteriano o fúngico sobre la prótesis y la mucosa subyacente.

El tratamiento va a variar en función del agente etiológico; sin embargo, son beneficiosas las acciones preventivas como fregar la prótesis regularmente y retirarla por la noche manteniéndola seca (28). En algunos casos, se requiere un tratamiento farmacéutico. Las suspensiones de “nistatina, la anfotericina B, el miconazol y el fluconazol” son los medicamentos antifúngicos más utilizados. En un plazo de 12 a 14 días, la mayoría de los medicamentos inducen una remisión completa de los síntomas (34).

2.2.1.1.3. Queilitis angular

La queilitis angular o también llamada perleche, está relacionada con un mal diseño en la prótesis total que tiene que ver con una dimensión vertical inadecuada, asimismo se relaciona intraoralmente con la infección por *Cándida*, *Estafilococo* o *Estreptococo*. Aparece clínicamente como: (Grietas bilaterales, erosiones, costras o lesiones

vegetantes en ambas comisuras labiales) con poca sintomatología, presentando escozor o ardor. La presencia de microorganismos, incluyendo *S. aureus*, *candida spp*, y *estreptococos*, en las lesiones no siempre indican que hayan sido causados por estos microorganismos (28).

Es una presentación clínica muy frecuente en individuos edéntulos de edad avanzada con prótesis removibles, demostrando que está presente en el 1% al 25% de los casos, y suele estar relacionada con *Candida albicans*, donde la gran mayoría de los pacientes presentan estomatitis protésica (28).

Tratamiento: “Identificar y controlar factores predisponentes (corrección protésica, diabetes, hiposalivación por diferentes causas). Medidas de higiene local y aplicación de antimicóticos tópicos como Nistatina en crema 4 veces al día por 30 días, alternando con lubricantes labiales suaves (sin fragancias o sustancias que puedan producir una reacción de contacto” (27).

2.2.1.1.4. Hiperplasia

Se manifiesta como aquella lesión de la mucosa oral causada por una inadecuada posición dental, un incorrecto margen de la mucosa y una prótesis mal adaptada (35).

Hiperplasia fibrosa

Los fibromas son lesiones exofíticas bien definidas que se observan en zonas de fricción. Los neurofibromas son lesiones desagradables que suelen ser asintomáticas. Sin embargo, si hay un crecimiento nervioso sensible reactivo, las lesiones pueden ser dolorosas (21).

El fibroma puede desarrollarse en cualquier zona de la mucosa, incluida la encía.

En determinadas circunstancias, puede ser el resultado de una hiperplasia fibrosa inducida por un traumatismo (36).

2.2.1.1.5. Épulis fisurado

Es una hiperplasia tumoral del tejido conectivo fibroso que se origina a lo largo del reborde de una dentadura completa o parcial mal adaptada. A menudo se manifiesta en el vestíbulo alveolar como un único o numerosos pliegues de tejido hiperplásico (37).

En la mayoría de los casos, es el resultado de prótesis modernas con flancos anormalmente largos y prótesis antiguas mal adaptadas. A menudo son asintomáticos y tienen el mismo color que la mucosa subyacente (21).

2.2.1.1.6. Hiperplasia por cámara de succión

Esta alteración suele estar asociada al uso de una prótesis total superior que presenta una depresión central en la zona media, con un borde basal afilado, estructura conocida como cámara de vacío en el paladar. Clínicamente, se observa como una lesión nodular de base sésil, cuya morfología reproduce la forma de dicha cámara. La superficie puede ser lisa o presentar aspecto papilomatoso, con contornos regulares y la coloración típica de la mucosa cuando predomina el tejido fibroso; no obstante, puede adquirir un tono eritematoso cuando existe una mayor vascularización (36).

Tratamiento: Realizado por cámara de aspiración, existen dos opciones terapéuticas para la hiperplasia fibrosa inflamatoria. La estrategia conservadora consiste en comprimir y erradicar la lesión mediante el llenado progresivo de la cámara por medio de la reducción mecánica. En las lesiones en fase avanzada, la extirpación quirúrgica es una opción terapéutica, que tiene como principal ventaja la rapidez frente a la disminución gradual (38).

2.2.1.1.7 Úlceras traumáticas

Se define como aquella " ruptura del epitelio, exponiendo el tejido conectivo".

Generalmente se encuentra rodeada por un halo eritematoso, con exudado en el centro (39).

Asimismo, la úlcera traumática es una enfermedad común de la mucosa oral. La lesión afecta a todo el espesor del epitelio, lo que provoca una pérdida de sustancia. Son lesiones reactivas con una relación causa-efecto discernible. La mayoría de las úlceras traumáticas surgen en regiones oclusivas. Los retenedores rotos o los empastes antiguos que están rotos, tienen fugas o tienen bordes afilados que pueden irritar la mucosa deben ser retirados y sustituidos, respectivamente (21).

Las ulceraciones inducidas por traumatismos protésicos son frecuentes en el 1% al 5% de los pacientes y suelen surgir pocos días después de la colocación de una nueva prótesis (28).

Las lesiones protésicas agudas suelen estar causadas por colgajos que se extienden en exceso. En este caso, la lesión desaparecerá una vez que la forma de la zona traumática haya disminuido (21).

Una vez abordada la causa subyacente, todas las úlceras traumáticas se curan en un plazo de 7 a 10 días. Un tratamiento basado en enjuagues de clorhexidina puede ser beneficioso para prevenir futuras sobreinfecciones (28).

2.2.1 Error en el diseño de prótesis total

El diseño inadecuado de una prótesis total puede evaluarse a través de diversos parámetros que afectan su funcionalidad y la salud oral del paciente. Las prótesis totales son dispositivos mucoso-soportados diseñados para reemplazar la dentición completa

de una o ambas arcadas, permitiendo restaurar funciones esenciales como la masticación, la fonación y la estética. Sin embargo, cuando su diseño es incorrecto, pueden presentarse múltiples complicaciones que comprometen su éxito clínico (40).

Las prótesis totales son dispositivos diseñados para apoyarse sobre la mucosa oral, cuya finalidad es reemplazar la totalidad de las piezas dentarias, ya sea en ambas arcadas o en una sola. Este tipo de rehabilitación no solo restituye funciones esenciales como la masticación, el habla y la apariencia estética, sino que también puede influir en la adaptación emocional del paciente frente a la pérdida dental (41).

El resultado positivo o negativo del uso de prótesis, especialmente las completas, está condicionado por tres elementos clave: la disposición mental del paciente, las condiciones de su cavidad oral y la calidad técnica de la prótesis. Sin embargo, en edades avanzadas, los cambios naturales que se producen en el cerebro pueden afectar la capacidad de aprendizaje y adaptación, lo que complica el proceso de habituarse a la prótesis, incluso cuando las crestas alveolares están en buen estado y el tratamiento ha sido correctamente realizado (42).

Con el paso del tiempo, se ha observado que las prótesis dentales pueden presentar ciertos problemas, ya sean de tipo técnico o biológico. Algunos estudios señalan que, después de diez años de uso, los índices de complicaciones pueden variar entre un 45.7 % y un 19.7 %, lo que deja en evidencia que no siempre se logra un resultado duradero (43).

Al momento de fabricar una prótesis, se aplican diferentes métodos que buscan ofrecer al paciente una solución tanto funcional como estética. No obstante, si durante ese proceso no se respetan cada uno de los pasos establecidos, pueden generarse errores

que afecten el producto final. Basta con que una etapa falle para que toda la prótesis pierda su efectividad (44).

Cuando se analizan las estructuras que sostienen la prótesis, se puede notar que están en contacto directo con la parte interna de la dentadura. Por eso, garantizar retención y estabilidad no es solo un detalle técnico, sino una condición clave. Ambas forman parte de lo que se conoce como la triada protética, una base esencial que toda dentadura debe cumplir para ofrecer una verdadera rehabilitación oral(41).

Soporte: Las prótesis totales se apoyan en estructuras dentro de la boca formadas por tejidos duros y blandos. En los blandos, hay diferencias de persona a persona: algunos tienen más grosor, otra menos elasticidad, y no todos toleran igual la presión de la dentadura. Hay una zona que se lleva casi toda la fuerza al masticar, conocida como zona primaria de soporte. En el maxilar, esta se encuentra en la cresta residual, especialmente en la parte de atrás, donde el tejido puede medir unos 4 mm de grosor. En la mandíbula, la mayor fuerza masticatoria se localiza en la región posterior, específicamente donde anteriormente se encontraban las piezas molares (42).

También existe la zona secundaria de soporte, la cual abarca una superficie mayor que la primaria, aunque recibe una carga masticatoria considerablemente menor. En el maxilar, llega hasta las zonas firmes del paladar. Y en la mandíbula, se extiende hasta cerca del fondo del surco, a unos 2 mm de distancia. Aunque no absorbe tanto peso, ayuda bastante a distribuir mejor la fuerza y mejora la estabilidad de la prótesis cuando se usa (42).

Estabilidad: La estabilidad en una prótesis total se refiere al equilibrio que se logra gracias al contacto de sus superficies pulidas con estructuras como los labios, las mejillas y la lengua. Estas áreas contribuyen a mantener la dentadura en su sitio durante

la masticación, ya que generan fuerzas que ayudan a estabilizarla. Esta función está estrechamente relacionada con una oclusión bien lograda y con un buen encaje entre los dientes artificiales (41).

Para que exista verdadera estabilidad, es fundamental que la prótesis encaje correctamente cuando entra en contacto con su antagonista en la posición intercuspídea. Si hay contactos prematuros, pueden provocar que la prótesis se mueva o se desplace fuera de lugar. Por eso, se debe seguir el principio de oclusión balanceada bilateral, que busca distribuir las fuerzas de forma equilibrada. Este esquema oclusal necesita, como mínimo, dos puntos de contacto en la zona posterior uno en cada lado de la línea media y un punto adicional en la parte anterior cuando se realizan movimientos excéntricos o de protrusión (43).

Retención: La retención en una prótesis total se refiere a su capacidad para mantenerse estable sobre los tejidos sin deslizarse o soltarse durante el uso. Esto depende, en gran parte, de cómo se adapten los bordes de la prótesis a las estructuras musculares circundantes. Durante la impresión funcional, se registran las fuerzas ejercidas por labios, mejillas y lengua, ya que su acción influye directamente en el comportamiento de la dentadura durante la función (44).

Para lograr una buena retención, es fundamental asegurar un sellado periférico correcto. Esto implica adaptar con precisión los bordes de la prótesis a los límites anatómicos sin que los músculos los desplacen. Si el aire penetra o se rompe la película salival entre la mucosa y la base protésica, se pierde el efecto de succión que ayuda a mantenerla fija. Cuando la parte interna de la prótesis encaja bien contra la mucosa oral, se genera un vacío natural que mejora su fijación. Además, el sellado debe complementarse con el movimiento coordinado de labios y carrillos, lo cual no solo

mejora la retención, sino que también brinda mayor confort al paciente durante el uso diario (45).

Dimensión vertical

La dimensión vertical de oclusión (DVO) es la distancia entre dos puntos anatómicos (uno fijo y otro móvil) cuando maxilar y mandíbula están en contacto. En prótesis totales, restaurar correctamente esta dimensión es esencial para lograr armonía estética, funcionalidad neuromuscular y estabilidad protésica (46). Por ejemplo, Srinivasan et al. (47), compararon mediciones analógicas con escáneres 3D en pacientes desdentados para estimar la DVO/rest, y encontraron buena correlación entre ambos métodos. Morales-Morales et al. (48), revisaron diversos métodos para determinar la DVO en pacientes totalmente edéntulos, señalando que no existe un método único superior, pero que el uso combinado de técnicas (fonética, registro en reposo, trazado craneométrico) mejora la precisión. Además, comparaciones clínicas demuestran que la variación en la DVO afecta la satisfacción del paciente; Vinnakota et al. (49), reportaron que la DVO determinada por reconstrucción cefalométrica no difirió significativamente de la convencional en cuanto a satisfacción ($p = 0,465$).

Complicaciones clínicas derivadas del diseño deficiente

Las fallas en el diseño de una prótesis total puede generar múltiples complicaciones, incluyendo ulceraciones, estomatitis subprótesis, queilitis angular y pérdida de la dimensión vertical (50). Una dimensión vertical inadecuada puede ocasionar problemas funcionales y estéticos, ya sea por una excesiva reducción, que produce colapso facial y dificulta la fonación, o por una dimensión aumentada, que genera sobrecarga muscular y maloclusión (51). Asimismo, una oclusión incorrecta puede provocar interferencias

en la mordida, afectando la articulación temporomandibular y comprometiendo la estabilidad del dispositivo (52).

La queilitis angular es una condición inflamatoria caracterizada por fisuras, enrojecimiento y descamación en las comisuras labiales. Su aparición en pacientes portadores de prótesis totales está estrechamente vinculada a una disminución de la dimensión vertical oclusal, lo que provoca el colapso del tercio inferior de la cara y la formación de pliegues en las comisuras labiales (53,54).

Un diseño protésico inadecuado puede generar una reducción excesiva de la dimensión vertical, lo que no solo afecta la estética facial, sino que también predispone a la aparición de la queilitis angular y a otras alteraciones funcionales, como dificultad en la fonación y la masticación. Por otro lado, un aumento excesivo de la dimensión vertical también puede generar sobrecarga muscular y problemas en la articulación temporomandibular (55).

Por otro lado, la evaluación de una prótesis total debe considerar el tiempo de uso como un factor determinante en su desempeño clínico (56). Es por ello que, una prótesis con un año de uso y otra con cinco años de uso presentan diferencias significativas en su estado de conservación, funcionalidad y efecto sobre los tejidos de soporte (57).

Las prótesis con menos de un año de uso suelen conservar mejor sus características estructurales, manteniendo un ajuste más preciso a la mucosa oral y permitiendo una distribución equilibrada de la carga masticatoria. No obstante, en esta etapa, algunos pacientes pueden experimentar dificultades en la adaptación inicial, lo que podría manifestarse en una sensación de incomodidad o inestabilidad hasta alcanzar una acomodación funcional completa (58).

Por el contrario, las prótesis con cinco años de uso o más suelen evidenciar signos de desgaste en los dientes artificiales, pérdida de retención y estabilidad debido a la reabsorción ósea progresiva y alteraciones en la dimensión vertical. Además, el uso prolongado de la prótesis aumenta el riesgo de aparición de lesiones en la mucosa oral, como estomatitis subprótesis, hiperplasia fibrosa inflamatoria o úlceras traumáticas, derivadas de la fricción constante o de la desadaptación del dispositivo (59).

Por ello, la comparación de prótesis con distintos periodos de uso debe basarse en criterios de evaluación diferenciados, considerando aspectos como el estado de la base protésica y los bordes periféricos, la estabilidad y retención de la prótesis, el grado de reabsorción ósea y su impacto en la funcionalidad del dispositivo, la presencia de lesiones en la mucosa oral, el desgaste de los dientes artificiales y sus efectos en la oclusión y la masticación, así como la evaluación de la dimensión vertical y su mantenimiento con el tiempo (59).

2.3. Formulación de hipótesis

En la presente investigación no se plantearán hipótesis, dado que el diseño es descriptivo transversal y su finalidad principal es estimar la prevalencia de las lesiones orales asociadas a fallas en prótesis completas en la población de estudio. Este tipo de estudios se centra en describir y cuantificar un fenómeno, sin orientarse a la comprobación de relaciones causales o a la contrastación de hipótesis estadísticas (60).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente estudio se desarrolló bajo el método inductivo, el cual parte de la observación sistemática de hechos particulares para generar interpretaciones de carácter general (61).

En este caso, la investigación se basó en la evaluación clínica directa de pacientes portadores de prótesis completas atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “MSG”. A partir de la observación de las condiciones funcionales de las prótesis y de la presencia de lesiones en la mucosa oral, se identificaron patrones clínicos que permitieron estimar la prevalencia de dichas alteraciones en la población estudiada. Este enfoque permitió comprender el fenómeno desde la práctica clínica cotidiana, facilitando posteriormente la formulación de conclusiones generalizables dentro del contexto evaluado.

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que las variables fueron medidas de manera objetiva mediante indicadores clínicos previamente definidos (62).

En este sentido, tanto las fallas en prótesis completas como la presencia de lesiones orales fueron registradas a través de una ficha de recolección de datos estructurada, lo que permitió organizar la información de manera sistemática y cuantificable. Posteriormente, los datos obtenidos fueron procesados mediante

procedimientos estadísticos descriptivos, con el propósito de estimar la frecuencia y distribución de las lesiones orales en la población estudiada.

3.3. Tipo de investigación

El estudio se clasificó como una investigación de tipo aplicada, debido a que el conocimiento generado busca aportar información útil para la práctica clínica odontológica, particularmente en el campo de la rehabilitación oral y la salud bucal del paciente portador de prótesis completas (63).

A través de la identificación de la prevalencia de lesiones orales relacionadas con fallas en prótesis completas, se pretende contribuir al reconocimiento temprano de estas alteraciones y promover una adecuada evaluación de las prótesis durante la atención odontológica. De esta manera, los resultados obtenidos podrán servir como referencia para futuras investigaciones y para el fortalecimiento de estrategias preventivas en pacientes rehabilitados con prótesis totales.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño del estudio fue no experimental, porque las variables se observaron tal como se presentaron en su contexto natural, sin manipulación deliberada por parte del investigador ni intervención sobre las condiciones clínicas de los pacientes evaluados (64).

3.4.1 Corte

El corte de la investigación fue transversal, porque la recolección de datos se realizó en un solo momento, lo que permitió obtener una visión puntual de la presencia de lesiones orales y de las fallas en prótesis completas en la población estudiada (64).

3.4.2 Nivel o alcance

El nivel de la investigación fue observacional, porque la información se obtuvo mediante la evaluación clínica directa de los pacientes portadores de prótesis completas, registrando las características funcionales de la prótesis y la presencia de lesiones en la mucosa oral, sin intervenir en el fenómeno estudiado (64).

3.4.3 Tipo o alcance descriptivo

Asimismo, la investigación tuvo un alcance descriptivo, ya que estuvo orientada a estimar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas, así como su distribución según sexo, grupo etario y tiempo de uso de la prótesis, sin establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas (64).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población estuvo constituida por 100 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 40 y 80 años, portadores de prótesis completas superior y/o inferior, atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “MSG”.

La población accesible correspondió a los pacientes que acudieron a dicha institución durante el periodo de recolección de datos y que cumplían con las condiciones clínicas necesarias para la evaluación intraoral y protésica.

Criterios de inclusión

- Pacientes con edades comprendidas entre 40 y 80 años.
- Portadores de prótesis completa superior y/o inferior.
- Pacientes con un tiempo mínimo de uso de la prótesis de seis meses, a fin de permitir la aparición de posibles lesiones orales asociadas al uso protésico.
- Pacientes atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “MSG”.
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio o no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que interrumpieron o abandonaron el proceso de evaluación clínica.
- Pacientes portadores de prótesis parciales.

3.5.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 80 pacientes, seleccionados de la población accesible que cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión.

El tamaño muestral fue calculado considerando una población finita de 100 pacientes, un nivel de confianza del 95 %, una proporción esperada del 50 % y un margen de error del 5 %, aplicando la corrección para poblaciones finitas. Este procedimiento permitió estimar un tamaño muestral adecuado para la determinación de la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas.

$$n = \frac{100 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05^2 \times (100 - 1) + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = 80$$

3.5.3 Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, mediante el cual se incluyeron de manera progresiva todos los pacientes que acudieron a la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “MSG” y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, hasta completar el tamaño muestral requerido.

Este tipo de muestreo se seleccionó debido a la ausencia de un marco muestral previamente definido y a la variabilidad en la afluencia de pacientes portadores de prótesis completas, lo que permitió incorporar a los participantes conforme se presentaban para su atención odontológica (65).

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Lesiones orales	Alteraciones patológicas que se presentan en los tejidos blandos de la cavidad oral en pacientes portadores de prótesis completas (20).	Presencia de lesiones en la mucosa oral identificadas mediante examen clínico intraoral y registradas en la ficha de recolección de datos.	Lesiones mucosas	Estomatitis subprotésica	Nominal	Sí = 1 No = 0
				Hiperplasia fibrosa inflamatoria		
				Queilitis angular		
				Úlcera traumática		
				Épulis fisurado		
				Candidiasis asociada a prótesis		
				Hiperqueratosis friccional		
Fallas en prótesis completas	Deficiencias en el estado funcional de la prótesis total que comprometen su retención, soporte o estado de conservación (40).	Evaluación clínica de la prótesis completa realizada durante el examen intraoral mediante la ficha de recolección de datos.	Retención	Estabilidad de la prótesis		Adecuada = 1 Deficiente = 0
			Soporte	Distribución de fuerzas masticatorias		Adecuado Deficiente
			Desgaste	Estado de los dientes artificiales o base acrílica		Sin desgaste= 1 Desgaste evidente = 0
Sexo	Condición biológica que diferencia a los individuos en masculino y femenino.	Sexo registrado en la historia clínica del paciente.	—	Masculino Femenino		Masculino = 1 Femenino = 2
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación clínica.	Edad registrada en la historia clínica y categorizada en grupos etarios para el análisis del estudio.	Grupo etario	40–60 años	Ordinal	1 = 40–60
				61–80 años		2 = 61–80
Tiempo de uso de la prótesis	Periodo durante el cual el paciente ha utilizado la prótesis completa desde su instalación.	Tiempo de uso referido por el paciente o registrado en la historia clínica.	Tiempo de uso	1–2 años		1 = 1–2 años
				3–5 años		2 = 3–5 años
				Más de 5 años		3 = Más de 5 años

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La recolección de la información se llevó a cabo mediante la técnica de observación clínica directa, la cual permitió identificar la presencia de lesiones en la mucosa oral y evaluar las condiciones funcionales de las prótesis completas en los pacientes incluidos en el estudio. Este procedimiento se desarrolló de forma organizada y progresiva, siguiendo una serie de fases previamente planificadas que garantizaron la adecuada obtención de los datos (68).

Fase 1: Gestión administrativa y selección de los participantes

En una primera etapa se realizó la gestión administrativa correspondiente ante la Dirección de la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “MSG”, con el propósito de obtener la autorización institucional necesaria para la ejecución del estudio.

Una vez obtenido el permiso, se procedió a revisar los registros clínicos disponibles con el apoyo del personal administrativo de la institución. Esta revisión permitió identificar a los pacientes portadores de prótesis completas que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Posteriormente, se organizó un cronograma de citas con los pacientes seleccionados, procurando que las evaluaciones se desarrollaran de manera ordenada y sin interferir con las actividades asistenciales habituales de la clínica.

Fase 2: Procedimiento ético y preparación del entorno clínico

Al momento de recibir a cada participante en la consulta programada, el investigador explicó de forma clara y comprensible los objetivos del estudio, así como las características del procedimiento clínico que se realizaría. Asimismo, se informó que

la participación era completamente voluntaria y que la información obtenida sería utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación.

Seguidamente, se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado, entregándose una copia del documento al participante para su conocimiento.

El examen clínico se desarrolló en un gabinete odontológico debidamente equipado, asegurando condiciones adecuadas de iluminación y el cumplimiento de las normas de bioseguridad vigentes. Para ello se utilizaron barreras de protección personal y se garantizó la correcta esterilización del instrumental empleado.

Fase 3: Evaluación clínica mediante observación directa

La evaluación clínica tuvo una duración aproximada de 20 a 25 minutos por paciente y se realizó siguiendo un orden sistemático. En primer lugar, se efectuó la evaluación de la prótesis completa, observando sus condiciones funcionales relacionadas con la retención, el soporte y el estado de desgaste de los materiales protésicos. Esta valoración permitió identificar posibles deficiencias que pudieran generar irritación o alteraciones en los tejidos orales.

Posteriormente se realizó el examen intraoral, utilizando espejo bucal, explorador dental, pinza algodonerá y luz frontal, con el objetivo de inspeccionar cuidadosamente la mucosa oral. Durante esta exploración se registró la presencia o ausencia de lesiones asociadas al uso de prótesis completas, tales como estomatitis subprotésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria, queilitis angular, úlceras traumáticas, épulis fisurado, candidiasis asociada a prótesis e hiperqueratosis friccional.

Todos los hallazgos clínicos fueron consignados de manera inmediata en la ficha de recolección de datos, lo que permitió evitar posibles errores de memoria y asegurar un registro fiel de la información observada.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Se empleó una ficha de recolección de datos clínicos estructurada, diseñada específicamente para registrar de manera sistemática las lesiones orales y las condiciones funcionales de las prótesis completas en los pacientes evaluados. Los investigadores basaron su elaboración en una revisión de estudios previos sobre lesiones mucosas asociadas al uso de prótesis dentales, como los de León-Velastegui *et al.* (4), que examinaron alteraciones en pacientes edéntulos; Saucedo (19), quien analizó la conservación de prótesis totales y su vínculo con lesiones orales; y Ponce (17), que utilizó una ficha similar para identificar lesiones bucales en adultos mayores. A partir de estos referentes, adaptaron el instrumento al contexto y objetivos del estudio, lo que facilitó un registro ordenado y estandarizado de la información clínica relevante.

La ficha se organizó en cuatro secciones principales, cada una enfocada en variables específicas del estudio.

Sección I: Datos generales del paciente

Aquí se anotaron las características sociodemográficas básicas, como el código del paciente, el sexo (masculino o femenino) y el grupo etario (40-60 años o 61-80 años). Estos detalles ayudaron a caracterizar la población y a analizar luego las lesiones orales según factores demográficos.

Sección II: Datos sobre la prótesis completa

Esta parte recopiló información sobre las prótesis, incluyendo el tiempo de uso (1-2 años, 3-5 años o más de 5 años) y una evaluación clínica de su condición en tres aspectos clave: retención, soporte y desgaste. Cada dimensión se valoró durante el

examen intraoral con categorías simples (adecuada o deficiente), lo que permitió detectar problemas funcionales de forma clara.

Sección III: Registro de lesiones orales asociadas al uso de prótesis

Se documentó la presencia o ausencia de lesiones específicas observadas en el examen intraoral, tales como estomatitis subprotésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria, queilitis angular, úlceras traumáticas, épulis fisurado, candidiasis asociada a prótesis e hiperqueratosis friccional. Cada una se registró con una escala sí/no, facilitando el cálculo de su prevalencia en el grupo estudiado.

Sección IV: Observaciones clínicas

Por último, un espacio abierto permitió al evaluador anotar hallazgos adicionales, como la localización de lesiones, rasgos clínicos notables u otras condiciones relevantes que enriquecieran la interpretación de los resultados.

De este modo, la ficha organizó sistemáticamente los datos clínicos recolectados, garantizando coherencia con las variables, objetivos y el análisis estadístico posterior.

3.7.3 Validación

La ficha de recolección de datos fue sometida a un proceso de validación de contenido mediante la técnica de juicio de expertos, con el propósito de evaluar la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems en relación con los objetivos de la investigación y las variables estudiadas. Para ello se contó con la participación de tres especialistas del área odontológica, de los cuales correspondían a rehabilitación oral, cirujano dentista y un radiólogo, quienes realizaron una revisión crítica del instrumento.

Cada uno de los expertos analizó la estructura del instrumento, la formulación de los ítems y su correspondencia con las dimensiones establecidas en la operacionalización de variables. A partir de esta evaluación se estimó la validez de contenido, obteniéndose valores de 0.86, 1.00 y 0.86, respectivamente. Estos resultados superaron el valor mínimo aceptable de 0.70, lo que indicó un nivel adecuado de concordancia entre los evaluadores y evidenció que los ítems del instrumento eran pertinentes y apropiados para la recolección de la información (Anexo 3).

En suma, se consideró que la ficha de recolección de datos presentaba validez de contenido suficiente, permitiendo su aplicación en la fase de campo del estudio.

3.7.4 Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el índice de Kappa de Cohen, estadístico ampliamente utilizado para determinar el grado de concordancia entre dos evaluadores cuando las variables analizadas son de naturaleza categórica. Este coeficiente permitió establecer si las observaciones registradas por el investigador y por el especialista coincidían más allá de lo esperado por azar. En términos interpretativos, los valores de Kappa cercanos a 1 indicaron una concordancia más alta, mientras que los valores próximos a 0 reflejaron escaso acuerdo entre evaluadores (66).

Antes de iniciar la recolección de datos, se desarrolló un proceso de calibración clínica del investigador, con la finalidad de estandarizar los criterios diagnósticos relacionados con la identificación de lesiones orales y la evaluación de las condiciones funcionales de las prótesis completas. Este proceso se llevó a cabo bajo la supervisión de un especialista en rehabilitación oral, quien actuó como experto de referencia. En una primera fase se realizó una capacitación teórica, en la cual se revisaron los fundamentos

clínicos de las principales lesiones asociadas al uso de prótesis completas, tales como la estomatitis subprotésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria, queilitis angular y úlcera traumática. Asimismo, se analizaron los criterios clínicos para la valoración de las fallas protésicas, específicamente la retención, el soporte y el desgaste de la prótesis, con el propósito de uniformizar la interpretación de cada variable registrada en la ficha de recolección de datos.

Posteriormente, se desarrolló una fase práctica supervisada, durante la cual el investigador participó en la observación clínica de diversos casos de pacientes portadores de prótesis completas. En esta etapa, el especialista explicó las características clínicas de cada lesión y orientó al investigador en la correcta aplicación de los criterios diagnósticos establecidos. Durante este proceso se discutieron los hallazgos observados, lo que permitió reforzar el reconocimiento de las alteraciones de la mucosa oral y mejorar la precisión en la evaluación de las condiciones protésicas. Este procedimiento permitió estandarizar el proceso de evaluación clínica y asegurar que el investigador aplicara de manera uniforme los criterios diagnósticos establecidos para el estudio.

Una vez concluida la etapa de calibración, se procedió a evaluar la confiabilidad del instrumento mediante concordancia interevaluador. Para ello se realizó una prueba piloto en 10 pacientes portadores de prótesis completas, quienes presentaban características similares a las de la población de estudio.

En esta etapa, el especialista en rehabilitación oral realizó inicialmente la evaluación clínica de los pacientes, registrando el diagnóstico de las lesiones orales y las condiciones funcionales de la prótesis en la ficha de recolección de datos. Posteriormente 7 días después, el investigador realizó una evaluación independiente de

los mismos pacientes, utilizando el mismo instrumento y aplicando los criterios diagnósticos previamente estandarizados durante el proceso de calibración.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el coeficiente Kappa de Cohen, estadístico utilizado para determinar el grado de concordancia entre dos evaluadores cuando las variables analizadas son de naturaleza categórica. El análisis evidenció un valor de $\kappa = 0.85$ con $p < 0.001$, lo que indicó una concordancia casi perfecta entre el investigador y el especialista (Anexo 4).

En consecuencia, se consideró que el instrumento presentó un adecuado nivel de confiabilidad interevaluador, permitiendo su aplicación en la muestra definitiva del estudio.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Una vez concluida la fase de recolección de información, los datos obtenidos fueron organizados inicialmente en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. En esta etapa se realizó la codificación de las variables, la revisión de consistencia y la depuración de la información, con el propósito de detectar posibles errores de digitación, valores atípicos o registros incompletos. Este procedimiento permitió contar con una base de datos ordenada y confiable antes de iniciar el análisis estadístico.

Posteriormente, la base depurada fue exportada al programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 27.0, donde se efectuó el procesamiento de los datos. En una primera etapa se desarrolló el análisis estadístico descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, recuentos y porcentajes, los cuales permitieron describir las características de la población estudiada y responder a los objetivos de la investigación.

Con base en estos resultados se elaboraron tablas y gráficos estadísticos, que facilitaron la visualización de la distribución de las variables estudiadas, incluyendo las características sociodemográficas de los participantes, el tiempo de uso de la prótesis y la presencia de lesiones orales observadas durante la evaluación clínica.

De manera complementaria, se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado, con la finalidad de explorar posibles diferencias en la distribución de las lesiones orales según variables categóricas como el sexo, el grupo etario o el tiempo de uso de la prótesis. Este análisis se empleó únicamente como un procedimiento exploratorio que permitió identificar tendencias dentro de los datos obtenidos. Cabe señalar que el estudio mantuvo un enfoque descriptivo, por lo que no se planteó contraste formal de hipótesis.

3.9 Aspectos éticos

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, garantizando el respeto por la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes. En este sentido, se aseguró el cumplimiento del principio de autonomía, permitiendo que cada paciente decidiera libremente su participación en el estudio mediante la firma voluntaria del consentimiento informado, previo a la realización de la evaluación clínica.

Asimismo, se consideró el principio de beneficencia, orientando todas las acciones hacia la protección del bienestar de los pacientes evaluados. Del mismo modo, se respetó el principio de no maleficencia, evitando cualquier procedimiento que pudiera generar daño físico, emocional o psicológico a los participantes.

El estudio se llevó a cabo en un entorno clínico controlado y no implicó la manipulación de variables ni la aplicación de intervenciones experimentales. Las

evaluaciones realizadas correspondieron únicamente a procedimientos de observación clínica, lo que garantizó un desarrollo seguro, respetuoso y acorde con las normas éticas vigentes. Además, la información recolectada fue tratada de manera confidencial, utilizando códigos para preservar la identidad de los participantes y asegurando el uso exclusivo de los datos con fines académicos y de investigación.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1. Prevalencia de lesiones orales según fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años.

Tipo de lesión	Retención		Soporte		Desgaste		Total
	Deficiente	Adecuada	Deficiente	Adecuado	Evidente	Sin desgaste	
Ninguna	0 (0.0)	28 (35.0)	0 (0.0)	28 (35.0)	0 (0.0)	28 (35.0)	28 (35.0)
Estomatitis subprotésica	24 (30.0)	0 (0.0)	18 (22.5)	6 (7.5)	24 (30.0)	0 (0.0)	24 (30.0)
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	2 (2.5)	6 (7.5)	0 (0.0)	8 (10.0)	8 (10.0)	0 (0.0)	8 (10.0)
Queilitis angular	7 (8.75)	0 (0.0)	7 (8.75)	0 (0.0)	7 (8.75)	0 (0.0)	7 (8.75)
Úlcera traumática	6 (7.5)	0 (0.0)	5 (6.25)	1 (1.25)	6 (7.5)	0 (0.0)	6 (7.5)
Épulis fisurado	3 (3.75)	1 (1.25)	0 (0.0)	4 (5.0)	4 (5.0)	0 (0.0)	4 (5.0)
Candidiasis asociada a prótesis	0 (0.0)	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (2.5)	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (2.5)
Hiperqueratosis friccional	0 (0.0)	1 (1.25)	0 (0.0)	1 (1.25)	1 (1.25)	0 (0.0)	1 (1.25)
Total	42 (52.5)	38 (47.5)	30 (37.5)	50 (62.5)	52 (65.0)	28 (35.0)	80 (100)

Nota. Información en Frecuencia (Porcentaje): n (%); N=80
Prueba estadística: Chi Cuadrado (p<0.001)

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

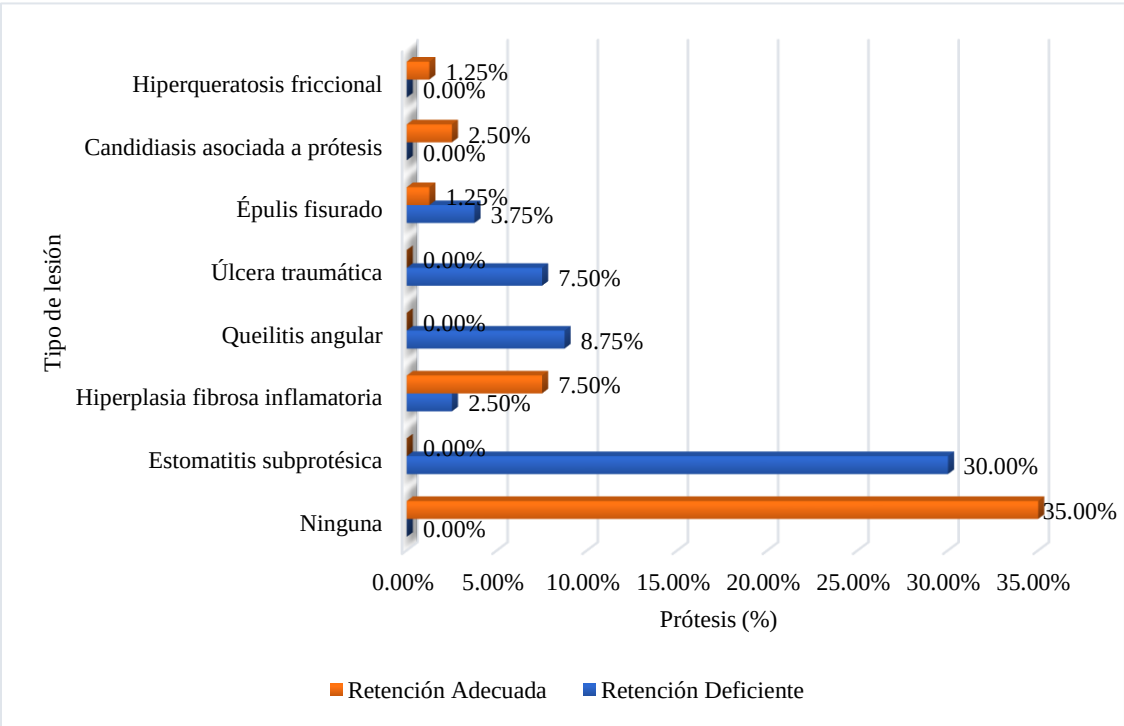


Figura 1. Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas, según retención en pacientes de 40 a 80 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

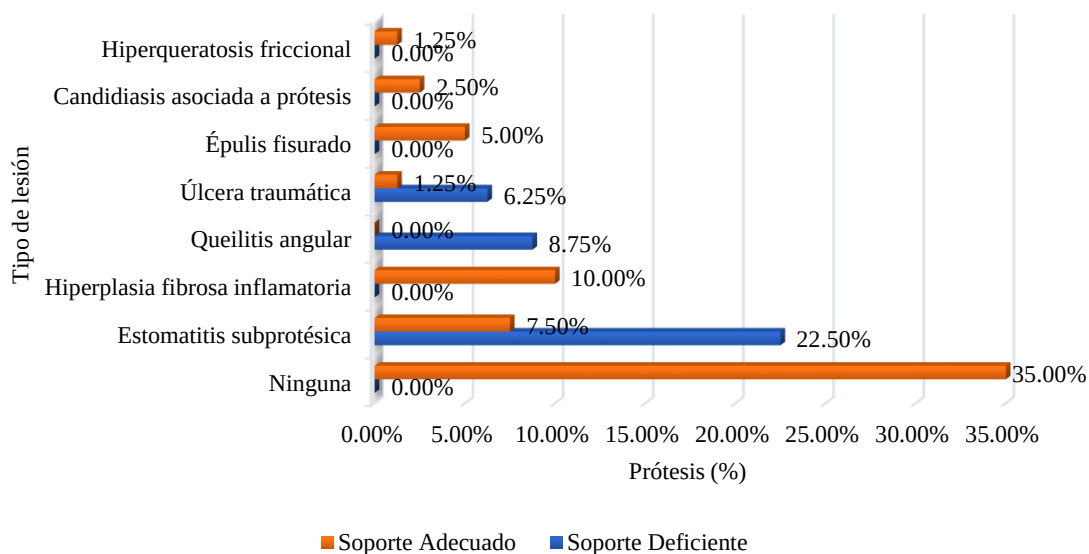


Figura 2. Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas, según soporte en pacientes de 40 a 80 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

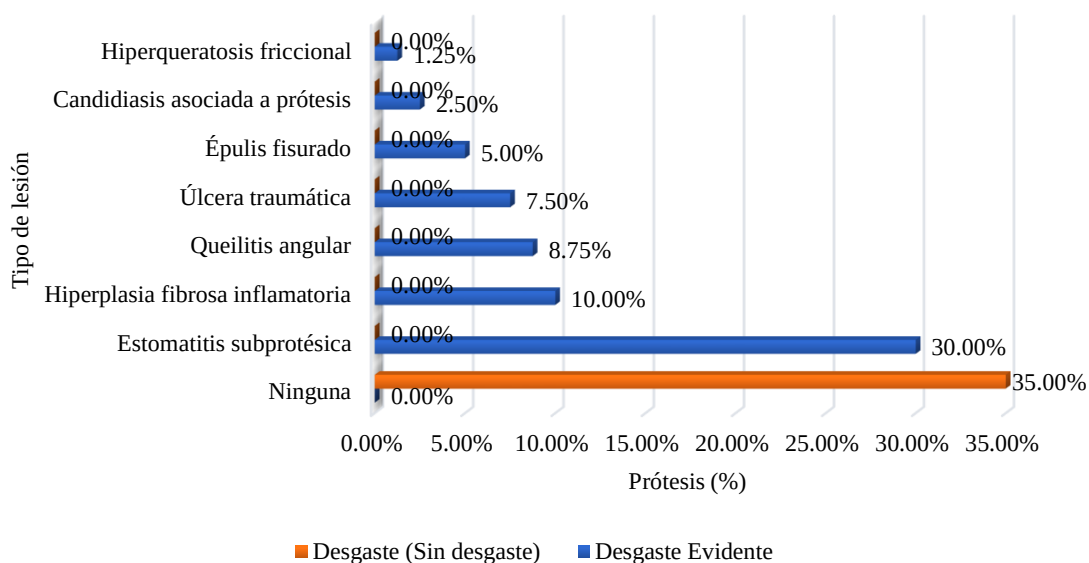


Figura 3. Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas, según desgaste en pacientes de 40 a 80 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

La Tabla 1 muestra la prevalencia de lesiones orales según las fallas observadas en las prótesis completas (retención, soporte y desgaste) en pacientes de 40 a 80 años.

En relación con la retención de la prótesis, se observó que las lesiones orales se presentaron principalmente cuando la retención fue deficiente. En este grupo destacó la estomatitis subprotésica, que representó el 30 % del total de pacientes. También se registraron, aunque con menor frecuencia, queilitis angular (8.75 %), úlcera traumática (7.5 %) y épulis fisurado (3.75 %). Sin, cuando la retención fue adecuada, predominó la ausencia de lesiones (35 %), lo que indica que una adecuada estabilidad protésica se asocia con menor presencia de alteraciones en la mucosa oral.

Respecto al soporte protésico, se observó un patrón similar. La estomatitis subprotésica volvió a ser la lesión más frecuente cuando el soporte fue deficiente, alcanzando el 22.5 % de los casos. Otras lesiones como la queilitis angular (8.75 %) y la úlcera traumática (6.25 %) también se presentaron en este grupo. Por el contrario, cuando el soporte fue adecuado, la mayor proporción correspondió nuevamente a pacientes sin lesiones (35 %), seguido de hiperplasia fibrosa inflamatoria (10 %) y estomatitis subprotésica (7.5 %), lo que indica que una correcta distribución de las fuerzas masticatorias contribuye a reducir la aparición de lesiones traumáticas.

Y, al analizar el desgaste de la prótesis, se evidenció que las lesiones fueron más frecuentes cuando existió desgaste evidente de los componentes protésicos. En este escenario, la estomatitis subprotésica representó el 30 % de los casos, seguida de hiperplasia fibrosa inflamatoria (10 %), queilitis angular (8.75 %) y úlcera traumática (7.5 %). En cambio, entre los pacientes cuyas prótesis no presentaban desgaste, la mayoría no mostró lesiones (35 %). Estos resultados indican que el deterioro de la prótesis con el tiempo puede favorecer la aparición de alteraciones en los tejidos blandos de la cavidad oral.

En suma, los hallazgos indican que las lesiones orales se observaron con mayor frecuencia cuando las prótesis presentaban fallas funcionales, especialmente deficiencias en la retención y desgaste protésico, lo cual refuerza la importancia de evaluar periódicamente el estado de las prótesis completas para prevenir complicaciones en la mucosa oral.

Tabla 2. Prevalencia de lesiones orales según sexo en pacientes portadores de prótesis completas.

Tipo de lesión	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Ninguna	18 (22.5)	10 (12.5)	28 (35.0)
Estomatitis subprotésica	0 (0.0)	24 (30.0)	24 (30.0)
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	0 (0.0)	8 (10.0)	8 (10.0)
Queilitis angular	7 (8.8)	0 (0.0)	7 (8.8)
Úlcera traumática	6 (7.5)	0 (0.0)	6 (7.5)
Épulis fisurado	4 (5.0)	0 (0.0)	4 (5.0)
Candidiasis asociada a prótesis	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (2.5)
Hiperqueratosis friccional	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (1.3)
Total	38 (47.5)	42 (52.5)	80 (100)

Nota. $\chi^2 = 54.22$; gl = 7; $p < .001$.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

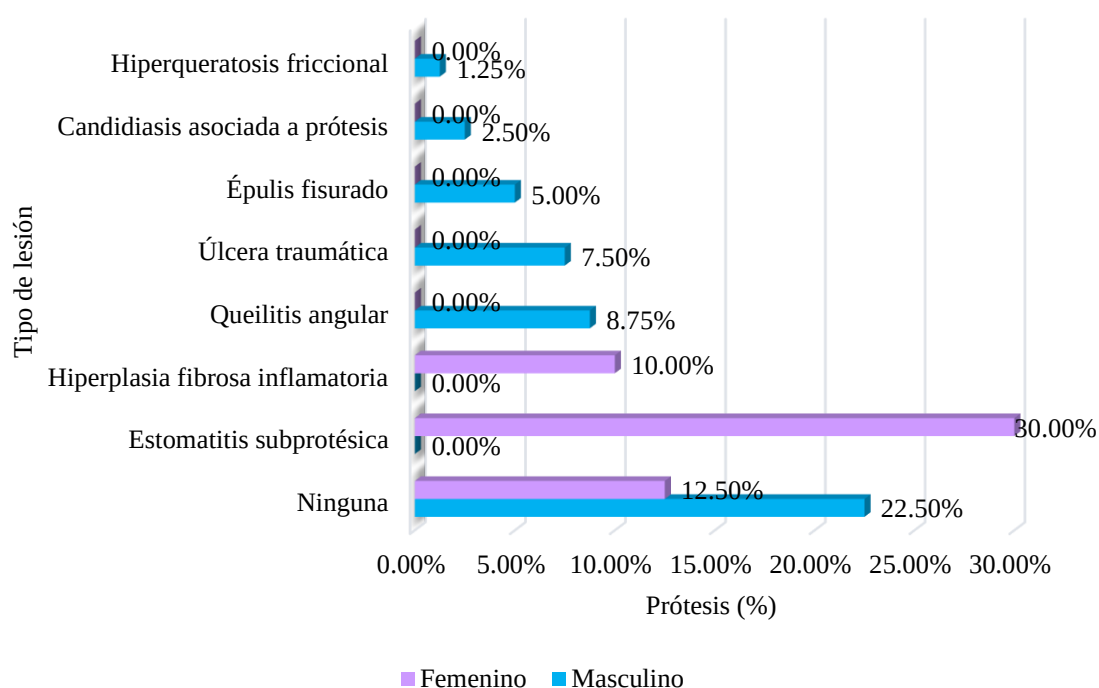


Figura 4. Prevalencia de lesiones orales según sexo en pacientes portadores de prótesis completas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

La Tabla 2 muestra la prevalencia de lesiones orales según el sexo en pacientes con prótesis completas. En la muestra general, las mujeres predominaron ligeramente (52,5%) sobre los hombres (47,5%). Al examinar la presencia de lesiones, la estomatitis subprotésica resultó la más común, con un 30% del total de pacientes, y se limitó exclusivamente a las mujeres. De igual modo, la hiperplasia fibrosa inflamatoria, que alcanzó el 10%, solo se observó en este grupo. Por el contrario, otras alteraciones prevalecieron en los hombres, como la queilitis angular (8,8%), la úlcera traumática (7,5%), el épulis fisurado (5%), la candidiasis asociada a prótesis (2,5%) y la hiperqueratosis friccional (1,3%). Además, la ausencia de lesiones fue más frecuente en hombres (22,5%) que en mujeres (12,5%).

Por otro lado, la prueba de chi cuadrado reveló diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de lesión oral y el sexo de los pacientes ($\chi^2 = 54,22$; gl = 7; $p < 0,001$). Esto confirma que la distribución de lesiones en portadores de prótesis completas varía según el sexo, con la estomatitis subprotésica como la más destacada en la muestra.

Tabla 3. Prevalencia de lesiones orales según grupo etario de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.

Tipo de lesión	Grupo etario		Total
	40–60 años	61–80 años	
Ninguna	20 (25.0)	8 (10.0)	28 (35.0)
Estomatitis subprotésica	4 (5.0)	20 (25.0)	24 (30.0)
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	8 (10.0)	0 (0.0)	8 (10.0)
Queilitis angular	0 (0.0)	7 (8.8)	7 (8.8)
Úlcera traumática	0 (0.0)	6 (7.5)	6 (7.5)
Épulis fisurado	3 (3.8)	1 (1.3)	4 (5.0)
Candidiasis asociada a prótesis	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (2.5)
Hiperqueratosis friccional	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (1.3)
Total	38 (47.5)	42 (52.5)	80 (100)

Nota. $\chi^2 = 40.71$; gl = 7; $p < .001$.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

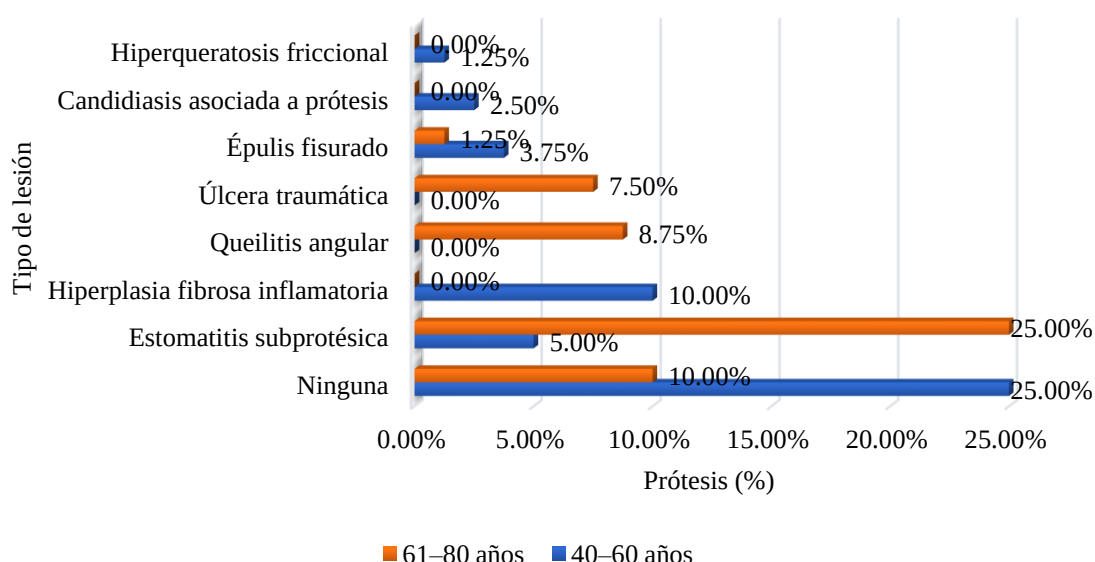


Figura 5. Prevalencia de lesiones orales según grupo etario de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

La Tabla 3 detalla la prevalencia de lesiones orales según el grupo etario en pacientes con prótesis completas. En la muestra general, predominó el grupo de 61 a 80 años (52,5%), seguido del de 40 a 60 años (47,5%).

Al evaluar las lesiones, la estomatitis subprotésica emergió como la más frecuente, con un 30% del total de pacientes. Esta alteración se concentró sobre todo en el grupo de 61 a 80 años (25,0%), mientras que en el de 40 a 60 años solo alcanzó el 5%. Tal patrón indica que la estomatitis subprotésica aparece con mayor frecuencia en personas de edad más avanzada. De forma análoga, lesiones como la queilitis angular (8,8%) y la úlcera traumática (7,5%) se limitaron al grupo de 61 a 80 años, lo que resalta una mayor incidencia de alteraciones en pacientes mayores. En cambio, la hiperplasia fibrosa

inflamatoria (10%), la candidiasis asociada a prótesis (2,5%) y la hiperqueratosis friccional (1,3%) se observaron principalmente en el grupo de 40 a 60 años.

La ausencia de lesiones, por su parte, fue más común en el grupo de 40 a 60 años (25%) que en el de 61 a 80 años (10%), lo que apunta a una mejor salud mucosa en pacientes de menor edad bajo uso de prótesis completas.

La prueba de chi cuadrado confirmó diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de lesión y el grupo etario ($\chi^2 = 40,71$; gl = 7; $p < 0,001$). En suma, estos datos revelan que la frecuencia y el tipo de lesiones orales varían con la edad, con una mayor concentración en los pacientes de mayor edad.

Tabla 4. Prevalencia de lesiones orales según tiempo de uso de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.

Tipo de lesión	Tiempo de uso			Total
	1–2 años	3–5 años	>5 años	
Ninguna	22 (27.5)	6 (7.5)	0 (0.0)	28 (35.0)
Estomatitis subprotésica	0 (0.0)	6 (7.5)	18 (22.5)	24 (30.0)
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	6 (7.5)	2 (2.5)	0 (0.0)	8 (10.0)
Queilitis angular	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (8.8)	7 (8.8)
Úlcera traumática	0 (0.0)	1 (1.3)	5 (6.3)	6 (7.5)
Épulis fisurado	1 (1.3)	3 (3.8)	0 (0.0)	4 (5.0)
Candidiasis asociada a prótesis	2 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.5)
Hiperqueratosis friccional	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.3)
Total	32 (40.0)	18 (22.5)	30 (37.5)	80 (100)

Nota. $\chi^2 = 73.71$; gl = 14; $p < .001$.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

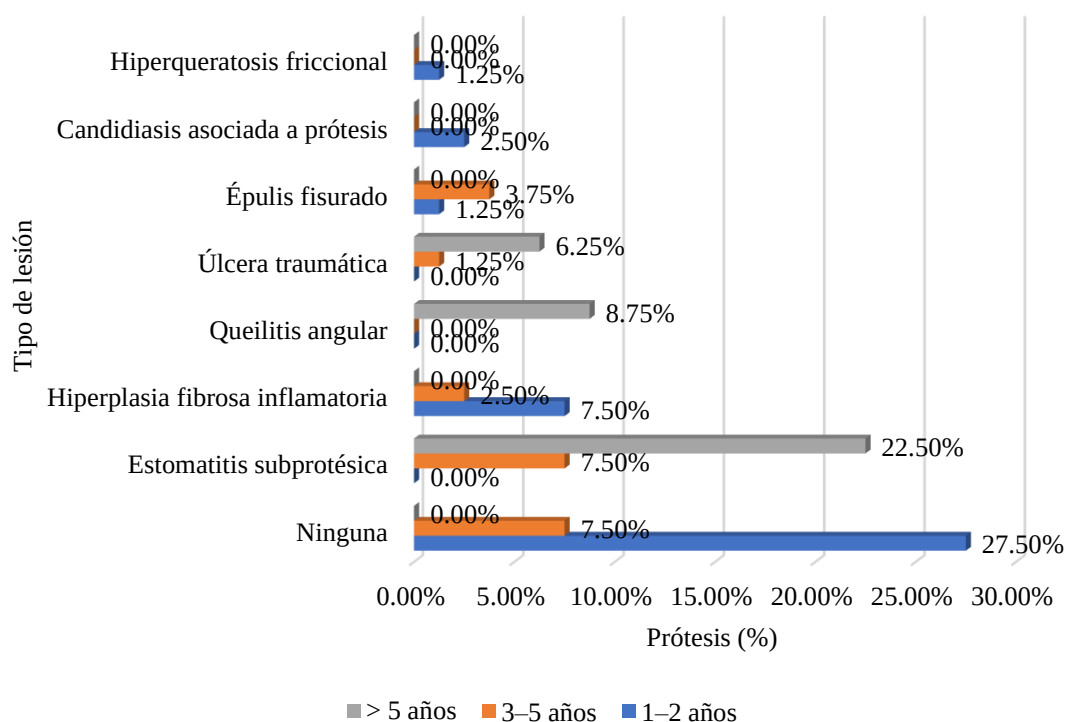


Figura 6. Prevalencia de lesiones orales según tiempo de uso de la prótesis en pacientes portadores de prótesis completas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos, 2026.

La Tabla 4 muestra la prevalencia de lesiones orales según el tiempo de uso de la prótesis en pacientes con prótesis completas. En la muestra general, el 40% llevaba prótesis de 1 a 2 años, el 22,5% de 3 a 5 años y el 37,5% más de cinco años.

Al revisar las lesiones, la estomatitis subprotésica destacó como la más común, con un 30% del total. Esta alteración predominó en pacientes con prótesis de más de cinco años (22,5%), seguida del grupo de 3 a 5 años (7,5%), y no apareció en quienes usaban prótesis de 1 a 2 años. Tal distribución apunta a que un mayor tiempo de uso podría predisponer a esta lesión.

Otras alteraciones siguieron un patrón similar en prótesis de mayor antigüedad. La queilitis angular (8,8%) se limitó al grupo de más de cinco años, mientras que la úlcera traumática se concentró allí (6,3%), con solo un 1,3% en el de 3 a 5 años.

En oposición, ciertas lesiones afloraron más en prótesis recientes. La hiperplasia fibrosa inflamatoria prevaleció en el grupo de 1 a 2 años (7,5%), con un 2,5% en el de 3 a 5 años. De igual modo, la candidiasis asociada a prótesis (2,5%) y la hiperqueratosis friccional (1,3%) se observaron solo en pacientes con prótesis de 1 a 2 años.

La ausencia de lesiones, por su parte, fue más habitual en el grupo de 1 a 2 años (27,5%), y decreció con el tiempo de uso, lo que indica que las prótesis más antiguas se asocian con mayor riesgo de alteraciones mucosas.

Por su parte, la prueba de chi cuadrado demostró diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de lesión y el tiempo de uso ($\chi^2 = 73,71$; gl = 14; $p < 0,001$).

En síntesis, estos hallazgos posicionan al tiempo de uso como un factor clave en la aparición de lesiones orales en portadores de prótesis completas.

4.2 Discusión de resultados

Los hallazgos del estudio demostraron que, la estomatitis subprotésica resultó la lesión oral más frecuente, con una prevalencia del 30%, seguida de la hiperplasia fibrosa inflamatoria (10%), queilitis angular (8,75%) y úlcera traumática (7,5%). Los resultados también revelaron que las lesiones surgieron principalmente en prótesis con retención deficiente (52,5%), soporte deficiente (37,5%) y desgaste evidente (65%), lo que subraya el rol clave del deterioro funcional protésico en las alteraciones mucosas.

Estos datos alinean con los de Arencibia et al. (11), quienes, en Cuba, con 250 adultos mayores, hallaron la estomatitis subprotésica como la más común (46,6%), seguida de úlceras traumáticas (22,8%) y épulis fisurado (16,7%). Además, notaron que el 62,4% usaba prótesis por más de cinco años y el 75,6% presentaba aparatos en mal estado, confirmando la conexión entre deterioro protésico y lesiones orales. De modo similar, Ramírez y González (15) observaron en 250 adultos mayores una prevalencia de estomatitis subprotésica del 40,4%, seguida de úlceras traumáticas (22,9%), atribuyendo esto a higiene deficiente y uso prolongado. Los hallazgos actuales también concuerdan con Llorente et al. (14), que reportaron estomatitis subprotésica predominante (37,1%), úlceras traumáticas (29,5%) y épulis fisurado (25,7%) en adultos mayores, con el 78,8% usando prótesis por más de cinco años —un patrón similar al observado aquí, ligado a fallas protésicas.

A nivel nacional, los resultados empatan con Ponce (17), quien en 350 adultos mayores detectó lesiones en el 57,4%, lideradas por estomatitis subprotésica (40,8%), con el 52,6% de prótesis en mal estado y asociación significativa ($p < 0,05$).

En suma, las lesiones orales en portadores de prótesis completas se vinculan estrechamente al estado funcional protésico, sobre todo retención, soporte y desgaste. Clínicamente, esto enfatiza la necesidad de revisiones periódicas para prevenir daños en tejidos blandos y elevar la calidad de vida.

Respecto al sexo, predominó ligeramente el femenino (52,5%) sobre el masculino (47,5%). La estomatitis subprotésica (30%) e hiperplasia fibrosa inflamatoria (10%) se limitaron a mujeres, mientras que queilitis angular (8,8%), úlcera traumática (7,5%) y épulis fisurado (5%) prevalecieron en hombres. Esto se asemeja a Gonzáles y Marrero (13), que hallaron el 70,9% de lesiones mucosas en mujeres, ligadas a uso prolongado, desajustes y porte continuo. Guevara (18) reportó mayor prevalencia femenina (69,09%), con estomatitis subprotésica (81,48%), candidiasis (44,44%) y queilitis angular (42,59%). Saucedo (19) detectó lesiones en el 80%, con estomatitis subprotésica tipo II destacada en varones, coincidiendo parcialmente con las lesiones traumáticas masculinas aquí observadas.

En esencia, la distribución de lesiones varía por sexo, aunque la estomatitis subprotésica lidera en ambos. Esto urge estrategias de educación y seguimiento adaptadas a cada grupo.

El grupo de 61 a 80 años predominó (52,5%), concentrando estomatitis subprotésica (25%), queilitis angular (8,8%) y úlcera traumática (7,5%), frente a mayor ausencia de lesiones (25%) en 40 a 60 años. Llorente et al. (14) reportaron edad media de $69,8 \pm 5,3$ años en casos similares, Ramírez y González (15) un pico en 80-84 años (38,8%), y

Amoroto (16) frecuencia alta cerca de los 60, siempre con estomatitis subprotésica al frente.

Estos patrones posicionan la edad avanzada como factor clave, por tiempo de uso prolongado, cambios mucosos y menor regeneración tisular.

En cuanto al tiempo de uso, las lesiones abundaron en prótesis de más de cinco años (37,5%), con estomatitis subprotésica (22,5%), queilitis angular (8,8%) y úlcera traumática (6,3%), versus mayor ausencia (27,5%) en 1 a 2 años. Arencibia et al. (11) vincularon el 62,4% de uso >5 años a lesiones; Gonzáles y Marrero (13), el 54,5% de 5-9 años; y Llorente et al. (14), el 78,8% >5 años.

En conjunto, el uso prolongado eleva el riesgo mucoso, impulsando controles regulares, reemplazos y educación en higiene para prevenir complicaciones en portadores de prótesis completas.

A partir de los hallazgos obtenidos, se sugiere que futuras investigaciones incorporen muestras más amplias y multicéntricas, con el fin de mejorar la representatividad de los resultados y contrastar diferencias entre distintos contextos asistenciales. Asimismo, sería pertinente incluir variables clínicas complementarias, como hábitos de higiene protésica, uso nocturno de la prótesis, control odontológico periódico y presencia de enfermedades sistémicas, para profundizar en los factores asociados a la aparición de lesiones orales. Del mismo modo, estudios analíticos o longitudinales podrían aportar mayor comprensión sobre la evolución de estas lesiones y sobre el impacto del tiempo de uso protésico en la salud de la mucosa oral.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera. La estomatitis subprotésica fue la lesión oral más prevalente (30 %) en pacientes portadores de prótesis completas, observándose con mayor frecuencia cuando las prótesis presentaron fallas de retención, soporte o desgaste.

Segunda. Según el sexo, la estomatitis subprotésica y la hiperplasia fibrosa inflamatoria se presentaron principalmente en mujeres, mientras que lesiones como queilitis angular, úlcera traumática y épulis fisurado se observaron con mayor frecuencia en hombres.

Tercera. Las lesiones orales se concentraron principalmente en pacientes de 61 a 80 años, siendo la estomatitis subprotésica la alteración más frecuente en este grupo etario.

Cuarta. Se evidenció que el mayor tiempo de uso de la prótesis (>5 años) se asoció con una mayor presencia de lesiones orales, especialmente estomatitis subprotésica.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda a los cirujanos dentistas realizar controles periódicos del estado de las prótesis completas, evaluando especialmente la retención, el soporte y el desgaste, con el fin de prevenir lesiones en la mucosa oral.

Se sugiere reforzar la educación en higiene protésica y controles odontológicos regulares en pacientes portadores de prótesis completas, especialmente en adultos mayores.

Se aconseja evaluar periódicamente el tiempo de uso de las prótesis, promoviendo su reemplazo o ajuste cuando superen varios años de uso para evitar complicaciones en la mucosa oral.

Se sugiere que futuros estudios incluyan mayor número de participantes y variables clínicas adicionales, a fin de profundizar en los factores asociados a la aparición de lesiones orales en portadores de prótesis dentales.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento saludable. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
2. Hernández-Mejía R, Calderón-García R, Fernández-López JA, Cueto-Espinar A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RCOE. 2006;11(2):181-91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200003
3. Joya LD, Quintero L. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. Hacia Promoc Salud. 2015;20(1):140-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a10.pdf>
4. León-Velastegui MA, Gavilanes-Bayas NA, Mejía-Navas EX. Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. Dominio Las Cienc. 2019;5(1):603-23.
5. Tonato JD, Llor Tobar N, Gavilanez-Villamarín SM. Influencia del uso de prótesis dental en la calidad de vida de los adultos mayores. Rev Inf Científica. 2022;101(6):1-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v101n6/1028-9933-ric-101-06-e4054.pdf>
6. Mejía EX. Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales [Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontólogo]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2018. Disponible en: <https://scispace.com/pdf/lesiones-de-la-mucosa-oral-asociadas-al-uso-de-protesis-1824dqh207.pdf>

7. Díaz S. Impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida en pacientes adultos. Av Odontoestomatol. 2016;32(1):11-20. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v32n1/original1.pdf>

8. Nápoles I de J, Rivero O, García CI, Pérez D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. Rev Arch Med Camagüey. 2016;20(2):158-66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc162h.pdf>

9. Ministerio de Salud. Plan “Perú Sonríe” entregó más de dos mil prótesis dentales en Lima Sur. 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/dirislimasur/noticias/684039-plan-peru-sonrie-entrego-mas-de-dos-mil-protesis-dentales-en-lima-sur>

10. Vega-Manga BJ, Mercado-Mamani SL. Integrando evidencia científica: prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Odontol Act Rev Científica. 2023;8(3):17-26. doi:10.31984/oactiva.v8i3.940

11. Arencibia E, Loredó M, Sixto MS, Labrador DM. Oral lesions associated with the use and care of dentures in the elderly. Odontología. 2024;(2):1-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9878559>

12. Guzmán H, Ubilla W, Suarez Palacios JC. Épulis fisurado: sus afectaciones en el tratamiento de paciente edéntulo total superior. Rev Científica Espec Odontológicas UG. 2023;6(2):44-50. doi:10.53591/eoug.v6i2.2177

13. González Y, Marrero L. Mucosal lesions associated with the use of dental prostheses in elderly patients. Medisur. 2022;20(5):864-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000500864

14. Llorente LN, Cabrera G, Jolas L, Gutiérrez ME, de la Cruz IL, Rodríguez B. Lesiones mucosales en adultos mayores portadores de prótesis. Facultad “Raúl González Sánchez”. 2019-2020. Rev Cuba Tecnol Salud. 2022;13(4):e3992. Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/3992>
15. Ramírez A, González F. Afecciones bucales y factores de riesgo en adultos mayores portadores de prótesis dental. Rev Cienc Médicas. 2022;26(4):1-11. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5412>
16. Amoroto C. Prevalencia de lesiones orales en pacientes portadores de prótesis atendidos en la clínica odontológica de la ULADECH Católica, distrito de Chimbote, departamento de Áncash, 2023. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/39114>
17. Ponce LG. Lesiones bucales en el uso de prótesis de dentaduras completas en pacientes geriátricos del Hospital de Apoyo de Puquio “Felipe Huamán Poma de Ayala” en el año 2023 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/d7a7225f-2901-4334-979a-4a5125ebf271>
18. Guevara K. Prevalencia de lesiones de mucosa oral en integrantes del club adulto mayor «Canitas blancas edad de oro», sector Gran Chimú, distrito El Porvenir, provincia de Trujillo, departamento La Libertad - 2020 [Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/32507>

19. Saucedo J. Estado de conservación de prótesis totales y lesiones mucosas de adultos mayores de la asociación de jubilados Cayaltí 2019. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/11209>
20. Harris RJ, Fang-Mercado L, Herrera A, Castrillón D, Guzmán M, Del Río T. Lesiones orales, alteraciones sistémicas y patrón nutricional de adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Av Odontoestomatol.* 2017;33(6):275-82. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v33n6/0213-1285-odonto-33-6-275.pdf>
21. Somacarrera M, López A, Carreras M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av Odontoestomatol.* 2015;31(3):129-34. doi:10.4321/S0213-12852015000300003
22. Bozdemir E, Yılmaz HH, Orhan H. Lesiones de la mucosa oral y factores de riesgo en pacientes odontológicos de edad avanzada. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2019;13(1):24-30. doi:10.15171/joddd.2019.004
23. León M, Gavilanes N, Mejía E. Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. *Dominio Las Cienc.* 2019;5(1):603-23.
24. El Toum S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalencia y distribución de las lesiones de la mucosa oral por sexo y categorías de edad: un estudio retrospectivo de pacientes que asisten a la Facultad de Odontología del Líbano. *Int J Dent.* 2018;4030134:1-6. doi:10.1155/2018/4030134
25. Brantes M, Azevedo R, Rozza R, Póvoa H, Tucci R, Gouvêa A, et al. Análisis de los factores de riesgo de lesiones de la mucosa oral asociadas a prótesis maxilares: un estudio transversal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019;24(3):e305-13. doi:10.4317/medoral.22826. PMID: 31011141.

26. Rey O, Mallón P, Piñón R, Biedma M, Carrión B. Candidiasis oral en el paciente mayor. *Av Odontoestomatol.* 2015;31(3):135-48.
27. Gual P, Jané E, Egido S, Ayuso R, Marí A, López J. Inflammatory papillary hyperplasia: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(1):36-42. doi:10.4317/medoral.21405. PMID: 27918740.
28. Preti G. Rehabilitación protésica. 2007. 480 p.
29. Salerno C, Pascale M, Contaldo M. Estomatitis protésica asociada a Candida. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(1):e139-43. doi:10.4317/medoral.16.e139. PMID: 20711156.
30. Gasparoto T, Sipert C, De Oliveira C. Inmunidad salival en personas mayores con estomatitis protésica relacionada con Candida. *Gerodontology.* 2012;29(2):331-9. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00476.x
31. Díaz S. Impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida en pacientes adultos. *Av Odontoestomatol.* 2016;32(1):11-20. doi:10.4321/S0213-12852016000100002
32. Ríos M. Estomatitis subprótesis, prevalencia de candidiasis oral y comparación de resolución con o sin el empleo de antimicóticos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52611>
33. Estrada G, Márquez M, Agüero L. Hiperplasia papilomatosa del paladar en pacientes con prótesis dental. *Medisan.* 2016;20(10):4059.
34. Emami E, Kabawat M, Rompre PH, Feine JS. Vinculación de la evidencia con el tratamiento de la estomatitis protésica: un metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *J Dent.* 2014;42(2):99-106. doi:10.1016/j.jdent.2013.11.021

35. Torres M, Espinoza I. Trastornos odontológicos en el adulto mayor. Medwave. 2009;9(9):1-3. doi:10.5867/medwave.2009.09.4124
36. Odell E. Cawson. Fundamentos de medicina y patología oral. 2018. Disponible en: <https://tienda.elsevierhealth.com/cawsonfundamentos-de-medicina-y-patologia-oral-9788491133247.html>
37. Neville B, Damm D, Allen C. Patología oral y maxilofacial. 2015. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/oral-and-maxillofacial-pathology/neville/978-1-4557-7052-6>
38. Israel M, Ferreira V, Cornélio S, Noletto J. Hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión: tratamiento quirúrgico - relato de caso clínico. Acta Odontol Venez. 2008;46(3). Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300016
39. Boraks S. Diagnóstico bucal. São Paulo: Artes Médicas Latinoamérica; 2004. Disponible en: <https://axon.es/ficha/libros/9788536700069/diagnostico-bucal>
40. Vanegas LE, Castro R, Gale W. Factores asociados a la calidad de prótesis totales inferiores en los adultos mayores rehabilitados en la Clínica Integral de la Universidad del Magdalena. Santa Marta: Universidad del Magdalena; 2014. Disponible en: https://www.academia.edu/105897135/Factores_asociados_a_la_calidad_de_protesis_totales_inferiores_en_los_adultos_mayores_rehabilitados_en_la_cl%C3%ADnica_integral_de_la_Universidad_del_Magdalena
41. Diaz F, Quintana M. Prótesis total inmediata como alternativa de tratamiento. Rev Estomatol Herediana. 2013;23(1):29-33.

42. Sharry J. Prótesis de dentaduras completas. La Habana: Editor Cienc Téc; 1970. p. 251-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0034-7507200700040000100004&lng=es&pid=S0034-75072007000400001>
43. Paz M, Masquardt K, Arellano C, Contreras C, González C. Efectos de la prótesis dental en la función masticatoria de adultos mayores. *J Health Med Sci*. 2019;5(1):41-50.
44. Navarro J, Rodríguez T, Corona M. Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integral. *Medisan*. 2016;20(10):4067. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368447678004>
45. Tantas S. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
46. Fayad MI. A literature review of vertical dimension in prosthodontics theory and practice - part 1: theoretical foundations. *Cureus*. 2024;16(6):e61903. doi:10.7759/cureus.61903
47. Srinivasan M, Handel S, Bronzino I, Kamnoedboon P, McKenna G, Leles CR. Comparing analog and 3D measurements of vertical dimension in edentulous subjects. *J Dent*. 2025;154:105566. doi:10.1016/j.jdent.2025.105566
48. Morales-Morales NE, Pancho-Chavarrea TL, Naranjo-Tapia NG. Métodos para determinar la dimensión vertical oclusal en desdentados totales. *Gac Médica Estud*. 2024;5(2):17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9887555>
49. Vinnakota D, Edamadaka N, Reddy PS, Duggineni C. Comparison of patient satisfaction between complete dentures fabricated using “conventional” and

“cephalometric angular reconstruction” vertical dimension procedures: a multicenter randomized clinical trial. *J Indian Prosthodont Soc.* 2022;22(1):82. doi:10.4103/jips.jips_336_21

50. Carbajal KK. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes de 30 a 80 años de edad que acuden a la consulta odontológica en el puesto de salud «El satélite» - distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, año 2019 [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/19376>

51. Barragán M, Viveris C, Garzón H. Alteración de la dimensión vertical: revisión de la literatura. *Rev Estomatol.* 2019;27(2):27-37. doi:10.25100/re.v27i2.8637

52. Hernández B, Díaz S, Marín G. Caracterización de la oclusión dentaria en pacientes con trastornos temporomandibulares. *Rev Arch Med Camagüey.* 2018;22(5):708-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2111/211161292007/html/>

53. Vílchez EF, Velasquez JS, Sánchez JA, Vilchez ML, Herrera MA, Blanco DJ, et al. Queilitis comisural asociado a la pérdida de la dimensión vertical en pacientes portadores de prótesis completa. *Int J Odontostomat.* 2025;19(3):353-7. Disponible en: https://ijodontostomatology.com/wp-content/uploads/2025/09/2025_v19n3-_023.pdf

54. Rosińska-Więckowicz A, Misterska M, Bartoszek L, Żaba R. Cheilitis - case study and literature review. *Adv Dermatol Allergol.* 2011;28(3):231-9. Disponible en: <https://www.termedia.pl/Case-report-Cheilitis-case-study-and-literature-review,7,16943,0,1.html>

55. Pineda A, Ríos E, Hernández A. Consideraciones para el incremento de dimensión vertical de oclusión. Reporte de un caso. *Rev Odontol Mex.* 2018;22(4):235-44.

56. Zavala R. Factores asociados en el uso de una prótesis completa en pacientes atendidos en la clínica odontológica ULADECH Católica distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, semestre 2018-II. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/24868>
57. Stegelmann K. Principios básicos de la planificación de prótesis removibles. Quintessence Publ Int Odontol. 2011;24(1):23-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-pdf-X0214098511909537>
58. Toro M, Chaple A, Romo F, Díaz L. Rendimiento y fuerza masticatoria máxima funcional en pacientes con prótesis parcial removable dentomucosoportadas y dentoimplantosoportadas. Rev Cuba Estomatol. 2024;61:e4917.
59. Vicuña J, Anelle M. Inestabilidad de prótesis dental al personal de la cooperativa de transportes Loja - ciudad Loja período 2022. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2022. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/9a2e60cc-c69b-4041-898c-f814d928d8ad>
60. Corona L, Fonseca M. Las hipótesis en el proyecto de investigación: ¿cuándo sí, cuándo no? Método En Cienc. 2023;21(1):269-73. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n1/1727-897X-ms-21-01-269.pdf>
61. Ordoñez-Pacheco ÁF. Metodología académica con aplicación a las investigaciones sociales: enfoques, tipos, métodos y diseños. Soc Technol. 2025;8(2):335-57. doi:10.51247/st.v8i2.484
62. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: el método ARIAS para realizar un proyecto de tesis. Puno: Instituto Universitario de Innovación

Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.; 2022. 164 p. Disponible en:
<https://doi.org/10.35622/inudi.b.016>

63. Ñaupas H, Mejía E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. Metodología de la investigación total: cuantitativa, cualitativa y redacción de tesis. 6a ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2023. Disponible en:
https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9789587924664_A47035222/preview-9789587924664_A47035222.pdf

64. Carmo H. A metodologia como dispositivo de orientação para a investigação. Politeia. 2021;18:13-41. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10400.26/39296>

65. Martínez C. Estadística y muestreo. 14a ed. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2019. p. 1-1321. Disponible en:
<https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/f90541b4e1faed5121f53df0fe37b922.pdf>

66. Rau G, Yu-Shan S. Evaluation of Cohen's kappa and other measures of inter-rater agreement for genre analysis and other nominal data. J Engl Acad Purp. 2021;53:101026. doi:10.1016/j.jeap.2021.101026

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
Problema general	Objetivo general	En la presente investigación no se plantearán hipótesis, dado que el diseño es descriptivo transversal y su finalidad principal es estimar la prevalencia de las lesiones orales asociadas a fallas en prótesis completas en la población de estudio. Este tipo de estudios se centra en describir y cuantificar un fenómeno, sin orientarse a la comprobación de relaciones causales o a la contrastación de hipótesis estadísticas.	Variable 1 Lesiones orales Variable 2 Fallas en prótesis completas Variables de caracterización Sexo Edad Tiempo de uso de la prótesis	Enfoque cuantitativo Método inductivo Tipo de investigación Aplicada Diseño No experimental Transversal Observacional Descriptivo Población 100 pacientes portadores de prótesis completas (40–80 años) Muestra 80 pacientes Muestreo Tipo no probabilístico consecutivo
¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP MSG?	Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.			
Problemas específicos:	Objetivos específicos:			
¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el sexo en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica?	Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el sexo en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.			
¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el grupo etario en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica?	Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el grupo etario en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.			
¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el tiempo de uso de la prótesis en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica?	Determinar la prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas según el tiempo de uso de la prótesis en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica.			

Anexo 2: Instrumentos

Título del estudio:

Prevalencia de lesiones orales por fallas en prótesis completas en pacientes de 40 a 80 años atendidos en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP MSG.

Fecha: _____

Historia clínica: _____

I. DATOS GENERALES

Código del paciente: _____

Sexo

☐ Masculino

☐ Femenino

Edad: _____

Grupo etario

☐ 40 – 60 años

☐ 61 – 80 años

II. CARACTERÍSTICAS DE LA PRÓTESIS

Tiempo de uso

☐ 1 – 2 años

☐ 3 – 5 años

☐ Más de 5 años

Evaluación clínica de la prótesis total

▪ Retención

Capacidad de la prótesis para mantenerse estable en su posición.

☐ Adecuada

☐ Deficiente

▪ Soporte

Capacidad de la prótesis para distribuir adecuadamente las fuerzas masticatorias.

☐ Adecuado

☐ Deficiente

▪ Desgaste protésico

Estado de conservación de los dientes artificiales o base acrílica.

☐ Sin desgaste

☐ Desgaste evidente

III. LESIONES ORALES ASOCIADAS A PRÓTESIS

Registrar según examen clínico intraoral.

Lesión	Sí	No
Estomatitis subprotésica	☐	☐
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	☐	☐
Queilitis angular	☐	☐
Úlcera traumática	☐	☐
Épulis fisurado	☐	☐
Candidiasis asociada a prótesis	☐	☐
Hiperqueratosis friccional	☐	☐

IV. OBSERVACIONES

Anexo 3: Validez del instrumento



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Morante Maturana, Sara Angelica

1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente

1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de registro de datos.

1.4 Título de la Investigación: PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 60 AÑOS, CLÍNICA PNP ANGAMOS.

II. ASPECTO DE LA VALIDACION

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

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.86$$

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	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 20 de noviembre del 2025.



 Dra. SARA MORANTE MATURANA
 Esp. Rehabilitación Oral
 C.O.P. 22609

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mezzich Gálvez Jorge
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de registro de datos.
 1.4 Título de la Investigación: PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 60 AÑOS, CLINICA PNP ANGAMOS.

II. ASPECTO DE LA VALIDACION

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

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.86$$

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	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 20 de noviembre del 2025.


 Firma y sello
 Dr. Jorge Mezzich Gálvez
 Radiólogo B2AF
 COP. 10071 PNE 187
 Firma y sello

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Tabla 5. Valoración del Índice de Kappa

Valor de Kappa (κ)	Interpretación
< 0.00	Ningún acuerdo / Peor que el azar
0.00 – 0.20	Acuerdo leve
0.21 – 0.40	Acuerdo débil
0.41 – 0.60	Acuerdo moderado
0.61 – 0.80	Acuerdo sustancial (bueno)
0.81 – 1.00	Acuerdo casi perfecto / excelente

Nota. Tomado de Rau y Yu-Shan (66) en 2021.

Tabla 6. Confiabilidad interevaluador del diagnóstico de lesiones orales.

Variable evaluada	Método	Evaluadores	n	κ (Kappa)	p	Interpretación
Diagnóstico de lesiones orales	Kappa de Cohen	2	10	0.85	<0.001	Concordancia casi perfecta

Investigador_lesion

Category	Frequency	Percentage
Sin lesion	3	30%
Estomatitis subprotésica	4	40%
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	2	20%
Úlcera traumática	1	10%

Experto_lesion

Category	Frequency	Percentage
Sin lesion	3	30%
Estomatitis subprotésica	5	50%
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	1	10%
Úlcera traumática	1	10%

Figura 7. Distribución porcentual entre evaluadores

Fuente. Resultados de la prueba piloto en Jamovi

Tabla 7. Matriz de concordancia interevaluador en el diagnóstico de lesiones orales.

Diagnóstico del investigador	Sin lesión	Estomatitis subprotésica	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	Úlcera traumática	Total
Sin lesión	3	0	0	0	3
Estomatitis subprotésica	0	4	0	0	4
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	0	1	1	0	2
Úlcera traumática	0	0	0	1	1
Total	3	5	1	1	10

Nota. Recuentos entre evaluadores

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 25 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:

EDUARDO ALBERTO IBARRA ACOSTA

Exp. N°: 3087-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 80 AÑOS, CLÍNICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLÓGICA S2 PNP MSG"**

Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 25/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

EDUARDO ALBERTO IBARRA ACOSTA

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- * La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- * La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza la aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- * En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6: Formato de consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO <i>(Para trabajos de investigación cuyo objeto de estudio involucren personas)</i>	
Título del Proyecto de Investigación: PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 80 AÑOS, CLÍNICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLÓGICA S2 PNP MSG.	
Autor Responsable: Eduardo Alberto Ibarra Acosta.	
Autor 2 (Opcional para casos de estudiantes/bachilleres/egresados): -	
Universidad /Institución: Clínica PNP Marilyn Solier G - Surquillo.	
I. INVITACIÓN	
Estimado(a) participante: Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: “PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 80 AÑOS, CLÍNICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLÓGICA S2 PNP MSG”, desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.	
II. INFORMACIÓN	
2.1	Propósito del estudio: Este estudio busca conocer con qué frecuencia aparecen lesiones en la boca de personas que usan prótesis dentales completas, cuando estas presentan fallas en su diseño o uso. Se enfocará en pacientes entre 40 y 80 años que reciben atención en la Clínica PNP Marilyn Solier G. durante el año 2025. Las lesiones más comunes que se evaluarán son enrojecimientos, heridas, inflamaciones o molestias en la boca, que pueden estar relacionadas con el tiempo de uso de la prótesis, su estado o la forma en que se cuida. Los resultados de esta investigación ayudarán a mejorar la atención odontológica, permitiendo identificar a tiempo estos problemas y orientar mejor el tratamiento. Además, servirán para promover buenas prácticas en el uso y cuidado de las prótesis, beneficiando tanto a los pacientes como a los profesionales de salud bucal.
2.2	Duración del estudio: El estudio tendrá una duración de 4 meses.
2.3	Número esperado de participantes: Este estudio se realizará con una muestra aproximada de 152 personas, hombres y mujeres entre 40 y 60 años de edad, que hayan recibido prótesis dentales completas (superior e inferior) en la Clínica PNP Marilyn Solier G. desde el año 2018.
2.4	Criterios de Inclusión y exclusión: Criterios de inclusión – Pacientes de ambos sexos. – Edad entre 40 y 80 años. – Portadores de prótesis total superior e inferior. – Disposición voluntaria para participar en el estudio. Criterios de exclusión – Pacientes que no firmen el consentimiento informado. – Pacientes que interrumpan o abandonen el estudio. – Portadores de prótesis parcial.

2.5	Procedimientos del estudio: Para participar en este estudio, se realizará un examen clínico intraoral y se aplicará una ficha de evaluación estructurada. Estos procedimientos permitirán identificar posibles lesiones en la boca relacionadas con el uso de prótesis dentales completas. La evaluación será realizada por personal capacitado y tendrá una duración aproximada de 20 a 30 minutos por paciente. No se realizarán procedimientos invasivos ni dolorosos. Toda la información obtenida será tratada con estricta confidencialidad, y si corresponde, los resultados individuales serán entregados personalmente al participante.
2.6	Riesgos: Este estudio no implica riesgos graves para los participantes. Sin embargo, podrían presentarse molestias leves durante el examen clínico intraoral, como sensibilidad en zonas afectadas o incomodidad al abrir la boca por algunos minutos. No se realizarán tratamientos ni procedimientos invasivos. No se prevén riesgos psicológicos ni emocionales significativos. En caso de detectar alguna lesión que requiera atención, se brindará orientación adecuada para su manejo clínico.
2.7	Beneficios: Los participantes podrán recibir información valiosa sobre el estado de su salud bucal, especialmente en relación con el uso de sus prótesis dentales. Esto puede ayudar a prevenir complicaciones futuras y mejorar el cuidado personal. Además, al formar parte del estudio, estarán contribuyendo al avance del conocimiento científico en odontología, lo que permitirá mejorar la atención de otros pacientes en situaciones similares. Su participación también ayudará a fortalecer programas educativos y preventivos en salud oral.
2.8	Costos e incentivos: La participación no implicará ningún costo para usted, ni recibirá incentivos económicos ni materiales a cambio de su colaboración.
2.9	Confidencialidad: Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.
2.10	Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.
2.11	Preguntas/Contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable Eduardo Alberto Ibarra Acosta / 959798755 / a2013700407@uwiener.edu.pe. También, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe
2.12	Ocurrencias/Reclamos: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe
III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.	

		____ / ____ / 202___. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL PARTICIPANTE <i>Nombre del Participante:</i> <i>DNI/Carné de Extranjería/Otros:</i>	HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i>	
		07 / 11 / 2025. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE <i>Nombre del Autor Responsable: Eduardo Alberto Ibarra Acosta.</i> <i>DNI: 44455198</i>	HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i>	
		____ / ____ / 202___. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN <i>(en caso corresponda)</i> <i>Nombre del Integrante del equipo de investigación:</i> <i>DNI/Carné de Extranjería/Otros:</i>	HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i>	
		____ / ____ / 202___. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL <i>(en caso corresponda)</i> <i>Nombre del Testigo o Representante Legal:</i> <i>DNI/Carné de Extranjería/Otros:</i>	HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i>	

NOTA:

- *La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir.*
- *Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento.*
- *Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos “vulnerables” (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.*

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

 POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL SECRETARÍA UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN	REF: PROVEIDO N° 002414-2026-COMGENPNP-DIRSP-DIRSAPOL-SUBDIR/PNP. OFICIO N°00394-2026-COMOPPOL-DIRPRSA-DIRSAPOL-SUBDIR- de 20FEB2026 (Expediente: DIRSAP20250000240), relacionado a la solicitud presentada por el ex interno de odontología Eduardo Alberto Ibarra Acosta, para realizar proyecto de investigación de tesis en el hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz"
<u>DECRETO Nro. 063 -2026-COMGENPNP/DIRSPS/DIRSAPOL-SEC-UNIDOCAP.AI</u>	
Visto el expediente administrativo de la referencia, relacionado a la solicitud presentado por el ex interno de odontología Eduardo Alberto Ibarra Acosta, quien peticona autorización para realizar proyecto de investigación de tesis, a fin de optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, PASE al señor General S PNP Ricardo Jesús TINOCO TEJADA, Director del hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz", con la finalidad de comunicarle que esta dirección AUTORIZA al ex interno de odontología Eduardo Alberto Ibarra Acosta, realizar sin costo para el estado, el proyecto de investigación titulado " PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 80 AÑOS, CLÍNICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLÓGICA S2 PNP MSG", con los fines académicos a través de la universidad Privada Norbert Wiener, y se sirva disponer por quien corresponda, se brinde las facilidades necesarias para la aplicación de instrumentos de investigación, asimismo la unidad de Docencia y Capacitación – HN PNP "LNS", dispondrá la supervisión monitoreo de dicha actividad, informando de su resultado, debiendo de comunicar al administrado, que deberá presentar a dicha unidad una copia del estudio realizado al término de su investigación.	
Lima, 23 de febrero del 2026	
<u>JAVR/PJPM.</u> msp	  OS - 287529 Jorge Alberto VILLACORTA RUIZ GENERAL SPNP DIRECTOR DE SANIDAD POLICIAL

Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin

	INFORME DEL ASESOR		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-014	VERSIÓN: 02 REVISIÓN: 02	FECHA: 13/05/2020

Lima, 19 de marzo del 2026

Mg. Tessie Lorena Loli Tovar
 Jefa de Grados y Títulos
 Universidad Privada Norbert Wiener
 Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato expresarle un cordial saludo y como asesor de tesis titulada: **“PREVALENCIA DE LESIONES ORALES POR FALLAS EN PRÓTESIS COMPLETAS EN PACIENTES DE 40 A 80 AÑOS, CLÍNICA POLICIAL ESPECIALIZADA ODONTOLÓGICA S2 PNP MSG”** desarrollado por el egresado Eduardo Alberto Ibarra Acosta; para la obtención del Título Profesional de Cirujano dentista; ha sido concluida satisfactoriamente.

Al respecto informo que se lograron los siguientes objetivos:

- Orientar la investigación para lograr los objetivos de la misma.
- Revisar el informe final en sus resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Aprobar la tesis para su sustentación.

Atentamente,



Firma del asesor

P.H.D. M.Sc. Esp. Marroquín García Lorenzo

Anexo 10: Evidencia fotográfica



10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
3	Internet	worldwidescience.org	<1%
4	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
5	Internet	revcmpinar.sld.cu	<1%
6	Internet	repositorio.ug.edu.ec	<1%
7	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Tumbes on 2026-02-26	<1%
9	Internet	repositorio.uvm.cl	<1%
10	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
11	Internet	ebuah.uah.es	<1%