



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

**PREVALENCIA DE PACIENTES EDÉNTULOS TOTALES QUE ACUDEN A
SUBCENTROS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL Y EL IMPACTO DE LAS
PROTESIS EN LOS PACIENTES**

AUTOR:

William Javier Dávila Velasco

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de Odontólogo

TUTORA:

Dra. Nelly Ampuero Ramírez

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **William Javier Dávila Velasco**, como requerimiento para la obtención del Título de **Odontólogo**.

TUTOR

Dra. Nelly Ampuero

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, William Javier Dávila Velasco

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de pacientes edéntulos totales que acuden a subcentros de la ciudad de Guayaquil y el impacto de las prótesis en los pacientes** previo a la obtención del Título de Odontólogo, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2016

EL AUTOR:

William Javier Dávila Velasco



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, William Javier Dávila Velasco

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Prevalencia de pacientes edéntulos totales que acuden a subcentros de la ciudad de Guayaquil y el impacto de las prótesis en los pacientes**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2016

EL AUTOR:

William Javier Dávila Velasco



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE PACIENTES EDÉNTULOS TOTALES QUE ACUDEN A
SUBCENTROS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL Y EL IMPACTO DE LAS
PROTESIS EN LOS PACIENTES**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Nelly Patricia Ampuero Ramírez

TUTORA

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

Dra. Gabriela Nicole Landívar Ontaneda

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CALIFICACIÓN

Dra. Nelly Patricia Ampuero Ramírez

PROFESOR GUÍA O TUTOR

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser esa fuerza interna que nos mueve y nos impulsa a lograr lo que nos proponemos. Agradezco a mi familia, a mis padres por ser incondicionales en todo momento, en cualquier situación y por hacernos sentir a mis hermanos y a mí que somos capaces de conquistar el mundo si así lo queremos. A mis hermanos porque pese a ser menores siempre fueron más sensatos y mantenían un equilibrio en mi vida. Sin su confianza y apoyo nada hubiera sido posible.

Agradezco a mis queridos amigos que hicieron de la etapa universitaria una experiencia inolvidable, no me pudo tocar un mejor grupo. Especialmente gracias a Paula Poveda, Manuel Carcelén, Kiyoko Kagawa, Danilo Borja y Marcelo Sarmiento por siempre apoyarnos mutuamente

Agradezco a todos mis profesores porque sin duda alguna todos aportaron con algo valioso en mi formación académica. Agradezco en especial a mi tutora Dra. Nelly Ampuero por siempre tener la mejor disposición para guiarme y orientarme en el presente trabajo de investigación y compartir todos sus conocimientos y experiencias, a la Dra. Geoconda Luzardo y Dr. Jorge Barona por ser una motivación constante durante el periodo universitario.

William Davila V.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de manera especial a mi hermano Christian Dávila porque sé que siempre esperó grandes cosas de mí y para mí y sentimientos como esos te motivan a proponerte y lograr nuevas metas.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VII
DEDICATORIA	VIII
RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT	XVII
1. Introducción.....	1
1.1 Justificación	2
1.2. Objetivos	3
1.2.1 Objetivo General.....	3
1.2.2 Objetivos Específicos	3
1.3 Hipótesis	3
1.4 Variables	4
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Cambios relacionados con la edad y edentulismo.....	8
2.3 Patologías frecuentes en la mucosa oral.....	9
2.3.1 Ulceras Traumáticas	10
2.3.2 Eritroplasia.....	12
2.3.3 Leucoplasia	12
2.3.4 Estomatitis Subprotésica.....	13
2.3.5 Queilitis angular	14
2.3.6 Épulis Fisurado	15
2.4 Cambios fisiológicos e influencia de factores sistémicos y de riesgo.....	17
2.4.1 Higienización del aparato protésico	18
.....	18
2.4.2 Uso Nocturno	18
2.4.3 Alcohol y tabaquismo.....	19
2.4.5 Saliva como lubricante y tapón químico	19
2.4.6 Xerostomía	20
2.4.7 Cambios óseos y hormonales	20
2.5 Generalidades de Alteraciones Sistémicas frecuentes en edéntulos totales .	22
2.5.1 Cáncer Oral	22
2.5.2 Diabetes Mellitus	24

2.5.3 Osteoporosis	24
2.5.4 Accidente Cerebrovascular, Alzheimer y enfermedad de Parkinson.....	24
2.6 Modificaciones Dietéticas.....	25
2.6.1 Rendimiento Masticatorio.....	26
2.7 Calidad de Vida y percepción de la salud bucal.....	27
2.8 Factores socioeconómicos y socioculturales	29
2.9 Tratamiento.....	30
2.9.1 Prótesis total removible convencional.....	31
2.9.2 Prótesis Implanto soportadas.....	32
3. Materiales y Métodos	33
3.1 Materiales:	33
3.1.1 Lugar de la investigación	33
3.1.2 Periodo de la investigación.....	33
3.1.3 Recursos empleados	34
3.1.4 Universo:.....	35
3.1.5 Muestra:	35
4. Métodos.....	35
4.1 Tipo de investigación:	35
4.2 Diseño de investigación:.....	35
4.2.1 Procedimientos:	36
5. Resultados	37
6. Conclusiones	53
7. Recomendaciones	54
8. Referencias Bibliográficas	55
9. Anexos.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N 1 Caries radicular y enfermedad periodontal.....	7
Figura N 2 Periodontitis severa y acumulo de placa.....	8
Figura N 3 Cambio de coloración en piezas dentarias y recesión gingival. ..	9
Figura N 4 Úlcera traumática por agresión mecánica.....	11
Figura N 5 Candidiasis Pseudomembranosa.....	11
Figura N 6 Leucoplasia en maxilar inferior por mala adaptación protésica.	12
Figura N 7 Aspectos clínicos de los diferentes tipos de Estomatitis	13
Figura N 8 Queilitis Angular	15
Figura N 9 Épulis Fisurado en sector anterior del maxilar superior.....	16
Figura N 10 Maxilar isquémico debido a la presión ejercida por la prótesis sobre estructuras de soporte.	17
Figura N 11 Cambio de coloración en la superficie del aparato protésico por acumulación de residuos.	18
Figura N 12 Reabsorción del proceso alveolar.	21
Figura N 13 Maxilar superior atrófico con presencia de torus palatino.	21
Figura N 14 Reabsorción del proceso alveolar en paciente totalmente edéntulo.	22
Figura N 15 Carcinoma de células escamosas en borde lateral de la lengua. Fuente: Fuente: Gonsalves W. 2008 ⁶	23
Figura N 16 A. Preparación del lecho implantario y colocación de implantes	32

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Operacionalización de la hipótesis.....	4
Cuadro 2 Cronograma de ejecución de la investigación.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de pacientes por universo y muestra.....	37
Tabla 2 Distribución porcentual de pacientes por tipo de edentulismo	38
Tabla 3 Distribución porcentual de pacientes por tipo de arcada.....	39
Tabla 4 Distribución porcentual y frecuencia por edades.	40
Tabla 5 Distribución porcentual de pacientes totalmente edéntulos por género.....	41
Tabla 6 Distribución de las patologías más frecuentes en pacientes edéntulos totales con prótesis.....	42
Tabla 7 Distribución porcentual de la condición sistémica de los pacientes totalmente edéntulos.....	43
Tabla 8 Distribución porcentual del estado de la mucosa oral de los pacientes totalmente edéntulos.	44
Tabla 9 Distribución Porcentual según el nivel de satisfacción.....	45
Tabla 10 Distribución porcentual para medir el nivel de satisfacción física.	46
Tabla 11 Distribución porcentual para medir el nivel psicosocial.....	47
Tabla 12 Distribución porcentual de pacientes por edad y condición sistémica del paciente.....	48
Tabla 13 Distribución porcentual del tipo de edentulismo según la edad del paciente.	49
Tabla 14 Distribución del tipo de edentulismo por género	50
Tabla 15 Distribución porcentual de la condición sistémica del paciente y presencia de patologías.....	51
Tabla 16 Genero y patologías mas frecuentes	52

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 Distribución de pacientes por universo y muestra	37
Grafico 2 Distribución de pacientes por tipo de edentulismo	38
Grafico 3 Distribución de pacientes por tipo de arcada.....	39
Grafico 4 Distribución porcentual de los pacientes totalmente edéntulos por rango de edades.....	40
Grafico 5 Distribución porcentual de pacientes totalmente edéntulos por género.....	41
Grafico 6 Distribución de las patologías más frecuentes en pacientes edéntulos totales con prótesis.....	42
Grafico 7 Distribución porcentual de la condición sistémica de los pacientes totalmente edéntulos.....	43
Grafico 8 Distribución porcentual del estado de la mucosa oral de los pacientes totalmente edéntulos.	44
Grafico 9 Distribución Porcentual según el nivel de satisfacción.	45
Grafico 10 Distribución porcentual para medir el nivel de satisfacción física.	46
Grafico 11 Distribución porcentual para medir el nivel psicosocial	47
Grafico 12 Distribución porcentual de pacientes por edad y condición sistémica del paciente.....	48
Grafico 13 Distribución porcentual del tipo de edentulismo según la edad del paciente.	49
Grafico 14 Distribución del tipo de edentulismo por género.....	50
Grafico 15 Distribución porcentual de la condición sistémica del paciente y presencia de patologías.....	51
Grafico 16 Genero y patologías más frecuentes.....	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado.....	59
Anexo 2 Hoja de registro por paciente.....	61
Anexo 3 Encuesta GOHAI	62
Anexo 4 Hoja de registro semanal firmada y sellada por la Institución	63
Anexo 5 Tabla de datos consolidados.....	64

RESUMEN

Introducción: Constantemente un porcentaje de nuestra población se enfrenta a múltiples cambios que conlleva el proceso de envejecimiento y al momento de reemplazar con prótesis total la pérdida dentaria podrían presentarse ciertas complicaciones por los diferentes factores que van de la mano con este cambio de edad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de pacientes totalmente edéntulos monomaxilares y bimaxilares que acuden a subcentros en la ciudad de Guayaquil y de qué manera el uso de prótesis genera un cambio en la calidad de vida en el campo físico y psicosocial.

Diseño: Se realizó un estudio analítico descriptivo en el cual se revisó un total de 1588 pacientes de los cuales 46 cumplían con los criterios de inclusión de la muestra.

Materiales y Métodos: Se utilizó la encuesta GOHAI para medir el grado de satisfacción de los pacientes con prótesis totales y se realizó un examen clínico para verificar estado de los tejidos.

Resultados: El 100% de los pacientes presento un bajo nivel de satisfacción en la encuesta GOHAI tanto en funciones físicas como en psicosociales. Se relacionó la pérdida dentaria con la edad ya que el 69% de los pacientes con edentulismo total eran mayores a 66 años. El 50% de los pacientes presento estomatitis subprotésica, siendo la patología más frecuente en estos pacientes.

Conclusión: Se concluyó que un gran porcentaje de pacientes con edentulismo total tienen un muy bajo nivel de satisfacción con sus aparatos protésicos y debido a la deficiente higiene oral y largos periodos de uso existe una elevada prevalencia de estomatitis subprotésica.

Palabras Clave: Edentulismo total, Encuesta GOHAI, Calidad de vida, Prótesis total, Mucosa Oral.

ABSTRACT

Introduction: Constantly a percentage of our population is facing multiple changes that involve the aging process and replacing tooth loss with complete dentures may be altered because of the various complications that comes with aging.

Objective: Determine the prevalence of single arch fully edentulous and fully edentulous patients that assist to sub centers in Guayaquil city and how the use of complete dentures can influence in the patients' quality of life.

Design: An analytical and descriptive study was conducted in 46 total edentulous patients of 1588 reviewed, that accomplished with de inclusion criteria.

Material and Methods: GOHAI test was used to measure the satisfaction and comfort of complete denture wearers and a clinical examination was performed to verify the oral tissues condition.

Results: The 100% of patients reported a very low satisfaction level, in physical and psychosocial aspects in GOHAI test. The age of the patient was related with tooth loss, due to the high percentage of patients older than 66 years old reported in this study, with complete edentulism. Also the 50% of patients presented denture stomatitis, which makes this pathology the most common in complete denture wearers of this study.

Conclusions: It was concluded that a high percentage of total edentulous patients have a very low satisfaction level of their dentures in multiple aspects and that due to the deficient hygiene and long term use of dentures there is a high prevalence of denture stomatitis.

Key words: Total edentulism, GOHAI test, Quality of life, complete denture, Oral mucosa

1. Introducción

La salud oral es fundamental para lograr el completo bienestar físico, mental y social de un individuo. El edentulismo se define como la pérdida o ausencia de dientes naturales que afecta trascendentalmente la calidad de vida del paciente.¹

Las principales enfermedades dentales que afectan a los adultos mayores y a la población en general son la caries dental y la enfermedad periodontal y pudiendo tener como consecuencia si no son tratadas la pérdida dental.²

La prótesis total es el tratamiento de elección para rehabilitar la condición de edentulismo total. Este dispositivo de carácter removible transmite las cargas masticatorias al reborde óseo residual a través de la mucosa masticatoria, y su retención se logra a través del sello periférico de los bordes, los que a su vez deben armonizar con la musculatura paraprotésica. Desafortunadamente el paciente que opta por este tipo de tratamiento, puede experimentar problemas en los ámbitos sociales y emocionales de la vida además de los funcionales y estéticos que se podrían presentar. Como resultado de esto muchos pacientes así rehabilitados no utilizan las prótesis o en su defecto tienen severos problemas durante la masticación y limitación de las otras funciones propias del sistema estomatognático.¹⁻³

La falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud. A medida que la pérdida de dientes va ocurriendo decae a su vez la eficiencia masticatoria, sobre todo en alimentos de consistencia dura y se producen trastornos de la nutrición. Otros factores generales como el uso de medicamentos, altos costos de la atención en salud, el nivel educativo y clase social pueden comprometer la salud del individuo.⁴

La prevalencia de edéntulos totales en adultos mayores varía mucho en poblaciones europeas, siendo mayor en países como Islandia (69%), Países Bajos (65%) o el Reunido Unido (46%). En España el 16% de adultos mayores entre 64 y 74 años son edéntulos totales.⁵

Es por esto que no solo debemos enfocarnos en los recursos clínicos que podemos prestar ante esta situación sino darle importancia también al impacto psicológico, funcional y estético que esta condición produce en el paciente.

Planteamiento del problema

Cuál es la prevalencia de pacientes edéntulos monomaxilares y bimaxilares que acuden a los subcentros de la ciudad de Guayaquil y que factores relacionados al uso o ausencia de la prótesis tienen un mayor impacto en el paciente.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la prevalencia de pacientes monomaxilares y bimaxilares edéntulos totales y en que género son más prevalentes?
2. ¿Que patologías orales se presentan con mayor frecuencia en pacientes edéntulos que usan prótesis total y cuáles son las molestias más comunes referidas por los pacientes?
3. ¿Cuál es el estado actual de salud del paciente?
4. ¿Cuál es el estado actual de la mucosa oral?
5. ¿El uso de prótesis total limitó los actos fisiológicos que se dan en la cavidad bucal?
6. ¿El uso de prótesis total tuvo algún impacto en la función psicosocial de los pacientes del grupo de estudio?

1.1 Justificación

En los distintos subcentros de la ciudad de Guayaquil no se realizan tratamientos rehabilitadores para pacientes edéntulos totales, entonces es importante tener conocimiento del índice de pacientes que acuden de igual manera en busca de alguna solución para su problema y de esta manera saber qué factores podrían ser modificados y mejorados para prestar un mejor servicio a los pacientes con esta condición, ya que la pérdida dentaria total afecta a la integridad del sistema masticatorio con distintas secuelas. Además

de tener conocimiento de las principales causas de pérdida dentaria y que tipo de paciente es más prevalente entre los monomaxilares y bimaxilares.

Viabilidad

La ejecución del presente trabajo de investigación es posible, luego de gestión previa, se realizará en los subcentros de la ciudad de Guayaquil, teniendo como base publicaciones de artículos científicos e información obtenida en la biblioteca virtual de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos monomaxilares y bimaxilares que acuden a los subcentros de la ciudad de Guayaquil y el impacto de las prótesis en los pacientes.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de pacientes monomaxilares y bimaxilares edéntulos totales y su diferenciación por género.
2. Determinar las patologías orales y las molestias que se presentan con mayor frecuencia en pacientes edéntulos que usan prótesis total.
3. Determinar el estado actual de salud del paciente ya sea sano o si presenta alguna enfermedad sistémica.
4. Determinar el estado actual de la mucosa oral ya sea firme o resilente.
5. Evaluar las limitaciones a los actos fisiológicos de fonación, deglución y masticación que presentan los pacientes del grupo de estudio.
6. Valorar el impacto que ocasiona en su función psicosocial el uso de prótesis total en los pacientes del grupo de estudios.

1.3 Hipótesis

Los pacientes edéntulos totales tienen un bajo nivel de satisfacción en relación a funciones físicas y psicosociales.

1.4 Variables

Cuadro 1 Operacionalización de la hipótesis

Variables			
<u>Denominación de la variable</u>	<u>Definición</u>	<u>Dimensión</u>	<u>Indicador</u>
<u>Variable dependiente</u>			
Edentulismo monomaxilar o bimaxilar	Pérdida total de piezas dentarias en una de las 2 arcadas (superior o inferior); o pérdida total de piezas dentarias en ambas arcadas.		
<u>Variable Independiente</u>			
Género	Sexo de acuerdo a sus características somáticas	Se clasificará como: -Femenino cuando presente características somáticas del sexo femenino -Masculino cuando presente características somáticas del sexo masculino	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>

Presencia de patologías en la mucosa oral	Lesiones traumáticas, inflamatorias o hiperplasias que se producen en la mucosa oral.	Se clasificarán de la siguiente manera según Dr. Nápoles G. y col: -Ulceras traumáticas cuando haya pérdida de superficie de tejido por prótesis nuevas. -Estomatitis subprotésica cuando presente enrojecimiento de la mucosa. -Épulis Fisurado cuando presente irritación crónica por prótesis sobre extendidas.	Ulceras traumáticas <input type="checkbox"/> Estomatitis Subprotésica <input type="checkbox"/> Épulis Fisurado <input type="checkbox"/>
Estado de Salud	Influencia de enfermedades sistémicas en cavidad oral.	Se clasificará como: Sano: Cuando haya ausencia de patología sistémica en la HC. Enfermedad Sistémica: Cuando haya presencia de alguna patología sistémica en la HC.	Sano <input type="checkbox"/> Enfermedad Sistémica <input type="checkbox"/>
Estado de la mucosa	Evaluar el nivel de compresión de la mucosa.	Según Millares y Munive se clasificará como: Firme: Cuando se presenta delgada y no compresible. Resilente: Grosor adecuado y permite ligera compresión.	Firme <input type="checkbox"/> Resilente <input type="checkbox"/>
Actos Fisiológicos en cavidad oral	Actos fisiológicos de fonación,	Se utilizará el GOHAI Test	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/>

	deglución y masticación.		Muy frecuente <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Función Psicosocial de los pacientes	Desenvolvimiento social del individuo.	Se utilizará el GOHAI Test	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Muy frecuente <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Actualmente aumenta progresivamente el número de adultos mayores que llegan a la vejez con sus piezas dentales en boca, aunque no en su totalidad, pero con un porcentaje de piezas dentarias que le permiten al sistema estomatognático realizar sus funciones básicas. Esto se debe a un incremento positivo en cuanto a la percepción de la salud oral de los individuos, mejor higiene oral y avances prometedores en la tecnología dental.⁶⁻⁷

Sin embargo, la pérdida dentaria, edentulismo, periodontitis, caries coronales o radiculares, lesiones en la mucosa oral, utilización de prótesis no funcionales, y xerostomía no dejan de ser una complicación en la mayoría de la población adulta. Entre las principales enfermedades dentales que afectan a los adultos mayores y a la población en general está la caries dental y la enfermedad periodontal y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos.⁶⁻⁷



Figura N 1 Caries radicular y enfermedad periodontal.
Fuente: Gonsalves W. 2008⁶

Las caries radiculares representan un factor de riesgo importante al combinarse con recesiones gingivales y periodontitis, patologías que tienen una incidencia muy alta en adultos mayores. La periodontitis, cuyo principal factor causal es la deficiente higiene oral, resulta en el desprendimiento del ligamento periodontal del cemento provocando bolsas periodontales más profundas, causando inestabilidad de las piezas dentarias y como consecuencia la pérdida de las mismas. Por otro lado, la periodontitis está

asociada a enfermedades cardiovasculares, diabetes, e ineficiente cicatrización de lesiones, condiciones sistémicas que son también muy frecuentes en pacientes mayores.⁶



Figura N 2 Periodontitis severa y acumulo de placa. Podemos observar recesión gingival y como las piezas dentarias van perdiendo estabilidad en el alveolo con posterior pérdida dentaria. Fuente: Gonsalves W, 2008 ⁶

2.2 Cambios relacionados con la edad y edentulismo

El edentulismo total se define como pérdida o ausencia de dientes naturales, siendo monomaxilar si afecta a una arcada ya sea superior o inferior o bimaxilar si se presenta en ambas arcadas.

Naturalmente con el paso de los años las estructuras orales presentan modificaciones, desde el cambio en la coloración de las piezas dentarias por alteraciones en la composición de la dentina y esmalte hasta la resorción ósea de los maxilares consecuente a la perdida dentaria. ⁶⁻⁸

Los vasos sanguíneos que irrigan las diferentes estructuras orales disminuyen con la edad, provocando una reducida respuesta inmunológica ante enfermedades o traumas. El cemento por otro lado se reduce también a medida que los años pasan, lo que lo vuelve mucho menos resistente a componentes como el azúcar, tabaco y sustancias acidas o abrasivas.⁶

Otra consecuencia característica de los cambios hormonales y nutricionales que conlleva el cambio a la etapa de adulto mayor es la notoria disminución en la queratinización de la mucosa y el grosor de los tejidos epiteliales

incluyendo el ligamento periodontal lo que vuelve a las estructuras de soporte más susceptibles y vulnerables.⁶

Las recesiones gingivales, aunque no son características específicas de algún rango de edad, se presentan con gran frecuencia en adultos mayores exponiendo el cemento radicular e incrementando a su vez los riesgos de caries radicular.⁶⁻⁹



Figura N 3 Cambio de coloración de las piezas dentarias y recesión gingival.

Fuente: Gonsalves W. 2008 ⁶

2.3 Patologías frecuentes en la mucosa oral

Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccional de los tejidos y la forma de agresión que el aparato protésico ejerza. Estos cambios varían mucho, presentándose desde simples modificaciones hasta profundas alteraciones patológicas.

Por lo general los pacientes consideran que necesitan atención odontológica cuando experimentan dolor en alguna estructura de la cavidad bucal y no consideran consultas de control para evaluar el estado del aparato protésico y en ocasiones utilizan prótesis que tienen más de 10 años de uso lo que naturalmente va a producir cambios en los tejidos orales, porque si bien el aparato puede no sufrir transformaciones, se producirán cambios en los tejidos de sostén, por lo que debe educarse al paciente, incorporándolo a consultas periódicas, para vigilar dichos cambios y reacondicionar los aparatos protésicos, ya sea rebasándolos, reajustando la articulación dentaria

o rehaciéndolas totalmente.³⁷ Siempre que se realice el cambio de una prótesis total a una nueva se debe dejar que los tejidos orales vuelvan lo más cercano posible a su estado natural, por lo general esto se logra luego de 48-72 horas luego de ser removido el aparato protésico antiguo dependiendo del estado de salud en que se encuentre el paciente.⁴²

Las lesiones asociadas al uso de prótesis se dividen en agudas cuando las prótesis por lo general nuevas producen algún tipo de agresión mecánica provocando isquemia y ulceración de los tejidos, en esta clasificación encontramos maculas, vesículas, ampollas, nódulos, pústulas y pápulas. Se clasifican en crónicas cuando las prótesis no están estables en boca y producen un roce constante con los tejidos de soporte resultando en un proceso inflamatorio crónico como costras, esclerosis, erosiones y úlceras.¹⁵

2.3.1 Úlceras Traumáticas

Las lesiones por traumatismo mecánico pueden variar desde simples ulceraciones hasta alteraciones neoplásicas. Las úlceras traumáticas son primarias cuando existe un agente causal responsable de la lesión y secundarias cuando existe la ruptura de una vesícula o ampolla. Son una de las lesiones orales más comunes y se denominan traumáticas ya que las produjo alguna agresión mecánica, química o térmica. Las úlceras causadas por prótesis específicamente son dolorosas y se presentan como lesiones blanco amarillentas con halo eritematoso.¹⁰⁻¹⁷

Las úlceras traumáticas son provocadas por prótesis recién adaptadas según Gutiérrez, et al, se localizan frecuentemente en la mucosa móvil, el surco vestibular o suelo de la boca. Usualmente son causadas por bases excesivamente largas y por frenillos sin liberar. No requieren de un tratamiento específico, suelen ser de corta duración y basta con eliminar el agente causal para su cicatrización.⁴⁴



Figura N 4 Úlcera traumática por agresión mecánica

Fuente: Gonsalves W. 2008 ⁶

La *Cándida albicans* es considerada parte de la micro flora oral y gastrointestinal, presente en un 20-50% de pacientes sanos según “Pires” y del 30-70% según “Darwazeh” porcentajes que aumentan en usuarios de prótesis removibles, siendo la principal especie asociada a micosis orales¹⁴. Las infecciones por Candidiasis oral pueden manifestarse de distintas formas como candidiasis pseudomembranosa, candidiasis eritematosa, estomatitis subprotésica, candidiasis hiperplásica y queilitis angular. Estas variantes pueden causar dolor, incomodidad, disgeusia, inflamación de la mucosa de soporte, halitosis y sangrado. A continuación, se detallará las más frecuentes y asociadas al uso de prótesis de las relacionadas con la *Cándida albicans* que son la estomatitis subprotésica y la queilitis angular. ¹⁵



Figura N 5 Candidiasis Pseudomembranosa.

Fuente: Gonsalves W. 2008 ⁶

2.3.2 Eritroplasia

La eritroplasia se presenta como una lesión eritematosa o maculas de color rojo intenso y bordes irregulares. Puede presentar zonas blancas, aspecto aterciopelado y es considerada como una lesión pre cancerosa. Se pueden presentar en pacientes que usan prótesis mal ajustadas, en paladar duro y blando, lengua, mejillas y carrillos. Se clasifican en 3 grupos: eritroplasia homogénea que es circunscrita y limitada, eritroplasia moteada que presenta relieve y la eritroleucoplasia que se presenta plana y lisa.

Al correr el riesgo de transformaciones cancerígenas el tratamiento de elección es su remoción quirúrgica.⁴⁶

2.3.3 Leucoplasia

Lesión pre cancerosa blanca, la pueden presentar adultos mayores que utilizan prótesis mal ajustadas y antiguas, se pueden presentar localizadas, difusas o múltiples. Se clasifican en homogéneas que son definidas y predominantemente blancas y las no homogéneas presentan superficie irregular.

El tratamiento consiste en eliminar los agentes etiológicos que estén causando agresión mecánica y eliminar el consumo de alcohol y tabaco en caso de consumirlos.⁴⁵



Figura N 6 Leucoplasia en maxilar inferior por mala adaptación protésica. Fuente: Martínez Sahuquillo. 2008⁴⁵

2.3.4 Estomatitis Subprotésica

La estomatitis es una forma de candidiasis eritematosa en la cual el área enrojecida o irritada coincide con la extensión de la base protésica o se presenta por zonas de manera localizada, inflamación que sin los cuidados o tratamiento necesarios podría tornarse crónica. La estomatitis es la lesión que se presenta con mayor frecuencia en la mucosa palatina, afectando a dos tercios de los pacientes portadores de prótesis removibles, denominada inflamación subplaca, hiperplasia papilar, y algunos autores la catalogan como una inflamación congestiva. Hay autores que plantean que el trauma y el uso continuo de la prótesis son la causa de la estomatitis o hiperplasia papilar y de la proliferación del microorganismo *Candida albicans*. La estomatitis subprotésica se clasifica en 3 subtipos según "Newton" dependiendo de la severidad de la lesión:

Tipo 1: Es la forma más frecuente, se muestra localizada con cierto grado de inflamación o hiperemia.¹⁴

Tipo 2: Se presenta más difusa en el aparato protésico y en las estructuras de soporte de la prótesis.¹⁴

Tipo 3: Involucra la parte central, el paladar duro con un aspecto granuloso irregular.¹⁴



Figura N 7 Aspectos clínicos de los diferentes tipos de Estomatitis Subprotésica. A. Tipo 1: Se presenta localizada y con hiperemia. B. Tipo 2: Se presenta más difusa en las estructuras de soporte. C. Tipo 3: Aspecto granuloso e irregular. Fuente: Dávila W. 2016

La deficiente higiene oral y la mala adaptación del aparato protésico a los tejidos residuales producen un cambio en la micro flora oral y si el sistema inmunológico del paciente no se encuentra en óptimas condiciones van a prevalecer las causantes de dichas patologías como la *Cándida albicans*. Lo ideal del tratamiento protésico es que los tejidos residuales se encuentren en el mejor estado posible.¹⁴

Investigaciones de Gutiérrez Segura, et al, Moret de Gonzales, et al, y Moreno, et al plantean que la estomatitis subprotésica aparece con frecuencia en la mucosa palatina y la causa puede ser mecánica debido a que los pacientes no hicieron el cambio de las prótesis cuando ameritaba el caso. Por lo tanto, se produce un desajuste del aparato protésico y el paciente continuo usándolo por largos periodos de tiempo, lo que resulta en la disminución de la estabilidad y retención, degeneración de las glándulas salivales y a su vez bloqueo de sus conductos excretores disminuyendo el pH y secreción salival incitando a la aparición de la estomatitis subprotésica.¹⁷

El tratamiento de esta patología consiste principalmente en educar al paciente para una correcta higienización del aparato protésico colocándola en soluciones de clorhexidina en concentraciones de entre 0,2 y 2%. Cuando los hábitos higiénicos no solucionan el cuadro clínico se aplicarán agentes anti fúngicos tópicos o sistémicos solo en casos que el paciente refiere dolor o sensación de ardor debido a la resistencia del biofilm a tratamientos con agentes anti fúngicos polienicos como la nistatina, imidazoles como el clotrimazol y triazoles como el fluconazol.¹⁴

2.3.5 Queilitis angular

Se asocia a una de las clasificaciones de Candidiasis. La principal causa de la queilitis angular se desarrolla cuando se produce desgaste de los dientes artificiales de la prótesis o de los dientes naturales del paciente y consecuentemente pérdida de la dimensión vertical, se produce salida del flujo salival por las comisuras labiales lo que forma un medio húmedo, favorable para microorganismos oportunistas que terminan formando fisuras en ocasiones cubiertas por una membrana blanquecina que provocan dolor, a

estas lesiones inflamatorias se las denomina queilitis angular y pueden presentarse unilaterales o bilaterales. Esta es la causa más frecuente pero también puede presentarse debido a carencias vitamínicas o por defectos inmunitarios. Los agentes tópicos antisépticos o antibióticos locales como la Neomicina o cremas antimicóticas con Nistatina, Clotrimazol o Ketoconazol con aplicaciones de 3-4 veces al día por 5 días son indicados para su tratamiento^{14, 15}



Figura N 8 Queilitis Angular con fisuras eritematosas asociadas a *Cándida Albicans*. Fuente: Gonsalves W. 2008⁶

2.3.6 Épulis Fisurado

La hiperplasia fibrosa o épulis fisurado es una lesión causada por la irritación crónica que las prótesis sobre extendidas o mal ajustadas producen en los tejidos móviles de la mucosa bucal, son de mayor frecuencia en los surcos vestibulares, aunque pueden observarse en el frenillo. Es una lesión pseudotumoral de carácter inflamatorio sobre los tejidos blandos del surco vestibular que puede estar ligada también a la higiene del paciente, por lo general se presenta en la sección anterior de los maxilares y se presenta de manera más frecuente en mujeres que en hombres. El paciente refiere una masa fibrosa en la cavidad bucal, desinserción del aparato protésico, y dolor en algunas ocasiones. Las lesiones pueden ser localizadas de 1 cm o menos hasta lesiones que involucran casi la totalidad del vestíbulo.¹⁶



Figura N 9 Épulis Fisurado en sector anterior del maxilar superior.

Fuente: Dávila W. 2016

El tratamiento de elección es la remoción quirúrgica con una reconstrucción protética adecuada, en ocasiones basta con eliminar o corregir el agente causal para su eventual desaparición. Convencionalmente el procedimiento quirúrgico se realiza con bisturí, sin embargo, esta técnica podría resultar en pérdida de profundidad del surco vestibular. Una de las técnicas que podría evitar la pérdida de profundidad en el surco vestibular o incluso en ocasiones su pérdida total es realizando una vestibuloplastía con láser de dióxido de carbono sin unión de los bordes quirúrgicos, adaptando la prótesis con los acondicionamientos necesarios al lecho quirúrgico para mantener la profundidad ganada y dejando que los bordes quirúrgicos cicatricen por segunda intención.¹⁶

Es indispensable realizar todos los exámenes de rutina previa a la cirugía, ya que en pacientes con alteraciones de la coagulación podría haber dificultad para lograr la hemostasia adecuada. El procedimiento realizado con láser de dióxido de carbono aporta una excelente hemostasia en estos casos, sellando espontáneamente los vasos sanguíneos menores a 5mm de diámetro, permitiendo gran visibilidad y precisión en el campo operatorio reduciendo posibles complicaciones postoperatorias como dolor, edema o infecciones.¹⁴⁻

2.4 Cambios fisiológicos e influencia de factores sistémicos y de riesgo

La cavidad oral es considerada de gran importancia en aspectos fisiológicos y metabólicos que acarrea varios cambios con el proceso de la edad. Entre estos cambios se pueden observar cambios progresivos en el grosor de la mucosa oral, reducción papilar y de tejidos periodontales debido a la reducida vascularización y deshidratación de los tejidos.⁶

Varias manifestaciones o cambios se pueden producir, como alteraciones funcionales afectando la masticación, fonación, deglución de alimentos y el sentido del gusto. Al mismo tiempo se incrementa el riesgo de un alto índice de caries dental, sangrados espontáneos, periodontitis, infecciones oro faríngeas, halitosis, úlceras y abundante acumulo de placa. También se podrían producir cambios morfológicos afectando a los labios, tornándolos secos, papilas filiformes atrofiadas y la mucosa oral podría cambiar de color rosa a un color pálido y con apariencia agrietada. Es necesario prestar atención especializada a la mucosa oral de pacientes geriátricos ya que varias alteraciones se pueden producir en la mucosa oral, en el hueso alveolar y la saliva junto con el envejecimiento asociándose a ciertas enfermedades sistémicas e influyendo de manera directa la alimentación del paciente modificando su estado nutricional.¹⁸



Figura N 10 Maxilar isquémico debido a la presión ejercida por la prótesis sobre estructuras de soporte.
Fuente: Dávila W. 2016

2.4.1 Higienización del aparato protésico

Aunque no exista una diferencia significativa entre lesiones orales causadas por prótesis parciales removibles y prótesis totales removibles, las lesiones en la mucosa oral podrían en ocasiones ser más prevalentes en pacientes que usan prótesis total ya que estas cubren gran parte de la mucosa oral haciéndola más propensa a la retención de placa. Según Kanli y colaboradores “solo el 16.7% de las prótesis usadas por adultos mayores son higienizadas de manera adecuada”.¹⁹

Algunos autores reportan que el cepillado de las prótesis no es suficiente para una correcta desinfección de la misma, y sugieren adicionar agentes químicos o anti fúngicos para que la desinfección sea completa ya que una inadecuada higiene oral incrementa los riesgos de desarrollar Candidiasis.⁶ La *Cándida Albicans* tiene la capacidad de colonizarse tanto en los tejidos orales como en la superficie de las dentaduras. Es necesario prestar mayor atención a la higienización del aparato protésico, ya que sin ninguna dificultad la *Cándida albicans* logra infiltrarse entre los poros del acrílico de la prótesis.^{19, 25}



Figura N 11 Cambio de coloración en la superficie del aparato protésico por acumulación de residuos. Fuente: Ayuso R. 2004¹⁴

2.4.2 Uso Nocturno

El mal hábito de no quitarse el aparato protésico durante las horas de sueño es un predisponente a desarrollar lesiones en la mucosa oral, en especial

Estomatitis subprotésica. El uso nocturno del aparato protésico reduce la capacidad protectora y lubricadora de la saliva y no permite una buena oxigenación de los tejidos orales haciéndolos menos resistentes a agresiones mecánicas o microbiológicas e incrementando el riesgo de inflamaciones crónicas, úlceras traumáticas, estomatitis y resorción ósea.²⁵

La pérdida de dimensión vertical en la oclusión resulta en un movimiento rotacional de la mandíbula hacia adelante y arriba, la consecuencia de este movimiento hace que la lengua y el paladar blando disminuyan el espacio entre la pared posterior de la faringe y estas estructuras, lo que consecuentemente dificulta el buen funcionamiento de los músculos dilatadores de la vía aérea dificultando el paso del aire lo que podría presentar otras complicaciones a futuro como apnea del sueño.⁶

2.4.3 Alcohol y tabaquismo

En pacientes que hacen uso del alcohol y el tabaco de una forma crónica la mucosa se podría tornar más susceptible a ciertas enfermedades, como el cáncer que se calcula que el tabaco es responsable del 75% del cáncer oral, por lo que hay que prestar mayor atención en hacer controles de rutina.^{20,35}

2.4.5 Saliva como lubricante y tapón químico

Para el equilibrio de los tejidos bucales y confort de los pacientes es necesario que la saliva actúe como lubricante y tapón químico. Además de facilitar y participar de manera fundamental en la deglución de los alimentos, las enzimas, glicoproteínas y electrolitos de la saliva protegen, lubrican y limpian la mucosa evitando infecciones bacterianas y fúngicas. La capilaridad, viscosidad y tensión superficial de la saliva son fundamentales para crear la retención necesaria de las prótesis al reborde alveolar del paciente, de manera que cuando existe una inadecuada producción de la misma en pacientes portadores de prótesis totales empiezan a presentarse ciertas complicaciones.²⁰

2.4.6 Xerostomía

Es importante tener clara la diferencia entre xerostomía e hipo salivación. La xerostomía o sensación de boca seca además de la disminución del flujo salival se debe a una alteración de la viscosidad de la saliva mientras que la hipo salivación tiene relación únicamente con la disminución del flujo salival. El único factor en común que tienen estas dos condiciones bucales es que ambas podrían estar relacionadas con el uso de medicamentos que es en gran mayoría el causante de complicaciones en pacientes con alteraciones sistémicas como la artritis reumatoide por ejemplo, patología en la cual no está contraindicado el uso de prótesis totales fuera de las limitaciones que podrían existir con la ATM, pero al afectar al flujo salival debido a los medicamentos indicados se crean un medio bucal inadecuado para que estas ejerzan la función requerida. ¹⁷⁻¹⁹

Los medicamentos que afectan en mayor proporción la xerostomía son los anticolinérgicos, simpaticomiméticos, opioides, sedantes, relajantes musculares y los antihistamínicos.¹⁸

2.4.7 Cambios óseos y hormonales

A medida que los años pasan y nos acercamos a la vejez, podrían empezar a presentarse cambios hormonales que podrían influir en el tratamiento del paciente. Se podría relacionar la elevada prevalencia de estomatitis en mujeres con procesos hormonales de la edad. ⁶

En mujeres que están llevando a cabo el proceso menopáusico o postmenopáusico la disminución en los niveles de estrógeno y progesterona podrían influir incrementando la respuesta inflamatoria ante irritaciones crónicas producidas por el uso de sobre dentaduras.⁶

Se presentan cambios óseos en nuestro organismo sin importar el sexo. La composición del hueso compacto disminuye en un 15%-20% y el hueso trabecular en un 50%. En las mujeres los cambios en los niveles de estrógeno

tienen relación con la pérdida de hueso trabecular específicamente. Los bajos niveles de estrógeno se cree que tiene influencia con la resorción ósea y bajos niveles de testosterona con la reducción en la aposición ósea. ²⁷



Figura N 13 Maxilar superior atrófico con presencia de torus palatino. Fuente: Dávila W. 2016



Figura N 12 Reabsorción del proceso alveolar. Dávila W. 2016

La testosterona se asocia a la aposición ósea periostica incluso en hombres mayores por lo tanto se recompensa en cierto grado la pérdida endosteal, situación que no ocurre en las mujeres. ²⁷

La resorción ósea es un proceso inevitable una vez que se produce la pérdida dentaria. Se observa una marcada resorción ósea luego del primer año de uso de la prótesis total, y en los años siguientes se produce pérdida de aproximadamente 1mm por año y la pérdida de altura en el reborde alveolar mandibular es 4 veces mayor que el reborde alveolar superior. La reducción del reborde residual en pacientes que usan prótesis total presenta un problema para el odontólogo al momento de fabricar una nueva prótesis en cuestiones de lograr un soporte, estabilidad y retención adecuada. Cuando la prótesis no se acopla armónicamente con los tejidos circundantes, las fuerzas no son distribuidas correctamente a lo largo del reborde residual, si no que se concentran en ciertos puntos específicos que puedan desencadenar ulceraciones. Como ya mencionamos anteriormente en el reborde residual mandibular la resorción ósea es mucho mayor, y en pacientes portadores de prótesis total al producirse esta disminución ósea los bordes de la base de la

prótesis quedan libres y se asientan en los tejidos blandos circundantes resultando consecuentemente en épulis fisurado. ^{26,27}



Figura N 14 Reabsorción del proceso alveolar en paciente totalmente edéntulo.
Fuente: Jonasson G. 2016 ²⁷

Aplicar fuerzas intermitentes y moderadas al reborde residual podría resultar estimulantes y ayudarían a preservar el tejido óseo remanente. Una adecuada distribución, intensidad y frecuencia de las fuerzas oclusales es lo que permite un correcto mantenimiento de los tejidos orales circundantes. Por el contrario, si no se diseñan los alivios en las partes estratégicas dependiendo del caso, presión excesiva en lugares inadecuados va a producir la rápida resorción del tejido óseo remanente por la pobre e interrumpida circulación al periostio. Otra manera de estimular los tejidos es masajeando las estructuras orales para incrementar la vascularización a las mismas. Este masaje puede realizarse con un cepillo de cerdas suaves, masticando una gran masa de goma de mascar, o se lo puede realizar manualmente con gasas en solución salina tibia.²⁶

2.5 Generalidades de Alteraciones Sistémicas frecuentes en edéntulos totales

2.5.1 Cáncer Oral

Es de gran importancia realizar un examen clínico minucioso ya que muchas de las veces las lesiones pre cancerígenas pueden pasar desapercibidas y no causas síntomas que nos alerten de las mismas. Las formas más frecuentes

de cáncer oral se presentan en los bordes laterales de la lengua, en los labios y por último en el piso de la boca y la mayoría son carcinomas de células escamosas. Es por esto que se debe tener control de las lesiones producidas por prótesis y saberlas diferenciar de una lesión pre cancerígena, una lesión podría iniciar como una ulcera, y si estas lesiones persisten por más de dos semanas debe referirse al especialista para el estudio patológico de la lesión.²⁰

La radioterapia y quimioterapia son los tratamientos que normalmente se exigen en tumores de cabeza y cuello, pudiendo comprometer tejidos no afectados inicialmente por el cáncer o produciendo efectos secundarios como lesiones bucales, hipo salivación, sensación de boca seca debido a la alta toxicidad del procedimiento. ²⁰

La quimioterapia por otro lado también puede tener sus repercusiones como ulceraciones y eritemas que dificultan la ingesta de alimentos y el uso del aparato protésico por el intenso dolor que pueden provocar estas lesiones. Las infecciones por diversos microorganismos también son frecuentes en estos casos debido a la inmunosupresión en la que se encuentra el paciente en tratamiento.²⁰

Es importante aplazar tanto como sea necesario el tratamiento protésico en estos pacientes hasta que este se encuentre reestablecido casi en su totalidad o estar en contacto con el médico especialista para saber el real estado del paciente y establecer los protocolos específicos para estos casos.²⁰



Figura N 15 Carcinoma de células escamosas en borde lateral de la lengua. Fuente: Fuente: Gonsalves W. 2008 ⁶

2.5.2 Diabetes Mellitus

Los principales riesgos que se presentan en los tratamientos dentales de estos pacientes son la mayor susceptibilidad a infecciones y la difícil cicatrización. La disminución del flujo salival juega un papel importante en desarrollar complicaciones de distintos tipos al ser un síntoma común que al no tener la propiedad lubricadora y protectora de la saliva puede desencadenar infecciones crónicas como la Candidiasis.²⁰

Si el paciente con Diabetes Mellitus no se encuentra bajo los controles adecuados los tejidos que dan soporte a las prótesis se pueden ver modificados. Es obligatorio el examen de glucemia en estos pacientes para estar al tanto de posibles descompensaciones y estar en contacto con el médico especialista ya que de lo contrario estaríamos arriesgando la salud en general del paciente al confeccionar una prótesis en tejidos orales que no se encuentran en un óptimo estado para que el aparato protésico pueda funcionar de la manera adecuada, pudiendo modificar de esta manera la ingesta dietética adecuada para su control glicémico.²⁰

2.5.3 Osteoporosis

El reborde alveolar da el principal soporte a las prótesis totales por lo tanto si este se encuentra inestable debemos ser más cuidadosos en el procedimiento para obtener el mejor resultado posible. En casos de osteoporosis hay que tener especial cuidado en la adaptación de la prótesis ajustándola de tal manera que minimice al máximo la reabsorción de los rebordes, ya que la principal característica de esta patología es la acelerada pérdida de hueso trabecular que dependiendo del caso podría desencadenar en fracturas.²⁷

2.5.4 Accidente Cerebrovascular, Alzheimer y enfermedad de Parkinson

En pacientes en los que se ve comprometido el sistema neurológico o presentan alguna incapacidad, lo más recomendable sería un tratamiento protésico implanto soportado y no removible ya que en caso de no tener auxiliar el paciente presentara gran dificultad para mantener el aparato

protésico en una posición estable en la cavidad bucal y se le complicara también higienizar de una manera adecuada el mismo. En caso de no tener los recursos económicos para acceder a este tipo de tratamiento es imprescindible que el auxiliar o persona encargada y el paciente tengan total conocimiento de las limitaciones que presentan los pacientes con esta condición neurológica.²¹

Podría haber afecciones motoras o no motoras que deben ser evaluadas previo al tratamiento por las complicaciones que podrían presentarse. El descontrol muscular podría acarrear problemas de oclusión y lesiones en la mucosa dificultando la masticación y la deglución. Las glándulas salivales también podrían verse afectadas comprometiendo el flujo salival y consecuentemente la retención de las prótesis, pero el uso de sustitutos salivales artificiales, adhesivos para las dentaduras a base de agua pueden ayudar y aumentar la confianza en el paciente.²¹

Son múltiples las complicaciones que pueden presentar estos pacientes, pero con un instructivo minucioso al personal auxiliar, sobre la higiene oral y correcta limpieza de las prótesis, sumándole una adecuada rehabilitación fisioterapéutica para reactivar los músculos masticatorios en caso de ser necesario se pueden lograr grandes resultados y mejorar en grandes proporciones la calidad de vida de los pacientes con esta condición aliviando debilidades físicas y psicológicas por un largo periodo de tiempo.²¹

2.6 Modificaciones Dietéticas

Los pacientes con edentulismo total presentan mayor complicación en el procesamiento de los alimentos durante la masticación que las personas con una dentición natural, lo cual obliga a los pacientes con esta condición a modificar la selección de alimentos que consumen. Los alimentos como carnes, frutas y vegetales que constituyen básicamente las vitaminas, proteínas y minerales esenciales para una saludable nutrición, se vuelven alimentos problemáticos o incluso imposibles de masticar. Debido a esta complicación los pacientes tienden a inclinarse por alimentos de consistencia más blanda, por lo general alimentos procesados que suelen ser bajos en

vitaminas y minerales y altos en grasas. Los pacientes edéntulos totales muestran con frecuencia niveles bajos en vitamina C, Vitamina A y Calcio²⁸. La baja ingesta de alimentos ricos en fibra podría resultar en constipaciones o problemas digestivos. Una deficiencia nutritiva podría acarrear complicaciones como edema, xerostomía, y reducción de la capacidad del organismo para regenerar tejidos y combatir algún proceso infeccioso³⁵. A continuación, se detalla de manera generalizada las patologías a las que podría estar relacionado el déficit de ciertas vitaminas y minerales frecuentes en pacientes con edentulismo:

- Bajos niveles de vitamina A: Riesgo de varias formas de cáncer, artritis reumatoide, enfermedades cardíacas.
- Bajos niveles de vitamina E: Riesgo de enfermedades cardíacas y enfermedad de Parkinson.
- Bajos niveles de vitamina C: Mal funcionamiento del sistema inmunológico y enfermedades cardiovasculares.
- Baja ingesta de Tiamina: Constipaciones, disminuido apetito, pérdida de peso y riesgo de enfermedades cardíacas.
- Baja ingesta de riboflavina: Cataratas, artritis, afección al sistema nervioso.
- Altos niveles de colesterol: Obesidad, diabetes mellitus, predisposición a enfermedades cardíacas.

Es por esta razón, que de haber sospechas de alguna deficiencia nutricional debe ser necesario hacer una interconsulta con el médico para identificar de manera específica la deficiencia que se padezca y proveer al paciente del suplemento necesario.^{28, 29}

2.6.1 Rendimiento Masticatorio

En todas las especialidades odontológicas la oclusión es fundamental, y resulta del contacto entre piezas superiores e inferiores tratando de lograr una función articular y muscular libre de molestias. Las piezas dentarias tanto artificiales como naturales no son estáticas. En el caso de oclusión en prótesis

total los dientes artificiales se mueven como grupo o plano sobre una base común sobre las estructuras de soporte, las mismas que se mantienen en un cambio continuo.^{1,33}

“Manly” impone el concepto de rendimiento masticatorio y lo define como el grado de trituración al que puede ser sometido un alimento después de un número determinado de golpes masticatorios. Concluyo en sus estudios que el rendimiento masticatorio en pacientes desdentados naturales es del 88% y se dividen de la siguiente manera^{1, 31}:

- Los pacientes con ausencia de los terceros molares tienen un rendimiento masticatorio en promedio del 78%.¹
- Los pacientes desdentados totales portadores de prótesis tienen un rendimiento masticatorio de alrededor del 30%.¹

2.7 Calidad de Vida y percepción de la salud bucal

El rostro está muy ligado con lo emocional y si algún cambio significativo se produce en nuestra apariencia física podría resultar en ciertos grados de inestabilidad emocional. Como ya mencionamos anteriormente la pérdida dentaria además de generar problemas anatómicos, estéticos y biomecánicos, podría causar también secuelas en aspectos psicológicos. Es por esto que no solo debemos tener completo conocimiento de las consecuencias físicas que produce el edentulismo si no también como afecta esta condición emocionalmente al paciente.^{2,36}

Por lo general se relaciona el edentulismo con adultos mayores y a la vez una variante que se presenta con frecuencia en estos pacientes es la depresión. El impacto psicológico que la pérdida dentaria produzca en el paciente está influenciado directamente con la personalidad y el estado de salud mental en el que se encuentra el paciente.³⁷

La calidad de vida del paciente se relaciona directamente con el estado de salud en general y como a lo largo de su envejecimiento mantiene un buen estado de la misma. Pero al verlo desde una perspectiva odontológica es

mínimo el porcentaje de pacientes que mantienen sus tejidos orales en buen estado al llegar a la vejez. Aunque las prótesis totales removibles siguen siendo el tratamiento más usado por ser más accesible económicamente hablando, sumándole que el procedimiento es visto como sencillo en comparación a una intervención quirúrgica como requeriría una prótesis total sobre implantes.

En evaluaciones que se realizaron en años anteriores la organización Mundial de la Salud reporto un gran porcentaje de pacientes totalmente edéntulos pasando los 65 años de edad, presentando un 36% en Finlandia en 1997, 58% en Canadá en 1993 y 46% en Reino Unido en 1998. Pese a estos valores, con el paso de los años ha ido incrementando el porcentaje de pacientes que presentan un mayor cuidado de sus piezas dentales.³⁸ Si actualmente ya se presentan índices muy bajos de pacientes totalmente edéntulos, se especula que para el año 2018 el porcentaje de pacientes edéntulos se reduzca a un 5% al llegar a la etapa de adultos mayores. Un estudio en 1998 reporto que el 60% de las personas que mantenían la mayoría de sus piezas dentales en buen estado se verían realmente afectadas o molestas si su dentición natural tendría que ser reemplazada por prótesis a largo plazo en su vejez, porque tienen conocimiento de las complicaciones que podría presentar el uso de aparatos protésicos removibles.^{37,39}

Se ha demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, mal ajustadas, confeccionadas de una manera incorrecta o están en mal estado, producen daños que junto a inadecuados estilos de vida contribuyen aún más a un deficiente estado de la cavidad bucal y afectan la salud de las personas en todos los aspectos, principalmente a los ancianos, mientras que el objetivo del tratamiento protético además de mejorar la apariencia oral del paciente y la apariencia facial en general es devolver la funciones básicas y principales del sistema estomatognático.^{2,39}

El instrumento que utilizaremos en este estudio para evaluar los problemas funcionales y estimar el grado de impacto psicosocial a problemas bucodentales será el GOHAI test (Geriatric-General Oral Health Assessment Index) ya que presenta un alto grado de confiabilidad y consistencia interna.

Este cuestionario de 12 preguntas se enfoca en 3 campos que abarcan básicamente todos los factores que podrían influir en la percepción de la salud bucal y son los siguientes:

- Función Física: Acciones de masticación, fonación y deglución.
- Función Psicosocial: Rol social de la persona, preocupación por su salud oral y nivel de satisfacción con su apariencia.
- Función Dolor: Molestias presentes en la cavidad bucal o uso de medicamentos.

Los participantes responden si en los últimos meses han experimentado alguno de los problemas mencionados en el cuestionario. Existen 5 opciones de respuesta dando una sumatoria total de 60 puntos, siendo 0 = Nunca, 1 = Rara vez, 3 = Frecuente, 4 = Muy frecuente, 5 = Siempre.²

2.8 Factores socioeconómicos y socioculturales

La prevalencia del edentulismo total entre países desarrollados y países en desarrollo puede involucrar diferentes factores. Como ya es de nuestro conocimiento se atribuye a la enfermedad periodontal y a la caries dental como principal causante de la pérdida dentaria y un gran índice de pacientes presentan dichas patologías en países no desarrollados. La enfermedad periodontal y la caries dental podrían tener diferentes factores causales, entre ellas el estilo de vida del paciente, ingesta dietética, cuidado personal, etc., factores que tienen más que ver directamente con la cultura y educación del individuo y que juegan un papel importante en la etiopatogenia del edentulismo, además del acceso a una atención oral adecuada y recursos económicos que se los permita.^{40,41}

El nivel de educación que logro el individuo y el estado económico en el que se mantiene está relacionado directamente con las posibilidades de que el paciente llegue al edentulismo total o no, siendo mayores los riesgos cuando presentan bajos niveles en las variables anteriormente mencionadas.⁴⁰

Un estudio en Guatemala reporto que en zonas rurales donde se registraba un elevado índice de pobreza, en que había un bajo nivel educativo e

inadecuada ingesta dietética, se presentaba un alto índice de pérdida dentaria a edades tempranas. Esto se debe a que los pacientes con un elevado nivel de educación se mantienen informados y al tanto del correcto cuidado dental y podrían acudir a la consulta en busca de tratamientos preventivos o de control mientras que los pacientes con niveles inferiores de educación acuden a la consulta cuando se les presenta un caso emergente, hablando de manera generalizada. Sumándole que por lo general los pacientes con niveles de educación elevados cuentan con los recursos económicos para tener acceso a atención especializada en cortos periodos de tiempo, situación que se complica para el porcentaje de pacientes que no cuentan con una economía estable.^{40, 41}

En ciertas ocasiones el factor económico podría modificar el tratamiento más adecuado para el paciente, en casos que el paciente podría optar por un tratamiento de prótesis parcial removible, opta por la extracción de las pocas piezas dentarias presentes en boca, o esperan a perder estas piezas para realizarse prótesis totales que les resulta más asequible económicamente que realizar el tratamiento rehabilitador que requeriría cada una de las piezas remanentes en boca. Es de suma importancia educar, promocionar y difundir una adecuada fisioterapia oral a los distintos rangos de edades desde niños hasta adultos mayores para erradicar el equivocado concepto de que la pérdida dental es un proceso inevitable y que tiene que ir de la mano con el envejecimiento del individuo.⁴⁰

2.9 Tratamiento

Para lograr un exitoso tratamiento en prótesis total removible se requiere que los tejidos orales se encuentren saludables. Si los tejidos presentan algún tipo de alteración o anormalidad ya sean mecánicas, locales o de origen sistémico deben recibir un adecuado tratamiento de las mismas previo al inicio del procedimiento protésico. Un examen clínico minucioso y detallada historia clínica son necesarios para identificar alguna alteración que podría resultar contraproducente en la realización del aparato protésico.³⁵

Al ser aun elevado el porcentaje de pacientes con ausencia parcial o total de piezas dentarias, el uso de aparatos protésicos juega un papel importante en mejorar la salud en general del individuo y generar un cambio positivo en su calidad de vida. Por otro lado, si no se realiza una buena confección de la misma el medio bucal podría verse modificado, alterando la micro biota oral por cambios en las características biológicas y físicas de la saliva y estructuras de soporte.^{35, 42}

2.9.1 Prótesis total removible convencional

Como ya es de nuestro conocimiento el tratamiento de primera elección y más asequible para el edentulismo total son las prótesis totales removibles en las que el aparato protésico removible trasmite las cargas ejercidas durante la masticación al reborde residual. La prótesis deberá ser miofuncional y estable, esta estabilidad y retención se logran atraves de un correcto sellado periférico de la base protésica. Se utilizarán dientes artificiales, los cuales deberán quedar adecuadamente ajustados para evitar palancas desestabilizantes y devolver al paciente una correcta dimensión vertical. Sin embargo, las propiedades de retención y estabilidad no son siempre logradas con este tratamiento.⁴²

2.9.1.1 Factores responsables de fracaso protésico

En un intento de analizar el factor o los factores responsables de fracaso en prótesis totales removibles, la literatura mostro que un factor importante a tomar en cuenta al momento del diseño de la prótesis y que muestran frecuentes complicaciones, es la correcta colocación de los dientes artificiales para lograr la adecuada estabilidad oclusal. Otro factor que podría estar relacionado es la excesiva reducción de los bordes o grandes cambios en la dimensión vertical. La base de la prótesis no debe interferir con la función de la lengua, mejillas y labios, una prótesis con una base muy gruesa va a causar dificultad a los músculos de la mejilla al momento de posicionar el bolo alimenticio entre los dientes para su correcta masticación y va a interferir en

el movimiento labial al momento de la fonación³⁵. Cabe recalcar que debido a la intervención de los músculos masticatorios siempre se va a producir movimiento de la dentadura. Por lo general la reducción de los bordes de la prótesis se realiza para evitar ulceraciones, dolor y evitar posibles problemas con la retención de la prótesis. Se debe tener especial cuidado al momento de la reducción de rebordes ya que la estabilidad y retención podrían verse influenciadas por bordes excesivamente cortos, por otro lado, bordes hiper extendidos en la parte posterior podrían producir gran presión, problemas al deglutir los alimentos y complicaciones faríngeas. Estas complicaciones con los bordes de las prótesis se producen por inadecuados registros de la periferia de los tejidos orales al momento de las impresiones. Por otro lado, si la dimensión vertical establecida es muy alta el paciente referirá interferencias oclusales y dolor generalizado que aumenta durante el día, además durante el proceso masticatorio el paciente sentirá un espacio muy reducido para el procesamiento de los alimentos. La relación céntrica y oclusión céntrica son otros aspectos de gran importancia para la comodidad a futuro del paciente.

34,42

2.9.2 Prótesis Implanto soportadas

Las prótesis implanto soportadas son otra alternativa de tratamiento en el cual mediante la colocación de implantes se logra gran retención y estabilidad de la prótesis al reborde residual mejorando la calidad de vida de estos pacientes en grandes proporciones. Sin embargo, sus altos costos hacen que las prótesis totales removibles sean el mecanismo más viable para recuperar las funciones básicas del sistema estomatognático y lograr de esta manera una vejez con una calidad de vida prometedora.^{32,42}

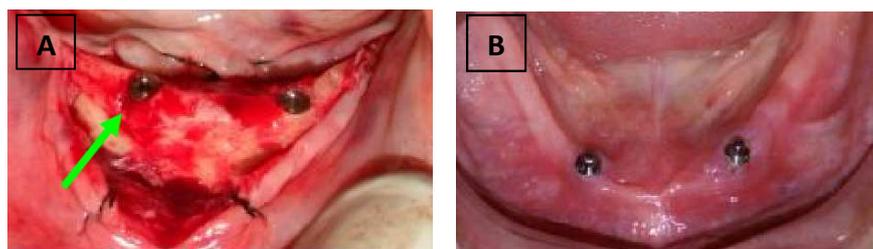


Figura N 16 A. Preparación del lecho implantario y colocación de implantes. B. Instalación de los pilares. Fuente: García J. 2011⁴³

3. Materiales y Métodos

3.1 Materiales:

- Mandil
- Gorro
- Mascarilla
- Guantes
- Gafas protectoras
- Equipos de diagnóstico
- Baberos
- Porta baberos
- Consentimiento informado
- Cámara
- Test de GOHAI

3.1.1 Lugar de la investigación

Subcentros de la ciudad de Guayaquil

- Centro Médico Benedicto XVI (Junta de beneficencia)
- Unidad Médica REHI
- Ecuadental S.A.
- Hospital Universitario de Guayaquil
- Centro de salud Sauces III

3.1.2 Período de la investigación

Semestre A 2016-2017

Cuadro 2 Cronograma de ejecución de la investigación

ACTIVIDAD	MES 1 MAYO	MES 2 JUNIO	MES 3 JULIO	MES 4 AGOSTO
Revisión bibliográfica	X	X		
Actividad de prueba piloto	X	X		
Examen clínico		X	X	
Registro y tabulación de datos		X	X	
Resultados y conclusión				X
Entrega del trabajo				X
Art. Científico				X

3.1.3 Recursos empleados

Recursos humanos:

- **Dra. Nelly Ampuero Ramírez:** Especialista en el área de prostodoncia. Catedrática de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en la carrera de Odontología, tutora del trabajo de investigación.
- **Dra. Ma Angélica Terreros de Huc:** Maestría en investigación clínica y epidemiológica, catedrática de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en Metodología de la investigación, asesoramiento en la metodología del trabajo de investigación.

Recursos Físicos:

- Subcentros de la ciudad Guayaquil en distintos sitios de la ciudad.

3.1.4 Universo:

Pacientes con edentulismo total que acudieron en busca de atención odontológica a los subcentros o centros médicos de la ciudad de Guayaquil.

3.1.5 Muestra:

Pacientes totalmente edéntulos que acudieron a subcentros o centros médicos de la ciudad de Guayaquil que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra.

Criterios de inclusión de la muestra:

- Pacientes con ausencia total de piezas dentarias ya sea monomaxilar o bimaxilar
- Pacientes que usen prótesis total removible
- Pacientes que no usen prótesis total removible
- Pacientes que acepten ser parte de este estudio

Criterios de exclusión de la muestra:

- Pacientes con edentulismo parcial
- Paciente con dentición completa.
- Pacientes que presenten discapacidad mental.
- Pacientes que no deseen ser parte del estudio.

4. Métodos

4.1 Tipo de investigación: Transversal

4.2 Diseño de investigación: Descriptivo

4.2.1 Procedimientos:

1. Se asistirá a los diferentes subcentros o centros médicos de Guayaquil.
2. Se revisará las historias clínicas de los pacientes.
3. Se les explicara a los pacientes el procedimiento que se va a realizar.
4. Se realizará un examen clínico a los pacientes que acudan a la consulta y cumplan con el criterio de inclusión de la muestra.
5. Se realizará encuestas para evaluar la conformidad del paciente con el aparato protésico y calidad de vida del paciente.
6. Se realizará la toma de fotos intraorales para la muestra de la presente investigación.

5. Resultados

Distribución de pacientes por que formaron parte del universo y muestra.

Tabla 1 Distribución de pacientes por universo y muestra

Pacientes revisados	1588
Pacientes validos	46
Porcentaje	3%

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil.

Análisis: De los 1588 pacientes revisados en los 5 diferentes subcentros de la Ciudad de Guayaquil solo el 3% de los pacientes presentaron endentulismo total resultando en 46 pacientes válidos para realizar el presente estudio.

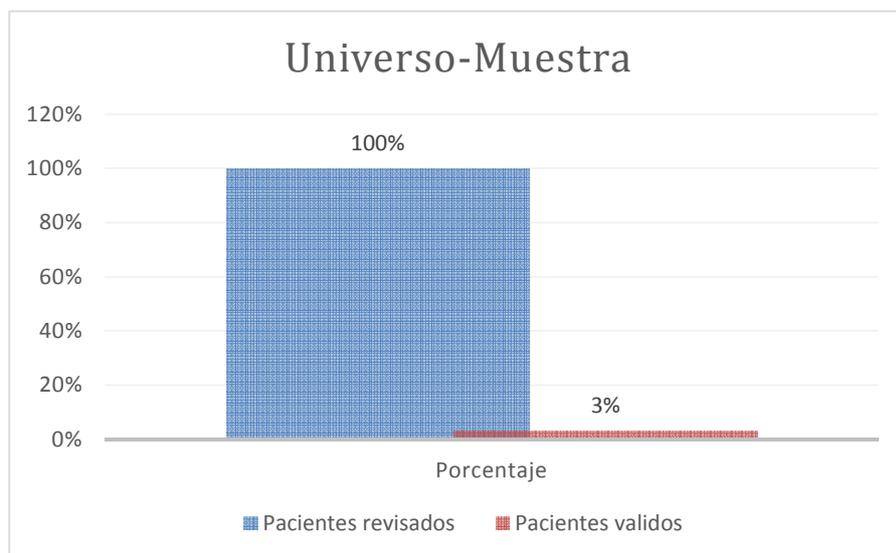


Gráfico 1 Distribución de pacientes por universo y muestra

Distribución de pacientes por tipo de edentulismo

Tabla 2 Distribución porcentual de pacientes por tipo de edentulismo

Tipo de edentulismo	Frecuencia	Porcentaje
Monomaxilar	26	56,52%
Bimaxilar	20	43,48%
Total	46	100,00%

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil.

Análisis y discusión: Al analizar qué tipo de edentulismo represento mayor prevalencia, el 56,5% resulto ser Monomaxilar y el 43,5% presento edentulismo Bimaxilar. En un estudio realizado por Yin Yen se presentó igual porcentaje de pacientes mono maxilares y bimaxilares con 50% respectivamente.³

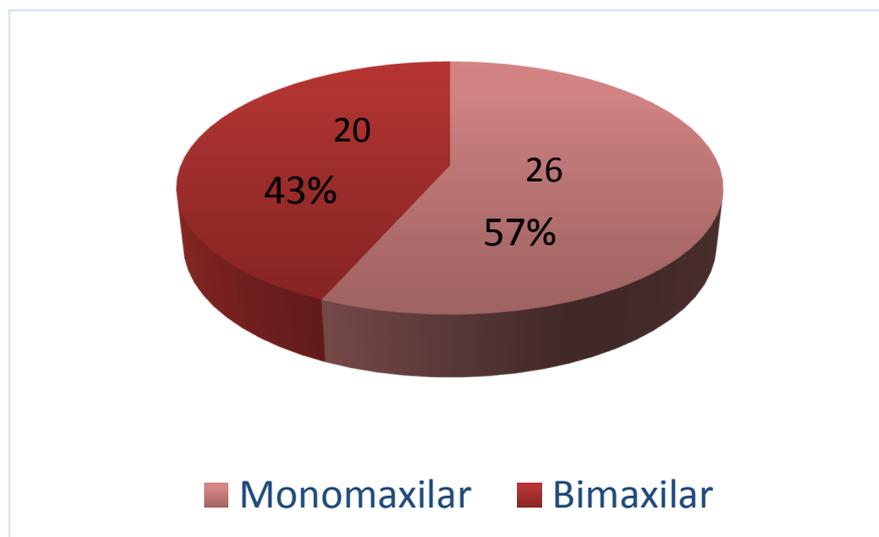


Gráfico 2 Distribución porcentual de pacientes por tipo de edentulismo

Distribución porcentual de pacientes por tipo de arcada totalmente edéntula.

Tabla 3 Distribución porcentual de pacientes por tipo de arcada.

Tipo de arcada	Frecuencia	Porcentaje
Arcada superior	24	92,3%
Arcada inferior	2	7,7%
Total	26	100%

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil.

Análisis y Discusión: De los 46 pacientes totalmente edéntulos el 92,3% presento edentulismo monomaxilar en la arcada superior y el 7,7% presento edentulismo monomaxilar en la arcada inferior.

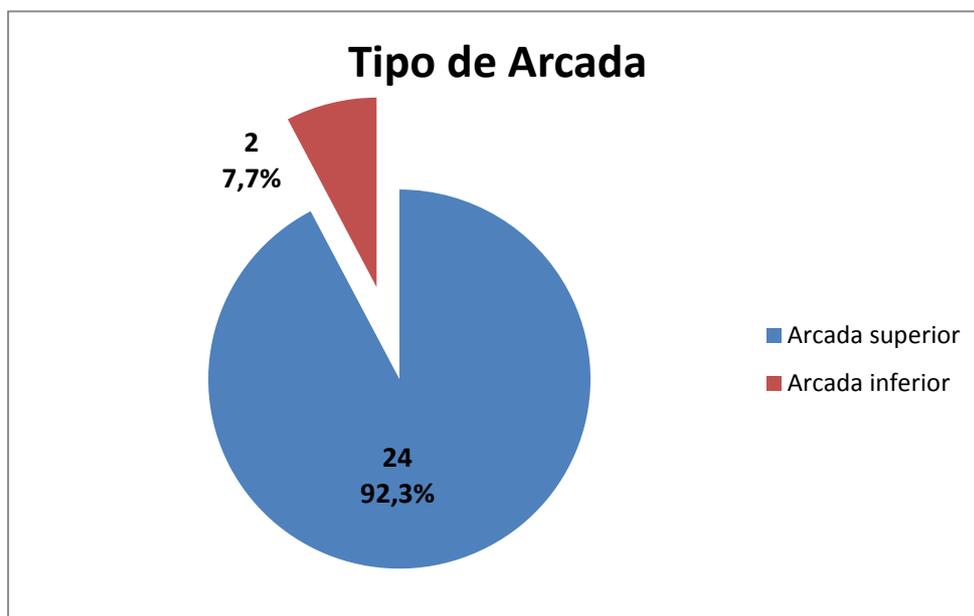


Gráfico 3 Distribución porcentual de pacientes por tipo de arcada.

Rangos de edades en que el edentulismo total se presentó con mayor frecuencia. Rangos: <50; 51-65; >66.

Tabla 4 Distribución porcentual y frecuencia por edades.

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
< 50	0	0%
51-65	14	30,4%
> 66	32	69,6%
Total	46	100%

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil.

Análisis y discusión: Como resultado de este análisis se obtuvo que de los 46 pacientes el 30,4% pertenecieron al rango de edades de 51 a 65 años; el 69,6% resultaron ser mayores a 66 años edad y no hubo pacientes menores a 50 años de edad. De igual manera resultó en un estudio elaborado por Singh H, y col. donde la mayoría de pacientes representando el 57% resultaron ser mayores a 65 años y en otro estudio realizado por Yin Yen Y, y col. la edad promedio de pacientes con edentulismo fue 76 años. ^{3, 34}

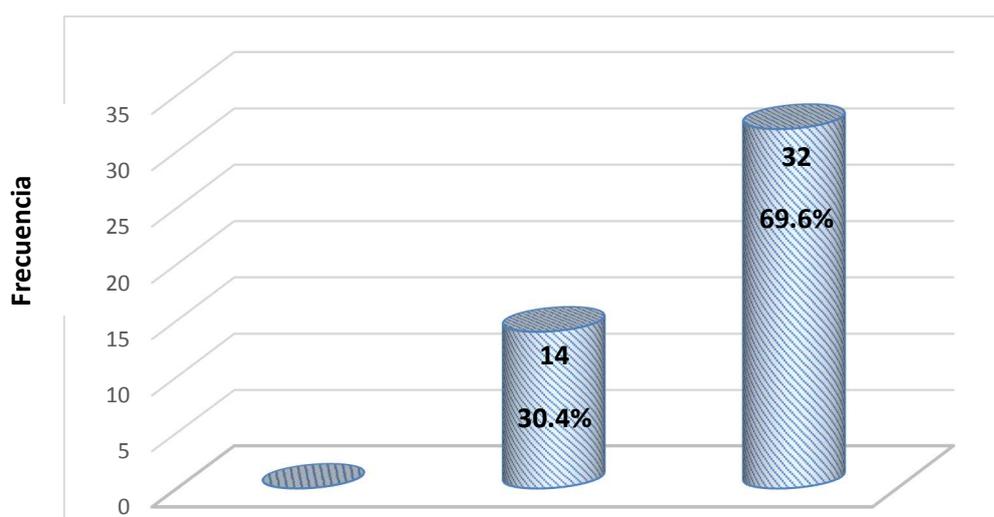


Gráfico 4 Distribución porcentual de los pacientes totalmente edéntulos por rango de edades.

Genero más prevalente con edentulismo total

Tabla 5 Distribución porcentual de pacientes totalmente edéntulos por género.

Genero del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	40	86,96%
Masculino	6	13,04%
Total	46	100%

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil

Análisis y discusión: De los 46 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra, el 13,04% de los pacientes fueron hombres y el 86,96% fueron mujeres. Al igual que en estudios realizados por Alfadda S y col, y Yin Yen Y, col. el (57%) y (52%) de pacientes respectivamente presentaron mayor incidencia de edentulismo en el sexo femenino. A diferencia en un estudio de Singh donde el 61% de los participantes fueron hombres en una población india.^{3,38}

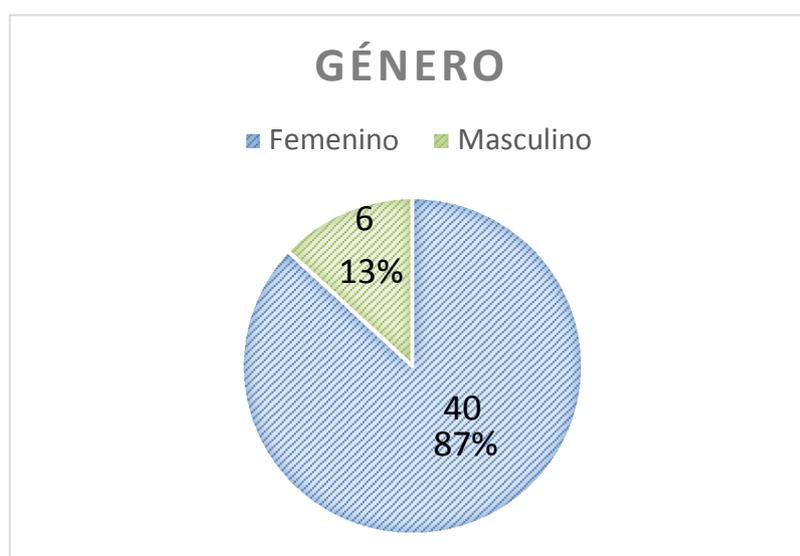


Gráfico 5 Distribución porcentual de pacientes totalmente edéntulos por género.

Patologías frecuentes

Tabla 6 Distribución de las patologías más frecuentes en pacientes edéntulos totales con prótesis.

Patología	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	21	45,65%
Úlcera Traumática	1	2,17%
Estomatitis Subprotésica	23	50,00%
Épulis Fisurado	1	2,17%
Total	46	100,0%

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil

Análisis y discusión: El 50% de los pacientes presento estomatitis subprotésica; el 2,17% presento úlcera traumática; el 2,17% presento épulis fisurado y el 45,65% no presento patología alguna. Dato que coincidió con un estudio realizado por Ayuso donde cataloga la Estomatitis como la patología más prevalente y en el mismo estudio Darwazeh cita que el 71% de pacientes diagnosticados de estomatitis presentan colonización por *Cándida*. En otro estudio realizado por Nápoles predomino la estomatitis (33%), seguido de úlcera traumática (24%) y épulis fisurado (16%).^{14,16}

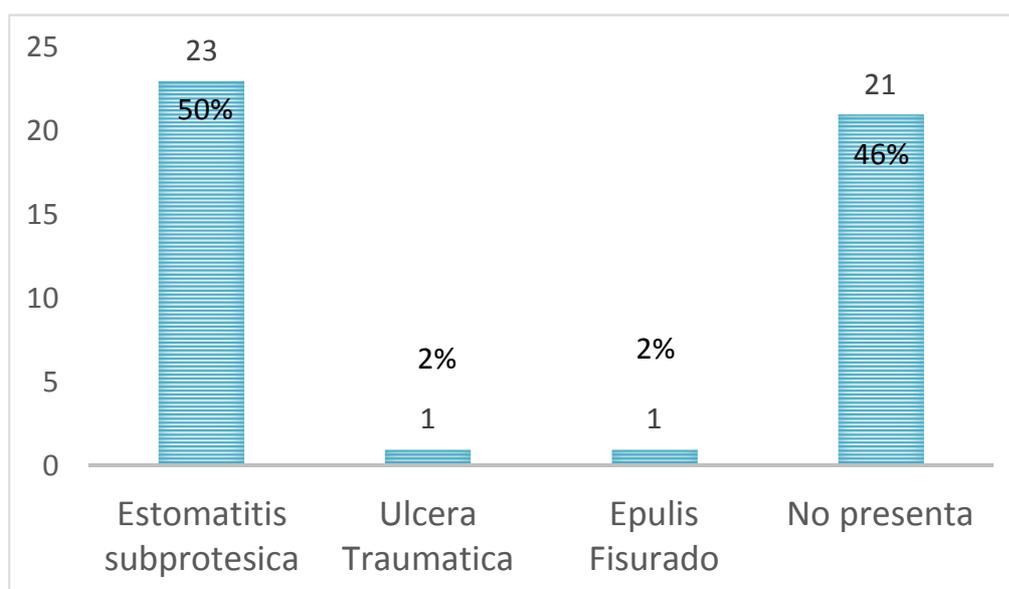


Gráfico 6 Distribución de las patologías más frecuentes en pacientes edéntulos totales con prótesis.

Condición Sistémica del paciente

Tabla 7 Distribución porcentual de la condición sistémica de los pacientes totalmente edéntulos.

Condición sistémica	Frecuencia	Porcentaje
Sano	20	43,48%
Sistémicamente comprometido	26	56,52
Total	46	100,00

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil

Análisis y discusión: El 56,5% de los pacientes resultaron estar comprometidos sistémicamente y el 43,48% no refirieron padecer patología sistémica alguna encontrándose sanos. En un estudio por Alfadda el 43% de los pacientes resultaron sanos, el 31% con presencia de solo 1 patología que comprometía sistémicamente al paciente y el 25% presento 2 o más patologías que comprometían sistémicamente al paciente, resultando en una mayoría de pacientes sistémicamente comprometidos con edentulismo. ³⁸

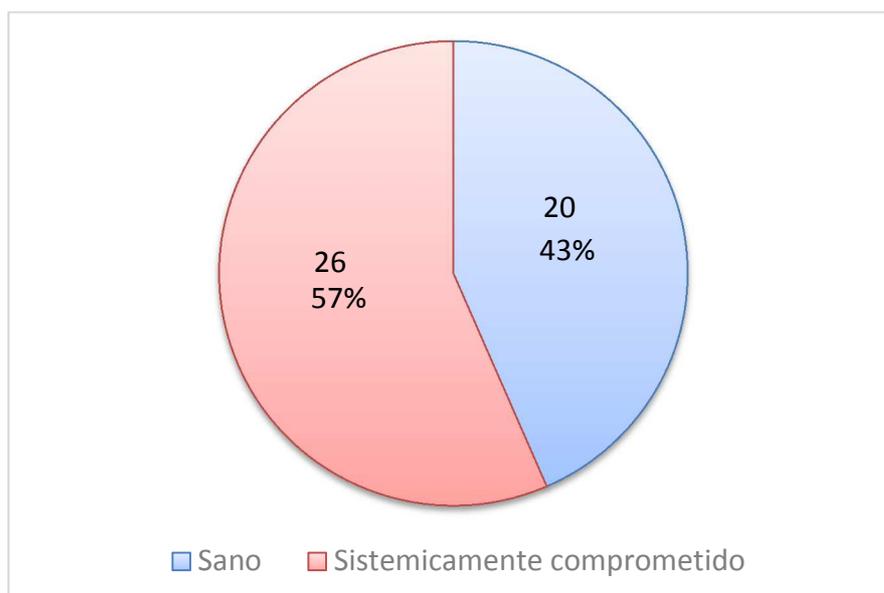


Gráfico 7 Distribución porcentual de la condición sistémica de los pacientes totalmente edéntulos.

Estado de la Mucosa Oral

Tabla 8 Distribución porcentual del estado de la mucosa oral de los pacientes totalmente edéntulos.

Tipo de Mucosa	Frecuencia	Porcentaje
Mucosa Firme	34	73,91
Mucosa Resilente	12	26,09
Total	46	100,00

Fuente: Pacientes de los 5 subcentros donde se realizó la muestra en la ciudad de Guayaquil

Análisis y discusión: El 73,9% de los pacientes totalmente edéntulos presentaron como “firme” el estado de la mucosa oral mientras que el otro 26,1% presentaron mucosa oral “resilente”, de acuerdo a los conceptos de Millares y Munives.⁹

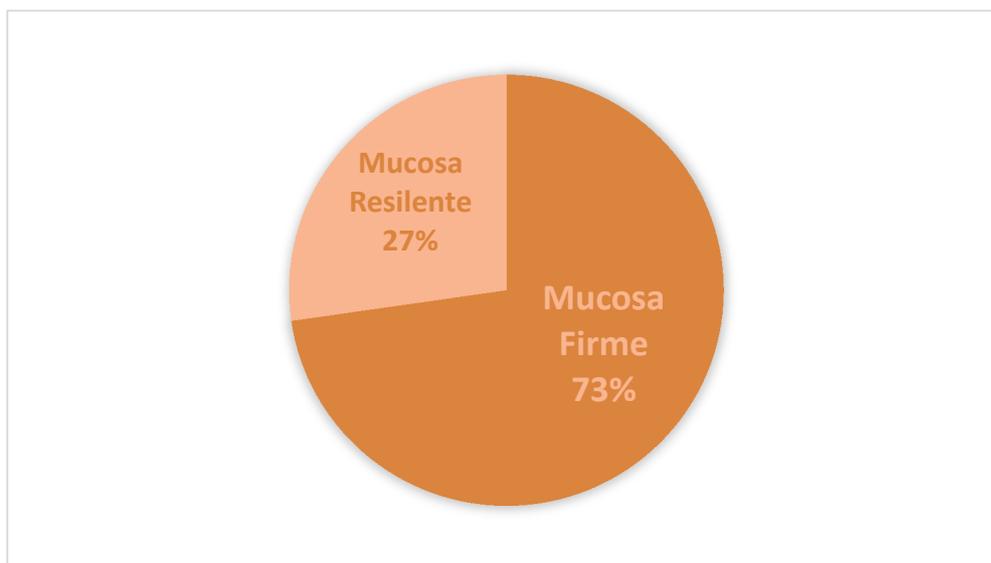


Gráfico 8 Distribución porcentual del estado de la mucosa oral de los pacientes totalmente edéntulos.

Nivel de satisfacción

Tabla 9 Distribución Porcentual según el nivel de satisfacción

GOHAI	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0%
Moderado	0	0%
Bajo	46	100%
Total	46	100%

Análisis y discusiones: En este análisis realizado en base al GOHAI test se determinó que el 100% de los pacientes presentan un bajo nivel de satisfacción con sus aparatos protésicos. Siendo el valor más alto para llegar a moderado 45 en un paciente específicamente. Resultados similares obtuvieron Von Krestschmann y Yin Yen en sus estudios.^{1, 3}

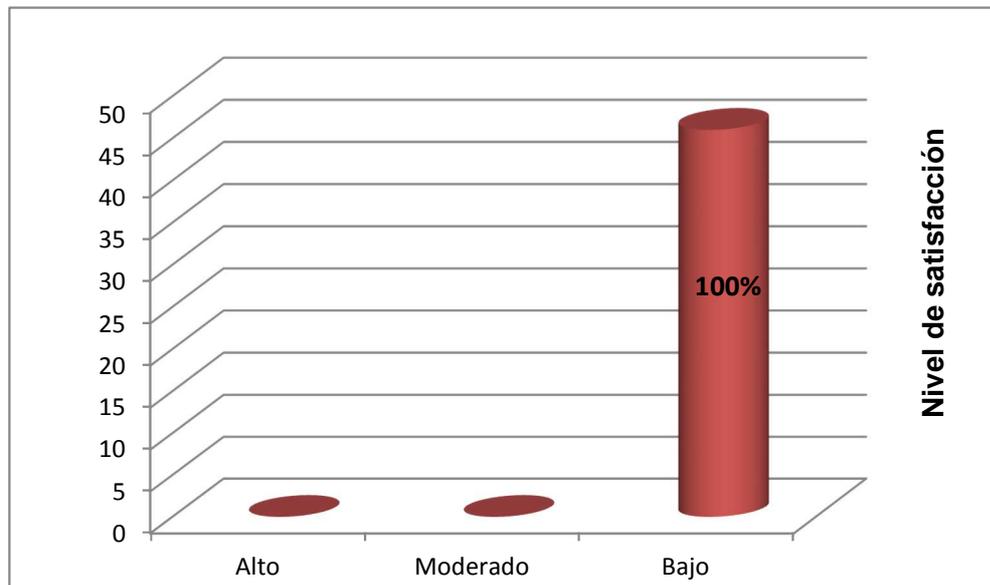


Gráfico 9 Distribución Porcentual según el nivel de satisfacción.

Dimensión Física

Tabla 10 Distribución porcentual para medir el nivel de satisfacción física.

	Pregunta 2	Pregunta 4	Porcentaje 2	Porcentaje 4
N	1	0	2%	0%
AV	19	35	41%	76%
F	20	9	43%	20%
MF	4	2	9%	4%
S	2	0	4%	0%
Total	46	46	100%	100%

Análisis y discusión: Se analizó la función física de acuerdo a preguntas de medición seleccionadas del GOHAI test, donde en un estudio realizado por Von Kretschmann el 43% de los pacientes “Frecuentemente” pudieron tragar cómodamente los alimentos que corresponde a la pregunta 2 de la encuesta, y el 76% “Algunas veces” pudo comer los alimentos que deseaba sin presentar molestias que corresponde a la pregunta 4 de la encuesta. Valores similares se obtuvieron en el estudio realizado por Von Kretschmann con 55% y 72% respectivamente.¹

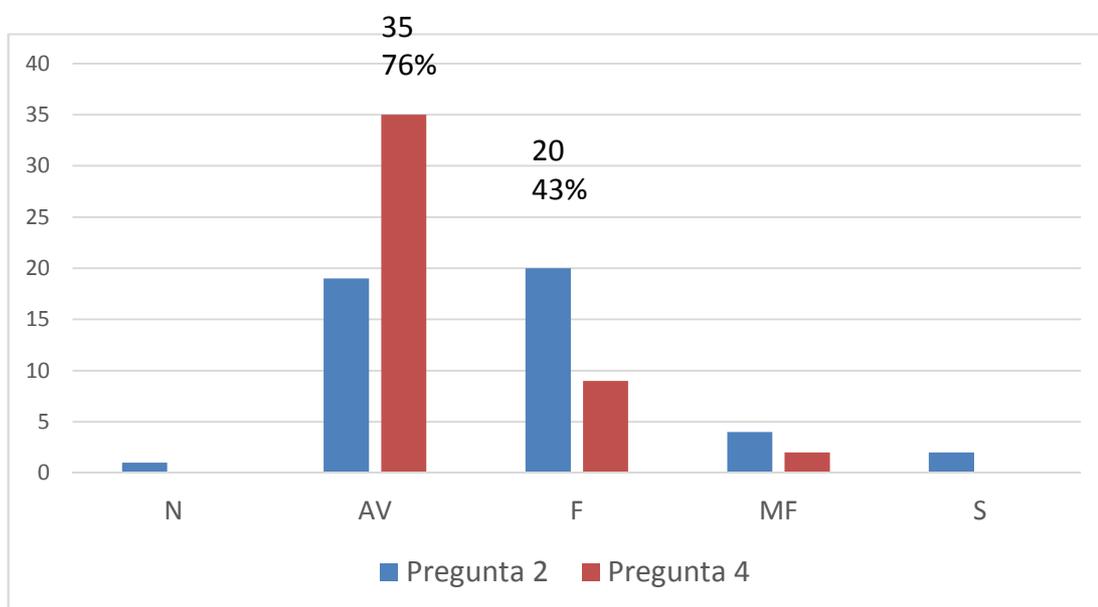


Gráfico 10 Distribución porcentual para medir el nivel de satisfacción física.

Dimensión Psicosocial

Tabla 11 Distribución porcentual para medir el nivel psicosocial.

	Dimensión Psicosocial			Porcentaje		
	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 8	Porcentaje p. 5	Porcentaje p. 6	Porcentaje p.8
N	14	11	3	30%	24%	7%
AV	13	16	8	28%	35%	17%
F	15	15	25	33%	33%	54%
MF	3	4	5	7%	9%	11%
S	1	0	5	25%	0%	11%

Análisis y discusión: Se analizó la función psicosocial de acuerdo a preguntas de medición seleccionadas del GOHAI test del estudio realizado por Von Kretschmann donde el 33% de los pacientes “Frecuentemente” evito estar con personas debido a la condición de sus dientes que corresponde a la pregunta 5 de la encuesta. El 35% “Algunas veces” se sintió satisfecho con la apariencia de sus prótesis que corresponde a la pregunta 6 de la encuesta y el 54% “Frecuentemente” se sintió nervioso o incomodo debido a problemas con sus dientes. A diferencia de la dimensión física en esta variable solo hubo cercanía de similitud con la pregunta 8 con un 66%, mientras que en las otras preguntas se presentaron valores totalmente diferentes¹

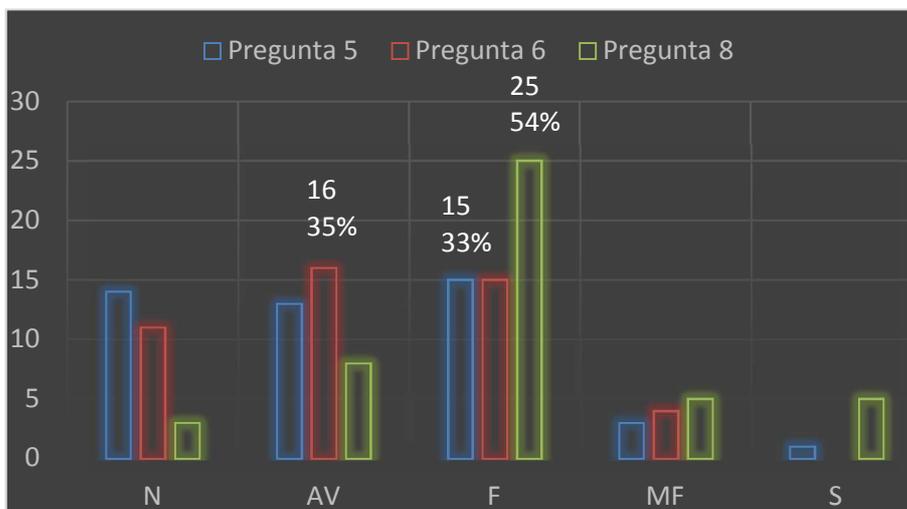


Gráfico 11 Distribución porcentual para medir el nivel psicosocial

Edad del paciente y Condición sistémica del paciente

Tabla 12 Distribución porcentual de pacientes por edad y condición sistémica del paciente.

Edad del paciente y estado del paciente

		Estado del paciente		Total
		Sano	Sistémico	
Edad del paciente	51-65	7	7	14
	>66	13	19	32
Total		20	26	46

Análisis y discusiones: Se evidencio que los pacientes entre el rango de edad de los 51-65 años presento igual número de pacientes sanos que de pacientes sistémicamente comprometido con el 15,22% para cada grupo y en los pacientes mayores a 66 años los pacientes sistémicamente comprometidos fueron la mayoría con una diferencia del 41,30% al 28,26% de los pacientes sanos.

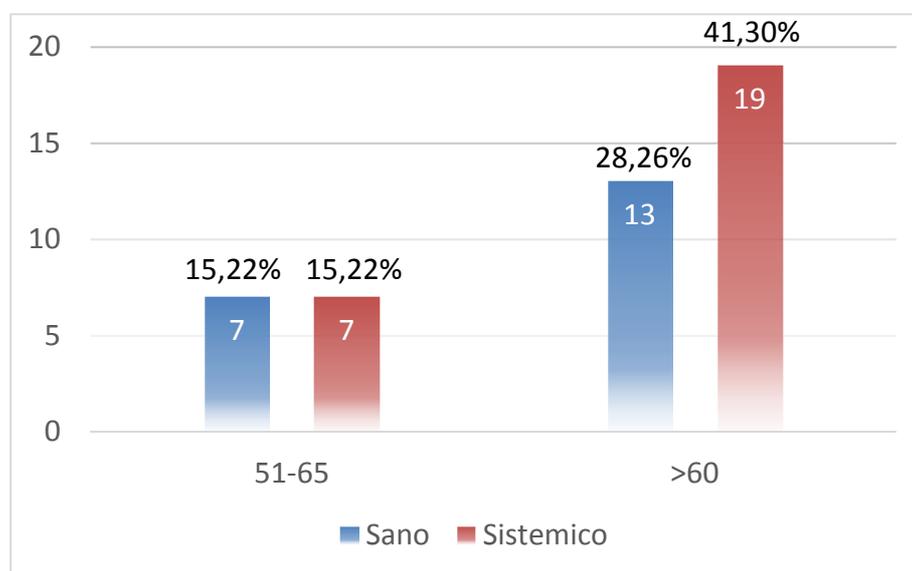


Gráfico 12 Distribución porcentual de pacientes por edad y condición sistémica del paciente.

Edad y Tipo de edentulismo

Tabla 13 Distribución porcentual del tipo de edentulismo según la edad del paciente.

Edad del paciente y tipo de edentulismo

		Edad del paciente		Total
		51-65	>66	
Monomaxilar o	Monomaxilar	8	18	26
Bimaxilar	Bimaxilar	6	14	20
Total		14	32	46

Análisis y discusión: En este análisis se obtuvo que los pacientes en los rangos de edad de los 51-65 años el 17,39% fue monomaxilar y el 13,04% fue bimaxilar a diferencia de los pacientes mayores a 66 años el 40% fue monomaxilar y el 30,43% fue bimaxilar.

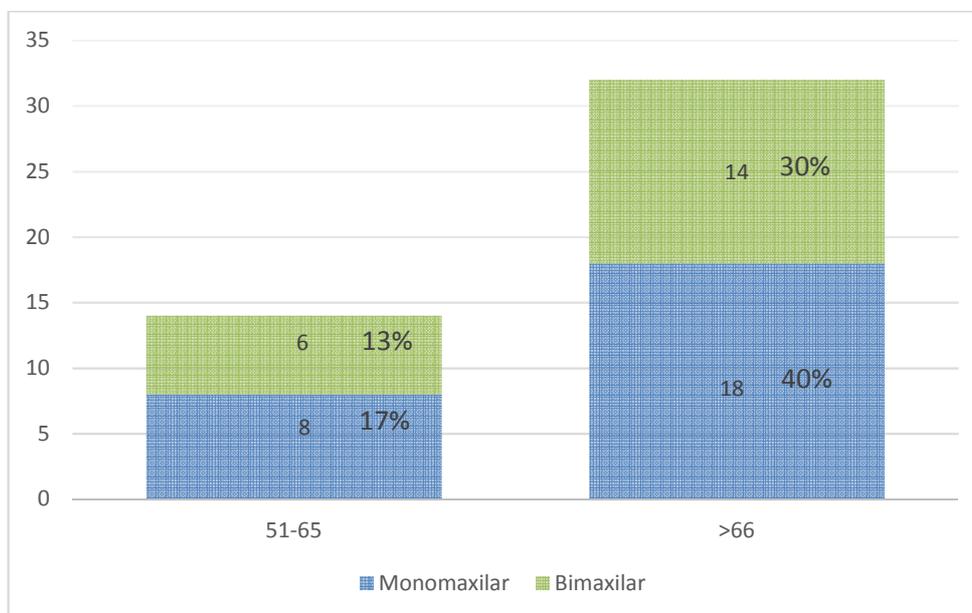


Gráfico 13 Distribución porcentual del tipo de edentulismo según la edad del paciente.

Género y Tipo de arcada

Tabla 14 Distribución del tipo de edentulismo por género

Genero del paciente y Tipo de edentulismo				
		Monomaxilar o Bimaxilar		Total
		Monomaxilar	Bimaxilar	
Genero del paciente	Masculino	2	4	6
	Femenino	24	16	40
Total		26	20	46

Análisis y discusión: En estos resultados se obtuvo que el 4,35% de pacientes masculinos presento edentulismo monomaxilar y el 8,70% presento edentulismo bimaxilar y en las mujeres el 52,17% presento edentulismo monomaxilar y el 34,68% presento edentulismo bimaxilar. Siendo más prevalente el edentulismo monomaxilar en mujeres.

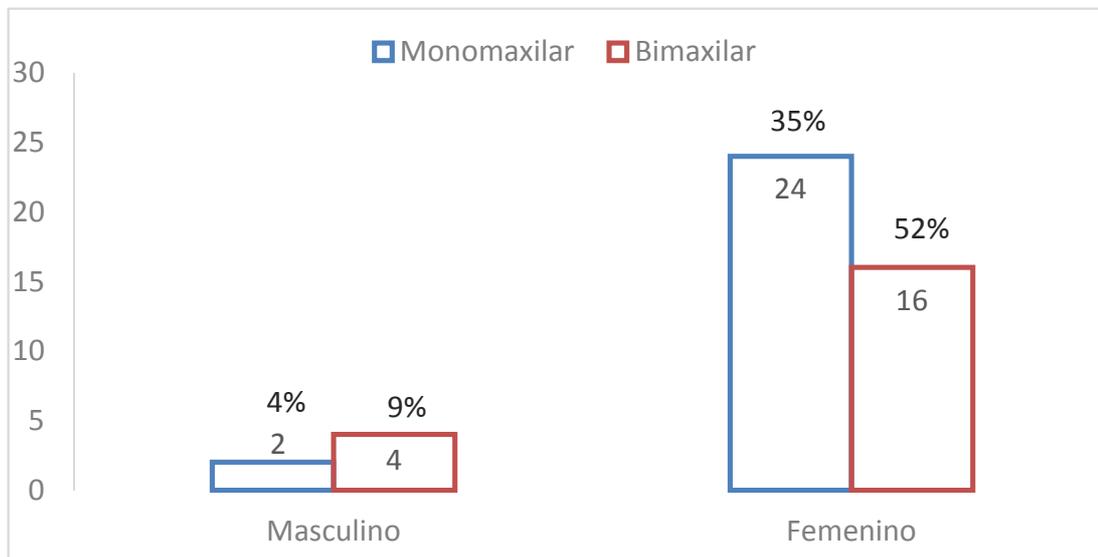


Gráfico 14 Distribución del tipo de edentulismo por género

Relación de la condición sistémica del paciente y presencia de patologías

Tabla 15 Distribución porcentual de la condición sistémica del paciente y presencia de patologías.

Estado del paciente y Patologías

	Patología de paciente				Total
	No presenta	Úlcera Traumática	Estomatitis Subprotésica	Épulis Fisurado	
Estado Sano	9	0	11	0	20
del Sistémico	12	1	12	1	26
paciente					
Total	21	1	23	1	46

Análisis y discusión: Se evidenció de los pacientes sistémicamente comprometidos presentaron un mayor número de patologías y en el caso de la estomatitis subprotésica el valor más prevalente de 26,09%.

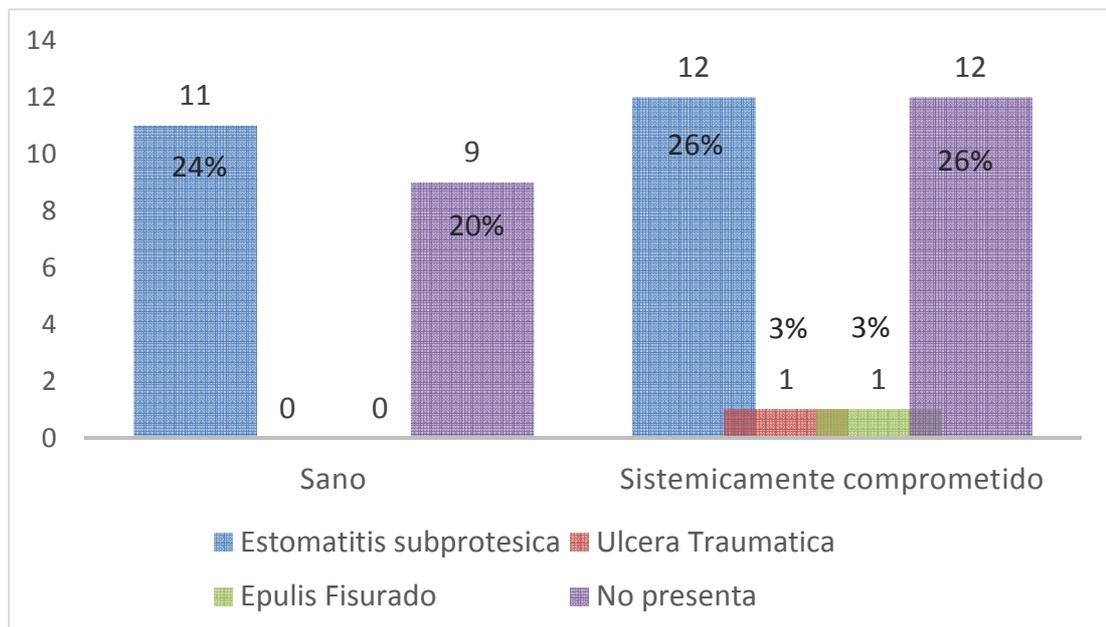


Gráfico 15 Distribución porcentual de la condición sistémica del paciente y presencia de patologías

Relación de genero con patologías más frecuentes.

Tabla 16 Genero y patologías más frecuentes

	Estomatitis Subprotésica	Úlcera Traumática	Épulis Fisurado	No presenta patología
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Masculino	1	1	0	4
Femenino	22	0	1	17
Total General	23	1	1	21

Análisis y discusión: Se evidencio una mayor prevalencia de patologías en el sexo femenino con una distribución porcentual del 48% de pacientes femeninos con presencia de estomatitis y el 2% en masculinos; el 2% equivalente a 1 paciente femenino con épulis fisurado: 2% equivalente a 1 paciente masculino con úlcera traumática; y el porcentaje restante no presento patología alguna.

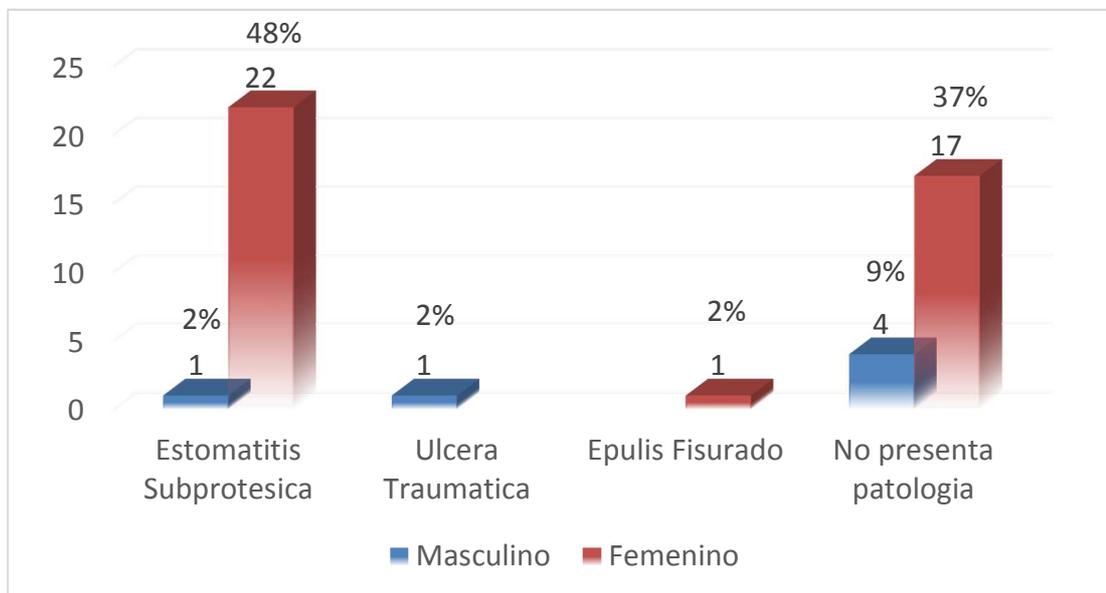


Gráfico 16 Genero y patologías más frecuentes

6. Conclusiones

Si bien en la nueva generación existe una significativa mejoría en la promoción de la salud oral y en la percepción de la salud oral de los pacientes, a su vez se produce un cambio demográfico importante en la población en el que un gran porcentaje de la misma está envejeciendo, la cual seguirá aumentando progresivamente de la mano con cambios fisiológicos, morfológicos e inclusive psicológicos. En este proceso de cambio, la cavidad oral juega un papel importante en proporcionar al paciente una prometedora calidad de vida con un óptimo estado de salud, propósito que se dificulta en cierto grado debido a los múltiples cambios físicos, como susceptibilidad de la mucosa oral a varios tipos de lesiones. Se evidenció que la patología que se presenta con mayor frecuencia en portadores de prótesis total, es la estomatitis subprotésica afectando al 50% de los pacientes, seguido de las úlceras traumáticas y el érpilis fisurado que representaron el 2% respectivamente, mientras que el porcentaje restante de pacientes no presentó patología alguna. Por otro lado, condiciones sistémicas que se presentan con frecuencia en el adulto mayor acompañado de factores socioeconómicos y socioculturales podrían influenciar o modificar la condición del paciente. En este estudio los pacientes sistémicamente comprometidos representaron el 56,52% del total de la muestra.

En esta investigación se evidenció que la condición de edentulismo total se presenta con mayor frecuencia en mujeres con un alto porcentaje en personas mayores a 66 años de edad por lo que se asocia la pérdida dentaria con el envejecimiento del individuo, porcentaje que con los años ha ido disminuyendo por una mejoría en el cuidado dental como se mencionó anteriormente.

7. Recomendaciones

Según los resultados obtenidos podemos resaltar el alto porcentaje de pacientes que refiere niveles muy bajos en relación a la satisfacción y confort del aparato protésico. Esta disconformidad está relacionada directamente con la mala adaptación del aparato protésico a las estructuras de soporte. Es importante indicar al paciente controles periódicos luego de entregada la prótesis ya que, si bien el aparato protésico puede no sufrir modificaciones, los tejidos y estructuras orales si presentan cambios significativos durante el envejecimiento del individuo, desajustando las prótesis e incrementando el riesgo de posibles lesiones o problemas para realizar las funciones básicas del sistema estomatognático.

Por otro lado, los pacientes acostumbran a visitar al profesional solo en casos emergentes sin prestar importancia a pequeñas molestias, de manera que utilizan el aparato protésico en algunos casos hasta más de 10 años, lo que convierte al mismo en un medio favorable para desarrollar patologías o infecciones como la Estomatitis Subprotesica que es la más frecuente en portadores de prótesis.

Otra recomendación importante es indicar al paciente la correcta higienización de la prótesis, ya que muchas veces no es suficiente el cepillado de la misma si no aplicar agentes anti fúngicos y tener en cuenta retirarla por las noches para una buena oxigenación de los tejidos.

8. Referencias Bibliográficas

1. Von Kretschmann D, Torres A, Sierra M, Del Pozo J, Quiroga Aravena R, Quiroga del Pozo R. Rendimiento masticatorio y nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis total. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2015;8(1):17-23. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539115000026>
2. Esquivel R, Jimenez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM*. 2012; LXIX(2); 69-75. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>
3. Yen YY, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, Huanq ST, Hsu KJ. Impact of removal dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*. 2015; 15;1. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4298049/pdf/12903_2014_Article_487.pdf
4. Cardenas S, Vergara K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *REV CLÍN MED FAM*. 2012; 5 (1): 9-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169624100003.pdf>
5. Castrejon Perez R, Borguerrez L, Avila J. Oral Health Condition and frailty in Mexican community-dwelling elderly. *BMC Public Health*. 2012; 12;773. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490998/pdf/1471-2458-12-773.pdf>
6. Gonsalves W, Wrightson S, Henry R. Common Oral Conditions in Older Persons. *Am Fam Physician*; 2008; 78(7): 845-852. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2008/1001/p845.pdf>
7. Kaira LDabral E. Prevalence of complete edentulism among Udaipur population of India. *The Saudi Journal for Dental Research*, 2014;5(2):139-145. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210815713000371>
8. Lima C, Raschke G, Eberl P, Thompson G, Guntsch A, Peisker A, Schultze-Mosgau S et al. Wearing complete dental prostheses - Effects on perioral morphology. *Med Oral*. 2016; 1(21): 4e 413-9
9. Millares W, Freddy M. Historia Clínica Práctica para el Desdentado Completo. *Artículo Científico* 11-17. 1995; 3(11).
10. Luna S. Alteraciones gingivales en adultos mayores. *Revista de actualización clínica*, 2012;17: 856-862. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v17/v17_a09.pdf
11. Rozek-Piechura K, Ignasiak Z, Radwan-Oczko M, Cholewa M, Ignasiak T, Skrzek A et al. Analysis of the relationships between edentulism, periodontal health, body composition, and bone mineral density in elderly women. *CIA*. 2016;:351. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4809310/pdf/cia-11-351.pdf>
12. Pires C, Aparecido H, Tadano T, Rodrigues P, Dias H, Pereira D, Christine R. Factors related to oral candidiasis in elderly users and non-users of removal dental prosthesis, 2016;58:17. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v58/0036-4665-rimtsp-00017.pdf>

13. García A, Capote M, Morales T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados . *Revista Finlay*. 2012: 2(1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99/1249>
14. Ayuso R, Torrent J, Lopez J. Estomatitis protesica: puesta al dia.RCOE. 2004; 9(6):657-662. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n6/puesta1.pdf>
15. Rodriguez M, Portillo R, Lama E, Hernandez S. Lesiones bucales asociadas con el uso de protesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatan. *Revista ADM*. 2014: 71(5);221-225. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145d.pdf>
16. Gonzales I, Rivero O, Garcia C, Perez D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de protesis totales en pacientes geriatras. *Rev. Arch Med Camagüey*. 2016, Vol20(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n2/amc080216.pdf>
17. Monteiro L, Mouzinho J, Azevedo A, Camara M, Martins A, La Fuente J. Treatment of Epulis Fissuratum with Carbon Dioxide Laser in a Patient with Antithrombotic Medication. *Braz Dent J*. 201: 23(1); 77-81. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bdj/v23n1/v23n1a14.pdf>
18. Da Silva H, Martins-Filho P, Piva M. Denture-related oral mucosal lesions among farmers in a semi-arid Northeastern Region of Brazil. *Med Oral*. 2011:e740-e744. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv16_i6_p740.pdf
19. Canger E, Peruze C, Kayipmaz S. Denture-Related Hyperplasia: A Clinical Study of a Turkish Population Group. *Braz Dent J*. 2009: 20(3); 243-248. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bdj/v20n3/v20n3a13.pdf>
20. Trindade F, Sgaviolo E, Mollo F, Compagnoni M. La influencia de factores sistémicos en el uso de las prótesis totales. *Revista Cubana de Estomatología*. 2009. 46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v46n1/est06109.pdf>
21. Wiener C, Wu B, Crout R, Wiener M, Plassman B, Kao E, Mc Neil D. Hyposalivation and xerostomia in dentate adults. *J Am Dent Assoc*. 2010 March; 141 (3): 279-284. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2899485/pdf/nihms211691.pdf>
22. Gil Moncayo J, Silvestre F, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 1;21 (3): e355-366. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867210/pdf/medoral-21-e355.pdf>
23. Mendez JE. Saliva and Alternative adhesive systems for complete dentures. *Fac Odontol Univ Antioq*. 2013: 25(1): 208-218. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v25n1/v25n1a12.pdf>
24. Haralur S. Clinical Strategies for Complete Denture Rehabilitation in a Patient with Parkinson Disease and Reduced Neuromuscular Control. *Case Reports in Dentistry*. 2015 :1-5. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/crid/2015/352878/>
25. Emami E, Huy Nguyen P, Almeida F, Feine J, Karp I, Lavigne G, Huynh N. The effect of nocturnal wear of complete dentures on sleep and oral health related

- quality of life: study protocol for a randomized controlled trial. Emami et al *Trials*. 2014; 15; 358. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218696>
26. Manoj S, Chitre V, Aras M. Management of compromised Ridges: A case report. *J Indian Prosthodont Soc*. 2011; 11(2); 125-129. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120958/pdf/13191_2011_Article_68.pdf
 27. Jonasson G, Rythen M. Alveolar bone loss in osteoporosis: a loaded and cellular affair?. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 2016; 8; 95-103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948717/pdf/ccide-8-095.pdf>
 28. Hutton B, Feine J, Morais J. Is there an Association Between Edentulism and Nutritional State?. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2002; 68(3); 182-7. Disponible en: <http://cda-adc.ca/jadc/vol-68/issue-3/182.pdf>
 29. Paturu R, Veeravalli T, Vaidyanathan A, Grover M. Evaluation Of Nutritional Status and Eating Pattern in First and Second-Time Denture Weares: A Prospective 60 Days (2 months) Pilot Study. *J Indian Prosthodont Soc*. 2011; 11(3); 156-164. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175238/pdf/13191_2011_Article_80.pdf
 30. Madhuri S, Sahana S, Ravi S, Deepti A, Simpy M. Comparison of chewing ability, oral health related quality of life and nutritional status before and after insertion of complete denture amongst edentulous patients of a dental college in Pune. *Ethiop J Health Sci*. 2014; 24:3:253-255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141229/pdf/EJHS2403-0253.pdf>
 31. Tokmakci M, Zortuk M, Asyali M, Sisman Y, Kilinc H, Ertas E. Effect of chewing on dental patients with total denture: an experimental study. *SpringerPlus*. 2013;2(1):40. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3597334/pdf/40064_2012_Article_121.pdf
 32. Hamdan N, Gray-Donald K, Awad M, Johnson-Down L, Wollin S, Feine J. Do Implant Overdentures Improve Dietary Intake? A Randomized Clinical Trial. *Journal of Dental Research*. 2013;92(12 Suppl):146S-153S. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860059/pdf/10.1177_0022034513504948.pdf
 33. Hidalgo López I, Vilcahuana J. Oclusión en prótesis total. *Revista Estomatológica Herediana*. 2009; 19 (2): 125-130. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1833/1843>
 34. Singh H, Sharma S, Singh S, Wazir N, Raina R. Problems Faced by Complete Denture-Wearing Elderly People Living in Jammu District. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Dec; 8(12); ZC25-ZC27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316331/>
 35. Leon S, Giancama R. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. *Rev Med Chile*. 2016; 144; 496-502. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n4/art11.pdf>

36. Diwan F, Shah R, Diwan M, Chauhan V, Agrawal H, Patel G. A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2015;15(3):237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762342/pdf/JIPS-15-237.pdf>
37. Bilhan H, Geckili O, Ergin S, Erdogan O, Ates G. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. *J Oral Sci*. 2013;55(1):29-37. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/55/1/55_29/_pdf
38. Alfadda S, Al-Fallaj H, Al-Banyan H, Al-Kadhi R. A clinical investigation of the relationship between the quality of conventional complete dentures and the patients' quality of life. *The Saudi Dental Journal*. 2015;27(2):93-98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459116/pdf/main.pdf>
39. Bilhan H, Geckili O, Regin S, Erdogan O, Ates G. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. *Journal of Oral Science*. 2013; 55(4); 29-37. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/55/1/55_29/_pdf
40. Esan T, Olusile A, Akeredolu P, Esan A. Socio-demographic factors and edentulism: the Nigerian experience. *BMC Oral Health*. 2004;4(1) Disponible en: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-4-3>
41. Nagaraj E, Mankani N, Madalli P, Astekar D. Socioeconomic Factors and Complete Edentulism in North Karnataka Population. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2012;14(1):24-28. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935051/pdf/13191_2012_Article_149.pdf
42. Babiuc I, Pauna M, Malita M, Arriton S, Damian M, Ungureanu V, Petrini A. Correct Complete Denture rehabilitation, a chance for recovering abused tissues. *Romanian Journal of Morphology and Embriology* 2009; 50(4):707-712. Disponible en : <http://www.rjme.ro/RJME/resources/files/500409707712.pdf>
43. Garcia J, Torres G, Watanabe R, MartinezE. Tratamiento de edentulismo total con sobredentaduras. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de posgrado de la Facultad de Odontología, 2011.
44. Bascones A, Figuero E, Esparza G. Ulceras Orales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125(125); 590-7. Disponible en: http://patologiabucal.com/index_htm_files/ULCERAS%20ORALES%20MEDICINA%20CLINICA.pdf
45. Martinez A, Gallardo I, Cobos MJ, Caballero A, Fernandez B. La leucoplasia oral. Su implicacion como lesion precancerosa. *Av. Odontoestomatol*. 2008; 24(1);33-44. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original2.pdf>
46. Estrada G, Primitivo O, Gonzales E, Gonzales C, Castellanos Sierra G. Diagnostico e histopatologico de la eritroplasia bucal. *Medisan*. 2010; 14(4):433. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n4/san03410.pdf>

9. Anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO PARA EL ALMACENAMIENTO Y USO FUTURO DE MUESTRAS

Tema: PREVALENCIA DE PACIENTES TOTALMENTE EDENTULOS EN SUBCENTROS DE GUAYAQUIL Y EL IMPACTO QUE LAS PROTESIS GENERAN EN ELLOS.

Alumno: William Dávila Velasco

Este documento de Consentimiento consta de dos partes:

- Información (proporciona información acerca de las muestras)
- El Formulario de Consentimiento (para registrar su acuerdo)

Parte I.

- Permiso para obtener fotos intraorales para el trabajo de tesis que será un documento donde se verifica la toma de la muestra y para realizar una encuesta y evaluar el nivel de conformidad del paciente en caso de usar o no usar el aparato protésico.

Parte 2.

- He leído la información, o me la han leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ello y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente y entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento sin que esto afecte el estudio de investigación actual o mi atención médica.

Nombre del Participante (con letra de imprenta):

Firma del Participante:

Firma del tutor

Fecha _____ (Día/mes/año)

Anexo 2 Hoja de registro por paciente

Hoja de registro

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

	Encía Firme	Encía Resilente	Paciente Sano	Paciente Sistémico
Úlcera Traumática				
Estomatitis Subprotésica				
Épulis Fisurado				
No presenta patología				

Anexo 3 Encuesta GOHAI

GOHAI TEST (Geriatric-General Oral Health Assessment Índice) - Índice de Valoración de Salud Oral

- Encuesta diseñada para valorar los problemas funcionales y estimar el grado de impacto psicosocial asociado a problemas bucodentales.

FUNCION FISICA	0 Nunca	1 Algunas veces	3 Frecuente	4 Muy frecuente	5 Siempre
1. Limito la clase o cantidad de alimentos debido a sus problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
2. Pudo tragar cómodamente?					
3. Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?					
4. Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias de sus dientes o prótesis dentales?					
FUNCION PSICOSOCIAL					
5. Evito estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?					
6. Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
7. Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
8. Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
9. Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
10. Evito reirse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?					
FUNCION DOLOR					
11. Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					
12. Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

Hoja de registro semanal

Institución:

Fecha: _____

Número de pacientes atendidos:

Número de pacientes totalmente edéntulos:

Responsable de Odontología

Anexo 5 Tabla de datos consolidados

Nombre	Numero de cedula	Edad	Centro Medico	Manomaxilar o Bimaxila	Sano-Sirtemica	Firmo-Roxilento	Patologias
Dulceza Vallaia	0923465132	74	Centro Medico Benedito XVI	Manomaxilar Inferior	Sirtemica(H)	R	Na presenta
Elicia Melendez	0700767596	69	Centro Medico Benedito XVI	Bimaxilar	Sirtemica(H)	R	Na presenta
Elvira Melendez	0702312545	68	Centro Medico Benedito XVI	Manomaxilar superior	Sana	F	Ertomatitir
Salvador Davidoria	0904003464	67	Centro Medico Benedito XVI	Manomaxilar superior	Sana	F	Na presenta
Teresa Quimi Villan	0904289543	64	Centro Medico Benedito XVI	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	F	Ertomatitir
Graciela Araui	0851124525	73	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	R	Ertomatitir
Mariana Delgado Lopez	0903817609	85	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	F	Na presenta
Pozzia Viera Ramirez	0904408655	62	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar superior	Sana	F	Ertomatitir
Juana Perez Luque	0903245612	74	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar superior	Sirtemica(D-H)	R	Na presenta
Yalanda Herrera Cedeño	0900241356	67	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar superior	Sirtemica(D-H)	F	Ertomatitir
Justina Cruz Cruz	0703245621	60	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica(D-H)	F	Ertomatitir
Julia Machuca Figueroa	0902152651	60	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica(D-H)	F	Ertomatitir
Rodrigo Martinez Cavallari	0902965450	98	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica	F	Na presenta
Aurora Contreras Vera	1200672200	66	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica(D)	F	Ertomatitir
Inar Santar Croppa	0903109007	95	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica(H)	F	Ertomatitir
Marina Maralar Mantor	0905459194	60	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar superior	Sirtemica	F	Na presenta
Victor Reinosra Pasmiña	0906914338	60	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica	R	Na presenta
Carlar Contreras Varela	0903050573	76	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	F	Ulsera traumatica
Erlinda Malina Malina	1304674508	52	Centro de Salud Sauscor III	Manomaxilar inferior	Sana	F	Na presenta
Esperanza Franca	0902456312	92	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sana	F	Ertomatitir
Maria Alcivar Marquera	1200512354	66	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica(D-H)	F	Ertomatitir
Guillermina Hernandez	0901452125	74	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sana	F	Ertomatitir
Cecilia Ortega Tapia	1201486322	62	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sana	F	Na presenta
Hilda Guillen	0926453125	72	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica(H)	R	Ertomatitir
Olga Mercedes Hernandez	0918337940	97	Centro de Salud Sauscor III	Bimaxilar	Sirtemica(H)	F	Ertomatitir
Juana Chiquita Salazar	0900277906	76	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sana	F	Ertomatitir
Maria Teresa Guzman	0906053061	60	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sana	F	Ertomatitir
Blanca Rodriguez Palma	0907914477	73	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	F	Na presenta
Margarita Irene Mena	0906043152	63	Centro Medico REHI	Bimaxilar	Sana	F	Na presenta
Linda Mendez Leon	0904202823	66	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sana	F	Ertomatitir
Ventura Veloz Alvarada	0901694364	79	Centro Medico REHI	Bimaxilar	Sana	R	Na presenta
Luz Paez Granda	0923165426	70	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sana	F	Ertomatitir
Razaria Carcante Ramaz	0700321564	73	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sirtemica	F	Na presenta
Maria Arcevala	0903214652	74	Centro Medico REHI	Bimaxilar	Sirtemica(D)	F	Na presenta
Ana Boyza Cavallar	1203105460	82	Centro Medico REHI	Bimaxilar	Sirtemica(H)	F	Na presenta
Ana Correa Orasca	0901087387	82	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sana	R	Ertomatitir
Sara Jacome Buenafin	0905322665	72	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sana	R	Ertomatitir
Da Luz Figueroa Olquin	0916008824	64	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	R	Epulis
Grace Medina Iperiti	1200637342	67	Centro Medico REHI	Manomaxilar superior	Sana	F	Na presenta
Dulceza Barzal Gonzalez	0906934740	68	Hospital Universitario	Manomaxilar superior	Sana	F	Na presenta
Juana Mora	0916008116	65	Hospital Universitario	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	F	Ertomatitir
Eugenia Manzanera Horro	0905492236	68	Hospital Universitario	Manomaxilar superior	Sirtemica(H)	R	Na presenta
Carmen Ramana Vidal	0926453923	69	Hospital Universitario	Bimaxilar	Sirtemica(D-H)	F	Ertomatitir
Maria Lour Maciar	1201949870	61	Hospital Universitario	Manomaxilar superior	Sana	F	Na presenta
Cesar Espinosa Olvera	0905567350	57	Hospital Universitario	Bimaxilar	Sana	R	Na presenta
Andrea Mena Malina	0926935264	75	Hospital Universitario	Bimaxilar	Sana	F	Ertomatitir



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **William Javier Dávila Velasco**, con C.C: # 0926934639 autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de pacientes edéntulos totales que acuden a los subcentros de la ciudad de Guayaquil y el impacto de las prótesis en los pacientes** previo a la obtención del título de **Odontólogo** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **12 de septiembre** del 2016

Nombre: **William Javier Dávila Velasco**

C.C: **0926934639**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de pacientes edéntulos totales que acuden a subcentros de la ciudad de Guayaquil y el impacto de las prótesis en los pacientes.		
AUTOR(ES)	William Javier Dávila Velasco		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ampuero Ramírez, Nelly		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre del 2016	No. DE PÁGINAS: 82	82
ÁREAS TEMÁTICAS:	Prótesis Total, Prostodoncia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Edentulismo Total, GOHAI test, Calidad de vida, Prótesis Total, Mucosa oral.		

RESUMEN

Introducción: Constantemente un porcentaje de nuestra población se enfrenta a múltiples cambios que conlleva el proceso de envejecimiento y al momento de reemplazar con prótesis total la pérdida dentaria podrían presentarse ciertas complicaciones por los diferentes factores que van de la mano con este cambio de edad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de pacientes totalmente edéntulos monomaxilares y bimaxilares que acuden a subcentros en la ciudad de Guayaquil y de qué manera el uso de prótesis genera un cambio en la calidad de vida en el campo físico y psicosocial.

Diseño: Se realizó un estudio analítico descriptivo en el cual se revisó un total de 1588 pacientes de los cuales 46 cumplían con los criterios de inclusión de la muestra.



Materiales y Métodos: Se utilizó la encuesta GOHAI para medir el grado de satisfacción de los pacientes con prótesis totales y se realizó un examen clínico para verificar estado de los tejidos.

Resultados: El 100% de los pacientes presento un bajo nivel de satisfacción en la encuesta GOHAI tanto en funciones físicas como en psicosociales. Se relacionó la perdida dentaria con la edad ya que el 69% de los pacientes con edentulismo total eran mayores a 66 años. El 50% de los pacientes presento estomatitis subprotésica, siendo la patología más frecuente en estos pacientes.

Conclusión: Se concluyó que un gran porcentaje de pacientes con edentulismo total tienen un muy bajo nivel de satisfacción con sus aparatos protésicos y debido a la deficiente higiene oral y largos periodos de uso existe una elevada prevalencia de estomatitis subprotésica.

Palabras Clave: Edentulismo total, Encuesta GOHAI, Calidad de vida, Prótesis total, Mucosa Oral.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-988637382	E-mail: williamdavidlav@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Landívar Ontaneda Gabriela Nicole	
	Teléfono: 0997198402	
	E-mail: Gabriela_landivar@hotmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		