



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA
PRÓTESIS TOTAL Y EL TAMAÑO DE REBORDES
RESIDUALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS
ATENDIDOS EN EL C.P.P.C.E. USS**

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

Autor:

Jiménez Machuca Yormi Dalí

Asesor:

DRA. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel - Perú

2019

**“RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS TOTAL Y EL
TAMAÑO DE REBORDES RESIDUALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS
ATENDIDOS EN EL C.P.P.C.E. USS”**

APROBACIÓN DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

DRA. CD. La Serna Solari Paola Beatriz
ASESOR METODOLÓGICO

MG.CD. Espinoza Plaza José José
PRESIDENTE

MG.CD. Lavado La Torre Milagros
SECRETARIO

MG.CD. Portocarrero Mondragón
Juan Pablo
VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres Lidia y Oscar que son lo más importante para mí, por su amor, comprensión y apoyo constante para el cumplimiento de mis metas.

A mi hermano Duver por su paciencia e incondicional apoyo moral.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Paola por haber brindado su apoyo y su tiempo para la realización de esta investigación.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos el Centro de Practicas Preclínicas y Clínicas de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

La investigación realizada fue tipo cuantitativa, retrospectiva y transversal, donde se evaluó la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales de 220 pacientes atendidos en el área de odontogeriatría mediante la observación de las historias clínicas y fichas de prótesis total; los datos obtenidos se redactaron en la ficha de recolección de datos.

Los resultados, se presentaron mediante tablas de distribución de frecuencias. Se encontró que existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales, donde el tamaño de rebordes residuales de los pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS se encuentra en tamaño medio tanto en el maxilar superior e inferior. Así mismo el tiempo de uso de la prótesis total de 6 a 10 años es mayor, predominando el género femenino en las edades de 65-74 años. Se recomienda fortalecer el conocimiento sobre anatomía y realizar un examen exhaustivo de los rebordes residuales con el fin de realizar tratamientos protésicos adecuados y funcionales para preservar la salud oral.

Palabras clave: Geriatría, prostodoncia, dentadura completa.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between the time of use of the total prosthesis and the size of the residual ridges in geriatric patients attended by the Center for Preclinical Practices and Stomatology Clinics of the Señor de Sipán University.

The research carried out was quantitative, retrospective and cross-sectional, where the relationship between the time of use of the total prosthesis and the size of the residual ridges of 220 patients treated in the odontogeriatrics area was evaluated by observing the medical records and medical records. total prosthesis; the data obtained was written in the data collection form.

The results were presented using frequency distribution tables. It was found that there is a relationship between the time of use of the total prosthesis and the size of the residual rims, where the size of the residual rims of the geriatric patients seen in the C.P.P.C.E. USS is found in medium size in both the upper and lower jaw. Likewise, the time of use of the total prosthesis from 6 to 10 years is longer, the female gender prevailing in the ages of 65-74 years. It is recommended to strengthen the knowledge about anatomy and to carry out an exhaustive examination of residual ridges in order to carry out adequate and functional prosthetic treatments to preserve oral health.

Key words: Geriatrics, prosthodontics, complete dentition.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	8
1.1.	Realidad problemática:.....	9
1.2.	Trabajos previos:	10
1.3.	Teorías relacionadas al tema:	12
1.4.	Formulación del problema.....	23
1.5.	Justificación e importancia del estudio	23
1.6.	Hipótesis:	24
1.7.	Objetivos:	25
1.7.1.	Objetivo general:.....	25
1.7.2.	Objetivos específicos:	25
II.	MATERIAL Y MÉTODO.....	25
2.1.	Tipo y diseño de la investigación	25
2.2.	Población y muestra:	25
2.3.	Variables , Operacionalización.....	26
2.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	28
2.5.	Procedimientos de análisis de datos	29
2.6.	Aspectos éticos.....	29
2.7.	Criterios de Rigor científico	29
III.	RESULTADOS	30
3.1.	Tablas y figuras	30
3.2.	Discusión de resultados	35
IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
4.1.	CONCLUSIONES:	36
4.2.	RECOMENDACIONES	36
V.	REFERENCIAS	38
	ANEXOS	43

I. INTRODUCCIÓN

A medida que el tiempo pasa para las personas, los problemas de salud avanzan dramáticamente. Cabe destacar que la mayoría de los ancianos manifiestan problemas orales, entre otros, problemas que podrían conducir al edentulismo y al tratamiento protésico, para que el paciente pueda alimentarse lo más normalmente posible y no perjudique su calidad de vida.¹

La pérdida dental puede atribuirse a diversas causas, que incluyen caries dental, traumatismos y periodontitis. Pese a todo lo realizado el edentulismo y pérdida dental continúan teniendo una frecuencia elevada a nivel mundial. Aproximadamente entre el 7% y el 69% de la población adulta en todo el mundo se ve afectada.²

Del mismo modo, la pérdida dental ocasiona muchas veces la reabsorción del hueso alveolar, que continua con una remodelación y finalmente termina en crestas edéntulas atrofiadas, se define como un proceso de reducción de hueso que se va a presentar en la mayoría de los pacientes edentados, el grado pérdida ósea después de la extracción y también atribuida al uso de prótesis completas cuando hay un uso excesivo, varía entre cada individuo.^{3,4}

La importancia de esta investigación radica en el hecho de que, al determinar la relación, habrá mayor evidencia de como es el impacto del uso excesivo de prótesis sobre los rebordes residuales, ya que la reabsorción trae como consecuencia a la dificultad para rehabilitar. La reabsorción los rebordes residuales es una de las secuelas orales más importantes del edentulismo.

En ese contexto , este estudio pretende demostrar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos. Finalmente, se realizarán recomendaciones que promuevan el mejoramiento de su calidad.

1.1. Realidad problemática:

Conservar una buena salud bucodental desempeña un rol fundamental en la salud general y desarrollo social de la persona. Por ello conservar o mejorar la salud oral de los individuos mayores, primordialmente de los pacientes edéntulos a través de procedimientos odontológicos, es de vital importancia para que puedan mantener su autonomía y poseer un lugar en su comunidad y en la vida familiar.^{1,2}

A nivel mundial se considera que la pérdida dental es consecuencia natural del envejecimiento, sin embargo, puede ser prevenida, según la OMS el edentulismo es considerado el producto de la acumulación enfermedades bucales, que representan un problema que afecta a gran parte de la población. Esta enfermedad afecta a las personas mayores de 60 años en más del 50% y, según la EAP (Escuela Americana de Prostodoncia) treinta y cinco millones de estadounidenses sufren edentulismo y solamente el 90% de ellos hacen uso de prótesis dentales.²

A nivel nacional, no hay datos oficiales acerca de la frecuencia del edentulismo total; sin embargo, la evidencia empírica indica que hay un alto porcentaje de edentulismo total atribuido a diferentes factores: sociales, económicos, clínicos, al acceso a servicios de salud, y debido a este problema global, la odontología rehabilitadora actualmente realiza tratamientos para pacientes con pérdida dental, a través de la rehabilitación protésica, para restaurar el sistema estomatognático, principalmente para restaurar la función, la estética y la armonía, buscando siempre la oclusión correcta.³

A pesar de esto, las dentaduras postizas también pueden causar daños, aunque representan una alternativa de tratamiento para la pérdida dental, que, combinada con la sensibilidad del tejido causada por el envejecimiento y los estilos de vida inadecuados, provoca cambios importantes en la mucosa y los huesos de la cavidad oral. Las investigaciones han demostrado que las prótesis a largo plazo, que no están ajustadas y mal hechas, en mal estado o deterioradas debido al largo tiempo en la boca, causan daños, contribuyendo aún más al mal estado de la cavidad oral de los pacientes totalmente edéntulos y afectando la salud en general de las personas, con más frecuencia en pacientes geriátricos, esto puede tener un impacto en el éxito relativo del tratamiento de rehabilitación

oral, ya que este va a depender del remanente óseo o reborde residual que tiene que cumplir ciertas funciones.^{4,5,6}

Por lo mencionado es interés de estudio, determinar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el Centro de Prácticas Preclínicas y Clínicas de Estomatología USS.

1.2.Trabajos previos:

Marrón C⁷. Perú. 2018. “Frecuencia de tipo de reborde residual en pacientes edéntulos totales de la clínica de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”. Tesis. Realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con el objetivo de determinar la frecuencia del tipo de reborde residual según la clasificación de Seibert en pacientes edéntulos totales portadores y no portadores de prótesis completa de la clínica de pregrado en la facultad de odontología de la UNMSM, evaluó 30 pacientes adultos y jóvenes , realizando un examen intraoral y recogió los datos en una ficha previamente elaborada, donde concluye que el reborde alveolar más frecuente es el de Seibert tipo 2 y el aumento de reabsorción de los rebordes alveolares se va presentar mayormente en pacientes con edad avanzada y también está relacionado al uso de prótesis dental.

Espejo Q⁸. Perú. 2016. “Prevalencia de edentulismo total y grado de reabsorción del reborde residual en personas de la tercera edad del centro del adulto mayor Francisca Navarrete de Carranza”. Tesis. Realizó una investigación descriptiva, diseño no experimental de corte transversal. Evaluó a 53 pacientes adultos masculinos y femeninos, los datos recolectados fueron plasmados en una ficha previamente preparada. Obtuvo como resultados que existe una prevalencia de edentulismo más del 50%, así mismo obtuvo que el grado de reabsorción en ambos maxilares prevalece en nivel medio con 42.5%, seguido del nivel alto con 32.3% y finalmente el nivel bajo con el 22.6%. Concluyendo que existe una alta prevalencia de edentulismo en la población estudiada y que la reabsorción de los rebordes alveolares en la gran mayoría de pacientes se mantiene en nivel medio.

Nápoles G. et al⁹. Cuba. 2016. “Lesiones de la mucosa bucal asociadas con el uso de prótesis completa en pacientes de edad avanzada”. Artículo. Realizaron un estudio observacional descriptivo cuyo objetivo fue determinar el comportamiento de las lesiones en la mucosa bucal provocadas por prótesis total en pacientes mayores de 60 años, la evaluación total fue de 180 pacientes (60% femenino y 40% masculino). Obtuvieron como resultado la mayoría de lesiones bucales están relacionadas al uso de prótesis total, habiendo mayor frecuencia en pacientes femeninos entre la edad de 60 a 64 años, así mismo se obtuvo que aquellos pacientes que habían sido portadores de prótesis total hasta cinco años presentan mayor número de lesiones. Concluyendo que aquellas prótesis de poca calidad y aquellas que perdieron sus funciones, por haber sido utilizadas más del tiempo debido, aportan con la aparición de afecciones en los tejidos orales.

Villalobos J¹⁰. Perú. 2015. “Prevalencia de edentulismo total y altura del reborde residual en internos de la tercera edad del establecimiento penitenciario Pícsi”. Tesis. Realizó un estudio tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal donde se evaluó a 68 internos a través de la técnica observacional. Como resultados obtuvo que hay mayor prevalencia de nivel medio en la altura de los rebordes residuales superiores con más del 50%, mientras que la altura de los rebordes residuales inferiores prevalece en el nivel bajo con 58.8%. Concluye que la altura del reborde residual se relaciona con la prevalencia de edentulismo total, además que la altura del reborde residual superior de los internos prevalece en nivel medio, asumiendo que hubo menos reabsorción respecto al maxilar inferior, donde hubo mayor prevalencia de nivel bajo en altura de los rebordes residuales.

Choque C¹¹. Perú. 2015 “Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y la configuración clínica de los rebordes alveolares residuales en pacientes edéntulos totales en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa”. Tesis. Realizó una investigación tipo cuantitativa, observacional y prospectiva, usando como instrumento una entrevista estructurada y la evaluación clínica intraoral para recaudar información. Obtuvo de resultado que el tiempo de uso de la prótesis total influye directamente en la configuración de los rebordes alveolares residuales, debido a los resultados de la prueba estadística que indica una relación significativa del 0.05 entre ambas variables. En su estudio concluye que existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y la configuración de los rebordes alveolares residuales.

Varón A. et al¹². Medellín. 2014. “Determinación tomográfica de la prevalencia de forma y tamaño de los rebordes residuales en pacientes edentados”. Artículo. Realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar tomográficamente la prevalencia de forma y tamaño de los rebordes residuales en pacientes edentados y su asociación con edad, sexo y reborde residual superior e inferior. Realizaron la evaluación de 73 pacientes (46 femeninos y 27 masculinos) haciendo un total de 102 imágenes de rebordes residuales (32 inferiores y 70 superiores). Como resultados se obtuvo que tanto en el maxilar superior e inferior hubo mayor prevalencia del reborde residual ovoide grande, el superior con más del 40% , mientras que el inferior con un 93.8% . Se concluyó que prevalece la forma y tamaño ovoide grande del reborde residual en ambos maxilares, además que no existe relación entre tamaño y forma con ninguna variable estudiada.

Moreno B¹³. Ecuador. 2014. “Influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar Chimborazo”. Tesis. En su investigación tipo descriptiva, explicativa y transversal, evaluó pacientes entre la edad 60 a 80 años, utilizando una encuesta, y el examen extraoral e intraoral para observar las lesiones presentadas en la mucosa y rebordes residuales que estaban asociados a prótesis totales desadaptadas. Los resultados obtenidos mostraron que hay relación entre las lesiones de los tejidos de soporte protésico y las prótesis totales desadaptadas. Concluye que no había prótesis que cumplieran con los parámetros necesarios para evitar ocasionar daños a los tejidos, además concluyo que a más tiempo de uso protésico se presentan más lesiones, desencadenando patologías severas como pérdida ósea y otras asociadas a crecimiento hiperplásico del tejido mucoso que cubre el reborde residual.

1.3. Teorías relacionadas al tema:

1.3.1. Edentulismo

El edentulismo se define como la pérdida total de la dentadura teniendo como causas principales a la caries dental, las enfermedades periodontales, seguidas de fracturas y factores como la mala higiene bucal y el nivel socioeconómico. Al verse afectada la salud bucal va a repercutir sustancialmente en la salud general de los pacientes y su calidad de vida, afectara muchas veces el estado anímico, el gusto por las comidas y la nutrición.^{7,13}

La pérdida dental provoca la alteración de las funciones del sistema estomatognático, tales como: fonética, masticación y estética. En cuanto a la función de masticación, puede conducir a un cambio en la alimentación frecuente del individuo, obligando a ciertas prácticas alimentarias, relacionadas a consumir alimentos suaves que son fáciles de triturar, lo que provoca restricciones alimentarias y compromete el estado nutricional.¹⁴

Afecta a personas de cualquier grupo etario, pero esto es más frecuente en los ancianos, ya que son más susceptibles a la adquisición de enfermedades orales. En el pasado se consideraba a la pérdida dental como una característica inevitable a lo largo de la vida e incluso a la reabsorción ósea, sin embargo, las recientes investigaciones han demostrado que ciertas enfermedades bucales son evitables, debido a la existencia de una gran variedad de medidas preventivas y métodos para que los dientes se mantengan durante un largo período. Es por eso que el edentulismo temprano se considera una falta de interés y educación en salud bucodental.¹⁵

Hernández y sus colaboradores en su investigación subdividieron la población geriátrica en diferentes grupos de edades para mejorar los diagnósticos, tratamientos y programas de desarrollo, con el objetivo de mejorar el manejo clínico del paciente, es así que lo subdividen en: (viejos jóvenes considerados de 60 a 74 años, los viejos viejos aquellos de 75 a 89 años y viejos longevos de 90 a más años).¹⁶

CLASIFICACIÓN	RANGO DE EDAD	CARACTERÍSTICAS
Viejos-jóvenes	De 60 a 74 años	Son potencialmente activos y en su mayoría Sanos.
Viejos-viejos	De 75 a 89 años	Tienen mayor riesgo de presentar limitaciones físicas, psicológicas y sociales.
Viejos-longevos	De 90 y más años	De 90 y más años Grupo poblacional vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico y social

1.3.2. Reabsorción alveolar

La pérdida ósea alveolar en pacientes con edentulismo total, es considerada una enfermedad crónica, es progresiva, no se puede revertir y es acumulativa, en este tipo de pacientes se puede observar mayor velocidad de reabsorción en los primeros seis meses después de haberse realizado una extracción dental, donde la cantidad de reabsorción del reborde es indefinido, se encuentran relacionados los factores mecánicos, biológicos y anatómicos.¹⁷ Según investigaciones, la disminución de estrés mecánico, el tiempo de uso, la ausencia o presencia de las prótesis dentales y número de prótesis, son factores mecánicos, mientras que son otros los factores anatómicos (tamaño mandibular, forma facial, calidad ósea y muscular).¹⁸

Al dejar de estimular la función masticatoria, la cresta alveolar donde se encuentra el espacio edéntulo comienza a disminuir el volumen en ancho y altura, pronunciando más en la mandíbula inferior que en la superior, por lo que si el paciente pierde muchas piezas dentales en un solo evento presentará una diferencia importante entre el maxilar y la mandíbula.¹⁹ La reabsorción varía en cada paciente, afecta no solo la función, sino también la estética, causando cambios en las características faciales debido a la reducción de la dimensión vertical.¹⁸

Según Atwood, la pérdida dental invariablemente conduce a que la cresta alveolar residual se atrofie, considerándose un proceso no reversible que asocia a tres factores principales que inician desde la cicatrización del alveolo afectado hasta que se produce la reabsorción ósea. Estos son: biología del individuo (sexo, edad, equilibrio hormonal, etc.), estructura anatómica de la mandíbula, y factores mecánicos asociados a la fuerza aplicada al hueso alveolar y la influencia de los procedimientos del tratamiento protésico.²⁰ Por lo tanto, los factores locales y anatómicos influyen en la reabsorción de crestas residuales, que generalmente dificultan la rehabilitación protésica.

1.3.3. Rebordes residuales

Los rebordes residuales en términos simples no es otra cosa que "la expresión final de la pérdida de hueso alveolar y hueso basal", esta pérdida ósea está asociada a factores

sistémicos, patológicos, traumáticos y fisiológicos; asociados también con el paso de los años.⁶

Según Millares y Munive, relatan en un estudio que el grado de reabsorción puede ser medido según la altura que presentes los rebordes residuales de acuerdo a lo siguiente:²¹

a)Rebordes altos: Considerados con características similares, tanto en forma, volumen, y altura , presentan : depresiones, prominencias o áreas agudas. Este tipo de rebordes altos proporcionan una buena retención y soporte para futuras prótesis totales.⁴⁸ También se conocen como rebordes normales, ya que mantienen una adecuada altura para soportar toda la prótesis y soportar las fuerzas. Dentro de esta clasificación están las prominencias óseas o los rebordes hipertróficos que se formaron como resultado de la extrusión dental antes de que el individuo se volviera totalmente edentado.²¹

b)Rebordes medios: Denominados también rebordes reabsorbidos, ya que aún mantienen cierta resistencia al desplazamiento lateral de la prótesis, son considerados rebordes con un proceso de baja reabsorción, presentan disminución en la altura, son capaces de proporcionar estabilidad, soporte y retención a las prótesis, pero con ciertas desventajas.²¹

c)Rebordes bajos: Este tipo de rebordes se encuentran reabsorbidos es su totalidad y, en la mayoría de los casos, se encuentran en la mandíbula inferior, generalmente se caracterizan por la pérdida total de la altura o presentan una altura muy baja, también se denominan rebordes planos porque son completamente reabsorbidos.⁴⁸ Obviamente, la capacidad de proporcionar retención, soporte y estabilidad a las dentaduras completas se ha perdido, se asocian con dentaduras inadecuadas, su mal uso o cuando el paciente se encuentra sin dientes durante mucho tiempo y sin haberse realizado un tratamiento protésico, aunque existen algunos factores que influyen como factores biológicos y hereditarios.²¹

Seibert, divide a los defectos del reborde alveolar en tres clases de acuerdo al componente vertical y horizontal del defecto (la clase I que hace referencia a la pérdida de la dimensión vestibulolingual, pero va a mantener su altura en sentido apicocoronal normal del reborde, la clase II donde la pérdida de la dimensión apicocoronal mantiene una anchura

vestibulolingual normal del reborde y finalmente la clase III donde existe pérdida tanto de la dimensión vestibulolingual como apicocoronal, y hay una disminución de la altura y anchura normal del reborde).²²

Por su parte, Allen agrega la clasificación de severidad, de acuerdo al defecto (leve será aquella reabsorción menor a 3 mm, moderado aquel reborde que presenta una reabsorción de 3 a 6 mm y severo cuando presenta una reabsorción mayor de 6 mm).²³

Los defectos de la cresta alveolar pueden causar resultados estéticos inaceptables, especialmente si el sector anterior se ve afectado, por lo que es importante determinar el pronóstico de las deformidades previamente al tratamiento para conocer las limitaciones existentes y escoger la mejor técnica para obtener el mejor resultado posible. El pronóstico será desfavorable si existe defectos de altura.²⁴

Garry y colaboradores clasifican la reabsorción de zonas edéntulas parcialmente desdentadas y desdentadas totales (el reborde clase I donde la altura del hueso residual es más de 21 mm, el reborde clase II donde la altura del hueso alveolar residual se encuentra entre 16 a 20 mm, el reborde clase III donde la altura del hueso residual será de 11 a 15 mm y finalmente el reborde clase IV donde la altura del hueso residual es menos a 10 mm).²⁵

1.3.4. Rebordes residuales y uso de prótesis total.

Las prótesis dentales son un tratamiento ideal para la pérdida de dientes, sin embargo, estas prótesis tienen una vida útil y, si continúan utilizándose más allá de lo permitido, generan daños en los tejidos debido al uso prolongado. Según estudios, indican que la reabsorción ósea es mayor en la mandíbula en los primeros años después de una extracción dental, otras investigaciones han indicado que usar la prótesis disminuye la reabsorción en un 50% durante el primer año después de las extracciones; sin embargo, hay otros que han demostrado en pacientes con prótesis superiores convencionales y con sobredentaduras inferiores, después de 5 años, la mandíbula se reabsorbió 0.6 mm y el maxilar 1.8 mm.^{26,27}

La disminución en la altura de los rebordes obliga a los tejidos blandos a acompañar la reabsorción, lo que resulta en hipotonicidad muscular, dejando notar las líneas de expresión, generando rápidamente las características de la vejez.²⁸ El resultado final de esta reabsorción es un patrón esquelético mandibular de clase III, con pseudoprogнатismo donde el maxilar de retruye, que generalmente es un patrón de edentulismo en los ancianos. Esto ocasionara una relación mandibular-maxilar inversa como resultado final.

Hay investigaciones que realizaron la comparación de la frecuencia de uso entre prótesis inferiores y superiores, donde se observa que el 36.5% de los pacientes no usan o rara vez usan la prótesis inferior y el 19.3% en el caso usan las prótesis superiores. Los ancianos que mencionan usar siempre la prótesis superior son el total de 63.5%, mientras que la prótesis inferior solo el 50%.²⁸ Las investigaciones muestran que aquellos pacientes que no han usado una prótesis dental nunca van a presentar una mayor insatisfacción con el tratamiento que aquellos que tienen una previa experiencia.³⁰

Si anteriormente se le realizó un tratamiento protésico es de vital importancia conocer la experiencia durante y finalizado el tratamiento, para ver si el paciente ha utilizado varias prótesis en un corto período de tiempo, además, debe considerarse el comportamiento y el biotipo del paciente ya que esto puede influir en el tratamiento, sobre todo si el paciente está usando una única prótesis y simplemente está desgastada, la experiencia anterior del paciente fue favorable y se puede esperar un comportamiento igual para el futuro tratamiento.^{31,32}

En aquellos pacientes rehabilitados protesicamente, las fuerzas mecánicas podrían ser derivadas de las fuerzas oclusales funcionales y aplicarse a los tejidos cercanos y, si el huésped tolera estas fuerzas, puede producirse una remodelación del tejido. En casos de estrés excesivo, se producirá una remodelación disfuncional, como la reabsorción de la cresta residual.⁴⁶

La disminución en el tamaño del reborde residual se observa también, en pacientes sin tratamiento protésico, la falta de estimulación mecánica va a ocasionar la pérdida de la masa ósea. Como resultado, la reabsorción ósea alveolar no solo se atribuye a factores protésicos. La planificación y preparación inadecuadas de las prótesis completas genera un impacto en la base ya que esta es encargada de la estabilidad, si se traumatiza las estructuras de soporte

oral se acelera la reabsorción ósea. Se evidencia que cuando el odontólogo tenga conocimiento más amplio de oclusión, el resultado de su tratamiento mejorará para el paciente.^{34,35}

Campbell en su estudio afirma que los rebordes residuales de los pacientes con prótesis son más bajos que de los pacientes que nunca usaron dentaduras postizas completas asegurando que existe una mayor reabsorción en la mandíbula en pacientes que no usan prótesis.³⁶ Pietrokovski y colaboradores mostraron que los rebordes residuales eran significativamente más conservados en pacientes con prótesis.³⁷ Todos estos resultados parecen estar de acuerdo en que las fuerzas oclusales transmitidas a través de las prótesis van a acelerar la reabsorción de la cresta alveolar residual y que también está asociado con el desgaste protésico.³⁸

El objetivo protésico es restablecer la función y anatomía. En portadores de prótesis, el estrés mecánico puede derivarse de fuerzas oclusales funcionales y aplicarse a los tejidos cercanos. Si el huésped tolera estas tensiones, puede producirse remodelación del tejido. En casos de estrés excesivo, se ocasionará una remodelación disfuncional, como la reabsorción del borde residual.³⁸

Milam y Schimitz en su estudio explican el proceso de reabsorción utilizando modelos tridimensionales bajo tensiones mecánicas excesivas, donde los tejidos se perjudican directamente. Basaron su teoría en el concepto de estrés oxidativo, en el cual el estrés mecánico genera radicales libres que causan reabsorción ósea o lesiones en el ATM. Sin embargo, los efectos varían de acuerdo a cada individuo, va a depender del período de edentulismo, las enfermedades sistémicas, la función y calidad de las prótesis dentales, el sexo, la edad, la condición periodontal previa extracción dental y la altura vertical de las crestas.³⁹

La influencia de las prótesis es un tema controvertido, la calidad de éstas es sumamente importante para evitar la sobrecarga en el hueso circundante. Sin embargo, también se observa una reducción en la altura del reborde residual en pacientes sin tratamiento protésico, de acuerdo con el modelo Mechanostat, la pérdida de la estimulación mecánica y el desuso protésico son seguidos por una reducción en la masa ósea. De esa manera que la atrofia ósea alveolar no solo es atribuible a factores protésicos, sino también a la

construcción de prótesis completas inestables que dañan las estructuras de soporte bucal y aceleran el proceso de reabsorción.⁴⁰

1.3.5. Reabsorción de rebordes residuales según sexo

Las hormonas de la sexualidad tienen un papel importante en el mantenimiento y desarrollo de la masa ósea. Tradicionalmente, el papel del estrógeno y la testosterona se considera específico del sexo; ahora se sabe que estos dos tipos de hormonas juegan un papel importante independientemente del género a nivel óseo, ya que las células son los receptores de testosterona y estrógeno. Las hormonas sexuales tienen un efecto que favorece a la masa ósea, ya que inhibe y estimula la reabsorción. El efecto que causan los estrógenos es más poderoso y, aunque ambas hormonas contribuyen a la estimulación la formación ósea, la testosterona influye directamente en los osteocitos maduros y osteoblastos y por otro lado los estrógenos se encargan de regular la actividad osteoblástica en las diferentes etapas de su desarrollo.⁴⁷

Según Tahir, en su estudio, descubrió que la altura promedio de la reabsorción era mayor en hombres que en mujeres con 36.8%.⁴⁸ Así mismo, el estudio de Baat, con objetivo de describir las correlaciones (grado de reabsorción ósea alveolar de los sujetos de prueba, la edad, el sexo, la duración del edentulismo y el número de prótesis totales), determinó que la reabsorción ósea alveolar de las mandíbulas era significativamente más fuerte en el sexo femenino que en el sexo masculino y con un grado más elevado en personas que habían estado sin dientes por más periodo. Es su estudio concluyó que la pérdida ósea metabólica de las mujeres está en relación con la menopausia , y la reabsorción ósea alveolar residual como resultado de diferentes factores, como la correlación entre sexo, edad, salud general y actividad metabólica.⁴⁹

Xie realizó un estudio para examinar la asociación de la reabsorción del reborde alveolar residual con los factores como el sexo, el consumo de alcohol, la edad, el tabaquismo, el índice de masa corporal y ciertas enfermedades sistémicas de las personas, en la que se descubrió que las mujeres mayores tuvieron una mayor reducción del reborde residual mandibular que los varones. Esta población femenina con mayor edad tenía un elevado riesgo de reabsorción severa en la mandíbula sin dientes. Determinando que el sexo femenino es un factor propenso donde se puede producir atrofia mandibular.⁵⁰

1.3.6. Parámetros clínicos de las prótesis totales.

Son aquellas características definidas como ideales que una prótesis completa debe cumplir, para prevenir o mitigar futuras afecciones en los tejidos de soporte que pueden surgir y coexistir en un entorno biológico dinámico y oral, ya que se encontrara rodeado de muchas estructuras móviles.⁴¹

Funcionalidad: Considerara una principal característica que se debe considerar al realizar una prótesis total, ya que, cuando recuperamos la función, también logramos la seguridad y el bienestar del paciente, una de las principales funciones que debemos recuperar en la cavidad bucal es la eficacia de la masticación, una fonética adecuada y una deglución que permita al paciente comer de forma segura , una clara comunicación, sin que interfiera la prótesis. Se debe tener en cuenta, realizar un examen exhaustivo de las superficies a impresionar para detectar cualquier posible causa de molestia, como algunos picos acrílicos, bordes afilados y extensión excesiva en la retención ósea, que se deben eliminar para garantizar la comodidad del paciente y también desviaciones al cierre de la mandíbula.⁴⁴

Retención: Estas fuerzas proporcionan resistencia a la prótesis al movimiento vertical e interactúan con tres superficies protésicas (la que entra en contacto con los labios, las mejillas y la lengua, denominada superficie pulida, aquella que estará en contacto con la prótesis o la dentición opuesta, denominada superficie oclusal y finalmente la que se determina mediante la impresión denominada la superficie de impresión). Las características protésicas que van a determinar la cantidad de retención física obtenida constan de: el área de la superficie de impresión, el sellado periférico, y la precisión del ajuste.⁴²

Estabilidad: Se obtendrá junto con soporte y retención. Siendo de vital importancia en una prótesis , ya que la inestabilidad produce desequilibrio a la masticación y será incómoda para el paciente. La acción equilibrada y coordinada de las superficies lisas con la presión de los labios, las mejillas y la lengua, genera fuerzas estabilizadoras durante la función y mantiene una asociación directa con la oclusión dental.⁴²

Soporte: El hueso alveolar y la mucosa oral deben estar bien delimitados para tener un buen soporte ya que también ayudara a obtener retención y estabilidad. Es común que la prótesis superior se extienda en la parte posterior hasta la línea de vibración; que es aquella que limita a los tejidos estáticos anteriores del paladar duro y los tejidos móviles del paladar blando. Es importante que los bordes protésicos se ajusten a la forma anatómica del fondo de surco, de manera que se pueda producir un buen sellado y así tener la máxima retención física.⁴²

Oclusión: Cuando se producen cargas de masticación en las superficies oclusales de los dientes artificiales, la estabilidad de la prótesis va a depender del tipo de mucosa. También va a depender de que exista una oclusión bilateral, basada en la existencia de contactos bilaterales al mismo tiempo, tanto en la relación céntrica y movimientos excéntricos. Por lo tanto, la oclusión que debe tener una prótesis total debe presentar estabilidad en relación céntrica, dientes con cúspides poco pronunciadas para poder facilitar los movimientos excéntricos y deben ser colocados de acuerdo con la forma de la cresta residual.⁴²

Según Koeck es posible controlar la oclusión, primero empieza con la oclusión estática, donde el contacto debe ocurrir simultáneamente y extenderse regularmente y, por lo tanto, contribuir a la estabilidad de la prótesis durante la masticación. Las verificaciones dinámicas de la oclusión se realizan más tarde, para ello es necesario realizar movimientos laterales y protusivos, y según el concepto de oclusión bilateral equilibrada, deben existir contactos simultáneos.⁴³

Salud: La función de una de la prótesis ya hace referencia a calidad de vida y, por consecuencia a salud general para el paciente, sin embargo se necesita un examen clínico de la mucosa, ya que el uso protésico puede conducir a traumas crónicos traumáticos, úlceras, que son un factor que deteriora la salud oral del paciente adulto mayor.⁴²

Estética: La evaluación de la estética va a permitir verificar en que estado se encuentra una prótesis dental y nos va a permitir poder observar si el aspecto facial del paciente va a mejorar o no. Es así que, podemos apreciar el color, tamaño, y forma de los dientes, la orientación y el nivel del plano oclusal, la posición de la línea media, el grado de soporte de los labios y el desgaste oclusal. Así mismo la altura incisal, la línea de la sonrisa, la secreción bucal y la línea media deben ser evaluadas detalladamente. Todo esto se debe

evaluar teniendo en cuenta al periodo de uso protésico, la edad del paciente, el sexo, el tamaño y morfología facial.⁴²

Confort: Previamente a insertar nuevas prótesis, la superficie de impresión debe examinarse cuidadosamente para detectar posibles causas de dolor, si las hay, deben eliminarse. Debe garantizarse que los dientes se ocluyan de manera uniforme, que las prótesis se mantengan en su lugar, durante la apertura bucal, al hablar, comer y, por lo tanto, garantizar la comodidad del paciente. Esto determina que una prótesis dental debe garantizar eficacia y comodidad, sin causar un trauma mayor al que la boca ya ha estado expuesta.⁴²

Dimensión vertical: Para la rehabilitación protésica, es necesario determinar las relaciones verticales. La dimensión vertical se define como la altura o la longitud del segmento de la cara inferior. Ha sido definido comúnmente como la medida de la altura facial anterior, ubicada entre dos puntos seleccionados arbitrariamente, uno en la mandíbula (generalmente en la base de la nariz) y otro en la mandíbula (generalmente en la barbilla), que coincide con la línea media. La dimensión vertical varía de acuerdo a las distintas posiciones que la mandíbula puede adoptar en el plano vertical (en las funciones de respiración, fonación, masticación y deglución) .⁵¹

Fonética: Es una función fuertemente influenciada por la relación entre dientes, labios y lengua. La pronunciación de los sonidos M, E, F / V Y S puede ser una ayuda valiosa en la identificación de algunos parámetros funcionales y estéticos a tener en cuenta en la planificación del tratamiento, siendo las pruebas fonéticas una ayuda eficaz en la correcta elaboración estética y el diagnóstico funcional. . Pueden proporcionar indicaciones útiles para establecer la posición y la longitud adecuadas del diente, así como para determinar una dimensión vertical apropiada de la oclusión.⁵¹

El sonido M Cuando el paciente se encuentra en posición de reposo, hay un espacio, en promedio, entre 2 y 4 mm, y esto nunca está completamente ocupado por los dientes denominado el espacio libre. La abertura vertical que se encuentra entre los dos arcos mientras se emite el sonido puede ayudar al odontólogo a establecer de manera correcta la dimensión vertical de la oclusión. Esto ayuda a establecer la posición de la postura interoclusal. En el intervalo entre pronunciaciones, se puede evaluar en la posición de

reposo a los incisivos centrales y ayudará a determinar los cambios que deben realizarse en su longitud.⁵¹

El sonido E Según Spear: En aquellos pacientes jóvenes, los dientes superiores solo deben ocupar el 80% del espacio entre los labios, mientras que, en pacientes de edad avanzada, los dientes superiores no deben ocupar más del 50% del espacio entre los labios.⁵²

Los sonidos F / V se producen por el ligero contacto entre los incisivos centrales superiores y el borde superior del labio inferior. La pronunciación suave de estos sonidos significa que los incisivos superiores tienen la longitud correcta y que el perfil del incisivo está colocado correctamente.⁵²

Dado que el sonido S está determinado por el paso uniforme de un flujo de aire plano y amplio, forzado entre las superficies duras de los dientes anteriores superiores e inferiores, los dientes jamás deben contactar mientras se pronuncia ese sonido.

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS?

1.5. Justificación e importancia del estudio

La tercera edad está comprendida entre los 65 y más años de vida, este grupo implica un deterioro gradual de la salud general. En esta etapa, muchas personas llegan con pérdida parcial o total de dientes y la pérdida total de dientes genera cambios en la cavidad oral, como la reducción de la cresta alveolar, así como la pérdida de la función masticatoria.^{34,44}

El tratamiento de rehabilitación del paciente geriátrico será principalmente protésico. Para esto, el odontólogo debe tener conocimientos básicos y específicos en la anatomía de este reborde residual y en la delimitación de cada una de las partes, es responsable de evaluar el aspecto oral y los rebordes residuales, ya que estos serán los principales factores

de retención y estabilidad de las prótesis siendo un aspecto principal a tener en cuenta para la rehabilitación futura.⁴⁵

El profesional a cargo debe usar la observación, y más allá de observar, debe analizar y tener conocimiento de todo el complejo anatómico que estará relacionado con las prótesis, para actuar oportunamente, saber aprovechar los tejidos remanentes, qué elementos considerar, cuando se debe hacer una cirugía preprotésica y cuando no. En una palabra, debe realizar un pronóstico adecuado para el paciente.⁴⁶

Estas consideraciones son relevantes, ya que el éxito en el tratamiento protésico dependerá de una evaluación cuidadosa de la condición oral del paciente y de que la elección del tratamiento proporcione prótesis que contribuyan a las necesidades del paciente.⁴⁷

La presente investigación genera discusión y reflexión sobre el nivel de conocimiento que el profesional debe tener al comenzar el tratamiento, donde exista una preparación y conocimientos previos sobre los problemas de envejecimiento y sobre los cambios sistémicos generales y orales que ocurren en los ancianos, para distinguir los procesos normales de la fisiología del envejecimiento en relación con las patológicas, ya que el anciano es un individuo con características únicas que requiere atención odontológica general integral, con calidad y comprensión.

Los resultados obtenidos en la investigación servirán para determinar la relación entre el tiempo de uso de prótesis completa y la calidad en los rebordes residuales de pacientes edéntulos totales para evitar fracasos en tratamientos protésicos. Este trabajo pretende contribuir información a los estudiantes de la carrera profesional de odontología y plantear medidas que ayuden a mejorar la atención de salud oral en pacientes geriátricos de acuerdo a las necesidades protésicas y a las expectativas que tenga cada paciente.

1.6.Hipótesis:

Existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos el C.P.P.C.E .USS

1.7.Objetivos:

1.7.1. Objetivo general:

Relacionar el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos el C.P.P.C.E .USS

1.7.2. Objetivos específicos:

- Determinar el tiempo de uso de la prótesis total en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según género.
- Determinar el tiempo de uso de la prótesis total en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según edad.
- Determinar el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS de acuerdo al maxilar.
- Determinar el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según edad.
- Determinar el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según género.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1.Tipo y diseño de la investigación

La investigación realizada, fue cuantitativa, retrospectiva y transversal, la cual se basó en la recolección de datos en un solo momento, registrados en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el C.P.P.C.E. USS. Se basó en el método observacional.

2.2.Población y muestra:

Esta investigación contó con una población total de 350 historias clínicas de los pacientes atendidos en el C.P.P.P.E. USS en el periodo 2016-I a 2018-I. Donde el tamaño de muestra convincente para dicha investigación fue de 220 historias existentes de pacientes

atendidos en el área de odontogeriatría, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas donde se registró antecedentes de uso protésico.
- Historias clínicas donde se registró altura de reborde.
- Historias clínicas que tuvieron el sello del docente.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas incompletas

2.3. Variables , Operacionalización

- Rebordes residuales.
- Tiempo de uso protésico

Covariables:

- Edad
- Genero

Operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Tiempo de uso protésico	Corresponde al tiempo medido desde el uso de la prótesis.	Se consideró el tiempo de acuerdo a lo consignado en la H.C	Tiempo de uso	De 0-1 año De 2 a 5 años De 6 a 10 años Más de 10 años	Cualitativa	Ordinal
Tamaño de rebordes residuales	Grado de reabsorción según la altura del reborde residual.	Se consideró el reborde de acuerdo a lo consignado en la H.C	Tamaño de rebordes (según Millares)	Reborde bajo Reborde medio Reborde alto	Cualitativa	Ordinal
COVARIABLES	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Se consideró la edad de acuerdo a lo consignado en la H.C	Cronología	De 60 a 74 años De 75 a 89 años De 90 a más años	Cuantitativa	Continua
Edad						
Genero	Conjunto de características biológicas y anatómicas de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Se consideró el género de acuerdo a lo consignado en la H.C	División de genero	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

El estudio de la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos fue realizado mediante la técnica observacional, en donde se evaluaron todas las historias clínicas aperturadas durante el año 2016 I -2018 I, ubicadas en el archivo del Centro de Practicas Preclinicas y Clínicas de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

Se empleó como instrumento una ficha de recolección de datos, que es un tipo de estudio transversal, es decir fue realizado en un solo momento. La ficha asumió las variables sobre las que se deseó obtener información, fue elaborado por el investigador (ver anexo N° 1), incluye: edad, genero, tiempo de uso protésico, maxilar, tamaño de rebordes. El instrumento fue validado por un experto (ver Anexo N°4) para su posterior aplicación.

Para la fiabilidad del instrumento se aplicó la prueba piloto revisando 20 historias clínicas de pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS, obteniendo como resultado que, según el valor de la prueba estadística de Gamma que, existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes Geriátricos atendidos el C.P.P.C.E. USS, finalmente se obtuvo como resultado que el instrumento puede ser usado para la investigación.

Procedimiento para la recolección de datos

a) Aprobación del proyecto: El proyecto de investigación fue presentado y evaluado por el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán, para después ser revisado por el jurado de tesis y obtener el dictamen de aprobación del proyecto.

b) Autorización para la ejecución: Se solicitó al director del Centro de Prácticas Preclínicas y Clínicas de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán. (ver anexo N° 2) , la aprobación para el acceso a las historias clínicas, para tal efecto se entregó una

solicitud, informando el propósito del estudio y las actividades a desarrollar durante el proceso de recolectar datos.

c) Recolección de datos: Se creó una ficha de recolección de datos donde está incluido: edad, sexo, tiempo de uso protésico, maxilar, tamaño de rebordes y se empezó a revisar una por una de las historias clínicas, se pasaron los datos a una tabla en Excel/Word y luego se analizaron, finalmente se elaboró gráficos en donde se registró los resultados obtenidos.

2.5.Procedimientos de análisis de datos

Los datos obtenidos se tabularon para el análisis estadístico en un modelo de Microsoft Excel Office 2013, luego el análisis de datos se realizó en SPSS Statistics Software Versión 22; que consistió en porcentajes descriptivos tabulares de las variables y covariables en estudio, acompañados de sus respectivos gráficos. Los resultados se sometieron a análisis estadístico utilizando la prueba de Gamma y Chi cuadrado.

2.6.Aspectos éticos

Los criterios que se tomaron en cuenta en esta investigación fueron basados en la declaración de Helsinki, en cuanto a la elaboración fidedigna, la confiabilidad de datos y resultados obtenidos han sido la claridad en cuanto a los términos e información presentada, transparencia de los datos obtenidos y confiabilidad.

2.7.Criterios de Rigor científico

Validez: Existió un planteamiento adecuado del cuadro de Operacionalización por lo que hubo validez, abarcando las diferentes dimensiones que incorporan las interrogantes del estudio.

Replicabilidad: La probabilidad de repetir este estudio y sin contradecir los resultados fue casi nula, ya que se contó con la certeza de la existencia de pacientes

atendidos en el área de odontogeriatría del Centro de Practicas Preclínicas y Clínicas de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

III. RESULTADOS

3.1. Tablas y figuras

Tabla 1:

Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos el C.P.P.C.E. USS.

		Tiempo de uso de la prótesis total				Total
		de 0 a 1 año	De 2 a 5 años	De 6 a 10 años	Más de 10 años	
Rebordes Residuales Maxilar superior	Bajo	0.0%	1.4%	0.0%	9.1%	10.5%
	Medio	6.4%	17.6%	36.4%	17.7%	78.1%
	Alto	4.1%	6.4%	0.9%	0.0%	11.4%
	Total	10.5%	25.4%	37,3%	26.8%	100.0%
Maxilar inferior	Bajo	0.0%	1.4%	5.0%	22.3%	28.7%
	Medio	8.7%	18.1%	31.4%	4.5%	62.7%
	Alto	1.8%	5.9%	0.9%	0.0%	8.6%
	Total	10.5%	25.4%	37,3%	26.8%	100.0%

Medidas simétricas					
		Error estándar			
		Valor	asintótico	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Gamma	-,812	,062	-7,273	,000
N de casos válidos		220			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1; se observa que, el valor de la prueba Gamma para variables ordinales es significativa ($p < 0,01$), lo que indica que existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos el C.P.P.C.E. USS.

Tabla 2:

Tiempo de uso de la prótesis total en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según género

Tiempo de uso de la prótesis total		Genero		Total
		Femenino	Masculino	
De 0 a 1 año	% del total	5.5%	5.0%	10.5%
De 2 a 5 años	% del total	13.6%	11.8%	25.5%
De 6 a 10 años	% del total	20.4%	16.8%	37.2%
Más de 10 años	% del total	17.3%	9.5%	26.8%
Total	% del total	56.8%	43.2%	100.0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,953	3	,582
Razón de verosimilitud	1,976	3	,577
Asociación lineal por lineal	1,452	1	,228
N de casos válidos	220		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2: se observa que, el valor de la prueba chi cuadrado para variables al menos una cualitativa nominal no es significativa ($p > 0,05$). Lo que indica de que no existe asociación entre el tiempo de uso de la prótesis total en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según género.

Así mismo, el 16.8% de los pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS del género masculino usan la prótesis total de 6 a 10 años y el 20.4% de los pacientes geriátricos del género femenino usan la prótesis total de 6 a 10 años.

Por otro lado, el 9.5% del y 17.3% de los pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS del género masculino y femenino respectivamente usan la prótesis total más de 10 años.

Asimismo; el 11.8% y 13.6% de los pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. del género masculino y femenino respectivamente usan la prótesis total de 2 a 5 años.

Tabla 3:

Tiempo de uso de la prótesis total en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según edad.

Tiempo de uso de la prótesis total		Edad			Total
		60 - 74	75 - 89	90 a más	
de 0 a 1 año	% del total	9.6%	0.9%	0.0%	10.5%
De 2 a 5 años	% del total	22.7%	2.7%	0.0%	25.4%
De 6 a 10 años	% del total	22.7%	14.1%	0.5%	37.3%
Más de 10 años	% del total	5.9%	19.5%	1.4%	26.8%

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar		
			asintótico	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Gamma	-0,768	,057	10,176	,000
N de casos válidos		220			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3; se observa que, el valor de la prueba Gamma para variables ordinales es significativa ($p < 0,01$), lo que indica de que existe relación entre el Tiempo de uso de la prótesis total en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según edad, esto es a más tiempo de uso de la prótesis total la edad es mayor (-0,768).

Por otro lado; se observa que, el 22.7% de los pacientes geriátricos que usan la prótesis total de 6 a 10 años tienen edades entre 60 a 74 años, al igual que el 22.7% de pacientes geriátricos que usan la prótesis total de 2 a 5 años tienen edades entre 60 a 74 años.

Tabla 4:

Tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS de acuerdo al maxilar.

		Porcentaje
		Maxilar Superior
	Medio	78.1%
	Alto	11.4%

	Total	100.0%
Maxilar Inferior	Bajo	28.6%
	Medio	62.8%
	Alto	8.6%
	Total	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4; se observa que el 78.1% de rebordes residuales en el maxilar superior se encuentra en el nivel medio y el 62.8% en el maxilar inferior también se encuentra en el nivel medio.

Tabla 5:

Tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según género.

Rebordes Residuales			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Superior	Bajo	% del total	6.4%	4.1%	10.5%
	Medio	% del total	44.0%	34.1%	78.1%
	Alto	% del total	6.4%	5.0%	11.4%
Total		% del total	56.8%	43.2%	100.0%
Inferior	Bajo	% del total	16.4%	12.3%	28.7%
	Medio	% del total	35.9%	26.8%	62.7%
	Alto	% del total	4.5%	4.1%	8.6%
Total		% del total	56.8%	43.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,173	2	,917
Razón de verosimilitud	,175	2	,916
Asociación lineal por lineal	,109	1	,741
N de casos válidos	220		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5: se observa que, el valor de la prueba chi cuadrado para variables al menos una cualitativa nominal no es significativa ($p > 0,05$). Lo que indica de que no existe asociación entre el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según género.

Se observa, que el 44 % de los pacientes geriátricos del sexo femenino atendidos en el C.P.P.C.E. USS tienen un tamaño de reborde residual superior medio y el 35.9% tienen un tamaño de reborde residual inferior medio.

Así mismo, el 34.1 % de los pacientes geriátricos del sexo masculino atendidos en el C.P.P.C.E. USS tienen un tamaño de reborde residual superior medio y el 26.8% tienen un tamaño de reborde residual inferior medio.

Tabla 6:

Tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C. E. USS según edad.

Rebordes Residuales			Edad			Total
			60 - 74	75 - 89	90 a más	
Superior	Bajo	% del total	4.1%	5.4%	0.9%	10.4%
	Medio	% del total	45.5%	31.8%	0.9%	78.2%
	Alto	% del total	11.4%	0.0%	0.0%	11.4%
Total		% del total	61.0%	37.2%	1.8%	100.0%
Inferior	Bajo	% del total	9.5%	18.2%	0.9%	28.6%
	Medio	% del total	42.8%	19.1%	0.9%	62.8%
	Alto	% del total	8.6%	0.0%	0.0%	8.6%
Total		% del total	60.9%	37.3%	1.8%	100.0%

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar		
			asintótico	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Gamma	-0,699	,074	-6,618	,000
N de casos válidos		220			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6; se observa que, el valor de la prueba Gamma para variables ordinales es significativa ($p < 0,01$), lo que indica de que existe relación entre tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS según edad.

Así mismo, el 45.5% de los pacientes geriátricos con edades entre 60 a 74 años atendidos en el C.P.P.C.E. USS tienen un tamaño de reborde residual superior medio y el 42.8% tienen un tamaño de reborde residual inferior medio.

3.2. Discusión de resultados

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos, coincidiendo con el estudio de Choque¹¹ quien demuestra que el tiempo de uso de la prótesis total influye directamente en la configuración de los rebordes alveolares residuales.

Así mismo Espejo⁸ en su investigación determinó que en la reabsorción del reborde residual en ambos maxilares prevalece el grado medio, coincidiendo con nuestro estudio, donde también hubo mayor porcentaje de rebordes residuales en tamaño medio, considerándose de este modo que la prótesis será un factor importante para que el paciente pueda evitar la reabsorción y mantener sus rebordes residuales.

Analizamos también los estudios de Nápoles⁹ y Villalobos¹⁰ con quienes mantenemos una discrepancia debido a los resultados obtenidos en esta investigación, ellos determinan que la reabsorción alveolar está asociada al uso de prótesis total, considerando que, en el período de protésico hasta cinco años, va a ocasionar daños en los tejidos, del mismo modo Moreno¹³ muestra que mientras mayor sea el tiempo de uso de las prótesis totales, será un factor generador de reabsorción ósea alveolar. Mientras que nuestro estudio demuestra que los pacientes que usaban prótesis durante largos periodos, mantenían sus rebordes residuales conservados en su gran mayoría.

Del mismo modo el estudio de Marrón⁷ nos dice que la reabsorción del reborde alveolar residual incrementa en aquellos pacientes con edad avanzada y se encuentra relacionado al uso de prótesis dental, discrepando con los resultados obtenidos en nuestra investigación donde el mayor porcentaje de pacientes geriátricos de 60-74 años mantienen sus rebordes residuales en tamaño medio. Así mismo el estudio Varón¹² demuestra que en su estudio que existe mayor prevalencia tamaño grandes de los rebordes residuales. Lo cual significa que predominan buenos rebordes con tamaño ideal, para confeccionar una prótesis.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1.CONCLUSIONES:

- Por lo tanto, existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales.
- Se determinó que el mayor porcentaje de tiempo de uso de la prótesis total es de 6 a 10 años donde predominó el género femenino.
- Se obtuvo que el mayor porcentaje de pacientes geriátricos de 60-74 años usan la prótesis total de 6 a 10 años.
- En conclusión, el mayor porcentaje de rebordes residuales superior e inferior es de tamaño medio.
- Se determinó que el mayor porcentaje de rebordes residuales son del género femenino predominando el tamaño medio.
- En conclusión, los pacientes geriátricos de 60-74 años tienen rebordes residuales de tamaño medio.

4.2.RECOMENDACIONES

- Incentivar a los profesionales y al estudiante a examinar más exhaustivamente la anatomía de rebordes residuales.
- Los resultados muestran que, a mayor tiempo de uso de la prótesis, el tamaño de rebordes residuales se mantiene, por lo tanto, es necesario que realicen tratamientos protésicos funcionales con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes edentados.
- Las instituciones públicas y privadas de salud podrían difundir mayor información acerca de lo importante que es renovar las prótesis cuando ya cumplen su ciclo de utilidad.
- La profesión del odontólogo exige el espíritu de servicio en beneficio del paciente antes que el propio, para ello se necesita profesionales que se capaciten constantemente para garantizar tratamientos más eficaces y lograr el bienestar del paciente.

- Fomentar investigaciones análogas a este estudio, en las distintas regiones del país, para brindar mayor información a futuras investigaciones.
- Realizar estudios sobre fracasos en tratamientos rehabilitadores.

V. REFERENCIAS

1. Murillo O, Condición y educación bucodental y otros determinantes de la salud en personas adultas mayores de seis cantones del área Metropolitana. Publicación Científica Facultad de Odontología UCR 2011; 13
2. León S, Giacaman R. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. Rev. méd. Chile vol.144 no.4 Santiago abr; 2016
3. Gutierrez V, León M, Castillo A. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Estomatológica Herediana 2015; 25(3).
4. Barroeta C, Flores G. Factores determinantes que afectan el uso de prótesis removibles en adultos mayores rehabilitados en la clínica integral del adulto de la facultad de odontología de la Universidad José Antonio Paez en el periodo septiembre-diciembre 2012. Valencia: Universidad José Antonio Paez; 2012.
5. Oporto V, Fuentes F, Álvarez C, Borie E. Recuperación de la Morfología y Fisiología Maxilo Mandibular: Biomateriales en Regeneración Ósea. Int. J. Morphol 2008; 26(4)
6. Bortolotti L. Prótesis Removibles clásica e innovaciones. Venezuela: Amolca; 2006
7. Marrón C. Frecuencia de tipo de reborde residual en pacientes edéntulos totales de la clínica de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2018.
8. Epejo Q. Prevalencia de edentulismo total y grado de reabsorción del reborde residual en personas de la tercera edad del centro del adulto mayor Francisca Navarrete de Carranza febrero y marzo del 2016. [Tesis pregrado]. Huacho: Universidad Alas Peruanas, 2016.
9. Napoles G, Rivero P, Garcia N, Perez S. Buccal mucosa lesions associated with complete denture wearing in elderly patients. Cuba: Rev. Arch Med Camagüey Vol20 (2); 2016.
10. Villalobos J. Prevalencia de edentulismo total y altura del reborde residual en internos de la tercera edad del establecimiento penitenciario Picsi 2015. [Tesis pregrado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2015.
11. Choque C. Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y la configuración clínica de los rebordes alveolares residuales en pacientes edéntulos totales en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. [Tesis pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015.

12. Varón A, Bustamante J, Hoyos A, Zapata A, Plaza S. Determinación tomográfica de la prevalencia de forma y tamaño de los rebordes residuales en pacientes edentados. Facultad Odontológica Universidad Antioquia 2014; 25(2): 265-282.
13. Moreno B. Influencia de la prótesis total desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar “Chimborazo” [tesis bachiller odontología]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2014.
14. Esan T, Olusile A, Akeredolu P, Esan A. Socio-demographic factors and edentulism: the Nigerian experience. BMC Oral Health; 2004;4:3.
15. Atwood D. Reduction of residual ridges: a major oral disease entity. J Prosthet Dent; 1973.26; 266–279.
16. Hernández R, Mendoza V, Martínez I, Morales L. Odontogeriatría y gerontología. México DF: Editorial Trillas; 2011.
17. Miller D. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent; 1985, 5(8-13).
18. Carr A, Givney G, Mccracken B. Prótesis parcial removible. [Internet]. España: Elsevier España; 2006.
19. Zarb G, Bolender C, Hickey J, Carlsson, G. Prostodoncia total de Boucher. 10° Ed. México; Ed interamericana mcgraw-hill; 1994.
20. Atwood D. Reduction of residual ridges: a major oral disease entity. J Prosthet Dent 1973.26; 266–279.
21. Millares A, Adachi M, Aniya O, et al. Manual de Procedimientos de Laboratorio-Prótesis Total. Lima: Multi – impresos S.A; 1996.
22. Seibert J. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. Compend Contin Educ Dent; 1983 Sep-Oct;4(5):437-53.
23. Allen E, Gainza C, Farthing G, Newbold D. Improved technique for localized ridge augmentation. A report of 21 cases. J Periodontol; 1985 Apr;56(4):195-9.
24. García M, García Y, Martínez B. Técnicas de preservación de alveolo y de aumento del reborde alveolar: Revisión de la literatura. Av Periodon Implantol; 2016; 28, 2: 71-81.

25. Garry M., et al. *Journal of Prosthodontics*, Vol 11, No 3 (September); 2002: pp 181-193
26. García A, Benet R., Castillo B. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. *MediSur*; 2010; 8(1).
27. Lauzardo G , et al. La sobredentadura, una opción válida en estomatología, *Scielo Cuba*; 2008.
28. Jacobson T, Krol A. A contemporary review of the factors involved in complete dentures.Part III: support. *J Prosthet Dent*; 1983; 49(3):30613.
29. Campbell R. A comparative study of the resorption of the alveolar ridges in denturewearers and non-denture-wearers. *J Am Dent Assoc* ; 1960; 60: 143– 153.
30. Pietrokovski J, Harfin J, Levy F. The influence of age and denture wear on the size of edentulous structures. *Gerodontology*; 2003; 20: 100–105.
31. Ponce M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. [Tesis de Bachiller] Chile.Facultad de Odontología, Universidad de Chile; 2003.
32. Mercier P, Bellavance F. Effect of artificial tooth material on mandibular residual ridge resorption. *J Can Dent Assoc*; 2002; 68: 346–350.
33. Milam S, Schimitz J. Molecular biology of degenerative temporomandibular joint disease: proposed mechanism of disease. *J Oral Maxillofac Surg*; 1995; 53: 1448–1454
34. Atwood DA. Some clinical factors related to rate of resorption of residual ridges. *J Prosthet Dent*; 1962; 12: 441–450
35. Mercier P, Bellavance F. Effect of artificial tooth material on mandibular residual ridge resorption. *J Can Dent Assoc*; 2002; 68: 346–350.
36. Campbell R. A comparative study of the resorption of the alveolar ridges in denturewearers and non-denture-wearers. *J Am Dent Assoc*;1960; 60: 143– 153.
37. Pietrokovski J, Harfin J, Levy F. The influence of age and denture wear on the size of edentulous structures. *Gerodontology*; 2003; 20: 100–105.
38. Sánchez A,Serrano B, Sánchez M. Principios Biomecánicos En El Diseño De Prótesis Completas. [Serial Online]; 2009

39. Milam S, Schimitz J. Molecular biology of degenerative temporomandibular joint disease: proposed mechanism of disease. *J Oral Maxillofac Surg*; 1995; 53: 1448–1454
40. Frost H., et al. Discoveries in Molecular, Cellular and Evolutionary Biology 275: 1081–1101
41. Ponce M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. [Tesis de Bachiller] Chile. Facultad de Odontología, Universidad de Chile; 2003.
42. Koeck. Prótesis completas. 4a ed. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2007; 2-12, 154-177, 211, 340.
43. Salas S. Lesiones subprotésicas de dentaduras removibles. *Revista Gaceta Odontológica* 2011; 1 (6):17-20.
44. Watanabe R. Cambio histométrico de la mucosa bucal en pacientes con prótesis total. [Tesis de Maestría]. Lima: Fac. Odontología: UNMSM; 1998.
45. Crawford R, Walmsley A. A review of prosthodontic management of fibrous ridges. *British dental journal* 2005; 199(11);715-9;740-1.
46. Winkler, Sheldon. Protopdoncia total, México: Instituto Politécnico Nacional; 2010.
47. Lawrence B, Sundepp K, Melton J, Sex Steroids And The Construction And Conservation Of The Adult Skeleton. [serial online]; 2002 Julio [Citado 17 de junio 2019] *The Endocrine Society* 23(3):279–302.
48. Tahrir A, N , Halah F, Suhair W , Afrah A.. Atrofia del Reborde Alveolar en la provincia de Anbar. Anbar; Irac: Revista ISSN; 2011
49. Baat C, Warner K. Factors connected with alveolar bone resorption among institutionalized elderly people. Departamento de Función Oral y Odontología Protésica. Facultad de Odontología, Universidad de Nijmegen, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen. Octubre; 1993. 21(5) 317-320
50. Xie Q, Ainamo A, Tilvis R. Association of residual ridge resorption with systemic factors in home-living - elderly subjects. *Acta odontológica scandinavica*. 55 (5): 299-305. octubre; 1997
51. Pintado M. Análisis Funcional de los Pacientes edéntulos Totales Rehabilitados de 60 a 90 años en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega [tesis bachiller odontología]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de Odontología; 2018.

52. Spear F. Achieving the harmony between esthetics and function. Presented at the XIV Italian Academy of Prosthetic Dentistry International Congress, Bologna, Italy, 9 Nov; 1995.

ANEXOS

NEXO N° 1: Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
EDAD	GENERO		TIEMPO DE USO	MAXILAR	TAMAÑO DE REBORDE
De 60 a 74 (1) De 75 a 89 (2) De 90 a más (3)	F	M	De 0-1 años (1) De 2 a 5 años(2) De 6 a 10 años (3) Más de 10 años (4)	SUPERIOR	BAJO (1) MEDIO (2) ALTO (3)
				INFERIOR	
				SUPERIOR	
				INFERIOR	
				SUPERIOR	
				INFERIOR	
				SUPERIOR	
				INFERIOR	
				SUPERIOR	
				INFERIOR	
				SUPERIOR	
				INFERIOR	

ANEXO N° 2 : Formato de solicitud



Especie valorada

S/5.00

FORMATO DE SOLICITUD

Solicita: Acceso a las historias clínicas

Señor(a), Srta

Roberto Ojeda Gomez

Yorivi Dalí Jiménez Machuca

, Con DNI N° 71776888

(Nombres y Apellidos del solicitante)

Email yormi_99@hotmail.com

Telefono: 918005423

Dirección: Próceres #1276

Ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de: Alumna del 9ºº ciclo de Estomatología

(Padre)-(Docente-Alumno-Especialidad- Ciclo)

Recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Acceso a las historias clínicas para realizar un estudio piloto de proyecto de tesis, cuyo tema es "Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y altura de rebordes residuales en pacientes geriatricos atendidos en la clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán"

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponda se atienda mi petición por ser de justicia.

Chiclayo, 07 de junio 2018

Firma del Solicitante

Anexos:

- a. _____
- b. _____
- c. _____



ANEXO N°3: Revisión de historias



ANEXO N°4: validación del instrumento

VALORACION DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

OBJETIVO: Determinar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos el C.P.P.C.E .USS

Huber C. Herrera Flores

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR

Magister

GRADO ACADEMICO DEL EVALUADOR

Huber C. Herrera Flores

CD. Huber C. Herrera Flores
FIRMA 28368