



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**ALTERACIONES ÓSEAS ASOCIADAS A PRÓTESIS
PARCIALES REMOVIBLES
DENTOMUCOSOPORTADAS MAL ADAPTADAS, EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
PROSTODONCIA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ULADECH CATÓLICA, DISTRITO CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE
ÁNCASH - 2019**

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

AUTOR

MONZON MENDOZA, JULISSA PAULINA

ORCID: 0000-0002-0340-9405

ASESOR

HONORES SOLANO, TAMMY MARGARITA

ORCID: 0000-0003-0723-3491

CHIMBOTE – PERÚ

2022

1. Título de tesis

ALTERACIONES ÓSEAS ASOCIADAS A PRÓTESIS PARCIALES
REMOVIBLES DENTOMUCOSOPORTADAS MAL ADAPTADAS,
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PROSTODONCIA
DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA,
DISTRITO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,
DEPARTAMENTO DE ÁNCASH - 2019

2. Equipo de trabajo

AUTOR

Monzón Mendoza, Julissa Paulina

ORCID: 0000-0002-0340-9405

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado, Chimbote,
Perú.

ASESOR

Honores Solano, Tammy Margarita

ORCID: 0000-0003-0723-3491

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Odontología, Trujillo, Perú.

Jurado

De La Cruz Bravo, Juver Jesús

ORCID 0000-0002-9237-918X

Loyola Echeverría, Marco Antonio

ORCID 0000-0002-5873-132X

Ángeles García, Karen Milena

ORCID 0000-0002-2441-6882

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgr. De La Cruz, Bravo Juver Jesús
Presidente

Mgr. Loyola Echeverría, Marco Antonio
Miembro

Mgr. Ángeles García, Karen Milena
Miembro

Mgr. Honores Solano, Tammy Margarita
Asesor

4. Agradecimiento y/o dedicatoria

Agradecimiento

A mi esposo e hijo por su paciencia, ayuda incondicional y brindarme su apoyo para lograr cumplir con mis objetivos trazados.

A mi padre y hermanos por su invaluable apoyo y cariño que siempre me han ofrecido.

A mi madre por haberme dado la vida y es el tesoro máspreciado del mundo que tengo en mi vida.

Agradezco a todos los docentes que tuve en mi camino de la carrera por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todos estos años y también durante todo el desarrollo de la tesis.

Este nuevo logro es gran parte gracias a todos ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio fue muy difícil para mí, pero con esfuerzo y sacrificio pude lograr todo lo que tenía en mente.

Dedicatoria

A Dios por su inmenso amor y bendición que recibo día a día, por darme la oportunidad de estar en este mundo y brindarme la confianza de poder ayudar a los demás.

Y permitirme tener y disfrutar de mi familia en este momento tan maravilloso de mi vida que estoy disfrutando mis logros que me he trazado.

5. Resumen y abstract

Resumen

Objetivo: Identificar las alteraciones óseas más frecuente producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportadas mal adaptadas en pacientes atendidos en el área de prostodoncia de la clínica Odontológica ULADECH Católica, distrito Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash – 2019. **Metodología:** Fue de tipo cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, nivel descriptivo y diseño no experimental – observacional. La muestra se conformó por 50 pacientes, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la técnica fue la observación y el instrumento utilizado fue una guía de registro de observación. **Resultado:** La alteración ósea más frecuente fue la disminución del reborde óseo residual (maxilar) con 38% (19), en las características de la prótesis se encontró que en el tiempo de uso fue de 82% (41), según edad se evidenció que los pacientes de 61-80 años de edad sufren alteraciones óseas con 22% (11); en el género femenino se evidenció que 24% (12) sufren alteraciones óseas y el género masculino 14% (7) sufren alteraciones óseas. **Conclusión:** La alteración ósea más frecuente en pacientes atendidos en el área de prostodoncia de la Clínica Odontológica ULADECH Católica fue la disminución del reborde óseo residual maxilar.

Palabras clave: Alteraciones, óseas, prótesis, removible.

Abstract

Objective: To identify the most frequent bone alterations produced by the poorly adapted dental-mucous-supported removable partial prosthesis in patients treated in the prosthodontics area of the ULADECH Catholic dental clinic, Chimbote district, province of Santa, department of Áncash - 2019. **Methodology:** it was quantitative, observational, prospective, transversal and descriptive, descriptive level and nonexperimental - observational design. The sample was composed of 50 patients, the sampling was non-probabilistic for convenience, the technique was observation and the instrument used was an observation recording guide. **Result:** The most frequent bone alteration was the decrease of the residual bone ridge (maxilla) with 38% (19), in the characteristics of the prosthesis it was found that in the time of use it was 82%(41), according to age it was evidenced that the patients of 61-80 years of age suffer bone alterations with 22%(11); suffer bone alterations and in the female gender 14%(7) suffer bone alterations **Conclusion:** The most frequent bone alteration in patients seen in the prosthodontic area of the ULADECH Catholic Dental Clinic was the reduction of the maxillary residual bone ridge.

Keywords: Alterations, bone, prosthesis, removable.

6. Contenido

1. Título de tesis.....	ii
2. Equipo de trabajo.....	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iv
4. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria	v
5. Resumen y abstract.....	vii
6. Contenido.....	ix
7. Índice gráficos, tablas y cuadros.....	xi
I. Introducción.....	1
II.Revisión de Literatura.....	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.2. Bases teóricas de la investigación.....	10
III. Hipótesis.....	29
IV. Metodología.....	30
4.1. Diseño de la investigación.....	30
4.2. Población y Muestra.....	31
4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores	34
4.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	35
4.5. Plan de análisis	36
4.6. Matriz de consistencia	37
4.7. Principios éticos.....	38
V. Resultados.....	40

5.1. Resultados.....	40
5.2. Análisis de resultados	44
VI. Conclusiones.....	46
Aspectos complementarios.....	47
Referencias bibliográficas.....	48
Anexos	54

7. Índice de tablas

Tabla 1: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportadas mal adaptadas en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.....	40
Tabla 2: Características de las prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.....	41
Tabla 3: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por las prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019, según edad	42
Tabla 4: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por las prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019, según género	43

Índice de gráficos

Gráfico 1: Frecuencia de alteraciones óseas producida por la prótesis parcial removible dentomucosoportadas mal adaptadas en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.....	40
Gráfico 2: Características de las prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.....	41
Gráfico 3: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por las prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019, según edad	42
Gráfico 4: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por las prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019, según género	43

I. INTRODUCCIÓN

En Odontología, la rehabilitación oral se encarga de reemplazar los dientes perdidos en la cavidad oral y los tejidos adyacentes con una prótesis que puede ser removida e insertada a voluntad. El propósito de las prótesis parciales removibles es restaurar las necesidades funcionales y estéticas de las personas y proteger la integridad de los dientes restantes y sus estructuras de soporte¹. En el campo de la odontología, el cuidado dental es importante para la nutrición, la masticación y la estética, desempeña un papel importante en la comunicación, y la calidad de vida de las personas. El reemplazo de los dientes con prótesis restaura la función estomatognática para promover la estabilidad de las estructuras dentales. Una buena limpieza es muy importante para mantener la boca sana, estética y funcionalmente. Es por esto que se promueve la rehabilitación de la salud bucal a través de la prevención, porque sabemos que los adultos mayores tienen muchos cambios, como cambios orales por dentaduras desalineadas, que con tiempo son visibles a nivel óseo.²

Los pacientes parcialmente desdentados, con necesidades de uso de prótesis, tienen en su mayoría prótesis inapropiadas que provocan alteraciones óseas. Las prótesis parciales removibles dentomucosoportadas en el adulto mayor, a menudo tienen protuberancias distales unilaterales o bilaterales, produciendo en sus tensiones adicionales sobre las estructuras de soporte de los pilares, donde el hueso es el elemento más sensible debido a la presión sobre la reabsorción. Con la edad, una persona experimenta muchos cambios a nivel de la boca, incluida la ausencia total o parcial de dientes, que luego no se reemplazan naturalmente.³

Los problemas orales asociados con la fabricación y el mal uso de las prótesis removibles van en aumento debido a la poca o ninguna supervisión regular por parte de un profesional autorizado y la preparación, el uso y el mantenimiento inadecuados de los dispositivos. ⁴

Actualmente, se están desarrollando medidas preventivas para la salud en general y esto ha aumentado las expectativas de la población mundial y mejorado la calidad de vida,⁵ las personas en edad vulnerable entre 75 años en adelante, sufren al menos una enfermedad crónica que limita el acceso a la odontología y dificulta el mantenimiento a largo plazo, como las prótesis.

A nivel latinoamericano, Deliso D. y Díaz A⁶ (Venezuela, Bárbula 2013) evidenció que la alteración ósea más frecuente es la disminución del reborde óseo residual en mandíbula con un 71,11%, representada en su mayoría por la población masculina con un 75% entre los 71 años en adelante.

A nivel nacional, Contreras M.⁷ (Cerro de Pasco, 2017) evidenció que la alteración ósea más frecuente es la disminución del reborde óseo residual en la mandíbula con 34.25% (25).

Ante lo sustentado se formuló el siguiente enunciado del problema ¿Cuáles son las alteraciones óseas asociadas a prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en el área de Prostodoncia de la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash - 2019?. El objetivo general fue, Identificar las alteraciones óseas más frecuentes producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada en pacientes atendidos en el área de

prostodoncia de la clínica Odontológica ULADECH Católica, distrito Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash – 2019, y como objetivos específicos; determinar las alteraciones óseas asociadas a prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019 según característica, edad y género.

La investigación se justifica con fines de obtener datos estadístico real sobre las alteraciones óseas frente a una prótesis mal adaptada. Asimismo, sirve como antecedente para futuras investigaciones. Estuvo enfocada en las alteraciones óseas de los pacientes portadores de prótesis removible, por ello se identificó el problema que presentan los pacientes para así poder conocer las diferentes alteraciones óseas y poder brindarle una atención adecuada para cada paciente y mejorar su rehabilitación oral y estético.

La investigación se desarrolló en las instalaciones de la Clínica ULADECH Católica, se estableció una metodología fue de tipo cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, nivel descriptivo y diseño no experimental – observacional. La muestra se conformó por 50 pacientes con prótesis parcial removible, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la técnica fue la observación y el instrumento utilizada fue una guía de registro de observación; como resultado, se obtiene la alteración ósea más frecuente la disminución del reborde óseo residual maxilar con 38% (19), en las características de la prótesis se encontró que en el tiempo de uso fue de 82% (41), según edad se evidenció que los pacientes de 61-80 años de edad sufren alteraciones óseas con 22% (11) y en el género femenino evidenció fue de 24% (12) y en el género masculino de 14% (7) sufre alteraciones óseas.

La investigación consta de seis apartados, se inició con la introducción, el enunciado del problema, el objetivo general y los objetivos específicos; justificación; revisión de la literatura con los antecedentes, bases teóricas y la hipótesis. Luego se planteó la metodología donde se expone el tipo, nivel y diseño de la investigación, la población y muestra, la operacionalización de variables e indicadores; técnica e instrumento de recolección de datos, plan de análisis, matriz de consistencia y principios éticos. Finalmente se presentó los resultados mediante tablas y gráficos con su respectiva interpretación, luego el análisis de resultado, las conclusiones y recomendaciones.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes

Internacionales

Huber L, López M, Rosende O, ⁸ (México, 2018) realizó un trabajo de investigación sobre “Ruidos articulares en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible”. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y tipos de ruidos articulares y su relación con las clases de Kennedy y la presencia o ausencia de sintomatología dolorosa. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, se realizó exploración táctil y auscultación de la articulación temporomandibular (ATM) a 50 pacientes parcialmente bimaxilares. **Resultado:** 34 pacientes pertenecen al sexo femenino (68%) y 16 al masculino (32%). La incidencia de ruidos articulares fue del 48%: clics simples 48.15%, clics recíprocos 25.9%, pop 18.5%, y crepitaciones 7.4%. La anamnesis mostró presencia de dolor en un 14%. La coincidencia de ambos signos (dolor y ruido) coincidió en un 25%. **Conclusión:** Presentó alta incidencia de clics simples relacionada con la clase II de Kennedy. Las alteraciones temporomandibulares y los ruidos presentes en las mismas tienen una mayor frecuencia en pacientes desdentados del sector posterior en clase I y II de Kennedy donde se evidenció la presencia de ruidos mediante la ocultación.

Machado A, y cols ⁹ (Chile, 2015) realizó un trabajo de investigación sobre “Alteraciones de la masticación en usuarios de prótesis dental removible. Revista sistemática”. **Metodología:** Estudio cualitativo y/o cuantitativo, incluyeron estudios que identificaran la relación entre el uso de prótesis dental removible y la masticación en adultos usuarios de dichas prótesis dental.

Resultados: Los usuarios de prótesis presentaban un rendimiento masticatorio 80% inferior a los que tenían dentadura natural. **Conclusión:** El tipo de prótesis tiene influencia sobre la performance masticatoria y que la mayor eficiencia se relaciona con el uso de prótesis con oclusión balanceada bilateral.

Vergara C, y cols ¹⁰ (Chile, 2015) realizó un trabajo de investigación sobre “Efecto del aumento de la dimensión vertical en la posición natural de cabeza en pacientes portadores de prótesis removible”. **Objetivo:** Estudiar la variación de la posición natural de la cabeza al aumentar la dimensión vertical oclusal (DVO) en pacientes portadores de prótesis removible. **Metodología:** Tipo de estudio analítico, cuasi experimental, incluyó un total de 56 adultos mayores portadores de prótesis removibles totales y parciales (solo con grupo V remanentes), en los cuales se analizó la posición de la cabeza en sentido sagital al modificar la DVO aumentando progresivamente la altura oclusal en 5, 10 y 15 mm, mediante el uso de fotografías de perfil estandarizadas en posición natural de la cabeza. **Resultado:** Todos los voluntarios mostraron cambios de la posición natural de la cabeza, rotando posteriormente al modificar la DVO. El test ANOVA no mostro que esta diferencia fuera estadística. Hubo asociación positiva entre el cambio gradual de la DVO y el grado de rotación de la cabeza. El test de Pearson mostró asociación estadística. **Conclusión:** Mientras mayor sea el aumento de altura oclusal mayor es la rotación posterior de la cabeza, los hallazgos de este estudio apoyan el concepto de que existe una integración anatómica y funcional entre los distintos elementos que componen la unidad cráneo cérico mandibular, actuando como un todo frente a la variación de uno de sus componentes.

Deliso D, Díaz A,⁶ (Venezuela, 2013) realizó un trabajo de investigación sobre “Alteraciones óseas y musculares en los adultos mayores portadores de prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas”. **Objetivo:** Determinar las alteraciones óseas y musculares en los adultos mayores portadores de prótesis parciales dentomucosoportadas mal adaptadas. **Metodología:** Es un estudio descriptivo y no experimental de tipo intencional, la muestra estuvo constituida por 45 pacientes mayores de 50 años, que tengan este tipo de PPR mal adaptada, con consentimiento informado aprobado. Las técnicas fueron: la observación (guía de observación) y la encuesta (cuestionario), éstas fueron aplicadas a los pacientes. **Resultado:** La alteración ósea más frecuente es la disminución del reborde óseo residual en mandíbula con un 71,11%, representada en su mayoría por la población masculina con un 75% entre los 71 años en adelante. Entre las alteraciones musculares, se obtuvo que la dificultad al hablar y masticar teniendo la prótesis en boca representó un 71,11 % representada por la población masculina con un 81,25% en personas de 50 a 60 años. **Conclusión:** Los pacientes que tienen este tipo de PPR presentan diferentes alteraciones óseas y musculares, que con el tiempo tendrá un mayor grado de severidad si no asisten al especialista para confeccionarles una nueva prótesis acorde a cada paciente y lograr el buen funcionamiento del aparato estomatognático.

Ramos M, y cols ² (Cuba, 2005) realizó un trabajo de investigación sobre “Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales”. **Objetivo:** Identificar los pacientes examinados según edad y sexo, determinar las alteraciones clínicas bucales más frecuentes relacionadas con

las prótesis parciales según grupo etario, sexo, tiempo de uso y tipo de aparato protésico. **Metodología:** Tipo de estudio descriptivo, incluyó un total de 128 pacientes geriátricos portadores de prótesis parcial. **Resultado:** El sexo femenino presentó 66,47%, los pacientes entre los 60 y 69 años con la mayor cantidad de afectaciones bucales tales como desgastes dentarios con el 78,89%, alteraciones periodontales con el 76,54%, caries dental con el 70,30% y reabsorción ósea con el 64,06%. **Conclusión:** Se evidenció que afectó más al sexo femenino y a los pacientes que usaron la prótesis por más de 10 años.

NACIONAL

Contreras M. ⁷ (Cerro de Pasco 2017) Realizó un trabajo de investigación sobre “Cambios musculares y óseos en portadores de prótesis parciales removibles en los trabajadores del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco 2017”. **Objetivo:** Determinar los cambios musculares y óseos en portadores de prótesis parcial removibles en los trabajadores del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco 2017. **Metodología:** De tipo descriptiva, diseño no experimental de corte transversal. se tomó una muestra no probabilística, con criterios de inclusión y exclusión, se contó con 73 pacientes. Posteriormente se procedió a la recolección de datos en las fichas de registro. **Resultado:** El grupo etario preponderante en el estudio es de 41 - 60 años con 54.79% (40). El género más frecuente en el estudio fue el femenino con 52.05% (38). La ubicación más frecuente de las prótesis parciales removibles fue el inferior con 47.95% (35). El tiempo de uso promedio de las prótesis fue entre 4 y 6 años con 57.53% (42).

Las alteraciones musculares más frecuentes afectan a los músculos masticatorios con 39.73% (29). La alteración ósea más frecuente fue la disminución del reborde óseo residual con 34.25% (25). Las alteraciones óseas en portadores de prótesis parciales removibles varían de acuerdo al tiempo de uso de estas. **Conclusión:** El género femenino presenta mayor porcentaje prótesis mal adaptada, la ubicación más frecuente fue el maxilar inferior y el tiempo de uso entre 4 y 6 años de uso y las alteraciones musculares afectan a los músculos masticatorios y la alteración ósea más frecuente es la disminución del reborde óseo residual.

Cirilo J. ¹¹ (Lima, 2017) Realizó un trabajo de investigación sobre “Factores que influyen en el uso de prótesis parcial removible en pacientes del servicio de estomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017”. **Objetivo:** Determinar los factores en el uso de prótesis removible en pacientes que acuden al servicio de estomatología del Hospital Arzobispo Loayza, 2017. **Metodología:** Se entrevistaron a 182 pacientes, de los cuales 138 usaban PPR actualmente y 44 no usaban, pero habían tenido experiencias con ellas. Los factores evaluados fueron los inconvenientes reportados por los pacientes con uso actual, y los que generaron el desuso en los pacientes sin uso actual. Se registró también el sexo, edad, material, ubicación, tiempo y motivo de uso de la prótesis. **Resultado:** La prevalencia de los factores evaluados fue de 55,2% en prótesis más prevalentes actualmente y 84,1% de la prótesis sin uso actual. Los factores más prevalentes actualmente fueron: aflojamiento de la prótesis, dificultades en la masticación y dolor en la masticación. Mientras los que generaron desuso de las prótesis fueron: dificultades en la masticación, rotura

de base protésica y presión en las mucosas. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de inconvenientes y el sexo.

Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de factores que influyen en el uso de la PPR. Los factores más presentados fueron aflojamiento de la prótesis, dificultades en la masticación y dolor en la masticación. El sexo influyó en la prevalencia de inconvenientes con PPR.

2.2 Bases teóricas de la investigación

Prótesis parcial removible

En la Odontología, la rehabilitación oral consiste en reemplazar los dientes perdidos en la cavidad oral y los tejidos adyacentes con una prótesis que pueda removerse y usar a disposición. El propósito de las prótesis parciales removibles es restaurar las necesidades funcionales y estéticas de las personas y proteger íntegramente los dientes remanentes con sus estructuras de soporte.¹

Asimetrías dentales y faciales

Existen diversos factores etiológicos que, de forma individual o combinada, pueden influir en el desarrollo de las asimetrías faciales y dentales. Entre estos factores se destacan genéticos, ambientales, funcionales y del desarrollo.

La pérdida de dientes y la oclusión natural son el resultado de cambios en los tejidos duros y blandos del rostro, que provocan un cambio drástico en la dimensión vertical. Daña la estética de las personas y también el funcionamiento de los procesos estomatognáticos como la fonación y la masticación lo que también provoca parálisis muscular.⁷

La dimensión vertical, puede considerarse un punto de partida para el diagnóstico del mal estado de la prótesis removible de los pacientes, ya que determina la longitud vertical de la cara, ubica en la línea media, y su punto de referencia es el punto subnasal hasta el borde inferior del mentón. La nueva dimensión vertical obliga a los músculos a tomar una posición diferente, en muchos casos los pacientes no tienen la capacidad de adaptación y estos pueden derivar en diversos trastornos temporomandibulares.⁷

Factores etiológicos:

Factor Genético: Las irregularidades más severas se estudian en personas con defectos craneofaciales (microsomía hemifacial, craneosinostosis, hendiduras faciales).

Están vinculadas con anomalías durante el crecimiento embriogénico temprano que perjudican la proliferación de células de la cresta neural y las vías de migración. No están totalmente establecidas aún las causas de estas anomalías, a través de investigaciones, la influencia de mutaciones en los genes del receptor del factor de desarrollo fibroblástico (FGF-R), el gen Sonic Hedgehog y segmento Homeobox (Msx), conducen no solo a las hendiduras faciales sino también a la pérdida de la estructura de la línea media, la ausencia de los incisivos centrales. Las transformaciones pueden desarrollarse no solo en la asimetría del esqueleto, sino también en la asimetría dentro de los arcos dentales.¹²

No están totalmente establecidas aún las causas de estas anomalías.

Factor Ambiental

El trauma del ATM produce hemartrosis intracapsular, tiene gran capacidad para producir anquilosis. Algunas infecciones como la otitis media recurrente pueden causar anquilosis o las infecciones producidas por el virus zoster pueden generar parálisis facial unilateral. Otros factores ambientales que se han reportado como causantes de las asimetrías son la presión intrauterina y las posiciones posturales de los niños recién nacidos, sus efectos son habitualmente pasajeros. ²

Factor funcional

Por razones funcionales, las asimetrías pueden ser producto de la desviación mandibular provocada por un contacto prematuro durante su suspensión, resultando en mordidas cruzadas posteriores unilaterales, mientras que la mandíbula es simétrica en reposo. También pueden ocurrir debido a defectos del ATM acompañadas por deslizamiento discal.

Factor del desarrollo

La asimetría puede resultar del desarrollo anormal del esqueleto y los dientes. Las asimetrías asociadas con cambios en las estructuras craneofacial individuales alteran el desarrollo de la base cráneo y dan como resultado una asimetría en la posición de la fosa glenoidea.

Una fosa que es anterior a la fosa opuesta puede causar una rotación mandibular asimétrica con consecuencias oclusales, como una relación clase III en el lado donde la fosa y el cóndilo están posicionados más anteriormente y una relación

clase II en el lado contralateral. Estas asimetrías también pueden producir discrepancias en la línea media.⁷

Las asimetrías mandibulares pueden estar relacionadas no solo con la posición sino también con la morfología asimétrica mandibular. La diferencia en la longitud del cuerpo de la mandíbula inferior, así como la diferencia en la altura de la rama, pueden provocar asimetría.⁷

Otros cambios comunes son las erupciones ectópicas de dientes permanentes, impactaciones, ausencia congénita de dientes permanentes, cambios en el tamaño y, forma de los dientes y la formación de dientes supernumerarios.

Deficiencia transversal del maxilar

La deficiencia cruzada del maxilar es causada por muchos factores, incluidos factores genéticos, de desarrollo (hábito, chuparse el dedo), iatrogénicos y traumáticos (cierre del paladar fisurado). Esta condición puede ser difícil de evaluar, con menos tejido blando de soporte en el maxilar y menos cambios en la hipoplasia transversal aislada del maxilar. La deficiencia maxilar, la displasia vertical y sagital pueden ocultar una desproporción cada vez mayor.

Asimetría mandibular

La asimetría mandibular está relacionada con el centro de crecimiento de los cóndilos y puede controlar directa o indirectamente el tamaño del cóndilo y la distancia del cuello del cóndilo, la longitud de la rama y el cuerpo de la mandíbula. La deformación irregular del tercio inferior de la cara y su gravedad depende del momento de su aparición y duración. La simetría puede disminuir

debido a una mayor compensación en los huesos adyacentes. La etiología de esta deformidad está relacionada con factores ambientales como traumatismos, infecciones o genética.²

Las irregularidades de la mandíbula pueden denominarse según su origen y sus manifestaciones:

- **Hiperplasia condilar**

Este es un cambio caracterizado por un crecimiento excesivo y progresivo, que afecta a la articulación mandibular, cóndilo, cerviz, cuerpo y rama. Es esencialmente un proceso degenerativo y destructivo, que genera un crecimiento desproporcionado antes de que termine el crecimiento de la persona y continúa después del cese del crecimiento humano general.

- ***Hiperplasia hemimandibular.*** – Es el patrón verticalmente dominante, en donde el crecimiento del cuello, cóndilo y la rama, es más pronunciado verticalmente, con una curvatura de la rama y el ángulo del ángulo de la mandíbula.

- ***Elongación hemimandibular.*** Es el modelo de predominio horizontal. Caracterizado por el desplazamiento del maxilar inferior en sentido horizontal y del mentón hacia el lado no afectado. La rama no tiene crecimiento vertical. El plano oclusal se puede inclinar en el lado no afectado.²

- **Hipoplasia hemimandibular**

Puede afectar a un solo tejido, como el hueso, con secuelas secundarias, o lesionar varios tejidos, como una enfermedad en la que un lado del tejido facial no se desarrolla. Estos trastornos pueden ser moderados o severos e

involucran solo un lado de la cara. El crecimiento del maxilar inferior es insuficiente.

○ **Asimetría mandibular asociada a tortícolis muscular congénita**

Es una enfermedad que se diagnostica en la primera infancia. Se caracteriza por un acortamiento de uno de los músculos cervicales, generalmente el músculo esternocleidomastoideo, que hace que la cabeza se incline hacia el lado afectado y que la cara gire hacia el lado opuesto. La asimetría facial se caracteriza por el aplanamiento de la parte occipital del cráneo del lado opuesto, depresión del músculo cigomático y peor estado de la órbita, oído y boca del lado afectado.

La asimetría de la mandíbula se determina en el plano oclusal sin pendiente vertical, la línea media dental se desvía al lado afectado, así como al mentón.²

Asimetrías Funcionales

Pueden ser causados por la flexión lateral o anteroposterior de la mandíbula. Pueden ser causados por el colapso del arco maxilar o por factores como dientes desalineados.

Algunos trastornos de la ATM que involucran el desplazamiento del disco anterior sin contractura pueden hacer que se desvíe la línea media durante la apertura debido a la traslación deficiente de la mandíbula en el sitio afectado.

Para obtener una historia médica y odontológica completa, es necesario hacer un adecuado diagnóstico de las asimetrías dentofaciales, que incluya examen clínico, radiografía, análisis fotográfico, modelos de estudio y su montaje en el articulador.

Esto se necesario para identificar los tejidos blandos, dentales, esqueléticos y funcionales en asimetría.

El examen médico puede detectar irregularidades en los tres planos espaciales: vertical, sagital o transversal; incluyendo examen intraoral y evaluación facial y dental la línea media para detectar trastornos de la articulación temporomandibular.

Clasificación de los patrones de reabsorción y calidad ósea:

Según las dimensiones óseas: Está presente la mayor parte de la cresta ósea, la cresta alveolar se reabsorbe moderadamente y la reabsorción es grave del reborde alveolar y reabsorción ósea basal severa.

Con respecto a la calidad del hueso: Presencia de capa gruesa de hueso compacto, que recubre núcleo trabecular de baja densidad, con una fina capa de hueso cortical.¹¹

Ante el problema de una prótesis mal adaptada, es necesario conocer la forma y velocidad de la reabsorción de los arcos dentarios luego de la pérdida total o parcial de los dientes, porque pueden aparecer pacientes con rebordes óseos ya reabsorbidos y al instalar las prótesis pueden no quedar bien adaptadas, ocasionan daño al paciente en los tejidos. Una prótesis removible incorrecta puede acelerar el proceso de reabsorción y provocar una alteración ósea.

El uso de prótesis puede llegar a provocar un dolor incómodo, incluso un dolor insoportable generado por tener un cuerpo extraño en la boca. Al lesionarse los tejidos, se vuelven más sensibles y susceptibles a los daños. Las

manifestaciones comunes en estos casos son: dolor, hemorragias, úlceras en la mucosa; las cuales pueden ser a causa de una mal confección de la prótesis, dolor de dentadura y a los cambios en las condiciones de los tejidos con la edad y la enfermedad.¹³

El dolor de prótesis es un misterio para los dentistas. Algunos pacientes no tienen signos evidentes de daño tisular, experimentan un dolor intenso, mientras que otros pacientes no saben que sus encías están gravemente dañadas. Por lo tanto, deben ser revisados regularmente por un dentista dos veces al año. Las principales causas de dolor al usar prótesis son las siguientes:¹³

- Prótesis mal confeccionada, que puede ser el resultado de una mala calidad de construcción o características especiales en la anatomía del hueso subyacente en el maxilar inferior. Ello ocasiona que parte del tejido blando existente entre el hueso y la base de la prótesis soporta más presión que otras partes del tejido, volviéndose más frágil y vulnerable, sufriendo daño. Los síntomas comunes de un tratamiento deficiente incluyen: dolor, sangrado y heridas abiertas en las encías.
- Presión aguda que ocurre cuando los pacientes mueven la boca y hacen contacto con los dientes. Se da principalmente al masticar, siendo mayor la presión cuando son alimentos duros. También puede sentirse esa presión sobre las encías durante el habla normal u otras actividades que requieren el movimiento de la mandíbula.
- Cambios en los tejidos debido a la edad y la enfermedad: Las encías pierden su elasticidad y se adelgazan con la edad. Esta es una causa común de mal

ajuste que se puede corregir con un nuevo juego de prótesis dental. Este proceso nunca se detiene, pero las visitas regulares al odontólogo y los chequeos regulares suelen ser la única forma de prevenirlo.¹³

Alteraciones óseas

Pérdida de dientes y reabsorción del proceso alveolar

Es de mucha importancia la presencia del tejido óseo de los procesos alveolares, porque los dientes necesitan estar anclados y apoyados en los maxilares. La regeneración ósea sucede de tal manera que la reabsorción ósea es seguida por la formación. Están íntimamente relacionados estos procesos, en condiciones normales la reabsorción sigue a la formación ósea, para así mantener constante el volumen y la masa ósea.

Los cambios endocrinos interrumpen vínculo entre formación y reabsorción ósea, Esto tiene efecto particularmente negativo sobre el crecimiento y la vejez. Las mujeres son más propensas a enfermarse que los hombres porque tienen menos masa ósea y envejecen más rápido.

La pérdida de dientes significa el fin de la estimulación fisiológica de los procesos alveolares. El metabolismo local sufre cambios, predominando el catabolismo. La actividad osteodemoledora es mayor que la osteogénesis e imprime cambios morfoestructurales clave en los procesos alveolares que conducen a una atrofia reducida.¹⁴

Evolución morfológica de la mandíbula y del maxilar edéntula

La reabsorción ósea de la cresta residual es opuesta a la morfología del proceso alveolar. Los músculos de la mandíbula activan palancas óseas, que funcionan

en conjunto con la rama mandibular a través de poderosas hondas contrapuestas, cada una de las cuales consta de los músculos masetero y pterigoideo interno, que actúan en un sentido hacia arriba, adelante y medial. Para conservar la energía masticatoria en la región posterior, los montajes de molares y premolares están vinculados a vectores que surgen del eje de función muscular y este desarrollo tridimensional se facilita a medida de separación del proceso alveolar de la plataforma ósea.¹⁵

Los caninos e incisivos están ubicados en el vestíbulo porque las bases óseas maxilares divergen anteriormente y los dientes requieren una inclinación anterior a los antagonistas y un proceso alveolar similarmente inclinado y extendido verticalmente para mantener la reciprocidad. Además, debe resistir la parte frontal de la mandíbula, la apertura y protrusión, los momentos flectores generados por los músculos pterigoideos laterales, y en este nivel el cuerpo se fortalece la proyección del perfil hacia adelante el mentón. Por lo tanto, el conjunto dentario delantero está más atrás con respecto al cuerpo, pero inclinados hacia delante.

Para que se mantengan condiciones mecánicas estables durante la función, los premolares y molares están diseñados de tal manera que reciben fuertes fuerzas oclusivas más intensas sobre las cúspides de apoyo y las dirigen hacia el paladar a través de las raíces palatinas, es por ello que la tabla ósea palatina es gruesa y fuerte. Mientras que las cúspides vestibulares tienen función de corte y de desviación y están sujetos a menos fuerzas oclusales. Las raíces vestibulares correspondientes actúan como elementos estabilizantes de la pared ósea vestibular.¹⁵

El comportamiento de los dientes anteriores, que tienen principalmente la función de cortar, guiar el movimiento de la mandíbula, es similar al de las raíces de los dientes posteriores. Cuando ocurre atrófica como resultado la pérdida de un diente, la lámina ósea vestibular y la superficie de la cresta se reabsorben rápidamente, mientras que la porción palatina conserva, su grosor original y disminuye en altura. Inmediatamente después de la pérdida de un diente, se disminuye parte del volumen de la cresta residual. En los tres primeros meses de extracción dental es muy importante la erosión ósea vertical del hueso, que se estima en unos 5 mm con respecto a la región anterior. Al mismo tiempo, también se ha formalizado la reducción de espesor de las crestas; reducción debido a los efectos de reabsorción verticales dominantes.

La dirección del proceso de atrofia en toda la arcada de los rebordes permanentes se da preferentemente de abajo hacia arriba y de bucal a palatino. La tasa de reabsorción promedio es de aproximadamente 1 mm entre los tres y seis primeros meses luego de la extracción, luego muestra un valor de medio milímetro en los siguientes seis meses y continúa disminuyendo a valores mucho más bajos hasta los doce meses de hasta menos de 4 mm por año. Cabe señalar que la velocidad del proceso atrófico del maxilar es definitivamente inferior al de la mandíbula en el maxilar inferior, aproximadamente la mitad. Esta diferencia no se debe a una mejor calidad del hueso maxilar, sino que generalmente las prótesis superiores son mucho más estables, ya que poseen una mayor superficie de apoyo.¹⁶

Cambios en Salud Oral del Adulto Mayor

Los tejidos bucales también son afectados por el proceso de envejecimiento y sujetos a cambios potenciales, que pueden ser cambios propios del tejido bucal, provocados por daño sistémico o debido a fármacos o elementos terapéuticos que se utilizan en estos pacientes.¹⁷

El estado de la dentición adulta, es consecuencia importante de sus elecciones alimentarias y su estado nutricional. Las personas con problemas dentales graves, especialmente las personas con prótesis completas, pueden tener dificultades en su alimentación. Esto tiene que ver también con el deterioro de la función sensorial de la boca, pues debido a la edad se reduce significativamente el sabor, solidez y la forma de la comida, lo que hace que el adulto mayor tenga disminuido su interés por los alimentos.^{18, 19}

El tejido óseo también sufre cambios en el adulto mayor, viéndose afectada la remodelación ósea. Este proceso suele darse a lo largo de la vida, pero va cambiando con los años por causas celulares y hormonales, principalmente a partir de la sexta década de la vida; predominando la reabsorción sobre la formación ósea.¹⁶ La pérdida de dientes provoca la reabsorción de la cresta alveolar, lo que ocasiona una disminución en la altura los rebordes de los maxilares, que se produce gradualmente con el tiempo, siendo mayor cuando son más prematuras las extracciones.²⁰

Las piezas dentarias sufren un desgaste natural producto del uso continuado denominado atrición. También se pueden presentar diferentes patologías como caries dental principalmente radicular, abfracciones, enfermedad periodontal

incluyendo la recesión gingival, bruxismo, reacciones adversas a procedimientos odontológicos o materiales restauradores, disminución del flujo salival, así como procesos reactivos pulpares.^{21,22}

La periodontitis, es la principal causa de pérdida dentaria después de los 35 años y suele ser más frecuente en los ancianos.²³

Rehabilitación protésica en el adulto mayor

Los métodos protésicos que se utilizan en la restauración bucal de los adultos mayores, son casi los mismos métodos utilizados por todos, solo se deben ajustar a las características propias de esta población, es por ello que el protesista debe tomarlas en cuenta en la planificación de tratamientos. A medida que envejecen, se vuelve más difícil lograr nuevos aprendizajes y lograr nuevos patrones de movimiento. Una persona mayor realiza la mayoría de las actividades a la que estaba acostumbrado cuando era adulto, pero la velocidad de sus acciones y comportamiento es más lenta.²⁴

Efectos de rehabilitación protésica

El uso de prótesis dentales puede afectar negativamente la salud de los tejidos de soporte.²⁵

Hay secuelas directas como las que ocurren en pacientes con pérdida completa de la dentición en comparación con pacientes dentados, relacionadas con cambios en la función de morder y alteraciones fonéticas.²⁶

Así mismo se presenta reabsorción del reborde residual, que es un proceso de pérdida ósea que ocurre en todos los pacientes, en el periodo comprendido entre la extracción de dientes y la colocación de la prótesis, existen diferencias en la

tasa de pérdida ósea entre los individuos, siendo cuatro veces mayor en el maxilar inferior que en el superior, lo cual ocasionará problemas en la rehabilitación protésica.²⁷

Pérdida dentaria

Existe una relación directa entre la pérdida de dientes y el envejecimiento. Los estudios han demostrado que los dientes superiores se pierden antes que los inferiores, así como es más rápida la pérdida de los dientes posteriores que los anteriores; quedando como últimas piezas dentarias en boca, los antero inferiores. En comparación con el maxilar inferior, donde solo están presentes los dientes frontales, un mayor número de pacientes de edad avanzada presentan un maxilar superior edéntulo.²⁶

La pérdida de dientes puede provocar una reabsorción ósea muy fuerte, reduciendo la altura del proceso alveolar mandibular en varios milímetros en unos pocos meses. Las prótesis removibles que se extienden distalmente ejercen un efecto iatrogénico, así como las fuerzas de compresión intermedias que generan, afectan negativamente a la estabilidad morfológica del sustrato óseo, contribuyendo a la actividad osteoclástica subperióstica resultando en resorción ósea. La velocidad aproximada está en torno a los 2.5 mm en los 3 primeros meses posteriores a la instalación de la PPR y permanece igual durante los siguientes 6 meses, se reduce después a 1mm entre el primer y tercer año.²⁷

Prótesis parcial removible

Rama de la rehabilitación oral que tiene como función reemplazar los dientes perdidos en la cavidad oral y los tejidos adyacentes con un dispositivo que se puede quitar e insertar a voluntad. El diseño de la prótesis tiene como objetivo satisfacer las necesidades estéticas y funcionales de las personas, y proteger la integridad de los dientes restantes y sus estructuras de soporte¹. Restablece la masticación, estética, fonética, previene la inclinación, migración o extrusión de dientes remanentes y estabilidad de dientes debilitados.²²

Uso de prótesis parcial removible

Una vez instalada la prótesis, se recomienda al paciente que acuda a la consulta periódicamente para verificar que la prótesis esté cumpliendo su función y no genere inconvenientes, además se podrá observar si el paciente está cumpliendo o no con las medidas de higiene indicadas por el profesional. Inicialmente se indicará controles a las semanas de su instalación, luego los controles serán cada 6-12 meses.²³

Problemas tras la rehabilitación protésica

Problemas dentales:

- Problemas pulpares: Debido a restauración o al tallado de los dientes seleccionados como pilares protésicos, que comienza como pulpitis aguda.
- Hipersensibilidad del cuello dentinario: Cuando hay exposición de determinadas zonas a nivel cervical del diente que suelen ser sensibles a los

cambios de temperatura (sobre todo al frío) o a los dulces. En algunos casos, erosiones o lesiones en forma de cuña.

- Dolor causado por la presión: Cuando un paciente tiene dolor durante o después de la colocación de una prótesis removible, y refiere que el síntoma desaparece o disminuye después de retirar la prótesis. Esto indica que la estructura de la prótesis provocó desplazamientos horizontales de los dientes durante su inserción.
- Caries secundaria
- Problemas periodontales: Puede ocurrir problemas relacionados con la movilidad de los dientes o inflamación de la encía, debido a la placa bacteriana.

Otros problemas:

Mordedura de mejillas o lengua: Se presenta en los casos en que al paciente le faltan las piezas posteroinferiores durante mucho tiempo, porque durante este tiempo la lengua y las mejillas invaden el espacio de los dientes faltantes. En este caso, la musculatura lingual y del carrillo (el buccinador) pierden el tono muscular, aplanándose y ensanchándose, por lo que, al colocarse una nueva prótesis, el paciente se puede morder la mejilla o la superficie de la lengua, que se encuentra cerca de la zona edéntula que se ha rehabilitado.²³

Dificultad para masticar: Se da cuando el paciente lleva mucho tiempo sin dientes, porque se pierde la capacidad neuromuscular para masticar los alimentos y la prótesis debe usarse durante algún tiempo para lograr una eficacia de masticación óptima.²³

Aflojamiento de la prótesis: Suele ser causado debido a una mala posición del gancho de retención en el pilar. Finalizada la adaptación, se deben realizar revisiones a los 3, 6 y 12 meses para asegurar de que no se presenten dichas deficiencias.²³

III. HIPÓTESIS

Por ser una investigación descriptiva no formula hipótesis, sólo se observó las alteraciones óseas.

Hernández R. Fernández C, Baptista M.²⁸ (2014), no todas las investigaciones plantean hipótesis; el hecho de que se formule o no hipótesis depende de dos factores esenciales: el enfoque del estudio y el alcance; los estudio exploratorios y descriptivos no necesariamente llevan hipótesis.²⁸

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación.

Tipo investigación

Según el enfoque es cuantitativo

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. ²⁸ (2014) Utiliza la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Según la intervención del investigador es observacional

- Supo J. ²⁹ (2014) No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos.

Según la planificación de la toma de datos es prospectivo

- Supo J. ²⁹ (2014) Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición .

Según el número de ocasiones en que mide la variable es transversal

- Supo J. ²⁹ (2014) Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes .

Según el número de variables de interés es descriptivo.

- Supo J. ²⁹ (2014) El análisis estadístico es univariado, solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra .

Nivel de investigación

La presente investigación es de nivel descriptivo

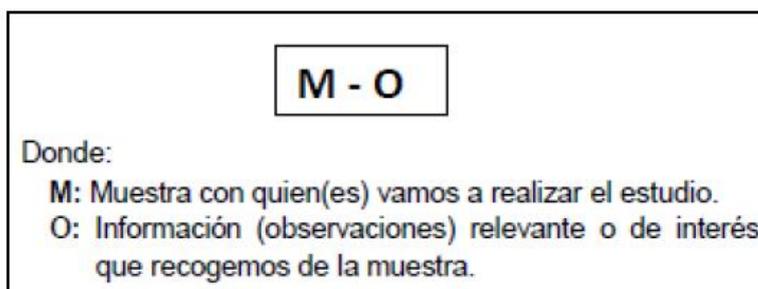
Hernández R. Fernández C. Baptista M. ²⁸ (2014) buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

Diseño: no experimental

La investigación es de diseño: diseño no experimental (observacional)

Hernández R. Fernández C. Baptista M. ²⁸ (2014). Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su medio ambiente natural para analizarlos.

Esquema de investigación:



4.2 Población y Muestra.

4.2.1 Población:

La población estuvo conformada por los 58 pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.

Criterios de Inclusión:

- Paciente entre 50 a 80 años de edad, que usen prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada como mínimo un año de uso que acudieron Clínica ULADECH CATÓLICA.
- Paciente que acepte firmar el consentimiento informado proporcionado por el investigador.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes sanos y que presentaron alteraciones óseas previas al uso de la prótesis parcial removible.

4.2.2 Muestra:

Tamaño muestral: 50 pacientes portadores de prótesis parcial removible dentomucosoportada atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019. Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas para determinar el número de pacientes a ser encuestados para su posterior selección:

$$n_{\text{opt.}} = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

En donde

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d² = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

$$n_{\text{opt}} = \frac{58 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (58 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n_{\text{opt}} = 50$$

Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se requirió verificar si el paciente cumple con los criterios de inclusión y de exclusión.

4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores	Valores o Categoría
Alteraciones óseas	Son producidas por traumas al hueso, conllevando a la reabsorción y el depósito de hueso. ³	• Cualitativo	• Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución reborde óseo residual (maxilar y mandibular) • Ausencia del diente pilar • Movilidad del diente pilar 	Si No
COVARIABLE					
Características de la prótesis parcial removible mal adaptada	Son aquellas prótesis que no recuperan las funciones de la boca, como una masticación eficaz y que no intervenga en la fonación y no cumplen con el objetivo principal de retención, estabilidad y soporte.	• Cualitativo	• Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de uso • Presencia de aftas • La prótesis se desaloja fácilmente • Desalojo de la prótesis al comer • Prótesis fracturada 	Si No
Edad	Tiempo que ha transcurrido un individuo desde su nacimiento hasta el momento. ²¹	• Cuantitativa	• Razón	• Guía de registro de observación	• Edades entre 50 - 80 años
Género	Característica sexual de carácter diferencial entre individuos de una misma especie. ²⁷	• Cualitativa	• Nominal	• Guía de registro de observación	• Femenino -Masculino

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnica: La observación.

Instrumento:

El instrumento es una guía de registro de observación.

Validez del instrumento

Se utilizó una guía de observación ya validado elaborado por Deliso D. y Díaz A.

Para cumplir con este requisito, el instrumento fue sometido a juicio de dos expertos en prótesis, quienes realizaron un análisis crítico de la guía de registro de observación.

Procedimiento:

Se solicitó autorización a la Coordinadora de la Clínica Odontológica ULADECH Católica previa carta de presentación.

En el examen clínico se evaluó las alteraciones óseas de los pacientes portadores de una prótesis mal adaptada, este estudio se realizó en la clínica de acuerdo a la práctica clínica habitual, siendo el investigador solo un observador de lo ocurrido. A cada paciente se le informó de todo el procedimiento a realizar, para hacer constar que estaban de acuerdo con el procedimiento se le hizo firmar un consentimiento informado; y se les explicó que los resultados obtenidos serían utilizados con fines de investigación y se les aseguró confidencialidad en el manejo de la información. Se consideraron solo 10 minutos de evaluación en cada paciente (Anexo 1)

El examen clínico fue realizado por los operadores de clínica y no por la investigadora por disposición de clínica no permitió que manipule al paciente.

Examen clínico realizado:

Disminución del reborde óseo residual (maxilar y mandibular). Verificar la anchura y altura óseo vertical en mm.²⁸

Ausencia del diente pilar. Remanente radicular y extracción.²⁷

Movilidad del diente pilar. Grado de movilidad mayor a 1mm. que presenta el diente pilar.³⁰

Finalmente, se les agradeció a los pacientes por su valiosa colaboración prestada para esta investigación. Los datos se procesaron en forma manual, se agruparon por preguntas para efectos de tabulación, elaboración de los cuadros y realización de los cálculos necesarios.

4.5. Plan de análisis.

Se empleó el programa de Excel para realizar el vaciado de los datos donde se codificó y organizó los datos estadísticos posteriormente se elaboró una serie de tablas estadísticas que indican la distribución de frecuencia y porcentajes, también se utilizaron gráficos de barras según la naturaleza de la variable.

4.6. Matriz de consistencia

Título	Enunciado del problema	Objetivos	Variables	Hipótesis	Metodología
<p>Alteraciones óseas asociadas a prótesis parciales removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en el área de prostodoncia de la clínica odontológica ULADECH católica, distrito Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash - 2019</p>	<p>¿Cuáles son las alteraciones óseas asociadas a prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en el área de prostodoncia de la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash - 2019?</p>	<p>Objetivo general: Identificar la alteración ósea más frecuente producida por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las características de la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019. 2. Determinar las alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019 según edad. 3. Determinar las alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019 según género. 	<p>Variable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones Óseas <p>Covariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características de la prótesis parcial removible mal adaptada - Edad - Género 	<p>La presente investigación por ser descriptiva no lleva hipótesis, sólo se observaron las alteraciones óseas, más no la correlación con otra variable.</p>	<p>Tipo: Cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, descriptivo.</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: no experimental – observacional</p> <p>Población: La población estuvo conformada por los 58 pacientes atendidos en el área de prostodoncia de la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.</p> <p>Muestra: fueron los 50 paciente atendidos en la Clínica Odontología ULADECH Católica 2019.</p>

4.7. Principios éticos

La presente investigación tomó los principios éticos estipulados en el código de ética para la investigación versión 004 de la ULADECH Católica. Aprobado por acuerdo del Consejo Universitario con Resolución N° 0037-2021-CU-ULADECH Católica, de fecha 13 de enero del 2021. ³¹

- **Protección a las personas**, este principio no solamente implica que las personas que son sujetas de investigación participen voluntariamente en la investigación y tenga la información adecuada, sino involucren el respeto de sus derechos fundamentales en situaciones vulnerables. ³¹
- **Beneficencia y no maleficencia**, se aseguró el bienestar de las personas que participan en la investigación. La conducta del investigador responde a las reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios. ³¹
- **Justicia**; el investigador debe tomar las precauciones necesarias en cuanto a sus limitaciones de capacidad y conocimiento no den origen a prácticas injustas. ³¹
- **Integridad científica**, no solo debe regirse a las actividades científicas del investigador, sino debe ampliarse a sus actividades de enseñanza y ejercicio profesional. ³¹

Se respetó los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y modificada en Fortaleza (Brasil, 2013), que considera que se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el

derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.³²

V. RESULTADOS

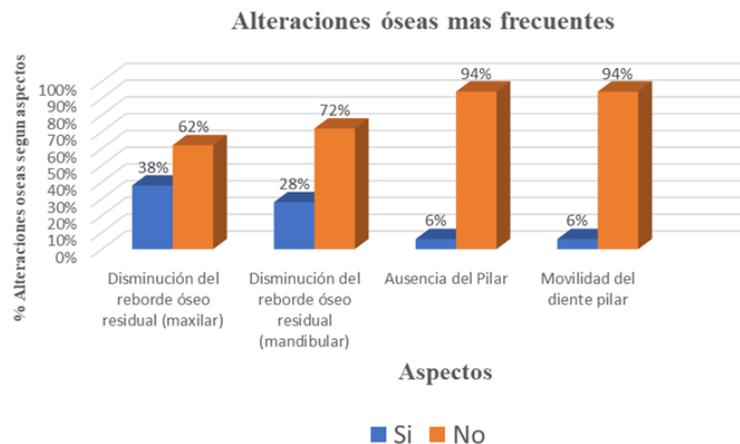
5.1. Resultados

Tabla 1: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada en pacientes atendidos en el área de prostodoncia de la clínica Odontológica Uladech Católica, distrito Chimbote, provincia del santa, departamento de Áncash – 2019.

Tabla N° 01

Aspectos	Alteraciones óseas más frecuentes				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Disminución del reborde óseo residual (maxilar)	19	38,0	31	62,0	50	100,0
Disminución del reborde óseo residual (mandibular)	14	28,0	36	72,0	50	100,0
Ausencia del pilar	3	6,0	47	94,0	50	100,0
Movilidad del diente pilar	3	6,0	47	94,0	50	100,0

Fuente: Guía de registro de observación.



Fuente: Datos de la tabla 1

Gráfico 1.- Frecuencia de alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada en pacientes atendidos en el área de prostodoncia de la clínica Odontológica Uladech Católica, distrito Chimbote, provincia del santa, departamento de Áncash – 2019.

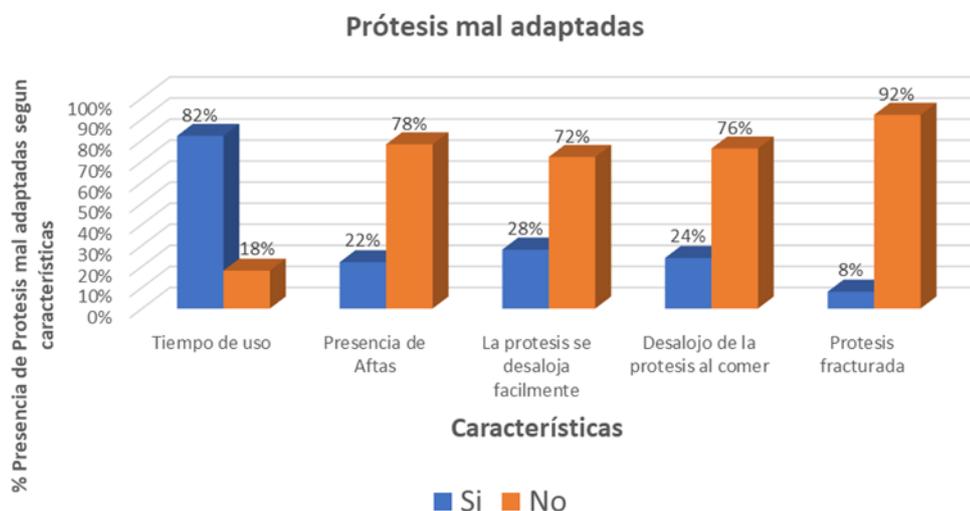
Interpretación: El 38%(19) de los pacientes presentaron disminución del reborde óseo residual (maxilar); seguido de la disminución del reborde de óseo residual (mandibular) 28%(14).

Tabla 2: Características de las prótesis parciales removibles dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.

Tabla N° 02

Características	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tiempo de uso	41	82,0	9	18,0	50	100,0
Presencia de Aftas	11	22,0	39	78,0	50	100,0
Prótesis se desaloja fácilmente	14	28,0	36	72,0	50	100,0
Desalojo de la prótesis al comer	12	24,0	38	76,0	50	100,0
Prótesis fracturada	4	8,0	46	92,0	50	100,0

Fuente: Guía de registro de observación.



Fuente: Datos de la tabla 2

Gráfico 2.- Características de la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019.

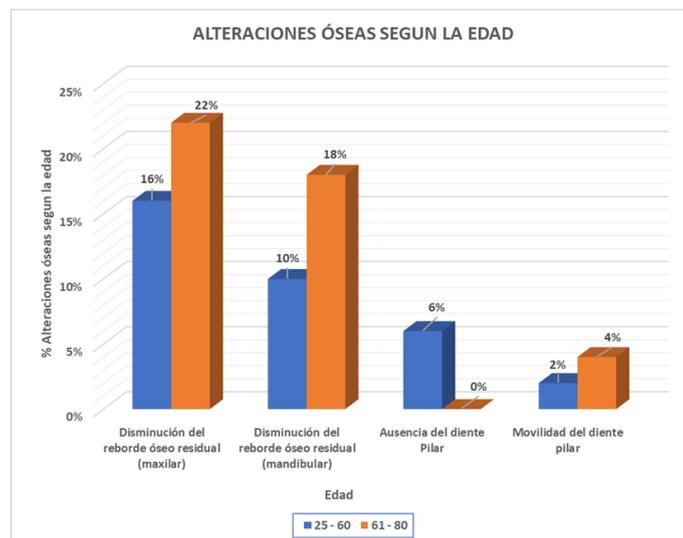
Interpretación: Se observó que el 82% (41) de los pacientes presentaron prótesis mal adaptada por tiempo de uso, en 28% (14) la prótesis se desaloja fácilmente, 24% (12) presentó desalojo de la prótesis al comer, el 22% (11) presentó aftas y el 8%(4) presentó prótesis fracturada.

Tabla 3: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019 según edad.

Tabla N° 03

EDAD	Disminución del reborde óseo residual (maxilar)		Disminución del reborde óseo residual (mandibular)		Ausencia del diente Pilar		Movilidad del diente pilar	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
25 - 60	8.00	16.00%	5.00	10.00%	3.00	6.00%	1.00	2.00%
61 - 80	11.00	22.00%	9.00	18.00%	0.00	0.00%	2.00	4.00%
TOTAL	19.00	38.00%	14.00	28.00%	3.00	6.00%	3.00	6.00%

Fuente: Guía de registro de observación.



Fuente: Datos de la tabla 3

Gráfico 3.- Frecuencia de alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019 según edad.

Interpretación:

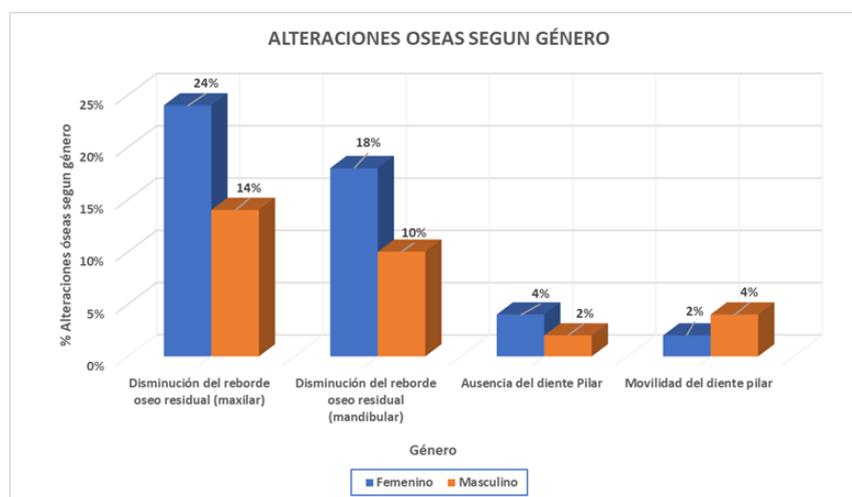
Se observó que la alteración ósea más frecuente es la disminución del reborde óseo residual (maxilar) con un 38%, en donde el porcentaje mayor lo presentó los pacientes de 61 a 80 años de edad con un 22%(11); seguido de los pacientes de 25 a 60 años de edad donde presentaron un 16%(8).

Tabla 4: Frecuencia de alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019 según género.

Tabla N° 04

GENERO	Disminución del reborde óseo residual (maxilar)		Disminución del reborde óseo residual (mandibular)		Ausencia del diente Pilar		Movilidad del diente pilar	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Femenino	12.00	24.00%	9.00	18.00%	2.00	4.00%	1.00	2.00%
Masculino	7.00	14.00%	5.00	10.00%	1.00	2.00%	2.00	4.00%
TOTAL	19.00	38.00%	14.00	28.00%	3.00	6.00%	3.00	6.00%

Fuente: Guía de registro de observación.



Fuente: Datos de la tabla 4

Gráfico 4.- Frecuencia de alteraciones óseas producidas por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019 según género.

Interpretación:

Se observó según género femenino - masculino con 38%, la alteración ósea más frecuente es la disminución del reborde óseo residual (maxilar) en donde el porcentaje mayor lo presentó el género femenino con un 24%(12); seguido del género masculino con 14%(7).

5.2. Análisis de resultados

En el presente estudio la alteración ósea más frecuente fue la disminución del reborde óseo residual maxilar; mientras que Deliso D. y Diaz A.⁶ (Venezuela, 2013) encontró que las alteraciones óseas se manifiestan en la disminución del reborde óseo residual mandibular con 71,11%. Resultados que, concuerdan con Contreras M.⁷ (Cerro de Pasco, 2017) ya que, fue la disminución del reborde óseo residual mandibular con 34,25% (25). Los resultados demostraron que los pacientes sufren un efecto negativo sobre la estabilidad morfológica del sustrato óseo y en consecuencia la disminución del reborde óseo residual.

Se observó que el 82% (41) por el tiempo de uso los pacientes presentaron alteraciones óseas por una prótesis mal adaptada y los resultados hallados por Deliso D. y Diaz A.⁶ (Venezuela, 2013) concuerdan en el tiempo de uso de 1 a 2 años demostraron que fue 27% (12) y los resultados encontrados por Contreras M.⁷ (Cerro de Pasco, 2017) concuerdan con el tiempo de uso menor a 3 años fue 27,04%. Los resultados obtenidos en nuestro estudio concuerdan con los antecedentes ya que se encontró mayor porcentaje en el tiempo de uso. Esto nos lleva a conocer que dichas alteraciones se manifiestan después de haber usado la prótesis en un periodo mayor de un año.

Se evidenció que los pacientes con edades de 61 a 80 años presentaron un mayor porcentaje de disminución de reborde óseo. Los resultados hallados concuerdan con Deliso D. y Diaz A.⁶ (Venezuela, 2013) ya que determinaron que la población de pacientes de 71 años en adelante presentaron un 75% con

mayor frecuencia las alteraciones óseas mientras que los resultados no concuerdan con Contreras M.⁷ (Cerro de Pasco, 2017) que evidenció que 41-60 años de edad con un 54,79% (40). Los resultados señalaron que conforme avanza la edad aumenta la prevalencia de edéntulos parciales, mostrando el más alto en el rango de edades de 61-80 años.

Se observó que el género femenino presentó mayor alteración ósea con un 24% (12), con respecto a los resultados encontrados por Deliso D. y Diaz A.⁶ (Venezuela, 2013) no concuerda, ya que en su estudio la población masculina obtuvo un porcentaje de 75%; mientras que los resultados encontrados por Contreras M.⁷ (Cerro de Pasco, 2017) si concuerdan ya que demostraron que el género femenino es el más frecuente con 52,05% (38) con alteración ósea. Los resultados mostraron una mayor preponderancia en el género femenino sobre el masculino.

VI. CONCLUSIONES

En el análisis de datos estadísticos recogidos nos permitió llegar a las siguientes conclusiones con el fin de aportar conocimiento de las alteraciones óseas que tiene el paciente.

1. La alteración ósea más frecuente que presentaron los pacientes fue la disminución del reborde óseo residual maxilar.
2. Las características más frecuentes de las prótesis mal adaptadas fue el tiempo de uso.
3. El mayor porcentaje de alteraciones óseas se presentaron en los pacientes de 61 a 80 años de edad.
4. Las alteraciones óseas más frecuentes se presentaron en el género femenino.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS:

LIMITACIONES:

- La medida utilizada para recopilar los datos solo es realizada por el operador ya que el investigador fue un observador.
- La veracidad de los datos que proporciono el operador en cuanto a su respuesta.

RECOMENDACIONES:

1. Incentivar a los pacientes de edades avanzadas que presten mayor interés a su salud bucal.
2. Reforzar el conocimiento de los estudiantes en cuanto a la fase de adaptación de la prótesis parcial removible, teniendo en cuenta la situación de cada paciente para lograr prevenir alteraciones óseas.
3. Informar a los pacientes lo que ocasiona una prótesis mal adaptada sobre el tejido óseo, por ello es necesario acudir a un especialista para la confección de dicha prótesis y poder prevenir y no sufrir alteraciones óseas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rendón R. Prótesis parcial removible: Conceptos actuales, atlas de diseño. 1th. ed. España. Médica Panamericana, SA.; 2006. Disponible en: <https://books.google.com.gt/books?id=AckWYAYGcfgC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
2. Ramos M, Hidalgo S, Rodríguez M, Lorenzo G, Díaz S. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. AMC. [Internet] 2005 Oct. Citado 2022 Ago 12; 9(5): 72-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000500009&lng=es.
3. Sánchez M., Román M., Dávila R, González A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista Española Médica Quirúrgica. 2011. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq112j.pdf>. Consultado el día 24 de marzo del 2012.
4. Marín D, Aldana Y, Ardila L. Influencia de la rehabilitación con prótesis totales en el cambio de dieta del adulto mayor. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología Geriátrica, 2003. 17(4):553-559. Disponible en: <http://acgg.org.co/pdf/pdfrevista03/17-4-articulo2.pdf>
5. Lima A, Zardo F, Sgavioli M, Mollo A. Compagnoni M. A. La influencia de factores sistémicos en el uso de las prótesis totales. Rev Cubana Estomatol [Internet].2009 Mar [citado 2022 Ago 12]; 46(1). Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100006&lng=es.

6. Deliso D, Díaz A. Alteraciones óseas y musculares en los adultos mayores portadores de prótesis parcial removible dentomucosoportadas mal adaptadas [Tesis para optar el título de Odontólogo], Bárbula-Venezuela: Universidad de Carabobo Facultad de Odontología; 2013 <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2768/Danang.pdf?sequence=1>
7. Contreras M, Cambios musculares y óseos en portadores de prótesis parciales removibles en los trabajadores del hospital Daniel Alcides Carrión Pasco. [Tesis de pregrado]. Perú - Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2017. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/564/1/TESIS.pdf>
8. Huber L, López M, Rosende O. Ruidos articulares en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible. Rev Odont Mex. 2018; 22(2):88-94. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2018/uo182f.pdf>
9. Machado A, Chacana L, Michea C, Aránguiz S. Alteraciones de la masticación en usuarios de prótesis dental removible. Rev. CEFAC. [internet] 2015 Ago [citado 2021 abril 20]; 17(4): 1319-1326. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-021620151742115>.
10. Vergara C, Lee X, Mena K, Gómez J, Karamanoff E, Améstica N. et al. Efecto del aumento de la dimensión vertical oclusal en la posición natural de cabeza en pacientes portadores de prótesis removible. Rev. Clin. Periodoncia

Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2015 [citado 2021 Abr 20]; 8(1): 67-72.

Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072015000100010&lng=es.

11. Cirilo J. Factores que influyen en el uso de prótesis parcial removible en pacientes del servicio de estomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis de Pregrado]. Perú-Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6725/Cirilo_j.pdf?sequence=2&isAllowed=y
12. Kronmiller J. Development of asymmetries. *Sem in Orthod*. 1998;4: 134-137.
13. Lekholm U, Zarb GA. Patient selection and preparation. In: Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T, editors. *Tissue-integrated prostheses: osseointegration in Clinical dentistry*. Chicago: Quintessence. 1985. pp 199-209.
14. Meriñan A. Dolor causado por usar prótesis dental. Artículo en línea de:
<http://www.deltadent.es/blog/2011/01/15/tiene-dolor-causado-por-usar-su-protesis-dental-información/>.
15. Sora J. Diagnóstico de las asimetrías faciales y dentales. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 2018; 16(1 y 2): p. 15-25. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/277736568_Diagnostico_de_las_asimetrías_faciales_y_dentales#:~:text=Las%20asimetr%C3%ADas%20pueden

%20ser%20de%20origen%20dental%2C%20esquel%C3%A9tico,esta%20forma%20enfocar%20un%20adecuado%20plan%20de%20tratamiento.

16. Baxter C. Relationship of osteoporosis to excessive residual ridge resorption. *J. Prosthetic Dentistry* 1981; 46; pp 123-125. Disponible en:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Relationship-of-osteoporosis-to-excessive-residual-Baxter/f5cec3cd4269f37aca6547053938d23751017fc6>
17. Levy B. Disease-related changes in older adults. *Geriatric dentistry: aging and oral health*. Eds. Papas A. Niessen L y Chauncevy. 1991. pp 83-102.
18. Chaucey H. The effect of the loss teeth on diet and nutrition. *Int. Dent. J.* 1984;34; pp 98-104.

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110761/Factores-que-influyen-en-el-uso-de-pro%CC%81tesis-removible-en-adultos-mayores-recie%CC%81n-rehabilitados.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
19. Wayler H. Impact of complete deentures and impaired natural dentition and masticatory performance and food choice in health aging men. *J. Prosthetic Dentistry* 1983, 49(3); pp 427-433.
20. Bademer O. La salud dental en la vejez. Cuaderno del departamento de salud pública. Fac. de Medicina. Universidad de Chile: Vejez y envejecimiento. 1987; 2; pp 9-12.
21. Sexo [Internet]. México: UACH [citado 30 de octubre 2018]. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmm828p/xhtml/TH.7.xml>.
22. Kaiser F. PPR en el laboratorio. (Internet). Curitiba: Ed. Maio; 2002. 277p.

Disponible en:

https://unicieo.metabiblioteca.org/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1742&shelfbrowse_itemnumber=2566#holdings

23. Mallat E, Keogh T. Prótesis parcial removible: clínica y de laboratorio (Internet). España: Elsevier España; 1996. (3, 346-346). Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=XHxm-nak0oUC&dq=Protesis+parcial+removible:+cl%C3%ADnica+y+de+laboratorio&hl=es&source=gbs_navlinks_s
24. Hidalgo S, Ramos M. Rehabilitación protésica en la tercera edad. AMC [Internet]. 2001 Ago [citado 2022 Oct 04]; 5(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v5n4/amc03401.pdf>
25. Carlson E. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. J Prosthet Dent. 1998 Jan;79(1):17-23. doi: 10.1016/s0022-3913(98)70188-x. PMID: 9474536.
26. Carr A, McGivney G, Brown D. McCraken prótesis parcial removible. (Internet). España: Elsevier España; 2006 (citado el 8 oct. De 2016). (3-6) Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=Fb49tf9H1fkC&dq=Pr%C3%B3tesis+parcial+removible+%E2%80%9CM+Craken%E2%80%9D.&hl=es%source=gbs_navlinks_s
27. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: A mixed longitudinal study covering 25 years. J. Prosthet. Dent. 1972; 27(2): 120-132.

28. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6 ed. México. Mc Graw Hill. 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
29. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
30. Vélez C, 2et al. Tratamiento estético integral del sector anterior de la boca Magazine internacional collage of Dentisis section four 2002. Vol. 10 N°1, Pág. 108.
31. Código de ética para la investigación Versión 001, Rectorado, aprobado por acuerdo del Consejo Universitario con Resolución N°0108-2016-CU-ULADECH Católica, de fecha 25 de enero de 2016: 2-6. Disponible en: <https://www.uladech.edu.pe/images/stories/universidad/documentos/2019/codigo-de-etica-para-la-investigacion-v002.pdf>
32. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinkide-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-sereshumanos/>



ANEXOS:

Anexo 01: GUIA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN

“ALTERACIONES OSEAS ASOCIADAS A PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES DENTOMUCOSOPORTADAS MAL ADAPTADAS, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PROSTODONCIA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA, DISTRITO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH – 2019”



ANEXO 1: GUIA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



“ALTERACIONES OSEAS ASOCIADAS A PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES DENTOMUCOSOPORTADAS MAL ADAPTADAS, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PROSTODONCIA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA, DISTRITO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH – 2019”

GUIA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
Nombre:	Edad:	Sexo:	Fecha:
ANTECEDENTES PROTÉSICO			
1. Tiempo de uso de la prótesis: Días: _____ Meses: _____ Años: _____			
2. Prótesis según se arcada: Superior: _____ Inferior: _____			

ALTERACIONES ÓSEAS ASOCIADAS A PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES DENTOMUCOSOPORTADAS MAL ADAPTADAS

ALTERACIONES	ASPECTO GENERALES	SI	NO
Alteraciones Óseas	Disminución del reborde óseo residual (maxilar)		
	Disminución del reborde óseo residual (mandibular)		
	Ausencia del pilar		
	Movilidad del dicte pilar		
Características de la Prótesis Removibles mal adaptadas	Tiempo de uso		
	Presencia de aftas		
	La prótesis se desaloja fácilmente		
	Desalojo de la prótesis al comer		
	Prótesis fracturada		

*Instrumento elaborado en base al aplicado y validado, Deliso Daniela DA. alteraciones óseas y musculares en los adultos mayores portadores de prótesis parciales removible dentomucosoportadas mal adaptadas [Tesis], editor. [Bárbula]; Universidad de Carabobo; 2013.

Anexo 02: Acta de autorización



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad"

Chimbote, 04 de Octubre del 2019

CARTA N° 0147-2019- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sra.
Mgtr. Liliana Temoche Palacios
Coordinadora de la Clínica Odontológica Uladech Católica.
Presente.

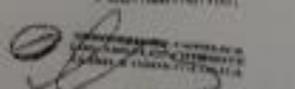
A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, para solicitarle lo siguiente:

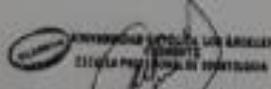
En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, la estudiante viene desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo denominado "ALTERACIONES ÓSEAS ASOCIADAS A PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES MAL ADAPTADAS DENTOMUCOSOPORTADAS, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PROSTODONCIA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH - 2019".

Para ejecutar su investigación, la alumna ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso a la Sra. MONZÓN MENDOZA, Julissa Paulina; a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;


Mg. C.D. Liliana Temoche Palacios
COORDINADORA


Mg. C.D. Wilfredo Rojas Torres
DIRECTOR

Av. Fardo No. 4199 - A.H. San Juan
Chimbote, Perú
Telf: (042) 200411
www.uladech.edu.pe

Anexo 03: Consentimiento informado



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTAS (CIENCIAS DE LA SALUD)

La finalidad de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, el investigador y usted se quedarán con una copia.

La presente investigación en Salud se titula: **ALTERACIONES ÓSEAS ASOCIADAS A PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES DENTOMUCOSOPORTADAS MAL ADAPTADAS, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PROSTODONCIA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA, DISTRITO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH – 2019** y es dirigido por Julissa Monzón Mendoza, investigador de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

El propósito de la investigación es: Identificar las alteraciones óseas más frecuentes producida por la prótesis parcial removible dentomucosoportada mal adaptada, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica.

Para ello, se le invita a participar en una encuesta que le tomará 10 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y anónima. Usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Si tuviera alguna inquietud y/o duda sobre la investigación, puede formularla cuando crea conveniente.

Al concluir la investigación, usted será informado de los resultados a través del investigador. Si desea, también podrá escribir al correo julmm3000@gmail.com para recibir mayor información. Asimismo, para consultas sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Firma del participante: _____

Firma del investigador (o encargado de recoger información): _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo [REDACTED] identificado con
DNI [REDACTED] doy constancia de haber sido informado (a) y haber
entendido en forma clara el presente trabajo de investigación y acepto participar de
forma voluntaria en el estudio de alteraciones óseas asociadas a prótesis parciales
removibles dentomucosoportadas mal adaptadas, en pacientes atendidos en el área de
prostodoncia de la Clínica Odontológica ULADECH Católica 2019. Para lo cual he
tomado conocimiento de la misma y me someto al procedimiento aplicado por el
investigador, cumpliendo las indicaciones recibidas.

A su vez acepto que los resultados de la investigación puedan ser publicados en el país
o el exterior, manteniendo total anonimato de mi persona.

Para dar conformidad de lo mencionado firmo el presente documento.

Chimbote, 07 de octubre 2019

DNI N° [REDACTED]

Anexo 04: Evidencias fotográficas



Aplicando la ficha de recolección de datos



Realizando examen clínico y aplicando la ficha de recolección de datos



Realizando examen clínico y aplicando la ficha de recolección de datos

MONZON INF 4

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS



mriuc.bc.uc.edu.ve

Fuente de Internet

12%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 4%

Excluir bibliografía

Activo