

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



INFORME DE TESIS

“RELACIÓN DEL TIPO DE REBORDE ÓSEO ALVEOLAR CON EL GRADO DE CONFORT AL USO DE LA PRÓTESIS TOTAL EN PACIENTES EDÉNTULOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ÁNCON - 2019.”

PRESENTADO POR:

Lesly Marisol Mendoza Huillca

Para optar el título de:

CIRUJANO DENTISTA

**LIMA – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

El presente trabajo esta dedicado:

A Dios, quien cuidó y guió mi camino desde los inicios.

A mi querida madre Rebeca, quien es un ejemplo del más puro amor, sabiduría, fortaleza, profesionalismo y responsabilidad, quien me brindo siempre su apoyo, consejos, valores y cariño incondicional desde la lejanía del viejo continente.

A mis tíos y primos, quienes siempre me mostraron su cariño y dieron su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios quien me brindó sabiduría, paciencia para poder culminar mi carrera profesional.

A mi madre por darme la oportunidad de estudiar una carrera profesional, por su apoyo económico y emocional. Dándome el mejor de los ejemplos, la perseverancia y la constancia de seguir adelante sin perder los valores y la humildad.

Agradezco a mis docentes por el apoyo que me brindaron durante la realización de la presente investigación, por su paciencia y la dedicación de cada uno de ellos para las correcciones y la preparación previa a la exposición.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Indice de tablas.....	iv
Indice de figuras.....	vii
Indice.....	viii
Resumen.....	iv
Abstract.....	x
Introducción.....	xi

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco Teórico.....	1
1.1.1. Edentulismo.....	1
1.1.1.1. Definición.....	1
1.1.1.2. Consecuencia del edentulismo.....	2
1.1.1.2.1. Pérdida Ósea.....	3
1.1.1.2.2. Tejidos Blandos.....	4
1.1.1.2.3. Estética.....	4
1.1.1.2.4. Masticación.....	5
1.1.1.3. Consecuencias de la pérdida de hueso en pacientes edéntulos.....	6
1.1.2. Formas de Reborde.....	6
1.1.3. Tipos de Reborde.....	7
1.1.3.1. Clasificación de reborde edéntulo.....	7
1.1.3.2. Factores que pueden causar una reabsorción ósea.....	9
1.1.4. Confort	10
1.1.5. Necesidad de Estética.....	12

1.1.6. Indicaciones y Contraindicaciones para el uso de una prótesis total..	12
1.2. Investigaciones.....	13
1.3. Marco Conceptual.....	19

CAPITULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Planteamiento del Problema.....	21
2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	22
2.1.1. Definición del Problema.....	22
2.2. Finalidad y Objetivos de la investigación.....	22
2.2.1. Finalidad.....	23
2.2.2. Objetivo General y Especifico.....	23
2.2.3. Delimitación del Estudio.....	24
2.2.4. Justificación e Importancia del estudio.....	24
2.3. Hipótesis y Variables.....	25
2.3.1. Hipótesis Principal y Especificas.....	25
2.3.2. Variables e Indicadores.....	26

CAPITULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1. Población y Muestra.....	27
3.1.1. Población.....	27
3.1.2. Muestra.....	27
3.2. Diseño a utilizar en el estudio.....	29
3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	30
3.3.1. Técnica de recolección de datos.....	31
3.3.2. Instrumento de recolección de datos.....	31
3.4. Procesamiento de datos.....	32

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados.....33

4.2. Discusión de Resultado.....47

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....50

5.2. Recomendaciones.....51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....52

ANEXO.....55

Índice de Tablas

		Pág.
N°1	Distribución de frecuencias del Genero sexual.	34
N°2	Distribución de frecuencias de tipos de reborde según Seibert en arcada superior.	35
N°3	Distribución de frecuencias de tipos de reborde según Seibert en arcada inferior.	36
N°4	Distribución de frecuencias del nivel de satisfacción de la arcada superior.	37
N°5	Distribución de frecuencias del nivel de satisfacción de la arcada inferior.	38
N°6	Distribución del tipo de reborde óseo clase I según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos portadores de prótesis total en el centro del adulto mayor de ancón-2019.	41
N°7	Distribución del tipo de reborde óseo clase II según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos portadores de prótesis total en el centro del adulto mayor de ancón-2019.	43
N°8	Distribución del tipo de reborde óseo clase III según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos portadores de prótesis total en el centro del adulto mayor de ancón-2019.	45

Índice de Figuras

	Pág
N°1 Sectores de la distribución de las frecuencias del género Sexual.	34
N°2 Sectores de la distribución de frecuencias de los tipos de reborde según Seibert en la arcada superior.	35
N°3 Sectores de la distribución de frecuencias de los tipos de reborde según Seibert en la arcada inferior.	36
N°4 Sectores de la distribución de frecuencias de nivel de satisfacción de la arcada superior.	37
N°5 Sectores de la distribución de frecuencias de nivel de satisfacción de la arcada inferior.	38
N°6 Barras agrupadas de la distribución del tipo de reborde óseo alveolar clase I según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos portadores de prótesis total en el centro del adulto mayor de ancón-2019.	41
N°7 Barras agrupadas de la distribución del tipo de reborde óseo alveolar clase II según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos portadores de prótesis total en el centro del adulto mayor de ancón-2019.	43
N°8 Barras agrupadas de la distribución del tipo de reborde óseo alveolar clase III según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos portadores de prótesis total en el centro del adulto mayor de ancón-2019.	45

RESUMEN

Introducción: Los edéntulos en definición son aquellas personas que han sufrido la pérdida de dientes; ya sea por causa de caries, enfermedad periodontal, enfermedad sistémica, etc.; ya que estos factores suelen estar acompañados de reabsorción ósea pudiendo impedir una buena digestión de los alimentos, dificultad para hablar entre otros; la solución dada es la confección de una prótesis total y evaluar la satisfacción del paciente.^(1,2) El presente estudio buscó identificar la relación de los tipos de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, prospectivo en una prueba piloto en 30 pacientes edéntulos de ambos sexos, del centro del adulto mayor de ancón, a quienes se realizó una entrevista sobre el puntaje de satisfacción de diferentes arcadas (Superior e Inferior) ante el uso de la prótesis total. Todos los datos se analizaron mediante el análisis de Chi Cuadrado de Pearson, y por regresión logística Binaria con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: Se realizó la prueba de Chi Cuadro de Pearson por ser variables cualitativas, donde los datos obtenidos demostraron que no existe diferencia significativa con un ($P > 0.05$). Los resultados obtenidos fueron que no existe relación del tipo de reborde óseo alveolar y grado de confort al uso de la prótesis total.

Conclusiones: No existe diferencia Significativa de los tipos de reborde óseo alveolar según el género sexual, con el confort al uso de la prótesis total con ($P > 0.05$), donde se pudo determinar que no existe relación entre las variables.

Palabras Claves: Edéntulo, Prótesis Total, Confort, Reborde Óseo Alveolar.

ABSTRACT

Introduction: The edentulous in definition are those who have suffered the loss of teeth; either due to caries, periodontal disease, systemic disease, etc.; since these factors are usually accompanied by bone resorption and can prevent a good digestion of food, difficulty speaking among others; The solution given is the preparation of a total prosthesis and assess patient satisfaction. ^(1,2)The present study sought to identify the relationship of the types of alveolar bone flange with the degree of comfort to the use of the total prosthesis.

Material and Methods: A prospective cross-sectional study was conducted in a pilot test in 30 edentulous patients of both sexes, from the center of the elderly adult of Ancon, to whom an interview was conducted on the satisfaction score of different arches (Superior e Bottom) before the use of the total prosthesis. All data were analyzed by Pearson's Chi Square analysis, and by Binary logistic regression with a 95% confidence level.

Results: The Pearson Chi Table test was performed because it was qualitative variables, where the data obtained showed that there is no significant difference with a ($P > 0.05$). The results obtained were that there is no relation of the type of alveolar bone flange and degree of comfort to the use of the total prosthesis.

Conclusions: There is no significant difference in the types of alveolar bone flange according to the sexual gender, with the comfort of using the total prosthesis with ($P > 0.05$), where it was possible to determine that there is no relationship between the variables.

Keywords: Edentulous, Total Prosthesis, Comfort, Alveolar Bone Flange.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo es la pérdida de dientes, se da por varias causas como; caries dental debido a una mala higiene que conlleva a una enfermedad periodontal, también suele sumarse en ocasiones una enfermedad sistémica ya que con la pérdida de dientes no podrá digerir bien los alimentos; y así se suman problemas en fonética y entre otros; como bien se puede decir que al proceso de envejecimiento está acompañado de pérdida muscular y ósea; por tal motivo que se deben conocer las estructuras en las cuales descansará la prótesis. ⁽¹⁻¹⁶⁾

Existen estudios de diferentes tipos de reborde óseo alveolar; donde se pudo destacar en este estudio la clasificación de los defectos según Seibert, donde menciona que son Clase I, Clase II, Clase III. ⁽¹⁷⁾

- Clase I; es cuando existe una pérdida de la dimensión vestibulolingual, conservando una altura (dimensión apicocoronaria) normal de la cresta. ⁽¹⁷⁾
- Clase II; es cuando presenta una pérdida de la dimensión apicocoronaria, conservando una anchura (dimensión vestibulo lingual) normal de la cresta. ⁽¹⁷⁾
- Clase III; es cuando existe pérdida tanto de la dimensión vestibulo- lingual como apicocoronaria. Pérdida de la altura y anchura. ⁽¹⁷⁾

El objetivo de la prótesis total es reemplazar a los dientes perdidos en un paciente edéntulo; que puede depender de muchos factores porque no todos los pacientes se sienten cómodos con una prótesis; las personas que son edéntulos totales se podría decir que es más difícil en la adaptación de la prótesis, ya que hay estudios donde mencionan que a mejor estado óseo de las arcadas dentarias mejor soporte de la prótesis, a esto se suma las inserciones musculares; muchas veces las fuerzas que producen estas hacen expulsivas a la prótesis. Por tanto lo que se busca es que recuperar la función del Sistema Estomatognático.

La finalidad del presente estudio fue evaluar la relación de los tipos de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos totales, empleando una ficha AD-HOC.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. Edentulismo

1.1.1.1. Definición:

El edentulismo es la pérdida de dientes, que generalmente se da en personas de tercera edad, a consecuencia de diferentes factores como la caries dental, la enfermedad periodontal, patología pulpar, ya que afectan la salud bucal, general y la calidad de vida de las personas. Cabe mencionar que el nivel de educación influye el aumento de edentulismo en un porcentaje de 4% cada 10 años. ⁽¹⁾ Según Steigenga J. realizó un estudio en el año 1999-2002, donde observó que hay aproximadamente 20 millones de personas edéntulos total, siendo un porcentaje de 7.7% personas de tercera edad. ⁽²⁾

La finalidad de la prótesis dental ya sea fijo, removible o total es devolver la función del sistema estomatognático; buscando siempre una adecuada oclusión; una prótesis mal adaptada o deteriorada por su tiempo de uso logran producir daños estomatológicos e impedir el ingreso de los alimentos de manera satisfactoria. ⁽³⁾

Una de la finalidad de los procedimientos odontológicos es manteniendo o mejorando una adecuada salud bucal y mejorando su calidad de vida. ⁽¹⁾

Se encontró un estudio de Wasnik P. donde se “evaluaron pacientes que utilizaban prótesis total que se sentían descontentos frente a limitaciones en la masticación y confort en la calidad de la prótesis”. No todos los pacientes se adaptaron a la prótesis

de mala calidad, algunos relataban la molestia o dolor. La adaptación a la prótesis se encuentra relacionada a la calidad de reborde residual y a los hábitos alimenticios. La utilización de prótesis puede originar respuestas inflamatorias sobre los tejidos blandos donde se asienta dicha prótesis a causa de la falta de conocimiento y cuidado de higiene. ⁽⁴⁾

Para el odontólogo lo primordial que debe hacer junto a su equipo es evaluar el caso y preguntar qué es lo que desee o necesite el paciente; ya que el presupuesto no es un factor de mucha importancia al momento de elaborar un tratamiento. Hay pacientes que buscan una prótesis fija, que se asemejen a lo de los dientes naturales, por otro lado a otros no les da mucha importancia si es fija o removible. ⁽⁵⁾

1.1.1.2. Consecuencias del edentulismo

A medida que ocurre el envejecimiento, aumenta la prevalencia de enfermedades; como tenemos al edentulismo, que como consecuencia se da la pérdida ósea que realmente afecta en la estética facial, como también dificultad en la masticación y otras funciones más, ya que todo esto causa la ausencia de un diente. Se necesita una estimulación en el hueso para que pueda mantener su densidad y volumen; ya que la prótesis no estimula, ni mantiene al hueso; si no al contrario acelera la pérdida ósea. ⁽⁶⁾

Sobre los tejidos blandos ocurren unas cargas producto de la masticación ocasionado por la prótesis; ya que genera una pérdida ósea, la disminución de la encía adherida hace que complique las inserciones musculares y dificultad en el desplazamiento de los tejidos. Una atrofia residual se da porque los músculos intraorales queda sobre el reborde residual que encuentran conformados por los músculos del piso de la boca, músculos mentoniano y el buccinador, por ello aumenta el volumen de la lengua y participa más en la masticación. ⁽⁷⁾

1.1.1.2.1. Pérdida ósea

Para que el hueso alveolar, se pueda desarrollar tiene que ocurrir una dentición temporal o permanente, mediante diferentes estímulos que mantienen su forma y densidad. Según Geramy A. et al; demostraron que para equilibrar la reabsorción y la formación del sistema esquelético necesita una presión de 4 % para que puedan mantener el hueso firme. ^(7,8)

Según Telles D. menciona que a falta de estímulos en el hueso alveolar induce a una disminución en su densidad ósea por tanto ocurre una disminución en ancho y alto, esto es debido a la ausencia de un diente, ya que los dientes son muy importantes porque genera fuerzas de compresión y tracción encima del hueso alveolar. ⁽⁸⁾

La pérdida ósea insidiosa que es producido por la extracción de un diente sin ser informado al paciente por los cambios anatómicos que pueden ocasionar; cuando el paciente no va a sus citas periódicamente para evaluar su estado, si no que regresan después de un tiempo ocurre una pérdida ósea continua. En la actualidad los profesionales no han encontrado un tratamiento para evitar cambios óseos producidos por la pérdida de dientes. ⁽⁹⁾

Según Misch C. los factores que pueden contribuir en acelerar el proceso de la reabsorción en su magnitud son: ⁽¹⁰⁾

- Sexo. ⁽¹⁰⁾
- Hormonas. ⁽¹⁰⁾
- Metabolismo. ⁽¹⁰⁾
- Parafunciones. ⁽¹⁰⁾
- Ajuste defectuoso de las dentaduras. ⁽¹⁰⁾
- Tipo facial. ⁽¹⁰⁾
- Tiempo de uso de las dentaduras. ⁽¹⁰⁾

1.1.1.2.2. Tejidos blandos

La encía adherida disminuye gradualmente por la pérdida de hueso en alto y ancho. Lo complicado de confeccionar una prótesis es causa de las inserciones musculares que son muy altas y tienen mucha movilidad, todo esto hace que se complique al movimiento vertical de la prótesis durante la sinéresis de los músculos milohioideo y buccinador. ^(10,11)

Según Misch C. hay factores como la edad del paciente, hipertensión arterial, la diabetes, la anemia, y trastornos nutricionales que tienen efectos negativos, sobre aporte vascular y calidad de tejidos blandos situados en donde se asienta la prótesis. La pérdida de células superficiales no varía, el espesor de los tejidos superficiales disminuye progresivamente y la prótesis produce úlceras y molestias. ⁽¹¹⁾

Según Misch C. los factores que influyen en la calidad y el aporte vascular de los tejidos blandos en donde se asienta la prótesis son: ⁽¹⁰⁾

- Edad del paciente. ⁽¹⁰⁾
- Hipertensión arterial. ⁽¹⁰⁾
- Diabetes. ⁽¹⁰⁾
- Anemia. ⁽¹⁰⁾
- Trastornos nutricionales. ⁽¹⁰⁾

1.1.1.2.3. Estética

En el envejecimiento ocurren cambios faciales como pérdida progresiva de la altura facial producto de un colapso de la dimensión vertical, producidos por la ausencia de dientes. ^(11,12)

Según Misch C. la oclusión puede evolucionar hacia una pseudomaloclusión clase III, por motivo que el mentón rota anteriormente y produce un aspecto facial prognático. ^(10,11)

Las personas que tienen un aspecto facial corto presentan una mordida profunda, que genera una pérdida ósea mayor y cambios faciales muy notorios. Cuando hay una retrusión del maxilar superior es debido a la pérdida del reborde maxilar y la hipotonicidad de los músculos que se involucran en la expresión facial. ⁽¹²⁾

Lo que podemos resaltar en el proceso de envejecimiento es observar que el surco nasolabial y otras líneas verticales del labio superior son más notorias, debido a la reabsorción ósea. La sonrisa también envejece, como bien se sabe la persona joven cuando esta en reposo o cuando va a sonreír se observan sus dientes. ^(12,13)

En los pacientes edéntulos se acelera la pérdida de tono muscular, debido a la atrofia ósea que dificulta las inserciones de los músculos. Muchos pacientes ignoran estos cambios generados de tejidos duros y blandos; por tal motivo que es deber del profesional informarle en la primera fase de tratamiento explicando las consecuencias de la pérdida de dentaria. ⁽¹³⁾

1.1.1.2.4. Masticación

Hay una gran diferencia entre una persona con dentición natural y una persona totalmente edéntula; que posee una prótesis. La función primordial de los dientes es triturar los alimentos durante el sistema masticatorio, como también dar soporte a los labios, mantener la distancia intermaxilar y la salud de las articulaciones temporomandibulares, y participar en el acto de la deglución. Generalmente hay estudios donde mencionan los pacientes que han utilizado por mucho tiempo su prótesis han alcanzado una fuerza de oclusión máxima. Una de las consecuencias de la disminución de las fuerzas oclusales y la inestabilidad de la prótesis es producto a la ausencia dentaria que genera una pérdida ósea. ^(13,14)

En el estudio de Bahat O. y col.; mencionan que los pacientes que utilizaban prótesis tenían la dificultad al momento de masticar los alimentos, ya que la prótesis les generaban molestias, esto puede estar relacionado a los efectos psicológicos a la dificultad en comer en público. ⁽¹⁴⁾

1.1.1.3. Consecuencias de la pérdida de Hueso en pacientes edéntulos

Según Misch C. menciona que las consecuencias de reabsorción ósea más resaltantes son: ⁽¹⁰⁾

- Disminución de anchura y altura de hueso de soporte.⁽¹⁰⁾
- Cresta milohiodea y cresta oblicua interna prominente, con aumentos de puntos dolorosos.⁽¹⁰⁾
- Disminución progresiva de la mucosa queratinizada. ⁽¹⁰⁾
- Tuberosidad geniana superiores prominentes puntos dolorosos y aumento de movimiento de la prótesis. ⁽¹⁰⁾
- Inserciones musculares cerca de la cresta de reborde. ⁽¹⁰⁾
- Aumento de movimiento de la prótesis y de los puntos dolorosos durante su uso, originado por la pérdida del reborde anterior y de la espina nasal. ⁽¹⁰⁾
- Pérdida de hueso basal. ⁽¹⁰⁾
- Adelgazamiento de la mucosa con pérdida de la sensibilidad a la abrasión. ⁽¹⁰⁾
- Aumento de riesgo de fractura del cuerpo de la mandíbula por la pérdida avanzada del hueso. ⁽¹⁰⁾
- Influencia de la pérdida ósea del aspecto estético del tercio inferior de la cara. ⁽¹⁰⁾
- Movimiento hacia adelante por inclinación anatómica, angulación de la mandíbula por la pérdida moderada y avanzada. ⁽¹⁰⁾
- Parestesia por dehiscencia del conducto neuromuscular. ⁽¹⁰⁾
- Evasión de la prótesis ante la contención de los músculos milohiodeo y buccinador que sirve como apoyo posterior. ⁽¹⁰⁾

1.1.2. Formas de reborde

Según Rodríguez C. menciona que cuando no hay mucha pérdida de hueso alveolar, va ver una retención y estabilidad en la prótesis. La morfología del reborde es muy importante para equilibrar la retención, estabilidad y el soporte de la prótesis.

^(14,15)

Forma de U; las caras palatinas y vestibulares se encuentran paralelas, presentan una buena superficie oclusal y es la más favorable. ⁽¹⁵⁾

Forma de V; las caras vestibulares y palatinas convergen hacia oclusal formando una arista, genera un trauma en la mucosa por el roce de la prótesis, por tanto es más inestable para la prótesis. ⁽¹⁵⁾

Forma de C; las caras palatinas y vestibulares son convexas, por tanto requieren de una cirugía para suavizar el reborde con finalidad protésica. ⁽¹⁵⁾

1.1.3. Tipos de reborde

Rebordes alto; tienen características homogéneas, donde tienen una buena altura para que se asiente la prótesis total y así poder soportar diversas fuerzas. ⁽¹⁶⁾

Rebordes medios; no es notorio el proceso de reabsorción, a pesar de la disminución de altura, puede brindar estabilidad; retención y soporte, a pesar de ciertas limitaciones. ⁽¹⁶⁾

Rebordes bajos; la reabsorción es total y generalmente se observan más en el maxilar inferior. Son características para prótesis inadecuadas, generalmente cuando el edéntulo permanece por mucho tiempo sin dientes; aunque también influyen diferentes factores fisiológicos y sistémicos. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

1.1.3.1. Clasificación de rebordes edéntulos

Los cambios sufridos del reborde alveolar modifica el tamaño de reborde por la reabsorción ósea del arco dentario. ⁽¹⁸⁾

Según Seibert hizo una clasificación en el año 1983, una vez producidos los defectos debido al colapso de reborde alveolar, podrían clasificarse, por la pérdida de dimensión buco lingual o apico coronal: ⁽¹⁸⁾

- Clase I: pérdida de la dimensión vestibulolingual, conservando una altura (dimensión apicocoronar) normal de la cresta. ⁽¹⁷⁾
- Clase II: pérdida de la dimensión apicocoronaria, conservando una anchura (dimensión vestibulo lingual) normal de la cresta. ⁽¹⁷⁾
- Clase III: es cuando existe pérdida tanto de la dimensión vestibulo- lingual como apicocoronaria. Pérdida de la altura y anchura. ⁽¹⁷⁾

El Dr. Allen E. realizo una modificación a la Clasificación de Seibert en 1985, donde cambia la clase (I,II,III), por clase(A,B,C); y aumenta un concepto de severidad a lo largo de la magnitud del defecto es decir (en cuanto al ancho y altura perdida). ⁽¹⁸⁾

- Clase A: pérdida de la dimensión buco lingual. ⁽¹⁷⁾
- Clase B: pérdida de la dimensión apicocoronar. ⁽¹⁷⁾
- Clase C: pérdida de la dimensión apicocoronar y buco lingual. ⁽¹⁷⁾

Severidad:

- Leve: menos de 3mm. ⁽¹⁷⁾
- Moderada: de 3 -6 mm. ⁽¹⁷⁾
- Grave: mayor de 6mm. ⁽¹⁷⁾

En 1985 Lekholm y Zarb realizaron una clasificación de la siguiente manera: ⁽¹⁸⁾

- Clase A: cresta alveolar casi completa. ⁽¹⁸⁾
- Clase B: reabsorción mínima de la cresta alveolar (exodoncia después de 3 meses). ⁽¹⁸⁾
- Clase C: reabsorción avanzada de la cresta alveolar hasta el arco basal. ⁽¹⁸⁾
- Clase D: reabsorción del arco basal. ⁽¹⁸⁾
- Clase E: reabsorción extrema del arco basal (totalmente atrófica). ⁽¹⁸⁾

En 1986 Falschussell realizó otra clasificación las cuales son: ⁽¹⁸⁾

- Clase 0: cresta maxilar en la arcada dentaria (maxilar con dientes). ⁽¹⁸⁾
- Clase I: cresta maxilar ancha y alta (después de una extracción). ⁽¹⁸⁾
- Clase II: cresta maxilar estrecha y alta (pérdida de hueso en horizontal). ⁽¹⁸⁾
- Clase III: cresta maxilar puntiforme y alta. ⁽¹⁸⁾
- Clase IV: cresta maxilar ancha y con altura reducida. ⁽¹⁸⁾
- Clase V: cresta maxilar totalmente reabsorbida (cuando llego a hueso basal). ⁽¹⁸⁾

EL Dr. Wang L. en el 2002 hace una clasificación de los defectos de anchura, de altura y de ambos, lo cual la clasificación recibe el nombre de HVC (horizontal, vertical y combinadas) y el grado de severidad que Allen también había agregado la subdivide a su vez en defectos pequeños, medianos y grandes. ⁽¹⁸⁾

- Defecto pequeño; es un defecto menos de 3mm. ⁽¹⁸⁾
- Defecto mediano; es un defecto de 4 -6 mm. ⁽¹⁸⁾
- Defecto grande; es un defecto mayor a 7mm. ⁽¹⁸⁾

Según la clasificación de Adwood (en la arcada inferior) en 1963, estudió los cambios más resaltantes del volumen óseo tras la ausencia dentaria en el sector mandibular, determino los 5 estadios del reborde residual de las cuales son: ⁽¹⁸⁾

- Clase I: pre-extracción. ⁽¹⁸⁾
- Clase II: post- extracción. ⁽¹⁸⁾
- Clase III: alto bien redondeado. ⁽¹⁸⁾
- Clase IV: filo de cuchillo. ⁽¹⁸⁾
- Clase V: bajo bien redondeado. ⁽¹⁸⁾
- Clase VI: deprimido. ⁽¹⁸⁾

1.1.3.2. Factores que pueden Causar una reabsorción ósea

- Trauma oclusal:

Es una lesión causada por la acción por parte del proceso masticatorio como resultado un daño en el contacto oclusal; manifestándose ya sea en el periodonto, dientes, tejido pulpar, ATM o sistema neuromuscular. Existen 2 tipos: ⁽¹⁹⁾

- Trauma oclusal primario:

Es generada por fuerzas oclusales excesivas que causan daño al periodonto, generando una lesión al diente, que sobrepasa la capacidad adaptativa del periodonto. ⁽¹⁹⁾

-Trauma oclusal secundario:

Se da por una pérdida de soporte periodontal, ya que son desplazados del alveolo por fuerzas normales. El periodonto débil puede ser incapaz de sostener fuerzas fisiológicas normales, produciendo una destrucción periodontal. ⁽¹⁹⁾

➤ Dientes inclinados:

Es debido a la falta de su antagonista, lo cual este tiende a inclinarse hacia diferentes direcciones. Debido a este hecho se da como consecuencia una pérdida ósea. ⁽²⁰⁾

➤ Lesión cariosa. ⁽²⁰⁾

➤ Contacto abiertos. ⁽²⁰⁾

➤ Calculo dental. ⁽²⁰⁾

1.1.4. Confort

Según Mericske S. y col. en el año 1997, realizó un estudio donde observaron que el 93% de los pacientes que usaban prótesis de baja calidad estaban insatisfechos por ello, mientras que 50% de los pacientes que usaban prótesis de buena calidad se encontraban satisfechos, se da entender que lo más importante no es la técnica con que se va realizar, sino el resultado del trabajo ⁽²¹⁾

Como bien sabemos el temor de las personas con necesidad protésica pueden desencadenar cuadros depresivos, lo cual es importante que ellos puedan identificar, y así poder brindar soluciones para el problema. Se debe establecer vínculo personal, y que el paciente se sienta cómodo. ⁽²¹⁾

1.1.5. Necesidad de Estética

Según Telles D. al tener una bella sonrisa que toma como referencia la salud y la autoestima, menciona que uno como odontólogo debe observar y escoger las características más próximas a las de los dientes naturales observando el tamaño de la comisura bucal y la línea de sonrisa alta. ⁽²¹⁾

En la arcada inferior es la más compleja para rehabilitar ya que no se debe observar la presencia del metal a comparación de la arcada superior. Las limitaciones y técnicas aplicables de la situación clínica del paciente es deber del profesional. Alcanzando la expectativa del paciente y no la del profesional. ⁽²¹⁻²²⁾

La necesidad de una paciente de desear un buena estética, hace que el profesional se encargue de evaluar la forma; posición; tamaño; color; calidad de los dientes. Así también la línea labial superior alta o baja; así determinar el color y el contorno gingival con el fin de ofrecer un resultado estético. ⁽²²⁾

Es necesario que el odontólogo profesional realice una evaluación adicional para que este seguro con el confort del paciente y con la prótesis prevista. ⁽²³⁾

1.1.6. Indicaciones y contraindicaciones para el uso de una Prótesis total

Para saber las indicaciones lo que primero se debe realizar es una anamnesis y exploración para saber el estado general del paciente. Donde se debe observar si hay presencia de patologías. Luego se procede a una exploración clínica donde observamos la encía, altura de los rebordes alveolares que es fundamental para la estabilidad de la prótesis, como también se debe observar si hay zonas de posibles patologías en el paladar duro; tejidos blandos. ⁽²³⁾

Se debe observar la cantidad de saliva; como también Lengua, tonicidad muscular, labios, forma del reborde maxilar y mandibular, no olvidarnos también de observar las comisuras labiales ya que podemos encontrar una queilitis angular, estomatitis u otra enfermedad en la cavidad oral; es importante el exámenes radiográficos para determinar el tipo de reabsorción ósea, entre otros. ^(23,24)

Las contraindicaciones que se deben tener en cuenta son al momento de realizar el examen clínico, se debe observar si hay inflamación de los tejidos, como también si se encuentra un torus voluminoso, lo cual dificulta una adecuada rehabilitación protésica, también descartar si hay neoplasias malignas o benignas, entre otros. ⁽²⁵⁾

1.2. INVESTIGACIONES

Apunte (2018); buscó proporcionar un tratamiento odontológico integral a una paciente con escaso reborde óseo, con la utilización de prótesis total inferior y superior. Donde se realizó una muestra en un paciente de 77 años de edad que sufre Diabetes Mellitus tipo I controlada, lo cual acudió a la consulta por falta de estética y pérdida de función masticatoria debido a la pérdida de dientes. Ya que el paciente no tenía los recursos económicos para la colocación de prótesis sobre implantes, luego se elaboró una prótesis total convencional, obteniendo con un resultado exitoso, devolviendo la función y estética. ⁽⁵⁾

Joanna Kuc et al (2017); realizaron un estudio experimental, donde su objetivo fue estudiar La morfología del proceso alveolar que puede determinar la retención y la estabilidad de las restauraciones protésicas, Teniendo en cuenta que las mandíbulas edéntulas pueden verse afectadas por un proceso de atrofia, lo cual plantearon una hipótesis, que la morfología del proceso alveolar del maxilar puede depender de la altura facial anterior y la anatomía de la mandíbula. En donde Veinticinco individuos de tez clara que eran edéntulos sanos fueron elegidos al azar, cada uno se le realizó un cefalograma lateral antes y después de la rehabilitación protésica, durante la exposición, se instalaron las prótesis recién realizadas a los pacientes, donde se observó que los dientes permanecieron en máxima intercuspidad, se evaluaron según el método de Ricketts, McNamara y Tallgren. En el resultado se pudo observar una asociación entre la edad del paciente y la parte distal del maxilar, también se observó una conexión estadísticamente significativa entre la dimensión vertical de la cresta alveolar y la altura facial anterior total e inferior condicionada por la rehabilitación protésica. ⁽⁶⁾

González (2016); estableció el nivel de confort al uso de prótesis totales de los maxilares en adultos mayores, donde fueron de 90 pacientes, 36 de sexo masculino y 54 femenino, todos edéntulos totales, lo cual realizaron la muestra estadística, para determinar el confort del paciente con el uso de las prótesis, llevaron a cabo encuestas con el método GOHAI, Los resultados obtenidos indicaron que la mayoría de los pacientes se sienten contentos con sus prótesis totales, presentaban molestias mínimas como también presentaban problemas en la masticación.⁽⁷⁾

Chia Huang et al (2016); evaluaron las relaciones entre las condiciones periodontales, salivas, niveles de antioxidantes, y confort de los pacientes con sus prótesis completas. Donde se evaluó La condición periodontal de los pacientes del índice de placa (PI) y del índice gingival (GI). El valor de pH, la tasa de flujo y el tampón se estimó la capacidad de la saliva. El estado antioxidante total salival (TAS) y su peróxido. También se determinó el nivel de dismutasa (SOD). Satisfacción de los pacientes con prótesis. Los tratamientos se evaluaron utilizando la versión china de la forma corta. Se utilizó un modelo de regresión multivariable para determinar si la satisfacción de los pacientes con el tratamiento protésico se veía afectada por su estado de salud oral. Como resultado se obtuvo de 35 pacientes edéntulos. En el análisis de correlación de Spearman, salival del pH ($r = -0.36$, $p = 0.03$) y la capacidad del tampón ($r = -0.48$, $p < 0.01$) se asociaron con Puntuaciones OHIP-14C. Fue un análisis multivariado, los pacientes que tenían un IG más alto también tenían un mayor puntuación de discapacidades físicas ($\beta = 1.38$, $p = 0.04$). Los niveles de SOD aumentaron con el puntuaciones de malestar psicológico ($\beta = 0,33$ U / g de proteína, $p = 0,04$).⁽⁸⁾

Jian Dong et al (2015); evaluaron el espesor de la mucosa. Del área portadora de la prótesis de la región mandibular edéntula. Donde se obtuvieron Veintisiete pacientes edéntulos que se sometieron a realizarse una tomografía computarizada

de haz cónico, donde los pacientes llevaban un registro. Las medidas fueron el incisivo central (IC), incisivo lateral (IL), Región canina (Ca), primer premolar (P1), segundo premolar (P2), primer molar (M1) y segundo molar (M2). En el que el espesor se midió en la cresta alveolar (T), bucal (B1-B4) y lingual (L1-L4) mucosa alveolar. Los lados (B) y los lados linguales (L) también fueron evaluados. Como resultado se obtuvo que las diferencias del grosor de la mucosa entre los lados izquierdo y derecho no fueron significativas. En las regiones Ca-M2, T fue el más grueso, y L3 fue el más delgado de todos los puntos medidos en las mismas regiones. Fue significativamente menor que B en las regiones posteriores ($P < 0.01$). Por otro lado, M2 en L4 fue la más delgada de todas las regiones medidas desde Ca a M2 ($P < 0.01$), y fue más gruesa que IC, IL, P1 y P2 en B2. ⁽⁹⁾

Larrea (2014); realizaron un diagnóstico y plan de tratamientos completos, para devolver la masticación y levantar la autoestima en los edéntulos, Como muestra fue un paciente de 65 años de edad, con alteración óseas después de la extracción del reborde alveolar mandibular; se realizaron una cirugía para una rehabilitación integral. Dando importancia la económica del paciente, se elaboraron las prótesis totales mucosoportadas convencionales. El resultado de la rehabilitación fue satisfactorio devolviendo la relación entre maxilares, devolviendo la función del sistema estomatognático. ⁽¹⁰⁾

Bhorgonde et al (2014); realizaron un estudio de manera experimental. Dónde el objetivo fue identificar la relación entre el centro de la cresta alveolar Cresta en relación con la zona neutral en una dirección buco lingual Que ayudará en el posicionamiento de los dientes en una región de mínimo conflicto para que se mejore la estabilidad de la prótesis, realizaron una prueba en la cresta alveolar en 30 pacientes edéntulos Conformado por hombres y mujeres divididos en tres grupos, El grupo I consistió en diez pacientes cuyo período de Edentulo varió entre 0-4 años. El Grupo II incluyó diez Pacientes edéntulos por más de 4 años pero menos de 8 años. El grupo III consistió en diez pacientes cuyo período de Edentulismo varió a más de 8 años, ANOVA unidireccional Prueba y las comparaciones múltiples por pruebas post-hoc de bonferroni fueron Utilizado para analizar los resultados y la

significación se tabuló., entre 8-12 años. Como resultado indicaron que la zona neutra sirve de guía y se recomendó que el período del Edentulo debe ser considerado mientras se da la organización de los dientes para la prótesis completa.⁽¹¹⁾

Kretschmann et al (2014); realizaron un estudio de forma experimental. Donde midieron y compararon el rendimiento masticatorio, empleando el Test de Manly en 2 grupos de 18 individuos cada uno. El primer grupo eran edéntulos con prótesis total removible, el segundo eran pacientes con dentadura natural. Al grupo de pacientes rehabilitados con prótesis le realizaron una encuesta llamada GOHAI para conocer el confort con el uso de la prótesis. En el resultado demostraron el rendimiento masticatorio en los pacientes con dentición natural a comparación a los pacientes con prótesis total que obtuvieron un bajo nivel, en especial con el rendimiento masticatorio.⁽¹²⁾

Varon AC et al (2014); realizaron un estudio experimental, en donde determinaron “tomográficamente la prevalencia de forma y tamaño de los rebordes residuales en pacientes edéntulos y su asociación con edad, sexo y reborde residual superior e inferior”, donde se evaluaron 722 tomografías tomadas en un centro de diagnóstico, entre 2010 y 2012, de las cuales se obtuvieron 102 imágenes de rebordes residuales, evaluaron la forma y tamaño del reborde residual fue determinado a través de 9 plantillas, producidas por el software Galaxis 3D, del sistema Cone beam, como resultados fueron la prevalencia de forma y tamaño del reborde residual superior fue: ovoide grande 48,6%, triangular grande 42,9%, triangular mediano 4,3%, cuadrado grande 2,9%, ovoide mediano 1,4%; en inferior ovoide grande 93,8%, cuadrado grande 6,25%.⁽¹³⁾

Sonawane et al (2014); evaluaron y compararon la capacidad de masticación, la calidad de la salud oral, Vida y estado nutricional antes y después de la fabricación e inserción de una prótesis completa en Edéntulos en una universidad dental, Por lo cual consistió en 42 participantes (16 mujeres y 26 hombres), mayores de 50 años. Antes de comenzar el estudio, recopilaron los Datos de la capacidad de masticación, GOHAI y la evaluación del estado nutricional se registró en la línea de base, 3, 6

y 12^o mes después de la fabricación e instalación de la prótesis. Las comparaciones estadísticas se realizaron en ANOVA de medidas repetidas y con la prueba de Chi cuadrado. El resultado encontrado fue P valor <0,05 donde consideró como estadísticamente significativa la Capacidad de masticación, GOHAI, IMC (Índice de Masa Corporal) y datos del cuestionario de ingesta de alimentos, mostró una mejoría estadísticamente significativa desde la línea de base hasta el sexto mes, pero no estadísticamente significativa observaron mejoría desde el 6^o mes al 12^o mes. Valor nutricional de los alimentos (proteína, energía y grasa) no mostraron diferencias significativas en un período de 12 meses (p <0,05).⁽¹⁴⁾

Reddy kk et al (2013); efectuaron un estudio longitudinal, donde el objetivo fue reducir las fuerzas traumáticas transmitidas por la prótesis para facilitar el confort del paciente donde creó una técnica nueva, Un paciente edéntulo total con una distancia inter-canto adecuada para el Caso, las prótesis dentales con revestimiento blando, y el procedimiento fue la base de la prótesis que fueron fabricados. El resultado fue que las prótesis dentales de los pacientes en este estudio fueron funcionalmente satisfactorias los pacientes informaron que podía comer todo tipo de Alimentos diarios con las prótesis dentales confeccionadas.⁽¹⁵⁾

Pachore J et al (2013); hicieron un estudio de manera experimental. Este estudio fue solucionar el problema de retención con el uso de adhesivos para una prótesis que es recomendado, realizaron impresiones secundarias en 20 edades completamente edéntulos los pacientes, el molde principal fue fabricado. El elenco principal fue Duplicado; Se fabricó una base de prótesis termorretráctil. Los ensayo de retención para el grupo de control, grupo en polvo, grupo de obleas, mediante un sensor de fuerza personalizado dispositivo. Se sometieron las lecturas al ANAVA siguiente por correo Hoc Los resultados muestran que el valor de la fuerza del grupo de pasta fue el máximo, seguido por el grupo de polvo, Grupo de obleas y el menor valor fue de la fuerza de retención con el grupo de control dentro de las limitaciones del estudio.⁽¹⁶⁾

Dable et al (2013); realizaron un estudio de forma observacional, donde su estudio fue identificar y reconocer los problemas de los pacientes completamente edéntulos y la Calidad de Vida. Se estudiaron 63 pacientes con edad media de 69,41 que necesitaban prótesis dentales antes y después de 6 meses de tratamiento mediante la administración de la escala GOHAI, La comparación entre los valores de pre y post-tratamiento de varias puntuaciones se realizaron con McNemar-Bowker Test. Los datos cuantitativos se representaron utilizando Media \pm SD y Mediana, IQR (intervalo Intercuartílico). El análisis de los datos cuantitativos previos y posteriores al tratamiento se realizó utilizando la Prueba de Rango Firmado de Wilcoxon. El resultado encontrado fue que mostraron las puntuaciones de GOHAI aumentaron de 28.90 + 7.28 a 42.19 + 7.60 ($p =$ altamente significativo). Hubo un cambio significativo en la calidad de vida en los ancianos después de su rehabilitación protésica, aunque la autoevaluación de salud general no mostró ninguna mejora significativa. ⁽¹⁷⁾

1.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Confort:**

Es aquello que produce bienestar, comodidades y satisfacción del paciente.
(25)

- **Cresta alveolar:**

Se encuentra en los maxilares superior e inferior, en el maxilar superior (entre los dientes superiores y paladar duro, en el maxilar inferior detrás de los dientes inferiores que contiene los alveolos). (26)

- **Dimensión vertical:**

Hace referencia la posición vertical de la mandíbula con respecto al maxilar superior cuando los dientes superiores e inferiores intercuspidan en la posición más cerrada. (27)

- **Edéntulos:**

Poseen alteraciones tales como la disminución de la fuerza masticatoria, disminución de la sensación propioceptiva de los objetos y alimentos, además de los desfavorables efectos estéticos en la cara. (27)

- **Impresión dental:**

Impresión dental es toda impresión que se toma a los dientes de los pacientes; que se consigue a través de materiales no tóxicos. (28)

- **Nutrición:**

Proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento y mantenimiento de las funciones vitales. (29)

- **Oclusión dental:**

Se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función.
(29)

- **Plano de oclusión:**

Es una superficie imaginaria que teóricamente tocan los bordes incisales de los incisivos y los bordes de las superficies triturantes de las molares. (30)

- **Prótesis completa:**

Es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, y repone los dientes. ⁽³⁰⁾

- **Salud Oral:**

La ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental. ⁽³⁰⁾

- **Zona neutra:**

Es el espacio potencial de la zona edéntula, donde se neutralizan las fuerzas musculares de la lengua, los labios y las mejillas; donde los dientes naturales o artificiales están sujetos a una fuerza igual y opuesta ejercida por los músculos vecinos que contiene los alveolos. ⁽³⁰⁾

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Es frecuente observar que en los centros adultos mayores encontramos personas de 3° edad que necesitan prótesis total o parcial, con el fin de mejorar las funciones perdidas del Sistema Estomatognático como la dimensión vertical, masticación, fonética, estética y confort. ⁽¹⁾

El edentulismo parcial o total es un problema que se da a nivel mundial, el número de pacientes edéntulos incluso en países con un alto estándar en el cuidado de salud oral. Todos los países tienen un sistema de atención de salud oral en los cuales existen servicios preventivos y restauradores, sin embargo, el edentulismo sigue presente por diversas razones. ⁽²⁾

Es importante saber que las razones de pérdida de piezas dentarias son varias: como caries dental que termina en extracción, enfermedad periodontal, ya sea por diferentes causas. A pesar de todas las causas, las personas han tratado de preservar y mejorar su salud bucal, por lo que los pacientes que tienen la posibilidad de tratarse, se atienden y se les emplea un tratamiento protésico. ⁽³⁾

En el campo de la odontología existen diversas ramas, de las cuales en el presente trabajo se señala a la rehabilitación oral, la cual es la encargada de restaurar piezas dentales perdidas; con esto evitaríamos que el Sistema Estomatognático sufra deterioro como problemas en la articulación temporomandibular siendo lo indicado realizar una planificación protésica y una buena rehabilitación y así, evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticatorio sufran deterioros, puesto que las prótesis reparan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así mal posiciones articulares.^(2,3)

En la actualidad existen un número de personas con necesidad de una prótesis dental ya que existen situaciones emotivas y difíciles de expresar por parte de los adultos mayores. El sentimiento de rechazo, de vergüenza, de dar lástima, perdura con fuerza hasta el día de hoy; por tanto, diversos factores psicológicos, como la actitud del paciente hacia la prótesis, parecen tener importancia para la aceptación de las prótesis completas, ya que la causa de ello pudo ser una caries dental, traumatismos, enfermedades periodontales etc. Una de las principales consecuencias de un edéntulo es la reabsorción del hueso alveolar, lo cual esto no impide poder realizarle una prótesis. ⁽⁴⁾

La rehabilitación del paciente edéntulo supone un desafío para el odontólogo ya que debe tomar en cuenta los cambios morfológicos como los numerosos problemas médicos y psicosociales que a menudo presentan las personas que requieren la prótesis. ^(3,4)

2.1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1.2.2. PROBLEMA PRINCIPAL

¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019?

2.1.2.3. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019?
- ¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019?
- ¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019?

2.2. FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1.FINALIDAD

La presente investigación tuvo por finalidad identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos de manera que nos permita determinar si existe una relación de ambas para un tratamiento eficaz. Un edéntulo total se define por la pérdida de dientes; durante nuestra vida suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos. Ya que generan alteraciones tanto a nivel psicosocial y alteraciones en la oclusión que repercuten a todo el Sistema Estomatognático, lo cual para solucionarlo se realizó una prótesis total con el fin de devolver todo ese sistema perdido y se obtenga un mayor confort, mediante la evaluación clínica de los pacientes del centro del adulto mayor de ancón.

2.2.2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.2.2.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación del tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019.

2.2.2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019.
- Establecer la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019.
- Determinar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019.

2.2.3. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en el año 2019 periodo comprendido entre los meses de abril a mayo del año en mención, constituyéndose así los límites temporales del estudio.

El estudio se llevó a cabo bajo el modelo experimental la evaluación de los tipos de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos, los cuales se sometieron a los procesos planificados por el investigador. Permitiendo así comprender la relación de los tipos de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos. La obtención y evaluación de los datos fue llevada a cabo en el centro del adulto mayor de ancón.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Actualmente se han evidenciado una cantidad de pacientes edéntulos que usan prótesis que al pasar los años cambian su nivel de satisfacción con el uso de su prótesis y otros con requerimiento de una prótesis, en la medida que se puede devolver la estética, fonética, masticación, anticipando cambios en el rostro de paciente. La presente investigación nos ayudó a identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos.

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL Y ESPECÍFICAS

2.3.1.2. HIPÓTESIS PRINCIPAL

El tipo de reborde óseo alveolar se relaciona significativamente con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancon-2019

2.3.1.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- El tipo de reborde óseo alveolar Clase I se relaciona significativamente con nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019.
- El tipo de reborde óseo alveolar Clase II se relaciona significativamente con nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019.
- El tipo de reborde óseo alveolar Clase III se relaciona significativamente con nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de ancón-2019.

2.3.2. VARIABLES E INDICADORES

En la presente investigación participaron las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

A. Variables de Estudio:

- **Variable Independiente:**

- Tipo de reborde óseo alveolar.

- **Indicadores:**

- Clasificación de Seibert.

- **Variable Dependiente:**

- Grado de confort al uso de la prótesis total.

- **Indicadores:**

- Tipo de satisfacción ante la instalación de la prótesis total.
- Puntaje de Satisfacción (EVA).

La evaluación de las variables se llevó a cabo mediante la definición operacional de las variables, en la cual se estableció la descomposición de las Variables en sus dimensiones, indicadores y escalas de medición **(Ver Anex01)**

CAPÍTULO III

MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.1. POBLACIÓN

Este estudio se constituyó por pacientes edéntulos que utilizaban prótesis total y que asistieron al centro del adulto mayor de ancón -2019, las cuales se estimó en un total aproximado de 120 adultos mayores.

3.1.2. MUESTRA

En la investigación planificada se llevó a cabo en una muestra representativa de la población del estudio, en un tamaño muestral mínimo. Para determinar la relación de los tipos de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de prótesis total en pacientes edéntulos, se realizó un estudio lo cual se ejecutó en una muestra conformada por 30 pacientes edéntulos que utilizaban prótesis total, que eran integrantes del centro del adulto mayor de ancón-2019.

3.1.3. UNIDAD DE MUESTREO

Las unidades de muestreo del presente trabajo de investigación, estuvo conformado por todos los que asistieron al centro del adulto de mayor de ancón durante el periodo 2019-I, quienes cumplieron con los criterios de selección planteadas por la investigadora; y cuya totalidad conforme la muestra.

3.1.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Se realizó una Ficha Ad-hoc que fue elaborado por el investigador y debidamente validado, para los fines específicos del estudio.

3.1.5. TIPO DE MUESTREO

El muestreo que se realizó en este estudio fue no probabilístico por conveniencia porque se seleccionó a los pacientes según convenga para el estudio, ya que se entrevistó a los edéntulos que utilizaron prótesis total en el centro del adulto mayor de ancón-2019, como también hubieron edéntulos que no utilizaron prótesis por escasos recursos económicos; los cuales no fueron entrevistados, ya que no cumplieron con los criterios establecidos.

3.1.6. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los individuos que fueron considerados unidades muestrales en el estudio, se evaluaron en base a los siguientes criterios de elegibilidad:

3.1.6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los pacientes, que fueron considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, cumplieron con los siguientes criterios:

- Ser pacientes edéntulo que utilizaron prótesis total que integraron al centro del adulto mayor de ancón.
- Pacientes edéntulos que utilizaron prótesis total que no tuvieron alguna enfermedad sistémica.
- Pacientes edéntulos que utilizaron prótesis total que fueron colaboradores.
- Pacientes edéntulos que utilizaron prótesis total que no sufrieron de alteraciones mentales.
- Pacientes edéntulos que utilizaron prótesis total que eran mayores de 20 años y menores de 100 años.

3.1.6.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los pacientes que presentaron alguno de los criterios listados abajo, no pudieron ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Pacientes edéntulos que utilizaron prótesis que no estuvieron integrados al centro del adulto mayor de ancón.

- Pacientes que sean edéntulos y no usen prótesis total.
- Pacientes edéntulos que no colaboraron con la investigación.
- Pacientes edéntulos que utilizaron prótesis total que tuvieron de alguna alteración mental.
- Pacientes edéntulos que utilizaron prótesis total que tuvieron alguna enfermedad sistémica.

3.2 DISEÑO UTILIZADO EN EL ESTUDIO

3.2.1 PROPÓSITO

Aplicado: Debido a que buscó emplear el conocimiento teórico para dar explicación a fenómenos de manera fundamental, pudiendo así determinar la relación de los tipos de reborde óseo alveolar y el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos.

3.2.2 ENFOQUE

Cuantitativo: El investigador evaluó objetivos y puntuales, los cuales fueron obtenidos en base a una muestra representativa de la población, lo que permitió llevar a cabo la contrastación de las hipótesis del estudio.

3.2.3 SECUENCIA TEMPORAL

Transversal: La recolección de los datos del estudio se llevó a cabo mediante una única medición, por lo cual el investigador tuvo contacto con las unidades muestrales en un único momento de tiempo.

3.2.4 TEMPORALIDAD

Prospectivo: Porque los datos que se usaron para la investigación fueron datos que se tomaron a futuro.

3.2.5 ASIGNACIÓN DE FACTORES

Observacional: En este estudio se evaluó de manera natural por lo que el investigador no manipuló su exposición, limitándose a reportar las características que se observaron.

3.2.6 FINALIDAD

Descriptivo: Mediante la presente investigación se pretendió identificar la vinculación entre las variables de estudio, considerándose la existencia de relación entre ellas.

3.2.7 DISEÑO ESPECÍFICO

De Corte Transversal: Se planificó la realización del estudio, mediante la evaluación transversal, observacional y descriptiva de las variables, obtenidas de una muestra representativa de la población.

3.2.8 NIVEL

Correlacional: La investigación estuvo orientada a establecer la relación o asociación entre las variables de estudio, mediante la evaluación que se planificó de la muestra seleccionada.

3.2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para la ejecución del presente estudio, el investigador solicitó la autorización o permiso del centro del adulto mayor de ancón para la recolección de datos, referente a la ficha de instrumento realizado. Adicionalmente el investigador negó la existencia de conflictos de interés relacionados al trabajo de investigación.

El autor del estudio expresó su compromiso de mantener en estricta confidencialidad los datos personales de los participantes, resguardando así en privado su identidad.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos en el presente estudio se llevó a cabo por medio de una ficha Ad-Hoc que consistió en recolectar los datos de la investigación mediante una serie de preguntas en la que cada pregunta tuvo alternativas de respuesta.

3.3.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a ser empleada en esta investigación fue la de ficha Ad-Hoc (ver Anexo 03), que se elaboró por el investigador y debidamente validado, para los fines específicos del estudio, la cual para no realizar una ficha de observación y de entrevista se obtuvo una única ficha llamada ficha Ad-Hoc que estuvo conformada por ítems cerrados acorde a los indicadores de la variables operacionalizadas. La mencionada ficha se aplicó únicamente por el investigador, todas las mediciones fueron llevadas a cabo bajo las mismas circunstancias (físicas, emocionales y procedimentales).

3.3.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos en el presente estudio se llevó a cabo por medio de la ficha AD-HOC; los datos obtenidos fueron registrados en el instrumento de investigación, para luego ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso 2010, bajo las modificaciones planteadas por el investigador.

3.3.4 CAPACITACIÓN Y CALIBRACIÓN

Se llevó a cabo una adecuada medición de las variables de estudio, la investigadora recibió la capacitación por parte de un experto en el área; en el cual se emitió un reporte que garantice el proceso de evaluación, lo que permitió respaldar la calidad del resultado obtenido. Adicionalmente, el capacitador realizó la medición de las unidades muestrales por medio de la aplicación del instrumento, cuyos resultados obtenidos sirvieron como patrón de comparación o calibración a las mediciones.

3.3.5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se empleó, fue una ficha AD-HOC, que requirió de una validación previa a su aplicación final, la cual se estableció en la base a la determinación de su viabilidad, sensibilidad al cambio, confiabilidad y validez. La viabilidad del instrumento se estableció en base a su sencillez, ya que consta de una sola 1 cara, y de no requerir procedimientos complejos. Los resultados de la evaluación del investigador con las del calibrador (fiabilidad inter-observador). Tanto la repetitividad como la fiabilidad inter-observador se evaluó por medio de la prueba estadística Kappa de Cohen para variables cualitativas y Coeficiente de correlación intraclase derivado del análisis de varianza en el caso de variables cuantitativas; la magnitud de las variaciones en la medición se estableció por medio del error de medición (Fórmula de Dahlberg) y error sistemático (T de Student para muestras pareadas); el tiempo de blanqueo previsto fue de una semana. La consistencia interna de la confiabilidad del instrumento se evaluó por medio del análisis estadístico alfa de R de Kuder Richardson para variables dicotómicas y Alfa de Cron Bach para variables politómicas.

La ficha de instrumento de recolección de datos fue correctamente viabilizado (ver Anexo 03). También se realizó la matriz de consistencia interna del estudio (Ver Anexo 06).

PROCESAMIENTO DE DATOS

Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas de recolección y a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las modificaciones que se planteó por el investigador. El procesado de los datos se llevó a cabo en una laptop de marca SAMSUNG, modelo RV415, de 16GB de memoria RAM con sistema operativo de 64 bits. La información que se recolectó fue analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) en su versión de acceso; en la cual se llevó a cabo la aplicación de estadística descriptiva para establecer la distribución de los datos recolectados a través de medidas de tendencia central, dispersión, forma y posición. También se utilizó estadística inferencial para la docimasia de las hipótesis de la investigación, la cual se llevó a cabo mediante la realización de la prueba estadística paramétrica Chi Cuadrado de Pearson para la comprobación de las hipótesis bivariadas con dos variables cualitativas. Tanto los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferenciales fueron expresadas mediante tablas y figuras. Los resultados muestrales fueron inferidos a la población mediante estimación por intervalo a un 95% de confianza.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la pérdida de dientes, se da por varias causas como: caries dental debido a una mala higiene que conlleva a una enfermedad periodontal, donde causa problemas en el Sistema Estomatognatico, que requerirá de la utilización de una prótesis que reemplaza a los dientes perdidos y con un buen confort; en este estudio se analizaron los datos de 30 pacientes edéntulos que utilizaban prótesis donde se evaluó si hay relación con la satisfacción de la prótesis según el tipo de reborde óseo alveolar, obteniéndose así los siguientes resultados:

Tabla 01. Distribución de Frecuencias del Género Sexual.

GENERO SEXUAL	n	%	IC 95%
Masculino	13	43.3	26.22;62.20
Femenino	17	56.7	37.79;73.78
TOTAL	30	100	

Según la tabla 01 se observó que el género sexual más frecuente fue el femenino con un 56.70%. Por otra parte el género sexual menos frecuente fue el masculino con un 43.30% de la muestra total (n=30).

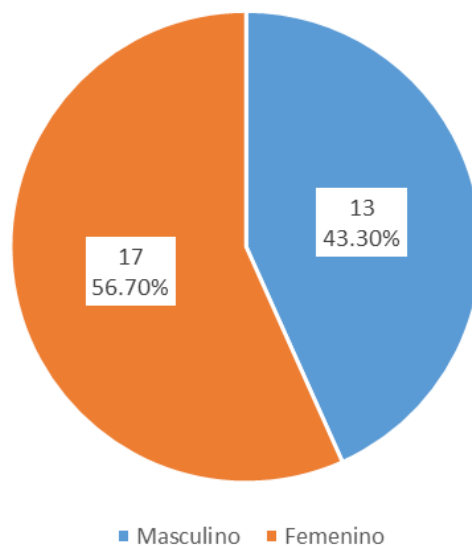


Figura 01. Sectores de la distribución de las frecuencias del Género Sexual.

Tabla 02. Distribución de Frecuencias de tipos de reborde Según Seibert en Arcada Superior.

TIPOS DE REBORDE S.SEIBERT	n	%	IC 95%
A.SUPERIOR			
Clase I	3	10.0	0.30;28.26
Clase II	17	56.7	37.79;73.78
Clase III	10	33.3	18.26;52.81
TOTAL	30	100	

Según la tabla 02 se observó que los tipos de reborde según Seibert de arcada superior, la más frecuente fue la clase II con un 56.7%. Por otra parte el tipo de reborde menos frecuente fue el de clase I con un 10% de la muestra total (n=30).

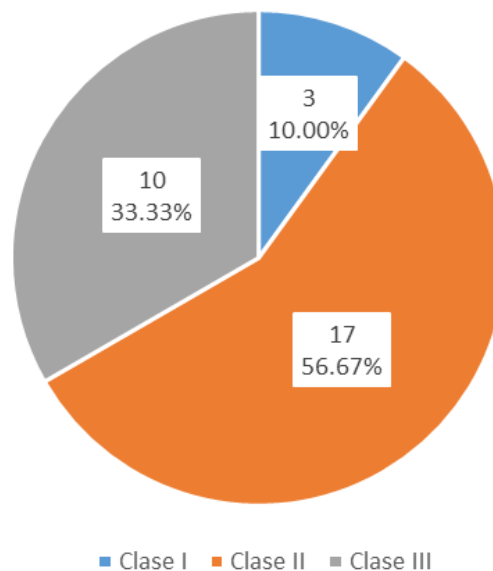


Figura 02. Sectores de la distribución de frecuencias de los tipos de reborde Según Seibert en la Arcada Superior.

Tabla 03. Distribución de Frecuencias de tipos de reborde Según Seibert en Arcada Inferior.

TIPOS DE REBORDE S.SEIBERT A.			
INFERIOR	n	%	IC 95%
Clase I	4	13.3	0.47;31.98
Clase II	13	43.3	26.21;62.20
Clase III	13	43.3	26.21;62.20
TOTAL	30	100	

Según la tabla 03 se observó que los tipos de reborde según Seibert de la arcada Inferior la más frecuente fue la clase II con un 43.3% al igual que la clase III. Por otra parte el tipo de reborde menos frecuente fue el de clase I con un 13.3% de la muestra total (n=30).

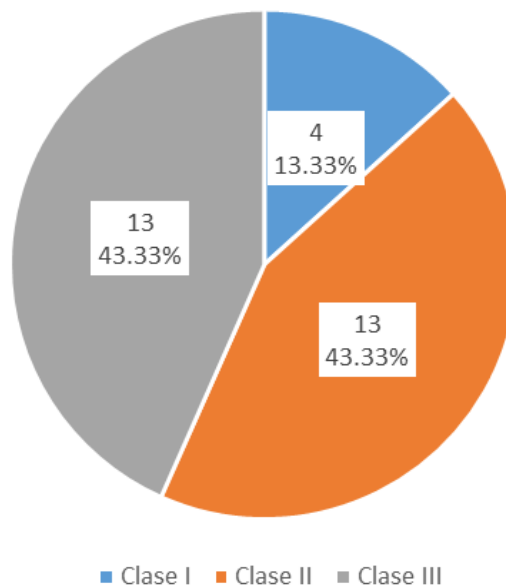


Figura 03. Sectores de la distribución de frecuencias de los tipos de reborde Según Seibert en la Arcada Inferior.

Tabla 04. Distribución de Frecuencias del Nivel de Satisfacción de la Arcada Superior.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	n	%	IC 95%
A.SUPERIOR			
Bajo	5	16.7	0.67;35.65
Medio	21	70.0	50.46;0.84
Alto	4	13.3	0.47;31.98
TOTAL	30	100	

Según la tabla 04 se observó que los niveles de satisfacción de la arcada superior la más frecuente fue medio con un 70%. Por otra parte el nivel de satisfacción menos frecuente fue el alto con un 13.3% de la muestra total (n=30).

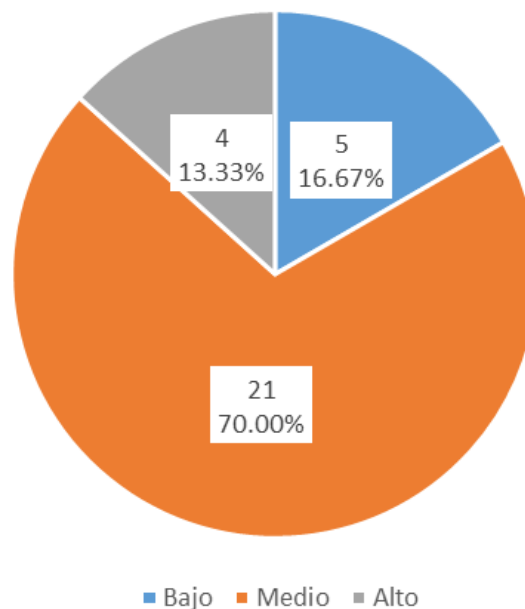


Figura 04. Sectores de la distribución de frecuencias de nivel satisfacción de la Arcada Superior.

Tabla 05. Distribución de Frecuencias del Nivel de Satisfacción de la Arcada Inferior.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	n	%	IC 95%
A.INFERIOR			
Bajo	5	16.7	0.67;35.65
Medio	17	56.7	37.79;73.78
Alto	8	26.7	13.34;46.18
TOTAL	30	100	

Según la tabla 05 se observó que los niveles de satisfacción de la arcada Inferior la más frecuente fue medio con un 56.7%. Por otra parte el nivel de satisfacción menos frecuente fue el bajo con un 16.7% de la muestra total (n=30).

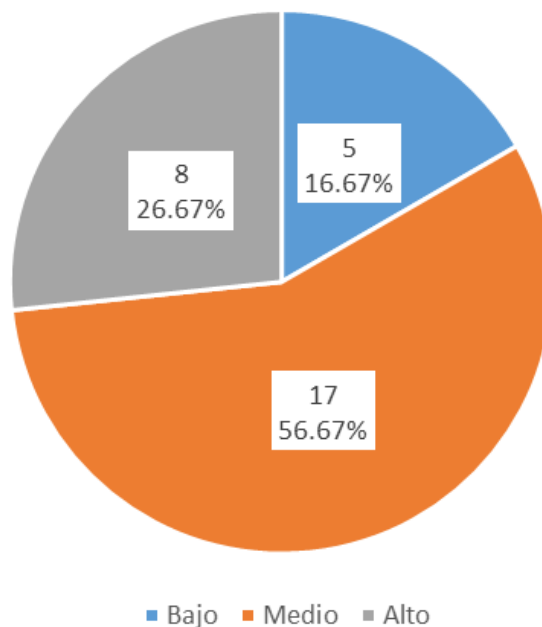


Figura 05. Sectores de la distribución de frecuencias de nivel satisfacción de la Arcada Inferior.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

En este apartado se realizó la docimasia de las hipótesis planteadas para la ejecución de la presente investigación, considerando que la hipótesis principal correspondió a:

“El tipo de reborde óseo alveolar se relaciona significativamente con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.”

Debido a la complejidad de las variables de medición, esta se subdividió en hipótesis específicas.

4.2.1. Contrastación de Hipótesis Específicas

Para poder entender de manera precisa el evento de estudio, se analizó de manera separada las hipótesis específicas, las cuales fueron:

1. *“El tipo de reborde óseo Alveolar clase I se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.*
2. *“El tipo de reborde óseo Alveolar clase II se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.*
3. *“El tipo de reborde óseo Alveolar clase III se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.*

4.2.1.1. Contratación de Hipótesis Específica 1

La hipótesis específica 1 correspondió a:

“El tipo de reborde óseo Alveolar clase I se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se realizó el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

I.- Formulación de Hipótesis Estadística

H₀: *La proporción del tipo de reborde óseo clase I es igual según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.*

H₁: *La proporción del tipo de reborde óseo clase I es igual según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.*

II.- Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

III.- Determinación del Estadígrafo a Emplear

Al tratarse de dos variables cualitativas se planteó seguir la vía de los análisis no paramétricos, en donde la variable de agrupación determinó 3 categorías o grupos siguiendo un diseño de corte transversal, razón por la que se estableció la necesidad de utilizar estadígrafos para más de dos muestras independientes. La información previamente señalada permitió sustentar la necesidad de emplear la prueba Chi cuadrado de Pearson.

IV.- Estimación del P-Valor

Se estableció la realización del análisis aplicando el estadígrafo Chi cuadrado de Pearson, a fin de poner a prueba la hipótesis secundaria planteada.

TABLA Nº 06.- Distribución del tipo de reborde óseo clase I según el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.

TIPOS DE REBORDE CLASE I (SEGÚN SEIBERT)	NIVEL DE SATISFACCIÓN			P-VALOR†
	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	
Superior	1(33.33)	2(66.67)	0(0)	0.377*
Inferior	0(0)	4(100)	0(0)	0.801*

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de confianza .P>0.05

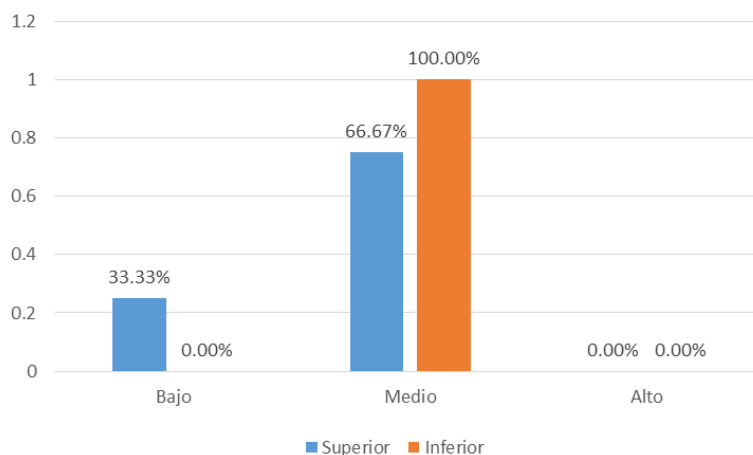


Figura 06.- Barras agrupadas de la distribución del tipo de reborde óseo alveolar clase I según el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.

V.-Toma de Decisión

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, se aceptó la hipótesis nula, por lo que se estableció la independencia de las variables; es decir, que el tipo de reborde óseo alveolar clase I no está asociado con el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.

4.2.1.2. Contrastación de Hipótesis Específica 2

La hipótesis específica 2 correspondió a:

“El tipo de reborde óseo Alveolar clase II se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se realizó el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

I.- Formulación de Hipótesis Estadística

H₀: *La proporción del tipo de reborde óseo clase II es igual según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.*

H₁: *La proporción del tipo de reborde óseo clase II es igual según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.*

II.- Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

III.- Determinación del Estadígrafo a Emplear

Al tratarse de dos variables cualitativas se planteó seguir la vía de los análisis no paramétricos, en donde la variable de agrupación determinó 3 categorías o grupos siguiendo un diseño de corte transversal, razón por la que se estableció la necesidad de utilizar estadígrafos para más de dos muestras independientes. La información previamente señalada permitió sustentar la necesidad de emplear la prueba Chi cuadrado de Pearson.

IV.- Estimación del P-Valor

Se estableció la realización del análisis aplicando el estadígrafo Chi cuadrado de Pearson, a fin de poner a prueba la hipótesis secundaria planteada

TABLA Nº 07.- Distribución del tipo de reborde óseo clase II según el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.

TIPOS DE REBORDE CLASE II (SEGÚN SEIBERT)	NIVEL DE SATISFACCIÓN			P-VALOR†
	Bajo n (%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Superior	2(11.76)	12(70.59)	3(17.65)	0.573*
Inferior	2(15.38)	6(46.15)	5(38.46)	0.435*

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de confianza .P>0.05

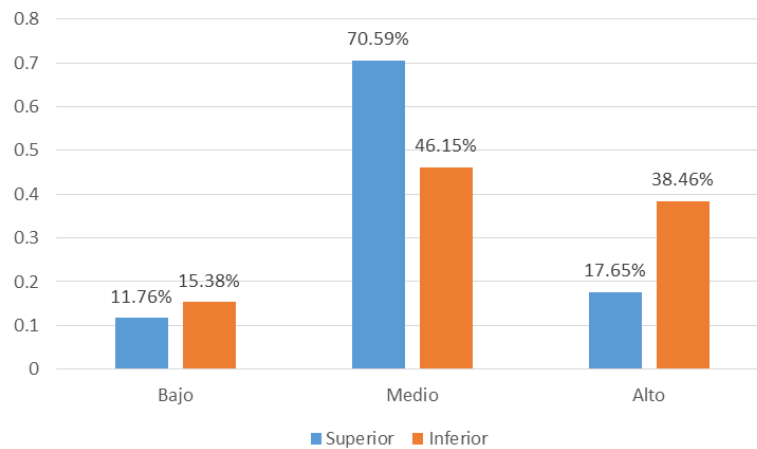


Figura 07.- Barras agrupadas de la distribución del tipo de reborde óseo alveolar clase II según el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.

V.-Toma de Decisión

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, se aceptó la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir, que el tipo de reborde óseo alveolar clase II no está asociado con el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.

4.2.1.3. Contrastación de Hipótesis Específica 3

La hipótesis específica 2 correspondió a:

“El tipo de reborde óseo Alveolar clase III se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.”

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se realizó el ritual de significancia estadística, para lo cual se realizó una secuencia ordenada de pasos:

I.- Formulación de Hipótesis Estadística

H₀: *La proporción del tipo de reborde óseo clase III es igual según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.*

H₁: *La proporción del tipo de reborde óseo clase III es igual según el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.*

II.- Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

III.- Determinación del Estadígrafo a Emplear

Al tratarse de dos variables cualitativas se planteó seguir la vía de los análisis no paramétricos, en donde la variable de agrupación determinó 3 categorías o grupos siguiendo un diseño de corte transversal, razón por la que se estableció la necesidad de utilizar estadígrafos para más de dos muestras independientes. La información previamente señalada permitió sustentar la necesidad de emplear la prueba Chi cuadrado de Pearson.

IV.- Estimación del P-Valor

Se estableció la realización del análisis aplicando el estadígrafo Chi cuadrado de Pearson, a fin de poner a prueba la hipótesis secundaria planteada.

TABLA Nº 8.- Distribución del tipo de reborde óseo clase III según el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.

TIPOS DE REBORDE CLASE III (SEGÚN SEIBERT)	NIVEL DE SATISFACCIÓN			P-VALOR†
	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Superior	2(20)	7(70)	1(10)	0.858*
Inferior	3(23.08)	7(53.85)	3(23.08)	0.577*

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de confianza .P>0.05

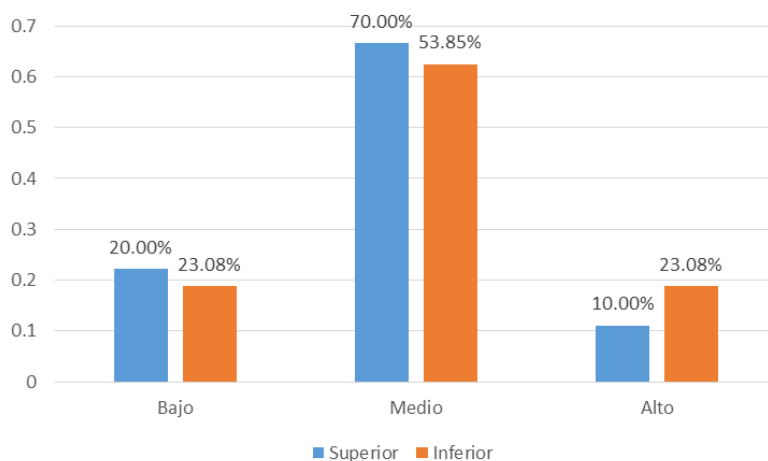


Figura 08.- Barras agrupadas de la distribución del tipo de reborde óseo alveolar clase III según el nivel de satisfacción al uso de prótesis total en la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.

V.-Toma de Decisión

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, se aceptó la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir, que el tipo de reborde óseo alveolar clase III no está asociado con el nivel de satisfacción de la arcada superior e inferior.

4.2.1. Evaluación de la Validez de la Hipótesis General

De la misma manera que con las hipótesis específicas, la hipótesis general: *“El tipo de reborde óseo alveolar se relaciona significativamente con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.”*, solo se podría considerar verdadera por inducción, al establecerse la veracidad de las hipótesis específicas que la conforman, así agrupó las hipótesis específicas y sus resultados en la siguiente tabla:

TABLA 09.- Análisis de la Aceptación de la Hipótesis General como Respuesta Inductiva a los Resultados Estadísticos de sus Hipótesis Específicas.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	RESULTADO ESTADISTICO
<i>“El tipo de reborde óseo Alveolar clase I se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.</i>	SE ACEPTA
<i>“El tipo de reborde óseo Alveolar clase II se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.</i>	SE ACEPTA

<p><i>“El tipo de reborde óseo Alveolar clase III se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019.</i></p>	<p>SE ACEPTA</p>
<p>HIPÓTESIS GENERAL</p>	<p>RESULTADO INDUCTIVO</p>
<p><i>“El tipo de reborde óseo alveolar se relaciona significativamente con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancón-2019”</i></p>	<p>SE ACEPTA</p>

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN:

La investigación tuvo como objetivo principal relacionar el tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos del centro del adulto mayor de Ancón -2019, estuvo comprendida con una muestra de 30 pacientes edéntulos.

Primero se identificó la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción donde predominó más el nivel de satisfacción medio en ambas arcadas (superior 66.67% e inferior 100%), nivel de satisfacción bajo (superior 33.33% e inferior 0%) y nivel de satisfacción alto (superior 0% e inferior 0%). Usando la Prueba de Chi Cuadro de Pearson se obtuvo un P-valor > 0.05 (superior con 0.377 e inferior con 0.801), se estableció que no existe relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción del uso de la prótesis

El segundo objetivo específico estableció la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción donde predominó más el nivel de satisfacción medio en ambas arcadas (superior 70.59% e inferior 46.15%), nivel de satisfacción bajo (superior 11.76% e inferior 15.38%) y nivel de satisfacción alto (superior 17.65% e inferior 38.46%). Usando la

Prueba de Chi Cuadro de Pearson se obtuvo un P-valor > 0.05 (superior con 0.573 e inferior con 0.435), se estableció que no existe relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción del uso de la prótesis.

Con respecto al tercer objetivo específico de este estudio se determinó la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción donde predominó más el nivel de satisfacción medio en ambas arcadas (superior 70% e inferior 53.85%), nivel de satisfacción bajo (superior 20% e inferior 23.08%) y nivel de satisfacción alto (superior 10% e inferior 23.08%). Usando la Prueba de Chi Cuadro de Pearson se obtuvo un P-valor > 0.05 (superior con 0.573 e inferior con 0.435), se estableció que no existe relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción del uso de la prótesis.

El objetivo principal de este estudio fue determinar la relación del tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de prótesis, no obstante:

Kretschmann et al; el cual su objetivo principal fue comparar el rendimiento masticatorio, en lo cual el primer grupo estaba conformado por pacientes edéntulos y con prótesis y el segundo grupo por pacientes con dentadura completa; el resultado fue que los pacientes que utilizaron prótesis total señalaban un bajo nivel de satisfacción en especial cuando se realizó la función masticatoria; mencionan que existe diferencia significativa en el rendimiento masticatorio de los pacientes portadores de prótesis total por el comportamiento mecánico de los tejidos involucrados y la adaptación de la prótesis; por tanto en este estudio se concluyó que los pacientes portadores de prótesis total tienen un bajo nivel de confort al momento de la masticación por tanto en otro estudio cabe mencionar que los pacientes con prótesis total al momento de la instalación tuvieron dificultad para pronunciar las palabras⁽²⁷⁾.

En otro estudio de Ladha K. y col. su objetivo fue valorar el efecto de los dientes de porcelana y acrílico en los procesos residuales en pacientes edéntulos totales; donde realizó en 193 pacientes edéntulos quienes usaron prótesis por más de 5 años, donde se analizó la altura de los procesos residuales según la clasificación de Atwood; por tanto el resultado según menciona el autor fue que las prótesis con dientes de porcelana se asociaron frecuentemente con la reabsorción ósea severa. Como se puede dar a entender existen diferentes formas que puede causar la reabsorción ósea ya sea leve, moderada, severa. ⁽²⁸⁾

La satisfacción del paciente se encuentra relacionado con la atención odontológica; se considera hoy en día uno de los valores más deseables; es lo que se consigue al finalizar un tratamiento en diferentes áreas en la odontología; ya que en este estudio se determinó que el tipo de reborde óseo alveolar no tiene una relación con el grado de confort al uso de la prótesis en pacientes edéntulos. Se buscó devolver las funciones perdidas por causa de la pérdida dental; como masticación, fonética; entre otros. La prótesis total es un tratamiento que es muy importante para rehabilitar a un edéntulo total, que es de carácter removible que da cargas masticatorias en el reborde óseo residual a través de la mucosa masticatoria. (29-30)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.2. Conclusiones

Con respecto a conocer el tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019; se concluye que no existe una relación directamente proporcional.

5.2.1. Conclusiones específicas

- Con respecto a se determinar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción donde predominó más el nivel de satisfacción medio en ambas arcadas (superior 66.67% e inferior 100%), nivel de satisfacción bajo (superior 33.33% e inferior 0%) y nivel de satisfacción alto (superior 0% e inferior 0%). Con un P-valor > 0.05 (superior con 0.377 e inferior con 0.801); se concluye que no existe una relación directa.
- Con respecto a determinar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción donde predominó más el nivel de satisfacción medio en ambas arcadas (superior 70.59% e inferior 46.15%), nivel de satisfacción bajo (superior 11.76% e inferior 15.38%) y nivel de satisfacción alto (superior 17.65% e inferior 38.46%). Se obtuvo un P-valor > 0.05 (superior con 0.573 e inferior con 0.435), se concluye que no existe una relación directa.

- Con respecto a determinar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción donde predominó más el nivel de satisfacción medio en ambas arcadas (superior 70% e inferior 53.85%), nivel de satisfacción bajo (superior 20% e inferior 23.08%) y nivel de satisfacción alto (superior 10% e inferior 23.08%). Se obtuvo un P-valor > 0.05 (superior con 0.573 e inferior con 0.435); se concluye que no existe una relación directamente proporcional.

5.3. RECOMENDACIONES

- Se recomienda replicar el estudio en un tamaño muestral mayor.
- Que se establezca medios económicos de convenio para poder viabilizar algunas investigaciones.
- Evaluar el estudio con modelos, radiografías y tomografías.
- Dentro de la formación educativa incluir el estudio de análisis tomográfico.
- Se recomienda realizar la investigación en un estudio longitudinal.
- Elaborar un estudio que reúnan características de la necesidad de los implantes en pacientes edéntulos.
- Investigar según el paso de los años a los pacientes que utilizan prótesis total.
- Se recomienda realizar cambios administrativos.
- Investigar sobre la zona neutra y la colocación de implantes en pacientes edéntulos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ladha K, Gupta R. Patient satisfaction with complete dentures fabricated using two neutral zone techniques: a within-subject cross-over pilot study. *J Indian Prosthodont Soc* 2014; 14(2):161–168
2. Mojon P, Carlsson J. Implant overdentures: the standard of care for edentulous patients. *J Indian Prosthodont Soc* 2003; 6(3):15.
3. Byron M. Influencia de la prótesis total desadaptada sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar Chimborazo [tesis para título de cirujano -dentista]. Ecuador: Univ. Central de Ecuador; 2014.
4. Wasnik PB. Assessment of oral health related quality of life among completely edentulous patients in western india by using gohai. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013; 7(9):2063-2067.
5. Janev E, Janeva N, Petreska MP, Mitic K. Therapeutic challenge in a severely atrophic mandible. *Open Access Macedonian Journal of medical sciences* 2018; 6(3):564-7.
6. Kuć J, Sierpińska T, Gołębiowska M. Alveolar ridge atrophy related to facial morphology in edentulous patients. *Clinical Interventions in Aging* 2017; 1481-94.
7. Alvaro G. Nivel de satisfacción del uso de prótesis bimaxilares en adultos mayores del hospital dr. Humberto Molina de Zaruma [tesis para título de cirujano - dentista]. Guayaquil (ECU): Guayaquil Univ; 2016.
8. Chang C, Lee C, Feng S, Miao N. Effects of salivary oxidative markers on edentulous patients satisfaction with prosthetic denture treatments: a pilot study. *Plos One* 2016;1-11.

9. Dong J, Zhang F, Wu G, Zhang W, Yin J. Measurement of mucosal thickness in denture - bearing area of edentulous Mandible. *Chinese Medical Journal* 2015; 128(3):1-6.
10. Rosa ANA, Sanmartín L, Váscónez TE. Facultad de ciencias médicas de la escuela de odontología cirugía preprotésica: regularización de instalación de prótesis total inferior [tesis para título de cirujano-dentista]. Ecuador: Univ. Internacional de Ecuador; 2014.
11. Bhorgonde D, Nandakumar K, Khurana PRS, Kumari VS, Reddy MS, Siddique S. An evaluation of the position of the neutral zone in relation to the crest of mandibular alveolar ridge - An In-vivo study. *Journal of International Oral Health* 2014; 6(2):45–54.
12. Kretschmann D Von, Martin S, Torres A, Sierra M, Bassi P, Quiroga R. Implantología y rehabilitación oral rendimiento masticatorio y nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis totales. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehability Oral* 2015; 8(1):17–23.
13. Nagpal A, Parkash H, Bhargava A, Chittaranjan B. Reliability of different facial measurements for determination of vertical dimension of occlusion in edentulous using accepted facial dimensions recorded from dentulous subjects. *J Indian prosthodont Soc* 2014; 14(3):233–242.
14. Sonawane M, Madhuri S, Hegde SS, Ravi S, Simpy M. Original article comparison of chewing ability, oral health related quality of life and nutritional status before and after insertion of complete denture amongst edentulous patients in a dental college of pune. *Ethiop J Health* 2015; 24(3):253-260.
15. Reddy KK, Prasanna RGS, Sundaresh KJ, Mallikarjuna R. Reactive dentures: a novel approach to decrease residual ridge resorption. *J Indian Prosthodont Soc* 2013; 2012–4.
16. Shetty S, Majeed N. Occlusal plane location in edentulous patients: a review. *J Indian Prosthodont Soc* 2013; 13(3):142–8.
17. Rao S, Mahoorkar RCS. A systematic review of impression technique for conventional complete denture. *J Indian Prosthodont Soc* 2010; 10(2):105-111.

18. Carl E. Mish. Prótesis sobre implantes. 1er edición. Barcelona(ESP): Elsevier; 2015.
19. Ababneh KT, Taha AH, Abbadi MS, Karasneh JA, Khader YS. The association of aggressive and chronic periodontitis with systemic manifestations and dental anomalies in a Jordanian population: a case control study head face med [Internet] 2010 [citado 6 Enero 2010]. Disponible en : URL: <http://www.head-face-med.com/content/6/1/30>
20. Agarwal S, Gangadhar P. A simplified approach for recording neutral zone. J Indian Prosthodont Soc 2010; 10(2):102–104
21. Al-magaleh R, Swelter AA, Mohamed N. Setting up of teeth in the neutral zone and its effect on speech. The Saudi Dental Journal 2012; 24(2):43-48.
22. Kishor K, Vikram S, Vero N, Ahmed H. Novel registration technique to register neutral zone. J Oral Biol Craniofacial Res 2012; 2(3):198–202.
23. David k. Prótesis mucosoportada en la rehabilitación de un paciente totalmente edéntulo con fisura palatina [tesis para título de cirujano-dentista]. Ecuador: Univ. Internacional de Ecuador; 2015.
24. Vargas PA, Elías D, Jorge J, Lucia A, Ayrosa C, Esquiche J, et al. Hiperplasia fibrosa asociada a prótesis con áreas simulando un papiloma oral ductal invertido. J Clin Exp Dent 2004; 10(2):117–21.
25. Elio Mezzomo, Roberto Makoto Suzuki. Rehabilitación oral contemporánea. 1er edición. Sao paulo (BRA): Amolca; 2010.
26. Lage-azorín JM, Segura-andrés G, Faus-lópez J, Agustín-panadero R. Rehabilitation with implant-supported overdentures in total edentulous patients: a review. J Clin Exp Dent 2013; 5(5).
27. Michelle A. Rehabilitación funcional de paciente edéntulo con escaso reborde óseo, mediante prótesis totales convencionales [tesis para título de cirujano-dentista]. Ecuador: Universidad Internacional de Ecuador; 2018.

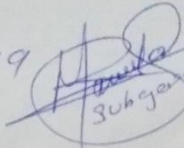
28. Jesica G. Indicaciones y contraindicaciones para rehabilitar a un paciente adulto mayor con diferentes tipos de prótesis [tesis para título de cirujano-dentista]. Guayaquil (ECU): Univ. de Guayaquil; 2014.
29. Pachore NJ, Patel JR, Sethuraman R, Naveen YG. A comparative analysis of the effect of three types of denture adhesives on the retention of maxillary denture bases: an In vivo study. J Indian Prosthodont Soc 2014; 14(4):369–75
30. Andres E. Factores que influyen en uso de prótesis en pacientes adultos mayores [tesis para título de cirujano-dentista]. Guayaquil (ECU): Univ. de Guayaquil; 2015.

ANEXOS

ANEXO 01. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE ESCALA
PRINCIPALES	Variable Independiente "Tipos de reborde óseo alveolar"	-Superior	-Clasificación de seibert	1:clase 1:defecto de anchura 2:clase 2:defecto de altura 3:clase 3:defectos combinados	Ordinal
		-Inferior			
	Variable Dependiente "Grado de confort ante el uso de la prótesis total"	-Superior	-Tipo de satisfacción ante el uso de la prótesis	1:Satisfacción Baja 2:Satisfacción Media 3:Satisfacción Alta	Ordinal
		-Inferior			

ANEXO 02. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Recibido
04-04-2019
Hora: 2 pm

Subgerente P.S.

Pueblo libre, 01 de marzo del 2019

Señora

Marisela Samar Rojas

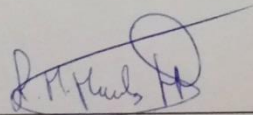
Subgerente de problemas Sociales

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez presentarme soy la Srta. MENDOZA HUILLCA LESLY MARISOL de la universidad INCA GARCILASO DE LA VEGA que eh culminado mis estudios en el ciclo académico 2018-1 , y solicito respetuosamente autorización para realizar la recolección de datos que me ayudara en la ejecución del proyecto de tesis titulada "Relación de tipos de reborde óseo alveolar con el grado de confort en pacientes edentulos totales portadores y no portadores de prótesis total" que consta en realizar una encuesta y una breve evaluación clínica, para proyectar un tratamiento eficaz en beneficio a las personas del Adulto Mayor, en Institución que usted dignamente dirige, salvo mejor parecer.

Agradezco la atención que brinde a la presente, siendo propicia la ocasión para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,



Marisol Mendoza Huilca
Facultad de Estomatología

Samarrojasmariselairene@gmail.com
945461042



ANEXO 03. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo 03.-Instrumento de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA FICHA AD-HOC DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°:

“RELACION DEL TIPO DE REBORDE OSEO ALVEOLAR CON EL GRADO DE CONFORT AL USO DE LA PROTESIS TOTAL EN PACIENTES EDNTULOS TOTAL EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ANCON - 2019”

INSTRUCCIONES

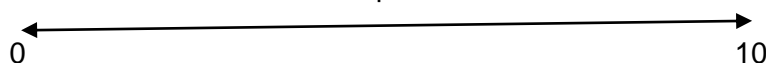
Preséntese con el entrevistado y agrádzcale anticipadamente su colaboración.
Antes de iniciar con la entrevista absuelva todas las dudas que el entrevistado tenga con respecto a la investigación.
Léale atenta y detenidamente cada una de las preguntas al entrevistado.
Evite producir cambios en la modulación de su voz que se traduzca en un juicio de valor o direccionalidad hacia las respuestas.
En el caso de las preguntas cerradas, plantéele al entrevistado las alternativas, pero dele la posibilidad de expresarse sobre su respuesta.
Genérole la confianza necesaria al entrevistado para poder obtener la mejor calidad de respuesta.
Luego de escuchar al entrevistado marque la(s) alternativa(s) que mejor exprese su situación.

a) DATOS GENERALES.-

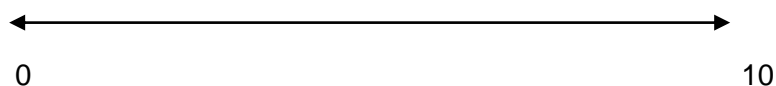
E DAD: SEXO: Masculino Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo Divorciado
FECHA DE NACIMIENTO:.....
FECHA DE LA ENCUESTA:

b). DATOS ESPECIFICOS:

-Puntaje de Satisfacción de la arcada Superior



-Puntaje de Satisfacción de la arcada Superior



- A. 0.0 – 3.9 =Baja
- B. 4.0 – 7.9= Media
- C. 8.0 – 10.0=Alta

-Tipos de reborde óseo alveolar en la arcada superior:

Según Seibert:	Clase 1	Clase 2	Clase 3

-Tipos de reborde óseo alveolar en la arcada inferior:

Según Seibert :	Clase 1	Clase 2	Clase 3

ANEXO 04. REGISTRO FOTOGRÁFICO



ANEXO 05. MEDICIONES DEL INVESTIGADOR

PRIMERA MEDICIÓN DEL INVESTIGADOR

base de datos de tesis 2 - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

B31 : X ✓ fx 14/02/1948

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
	ID	Fecha de Nacimiento	Fecha de Evaluación	Genero Sexual	Estado Civil	Grado de Instrucción	Puntaje de Satisfacción (A.Superior)	Puntaje de Satisfacción (A.Inferior)	Tipos de reborde Según Steiner (A.Superior)	Tipos de reborde Según Steiner (A.Inferior)	Edad Cronologica			
1														
2	1	28/09/1956	04/04/2019	1	1	5	7.5	6.8	3	2	62.52			
3	2	25/02/1955	05/04/2019	1	2	4	7.8	3.9	2	3	64.11			
4	3	23/01/1953	15/04/1905	0	2	5	3.5	3.2	2	3	47.77			
5	4	23/04/1957	04/04/2019	1	2	4	6.5	5.8	3	3	61.95			
6	5	12/05/1955	04/04/2019	0	1	4	7.3	7.4	3	2	63.89			
7	6	30/09/1961	09/04/2019	1	2	4	9.1	6.9	2	3	57.53			
8	7	01/06/1942	10/04/2019	0	2	4	7.4	4.2	2	2	76.86			
9	8	09/08/1964	11/04/2019	1	2	3	6.8	3.7	2	2	54.67			
10	9	19/04/1960	12/04/2019	1	1	4	6.3	8.8	3	3	58.98			
11	10	12/04/1947	13/04/2019	0	2	2	9.3	6.6	2	3	72.00			
12	11	18/12/1939	14/04/2019	0	2	4	3.8	8.9	1	2	79.32			
13	12	08/05/1945	15/04/2019	0	2	5	7.6	9.2	2	2	73.94			
14	13	22/10/1962	16/04/2019	1	2	3	6.3	5.3	2	3	56.48			
15	14	11/02/1955	17/04/2019	0	3	1	5.9	7.9	2	3	64.18			
16	15	26/11/1967	18/04/2019	0	2	5	4.2	7.7	2	1	51.39			
17	16	01/11/1955	19/04/2019	1	1	4	8.9	4.7	3	2	63.47			
18	17	23/09/1957	20/04/2019	1	2	5	6.6	3.9	2	3	61.58			
19	18	29/12/1947	21/04/2019	1	2	4	8.3	6.8	2	2	71.31			
20	19	05/06/1938	22/04/2019	1	2	4	5.9	9.1	2	2	80.88			
21	20	28/01/1975	23/04/2019	1	2	3	3.5	7.4	2	3	44.24			
22	21	07/05/1931	24/04/2019	0	1	5	4.7	8.3	3	3	87.96			
23	22	20/05/1948	25/04/2019	0	3	4	6.8	6.4	3	3	70.93			
24	23	23/01/1937	26/04/2019	0	2	5	2.9	8.6	3	3	82.26			
25	24	24/02/1955	27/04/2019	0	3	4	4.1	5.8	2	2	64.18			

ANEXO 06. MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTO
<p style="text-align: center;"><i>RELACION DEL TIPO DE REBORDE OSEO ALVEOLAR CON EL GRADO DE CONFORT AL USO DE LA PROTESIS TOTAL EN PACIENTES EDENTULOS TOTAL DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ANCON - 2019</i></p>	<p>Problema General:</p> <p>¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación del tipo de reborde óseo alveolar con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019</p>	<p>Hipótesis Principal:</p> <p>El tipo de reborde óseo alveolar se relaciona significativamente con el grado de confort al uso de la prótesis total en pacientes edéntulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>a)Tipos de reborde oseo alveolar</p>	<p>.Clasificación de seibert:</p> <p>-clase 1:defecto de anchura</p> <p>-clase 2:defecto de altura</p> <p>-clase 3:defectos combinados</p>	<p>PROPÓSITO:</p> <p>Aplicada</p> <p>ENFOQUE:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>SECUENCIA TEMPORAL:</p> <p>transversal</p> <p>TEMPORALIDAD:</p> <p>Prospectivo</p> <p>ASIGNACIÓN DE FACTORES:</p> <p>Observacional</p> <p>FINALIDAD:</p> <p>descriptiva</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>120 Edentulos que usan prótesis total del Centro del Adulto Mayor de Ancón 2019.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>30 Edentulos que usan prótesis total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.</p> <p>MUESTREO:</p> <p>No Probabilístico. Por conveniencia.</p>	<p>La técnica a ser empleada en esta investigación será la una Ficha Ad-hoc, elaborada por el investigador y debidamente validado, para los fines específicos del estudio</p>

	<p>Problemas Específicos:</p> <p>¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019?</p> <p>¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019?</p> <p>¿En qué medida se relaciona el tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>Identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.</p> <p>Identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.</p> <p>Identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.</p>	<p>Hipótesis Específicas:</p> <p>Identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase I con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.</p> <p>Identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase II con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.</p> <p>Identificar la relación del tipo de reborde óseo alveolar Clase III con el nivel de satisfacción al uso de la prótesis total de la arcada superior e inferior en pacientes edentulos total del Centro del Adulto Mayor de Ancon-2019.</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>b) Grado de confort al uso de la prótesis total</p>	<p>Nivel de Satisfacción:</p> <p>-bajo -Medio -alto</p>	<p>DISEÑO ESPECÍFICO:</p> <p>Corte transversal</p> <p>NIVEL:</p> <p>Correlacional</p>		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

