



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

TIPOS DE TRATAMIENTOS PROSTODÓNTICOS CULMINADOS EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA EN
PACIENTES ESPECIALES DE UNA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DESDE ABRIL DE 2016
HASTA DICIEMBRE DE 2018.

TYPES OF PROSTHODONTIC TREATMENTS CULMINATED IN ELDERLY PATIENTS
TREATED IN THE STOMATOLOGY SERVICE IN SPECIAL PATIENTS OF A TEACHING
DENTAL CLINIC FROM APRIL 2016 TO DECEMBER 2018.

Sandro Alexander Lévano Loayza

Gabriella Jackeline Rodríguez Ramírez

Asesor:

Esp. CD. Lillie Elizabeth Abanto Silva

Lima - Perú

2019

Jurado Examinador

Coordinador: María del Rocío Lu Chang Say

Calificador: Elizabeth Rosario Casas Chávez

Calificador: Carol Mónica Zavaleta Boza

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 9 de diciembre de 2019

CALIFICATIVO: APROBADO

ASESOR

Esp. CD. Lillie Elizabeth Abanto Silva

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial

DEDICATORIA

A nuestros padres por su incansable esfuerzo y dedicación por nuestra educación, pero por sobre todas las cosas su constante apoyo y preocupación en el transcurso de nuestra carrera profesional.

A nuestra añorada Doctora Lillie, a quien agradecemos por todo el apoyo brindado.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por habernos brindado la suficiente confianza y fortaleza en nuestros corazones, para superar los obstáculos de la vida.
- A nuestros padres, por su apoyo incondicional durante todo este proceso.
- A nuestra asesora Dra. Lillie Elizabeth Abanto Silva, por su apoyo y dedicación.
- Finalmente, a todos nuestros familiares, amigos, doctores y pacientes que fueron partícipes a lo largo de la formación de nuestra carrera profesional.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Materiales y métodos	6
IV. Resultados	9
V. Discusión	13
VI. Conclusiones	19
VII. Referencias Bibliográficas	20

Anexos

RESUMEN

Antecedentes: Según el último reporte (2018) del INEI, la población de adulta mayor aumentó en 4,7%, y debido a que son más propensos a sufrir enfermedades y comorbilidades que afectan su estado bucal, se puede realizar diferentes tipos de tratamientos prostodónticos sujetos a las condiciones sistémicas para devolverle la función masticatoria, estética y armonía oral. **Objetivo:** Determinar los tipos de tratamientos prostodónticos culminados en pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 hasta diciembre de 2018. **Materiales y métodos:** Se realizó la búsqueda de las historias clínicas de pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de Estomatología de Pacientes Especiales que hayan contado con los criterios de inclusión y exclusión. Se recogieron datos sobre el tipo de tratamiento prostodóntico culminado, grupo etario, género y procedencia de los pacientes, para la elaboración de una base de datos, y posteriormente tablas de contenido. **Resultados:** De una muestra de 144 AM, con 200 tratamientos culminados, la PPR fue el tratamiento más realizado para ambos sexos 39.8% (n=57) para el sexo femenino y 38.6% (n=22) para el sexo masculino. Según grupo etario, los viejos-viejos son los pacientes que más PPR se realizaron con 40.19% (n=43). La mayoría de pacientes provenientes de Lima Norte culminaron el tratamiento de PPR con 41.96% (n=47). **Conclusión:** El tratamiento prostodóntico que más se culminó dentro de nuestra muestra fue la PPR, pudiendo rescatar que existe poca atención al cuidado de la salud oral de este tipo de pacientes.

Palabras Claves: Adulto Mayor, Prótesis Dental, Odontología Geriátrica.

ABSTRACT

Background: According to the latest report (2018) of the INEI, the elderly population increased by 4.7%, and because they are more likely to suffer from diseases and comorbidities that affect their oral status, different types of prosthodontic treatments can be performed subject to systemic conditions to restore masticatory, aesthetic and oral harmony.

Objective: To determine the type of prosthodontic treatment performed in elderly patients treated in the Stomatology Service in Special Patients of one Teaching Dental Clinic from April 2016 to December 2018.

Materials and methods: The search of the medical records of elderly patients treated in the Stomatology service of Special Patients who had the inclusion and exclusion criteria was performed. Data were collected on the type of prosthodontic treatment, age group, sex and origin of the patients, for the elaboration of a database, and subsequently tables of contents.

Results: Of a sample of 144 AM, with 200 prosthetic treatments, PPR was the most performed treatment for both sexes 39.8% (n = 57) for the female sex and 38.6% (n = 22) for the male sex. According to age group, the old-old are the patients with the most PPR with 40.19% (n = 43). The majority of patients from Lima North received PPR treatment with 41.96% (n = 47).

Conclusion: The prosthodontic treatment that was most culminated in our sample was PPR, being able to rescue that there is little attention to oral health care for this type of patients

Keywords: Senior Adult, Dental Prosthesis, Geriatric Dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	:	Adulto mayor.
ACV	:	Accidente cerebrovascular.
EPE	:	Estomatología de Pacientes Especiales.
EPOC	:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
INEI	:	Instituto Nacional de Estadística Informática.
MINSA	:	Ministerio de Salud.
PPF	:	Prótesis Parcial Fija.
PPR	:	Prótesis Parcial Removible.
PT	:	Prótesis Total.
SJL	:	San Juan de Lurigancho.
SMP	:	San Martín de Porres

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha evidenciado un aumento de la población adulta mayor, en el año 2018 el INEI reportó un aumento de 4,7%, lo cual lo asocian principalmente a la industrialización y avances científicos en la medicina que posibilitan la longevidad (1). Se considera adulto mayor (AM) a las personas mayores a 60 años de edad (2), que experimentan cambios a nivel fisiológico, psicológico y social a lo largo de su vida, que usualmente tiene mayor facilidad de enfermarse y con mucha frecuencia presentan trastornos de comportamiento (3). Bernice Neugarten los clasificó por grupos de edad, siendo estos los viejos-jóvenes (60 a 74 años), los viejos-viejos (75 a 89 años) y los viejos-longevos (90 a más años) siendo este último el grupo más vulnerable y con mayor necesidad de prevención ante enfermedades (4).

Existen diversas teorías que tratan de explicar el proceso y causas del envejecimiento, cómo: Medvedev, Loeb y Northrop, Weissman y Minot, Dice, Carlson y Riley, Denham Harman, Rebeca Gerschman. En 1980 se llegó a la conclusión que el envejecimiento está ligado a la desorganización celular por el estrés oxidativo causado por los radicales libres y otras especies reactivas de oxígeno (5). Si bien son ciertas estas hipótesis ayudan a comprender la causalidad, es importante también conocer los efectos que desencadenan en las personas.

A nivel general, los AM sufren múltiples cambios dentro de los cuales están incluidos las alteraciones en el aparato locomotor como el acortamiento de la columna vertebral, cifosis, aumento del tejido adiposo, reducción de la elasticidad articular, degeneración

fibrilar, atrofia del cartílago articular y, por último, se presenta una pérdida de masa ósea a nivel sistémico. En piel y anexos, hay una disminución de la actividad de las glándulas sebáceas, de la vascularidad dérmica y de las asas capilares (6).

Pero donde más se encuentra una pérdida de función es en el aparato cardiovascular, disminuye la fuerza de contracción, aumenta la resistencia al llenado ventricular y las arterias se tornan más rígidas (6). En segundo lugar, el aparato respiratorio pierde la facilidad con la que los pulmones y la pared torácica se ensanchan, disminuye el número de septos alveolares y los bronquios se vuelven más rígidos (6,7). En el estado emocional o afectivo del AM hay un cambio emocional, aumentando ligeramente la frecuencia de emociones negativas como la tristeza, el miedo y el estrés, y disminuyen las emociones positivas (8).

Estos cambios en el AM muestran que este grupo etario está más expuesto a sufrir enfermedades sistémicas como colapso vertebral, fractura de huesos, osteoporosis, fragilidad capilar, susceptibilidad a úlceras de decúbito, telangiectasias, xerosis cutánea, queratosis actínica, arritmias, aumento de la presión arterial y del pulso, síncope posturales, mayor riesgo de infecciones, broncoaspiración, hipotensión postural, mareos, caídas, alzheimer, reflujo esofágico, incontinencia fecal, poliposis gástrica, metaplasia intestinal y cáncer (6,7,9). El AM consume múltiples fármacos (polifarmacia), por tal motivo es necesario evaluar factores como toxicidad y sensibilidad a ciertos medicamentos para evitar efectos adversos (10).

En la cavidad oral también se presentan diversas enfermedades bucodentales como la caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en la mucosa oral (benignas y malignas,

y de origen fúngico). Además, por la misma edad el AM presenta pérdida de hueso alveolar, movilidad dentaria y desgaste dental. Los principales cambios bucodentales asociados a este grupo etario generan un declive funcional de la mucosa oral, hay cambios sensoriales en las zonas gustativas de la lengua y también del olfato que afectan de manera negativa la percepción de sabores y olores. Además, la lubricación bucal también se ve alterada con una disminución del flujo salival conocida como xerostomía, esta es multifactorial y aunque hay un descenso de la función de las glándulas salivales mayores en pacientes sanos de edad avanzada, no es significativo, pues también puede ser producto del consumo de diversos fármacos por patologías asociadas (11).

A nivel de la musculatura estomatognática encontramos una reducción del número de fibras musculares y disminución de funciones de nervios periféricos y motores lo que generan un descenso en la función masticatoria de manera significativa (12). También aparecen lesiones producto del uso de prótesis parciales o totales mal adaptadas como el épulis fisurado y la úlcera traumática, además se pueden evidenciar queilitis angular, candidiasis oral pudiendo estar asociado a infecciones fúngicas, deficiencias vitamínicas por una patología pre existente (11). También se presenta una disminución del volumen óseo a nivel sistemático y bucal, ya sea por osteoporosis o por pérdida de la función masticatoria, además de desorden de la articulación temporomandibular (12,13).

Es de gran importancia conocer si el AM presenta una comorbilidad que afecte su estado bucal, como es el caso de pacientes con alteraciones en la presión arterial, diabetes mellitus, pacientes con antecedentes de ACV, pacientes con terapia de anticoagulantes, pacientes con EPOC, entre otras enfermedades. El tratamiento no es el mismo para las

personas que no lo padecen, hay que tener ciertas medidas preventivas para evitar efectos adversos (15,16).

A fin de darle una mejor calidad de vida, se pueden realizar diferentes tipos de tratamiento como los prostodónticos los cuales están sujetos a las condiciones sistémicas del paciente, para devolverle la función masticatoria, estética y armonía oral mediante la utilización de prótesis dentales fijas, removibles, pudiendo ser totales y/o soportadas por implantes, además de tratamientos de operatoria dental (17).

Realizar estos tratamientos plantea muchos retos en el campo de la salud, en el Perú la atención adecuada a este tipo de paciente sigue siendo una problemática que no está siendo abordado de manera adecuada por la pobre cultura de prevención y la falta de profesionales especializados a realizar tratamientos odontológicos en AM que requieren una adaptación por la condición sistémica que presentan. Por tal motivo nosotros buscamos brindar un panorama de los tipos de tratamiento prostodóntico culminados en AM atendidos en el servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 hasta diciembre de 2018. Dicha información nos permitirá posibilitarle al servicio de EPE datos concisos sobre los tratamientos protésicos que más se han realizado en pacientes geriátricos y dado que estos poseen comorbilidades que afectan tanto sus sistema general como la futura recepción de tratamientos protésico, le brinda al servicio la posibilidad de estar más preparado a futuras rehabilitaciones adaptándolas a las necesidades sistémicas de estos pacientes, además de tener un diagnostico situacional de la realidad que los AM afrontan por la pérdida de piezas dentarias, permite evaluar la condición del AM en el Perú, en donde

este paciente muchas veces es dejado de lado y no se le da el tratamiento idóneo por su longevidad. Como se sabe, la odontología geriátrica es justamente la especialidad en donde se les atienden según sus necesidades, sin embargo, en nuestro país aún no está muy desarrollada, siendo estos pacientes atendidos como un paciente regular. Por lo que este estudio quiere proporcionar un gran impacto en la sociedad ya que puede ser el inicio de un cambio mediante la creación de políticas públicas para la correcta atención de estos pacientes, como profesionales nuestra meta debe ser proporcionarles un programa preventivo, correctivo o de mantenimiento donde nuestro objetivo básico sea su independencia funcional y consecuentemente una mejor la calidad de vida.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los tipos de tratamientos prostodónticos culminados en pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 hasta diciembre de 2018.

Objetivos Específicos:

1. Determinar los tipos de tratamientos prostodónticos culminados en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 hasta diciembre de 2018 según grupo etario.

2. Determinar los tipos de tratamientos prostodónticos culminados en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 hasta diciembre de 2018 según género.
3. Determinar los tipos de tratamientos prostodónticos culminados en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 hasta diciembre de 2018 según procedencia.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Descriptivo, observacional, transversal.

Población

La población estuvo constituida por los registros de la base de datos de las historias clínicas digitales de los pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de Estomatología de Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente en el periodo de abril 2016 a diciembre de 2018.

Muestra

La muestra es no probabilística y estuvo compuesta por los registros de la base de datos de 144 historias clínicas digitales de pacientes adultos mayores que culminaron algún tratamiento protodóntico en el servicio de Estomatología de Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente en el periodo de abril 2016 a diciembre de 2018.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

Se consideraron los registros de la base de datos de las historias clínicas digitales con todos sus datos completos de pacientes adultos mayores que hayan recibido y culminado algún tipo de tratamiento protodóntico atendidos en el servicio de Estomatología de Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente en el período de abril 2016 a diciembre de 2018.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron los registros de la base de datos de las historias clínicas digitales de pacientes adultos mayores que no culminaron su tratamiento protésico, pacientes adultos mayores con alguna enfermedad sistémica no controlada o con incapacidad física o

mental para poder realizarle algún tratamiento odontológico y pacientes adultos mayores que necesiten sedación.

Definición Operacional de Variables

(Anexo 1)

Procedimientos y técnicas

Se realizó el registro del trabajo de investigación en SIDISI (código 103771), luego se llenó la ficha de Registro de proyectos de investigación a computadora y firmada por todos los integrantes, después se solicitó el acceso a Turnitin, y también se realizó la solicitud de revisores a la Unidad Integrada de Gestión en Investigación, Ciencia y Tecnología (UIGICT), luego de haber recibido la confirmación del registro del proyecto, se solicitó el registro por el Comité Institucional de Ética (CIE), en la Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología (DUICT), una vez dada la aprobación de ética, se gestionó un permiso de acceso a la base de datos del servicio de Estomatología de Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente, ya conseguido el permiso se procedió a la búsqueda de la atención en pacientes mayores de edad y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión a cabalidad, en el periodo de abril 2016 a diciembre 2018, finalmente se descargó en el formato (Anexo 2) para la elaboración de una base de datos.

Se procedió al análisis de los resultados de la base de datos para obtener los registros finales de las respuestas halladas. Luego se evaluó de acuerdo a las variables del estudio.

Para la obtención de los resultados se utilizó chi cuadrado, y el nivel de significancia se fijó en un 95%

Aspectos éticos del estudio

Este estudio solo se realizó luego de haber recibido la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y posteriormente la aprobación del comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH). No se divulgó ninguna información de la historia digital de ningún paciente mayor de edad que este en este estudio, se dio plena confidencialidad para realizar la investigación, mediante el uso de códigos representados por su número de historia clínica.

IV. RESULTADOS

De una población de 1271 pacientes se obtuvo una muestra de 144 pacientes adultos mayores, obtenidos de la base de datos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, atendidos en el servicio de Atención de Pacientes Especiales desde abril 2016 a diciembre del 2018 de los cuales 69.4% (n=100) fueron del sexo femenino y 30.5% (n=44) del sexo masculino. Según edad se dividieron en tres categorías (clasificación de Bernice Neugarten) Viejos-jóvenes considerando las edades desde 60 a 74 años, los viejos-viejos con edades entre 75 a 89 y los viejos-longevos con edades de 90 a más, según los resultados el promedio de edad de los participantes fue de 75.53 (± 7.50),

siendo los de mayor número los viejos-viejos con 52.08% (n=74) y en menor número los viejos-longevos con el 3.47% (n=5). Según procedencia, se evidencia que la mayoría proviene de Lima Norte 53.47% (n=77) y la menor cantidad de pacientes provienen de Lima Sur 1.39% (n=2). (Anexo 3. Tabla 1)

En cuanto a tipo de tratamiento, se realizaron 200 tratamientos protésicos entre incrustaciones, coronas, puentes, prótesis parcial removible (PPR) y prótesis totales (PT), de los cuales la mayor cantidad fueron las prótesis parciales removibles con 39.5% (n=79), y las Prótesis totales con 35.5% (n=71) y en menor cantidad las prótesis fijas, Incrustaciones 6% (n=12) y puentes 4% (n=8). Además, se observa el número de tratamiento según su tipo, en donde se evidencia que la mayoría de pacientes solo se ha realizado una PPR 68.35% (n=54). (Anexo 3. Tabla 2)

Los tipos de tratamientos según sexo, evidencian que el sexo femenino fue el que más tratamientos protésicos se realizaron con 71.5% (n=143). La PPR fue el tratamiento más realizado para ambos sexos 39.8% (n=57) para el sexo femenino y 38.6% (n=22) para el sexo masculino. El tipo de tratamiento menos realizado fueron los puentes con 3.51% (n=2) y 4.2% (n=6) para el sexo masculino y femenino respectivamente. (Anexo 3. Tabla 3)

Con respecto a los tipos de tratamiento según edad, categorizados con la misma clasificación de Neugarten, muestran que los viejos-viejos, pacientes de 75 a 89 años, son los pacientes que más tratamientos protésicos se realizaron 53.5% (n=107), dentro

de los cuales la PPR es el tratamiento más realizado con 40.19% (n=43) y el puente de mínimo tres piezas junto con las incrustaciones metal cerámica son los tratamientos menos realizados con 3.74% (n=4). Por otro lado, los viejos-jóvenes, pacientes de 60 a 74 años, se realizaron 42.5% (n=85) de los tratamientos protodónticos, dentro de los cuales, al igual que en el grupo anterior, la PPR es el tratamiento más realizado con 40% (n=34) y el puente el menos confeccionado con 4.71% (n=4). Por último, los viejos-longevos, de 90 años a más, se realizaron el 4% (n=8) de los tratamientos protésicos en EPE, siendo la PT la más elaborada con 62.5% (n=5) y no se registraron tratamientos de incrustaciones y puentes. (Anexo 3. Tabla 4)

Para evaluar la procedencia, dividimos Lima Metropolitana según sus áreas obtenidas del INEI (47) (Anexo 4) en donde los tipos de tratamiento muestran que la mayoría de pacientes provenientes de Lima Norte se realizaron el tratamiento de PPR con 41.96% (n=47), los tratamientos menos realizados en la misma categoría son los puentes e incrustaciones con 4.46% (n=5) cada uno. En Lima Centro los tratamientos más realizados son las PPR de la misma manera con 48.15% (n=13) y los menos realizados son los puentes con 3.70% (n=1). En Lima Este la mayor cantidad de tratamientos protésicos son las coronas y las prótesis totales con 40.0% (n=4) cada uno, no se realizaron tratamientos de incrustaciones ni puentes. En Lima Sur, se registraron la misma cantidad para coronas, puentes y prótesis totales con 33.3% (n=1) y no se realizaron PPR ni incrustaciones. En la P.C. del Callao, en mayor cantidad se realizó Prótesis Totales con 40% (n=4) y en menor cantidad coronas con 10% (n=1). Y por último los pacientes provenientes de provincia, la mayoría se realizaron prótesis

removibles con 39.47% (n=15) para PPR y Prótesis total cada uno, y en menor cantidad se realizaron puentes con 2.63% (n=1). (Anexo 3. Tabla 5)

La última tabla muestra la relación entre los tipos de tratamiento según sexo y lugar de procedencia, en donde se puede observar que para el sexo masculino la PPR fue el tratamiento más realizado con 38.60% (n=22), como se mencionó anteriormente en la tabla 3, teniendo como principal lugar de procedencia el de Lima Norte para este tipo de tratamiento con 45.45% (n=10), luego le sigue en Lima Centro y en provincia con 22.73% (n=5), por otro lado, el tratamiento menos realizado en el sexo masculino es la prótesis fija, específicamente los puentes con un porcentaje de 3.51% (n=2) sobre los demás y según su procedencia fue en Lima Norte donde se realizó en mayor cantidad este tipo de procedimiento. Para el sexo femenino las PPR también fueron los tratamientos más realizados con 39.86% (n=57) con respecto a los demás, dentro del mismo, se puede observar que en su mayoría los pacientes que se realizaron dicho tratamiento provienen de Lima Norte con un 64.91% (n=37), seguidos de los provenientes de provincia con 17.54% (n=10), la prótesis total es el segundo tratamiento más realizado con 35.66% (n=51), dentro del cual en su mayoría la procedencia era de Lima Norte con 54.90% (n=28) seguido de provincia con 21.57% (n=11), y por último, los tratamientos menos comunes fueron los puentes con 4.20% (n=6) provenientes de Lima Norte. (Anexo 3. Tabla 6)

V. DISCUSIÓN

Las principales enfermedades bucales que afectan a los (AM), como la caries dental, la enfermedad periodontal, la xerostomía, lesiones en la mucosa oral y pérdida de hueso alveolar en combinación con enfermedades sistémicas, la disfunción fisiológica del organismo propio de la edad, y la prescripción de ciertos medicamentos, pueden repercutir en la pérdida de los dientes. Para contrarrestar aquello, es que se realizan tratamientos protésicos, que ayudan a devolverle al paciente la funcionalidad y estética que necesitan para comer, hablar y sonreír. Dentro de la rehabilitación oral existen los tratamientos fijos que ayudan a reemplazar uno, varios dientes o una parte de él, como son las incrustaciones, coronas y puentes; y los tratamientos removibles como son las prótesis parciales removibles (PPR) tipo wipla, de base metálica que se utilizan para reemplazar los dientes cuando hay pérdida de varios de ellos y ya no se puede optar por una prótesis fija; y la prótesis total (PT) que se confecciona cuando una pérdida de todos los dientes (18).

La presente investigación se realizó en una población de 1271 pacientes, donde se trabajó una muestra de 144 pacientes AM, obtenidos de la base de datos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, atendidos en el servicio de Atención de Pacientes Especiales (EPE) desde abril 2016 a diciembre del 2018.

Nuestro estudio mostró que la mayoría de pacientes AM son de sexo femenino (69.44%) con respecto al sexo masculino (41.66%), asemejándose a los resultados mostrados por Medrano y col en Chile en el 2017, donde obtuvieron que la mayoría de su población de AM que presentaban prótesis dental estaba representado por el sexo femenino (n=102) frente al masculino (n=47) (19); y en Perú con los resultados de Vargas en el 2018, obteniendo dentro de su muestra de AM a 87% del sexo femenino y 12% del sexo masculino con prótesis dental (20). Con respecto al grupo etario nosotros utilizamos la clasificación de Neugarten para dividirlos en tres grupos los viejos-jóvenes (60 a 74 años), los viejos-viejos (75 a 89 años) y los viejos-longevos (90 a más años), nuestros resultados mostraron que la mayor cantidad de pacientes son del grupo de viejos-viejos (edades entre 75 a 89 años) (4), concordando con Yen Y-Y, en el 2015 (21) donde obtuvo un promedio de edad de 76 años de personas adultas mayores que usaban prótesis dentales. Y en relación a la procedencia obtuvimos que acudieron más personas provenientes de Lima Norte, esto coincide con los resultados estadísticos del INEI en el 2015 (22) donde muestran que en la mayor cantidad de personas adultas mayores se encuentran en Lima Norte, específicamente de SJL con un 83.9% y SMP con 74,1%.

Con respecto a los tratamientos, las prótesis removibles se realizaron en un 75% frente a la prótesis fija con 25%, dentro de las primeras la PPR fue la que predominó con el 39.5% seguido de la prótesis total con 35.5%. Cappo y cols. En Brasil obtuvo similares resultados en cuanto a que el menor tratamiento realizado fue la prótesis fija con 13.8%, sin embargo, difiere en cuanto a las prótesis removibles pues obtuvieron que la prótesis total supera con 52.2% a la PPR con 12.9% del total (23). A nivel nacional, Villareal,

en el 2011, en un estudio realizado en el centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, obtuvo como resultado, de una muestra de 177 pacientes desde 60 años a más, que el 50.8% era edéntulo y que la mayoría presentaba prótesis total, 51% en el maxilar superior y 37% en el maxilar inferior frente a la PPR que sólo lo presentaron 11% en el maxilar superior y 13% en el maxilar inferior (24). En otro estudio realizado por Campodónico y cols. (2012), obtuvieron que el 22.5% de los pacientes adultos mayores evaluados tienen una prótesis total, mientras que sólo el 15% presenta PPR (25). Estos resultados se deben al alto índice de edentulismo, principalmente en personas de mayor edad, Moreira y col reportó un índice de 73,1% a nivel internacional (26) y Cano de 77.61% a nivel nacional (27) y en diversas investigaciones realizados por Rivera (28), Medina (29) y Gutierrez-Vargas (30) concluyeron que el porcentaje de edéntulos aumenta a medida que la edad avanza, esto debido a varios factores como la edad, que influye en la predisposición de la pérdida dental en personas de edad avanzada, como son la disminución del flujo salival por una disfunción de las glándulas salivales o por el consumo de ciertos medicamentos antihipertensivos, antiparkinsonianos y sedantes, que facilitan la aparición de caries dental, la retracción gingival que también facilita la aparición de caries dental, al acúmulo de placa bacteriana y por ende a la periodontitis y posterior pérdida dental, y a nivel óseo, al reducirse las fuerzas oclusales propio del envejecimiento, el hueso alveolar es reabsorbido perdiendo su altura y grosor en conjunto con el adelgazamiento de la cortical y el incremento de la porosidad aumenta la posibilidad de una fractura y pérdida dental (31); el nivel socioeconómico, educativo, cultural, donde antiguamente las personas preferían extraerse los dientes para calmar el dolor y al deficiente acceso a la

salud reportado por Azañedo en el 2016 en donde determinó que sí existe acceso a la salud pero a un nivel muy básico, en donde no se atienden a las necesidades de los pacientes, dentro de su estudio obtuvo que la mayoría de AM acudieron a un servicio privado pues si bien es cierto el Minsa incluyó el programa “Vuelve a Sonreír”, según sus resultados, estos tratamientos no garantizaron una rehabilitación efectiva y sólo es aplicado a ciertos grupos en ciertas regiones del país (32). A pesar de lo antes descrito, es importante rescatar que a pesar de que la mayoría se realizaron tratamientos removibles, dentro de ellos la PPR fue la más prevalente, cuando antiguamente las PT eran las que en su mayoría se realizaban, esto rescata que a pesar de que hay poco avance en medidas preventivas, de todas maneras, se puede observar un cambio en la educación del paciente por su cuidado bucal.

Con respecto a los tipos de tratamiento se evidencia que el sexo femenino fue el grupo que más tratamientos protésicos se realizaron con 71.5%, similares resultados los obtuvieron Mesas (33), Mallmann (34), Barnard (35) en donde el mayor porcentaje de prótesis lo presentaban los AM del sexo femenino, y a nivel nacional, Peralta (36) encontró que el sexo masculino es el que menos usa prótesis con el 2%. Esto debido a que hay mayor necesidad de tratamiento en mujeres, según un estudio realizado en Brasil, en donde evaluaron el edentulismo en adultos mayores, hallaron que el sexo femenino está más predispuesto a la pérdida dentaria (37), y otro estudio realizado al sur del mismo país, reveló que las féminas presentan una tasa más elevada de caries dental desde la adolescencia repercutiendo en la pérdida dental en la tercera etapa de vida (38). Además, según otras investigaciones realizadas por Benoit y cols; y Herkrath

y cols, mencionan que las mujeres se atienden más en el servicio odontológico pues le dan más importancia al cuidado de su salud y estética (39,40).

Según grupo etario, a partir de los 60 años a más, a medida que la edad aumenta el número de tratamientos protésicos va disminuyendo, pudiendo ser debido a la poca accesibilidad y cultura de prevención, además de que por tener comorbilidades muchas veces las decisiones son radicales y se tienen que eliminar focos sépticos y los tratamientos prostodónticos se realizan a nivel biopsicosocial pensando en garantizar la calidad de vida, así lo concluyeron Matos et al (41) y en Perú, Rivera (28) y Dámian (42,24), es así que en nuestro estudio encontramos que el grupo de los viejos longevos son los que menos tratamientos se realizaron a comparación de los demás grupos etarios, sin embargo al evaluar al grupo de viejos-viejos, encontramos que se realizaron más tratamientos que los viejos-jóvenes, esto debido a que en nuestra muestra obtuvimos mayor pacientes de 75 a 89 años. Con respecto a las prótesis fijas, investigaciones de De Andrade (43) y Borges demuestran que estos tratamientos están relacionados a edades más jóvenes, en nuestro estudio encontramos que las incrustaciones, coronas y puentes se presentan en mayor proporción en los viejos-jóvenes y viejos-viejos respectivamente, esto debido a que este grupo poblacional presentan menos índice de edentulismo a comparación que edades más avanzadas por temas culturales, educacionales y socioeconómicos que los hacen optar por una prótesis fija que una removible (44) . En cuanto a las prótesis removibles, el grupo de los viejos-viejos, con edades entre 75 a 89 años, fueron los que mayormente se realizaron la PPR pues este

grupo presenta un índice de edentulismo más alto que los viejos-jóvenes, pero menos que la de los viejos-longevos.

En relación a la procedencia, dividimos Lima Metropolitana según sus áreas obtenidas del INEI (47), en donde obtuvimos que acudieron más personas provenientes de Lima Norte, específicamente en SMP, debido a que la zona donde se obtuvo la muestra se encuentra ubicada en esta zona de Lima, por lo que es más accesible para estas personas atenderse allí. Asimismo otros estudios indican que otro factor que puede influir en los tratamientos protésicos a elegir es el nivel socio económico, pues como se puede observar en nuestros resultados, en sectores como Lima Sur y Lima Este hay una mayor tendencia al uso de prótesis fija, pues según los resultados de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados(APEIM), hay un mayor nivel socioeconómico en distritos como San Isidro, Miraflores, San Borja, pertenecientes de Lima Centro, Este y Sur (45), por lo que ellos pueden acceder a estas opciones de tratamientos que son un poco más costosas, además que a lo largo de los años han tenido mayor acceso a la salud, por lo que acudían con mayor frecuencia a los servicios odontológicos para tratamientos preventivos sin tener que llegar a tratamientos invasivos como la exodoncia (36,46).

Sin embargo, una de las limitaciones de esta investigación es que la muestra no fue homogénea en cuanto a género, por lo que no muestran un resultado real sobre la diferencia en la cantidad de tratamientos realizados en pacientes femeninos como masculinos. Además de que los campos requeridos en las historias clínicas no están completos por lo que no se ha podido utilizar otras variables con lo cual hay un número

reducido de muestra. Asimismo, la literatura no rescata muchos estudios similares sobre la determinación de tratamientos protésicos en adultos mayores, este sin duda es de gran utilidad epidemiológica no solo para saber la necesidad y demanda sino también para proponer y presentar alternativas de solución como políticas públicas y medidas de prevención que ayuden a la calidad de vida de estos pacientes. Por lo que se sugiere que a partir de esta investigación se puedan realizar estudios que comparen la necesidad de tratamiento con los tratamientos ya realizados y poder evaluar los motivos por los cuales la rehabilitación oral está tan abandonada en pacientes de este grupo etario, de igual forma se pueden tomar de referencia los resultados obtenidos y determinar los tipos de tratamientos prostodónticos en AM según enfermedades sistémicas más prevalentes para así dar hincapié en la importancia de realizar prótesis adaptándolos a su condición sistémica.

VI. CONCLUSIONES

1. Las prótesis removibles fueron mayoritariamente culminadas con respecto a las de tipo fija, siendo la PPR la que más se evidencio en cada grupo etario, excepto en el de viejos – longevos.
2. El sexo femenino fue el que más culminó su tratamiento prostodóntico, en su mayoría PPR y en su defecto opuesto la PPF, aunque la muestra no fue heterogénea, cabe resaltar que este grupo tiene mayor predisposición a la pérdida de piezas dentarias por factores culturales y socioeconómicos.

3. El lugar de procedencia que más se registró entre los pacientes adultos mayores fue el de Lima Norte, concluyendo que la cercanía a la clínica donde se obtuvo la muestra jugó un rol importante con respecto a la preferencia de atención por parte de los pacientes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ministerio de Salud; 2011.
- (2) Ibérico L. Ley de la persona adulta mayor. Diario oficial del Bicentenario El Peruano.Lima:2016
- (3) Ribera JM. Características generales del paciente geriátrico. Clínicas Urológicas de la Complutense.1993;2:13-23.
- (4) Vivaldo M, Martínez M, Ramírez B, Ham R, Montes de Oca V, González-Celis AL, et al. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Distrito Federal: Academia Nacional de Medicina de México, Universidad Nacional Autónoma de México;2015.
- (5) Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento (parte I). Rev Esp Geriatr Gerontol.2006[citado el 14 de enero de 2019];41(1):55-63.
- (6) Landinez N, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública Ciudad de La Habana. 2012;8(4):

- (7) Belando M. Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento. ¿Es posible una calidad de vida en la vejez a través de programas socioeducativos? España: Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de Extremadura; 2000.
- (8) Alvarado A, Salazar Á. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos Barcelona. 2016; 27: (4).
- (9) Owens D, Kalra S, Sahay R. Endocrinología Geriátrica. Rev. Endocrinología y Metabolismo India. 2011; 15(2): 71-72.
- (10) Martínez C, Pérez V, Carballo M, Larrondo J. Polifarmacia en adultos mayores. Rev Cubana MGI. 2006;21(1-2).
- (11) Chávez-Reátegui B, Manrique-Chávez JE, Manrique JA. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana. 2014;24(3):199-207
- (12) San Martín C, Villanueva J, Labraña G. Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor (Parte II). Revista Dental de Chile.2002; 93(3):23-26
- (13) Cabo García R, Grau León I, Lorenzo A. Apuntes sobre el envejecimiento del sistema estomatognático. Revisión de la literatura. Medisur.2016;14(3):307-312
- (14) Fried L, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderson G. Desenredando los conceptos de discapacidad, fragilidad y comorbilidad: Implicaciones para mejorar la focalización y la atención. Revista de Gerodontología: Medical Sciences.2004;59:255-263.

- (15) Duarte-Tencio T, Duarte-Tenorio A. Consideraciones en el Manejo Odontológico del Paciente Geriátrico. *Rev Cient Odontol de Costa Rica*.2012;8(1):45-54.
- (16) Haya Fernández MC, Blasco Garrido I, Cabo Pastor MB. La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. *Avances en Odontoestomatología*.2015; 31 (3): 117-127.
- (17) Castellanos L. Díaz L. Lee E. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas: Facultad de Odontología. Universidad de La Salle Bajío. México. 2015.
- (18) Esquivel R, Jiménez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM*.2012;69(2): 69-75
- (19) Medrano A; Ruiz Calixto B; Gutiérrez C. Impacto en la calidad de vida relacionada con salud bucal de la rehabilitación protésica convencional en pacientes desdentados completos, atendidos en el servicio público chileno. *Rev. Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 1(4), 2017: 960-982
- (20) Vargas K. Calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis dental removible del centro integral del adulto mayor en Lima 2018. [Tesis]. Lima. Universidad privada Norbert Wiener;2018.
- (21) Yen Y-Y, Lee H-E, Wu Y-M, et al. Impacto de las dentaduras removibles en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adultos mayores en Taiwan. *BMC oral health*. 2015;15(1):1.
- (22) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas de Personas adultas mayores. Lima: INEI;2015.

- (23) Cappo V, Sampaio E, Borgato M, Moura e Silva P, Nader S. El impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida de personas con cincuenta o más años de vida. *Ciencia y Salud Colectiva* 2010; 15 (4): 2165-72.
- (24) Villareal L. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro” año 2011. [Tesis]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia;2011.
- (25) Campodónico C, Chein S, Benavente L, Vidal R, Delgadillo J, et al. El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. *Odontol. Sanmarquina*. 2013; 16(2):29-33.
- (26) Moreira N, Ferraz R, Gomes A, Gomes A. Prevalência de edentulismo em descendentes de pomeranos. *Rev Gaúcha Odontol*. 2010; 58(2):219-23.
- (27) Cano D. Determinación de piezas dentarias pérdidas y brechas edéntulas a restaurar en una población adulta de trabajadores de una empresa petrolera de la provincia de Talara en el año 2009. Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
- (28) Rivera J, Estudio de la necesidad de prótesis total en personas de la tercera edad residentes del albergue Ignacia Rodolfo Vda de Canevaro. [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1992.
- (29) Medina CE, Pérez R, Maupomé G, Avila L, Pontigo AP, Patiño N. Encuesta nacional sobre edentulismo y su distribución geográfica, entre mexicanos mayores de 18 años. *J Oral Rehabil*. 2008; 35(4):237-44.

- (30) Gutiérrez-Vargas VL, León-Manco RA, Castillo-Andamayo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):179-186
- (31) Sáez, R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev cubana Estomatol.2007;44(4):1-14
- (32) Azañedo D, Díaz-Seijas D, Hernández-Vásquez A. Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana [carta]. Rev Per Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):373-375
- (33) Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condiciones de salud bucal de ancianos de la comunidad urbana de Londrina, Paraná. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(4):471-80.
- (34) Mallmann FH, Toassi RFC, Abegg C. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três 'Distritos Sanitários' de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. Epidemiol Serv Saúde. 2012; 21(1):79-88.
- (35) Barnard B, Vettori A, Ceriotti R. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Arq Odontol, Belo Horizonte. 2014; 50 (4): 170-7
- (36) Peralta F. Necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH de julio a setiembre en el año 2015

- (37) Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa MLR, da Silva DD, Pucca Jr Ga. Correlatos de pérdida parcial de dientes y edentulismo en ancianos brasileños. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:224-32.
- (38) Peres MA, Peres KG, Barros AJD, Victora CG. La relación entre las trayectorias socioeconómicas familiares desde la infancia hasta la adolescencia y la caries dental y los comportamientos orales asociados. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61:141-5.
- (39) Benoit V, Msellati P, Zoungrana C, Fournet F, Salem G. Razones para asistir a servicios de atención dental en Uagadugú Burkina Faso. *Bull World Health Organ.* 2005; 83(9): 650-5.
- (40) Herkrath F, Vianna M, Loureiro G. Factores contextuales e individuales asociados con la utilización de servicios dentales por adultos brasileños: un análisis multinivel. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PLoS ONE.* 2018;13(2):1-17.
- (41) Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Factores sócio-demográficos asociados al uso de servicios odontológicos entre ancianos brasileiros: un estudio basado en la Encuesta nacional de muestra de hogares. *Cad Salud Pública.* 2004; 20(5):1290–7.
- (42) Dámian L, Condición y necesidades protéticas de la tercera edad en los asilos de la beneficencia pública San Vicente de Paúl de Huancayo y Celestino Camacho de Tarma. [Trabajo de Investigación para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1991.

- (43) De Andrade C, Alves E, Faria T, Rocha Correa S, de Souza C, Borie E y Corrêa Silva Y. Perfil de los pacientes rehabilitados por medio de prótesis atendidos en el servicio público de salud en Ribeirão Preto, Brasil. Rev Odontoestomatol.2015;31(6):347-353
- (44) Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Perfil de las pérdidas dentarias en adultos según el capital social, características demográficas y socioeconómicas. Cienc salud colectiva. 2014;19(6):1849-58.
- (45) Asociación Peruana de Empresas de investigación de mercados. Niveles socioeconómicos 2018.Lima: APEIM;2018
- (46) Reddy NS, Reddy NA, Narendra R, Reddy SD. Encuesta epidemiológica sobre edentulismo. Revista de practica dental contemporánea, 2012;13(4);562-570.
- (47) INEI. XI Censo de población y VI de vivienda 2007. INEI.2007

ANEXOS

ANEXO 1: Cuadro de Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Valores
Tratamiento prostodóntico	Tratamiento odontológico encargado de devolver la función, anatomía, fonación y estética al aparato estomatognático ³⁴	Realización de aparatos que rehabilita el sistema estomatognático, estas pueden dividirse en: -Prótesis Fija: o Incrustaciones o Coronas o Puentes Prótesis Removible: o PPR o P. totales o P. Sobre implantes	Cualitativo	Politómica Nominal	1: Incrustaciones 2: Coronas 3: Puentes 4: PPR 5: P. Total 6: P. sobre implantes
Grupo etario	Aquella que tiene 60 o más años de edad ¹ .	Persona mayor a 60 años de edad. Clasificándolos según Bernice (1999) rango de edad: Viejos-jóvenes: 60 a 74 años Viejos-viejos: 75 a 89 años Viejos-longevos: 90 a más.	Cualitativo	Politómica Nominal	1: Viejos-jóvenes 2: Viejos-viejos 3: Viejos-longevos
Género	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y plantas ³ .	Masculino Femenino	Cualitativo	Dicotómica Nominal	0: Masculino 1: Femenino
Lugar de procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo ¹⁰ .	Lugar donde actualmente vive la persona	Cualitativo	Politómica Nominal	1: Lima Norte 2: Lima Centro 3: Lima Este 4: Lima Sur 5: P. C. del Callao 6: Provincia

ANEXO 2: Ficha de recolección de datos

N° de Paciente	Historia Clínica	Sexo	Edad	Procedencia	Tipo de Tratamiento	Número de Tratamientos
1						
2						

ANEXO 3. Tabla 1. Características de los pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 a diciembre de 2018

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	44	30.56
Femenino	100	69.44
Edad (Promedio=75.53, Desviación estándar=7.50)		
Viejos-jóvenes	64	44.44
Viejos-viejos	75	52.08
Viejos-longevos	5	3.47
Procedencia		
Lima Norte	77	53.47
Lima Centro	20	13.89
Lima Este	8	5.56
Lima Sur	2	1.39
P. C. del Callao	9	6.25
Provincias	28	19.44
n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.		

ANEXO 3. Tabla 2. Tipo y número de tratamientos prostodóntico realizados en los pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 a diciembre de 2018

Tipo de tratamiento	n	%	Número de tratamientos															
			1		2		3		4		5		6		7		9	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Incrustaciones	12	6.00	8	66.67	2	16.67	1	8.33	0	0.00	1	8.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Coronas	30	15.00	11	36.67	8	26.67	4	13.33	2	6.67	1	3.33	2	6.67	1	3.33	1	3.33
Puentes	8	4.00	8	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
PPR	79	39.50	54	68.35	25	31.65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P. Total	71	35.50	40	56.34	31	43.66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	200	100.00	121	60.50	66	33.00	5	2.50	2	1.00	2	1.00	2	1.00	1	0.50	1	0.50

n: Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates: Tipo de tratamiento vs. N° de tratamientos ($p < 0.01$).

ANEXO 3. Tabla 3. Tipo y número de tratamientos prostodóntico según género culminados en pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 a diciembre de 2018.

Sexo	Tipo de tratamiento	n	%	Número de tratamientos															
				1		2		3		4		5		6		7		9	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino																			
	Incrustaciones	3	5.26	2	66.67	1	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Coronas	10	17.54	3	30.00	5	50.00	1	10.00	1	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Puentes	2	3.51	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	PPR	22	38.60	15	68.18	7	31.82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P. Total	20	35.09	10	50.00	10	50.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	57	100.00	32	56.14	23	40.35	1	1.75	1	1.75	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Femenino																			
	Incrustaciones	9	6.29	6	66.67	1	11.11	1	11.11	0	0.00	1	11.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Coronas	20	13.99	8	40.00	3	15.00	3	15.00	1	5.00	1	5.00	2	10.00	1	5.00	1	5.00
	Puentes	6	4.20	6	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	PPR	57	39.86	39	68.42	18	31.58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P. Total	51	35.66	30	58.82	21	41.18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	143	100.00	89	62.24	43	30.07	4	2.80	1	0.70	2	1.40	2	1.40	1	0.70	1	0.70

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-cuadrado: Sexo vs. Tipo de tratamiento (p=0.98) y Sexo vs. N° de tratamientos (p=0.71).

ANEXO 3. Tabla 4. Tipo y número de tratamientos prostodóntico según edad culminados en pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril de 2016 a diciembre de 2018.

Edad	Tipo de tratamiento	n	%	Número de tratamientos															
				1		2		3		4		5		6		7		9	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Viejos-jóvenes																			
	Incrustaciones	8	9.41	5	62.50	2	25.00	0	0.00	0	0.00	1	12.50	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Coronas	13	15.29	7	53.85	2	15.38	1	7.69	1	7.69	0	0.00	1	7.69	1	7.69	0	0.00
	Puentes	4	4.71	4	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	PPR	34	40.00	24	70.59	10	29.41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P. Total	26	30.59	13	50.00	13	50.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	85	100.00	53	62.35	27	31.76	1	1.18	1	1.18	1	1.18	1	1.18	1	1.18	0	0.00
Viejos-viejos																			
	Incrustaciones	4	3.74	3	75.00	0	0.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Coronas	16	14.95	4	25.00	5	31.25	3	18.75	1	6.25	1	6.25	1	6.25	0	0.00	1	6.25
	Puentes	4	3.74	4	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	PPR	43	40.19	28	65.12	15	34.88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P. Total	40	37.38	23	57.50	17	42.50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	107	100.00	62	57.94	37	34.58	4	3.74	1	0.93	1	0.93	1	0.93	0	0.00	1	0.93
Viejos-longevos																			
	Coronas	1	12.50	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	PPR	2	25.00	2	100.00	0	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P. Total	5	62.50	4	80.00	1	20.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	8	100.00	6	75.00	2	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-cuadrado: Edad vs. Tipo de tratamiento (p=0.61) y Edad vs. N° de tratamientos (p=0.99).

P. Total	1	33.33	1	100.00	0	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	3	100.00	2	66.67	1	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
P. C. del Callao																			
Incrustaciones	3	30.00	1	33.33	1	33.33	0	0.00	0	0.00	1	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Coronas	1	10.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
PPR	2	20.00	2	100.00	0	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
P. Total	4	40.00	1	25.00	3	75.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	10	100.00	5	50.00	4	40.00	0	0.00	0	0.00	1	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Provincias																			
Incrustaciones	2	5.26	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Coronas	5	13.16	3	60.00	2	40.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Puentes	1	2.63	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
PPR	15	39.47	10	66.67	5	33.33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
P. Total	15	39.47	10	66.67	5	33.33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	38	100.00	26	68.42	12	31.58	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	

n: Frecuencia absoluta.

=: Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-cuadrado: Procedencia vs. Tipo de tratamiento (p=0.09) y Procedencia vs. N° de tratamientos (p=0.59).

ANEXO 3. Tabla 6. Tipo de tratamientos prostodóntico según género y procedencia culminados en pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Estomatología en Pacientes Especiales de una Clínica Dental Docente desde abril 2016 hasta diciembre 2018.

Sexo	Tipo de tratamiento	n	%	Procedencia											
				Lima Norte		Lima Centro		Lima Este		Lima Sur		P.C. del Callao		Provincia	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino															
	Incrustaciones	3	5.26	2	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	33.33
	Coronas	10	17.54	4	40.00	0	0.00	3	30.00	0	0.00	1	10.00	2	20.00
	Puentes	2	3.51	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	PPR	22	38.60	10	45.45	5	22.73	1	4.55	0	0.00	1	4.55	5	22.73
	P. Total	20	35.09	10	50.00	3	15.00	3	15.00	0	0.00	0	0.00	4	20.00
	Total	57	100.00	28	49.12	8	14.04	7	12.28	0	0.00	2	3.51	12	21.05
Femenino															
	Incrustaciones	9	6.29	3	33.33	2	22.22	0	0.00	0	0.00	3	33.33	1	11.11
	Coronas	20	13.99	13	65.00	2	10.00	1	5.00	1	5.00	0	0.00	3	15.00
	Puentes	6	4.20	3	50.00	1	16.67	0	0.00	1	16.67	0	0.00	1	16.67
	PPR	57	39.86	37	64.91	8	14.04	1	1.75	0	0.00	1	1.75	10	17.54
	P. Total	51	35.66	28	54.90	6	11.76	1	1.96	1	1.96	4	7.84	11	21.57
	Total	143	100.00	84	58.74	19	13.29	3	2.10	3	2.10	8	5.59	26	18.18

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-cuadrado: Procedencia vs. Tipo de tratamiento (p=) y sexo

ANEXO 4. Tabla 1. Distribución de distritos de Lima Metropolitana según INEI (47)

ÁREAS DE LIMA	DISTRITOS
Lima Norte	San Juan de Lurigancho San Martín de Porres Comas Los Olivos Puente Piedra Carabaylo Independencia Rimac Ancón Santa Rosa
Lima Centro	Cercado de Lima La Victoria San Miguel San Borja Surquillo Miraflores Breña Pueblo Libre Jesús María San Isidro Lince San Luis Magdalena
Lima Este	Ate Santa Anita El Agustino San Juan de Lurigancho La Molina Chaclacayo Cineguilla
Lima Sur	Villa El Salvador

	<p>Villa María Del Triunfo San Juan de Miraflores Surco Chorrillos Pachacamac Lurín Barranco Pucusana San Bartolo Punta Hermosa Punta Negra Santa María del Mar</p>
P.C. Callao	<p>Callao Ventanilla Bellavista La Perla Carmen de La Legua La Punta</p>
Provincia	-