

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“CIRUGÍA PRE-PROTÉSICA PREVIA A LA REHABILITACION BUCAL
EN PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA III-1 LIMA 2014”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bachiller: CHAMORRO PALACIOS DAUWLIN JOSE

Cerro de Pasco - Perú

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“CIRUGÍA PRE-PROTÉSICA PREVIA A LA REHABILITACION BUCAL
EN PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA III-1 LIMA 2014”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bachiller: CHAMORRO PALACIOS DAUWLIN JOSE

Cerro de Pasco - Perú

2015

PAGINA DE JURADOS

.....
Dr: CD: MARCO SALVATIERRA CELIS

PRESIDENTE

.....
Dra: CD.NANCY B. RODRIGUEZ MEZA

MIEMBRO

.....
CD: DOLLY PAREDES INOCENTE

MIEMBRO

.....
Mg. CD. ULISES PEÑA CARMELO

ASESOR

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por guardar mi salida y mi entrada, por su infinita bondad y amor.

A mis queridos padres José y Teodora por apoyarme en todo momento por sus sabios consejos.

A la familia Milla Chamorro por brindarme calor de hogar durante toda mi formación profesional. En especial a mi tía Ana por ser mi segunda madre.

A mis hermanos menores y por permitir ser un ejemplo a seguir para todos ellos.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por ser mi guía en todo momento, sin ayuda de Él no hubiera logrado nada.

A mis queridos padres por todo su apoyo.

A la Dra. Nancy Meza Rodríguez, por su constante apoyo en la realización de este trabajo de investigación.

Al Dr. Pedro Villavicencio jefe del servicio de odontoestomatología, por permitirme desarrollar este estudio en el Hospital María Auxiliadora.

Al Dr. Arturo Chamorro por sus consejos.

A la Dra. Mirian Cajaleón Chamorro por su apoyo.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	1
HOJA DE RESPETO	2
CONTRACARATULA	3
PAGINA DE JURADOS	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
INDICE	7
RESUMEN	9
SUMARY	12
INTRODUCCION	14

CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS	17
1.1. Tipo de Investigación	17
1.2. Tipo de estudio	18
1.3. Método	18
1.4. Diseño	18
1.5. Ámbito de Estudio	19
1.6. Población y muestra	21
1.7. Variables de estudio	22
1.8. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	23
1.8.1. Técnicas de recolección de datos.	23

1.8.2. Instrumentos	23
1.9. Procedimientos y prueba de Hipótesis	23
1.10. Procedimiento y análisis estadístico de datos.	24
CAPITULO II	
RESULTADOS	26
CAPITULO III	
DISCUSION	40
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	43
CAPITULO V	
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
ANEXOS	49

RESUMEN

Después de la pérdida de los dientes naturales comienzan a producirse cambios óseos inmediatamente en los maxilares. El hueso comienza a reabsorberse, ya que no responde al estrés transmitido por los dientes y el ligamento periodontal. El patrón de reabsorción específico es impredecible en un paciente dado porque hay una variación entre los individuos. En muchos pacientes, este proceso de reabsorción tiende a estabilizarse después de un período, mientras que, en otros, una continuación del proceso da lugar a una pérdida total del hueso alveolar y del hueso basal subyacente. La cirugía máxilofacial en función de la prótesis dental, comprende las intervenciones quirúrgicas que se realizan en la cavidad bucal con el fin de prepararla para que la prótesis dental pueda tener una base firme, sin irregularidades, libre de protuberancias óseas marcadas o sinuosidades, exenta de inserciones musculares o un exceso de mucoperiostio. El criterio que debe orientar este tipo de cirugía

será siempre modelante, tratando de conservar o de obtener la mayor superficie útil para el soporte de la prótesis. Su ejecución supone una estrecha relación entre el protesista y el cirujano.

Su relevancia clínica es de realizar un buen diagnóstico definitivo en la consulta para las cirugías para protéticas en los pacientes desdentados totales y prevenir que al final conllevaran alteraciones en los tejidos blandos de la encía, al momento de confeccionar las prótesis totales, es menester de este trabajo evidenciar “CIRUGÍA PRE – PROTÉSICA PREVIA A LA REHABILITACIÓN BUCAL EN PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”, el estudio se enmarco dentro de la investigación de tipo descriptivo, se empleó el método científico, con el diseño no experimental descriptivo transversal.

Para el estudio se tomó una muestra no probabilística por conveniencia bajo criterios de inclusión y exclusión, se contó con 84 pacientes. Posteriormente se procedió a la recolección de datos en las fichas de registro.

Por ser un trabajo descriptivo se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

En el presente estudio arribamos a las siguientes conclusiones: El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 46 - 60 años con 58.33% (49). El género más frecuente en el estudio es el masculino con 52.38% (44). La alteración más frecuente es la que afecta a los tejidos duros con 60.71% (51). La alteración de los tejidos duros más frecuente es el

reborde alveolar irregular con 34.52% (29). La alteración de los tejidos blandos más frecuente es la presencia de frenillo labial y lingual de inserción baja con 9.52% (8). La cirugía pre protésica más frecuente es la alveoloplastia con 69.05% (58). Del 69.05% (58) de alveoloplastias, el 53.57% (45) corresponde a lesiones de tejidos duros. El tipo de cirugía pre protésica varía de acuerdo al tipo de alteración $X^2_c = 45.41$.

SUMMARY

After the loss of natural teeth begin to occur immediately bone changes in the jaws. The bone begins to be resorbed, since not respond to stress transmitted through the teeth and periodontal ligament. The specific pattern of resorption is unpredictable in a given patient because there is variation among individuals. In many patients, this process of resorption tends to stabilize after a period, while in others, a continuation of the process results in a total loss of alveolar bone and the underlying basal bone. The maxillofacial surgery depending on the dental prosthesis, comprising surgical procedures performed in the oral cavity in order to prepare for the dental prosthesis can have a firm foundation, without irregularities, free bony protrusions marked or sinuous, free muscle attachments or excessive mucoperiosteum. The criteria that should guide this surgery will always Modelling, trying to keep or get the most useful area to support the prosthesis. Its implementation is a close relationship between the prosthodontist and surgeon.

Its clinical relevance is to make a good final diagnosis in consultation prosthetic surgeries in edentulous patients and prevent the end entail alterations in the soft tissue of the gums, when drawing up the dentures, it is necessary for this work demonstrate "SURGERY PRE - PRE PROSTHETIC REHABILITATION ORAL IN TOTAL edentulous patients, MARY HELP HOSPITAL III - 1 LIMA 2014," the study was framed within the descriptive research, the scientific method was used, with the non-experimental design cross-sectional.

For the study, a convenience sample probabilistic criteria of inclusion and exclusion, he had 84 patients was taken. He then proceeded to collect data in the tabs.

As a descriptive study, we worked with a confidence level of 95%.

In the present study we arrive at the following conclusions: The predominant age group in the study was 46-60 years 58.33% (49). The most common genus in the study is the male to 52.38% (44). The most common change is affecting the hard tissues with 60.71% (51). Altering the most common hard tissue is irregular alveolar ridge with 34.52% (29). Altering the most common soft tissue is the presence of labial and lingual frenulum low insertion with 9.52% (8). The most common prosthetic surgery is pre alveoplastia with 69.05% (58). Of 69.05% (58) alveoplasties, the 53.57% (45) corresponds to hard tissue injury. The type of pre prosthetic surgery varies according to the type of alteration $X^2_c = 45.41$.

INTRODUCCION

Después de la pérdida de los dientes naturales comienzan a producirse cambios óseos inmediatamente en los maxilares. El hueso comienza a reabsorberse, ya que no responde al estrés transmitido por los dientes y el ligamento periodontal. El patrón de reabsorción específico es impredecible en un paciente dado porque hay una variación entre los individuos. En muchos pacientes, este proceso de reabsorción tiende a estabilizarse después de un período, mientras que, en otros, una continuación del proceso da lugar a una pérdida total del hueso alveolar y del hueso basal subyacente. Los resultados de esta reabsorción se ven acelerados por llevar prótesis y tienden a afectar a la mandíbula de modo más intenso que el maxilar por la menor área superficial y la distribución menos favorable de las fuerzas oclusales.

A pesar del enorme progreso en la tecnología disponible para preservar la dentición, aún se requiere la rehabilitación protodóncica y la

rehabilitación de los pacientes edéntulos total o parcialmente. Factores sistémicos y locales generales son responsables de la variación en la cantidad y patrón de reabsorción del hueso alveolar. Los factores sistémicos incluyen la presencia de anomalías nutricionales y osteopatía sistémica, tales como osteoporosis, disfunción endocrina u otras afecciones sistémicas que puedan afectar al metabolismo óseo. Los factores locales que afectan a la reabsorción del reborde alveolar incluyen las técnicas de alveoplastia utilizadas en el momento de la extracción dental y el traumatismo localizado asociado con la pérdida del hueso alveolar. Llevar una prótesis puede contribuir también a la reabsorción del reborde alveolar por una adaptación inapropiada del reborde de la prótesis o una distribución inadecuada de las fuerzas oclusales. Las variaciones en la estructura facial pueden contribuir a los patrones de reabsorción de dos modos: Primero, el volumen real del hueso presente en los rebordes alveolares varía con la forma facial. Segundo, los individuos con unos ángulos bajos en el plano mandibular y ángulos goniales más agudos son capaces de generar mayor fuerza de oclusión, con lo que se ejerce una mayor presión en las áreas del reborde alveolar. El resultado a largo plazo es la pérdida del reborde alveolar óseo, aumento del espacio interarcada, aumento de la influencia del tejido blando circundante, menos estabilidad y retención de la prótesis y aumento de las molestias por una adaptación inapropiada de la prótesis. En los casos de reabsorción más intensa se produce un aumento significativo del riesgo de fractura espontánea de la mandíbula.

Como se ha podido constatar, la cirugía preprotésica constituye un acápite importante de investigación, pues son muchos los pacientes que acuden diariamente a nuestro servicio de Odontología del Hospital María Auxiliadora III-1, Lima y con estas alteraciones, lo que unido a que existen pocos estudios sobre este tema en el País, nos motivó a realizar esta investigación, que sirva de base para futuros estudios, además para la organización del trabajo docente asistencial y la planificación de los recursos humanos y materiales en los servicios como contribución al ahorro, es así que se tiene que intervenir quirúrgicamente a estos pacientes para que puedan ser rehabilitados y teniendo como premisa que fundamentó el presente estudio y dio lugar a la formulación de la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las cirugías pre-protésicas realizadas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014?. El objetivo de este trabajo será determinar el tipo de cirugías pre-protésicas realizadas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014.

Una de las justificaciones que nos lleva a abordar este tópico de esta siguiente interrogante se explica en la revisión desde posiciones verdaderamente auténticas y se asumen criterios en relación al desarrollo de este tema en la actualidad. Se logrará un verdadero intercambio de información científica con investigadores de varios países y se acopiará bibliografía.

El Autor

CAPITULO I

METODOLOGÍA

1.1 TIPO DE INVESTIGACION

Por su Finalidad: Es una investigación fundamental o pura.

Por el Espacio: Es prospectivo.

Por el Tiempo: Es Transversal

Por el Nivel de profundización: Es no experimental.

Por la Fuente de información: Es la investigación primaria In Situ.

Por el Enfoque: Es una investigación multidisciplinaria, por contener a disciplinas como la anatomía, cirugía, estadística, entre otros.

El estudio fué descriptivo de tipo observacional correlacional de corte transversal.

Descriptivo porque se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades.

Trasversal porque implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.

1.2 TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación se utilizó el tipo de estudio descriptivo.

1.3. MÉTODO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio de investigación se utilizó el método científico, además de métodos generales tales como el método de análisis y síntesis y como método particular se tomó el método descriptivo.

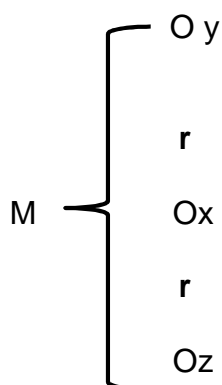
1.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se observó los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, la investigación tuvo un diseño No Experimental descriptivo, transversal, ya que se pretende indagar la prevalencia y los valores en que se manifiesta una o más variables.

Descriptivo porque se logró caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades.

Trasversal porque implicó la recolección de datos en un solo corte

El diseño obedece al siguiente esquema:



Dónde:

M = Muestra de estudio

Oy, Ox, Oz = Subíndices observacionales obtenidas de cada una de las variables

r = Indica la posible relación entre las variables estudiadas.

1.5. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio investigativo se realizó en las instalaciones de la clínica odontológica estomatológica del Hospital María Auxiliadora-Lima.

El Hospital María Auxiliadora es un Hospital de III-1 de acuerdo a la R.D.Nº 425-06-DISA-IILS/DL, de fecha 04 de Setiembre 2006, dentro del sistema de salud funciona como hospital de referencia para la Sub. Región de Lima Sur. Se ubica en el Distrito de San Juan de Miraflores.

Norte: Distrito de Surquillo, Chorrillos, Barranco.

Sur: Distrito de Villa el Salvador, Lurín, Pachacamac y balnearios.

Este: Distrito de Villa María del Triunfo.

Oeste: Panamericana Sur, Océano Pacífico.

Naturaleza del HMA

El Hospital María Auxiliadora es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud II Lima Sur del Ministerio de Salud.

Es un Hospital de Nivel III-1 especializado en atención integral del Niño, Adolescente, Salud Sexual y Reproductiva de la mujer, Adulto y Adulto Mayor.

Para cumplir su misión y lograr sus objetivos funcionales tiene una estructura orgánica integrada por órganos de dirección, de control, asesoramiento, apoyo y de línea.

Es un establecimiento de atención recuperativa y de rehabilitación prioritariamente, altamente especializada que atiende las necesidades de atención de salud del Cono Sur y otros que proceden de cualquier punto del ámbito nacional.

El Hospital María Auxiliadora realiza actividades de recuperación de la salud, así como de rehabilitación y control de las enfermedades, incorporando sistemas de mejoramiento continuo de la calidad en el marco de los Lineamientos de Política Nacional del Sector Salud.

Contribuye a la solución de los principales problemas de Salud en el País, como es s la alta tasa de morbilidad y mortalidad Materna é Infantil, especialmente la Neonatal, la lucha contra la Tuberculosis, enfermedades Transmisible y No transmisibles, así como los problemas de salud Mental a través de las estrategias sanitarias.

Además desarrollar un rol en la contribución a resolver la problemática asistencial, docente y de investigación en el área respectiva...Ha iniciado una preocupación por la Salud de los trabajadores que esperamos que sea un Modelo de Centro laboral saludable. El Servicio de odontología cuenta con servicios de Cardiología y Endodoncia Odontopediatría, Cirugía Bucal y máximo facial entre otras especialidades.

1.6. POBLACION Y MUESTRA

1.6.1.- POBLACIÓN:

Estuvo constituido por todos los pacientes desdentados totales que acudieron al servicio de Odontoestomatología del Hospital María Auxiliadora III-1, Lima y que presenten alteraciones de los tejidos duros y blandos, durante los meses de enero a diciembre del 2014.

1.6.2.- MUESTRA:

Tamaño muestral: 84 pacientes que presentaron alteraciones de los tejidos duros y blandos, durante los meses de enero a diciembre del 2014.

Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional ya que se requería verificar si el paciente cumplía con los criterios de inclusión y exclusión

Unidad de análisis.

El paciente desdentado total que presento alteraciones de los tejidos duros y blandos, durante los meses de enero a diciembre del 2014.

1.6.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes desdentado total que presentaron alteraciones de los tejidos duros y blandos que acudieron al servicio de Odontoesrtomatologia , del Hospital María Auxiliadora III-1, Lima
- Pacientes que presentaron Historias clínicas completas.
- Pacientes que aceptaron firmar el consentimiento informado.

1.6.2.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con Historias clínicas incompletas.
- Pacientes con compromiso sistémico.
- Pacientes que no porten prótesis total.
- Pacientes que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

1.7. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE

CIRUGÍA PRE-PROTÉSICA PREVIA A LA REHABILITACION BUCAL.

VARIABLE INDEPENDIENTE

PACIENTE DESDENTADO TOTAL.

1.8. INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó:

TECNICAS:

- La observación.
- Análisis clínico
- Análisis documental.

1.8.2. INSTRUMENTOS:

Para la recolección de la información se empleó:

- Historia clínica
- Ficha de registro de datos de pacientes desdentados totales que presenten alteraciones de los tejidos duros y blandos.
- Ficha de Consentimiento informado

1.9. PROCESAMIENTO Y PRUEBA DE HIPOTESIS

Para el procesamiento y análisis estadístico de hipótesis y el análisis de datos estadísticos se elaboró cuadros de relación entre las variables y las dimensiones e indicadores establecidos en la matriz de consistencia. Iniciándose el recuento de datos.

El análisis de los datos fue de tipo estructural, relacional y comparativo usando en todo momento el marco teórico y la lógica para determinar las variaciones por pérdida de dimensión vertical en pacientes desdentados totales. La interpretación de los datos se

realizó basándose en los resultados estadísticos empleando gráficos y tablas.

1.10. PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Luego de aplicar los instrumentos de la Historia clínica, ficha de recolección de datos; se procedió a revisar. La presentación de los datos es de tipo semi concreto, mediante la presentación de diapositivas. La presentación de este tipo de datos es de tipo tabular y gráfica secuencialmente que permitirá el sustento y el contraste hipotético.

Para el contraste hipotético por ser hipótesis correlacional se de en un cuadro de contraste con ambas variables se aplicó la prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada para establecer la relación entre las variables.

El análisis de los datos fue de tipo estructural, relacional y comparativo usando en todo momento el marco teórico y la lógica para determinar el tipo de cirugías pre-protésicas realizadas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014.

Para la discusión de los datos se aplicó los conocimientos del marco teórico y de los antecedentes contrastándolo con los resultados sobre todo aquellos que interfieran el marco teórico suponiendo una explicación probable.

La interferencia científica fue basada en la criticidad del juicio de los expertos y el rigor científico y a las conclusiones en las

probabilidades de ocurrencia significativa con error estándar o mínimo.

CAPITULO II

RESULTADOS

CUADRO N° 01

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”

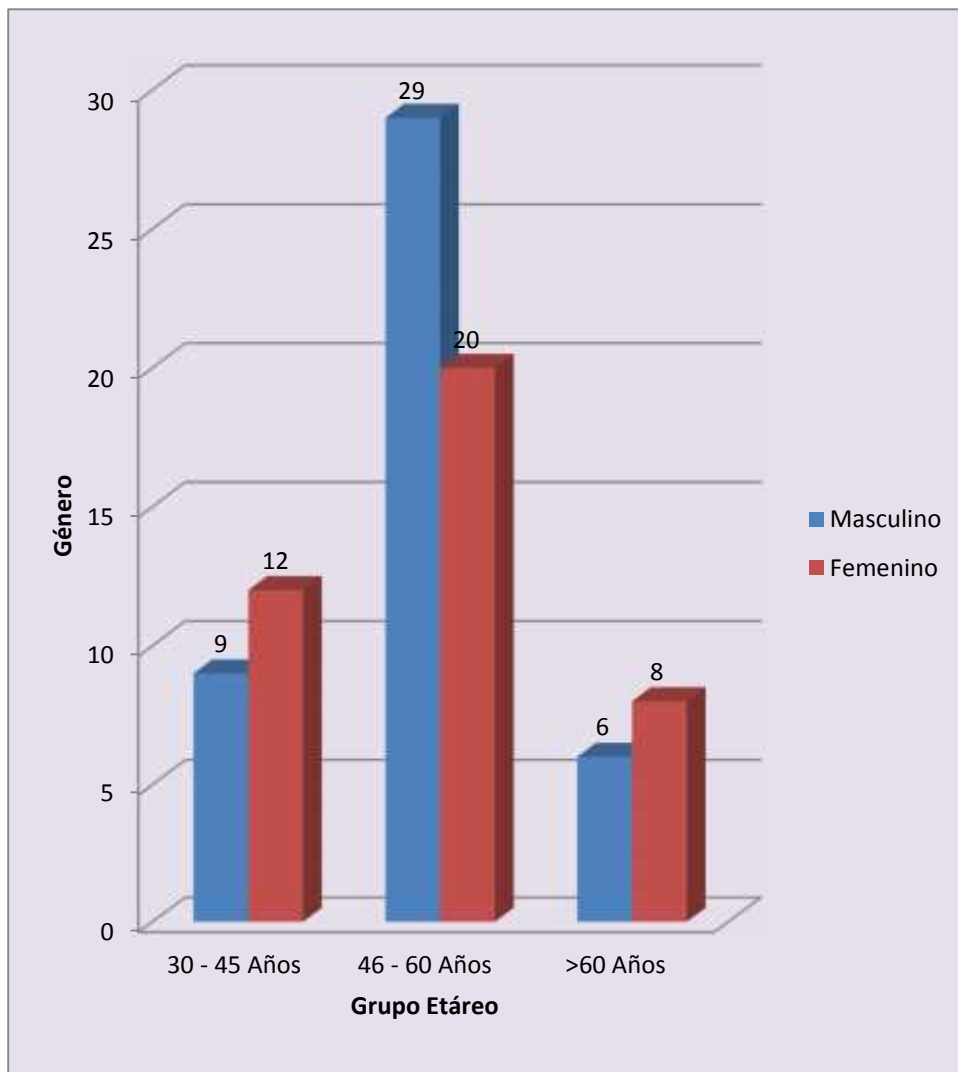
Grupo Etáreo	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
30 – 45 Años	9	10.71	12	14.29	21	25.00
46 – 60 Años	29	34.52	20	23.81	49	58.33
>60 Años	6	7.14	8	9.52	14	16.67
Total	44	52.38	40	47.62	84	100

Fuente: Historia Clínica

COMENTARIO N° 01: En el cuadro estadístico de doble entrada por contener dos variables ; La variable grupo etáreo con sus intervalos de edad en años y la variable género con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta la distribución del grupo etáreo según género, podemos observar que el 58.33% (49) se encuentra entre 45 – 60 años, de los cuales el 34.52% (29) corresponde al género masculino y el 23.81% (20) al femenino; el 25% (21) tiene entre 30 y 45 años, de los cuales el 14.29% (12) corresponde al género femenino y el 10.71% (9) al masculino; por último el 16.67% (14) tiene más de 60 años, de los cuales el 9.52% (8) corresponde al género femenino y el 7.14% (6) al masculino.

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”



Fuente: Cuadro N° 01

CUADRO N° 02

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALTERACIONES SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”

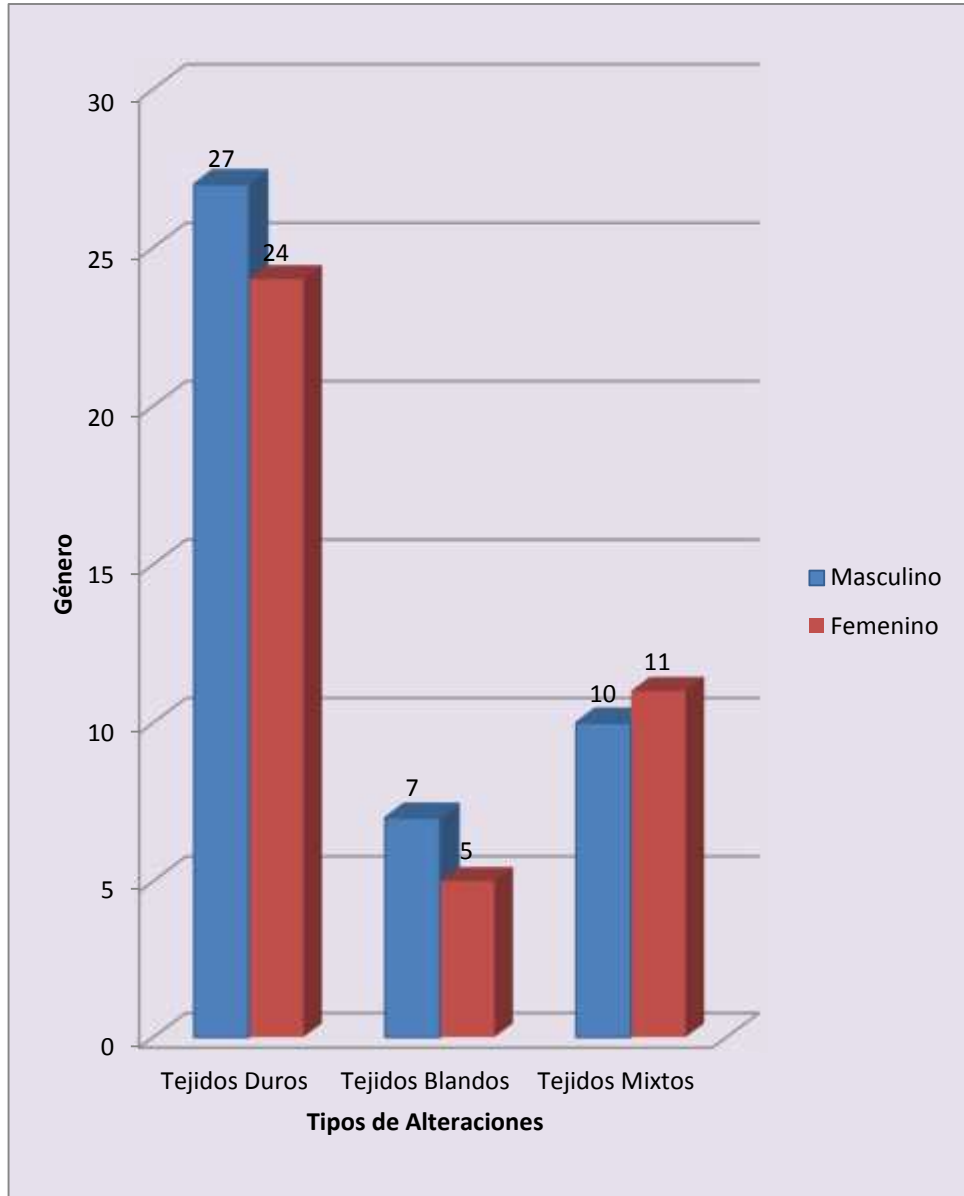
Tipo de Alteraciones	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Tejidos Duros	27	32.14	24	28.57	51	60.71
Tejidos Blandos	7	8.33	5	5.95	12	14.29
Tejidos Mixtos	10	11.90	11	13.10	21	25.00
Total	44	52.38	40	47.62	84	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 02: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable tipo de alteraciones con sus indicadores tejidos duros, tejidos blandos y tejidos mixtos y la variable género con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta la distribución del tipo de alteraciones según género de los pacientes desdentados totales; podemos observar que el 60.71% (51) presenta alteraciones de los tejidos duros, de los cuales el 32.14% (27) corresponde al género masculino y el 28.57% (24) al femenino; el 25% (21) presenta alteraciones de tejidos mixtos, de los cuales el 13.10% (11) corresponde al género femenino y el 11.90% (10) al masculino; por último el 14.29% (12) presenta alteraciones de tejidos blandos, de los cuales el 8.33% (7) corresponde al género masculino y el 5.95% (5) al femenino.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALTERACIONES SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”



Fuente: Cuadro N° 02

CUADRO N° 03

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALTERACIONES DE TEJIDOS DUROS SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”

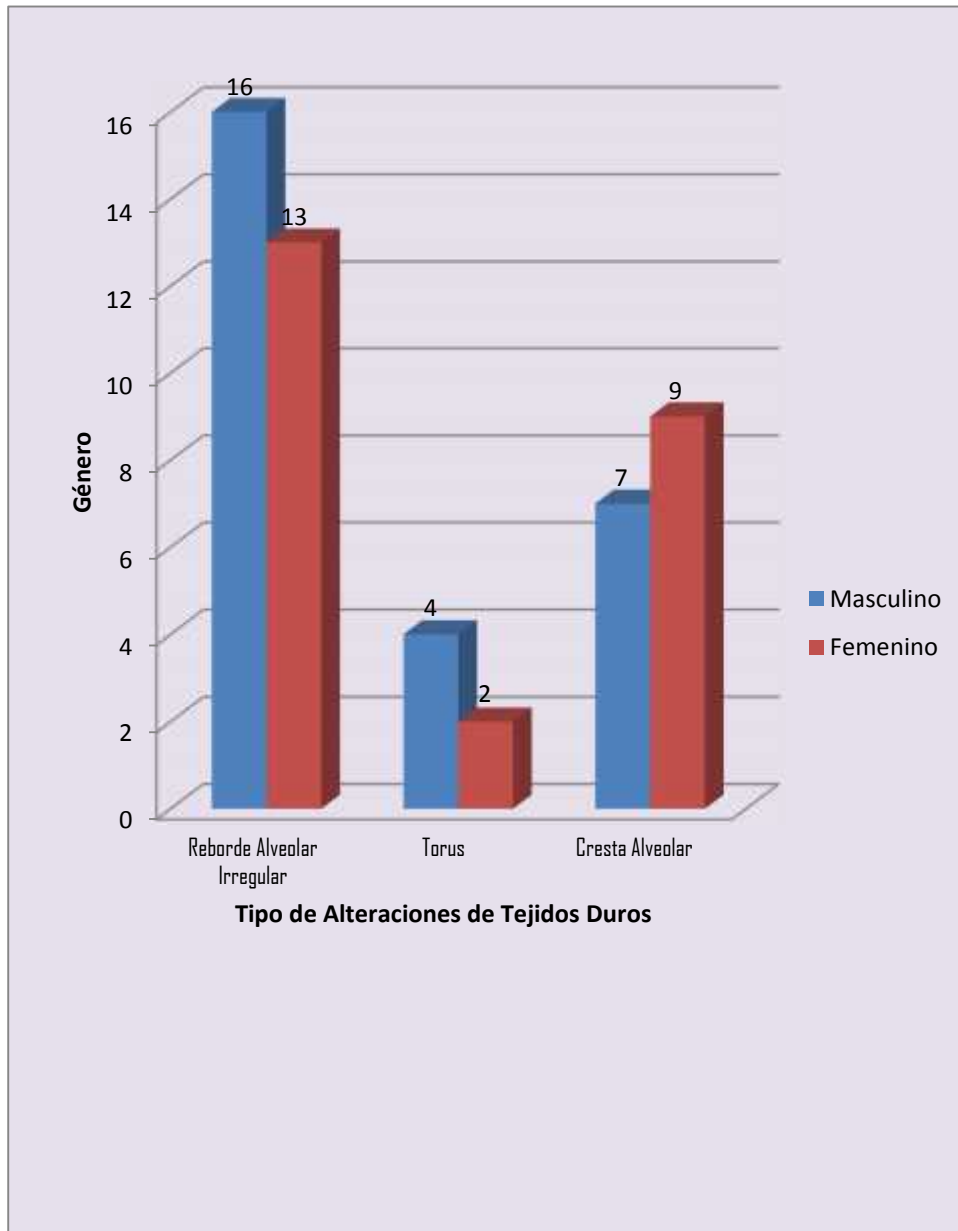
Tipo de Alteraciones de Tejidos Duros	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Reborde Alveolar Irregular	16	19.05	13	15.48	29	34.52
Torus	4	4.76	3	2.38	7	7.14
Cresta Alveolar	7	8.33	9	10.71	16	19.05
Total	27	32.14	25	28.57	52	60.71

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 03: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable alteraciones de tejidos duros con sus indicadores reborde alveolar irregular, torus y cresta alveolar y la variable género con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta la distribución del tipo de alteraciones de tejidos duros, según género, podemos observar que el 34.52% (29) presenta reborde alveolar irregular, de los cuales el 19.05% (16) corresponde al género masculino y el 15.48% (13) al femenino; el 19.05% (16) presenta cresta alveolar, de los cuales el 10.71% (9) corresponde al género femenino y el 8.33% (7) al masculino; por último el 7.14% (6) presenta torus, de los cuales el 4.76% (4) corresponde al género masculino y el 2.38% (2) al femenino.

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALTERACIONES DE TEJIDOS DUROS SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”



Fuente: Cuadro N° 03

CUADRO N° 04

**DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALTERACIONES DE TEJIDOS
BLANDOS SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS
TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III –
1 LIMA 2014”**

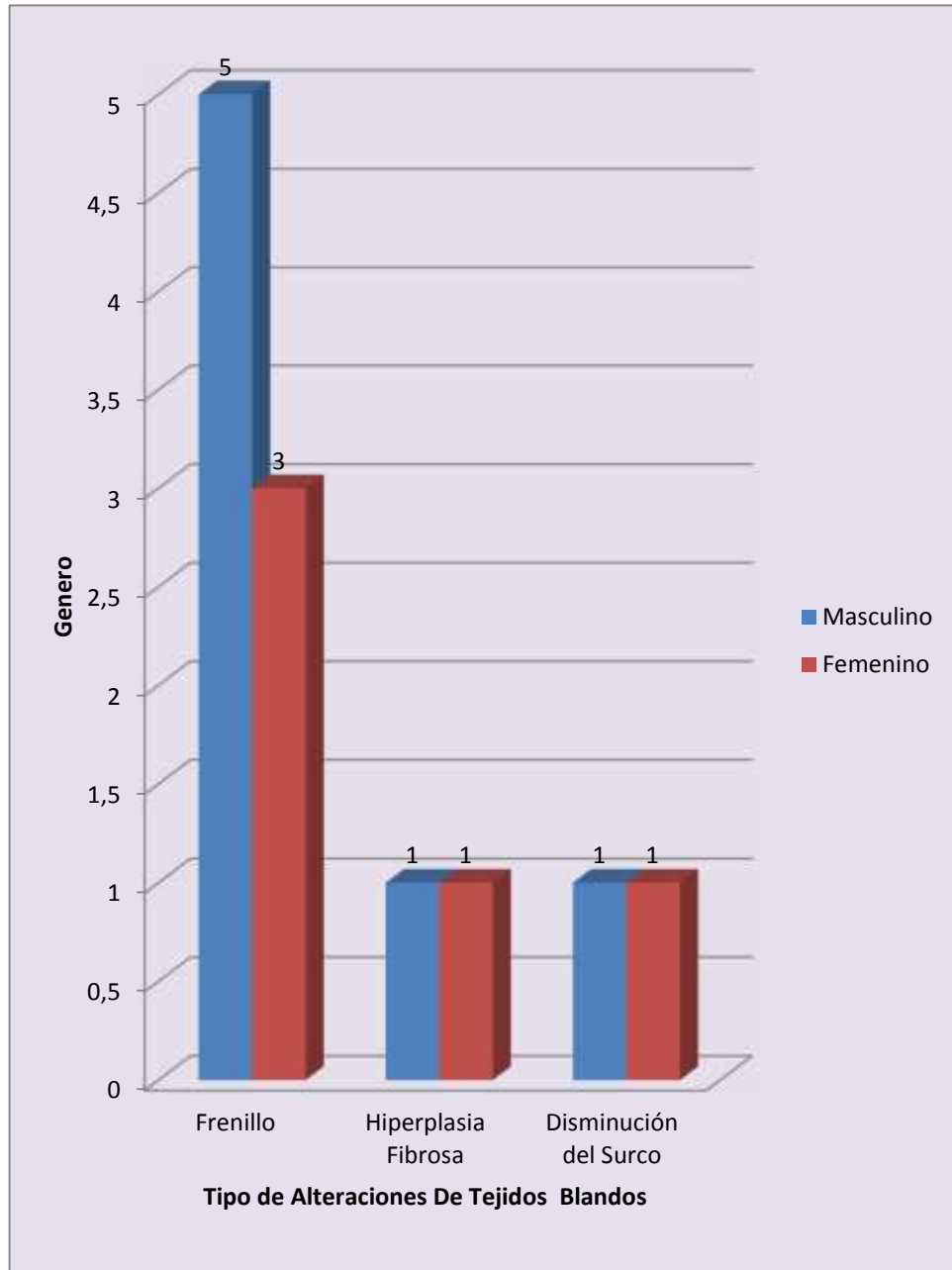
Tipo de Alteraciones De Tejidos Blandos	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Frenillo labial y lingual	5	5.95	3	3.57	8	9.52
Hiperplasia Fibrosa	1	1.19	1	1.19	2	2.38
Disminución del Surco	1	1.19	1	1.19	2	2.38
Total	7	8.33	5	5.95	12	14.29

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 04: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La Variable tipo de alteraciones de tejidos blandos con sus indicadores frenillo labial y lingual, hiperplasia fibrosa y disminución del surco y la variable género con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta la distribución de las alteraciones de tejidos blandos según género, podemos observar que el 9.52% (8) presenta frenillos labial y/o lingual, de los cuales el 5.95% (5) corresponde al género masculino y el 3.57% (3) al femenino; el 2.38% (2) presenta hiperplasia fibrosa, de los cuales el 1.19% (1) corresponde a cada uno de los géneros y por último el 2.38% (2) presenta disminución del surco, de los cuales el 1.19% (1) corresponde a cada uno de los géneros.

GRÁFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALTERACIONES DE TEJIDOS BLANDOS SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014



Fuente: Cuadro N° 04

CUADRO N° 05

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CIRUGÍA PRE PROTÉSICA SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”

Tipo de Cirugía Pre Protésica	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alveoloplastia	32	38.10	26	30.95	58	69.05
Frenectomia	9	10.71	7	8.33	16	19.05
Otros	3	3.57	7	8.33	10	11.90
Total	44	52.38	40	47.62	84	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

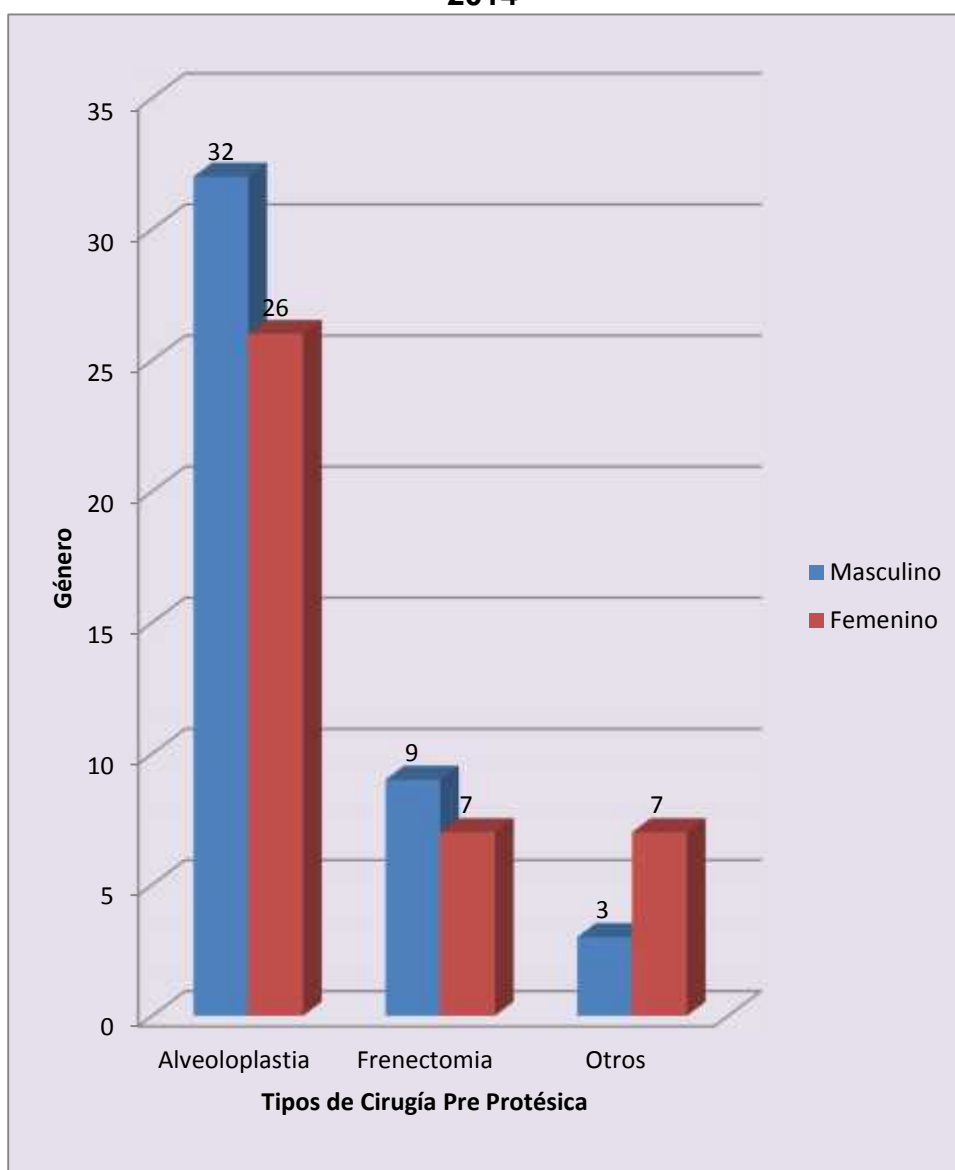
COMENTARIO N° 05: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable tipo de cirugía pre-protésica con sus indicadores alveoloplastia , frenectomía y otros y la variable género con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta la distribución del tipo de cirugía pre protésica según género, podemos observar que el 69.05% (58) se realiza alveoloplastia, de los cuales el 38.10% (32) corresponde al género masculino y el 30.95% (26) al femenino; el 19.05% (16) se realiza alveoloplastia, de los cuales el 10.71% (9) corresponde al género masculino y el 8.33% (7) al femenino; y por último el 11.90% (10) se realizan otros procedimientos, de los cuales el 8.33% (7) corresponde al género femenino y el 3.57% (3) al masculino.

COMENTARIO ESTADÍSTICO:

La incidencia de alveoloplastia en cirugía preprotésica es de 69.05%.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CIRUGIA PRE PROTÉSICA SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”



Fuente: Cuadro N° 05

CUADRO N° 06

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CIRUGIA PRE PROTÉSICA SEGÚN TIPO DE ALTERACIÓN DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”

Tipo de Cirugía Pre Protésica	Tipo de Alteración						Total	
	Tejidos Duros		Tejidos Blandos		Tejidos Mixtos			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alveoloplastia	45	53.57	0	0	13	15.48	58	69.05
Frenectomia	0	0	9	10.71	7	8.33	16	19.05
Otros	6	7.14	3	3,57	1	1.19	10	11.90
Total	51	60.71	12	14.29	21	25	84	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

ANALISIS ESTADISTICO

DECISIÓN ESTADISTICA

$X^2_c = 45.41 > X^2_t (0.05, 5\% \& 4 \text{ g.l.}) = 9.48 \rightarrow$ Se Rechaza Ho

\rightarrow Se Acepta Ha

COMENTARIO N° 06: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por contener dos variables: La variable tipo de cirugía preprótesis con sus indicadores alveoloplastia, frenectomía y otros, y la variable tipo de alteración con sus indicadores tejidos duros, tejidos blandos, y tejidos mixtos. Cuadro donde se presenta la distribución del tipo de cirugía pre protésica según el tipo de alteraciones, podemos observar que del 69.05% (58) que se realizan alveoloplastia, el 53.57% (45) presenta alteraciones del tejido duro y el 15.48% alteraciones de tejidos mixtos; del

19.05% (16) que se realizan frenectomía, el 10.71% (9) presenta alteraciones del tejido blando y el 8.33% (7) alteraciones de tejidos mixtos; por último del 11.90% (10) que se realiza otras cirugías pre protésicas, el 7.14% (6) presenta alteraciones del tejido duro, el 3.57% (3) alteraciones de tejidos blandos y el 1.19% (1) alteraciones de tejidos mixtos.

ANALISIS ESTADÍSTICO:

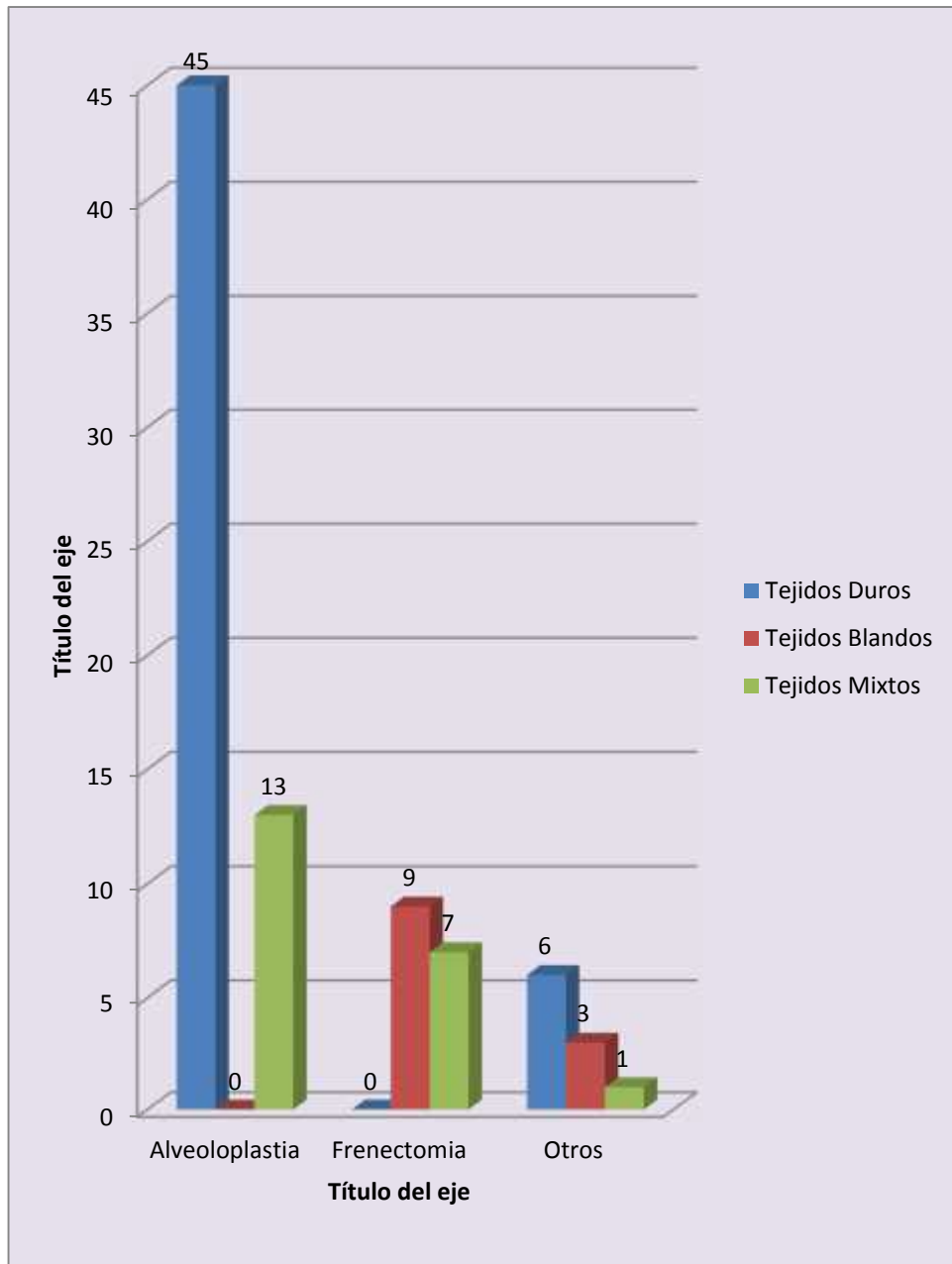
$X^2_c = 45.41 > X^2_t (0.05, 5\% \& 4 \text{ g.l.}) = 9.48 \rightarrow \text{Se Rechaza } H_0$

CONCLUSION ESTADISTICA

Ambas variables se relacionan significativamente, es decir el tipo de cirugía pre protésica varía de acuerdo al tipo de alteración.

GRÁFICO N° 06

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CIRUGIA PRE PROTÉSICA SEGÚN TIPO DE ALTERACIÓN DE LOS PACIENTES DESDENTADOS TOTALES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA III – 1 LIMA 2014”



Fuente: Cuadro N° 06

CAPITULO III

DISCUSIÓN

Gabriela Alejandra Graf Winkeljohann, el año 2010, en Venezuela, realiza la investigación de La Cirugía Preprotésica Como Requisito Fundamental Para El Éxito De La Rehabilitación Prostdónica En Pacientes Edéntulos Que Asisten A La Clínica De Cirugía Del Área De Odontología De La Unerg, Este trabajo de investigación tuvo como objetivo general analizar el uso de la cirugía preprotésica como requisito fundamental para el éxito de una rehabilitación prostdónica en pacientes edéntulos totales o parcialmente edéntulos a extensión distal que asisten a Clínica de Cirugía del Área de Odontología de la UNERG. Se llevó una investigación bajo el paradigma cuantitativo, tipo de campo con carácter analítico y diseño no experimental transeccional. De una población de cien (100) estudiantes se seleccionó una muestra

probabilística al azar simple de 22 sujetos (22% de la población). Como técnicas e instrumentos de recolección de datos se empleó la encuesta a través de un cuestionario de 17 ítems; igualmente se efectuó una observación directa estructurada a través de una lista de cotejo de 17 ítems. Ambos instrumentos fueron validados por un juicio de tres expertos. El método test/retest (coeficiente r de Pearson) arrojó un índice $r_{xy} = 0,96$ para el cuestionario (altamente confiable); y el método de Kuder-Richardson evidenció un índice $KR_{20} = 0,86$ para la lista de cotejo (altamente confiable). Los datos fueron analizados a través de la estadística descriptiva, empleando la distribución de frecuencia absoluta (f) y cálculo porcentual (%). En nuestro estudio realizamos la correlación entre tipo de cirugía pre protésica y el tipo de lesión, encontrando relación directa.

Francisco Cepero Franco, el año 2014, en Cuba, la tesis Cirugía preprotésica en pacientes del área norte de Ciego de Ávila. Se realizó un estudio observacional descriptivo a partir de los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Provincial Docente de Morón, residentes en la zona norte de Ciego de Ávila durante el período comprendido entre enero de 2003 a diciembre de 2004, con el objetivo de determinar el comportamiento de la cirugía con fines protésicos en estos pacientes. Para la confección del dato primario se confeccionó un formulario. Los datos fueron recogidos y determinados según la clasificación de las variables, se procesaron con ayuda de un programa de computación y se distribuyeron según su frecuencia. Se

utilizó el cálculo porcentual como medida de resumen de la información. El 62.88% de los tratamientos quirúrgicos realizados correspondieron a tejidos duros, los pacientes de 61 y más años fueron afectados con mayor frecuencia principalmente por afecciones de tejidos blandos. La zona anatómica más intervenida la constituyó el reborde alveolar superior. El mayor por ciento de pacientes fue remitido del servicio de prótesis estomatológica. Nuestro estudio difiere de estos datos, porque encontramos con más frecuencia las lesiones de tejidos duros con 60.71%.

Guillén Proaño, José William, el año 2012 en Ecuador realiza la tesis de Tratamiento del frenillo hipertrófico labial que imposibilite la estabilidad protésica, llegando a las siguientes conclusiones: El frenillo labial superior en una arcada desdentada puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis removible parcial o completa, al desplazarse ésta en los movimientos del labio superior. Un frenillo demasiado hipertrófico puede provocar acumulación de alimentos, y dificultar la autoclisis de la zona. También puede dificultar el cepillado dental al existir el fondo de saco vestibular. La frenectomía es la técnica más adecuada para la eliminación del frenillo anómalo que puede efectuarse mediante la exéresis simple o la exéresis romboidal. Frenectomía o reposición apical del frenillo esta técnica se basa en la plastia v-y. Existe también la técnica con el láser de CO2 que se emplean potencias de 10-15w., son las cirugías empleadas en este tratamiento. En nuestro estudio la frecuencia de frenectomía es de 19.05% (16).

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

De acuerdo a la hipótesis de investigación: La evidencia indica que la alveoloplastia es el tipo de cirugía pre-protésica más realizadas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014., después de recogido, analizado y probado la hipótesis el estudio arriba a las siguientes conclusiones:

- a. El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 46 - 60 años con 58.33% (49).
- b. El género más frecuente en el estudio es el masculino con 52.38% (44).
- c. La alteración más frecuente es la que afecta a los tejidos duros con 60.71% (51).

- d. La alteración de los tejidos duros más frecuente es el reborde alveolar irregular con 34.52% (29).
- e. La alteración de los tejidos blandos más frecuente es la presencia de frenillo labial y lingual de inserción baja con 9.52% (8).
- f. La cirugía pre protésica más frecuente es la alveoloplastia con 69.05% (58).
- g. Del 69.05% (58) de alveoloplastias, el 53.57% (45) corresponde a lesiones de tejidos duros.
- h.** El tipo de cirugía pre protésica varía de acuerdo al tipo de alteración
 $X^2_C = 45.41$.

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

- 1) A la Universidad brindar más apoyo a la investigación en odontología.
- 2) A los Docentes, que inculquen la investigación a los alumnos para que se puedan desarrollar trabajos de mayor trascendencia.
- 3) Se recomienda al cirujano dentista, hacer una historia clínica más detallada de todo el procedimiento de la rehabilitación con prótesis totales, incluyendo la preparación pre protésica.
- 4) Se recomienda optimizar el manejo de datos, para poder elaborar mejores protocolos de atención.
- 5) Que se amplíen los estudios longitudinales para evaluar mejor los resultados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Betancourt Companionl S. Impedimentos más frecuentes en los pacientes que acudieron a la consulta de prótesis en el primer semestre del año 2003 [Trabajo de Forum]. Hospital de Morón. 2003.
- 2) Boldine R.L.: Oral lesions caused by ill-fitting dentadures. J rosthet Dent. (1969);21(6): 580-88.
- 3) Canales, f; Alvarado, E. y Pineda, E. Metodología de la Investigación LIMUSA. México: (2004).
- 4) Carranza, N. (2004). Periodontología Clínica. 9na. Edición. Editorial Mac. Graw Hill Interamericana. Ciudad de México, D.F. México.
- 5) Calatayud J, Martín G. Principios Básicos de Investigación y Estadística. En Bioestadística en la Investigación Odontológica. Madrid: Editorial Pues S.L. Madrid España 2003 4: 142-145.
- 6) Carbajal BL. Atrofia alveolar mandibular y maxilar. Análisis comparativo entre sexo, topografía y gravedad del problema. Rev ADM. 1990;47:203-206.
- 7) Carbajal BL. Criterios clínicos y radiográficos para la toma de decisiones en el tratamiento quirúrgico de la atrofia alveolar mandibular. rev adm. 1994;11:153-161.
- 8) Castillo rosixi RL. Terapéutica quirúrgica preprotésica. Presentación de 4 casos. Rev Cub Estom 1996; 33(1):20-4
- 9) Coelho CM, Sousa YT, Dare AM. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. J Oral Reh 2004;

31(2):135-139.

- 10) Felzani R.: Cicatrización de los tejidos con interés en cirugía bucal. Acta Odont Venez. (2005); 43(3).
- 11) Gay Escoda C. Temas de cirugía bucal. Barcelona: Ed. Gráfico Signos; 1994. p. 470-6, 951-73.
- 12) Hernández, S., Fernández C., y Baptista L. (2003). Metodología de la Investigación. 3era. Edición.. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana. Ciudad de México:
- 13) Hernández Sampieri, Fundamentos de la investigación, Edit. Mc Graw Hill, México. 2006.
- 14) Koeck B. (2007). Prótesis Completas. (4a. Edición). Barcelona, España: Elsevier Doyma.
- 15) Kruger GD. Cirugía bucomáxilofacial. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1982. p. 108-23.
- 16) Mcnamara J. Aesthetics and the treatment of facial forms. 1993 Craniofacial Growth Series Vol. 28, Center for human growth and development. University of Michigan, Ann Arbor.
- 17) Malpica R, Rossell R. Los fundamentos anatómicos básicos para el éxito del tratamiento en prótesis totales. Odous científica. 2007: 8(1)
- 18) Millares W, Munive F. Historia clínica práctica para el desdentado completo. 1995; 3(11)
- 19) Moskona D; Kaplan I.: Oral lesions in ederly denture weares. Clin Prev Dent. (1992);14(11)

- 20) Mulet García M, Reigada DE Santelice A, Espeso Nápoles N. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Impacto de una estrategia educativa. revista archivo médico de camagüey. 2006
- 21) Ries centeno GA. Cirugía bucal con patología clínica y terapéutica. Buenos Aires: Ed. El ateneo; 1973. T 2. p. 727-52.
- 22) Rodríguez Calzadilla OL. Frecuencia de alteraciones bucales tratadas quirúrgicamente. Rev Cub Estom 1999; 33(4):101-4.
- 23) Saizar, P: Prostodoncia total. Ed. Buenos Aires: Editorial Mundi Buenos Aires; 1972.
- 24) Tamarit-Borras M, Delgado-Molina E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A retrospective study of 128 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10(2):151-62.
- 25) Thoma G.A.: Denture-Induced fibrous inflammatory hyperplasia (epulis fissuratum):research aspects. Aust Prosthodont J, (1993);7:.49-53
- 26) Tamayo, M. (2004). El Proceso de Investigación. Colombia: 2006.
- 27) Vega P. Cirugía bucal electiva. Estudio estadístico. Rev Cub Estom 1998; 29(3):241-8.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

ANEXO Nº 01

HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS:

Nº de paciente:.....

Edad:.....sexo:.....

Domicilio.....

ANTECEDENTES:

Generales:

Familiar.....

Historia Estomatológica:

Personales.....

Problema Actual:

Examen Clínico Estomatológico:

ODONTOGRAMA

10 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 64 63 62 61 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

ESPECIFICACIONES: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

ANEXO Nº 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. ANAMNESIS

Nº de paciente:.....

Edad:..... Sexo.....

**EXAMEN CLINICO DE PACIENTES DESDENTADOS TOTALES EN
CIRUGÍA PRE-PROTÉSICA PREVIA A LA REHABILITACION BUCAL**

ALTERACION PATOLOGICA	PATOLOGIA			TRATAMIENTO QUIRURGICO		
		SI	NO		SI	NO
TEJIDOS DUROS	<ul style="list-style-type: none"> • Reborde alveolar irregular • Remanentes radiculares • Torus palatino • Torus mandibular • Cresta alveolar • Rebordes agudos • Escalones oseos • Tuberosidad del maxilar 			<ul style="list-style-type: none"> • Alveoloplastia • Exodoncias múltiples • Exostosis del Torus palatino • Exostosis del Torus mandibular • Excresis de cresta alveolar • Reducción de rebordes agudos • Reducción de escalones oseos • Reducción de la tuberosidad del maxilar 		
TEJIDOS BLANDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Frenillo labial superior • Frenillo lingual • Hiperplasia fibrosa de la tuberosidad maxilar • Hiperplasia por prótesis (Epulis) • Disminución de surco vestibular 			<ul style="list-style-type: none"> • Frenectomía labial superior • Frenectomía lingual • Cirugía de Hiperplasia fibrosa de la tuberosidad maxilar • Cirugía de Hiperplasia por prótesis (Epulis) • Profundización de surco vestibular 		

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

ANEXO Nº 03

CONSENTIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN

Nº Paciente: _____

El que suscribe _____ está de acuerdo en determinar el tipo de cirugías pre-protésicas realizadas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014.. Así mismo estoy de acuerdo que se me practique el examen estomatológico que se requiera. Para dar este consentimiento he recibido una amplia explicación del Dr. _____ Quien me ha informado que:

Se me realizarán todos los estudios, en la cavidad bucal, necesarios de acuerdo con los síntomas que presente.

Mi consentimiento con participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendría consecuencias en mis relaciones con los Odontólogos y el Hospital María Auxiliadora III-1 Lima, que me atienden, los que me continuaran atendiendo según las normas de conducta habituales en esta institución de nuestra sociedad, donde tendré el mismo derecho a recibir el máximo de posibilidades de atención.

En cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que sea necesario explicar las causas y esto tampoco afectará mis relaciones con los Odontólogos y el Hospital María Auxiliadora III-1 Lima.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento junto con el profesional que me ha dado las explicaciones pertinentes, a los _____ días de mes de _____ del _____

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____

Nombre del Profesional: _____ Firma: _____

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son las cirugías pre-protésicas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014?.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el tipo de cirugías pre-protésicas realizadas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Categorizar a los pacientes desdentados totales de acuerdo a género y edad que necesitan cirugía pre-protésica. 2. Distribuir a los pacientes desdentados totales de acuerdo al tipo de alteraciones de los tejidos duros, tejidos blandos y tejidos mixtos. 3. Determinar la frecuencia de intervenciones de cirugía pre-protésica realizadas de acuerdo al tipo de alteraciones de los tejidos duros, tejidos blandos y tejidos mixtos en pacientes desdentados totales en el Hospital María Auxiliadora III- 1 Lima 2014. 	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La evidencia indica que la alveoloplastia es el tipo de cirugía pre-protésica más realizadas previas a la rehabilitación bucal en pacientes desdentados totales, Hospital María Auxiliadora III-1 Lima 2014.</p>

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	INSTRUMENTOS	TECNICAS	ESCALA DE MEDIDA
INDEPENDIENTE PACIENTE DESDENTADO	Genero	Sexo	Masculino Femenino	Historia clínica	Observación Entrevista	Cualitativa nominal
	Edad	Cronología	Años	Historia clínica	Entrevista Observación	Nominal Numérica
DEPENDIENTE CIRUGÍA PRE- PROTÉSICA PREVIA A LA REHABILITACION BUCAL.	Alteración patológica Tejidos duros y tratamiento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Reborde alveolar irregular • Remanentes radiculares • Torus palatino • Torus mandibular • Cresta alveolar • Rebordes agudos • Escalones óseos • Tuberosidad del maxilar 	<ul style="list-style-type: none"> • Alveoloplastia • Exodoncias múltiples • Torus palatino • Torus mandibular • Exeresis de cresta alveolar • Reducción de rebordes agudos • Reducción de escalones • Reducción de la tuberosidad del maxilar 	Ficha de recolección de datos	Observación Evaluación clínica	Cualitativa nominal
	Alteración patológica Tejidos blandos y tratamiento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Frenillo labial superior • Frenillo lingual • Hiperplasia fibrosa de la tuberosidad maxilar • Hiperplasia por prótesis (Epuilis) • Disminución de surco vestibular 	<ul style="list-style-type: none"> • Frenectomía labial superior • Frenectomía lingual • Hiperplasia fibrosa de la tuberosidad maxilar • Hiperplasia por prótesis (Epuilis) • Profundización de surco vestibular 	Ficha de recolección de datos	Observación Evaluación clínica	Cualitativa nominal