



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE PÉRDIDA DENTAL BASADA EN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY DE PACIENTES QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y
REMOVIBLE DE LA F.O. UNAM.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIO ANTONIO SALAS MARISCAL

TUTORA: Mtra. DENIS ANAYANSI CUEVAS ROJO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	ANTECEDENTES	6
III.	MARCO TEÓRICO.....	12
	PÉRDIDA DENTAL	12
	Factores de riesgo para la pérdida dental	12
	Consecuencias de la pérdida dental.....	15
	PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	16
	Indicaciones.....	16
	Contraindicaciones	16
	Ventajas.....	16
	Desventajas	17
	Componentes de la prótesis parcial removible	17
	CLASIFICACIÓN DE LAS ARCADAS PARCIALMENTE DESDENTADAS	31
	Clasificación de Kennedy	31
	Reglas de Applegate	32
	PRÓTESIS PARCIAL FIJA	33
	Indicaciones.....	33
	Contraindicaciones	33
	Ventajas.....	34
	Desventajas	34
	Elementos de la prótesis parcial fija	34
	Principios mecánicos	34
	Selección de dientes pilares	35

	Ley de Ante	36
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
V.	JUSTIFICACIÓN	36
VI.	OBJETIVOS	37
	OBJETIVO GENERAL	37
	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	37
VII.	METODOLOGÍA.....	37
	MATERIAL Y MÉTODO	37
	Tipo de estudio	37
	Población de estudio y muestra.....	37
	Criterios de inclusión	37
	Criterios de exclusión	38
	Método de recolección de información	38
	Método de registro y análisis estadístico	38
	Consideraciones éticas.....	38
	Variables del estudio	39
VIII.	RESULTADOS	39
IX.	DISCUSIÓN	48
X.	CONCLUSIONES.....	50
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
XII.	ANEXOS	53
	ANEXO 1	53
	ANEXO 2	54
	ANEXO 3	56



A mi madre María Magdalena que es el mejor ejemplo que pudiera tener de que cualquier cosa que desee hacer la puedo lograr con o sin ayuda; además, el regalarme la promesa más grande y materialmente poco posible, que a pesar del tiempo y los inconvenientes ha cumplido día a día.

A Nancy Roque, mi amiga, que supo tratarme y conocerme de la mejor manera, proporcionándome una visión más amplia, siendo en sí misma un motivo. Por ofrecerme junto con su padre Severino un sitio más al cual sentir que pertenecía.

Todo cambia y en ocasiones podemos llegar a creer cosas que podrían o no ser y los pensamientos que puedo tener de amistad quizá estén un poco confusos por lo elevado que podría tener el concepto, pero me puedo atrever a decir que estoy agradecido con mis amigos: Karla punk, Mary, Etw, Francisco, Norma, Paola, Dalia, Pamela... a ellos en realidad me divertí y aprendí (obviamente no solo cosas de la escuela); a Gaby Paty porque la fiesta puede ser en cualquier momento, a Fernanda porque todo es mejor con una canción y a ti Perla Bouchan.

A mis compañeros que he tratado en mi grupo desde primer grado y aquellos que he ido conociendo hasta ahora, por ellos he tenido una estancia más amena; a mis compañeros de radiología que han sido una parte fundamental en la mejora de mi interacción social y que ciertamente desde hace ya más de seis meses siento que extraño. A la Dra. Elo porque en ella se refleja el ejemplo de la solidaridad y la comprensión.

A mi tutora la Mtra. Denis Cuevas por guiarme y ser tolerante, a la Mtra. María Luisa y a la Profesora Lulú por ayudarnos a las revisiones y correcciones.



I. INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de las personas mayores el portar una prótesis es muy común, debido a que han perdido dientes a lo largo de su vida, pues las personas adultas han estado expuestas por más tiempo a los factores de riesgo intervienen en el deterioro y el cambio del medio bucal propiciando una pérdida prematura de los dientes; las personas al pasar de los años comienzan a ser más propensas a enfermedades crónicas que intervienen en el estado de salud general como el bucal.

Las medidas de prevención, la higiene oral y un adecuado diseño protésico ayudan a conservar los dientes naturales en las mejores condiciones posibles; además de un adecuado mantenimiento de la prótesis para evitar el deterioro y una mala estabilidad, son cosas que los profesionales de la salud bucal deben tener presentes por el bienestar de los pacientes.

La pérdida dental es presente aún más en personas mayores y en ocasiones los tratamientos se limitan a una prótesis removible no porque no sea viable otra opción sino porque es la mejor alternativa de tratamiento posible, el diseño de una prótesis parcial removible está ligado a las áreas desdentadas, las cuales son identificadas por la clasificación de Kennedy, esta clasificación toma en cuenta la zona más posterior y las brechas desdentadas para designar una clase. El conocimiento de la clasificación y su aplicación nos proporciona saber qué tipo de diseño protésico se puede realizar y satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del paciente.



II. ANTECEDENTES

En la actualidad se admite que las enfermedades bucales repercuten de forma importante en el campo biopsicosocial de quienes las padecen; en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida, además del impacto social y económico.

Diversos estudios realizados alrededor del mundo han identificado varias causas por las que se extraen los dientes permanentes, pero en sí son dos las principales, la caries dental y la enfermedad periodontal en México y en Latinoamérica; son de las enfermedades presentes principalmente en las personas con mayor desventaja socioeconómica.¹

Perder dientes en un proceso que involucra factores biológicos y de estilo de vida; la pérdida de dientes es considerado por la OMS como el resultado derivado de la ineficiente salud oral. Un aumento de la esperanza de vida ha sido a menudo vinculada a la pérdida de dientes, como consecuencia de factores acumulados a lo largo de toda la vida. Las mujeres pierden más dientes y son más propensas a ser desdentadas. Además de la caries y la enfermedad periodontal, existen indicadores de riesgo que podrían asociarse con la pérdida de dientes. Las personas parcial o totalmente desdentadas tienen un mayor riesgo de desnutrición debido a ajustes en la dieta.

Existe pocos informes publicados sobre pérdida dental en México, en contraste con otros países como Canadá, Estados Unidos de América, Finlandia, Suecia, Reino Unido, Japón, Tailandia, Australia y China.²

Estudios realizados en México indican que el promedio de dientes presentes (incluidos los pacientes edéntulos) que acudieron a los servicios de salud por primera vez fue de 27.8; los hombres mostraron un valor promedio más elevado de dientes permanentes presentes que las mujeres (28.1 y 27.6 respectivamente), las diferencias se observaron también al estratificar por edad.

Al utilizar la escolaridad como variable de análisis, los pacientes con un mayor grado de escolaridad mostraron un mayor número de dientes permanentes presentes, estas diferencias se incrementaron con la edad, así los adultos de 80 años y más con mayor escolaridad presentaron más de 4 dientes permanentes con respecto a los de menos escolaridad. (cuadro 1).³

	Grupo de edad					
	Total	20 a 34	35 a 49	50 a 64	65 a 79	80 y más
Total	27.8	29.8	28.5	25.2	21.2	17.2
Sexo						
Femenino	27.6	29.7	28.2	24.7	20.4	16.1
Masculino	28.1	30.2	29.0	26.0	22.1	18.4
Escolaridad						
≥ 9 años	28.8	29.8	28.8	26.5	23.4	20.7
< 9 años	27.2	29.9	28.3	24.6	20.8	16.8

Cuadro 1 Promedio de dientes permanentes presentes por grupo de edad, sexo y nivel educativo en usuarios de los Servicios de Salud. México, SIVEPAB 2013.

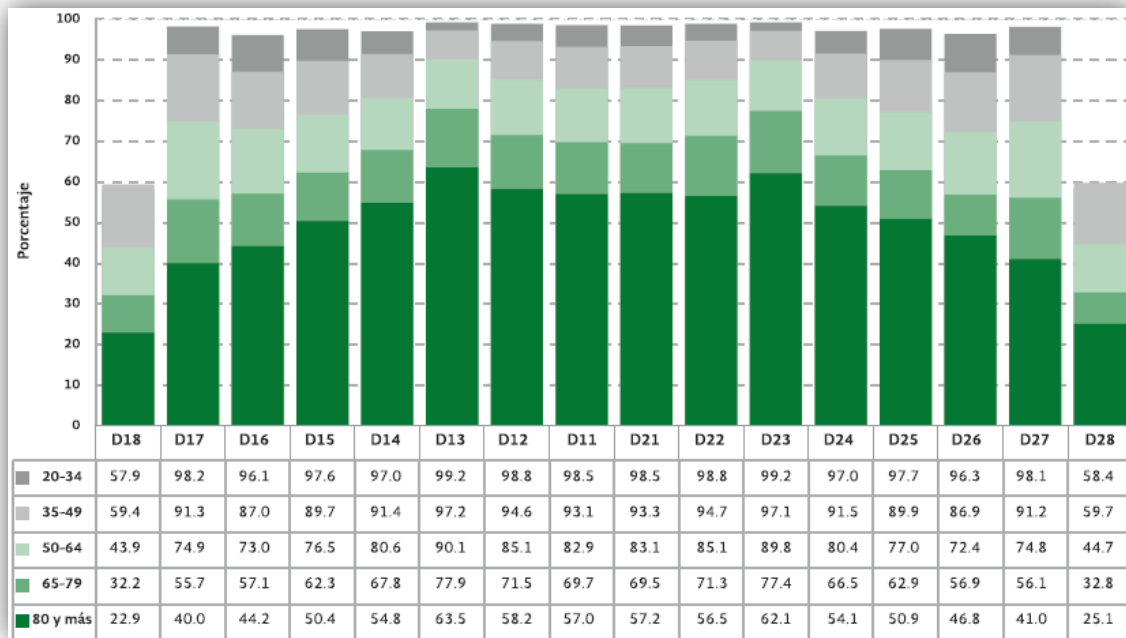
La prevalencia de edentulismo en ancianos mexicanos mayores de 60 años, es alrededor de dos tercios (36.7%), más de la mitad son mujeres (69,1%), aproximadamente la mitad no tienen pareja (44,6%), un porcentaje muy alto no terminó la escuela primaria o eran analfabetos (64,7%), una cuarta parte (26,6%) no tenía enfermedades crónicas diagnosticadas; 16% fumaba, sólo el 4,3% de los sujetos había recibido radioterapia en algún momento en el tiempo de sus vidas. Los sujetos que reciben radioterapia incrementan notablemente las probabilidades de perder dientes, al igual que los que usan el tabaco.

El tener seguro de salud financiado con fondos públicos es un factor contra la pérdida dental; aunque, este tipo de seguro de salud en México se limita

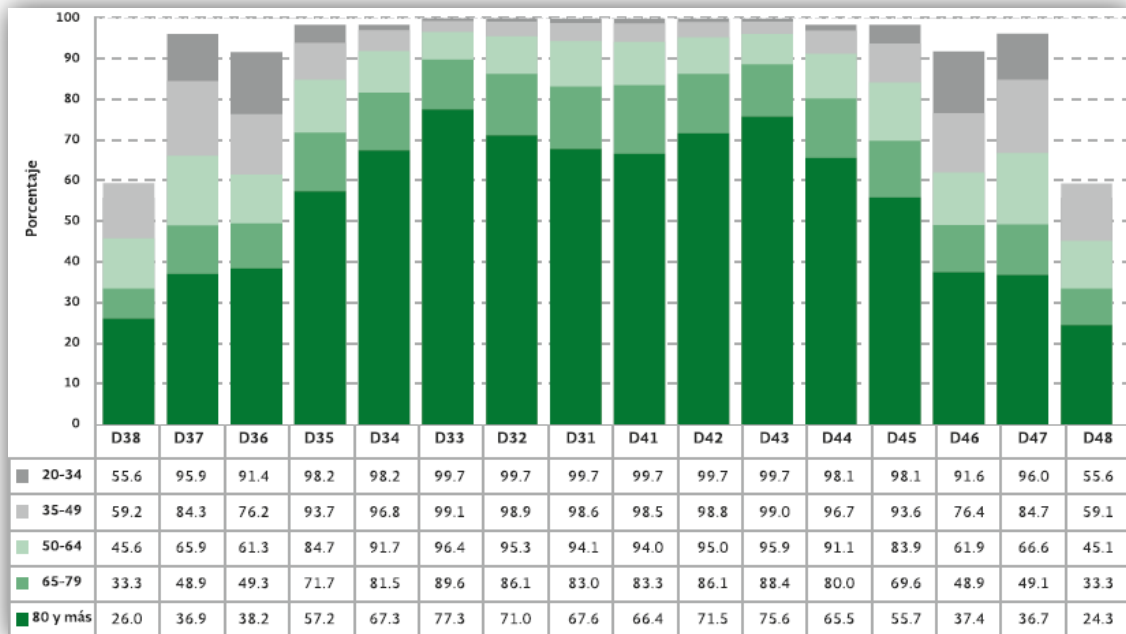


habitualmente a extracciones dentales y restauraciones básicas, sin dar opciones más sofisticadas para preservar los dientes.²

De los pacientes que acuden a los servicios de salud en México el 99.4% han tenido dientes en la mandíbula y el 98.8% en el maxilar. En los sextantes anteriores los dientes que con mayor frecuencia se han perdido fueron los laterales y centrales superiores. En las zonas posteriores, los terceros molares superiores fueron los más ausentes, en segundo lugar los segundos molares inferiores. Los caninos superiores e inferiores son los dientes que han permanecido más tiempo en boca. Para analizar la distribución de los dientes permanentes en boca, se utiliza la nomenclatura utilizada por la Federación Dental Internacional para la numeración de los dientes. Alrededor del 85% de los sujetos había perdido el primer molar en el maxilar (D16 o D26) y 77% en la mandíbula (D36 o D46). En los grupos de edad más joven (20 a 34 años) la pérdida de dientes es poco frecuente. En los adultos de 80 años y más, la pérdida de dientes, especialmente los molares y premolares el maxilar y mandíbula, afectó a más de la mitad de la población. En el grupo de edad más joven, de 20 a 34 años de edad, la mayoría de los dientes permanentes están presentes. Sin embargo ya en este grupo se hace evidente la pérdida del primer molar tanto superior como inferior. En este grupo de edad, los terceros molares (56.4% a 59.2%) se encontraban presentes, el porcentaje restante probablemente se encontraba sin erupcionar, sin embargo cabe la posibilidad de que hayan sido extraídos por encontrarse incluidos, por falta de espacio o bien por otros motivos de salud. En los adultos de 35 a 49 años, también se observa la ausencia de los primeros molares (entre 13.4% y 24.7%) principalmente los inferiores. En segundo término la falta de los segundos molares inferiores así como el segundo premolar inferior. En los adultos mayores de 79 años, un poco menos del 43% de los molares se encontraban presentes en ambos maxilares. Los dientes del segmento anterior inferior permanecen en boca en un mayor porcentaje.(gráfica 1, gráfica 2).³



Gráfica 1 Porcentaje de dientes presentes en la maxila por código FDI y grupo de edad en usuarios de los Servicios de Salud. México, SIVEPAB 2013.



Gráfica 2 Porcentaje de dientes presentes en la mandíbula por código FDI y grupo de edad en usuarios de los Servicios de Salud. México, SIVEPAB 2013.



Si los dientes necesitan ser reemplazados, hay varias opciones de tratamiento, pero en una etapa de la vida cuando la salud oral es influenciada por múltiples comorbilidades, pérdida de autonomía, así como el deterioro funcional y sensorial, las opciones de tratamiento se limitan a menudo a las prótesis removibles, que deben ser diseñadas según los requerimientos individuales de comodidad, estética, capacidad de limpieza, manipulación y estabilidad al masticar.

No todos los dientes ausentes deben ser reemplazados, una ventaja de la oclusión premolar con espaciamiento interproximal, multiplica los contactos oclusales entre los dientes anteriores superiores e inferiores, el tratamiento es adecuado para adultos mayores, debido a que sus fuerzas de masticación son generalmente bajas; sin embargo, por razones estéticas y fonéticas los pacientes desean reemplazar los dientes ausentes si la brecha es visible.

Aunque las prótesis dentales pueden reemplazar el volumen de tejido perdido, sólo pueden sustituir en parte esas estructuras y restaurar las funciones orofaciales. Los dientes de la dentadura no alcanzan la misma sensibilidad táctil que los dientes naturales.⁴

Aunque es poco claro el mecanismo por el cual la ingesta de frutas y verduras puede reducir el riesgo de padecer enfermedad periodontal en personas con diabetes mellitus esta dieta puede estar directamente involucrada en la modulación del proceso inflamatorio; por otra parte, los beneficios antioxidantes de las frutas y verduras pueden intervenir en la mejora del estrés oxidativo inducido por la hiperglucemia.⁵

La buena salud oral incluye la ausencia de dolor facial, capacidad de masticar adecuadamente, la facilidad de ingestión y digestión de los alimentos; esto debería contribuir también a la comunicación, sobre todo cuando se habla y sonríe, que tienen el potencial de aumentar la autoestima de las personas.⁶

Varios estudios han demostrado que la esperanza de vida de las personas edéntulas es menor que en aquellos que tienen al menos algunos dientes;



además, se ha demostrado que tener empleo proporciona un sentido de autoestima y compromiso social, los cuales son predictores de envejecimiento exitoso. Muchos hombres y mujeres siguen trabajando más allá de la edad de jubilación, la pérdida de empleo puede conducir al aislamiento social, depresión y pensamientos de suicidio. Los hombres son más susceptibles a síntomas depresivos que las mujeres, por el estilo de vida o expectativas de salud oral con respecto a la restauración protésica. Los sujetos depresivos pueden sentir la pérdida de dientes como una caída mental y física, los pacientes con síntomas depresivos pueden ser más críticos y estar más interesados en recibir el reemplazo protésico y la mejoría subjetiva de su bienestar. Los efectos asociados con los síntomas depresivos pueden diferir de los efectos causados por un trastorno de la depresión; especialmente en los episodios depresivos graves, la pérdida de energía y sentimientos de desesperanza podría intervenir en que los pacientes asistan a la consulta dental.^{4,7}

La apariencia estética es más importante en la maxila que en la mandíbula; la apariencia es importante en el lugar de trabajo, los adultos mayores se ven más interesado en reemplazar los dientes perdidos mediante prótesis, odontología estética, restauración de los dientes cariados para mantener la salud oral y una apariencia más joven. El descuido por parte del paciente puede ser debido a falta de importancia, alteraciones cognitivas, miedo, desconfianza a los dentistas, bajo nivel socioeconómico y/o inaccesibilidad de atención dental.^{7,8}

El mantenimiento de una dentadura sana es importante para un empleo remunerado, especialmente en trabajos que requieren interacción con el público. Para los adultos mayores que buscan empleo, que tienen dientes faltantes, rotos o dientes cariados pueden ser un obstáculo para su contratación, y puede distraer el proceso de entrevista.⁸

El hecho de que más dientes se conserven representa una disminución de edentulismo; aunque el porcentaje disminuye continuamente, su número total



puede permanecer sin cambios o incluso aumentar, debido a los cambios demográficos y el aumento de la esperanza de vida.

La salud bucodental ha mejorado significativamente de la calidad de vida al aumentar los aspectos funcionales, el bienestar psicológico y la interacción social.⁴

III. MARCO TEÓRICO

PÉRDIDA DENTAL

Junto con el aumento de la esperanza de vida es una tendencia que los adultos mayores conservan sus dientes naturales por más tiempo. Sin embargo, la pérdida de dientes y sus consecuencias siguen siendo una realidad. La mala salud oral y la ineficiencia en las medidas de higiene a menudo conducen a un rápido deterioro de los dientes. Múltiples factores y la ingesta de fármacos pueden ocasionar xerostomía y así acelerar la pérdida de dientes, pues la saliva tiene un papel protector para la cavidad oral, se humedece la mucosa oral y remineraliza las lesiones iniciales de caries. La pérdida lenta y gradual de la función masticatoria a menudo conduce a un cambio inadvertido en la dieta, evitando los productos alimenticios, que son difíciles de manejar. El uso de prótesis mejora la salud oral, la calidad de vida y optimiza la función oral. El tratamiento restaurador debe complementarse con el asesoramiento nutricional para mejorar la dieta. Una vez realizadas las restauraciones protésicas deben ser supervisadas para asegurar la retención, estabilidad y la higiene.⁴

- **Factores de riesgo para la pérdida dental**

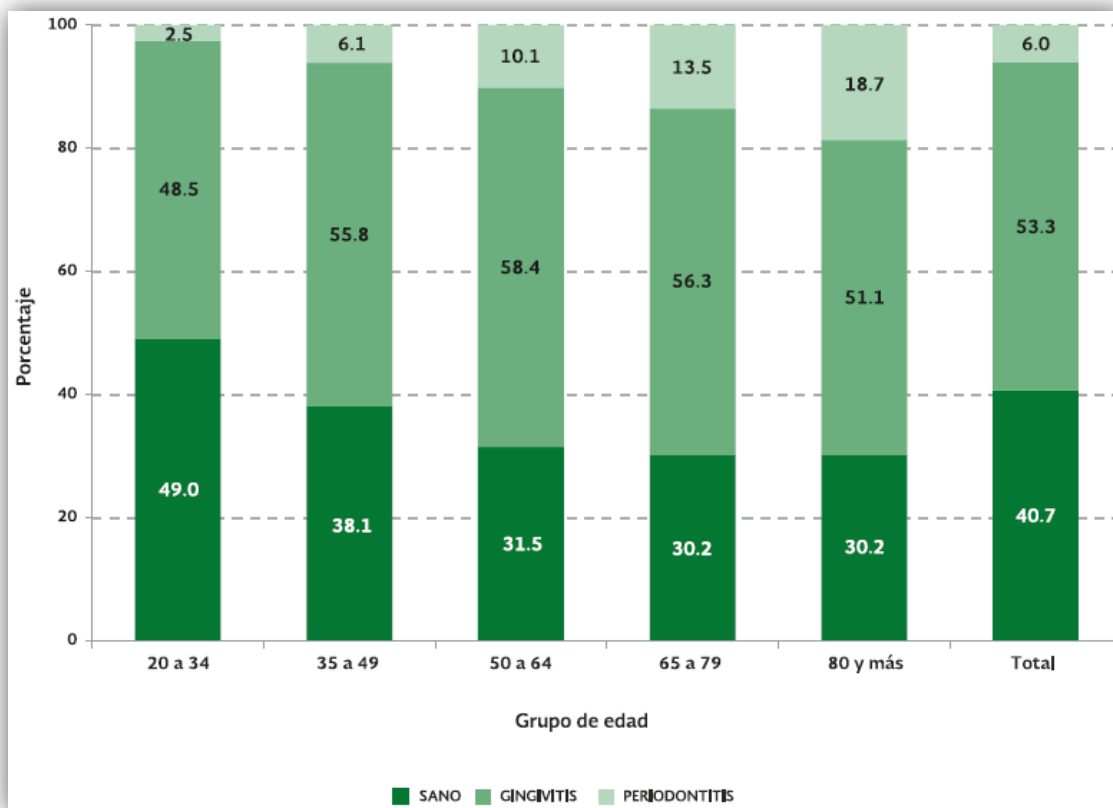
La ausencia de los dientes permanentes puede estar asociada con caries, enfermedad periodontal, motivos protésicos, procedimientos de ortodoncia, accidente o un traumatismos, ausencia congénita, ser dientes

retenidos (problemas de erupción), fracaso en un tratamiento de conductos, enfermedad sistémica e incluso por petición del paciente.^{1,9}

La caries es una de las enfermedades crónico infecciosas más comunes, la enfermedad periodontal son padecimientos crónicos que provocan inflamación, afectando los tejidos de soporte del diente.

En la enfermedad periodontal existe presencia inflamación gingival y desinserción patológica de las fibras que sirven de soporte al diente; además, de resorción de la porción coronal del hueso alveolar de soporte.¹

La enfermedad periodontal es una de las causas de la perdida de dientes, los factores de riesgo para padecerla acentúan la posibilidad de perder dientes.⁹(grafica 3)³



Gráfica 3 Distribución del estado periodontal por grupo de edad en usuarios de los Servicios de Salud. México, SIVEPAB 2013.



Los adultos como los jóvenes, pueden desarrollar enfermedad periodontal cuando la placa dental no se elimina regularmente y de manera eficiente. Esto impone un riesgo de salud para el paciente con múltiples comorbilidades.⁴

Entre las personas que fuman el riesgo de pérdida de dientes padeciendo enfermedad periodontal se incrementa y es aún mayor en pacientes fumadoras posmenopáusicas.⁹

La diabetes influye en la patogénesis de la enfermedad periodontal, los pacientes con diabetes muestran aumento de citoquinas en los tejidos gingivales y fluido crevicular en comparación con los pacientes con periodontitis sin diabetes. Por lo tanto, la diabetes puede aumentar la respuesta inflamatoria en los individuos con enfermedad periodontal, se altera la cicatrización y es de mayor gravedad la enfermedad por la alteración de la respuesta inmune, propiciando la destrucción de ligamento periodontal y la resorción ósea alveolar; aumentando la posibilidad de perder dientes.⁵

Las personas mayores con deterioro cognitivo tiene una relación de conservar pocos o ningún diente natural.⁴

La extracción de dientes por razones protésicas ocurre cuando hay dientes que impiden un buen diseño de una prótesis, como en el caso de evitar dientes muy destruidos como dientes pilares y en los que no haya posibilidad de rectificación ortodóncica. Además, extracción de dientes debido a trauma agudo; dientes con fracturas coronarias subgingivales; dientes con fracturas o fisuras verticales.

Extracción profiláctica indicada por razones médicas; dientes con problemas focales que diseminan bacterias que no se pueden solucionar con tratamientos endodóncicos, sobre todo en enfermos cardiacos. Por otras razones se extraen dientes ectópicos; dientes incluidos que estén asociados a patología quística, posibles resorciones radiculares.¹



- **Consecuencias de la pérdida dental**

La pérdida de dientes implica la pérdida de estructuras orofaciales, como los tejidos óseos, los nervios, los receptores y los músculos. En consecuencia, las funciones orofaciales se notan más disminuidas en pacientes parcial o totalmente desdentados, se producen cambios anatómicos en las vías respiratorias superiores, como contribuir al colapso de la faringe, una causa común de la apnea obstructiva.^{2,4}

Una vez que se pierden los dientes, se modifica la forma del hueso alveolar en unas semanas la cresta alveolar pierde altura vertical y se redondea. Esta atrofia es progresiva y se ralentiza a una tasa anual de 0,05 mm en la parte superior y 0,2 mm en la zona inferior 10 años después de la extracción del diente. El grado de resorción del hueso alveolar está claramente relacionada con el edentulismo. Otros factores como la falta de estimulación fisiológica, edad, tipo de prótesis, hábitos, carga mecánica, la densidad mineral ósea y la nutrición.

Los Portadores de prótesis totales mastican deficientemente en comparación con las personas con una dentición natural completa. Tienen ciclos de masticación más pequeñas, utilizan menor fuerza de mordida y reducción de la actividad muscular en comparación con los dentados. Las tomografías computarizadas revelan una masa muscular inferior, la densidad del masetero y pterigoideos mediales es menor en pacientes desdentados que en los dentados. La eficiencia de masticar con una prótesis está limitada por retención de la prótesis, la estabilidad y el dolor periostal, por lo que la dentadura inferior es especialmente difícil de estabilizar. Por lo tanto la elección de alimentos y la ingesta nutricional finalmente se reducen con frecuencia en pacientes portadores de prótesis completas. Además, la ingesta diaria de frutas y verduras disminuye junto con menos contactos oclusales en los dientes posteriores.



Reducción de la ingesta de calorías es a menudo compensada por un aumento del consumo de azúcar y grasa, especialmente en las personas con bajo nivel educativo. El riesgo de la desnutrición es particularmente alta entre las personas mayores, como regla general se puede afirmar que cuanto más pobre es el estado general de salud, los dientes menos están presentes.⁴

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Es una prótesis que reemplaza dientes en una arcada parcialmente desdentada y puede ser desinsertada de la boca y volver a colocarse por el paciente. Está soportada por remanentes dentales o por mucosa y dientes.

- **Indicaciones**

- Brechas largas, en las cuales una prótesis fija estaría sometida a excesiva carga y flexión.
- En brechas desdentadas con excesiva pérdida ósea
- En brechas con extracciones recientes y la prótesis parcial removible, será temporal hasta la cicatrización.
- En casos de extremos libres
- Higiene bucal aceptable

- **Contraindicaciones**

- Presencia de torus o exostosis que impidan la rehabilitación protésica.
- Presencia de inflamación en los tejidos.
- Pacientes con boca séptica.
- Presencia de neoplasias malignas.

- **Ventajas**

- Costo accesible.
- Si se fractura es fácil y económico restaurarla.

- **Desventajas**

- Menor retención.
- Los retenedores pueden desgastar a los remanentes dentales.
- Con el tiempo se desajustan.
- Pueden causar sensibilidad o ulceraciones en la mucosa el acrílico de la prótesis.
- Menos higiénica.

- **Componentes de la prótesis parcial removible**

Conector mayor

Es el componente de la prótesis que conecta las partes de la prótesis de un lado de la arcada con las del lado opuesto, en la que se acoplan directa o indirectamente las otras partes. Este componente proporciona asimismo soporte, estabilidad y retención; debe ser rígido para evitar torsión y las fuerzas de palanca sobre las piezas pilares y garantizar una mejor distribución de fuerzas sobre los tejidos de soporte (figura 1).¹⁰

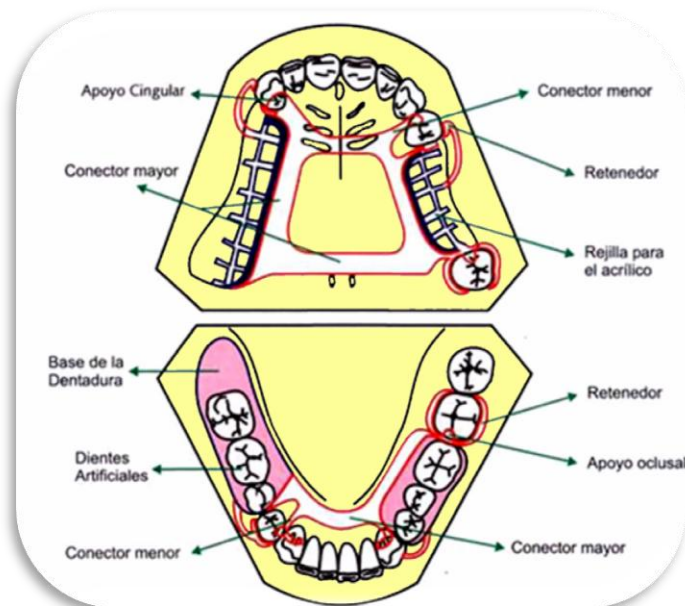


Figura 1 Prótesis Parcial Removible superior e inferior, en los que se pueden apreciar todos sus elementos constitutivos unidos por los conectores mayores.

Conector menor

Componente de la prótesis removible que une el conector mayor con las otras unidades de la prótesis. Estos elementos tienen la función transferir la carga funcional oclusal de la prótesis a los pilares y además transfieren el efecto de los retenedores, apoyos y componentes estabilizadores al resto de la prótesis (figura 2).¹⁰



Figura 2 Conectores menores.

Retenedores

Son los elementos de una prótesis que ofrecen resistencia al desplazamiento de la misma fuera de su sitio.

Un retenedor es cualquier tipo de gancho, anclaje o dispositivo, empleado para la fijación, estabilización y retención de la prótesis. El retenedor puede ser intracoronal o extracoronal, y se puede emplear como medio de retención para una restauración. Un retenedor directo es el componente de una prótesis parcial removible que se emplea para retener y prevenir el desplazamiento. Consiste en una unidad de retención o un anclaje de precisión. Un conjunto retentivo es la parte de la prótesis parcial removible que actúa como retenedor directo y/o estabilizador que contacta o abraza parcialmente un pilar, los retenedores pueden ser directos o indirectos.

Retenedores directos: Son un componente del complejo de retención que encaja en una parte retentiva de la superficie del diente, o bien queda

totalmente por encima de la línea de máximo contorno actuando como un elemento recíproco. Para la prótesis parcial removible hay tres tipos de retenedores directos: Retenedor intracoronal de precisión, retenedor de precisión extracoronal y retenedor extracoronal.

Retenedor intracoronal de precisión: Se ubica dentro de la corona del pilar para crear retención por fricción de sus elementos. Es conocido como atache de precisión o de semiprecisión. Este tipo de retenedor requiere la confección de una corona sobre la pieza pilar y esta corona lleva dentro de sus límites una cavidad, esta cavidad constituye la hembra del atache. Dentro de la hembra entra en forma exacta la contraparte que se llama macho, el mismo que forma parte de la base metálica de la dentadura(figura 3).¹⁰

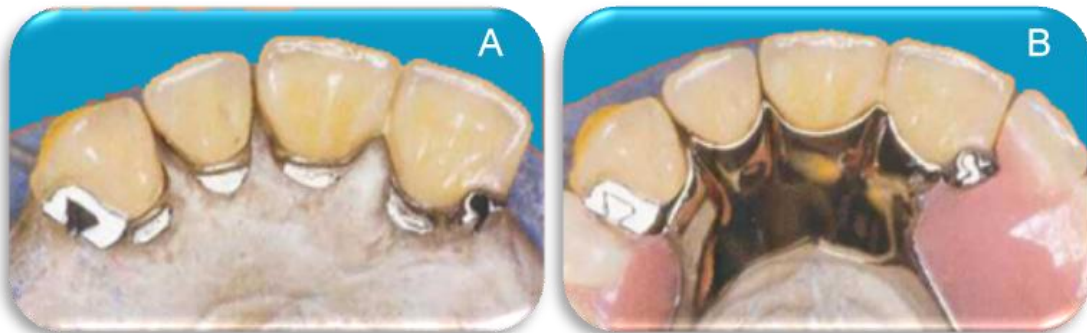


Figura 3A) Hembra del retenedor, confeccionado en la corona de la prótesis fija
B) Macho insertado en el aditamento hembra, el macho constituye parte de la base metálica de la dentadura.

Retenedor extracoronal de precisión: Estos retenedores requieren de la fabricación de una corona sobre el pilar en cuya parte externa se ubica uno de los elementos de precisión y el otro dentro de la dentadura removible para dar retención(figura 4).¹⁰

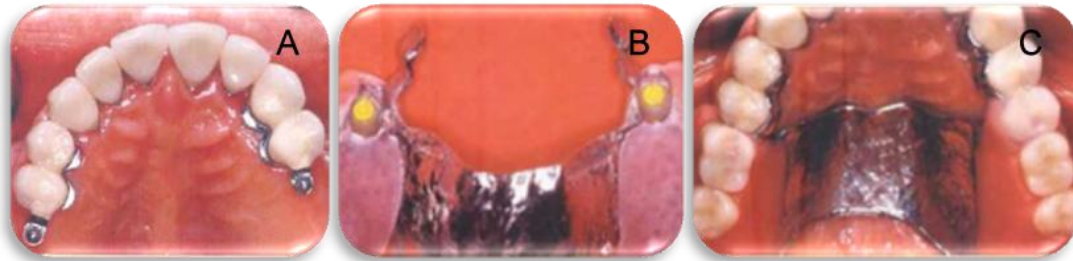


Figura 4A) Retenedores extracorónicos confeccionados los dientes pilares más distales de la prótesis fija. B) Aditamento plástico hembra insertado a presión sobre la base metálica de la dentadura removible. C) Prótesis removible insertada en boca sostenida por los aditamentos de precisión extracorónicos.

Retenedores extracorónicos: Se ubican alrededor del pilar, penetran al área cervical por la zona de mayor prominencia del pilar, la parte que penetra en esta zona cervical es el brazo retentivo del retenedor. Consta de un apoyo oclusal, planos guía, conectores menores y brazos retentivos y estabilizadores; los retenedores extracorónicos pueden ser supraecuatoriales o infraecuatoriales.

Los retenedores extracorónicos supraecuatoriales abordan la zona retentiva desde la zona oclusal a la línea ecuatorial.

Retenedor Circunferencial: Indicado para máxima rigidez y estabilidad en función, el cuerpo del retenedor y sus elementos que se ubican por encima del ecuador, brindan el soporte con el apoyo oclusal (figura 5).¹⁰



Figura 5 Retenedor circunferencial tipo Acker.

Retenedor de acción posterior: Usado en premolares y caninos en el extremo libre cuando la retención en la superficie distal de estos dientes no es usable y hay un adecuado espacio en mesial para el cuerpo y conector del retenedor (figura 6).¹⁰



Figura 6 Retenedor de acción posterior.

Retenedor de acción posterior invertido: Usado es premolares inferiores con inclinación lingual en extremo libre, tiene una acción de rompe fuerza(figura 7).¹⁰

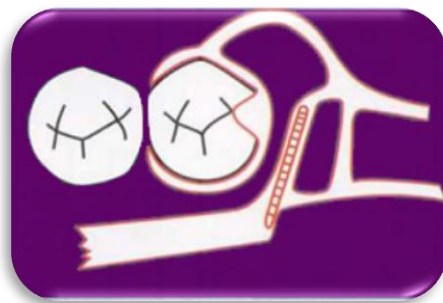


Figura 7 Retenedor de acción posterior invertido.

Retenedor seccionado: Usado en premolares aislados, rotados o inclinados; En premolares y molares en el extremo libre y en dentosoportados, en estos casos sólo se utiliza como estabilizador, sus brazos no penetran en zona retentiva (figura 8).¹⁰



Figura 8 Retenedor seccionado.

Retenedor en anillo: Usado en molares que tienen inclinación hacia mesial y lingual / bucal con el ángulo retentivo en la superficie mesiolingual / mesiobucal (figura 9).¹⁰

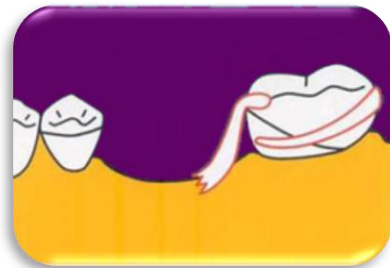


Figura 9 Retenedor en anillo.

Retenedor en anzuelo: Usado en áreas retentivas distobucales en caninos y premolares cuando un ángulo retentivo agudo en los tejidos blandos, impide el uso de un retenedor tipo barra (figura 10).¹⁰



Figura 10 Retenedor en anzuelo.

Retenedor Jackson o doble Acker: Se usa cuando no hay espacio edéntulo, cuando el espacio entre dos dientes es pequeño se usa para dar retención y para llenar el espacio, cuando no existe suficiente retención en un sólo pilar (figura 11).¹⁰

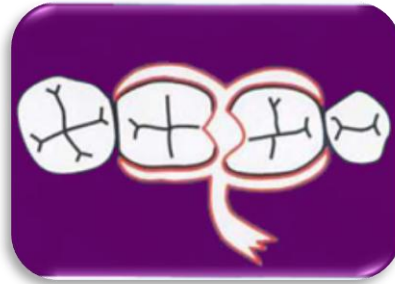


Figura 11 Retenedor Jackson o doble Acker.

Retenedor múltiple: Sus conectores menores deben unirse directamente al conector mayor. Generalmente se usa en premolares juntos, o en combinación entre un premolar y un molar. Los apoyos oclusales se pueden ubicar en las fosas vecinas de los pilares o separados (figura 12).¹⁰



Figura 12 Retenedor múltiple.

Retenedor mesiodistal de Roach: Se usa en incisivos laterales superiores que son pilares de una Clase III o en el lado dentosoportado de una Clase II (figura 13).¹⁰



Figura 13 Retenedor mesiodistal de Roach.

Retenedores extracoronales infraecuatorial es abordan la zona retentiva desde la zona gingival a la línea ecuatorial. En este grupo están los retenedores tipo barra e indirectos.

Retenedores tipo barra: Sus elementos constitutivos nacen de la prótesis, cruzan el margen gingival del pilar y toman contacto con el ecuador. Son retenedores que van de gingival a cervical y toman la barra que los une a la base de la dentadura.

Retenedor en "T": Puede tener sus extremos en la zona retentiva, o puede estar un extremo en la zona retentiva y el otro en la expulsiva, debe haber un buen contacto con el diente adyacente y un buen recíproco para evitar el movimiento mesiolingual (figura 14).¹⁰

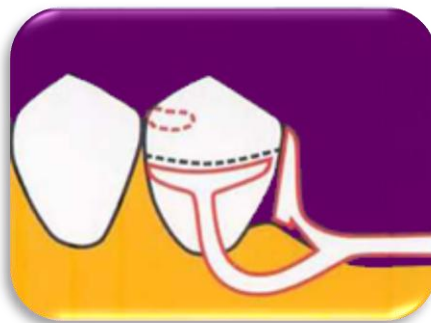


Figura 14 Retenedor en —T.

Retenedores en "C": Se usa en premolares superiores, para mejores resultados estéticos. En dientes que tienen el ecuador muy cerca de la cara oclusal porque crea un espacio debajo del conector del brazo retentivo(figura 15).¹⁰



Figura 15 Retenedores en "C".

Retenedor en "I": Usado en las Clase I y II en el pilar más distal cuando hay un ángulo retentivo mesial o en la parte central de bucal. También se usa en ángulos disto bucales cuando la estética es necesaria y en situaciones que requieran retenedores menos tensionantes para pilares periodontalmente comprometidos(figura 16).¹⁰

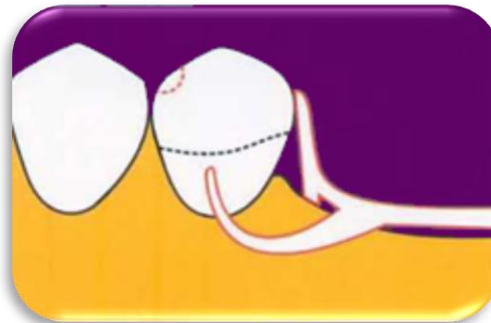


Figura 16 Retenedor en "I".

Retenedores indirectos: Son el tercer apoyo de una dentadura parcial removible que ayuda a los retenedores directos a prevenir el desplazamiento de las bases de extensión distal en sentido oclusal, cuando la prótesis es desplazada de su sitio, la base se mueve en sentido oclusal y los elementos que están por delante del fulcrum se mueven en sentido gingival. Si en esta parte anterior de la prótesis se agrega un apoyo oclusal que descansa sobre una superficie dentaria, al momento de intentar moverse la base en sentido oclusal, el apoyo que contacta con el diente, impide que la parte anterior de la prótesis se mueva hacia gingival y por evita que la base y los dientes se muevan fuera de sus sitio.

Para diseñar un retenedor indirecto, se bisecta la línea de fulcrum y partiendo del punto medio, se proyecta una perpendicular hacia delante hasta contactar con una pieza dentaria la cual sería la ideal para recibir un retenedor indirecto por ser la más alejada de la línea de fulcrum, si esta pieza no es lo suficientemente fuerte, se desplaza la ubicación del apoyo hacia distal hasta encontrar una pieza dental fuerte que generalmente es el canino. Nunca se debe colocar un retenedor indirecto más atrás de la fosa mesial del primer premolar inferior (figura 17).¹⁰

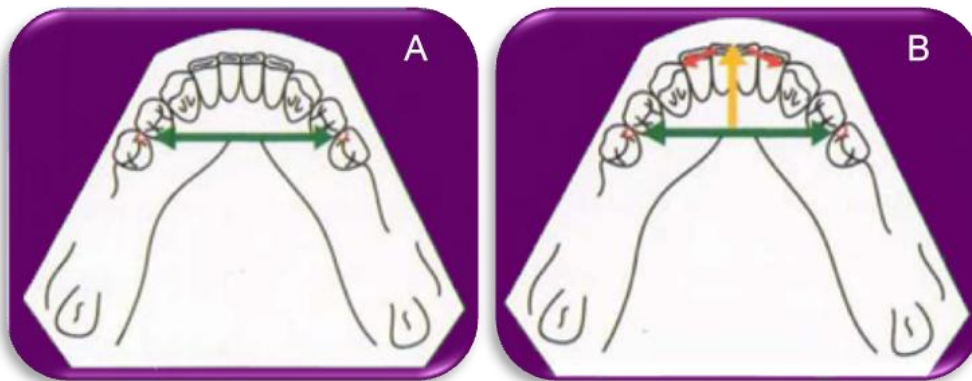


Figura 17 A) Línea de Fulcrum. B) Ubicación para el retenedor indirecto.

Los retenedores indirectos son útiles para mejorar la distribución equitativa de la carga. El retenedor indirecto debe ubicarse tan lejos de la línea de fulcrum como sea posible. La forma del retenedor indirecto altera la dirección y la cantidad de desplazamiento de la base de la dentadura y de los pilares.

Los retenedores indirectos pueden ser:

- Apoyos oclusales.
- Placa lingual.
- Gancho continuo o barra de Kennedy.
- Brazos linguales de extensión.
- Prolongación anterior de una placa palatina que descansa sobre las rugosidades palatinas por delante de la línea de fulcrum.^{10,11}

Un retenedor debe cumplir con las siguientes funciones:

Soporte: Evita el desplazamiento de la prótesis hacia los tejidos, protegiendo las estructuras periodontales y se distribuyen mejor la fuerzas oclusales. El apoyo oclusal es el que principalmente cumple con esta función(figura 18).¹⁰

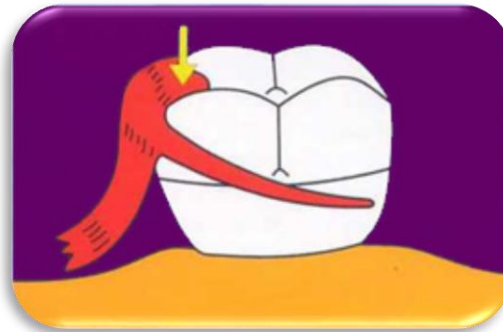


Figura 18 Soporte.

Retención: Es la resistencia al desplazamiento de la prótesis en sentido oclusal. Esta función la cumplen los extremos de los retenedores que se ubican en la zona retentiva del pilar(figura 19).¹⁰

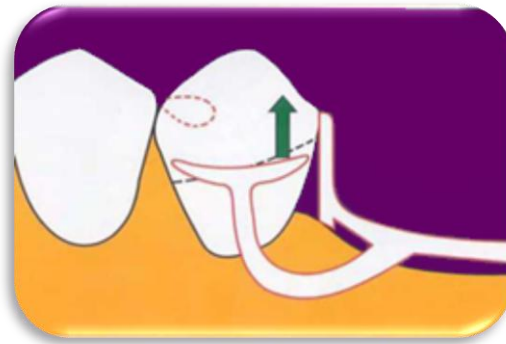


Figura 19 Retención.

Estabilidad: Es la resistencia que ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas. Esta función la cumplen los elementos rígidos del retenedor contactando con la superficie del pilar en la zona no retentiva, como es el cuerpo del retenedor, el brazo de oposición, los apoyos oclusales, los conectores menores(figura 20).¹⁰



Figura 20 Estabilidad.

Reciprocación: Significa que la fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del retenedor debe ser neutralizada por una fuerza igual y opuesta. Esta función la cumple el brazo opositor o recíproco del retenedor que no debe penetrar dentro de la zona retentiva(figura 21).¹⁰



Figura 21 Reciprocación.

Circunvalación: Se refiere a la extensión del perímetro del pilar que debe ser cubierta por el retenedor, este debe cubrir las tres cuartas partes de la circunferencia del pilar. De esta manera se evita el movimiento del pilar fuera de la estructura del retenedor, así como el deslizamiento del retenedor fuera del pilar (figura 22).¹⁰

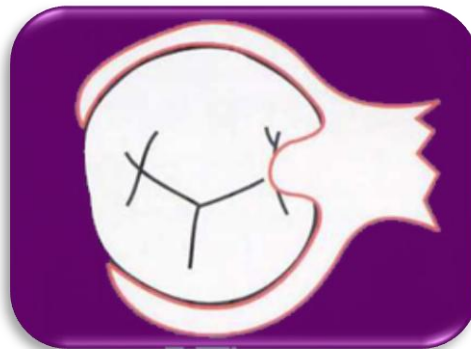


Figura 22 Circunvalación.

Pasividad: Significa que cuando el retenedor está en su sitio sobre el pilar, no debe ejercer fuerza activa sobre éste; la función retentiva se debe ejercer sólo cuando se hace presente una fuerza que trata de desplazar a la prótesis de su sitio (figura 23).¹¹



Figura 23 Para ser pasivo, la punta del brazo retentivo debe estar en la zona subecuatorial del pilar.

Apoyo

Es una extensión rígida de la estructura metálica que transmite las fuerzas funcionales a los dientes y previene el movimiento de la prótesis hacia los tejidos blandos.

Cuando la superficie del diente es insuficiente o la restauración existente no es apta para la adición de un apoyo, se opta por una mejor preparación del remanente para poder recibir una restauración que incluya el apoyo oclusal, incisal o cingular.^{10,11} Figura 24

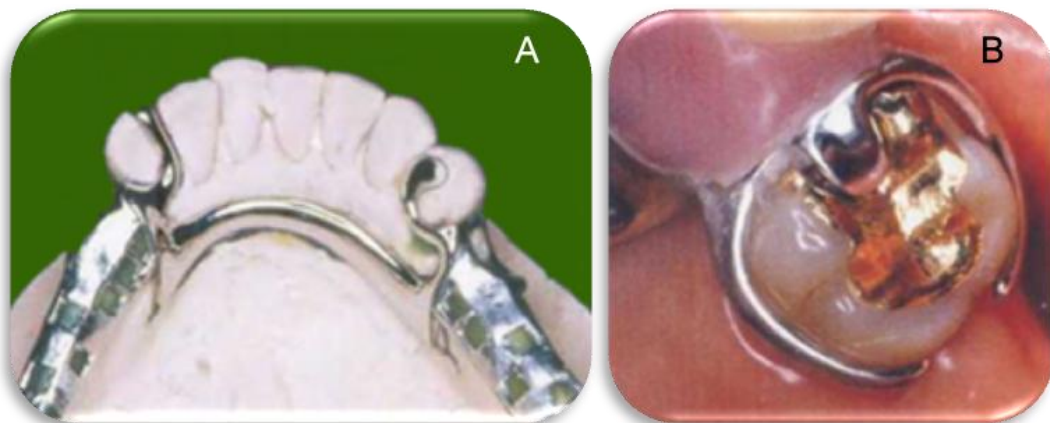


Figura 24 A) Descanso incisal sobre el canino. B) Descanso oclusal sobre incrustación de oro.¹⁰



Base

Soporta los dientes artificiales y reciben las fuerzas funcionales de la oclusión y las transfieren a las estructuras orales de soporte, descansa sobre los tejidos blandos brindando soporte, estabilidad y retención para las prótesis dentomucosoportadas. El material que descansa sobre los tejidos puede ser metal o acrílico y debe brindar retención para los dientes artificiales. El metal está indicado en las prótesis dentosoportadas que no necesitan ser rebasadas o reemplazar los contornos de los tejidos blandos para satisfacer necesidades estéticas o cuando hay falta de distancia interoclusal. El acrílico está indicado cuando exista la necesidad de rebasar la base de extensión distal para mantener un buen soporte tisular.

CLASIFICACIÓN DE LAS ARCADAS PARCIALMENTE DESDENTADAS

- **Clasificación de Kennedy**

Clase I.- Área desdentada bilateral posterior a los dientes remanentes (extremo libre bilateral).

Clase II.- Área desdentada unilateral posterior a los dientes remanentes (extremo libre unilateral)

Clase III.- Área desdentada unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella, inadecuados para asumir solos el soporte de la prótesis.

Clase IV.- Área desdentada única anterior y bilateral a los dientes remanentes (extremo libre anterior). El área desdentada anterior debe comprender ambos lados de la línea media (figura 25).¹⁰

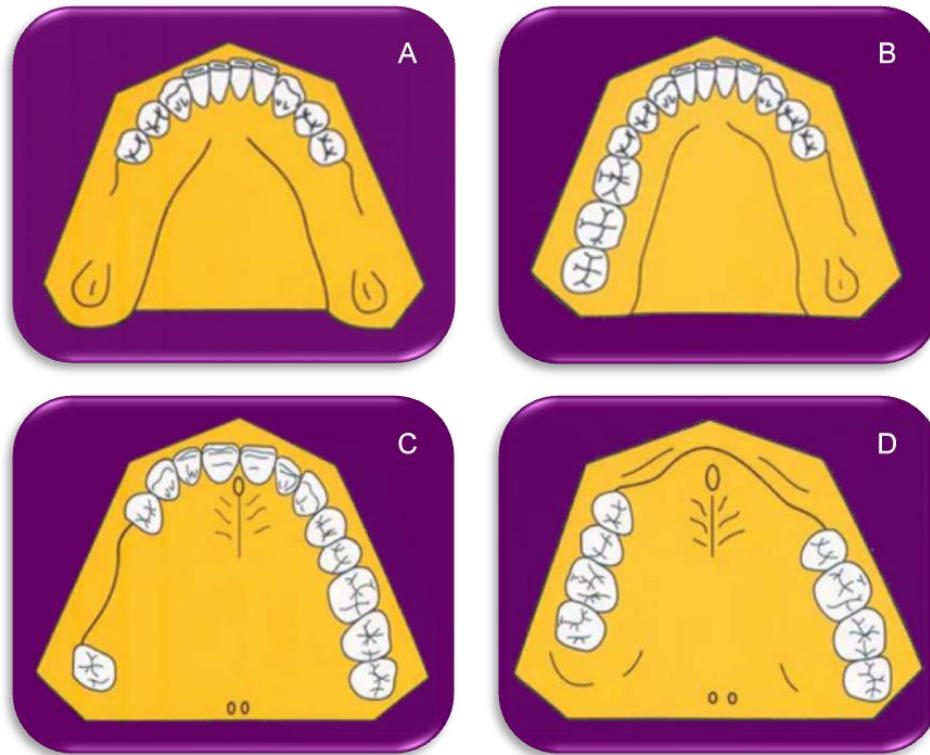


Figura 25. A) Clase I. B) Clase II. C) Clase III. D) Clase IV.

Reglas de Applegate

- Regla 1. La clasificación se establecerá después de efectuar extracciones necesarias.
- Regla II. Si un tercer molar está ausente y no ha sido reemplazado, no se toma en cuenta para la clasificación.
- Regla III. Si un tercer molar está presente y será utilizado como pilar debe considerarse en la clasificación.
- Regla IV. Si un segundo molar está ausente y no va a ser reemplazado por falta del antagonista no se le considera en la clasificación.
- Regla V. El área o áreas desdentadas posteriores serán las que determinen la clasificación.



Regla VI. Las zonas desdentadas que no determinan la clasificación, recibirán el nombre de zonas de modificación y serán designadas por su número.

Regla VII. La extensión de las áreas de modificación no se toma en cuenta, solo se considerará el número de zonas desdentadas.

Regla VIII. En la clase IV, no existirán zonas de modificación.^{11,10}

PRÓTESIS PARCIAL FIJA

Es una prótesis permanentemente cementada a los dientes remanentes, que sustituye uno o más dientes ausentes, esta prótesis solo puede ser desinsertada por un odontólogo.

- **Indicaciones**

- Dientes posteriores, dos o menos dientes faltantes.
- Incisivos: cuatro o menos.
- Buen soporte del hueso alveolar.
- Proporción corona raíz mínima de 1:1 o mayor.
- Dientes sin movilidad.
- Morfología radicular favorable.
- Los dientes no vitales pueden emplearse si tienen sufriente estructura coronal.

- **Contraindicaciones**

- Resequedad bucal.
- Mucha pérdida de cresta residual.
- Pilares insuficientes.
- Espacios desdentados múltiples o bilaterales.
- Pacientes con enfermedad periodontal avanzada.
- Presencia de movilidad dental.
- Soporte óseo inadecuado.

- **Ventajas**

- Menor retención de placa bacteriana.
- Permite restaurar conservando el contorno biológico.
- Distribuye las fuerzas oclusales por vía dentaria al hueso.
- Estabilizan dientes vecinos y la de los antagonistas.
- Más higiénica.
- Mayor retención.

- **Desventajas**

- Más costosa.
- Si se fractura se tiene que volver a elaborar.
- No apta en brechas amplias.
- Desgaste en dientes pilares sanos.

- **Elementos de la prótesis parcial fija**

Retenedor: Parte de la prótesis que evita su desinserción o rotación y se cementa sobre el diente pilar.

Póntico: Diente artificial que se sostiene en los dientes pilares.

Conector: Une al póntico o pónticos con los retenedores, hay de dos tipos, rígido: colado o soldado; no rígido: prefabricado, para reducir tensiones.

- **Principios mecánicos**

Preservación de la estructura dental: se debe preservar lo que queda de las estructuras remanentes, el diseño de las preparaciones debe limitarse en lo posible a otorgar solidez, retención y estética.

Retención y estabilidad: Las restauraciones protésicas deben cumplir con un requerimiento de tipo mecánico, que es su permanencia en la zona a ser restaurada por sí solas, deben soportar las fuerzas que tienden a desalojarle



de la posición; cuando estas condiciones se cumplen, se refiere a valor de anclaje de la restauración. El valor de anclaje es la capacidad que posee el elemento mecánico de una prótesis fija de permanecer in situ por sí solo (retención) y ante los requerimientos funcionales o parafuncionales (estabilidad).

Esta capacidad es otorgada por la configuración geométrica del tallado.

Solidez estructural: Una prótesis fija debe poseer la capacidad de resistir las fuerzas oclusales sin sufrir deformaciones o fracturas. La solidez estructural la otorga principalmente el grosor de la estructura protésica, y está en directa relación con la profundidad de desgaste del elemento.

Integridad marginal: La perfección de márgenes considera la terminación cervical o de la restauración protésica y su adaptación a la línea de terminación de la preparación biológica. Las restauraciones protésicas se conservan en el medioambiente biológico de la cavidad bucal, sólo si tienen un perfecto sellado de márgenes.

- **Selección de dientes pilares**

Los tejidos de soporte de los dientes pilares deben estar sanos, libres de inflamación y no deberán presentar movilidad. La porción de la corona-raíz es medida desde la cresta alveolar, hacia oclusal, comparada con la raíz incluida en el hueso. La porción ideal de corona-raíz en un diente pilar es de 1:2 y de 2:3 y la mínima aceptable es 1:1. La configuración de la raíz en los dientes que son unirradiculares, con raíz cónica y sin curvatura en el tercio apical, pueden usarse pero en brechas cortas. El área de la superficie periodontal en las raíces que son más amplias vestibulolingual que mesiodistal y que son multirradiculares, darán mejor soporte periodontal.



- **Ley de Ante**

La superficie radicular de los dientes pilares debe ser mayor o igual que el de las piezas a sustituir con pñnticos.^{12,13}

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque la esperanza de vida ha mejorado y la educaci3n para la higiene bucal permite a las personas conservar sus dientes permanentes por m1s tiempo, la p3rdida dental sigue siendo una realidad, pues los factores de riesgo siguen estando presentes y algunas causas en ocasiones son inevitables. Siempre es necesaria una rehabilitaci3n oral cuando hay ausencia dental, el reemplazo de los dientes perdidos se ve reflejado en la salud f3sica y psicol3gica de los pacientes. Por medio del conocimiento del estado en que los pacientes ingresan a las cl3nicas es posible establecer un plan de tratamiento adecuado. Por lo tanto la pregunta de investigaci3n es la siguiente:

¿Cu1l es la prevalencia de la p3rdida dental respecto a la clasificaci3n de Kennedy en pacientes que acudieron a la cl3nica de pr3tesis parcial fija y removible de la Facultad de Odontolog3a UNAM?

V. JUSTIFICACI3N

Por medio de este estudio se pretende establecer la prevalencia y el patr3n de la p3rdida dental en pacientes que acuden a la cl3nica de pr3tesis parcial fija y removible de la Facultad de Odontolog3a(2014). La informaci3n recabada proporcionar1 datos sobre el estado en el que los pacientes ingresan a la cl3nica para recibir atenci3n; es conveniente la utilizaci3n de la clasificaci3n de Kennedy para la identificaci3n de las 1reas desdentadas pues adem1s de ser la m1s utilizada, proporciona una idea de la alternativa de tratamiento ya sea pr3tesis mucodentosoportada o dentosoportada.



VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el patrón de la pérdida dental según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden a la clínica de prótesis parcial fija y removible en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar la prevalencia de pérdida dental en los pacientes que acuden a la clínica de prótesis parcial fija y removible en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México

VII. METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODO

- **Tipo de estudio**

Descriptivo(transversal).

- **Población de estudio y muestra**

Pacientes mayores de 65 años con pérdida dental, portadores de prótesis, remitidos a la clínica de prótesis parcial, fija y removible de la Facultad de Odontología de la UNAM.

- **Criterios de inclusión**

Pacientes de ambos sexos.

Mayores de 65 años.

Remitidos a la clínica de prótesis parcial fija y removible de la UNAM.



- **Criterios de exclusión**

Pacientes menores de 65 años.

No adscritos a la clínica de prótesis parcial fija y removible de la UNAM.

- **Método de recolección de información**

Previa autorización del coordinador de la asignatura de Prótesis parcial, fija y removible, a quien se le dio a firmar la carta de autorización para realizar encuestas e inspección bucal, se acudió a cada una de las clínicas donde el paciente estaba siendo atendido. Al paciente se le pidió su autorización de forma verbal y escrita por medio del consentimiento informado (Anexo 1), aceptando la encuesta y revisión bucal por medio de su firma en el mismo. Se aplicaron los cuestionarios a cada uno de los pacientes junto con la inspección bucal (Anexos 2 y 3).

- **Método de registro y análisis estadístico**

La información fue capturada de manera directa en el programa de Microsoft Excel para Windows y se analizó por medio del programa STATA versión 12.0.

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, con la finalidad de conocer si había diferencia entre grupos por edad, sexo y su relación con la pérdida dental.

- **Consideraciones éticas**

Los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en el reglamento de la Ley General de la Salud, se contó con el consentimiento informado de manera verbal y escrita de los sujetos a estudiar.



Este trabajo cuenta con las consideraciones éticas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-13) del Sector Salud con relación al respeto por la dignidad humana, y los principios éticos de justicia, beneficencia, no maleficencia, solidaridad y respeto por la autonomía, teniendo en cuenta el consentimiento informado verbal y escrito, el compromiso voluntario y consciente de los participantes, la transferencia de conocimientos de la Universidad, el manejo confidencial de la información y la utilización de la misma para los fines exclusivos del proyecto.

- **Variables del estudio**

Pérdida dental. Ausencia de dientes por diversas causas, principalmente por caries y enfermedad periodontal. Obtenida mediante el registro en el odontograma con los índices; 4:extraído por caries o 5: extraído por otra razón 6.

Clasificación de Kennedy. Manera de identificar la perdida dental, por medio de identificar la zona desdentada más posterior en ambas arcadas dentales. Obtenida mediante la inspección bucal.

Sexo. Género que identifica a la persona. Información obtenida mediante interrogatorio directo. Se registró como femenino o masculino.

Edad. Años cumplidos hasta la fecha del interrogatorio. La información se obtuvo directamente a través del interrogatorio.

VIII. RESULTADOS

En el estudio se incluyeron un total de 100 pacientes que estaban siendo atendidos en los 15 grupos de las clínicas de Prótesis Parcial, Fija y Removible de la Facultad de Odontología de la UNAM.

De los 100 pacientes el 67% (n=67) fueron mujeres y el 33% (n=33) hombres. La media de edad para el total de la población fue de 69 años.



De los 33 pacientes masculinos, el 64% (n=21) tienen entre 65 y 69 años de edad, solo un hombre se registró en el rango de 80 y 84 años. Para las mujeres, el 67% (n=45) tienen entre 65 y 69 años, solo una mujer se registró con más de 85 años.

En el estado civil, para los hombres se muestra un 52% (n=17) casados, seguido de un 15% (n=5) solteros y divorciados. En la muestra femenina, el 58% (n=39) se encuentran casadas, seguido de un 21% (n=14) con un estado civil viuda y solo el 13% (n=9) se encontraba soltera.

El 21% (n=7) de los hombres tenían diabetes mellitus, el 15% (n=5) presentaban hipertensión y el 42% (n=14) se consideraba sano. En las mujeres, el 28% (n=19) presentaban hipertensión, seguido de un 25% (n=17) diagnosticadas con otra enfermedad; como colitis o gastritis, la diabetes mellitus se mostró en un 19% (n=13), las mujeres aparentemente sanas representaban un 33% (n=22).

En cuanto a los hábitos nocivos para la salud como el fumar o beber, tanto los hombres como las mujeres presentaron poca incidencia; con un 15% (n=5) del total de pacientes masculinos y un 4% (n=3) de pacientes femeninas que aún fuman. En los pacientes masculinos el 21% (n=7) y en las mujeres el 4% (n=3), aún ingieren bebidas alcohólicas.

De los 100 pacientes encuestados, el 100% (n=100) indicó que tenían cepillo para lavarse sus dientes, de los cuales el 92% (n=92) indicó que algún Médico, enfermera, dentista u otro, les habían enseñado la técnica de cepillado. El 30% (n=10) de los pacientes masculinos se cepilla de 3 a más veces al día sus dientes y solo el 15% (n=5) una vez al día. El 52% (n=35) del total de mujeres lo hacen dos veces al día y el 4% (n=3) una vez al día. De igual manera el 100% (n=100) de la población total, portaba algún tipo de prótesis, el 75% (n=75) portaba prótesis fija y el 51% (n=51) prótesis removible (tabla 1).

Tabla 1. Determinantes de la población de estudio según su salud actual. Clínica de Prótesis Parcial Fija y Removible, F.O. UNAM.

Variable	Hombres		Mujeres		p*
	n	%	n	%	
Edad					
65-69 años	21	64%	45	67%	
70-74 años	6	18%	11	16%	
75-80 años	5	15%	8	12%	
80-84 años	1	3%	2	3%	
>85 años	0	0%	1	1%	0.945
Estado Civil					
Casado	17	52%	39	58%	
Soltero	5	15%	9	13%	
Divorciado	5	15%	1	1%	
Viudo	3	9%	14	21%	
Separado	1	3%	2	3%	
Unión Libre	2	6%	2	3%	
No lo sabe	0	0%	0	0%	0.093
Servicio Medico					
No	7	21%	11	16%	
Si	26	79%	56	84%	0.557
Enfermos Diagnosticados					
Diabetes	7	21%	13	19%	0.832
Hipertensión	5	15%	19	28%	0.146
Artritis	1	3%	4	6%	0.5226
Osteoporosis	0	0%	0	0%	-
Cáncer	1	3%	1	1%	0.606
Otra	7	21%	17	25%	0.647
Sano	14	42%	22	33%	0.348
Fuma					
No	28	85%	64	96%	
Si	5	15%	3	4%	0.064
Ingiere Bebidas Alcohólicas					
No	26	79%	64	96%	
Si	7	21%	3	4%	0.009
Tiene cepillo dental					
No	0	0%	0	0%	
Si	33	100%	67	100%	-
Cepillado Dental					
No se cepilla	0	0%	0	0%	
1 vez al día	5	15%	3	4%	
2 veces al día	18	55%	35	52%	
3 veces al día	10	30%	29	43%	0.127
Le enseñó a cepillarse					
Medico	1	3%	1	1%	
Dentista	30	91%	58	87%	
Enfermera	1	3%	1	1%	
Otro	0	0%	0	0%	
No le enseñaron	1	3%	7	10%	0.808
Portador de prótesis fija					
No	8	24%	17	25%	
Si	25	76%	50	75%	0.902
Portador de prótesis Removible					
No	20	61%	29	43%	
Si	13	39%	38	57%	0.103

*Valor p de la diferencia de las prevalencias.

Fuente directa.

De los pacientes hombres con diabetes 21% (n=7) todos tuvieron pérdida dental y el 73% (n=24) presentaron pérdida dental sin padecer la enfermedad. De las mujeres diabéticas 19% (n=13) el 16% (n=11) tenía pérdida dental y el 76% (n=51) de la población femenina tenía pérdida dental sin estar enfermas de diabetes (tabla 2).

Tabla 2. Pérdida Dental en relación con el Sexo y padecer Diabetes. Clínica de Prótesis Parcial Fija y Removable, F.O. UNAM.				
Variable	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Pérdida dental padeciendo Diabetes	7	21%	11	16%
Pérdida dental sin padecer Diabetes	24	73%	51	76%

Fuente directa.

Existe mayor incidencia de pérdida dental en la muestra masculina, solo con un 94% (n=31), en la femenina se encuentra en un 93% (n=62). Se observa mayor pérdida dental en el rango de 0 a 9 dientes perdidos tanto en la muestra masculina, como femenina, con un 73% (n=24) y un 63% (n=42) respectivamente. Seguido de un 21% (n=7) de 10 a 19 dientes perdidos en la muestra masculina y un 33% (n=22) en la muestra femenina (tabla 3).

Tabla 3. Pérdida Dental. Clínica de Prótesis Parcial Fija y Removable, F.O. UNAM.					
Variable	Hombres		Mujeres		p*
	n	%	n	%	
Pérdida dental por Rango de dientes					
0-9 dientes	24	73%	42	63%	
10-19 dientes	7	21%	22	33%	
20-28 dientes	2	6%	3	4%	0.477
Pérdida Dental					
No	2	6%	5	7%	
Si	31	94%	62	93%	0.796

*Valor p de la diferencia de las prevalencias.

Fuente directa.

La clasificación de Kennedy registrada para el arcada superior en hombres con clase I fue 18% (n=6) y en las mujeres se observó que 19% (n=14). Con clase II se presentó un 12% (n=4) en hombres, en pacientes femeninos el 25% (n=17). Los hombres con clase III fueron el 12% (n=4) y el 6% (n=5) de mujeres con clase III. El total de los hombres con clase IV presente en maxila fueron el 9% (n=3) y de las mujeres el 6% (n=5) (tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de Kennedy arcada superior. Clínica de Prótesis Parcial Fija y Removible, F.O. UNAM.				
Variable	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Edad				
	Clase I. Maxila			
65-69 años	4	12%	7	10%
70-74 años	1	3%	3	4%
75-80 años	1	3%	3	4%
80-84 años	0	0%	1	1%
>85 años	-	-	0	0%
	Clase II. Maxila			
65-69 años	3	9%	12	18%
70-74 años	0	0%	4	6%
75-80 años	0	0%	1	1%
80-84 años	1	3%	0	0%
>85 años	-	-	0	0%
	Clase III. Maxila			
65-69 años	4	12%	3	4
70-74 años	0	0%	1	1%
75-80 años	0	0%	1	1%
80-84 años	0	0%	0	0%
>85 años	-	-	0	0%
	Clase IV. Maxila			
65-69 años	1	3%	3	4%
70-74 años	1	3%	1	1%
75-80 años	1	3%	1	1%
80-84 años	0	0	0	0%
>85 años	-	-	0	0%

Fuente directa.

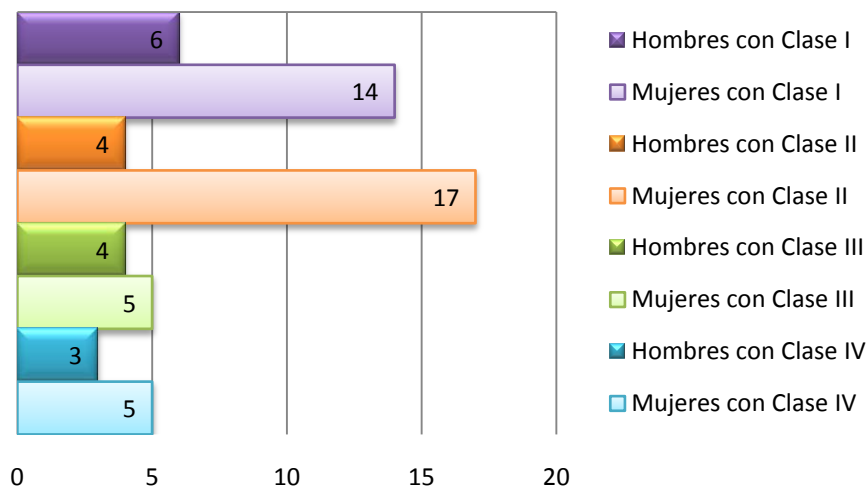
La clasificación de Kennedy registrada para el arcada inferior en hombres con clase I fue 27% (n=9) y en las mujeres se observó que 33% (n=23). Con clase II se presentó un 15% (n=5) en hombres, en pacientes femeninos el 16% (n=11). Los hombres con clase III fueron el 9% (n=3) y el 10% (n=7) de mujeres con clase III. Ningún paciente fue registrado con clase IV mandibular (tabla 5).

Tabla 5. Clasificación de Kennedy arcada inferior. Clínica de Prótesis Parcial Fija y Removible, F.O. UNAM.				
Variable	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Edad				
	Clase I. Mandíbula			
65-69 años	5	15%	12	18%
70-74 años	1	3%	5	7%
75-80 años	2	6%	5	7%
80-84 años	1	3%	0	0%
>85 años	-	-	1	1%
	Clase II. Mandíbula			
65-69 años	3	9%	7	10%
70-74 años	1	3%	2	3%
75-80 años	1	3%	2	3%
80-84 años	0	0%	0	0%
>85 años	-	-	0	0%
	Clase III. Mandíbula			
65-69 años	2	6%	5	7%
70-74 años	1	3%	0	0%
75-80 años	0	0%	0	0%
80-84 años	0	0%	2	3%
>85 años	-	-	0	0%
	Clase IV. Mandíbula			
65-69 años	0	0%	0	0%
70-74 años	0	0%	0	0%
75-80 años	0	0%	0	0%
80-84 años	0	0%	0	0%
>85 años	-	-	0	0%

Fuente directa.

En cuanto a la clasificación de Kennedy y su relación con el sexo y la edad de los pacientes; 45% (n=15) de los hombres presentaban clase I, con clase II fue un total del 27% (n=9), con clase III fueron 21% (n=7) y con clase IV fueron el 9% (n=3). En mujeres 52% (n=37) tenían clase I, el total de clase II fue 41% (n=28). El total de mujeres con clase III fue un 16% (n=12) y con clase IV el 6% (n=5).

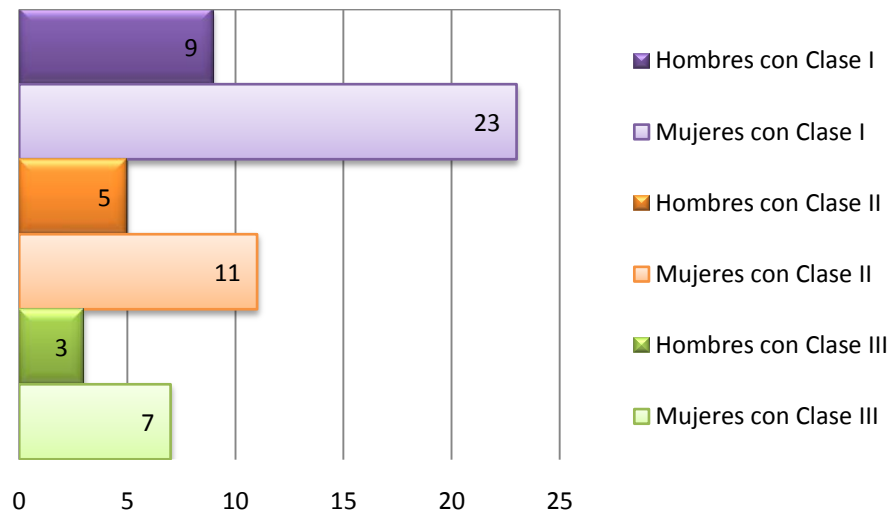
De las 100 personas participantes en el estudio, siendo hombres y mujeres, la presencia de clasificación de Kennedy en el arcada superior fue de un 20% (n=20) en clase I de los cuales 6% (n=6) fueron hombres y 14% (n=14) mujeres; con clase II el total de personas fue 21% (n=21) siendo 4% (n=4) hombres y 17% (n=17) mujeres, de las personas con clase III el total fue el 9% (n=9) de los cuales 4% (n=4) son hombres y 5% (n=5) mujeres; con clase IV el 8% (n=8) siendo 3% (n=3) y 5% (n=5) mujeres (gráfica 4).



Grafica 4. Número de personas con presencia de clasificación de Kennedy I, II, III o IV en el arcada superior.
Fuente directa.

Para la clasificación de Kennedy en el arcada inferior del total de los encuestados para el estudio, hombres y mujeres, la presencia de clase I fue de un 32% (n=32) de los cuales 9% (n=9) fueron hombres y 23% (n=23) mujeres; con clase II el total de personas fue 16% (n=16) siendo 5% (n=5) hombres y 11% (n=11) mujeres, de las personas con clase III el total fue el

10% (n=10) de los cuales 3% (n=3) son hombres y 7% (n=7) mujeres; para la clase IV en mandíbula no se registró ningún paciente (gráfica 5).

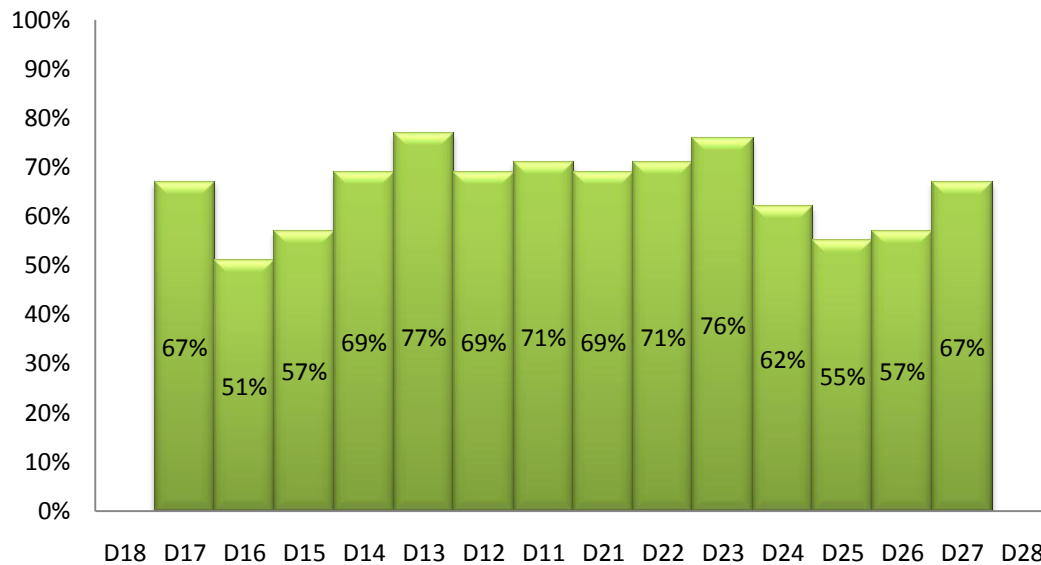


Grafica 5. Número de personas con presencia de clasificación de Kennedy I, II o III en el arcada inferior (por ausencia de registros de Clase IV, se ha omitido su acotación). Fuente directa.

Del total de la población de estudio el 12% (n=12) hombres y 14% (n=14) mujeres no presentaban una clasificación debido a que había ausencia de pérdida dental o los dientes faltantes pertenecían a un sitio de la arcada muy posterior con la ausencia del antagonista, los cuales no son tomados en cuenta para una clasificación.

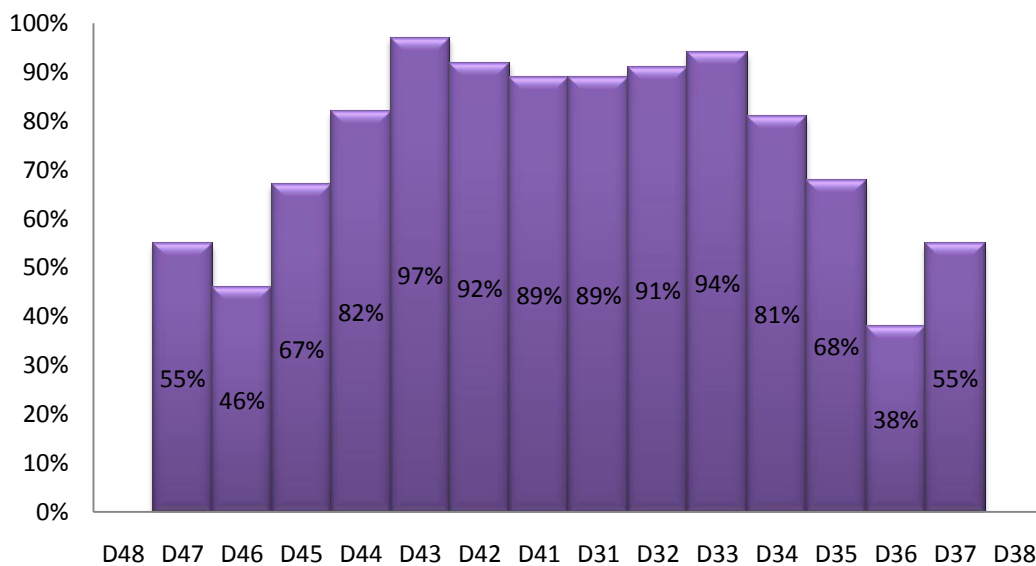
Mediante el examen de exploración bucal se notó que en los sextantes anteriores los dientes que con mayor frecuencia se han perdido fueron los laterales y centrales superiores. En las zonas posteriores, los primeros molares inferiores fueron los más ausentes, en segundo lugar los primeros molares superiores. Los caninos superiores e inferiores son los dientes que han permanecido más tiempo en boca. Para el análisis de la distribución de los dientes permanentes presentes en boca, la nomenclatura para el registro de los datos fue la que utiliza la Federación Dental Internacional para la numeración de los dientes. Alrededor del 58% de los pacientes han perdido el primer molar inferior (D46 o D46) y 45% en la maxila (D16 o D26). La

pérdida de dientes, de los primeros molares , primeros y segundos premolares del maxilar afecta más a la población y en la mandíbula se pierden mas los primeros molares, seguidos de los segundos molares, los segundos premolares inferiores tienen una presencia del 67% (D35 o D45) y los primeros premolares un 81% (D34 o D35) (gráfica 6 y gráfica 7).



Gráfica 5 Porcentaje de dientes presentes en la maxila por código FDI.

Fuente directa.



Gráfica 6 Porcentaje de dientes presentes en la mandíbula por código FDI.

Fuente directa.



IX. DISCUSIÓN

La higiene oral tiene un papel importante para conservar los dientes permanentes por más tiempo, la pérdida de dientes es considerado por la OMS como el resultado derivado de la ineficiente salud oral.² En el estudio el 8% (n=8) de pacientes que se cepillaban una vez por día todos tuvieron perdida dental y de los paciente que se cepillaba 2 veces por día 46% presentaba perdida dental y 7% no tenía ausencia de dientes; del 39% (n=39) que se cepillaban 3 veces por día, todos tenían perdida dental.

La pérdida dental está asociada a factores variados, entre ellos cabe destacar la diabetes como factor de riesgo pues al estar presente influye en padecer enfermedad periodontal que es de las principales razones para la perdida dental; en los pacientes con diabetes se aumenta la respuesta inflamatoria con enfermedad periodontal presente, se altera la cicatrización y altera la respuesta inmune, propiciando la destrucción del tejido periodontal y la resorción ósea alveolar; aumentando la posibilidad de perder dientes.⁵ En el presente estudio de los pacientes que padecen diabetes el 100% de los hombres que padecen diabetes tenían pedida dental (n=7) y de la 13 mujeres con diabetes el 85% (n=11) presentaba perdida dental.

El reporte del estudios del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales realizados en México del año 2014 indican que el promedio de dientes presentes en hombres mostraron un valor promedio más elevado de dientes permanentes presentes con 28.1 y en las mujeres 27.6 de dientes presentes, esto da a notar que la pérdida dental en pacientes de sexo femenino es mayor que en la población masculina.³ En los resultados de este estudio, del total de la población masculina y femenina 93% (n=93) presentaba perdida dental y el 7% no tenia perdida dental. En lo



que refiere al sexo se observa que existe mayor pérdida dental en hombres con 93% (n =31) que en mujeres con un 92% (n=62).

En los estudios de la pérdida dental en pacientes mexicanos mayores de 60 años alrededor del 16% fumaba.² El ser fumador es un factor de riesgo para tener enfermedad periodontal y por consiguiente tener pérdida dental.⁹ En el presente estudio de los 5 pacientes que fuman el 80% de ellos tienen pérdida dental con 2, 9, 12 y 22 dientes ausentes, estos pacientes equivalen al 4% (n=4) de la población total (n=100) y de las 3 pacientes el 66% tiene pérdida dental con 7 y 18 dientes ausentes, equivalentes al 2% (n=2) de la población estudiada; la variación entre hombres y mujeres fumadores para pérdida dental es notoria. El total de pacientes fumadores con pérdida dental ente hombres y mujeres es igual a 6% de un total de 100 personas encuestadas.

En relación a la presencia de dientes permanentes presentes comparando este estudio con la información recabada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales en México del año 2014³, se llegó a tener una similitud en el patrón de dientes presentes, la diferencia radica en que en este estudio la presencia de los segundos molares superiores derechos e izquierdos es de un 11% más; además de que y en relación con los segundos molares inferiores derechos e izquierdos un 22% están más presentes en la población de estudio. La coincidencia de los dientes más presentes es de los caninos inferiores izquierdos y derechos con una presencia del 94% al 97% respectivamente. Los dientes más perdidos son los primeros molares izquierdos y derechos inferiores con una presencia de 38% y 46% respectivamente; les siguen los primeros molares superiores derechos e izquierdos su presencia es del 51% y 57%.

A pesar de que la pérdida dental afecta ambas arcadas la presencia de dientes es mayor en el arcada inferior con un 65% contra 55% presentes en



el arcada superior; además, de que la perdida dental es más recurrente en el sector posterior que en el sextante anterior.

X. CONCLUSIONES

Como ya se ha mencionado la perdida dental es el efecto de varias causas ente ellas la caries dental en primer lugar y en segundo término la enfermedad periodontal, es importante destacar la enfermedad periodontal ante la caries dental, no porque sea menos importante, sino porque para padecer enfermedad periodontal existen factores que son determinantes para que se presente y que son muy comunes en las personas adultas, que comienzan a padecer enfermedades crónicas; entre esas enfermedades, la diabetes propicia el tener enfermedad periodontal y esta enfermedad que afecta los tejidos que sostienen al diente adquiere mayor severidad en pacientes que son fumadores y que tienen una higiene oral ineficiente propiciando una perdida prematura de los dientes.

En el presente estudio es notorio que a pesar de que la mayoría de los pacientes al interrogatorio, más del 50% mencionó que la higiene bucal la realizaba 2 veces por día y un porcentaje menor con un 36% tenía una higiene con cepillado de tres veces por día, aun en esos casos presentaban perdida dental en un número elevado, esto da a notar la insuficiencia de cepillado e ineficiencia de la técnica de cepillado. Observando lo anterior deberíamos ser conscientes de que lo que transmitimos a nuestros pacientes sobre educación para la salud bucal, debe ser bien entendido y bien aplicado ya que repercute directamente en el mayor tiempo de permanencia de los dientes permanentes y un mejor mantenimiento de las prótesis utilizan, evitando que a corto plazo fracasen por una inadecuada higiene.

A partir del análisis de las gráficas del SIVEPAB y del presente estudio es notorio tener una relación de que la pérdida dental es mayor en el sector posterior que en el anterior. Obteniendo que la incidencia de la clase I y la



clase II de Kennedy es mayor comparada con una incidencia de una clase cuatro; en la clase I del arcada superior con un 20% de los casos y 32% para el arcada inferior, para la clase II en la maxila es de 21% y 16% en mandíbula, en clase III 9% de los pacientes presentaron en la maxila y 10% en la mandíbula y para la clase IV 8% de los casos se presentaron en el arcada superior y en la población de estudio no hubo ningún caso para clase IV en el arcada inferior; se ha obtenido como resultado que la frecuencia de que se presente una clasificación I de Kennedy es mucho mayor que una clase IV debido a la mayor permanencia de los dientes antero inferiores en boca por más tiempo. Además, de la relación existente entre perder más dientes posteriores que anteriores, asociada a que la primeras tres de las clasificaciones de Kennedy tienen coincidencia en ser zonas desdentadas posteriores, ha de haber mayor frecuencia de presentar una clase I, II o III. La prevalencia de la clase II sigue siendo mayor ante la clase III, debido a que en la clase tres aún existen dientes remanentes posteriores, y los estudios revelan que los dientes que con más frecuencia se pierden son los posteriores, por lo tanto al perder más dientes posteriores, es menos posible que sea coincidente una clase III de Kennedy.

Es importante el conocimiento de la clasificación propuesta por Kennedy con sus variantes propuestas por Applegate y Fiset para clasificar a los pacientes desdentados parciales pues además de ser la más usada en la actualidad, plantea las diferentes situaciones de la zona desdentada en relación con los dientes remanentes, permitiendo hacer un reconocimiento e identificación del problema diferenciando entre la posibilidad del uso de una prótesis parcial removible dentosoportada o mucosoportada, así como el planteamiento del diseño más favorable para solucionar el caso. Las ventajas de la clasificación son que es simple, fácil de recordar y que es universalmente aceptada.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina-Solís CE. Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*. 2013 Marzo-Abril; 65(2): p. 141-149.
2. Islas-Granillo H. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011 Diciembre; 53(3): p. 258–262.
3. Juan M. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB). México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2014.
4. Müller F. Tooth loss and dental prostheses in the oldest old. *European Geriatric Medicine*. 2010 Septiembre; 1(4): p. 239–243.
5. Jimenez M. Type 2 diabetes mellitus and 20 year incidence of periodontitis and tooth loss. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2012 Diciembre; 98(3): p. 494–500.
6. Vieira M. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*. 2012 Junio; 29(2): p. 632-636.
7. Samietz SA. Impact of depressive symptoms on prosthetic status—results of the study of health in Pomerania (SHIP). *Clinical Oral Investigations*. 2012 Agosto; 17(4): p. 1191-1200.
8. Friedman PK. Oral Health Disparity in Older Adults: Dental Decay and Tooth Loss. *Dental Clinics of North America*. 2014 Octubre; 58(4): p. 757–770.
9. Mai X. Associations between smoking and tooth loss according to the reason for tooth loss: the Buffalo OsteoPerio Study. *The Journal of the American Dental Association*. 2013 Marzo; 144(3): p. 252-565.
10. Fernández DL. Diseño de Prótesis Parcial Removible España: Ripano; 2007.
11. Carr A, Magivney G, Brown D. Prótesis parcial removible. Onceava ed. España: Elsevier; 2006.
12. Carvajal JC. Prótesis Fija Chile: Mediterraneo; 2001.
13. Pegoraro LF. Prótesis Fija: Artes Médicas; 2001.



XII. ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado

Antes de que usted decida tomar parte en este estudio de investigación, es importante que lea cuidadosamente este documento. Si después de haber leído toda la información usted decide participar en este estudio, deberá firmar este consentimiento en el lugar indicado y devolverlo.

El propósito de este estudio es identificar los principales problemas bucales que usted padece y ver la relación con su calidad de vida. Este estudio nos permitirá entender los factores que pueden estar relacionados con esta enfermedad, lo cual será de suma importancia para poder prevenirla, controlarla e intervenir en los posibles tratamientos.

Se le realizara una entrevista y se le realizará una exploración bucal.

Su condición de salud puede mejorar como resultado de su participación en este estudio. Sin embargo, no hay ninguna garantía de que usted reciba ningún beneficio por dicha participación. Si usted acepta participar en el estudio, estará colaborando con él, en sumisión de investigar y encontrar soluciones al problema de la salud bucal.

Toda la información que nos proporcione será estrictamente confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación.

Para cualquier aclaración o duda relacionada con este estudio de investigación puede comunicarse con la titular de seminario de titulación de la Facultad de Odontología UNAM.

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede negarse a participar. Además, el investigador o el patrocinador pueden dar por terminada su participación, independientemente de su consentimiento por razones administrativas.

He leído este formulario de consentimiento. He sido informado(a) en un lenguaje claro y comprensivo, han respondido a las dudas que me surgieron respecto de este estudio. Firmo este formulario voluntariamente indicando mi conformidad de participar en este estudio.

Muchas Gracias por su participación

Firma



ANEXO 2

Cuestionario 1

Folio Fecha Clínica/
Grupo Turno

Nombre del Paciente _____
Teléfono para localizar _____

1 Edad (años)

2 Sexo 0. Hombre 1. Mujer Peso

3 Estado Civil 1. Casado
2. Soltero
3. Divorciado
4. Viudo Talla
5. Separado
6. Unión libre
7. No sabe

4 ¿Sabe leer? 0. No 1. Si IMC

5 ¿Sabe escribir? 0. No 1. Si

6 ¿Cuál es su actividad actual?
1. Empleado o trabajador autónomo
2. Jubilado o pensionado
3. Ama de casa
4. No trabaja
5. Estudiante
6. Otro _____

6 ¿Tiene derecho a servicio médicos en alguna institución de seguridad social?
0. No 1. Si

7 Mencione a cuál institución tiene acceso
1. IMSS
2. ISSTE
3. OPORTUNIDADES
4. PEMEX
5. SEDENA
6. Seguro popular
7. Otro _____

8 Mencione si algún Doctor le ha dicho que padece alguna o las siguientes enfermedades
1. Diabetes
2. Hipertensión
3. Artritis
4. Osteoporosis
5. Cáncer de algún tipo Cuál? _____
6. Otra Cuál? _____

9 ¿Actualmente Fuma ?
0. No 1. Si (1. Si , pase a la pregunta 13)

10 ¿Fumaba?
0. No 1. Si

11 ¿Hace cuanto dejó de fumar? _____

12 ¿Cuántos cigarrillos al día fumaba?
1. De 1 a 3 2. De 4 a 10 3. Más de 10

13 ¿Aproximadamente cuántos cigarrillos al día fuma ?
1. De 1 a 3 2. De 4 a 10 3. Más de 10

14 ¿Aproximadamente a que edad empezo a fumar? _____

15 ¿Actualmente ingiere bebidas alcohólicas ?
0. Si 1. No

16 ¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?
1. Diario 2. Una vez por semana 3. Mas de tres veces por semana



- 17 ¿Tiene cepillo para lavarse la boca?
0.No 1.SI (0.No, pase a la 20)
- 18 ¿Comparte su cepillo dental con otras personas?
0.No 1.SI
- 19 ¿Cuántas veces al día se cepilla la boca?
0.No se cepilla la boca 1. Una vez al día 2. Dos veces c 3.Mas de tres veces al día
- 20 ¿Le han enseñado a limpiarse la boca?
0.No 1.SI (0.No, pase a la pregunta 22)
- 21 ¿Quién le ha enseñado a limpiarse la boca?
1.Médico 2.Dentista 3. Enfermera 4. Otro
- 22 ¿Actualmente tiene dolor en sus dientes o en su boca?
0.No 1.SI
- 23 ¿Utiliza algún tipo de prótesis dental?
0.No 1.SI
- 24 ¿Hace cuantos años utiliza prótesis dental ?
- 25 Especifique el material de la prótesis
- 26 ¿Tiene problemas con su prótesis dental ?
0.No 1.SI
- 27 ¿Es portador de prótesis fija?
0. No 1.Si
- 28 # de restauraciones individuales:
- 29 ¿Es portador de prótesis removible?
0. No 1.Si
- 30 La prótesis que utiliza es :
1.Superior 2. inferior 3.Ambas
- 31 La retención de la prótesis superior es:
0. Inadecuada 1.Adecuada
- 32 La retención de la prótesis inferior es:
0. Inadecuada 1.Adecuada
- 33 La estabilidad de la prótesis superior es:
0. Inadecuada 1.Adecuada
- 34 La estabilidad de la prótesis superior es:
0. Inadecuada 1.Adecuada
- 35 Presenta Dolor Mandibular
0.No 1.Si
- Presenta chasquido en la Articulación temporomandibular?
- 36 0.No 1.Si Derecha
- 37 0.No 1.Si Izquierda
- 38 0.No 1.Si Ambas
- 39 # de dientes cariados:
- 40 #de dientes perdidos :
- 41 Caries Radicular 0. No 1.Si
- 42 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY: Clase
- Modificación:



ANEXO 3

Questionario 2

Instrucciones
Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0-196), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del participante.
Las preguntas sin respuesta se codificarán como 9 y al calcular la calificación del instrumento se considerarán con valor de "cero"

Entrevistador: Iniciar cada pregunta con la siguiente frase: ¿En los últimos 6 meses meses ...
1. ...ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
2. ...ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
3. ...ha notado que algún diente no se ve bien ?
4. ...ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes o prótesis?
5. ...ha sentido que tiene aliento fétido debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
6. ...ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
7. ...ha quedado comida atrapada entre sus dientes o debajo de sus prótesis?
8. ...ha sentido que su digestión ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
9. ...ha sentido que sus dentaduras no ajustan apropiadamente?
10. ...ha tenido dolor en su boca?
11. ...ha tenido su mandíbula adolorida?
12. ...Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
13. ...Ha tenido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
14. ...Ha tenido dolor dental?
15. ...ha tenido dolor en sus encías ?
16. ...Ha encontrado incomodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
17. ...ha tenido puntos dolorosos en su boca?
18. ...Ha tenido dentaduras que no son confortables?
19. ...Ha estado preocupado por problemas dentales?
20. ...ha estado avergonzado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
21. ...Problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?
22. ...se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?



23. ...Se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
24. ...su modo de hablar ha sido poco claro debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
25. ...Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus diente, boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
26. ...ha experimentado menos sabor en su comida debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
27. ...Ha sido incapaz de cepillarse los dientes adecuadamente debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
28. ...Ha tenido que evitar comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
29. ...ha sido insatisfactoria su dieta debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
30. ...ha sido incapaz de comer con sus dentaduras debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
31. ...ha evitado sonreír debido a sus problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
32. ...ha tenido que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
33. ...Se ha interrumpido su sueño debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
34. ...Se ha sentido irritado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
35. ...Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
36. ...Se ha sentido deprimido debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
37. Ha visto afectada su concentración debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
38. ...Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
39. ...Ha evitado salir a la calle debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
40. Ha sido menos tolerante con su esposo(a) o su familia debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
41. ...Ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
42. ...ha estado u poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
43. ...Ha tenido dificultades para realizar sus labores habituales debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
44. ...Ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
45. ...ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
46. ...ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería debido a su boca dientes o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
47. ...ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
48. ...ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes boca o prótesis?
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
49. ...ha sido incapaz de trabajar con toda su capacidad debido a problemas con sus dientes
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre