



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

***FRECUENCIA DE LA PÉRDIDA, USO Y NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTAL
EN ADULTOS MAYORES DE LA ESTANCIA DE DÍA BENITO JUÁREZ Y
METROPOLITANA PERTENECIENTES AL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL PARA LA FAMILIA (SMDIF) DE CD.
NEZAHUALCOYOTL, 2019.***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

CAROLINA VIRGINIA FLORES VICTORIA

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. JOSEFINA MORALES VÁSQUEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. J. JESÚS REGALADO AYALA

ASESOR DE TESIS:

DR. SERGIO RESENDIZ RIVERA

CDMX, 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

SEMINARIO DE ELABORACIÓN DE TESIS EN LÍNEA



TESIS

*ELABORADA EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADES DEL:
SEMINARIO DE ELABORACIÓN DE TESIS EN LÍNEA*

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental en adultos mayores de la estancia de día Benito Juárez y Metropolitana Pertenecientes al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral para la Familia (SMDIF) de Cd. Nezahualcóyotl, 2019.



COORDINADORES:
JOSEFINA MORALES VÁZQUEZ
J. JESÚS REGALADO AYALA

Agradecimientos

Por este medio quiero expresar mi agradecimiento a aquellas instituciones y personas que fueron imprescindibles para la realización y guía durante el desarrollo de este trabajo de investigación.

Agradezco a la Facultad de Estudios superiores Zaragoza y a la Carrera de Cirujano Dentista por ser mi segunda casa y mi guía para poder culminar este punto de mi vida y realizarme profesionalmente.

Agradezco al Seminario de Tesis en Línea por el apoyo incondicional, por su confianza, por paciencia, por su dedicación, por su comprensión, por ser mi guía en cada paso de este proyecto.

Agradezco a la Directora de esta tesis a la Mtra. Josefina Morales Vásquez por ser la primera persona que creyó en mi capacidad para realizar este proyecto, además por llevarme de la mano en cada paso, por su orientación, por su paciencia y dedicación, por su amabilidad y disponibilidad para ayudarme y mejorar la forma en que adquiero y formulo mis ideas y por ser una persona profesional que me brindo sus conocimientos y en especial por ser un gran ser humano.

Agradezco al Asesor el Doctor J. Jesús Regalado Ayala por apoyarme durante este proceso, por brindarme su conocimiento, por su amabilidad y dedicación, por la confianza que me brindo y por seguir cada paso de esta tesis.

Agradezco al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral para la Familia (SMDIF) Nezahualcóyotl que me abrió sus puertas y me apoyo en cada momento de mi investigación y en especial a mi Asesor Externo, al Doctor Sergio Reséndiz Rivera, Encargado del área de la subdirección Médica del SMDIF Nezahualcóyotl; que además de su apoyo creyó en mi proyecto de investigación, y me brindo siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Asimismo agradezco a la Lic. Olga Catalán Padilla Directora General del SMDIF de Nezahualcóyotl, a Grissel Tufiño Baeza Subdirectora de los Centros de Atención e Integración Social, a Félix De Jesús Ramírez Daza Coordinador de la Casa de Día Metropolitana, a Eduardo Daniel López González Coordinador de la Casa de Día Benito

Juárez; que me brindaron todas las facilidades para poder llevar a cabo mi investigación y por su invaluable colaboración durante la realización de este proyecto.

Agradezco a cada uno de los adultos mayores de las Casa de Día Benito Juárez y Metropolitana que fueron participes en este proyecto, por brindarme su apoyo y confianza para poder realizar esta tesis.

Agradezco al Doctor Gabino Escárcega Barbosa por su colaboración, por su amabilidad y disponibilidad, por brindarme su conocimiento para mejorar las bases de esta tesis y por ser parte de este proyecto de investigación

Agradezco a la Doctora Brenda Contreras Pérez por su colaboración, y dedicación en esta tesis, por brindarme su confianza, su conocimiento, por su apoyo incondicional, por su profesionalismo, por ser una guía durante mi formación académica y por ayudarme en este proceso a centrar mis ideas.

Dedicatoria

Como cualquier meta cubierta en mi vida, el completar este proceso, que fue la culminación de la Licenciatura de la Carrera de Cirujano Dentista mediante la elaboración de tesis, por el Seminario de Tesis en Línea, no habría sido posible sin el apoyo emocional y táctico de quienes me rodean y forman parte de mi vida.

En primer lugar quiero agradecer infinitamente a mi familia que son mis pilares y mi fortaleza ante la vida.

A mi hijo Edgar Jesús que es lo más importante y la más grande expresión de amor, que llego a este mundo a cambiarme la vida, que llego a enseñarme tantas cosas y que estando con él no me falta nada; que cada paso que he dado a lo largo de esta carrera ha sido pensando en él, que cada vez que lo dejaba para venir a la escuela me partía el corazón pensando si estaba haciendo lo correcto; y sobre todo para demostrarle que no existen límites y barreras para lograr lo que te propongas, te agradezco por ser la persona tal especial que eres, por tu madurez, por tu sinceridad y pureza; por aguantarme y por ser mi compañero durante ese proceso, muchas gracias, te amo.

A mi Esposo Edgar una persona a la cual admiro y amo sobre todas las cosas, que llego a mi vida en el momento indicado y que ha sido mi compañero durante estos 14 años, los cuales han sido de mucho aprendizaje tanto en las buenas como en las malas y me ha demostrado que su hijo y yo somos su prioridad y que juntos podemos lograr cualquier cosa; gracias por ser una persona incondicional, por ser un gran padre, por ser un gran amigo y por ser un gran compañero y que gran parte de este proceso no lo hubiera podido lograr sin tu apoyo, gracias por estar en mi vida, te amo.

A mi Madre María de Lourdes, primero por darme la vida y porque gran parte de la persona que soy fueron por sus enseñanzas, por apoyarme como siempre lo haces, por enseñarme la perseverancia, por tus regaños, por tus cuidados por tu desvelos y porque ahora que soy madre comprendo muchas cosas que en mi juventud no las veía, mil gracias, y a pesar de todo, aquí está el resultado del esfuerzo que has hecho por mí, muchas gracias, te amo.

A mis tíos: Juan, Carlos, Carmen y Patricia que todos ellos fueron mis segundas Padres y Madres y que trajeron grandes enseñanzas a mi vida y parte de la persona que soy es por ellos, gracias por cuidarme y procurarme, los amo.

A mi Abuelo Juan que ha sido como mi padre, y que me cuido y procuro, y siempre vio por mi bienestar y que me enseñó que trabajando todo se puede lograr, mil gracias, lo amo.

A mi Abuela María Felipa, que aunque ya no está con nosotros la sigo extrañando demasiado que me hace mucha falta y que su partida ha sido lo más doloroso que he experimentado, ella me enseñó a luchar por lo que quiero, a ser fuerte a ser tenaz, me enseñó a ser una mujer fuerte y a cuidar y procurar a la familia, desde donde este esto es para ella, te amo y extraño.

A mis suegros Hortensia y Salvador, agradecerles por abrirme las puertas de su casa, por brindarme su confianza y por acompañarme en las buenas y en las malas, por darme su apoyo incondicional, por sus enseñanzas y consejos y por formar parte de este proceso, mil gracias.

Agradezco a Dios por jamás me soltó de su mano y siempre estuvo cuando más lo necesitaba.

Y por último agradecer a todas aquellas personas que se cruzaron en mi camino para bien o para mal, que gracias a sus buenos y malos deseos he logrado culminar esta etapa de mi vida, por lo cual me siento satisfecha con lo mucho o poco que he logrado.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada con la pérdida dental, uso y necesidad de prótesis es un tema de gran importancia y ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países; además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el sistema social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras, así como en su estado físico y psicológico.

En este mismo sentido se debe considerar al sistema estomatognático, el cual desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje, las expresiones faciales, masticación, deglución, salivación, el sentido del gusto y es un gran indicador de la salud del individuo.

Las enfermedades bucales, influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fono articular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. Aunque el envejecimiento se relacionó por primera vez con la salud bucal durante la segunda guerra mundial, cuando la presencia de seis órganos dentales en oclusión fue utilizada como indicador de una adecuada relación: función bucal-sentirse bien, su importancia en el área odontológica ha tomado relevancia sólo en las últimas décadas, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud bucal.

Cada persona vive el envejecimiento de diferente forma y a ritmos distintos, dependiendo de factores genéticos, estilos de vida y ambientales, sin embargo, todas las personas inevitablemente envejecen.

Es por ello la importancia del tema de la pérdida dental que se ocasiona por varios factores entre los más importantes: caries dental, periodontitis, traumatismos, fisuras, fracturas; todo esto trae como consecuencia problemas estéticos, de masticación, de fonética; sociales y psicológicos del paciente.

La ausencia de múltiples órganos dentales, puede llegar incluso al edentulismo, es frecuente que con el avance de la edad, ocurran pérdidas dentarias, por ello es importante recuperar todas las funciones del aparato estomatognático del paciente, los tratamientos odontológicos se basan en prótesis dentales tales como: prostodoncia fija, removible y total dependiendo de grado de ausencia parcial o total de los órganos dentales.

Por tal motivo el siguiente estudio se orienta en identificar la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental en los adultos mayores en la Casa de Día, Benito Juárez y Metropolitana pertenecientes al Sistema Municipal para el desarrollo integral para la familia (SMDIF) de ciudad Nezahualcóyotl, 2019.

II. RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La pérdida dental se define como la ausencia total o parcial de los órganos dentales. Las causas de la pérdida de órganos dentales; las causas principalmente es por caries dental, periodontitis, enfermedades sistémicas, fisuras, fracturas y traumatismos; su tratamiento consiste en una rehabilitación protésica dental. **OBJETIVO** identificar la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental en una población de adultos mayores de la casa de día Benito Juárez y Metropolitana pertenecientes el (SMDIF), de cd. Nezahualcóyotl, 2019. Por sexo. **MATERIAL Y MÉTODO.** Tipo de estudio: descriptivo, transversal, prolectivo, observacional; se revisaron 79 adultos mayores; se utilizó el índice de Situación y Necesidad de prótesis de la encuesta de salud bucodental de la OMS 1997; previo consentimiento bajo información, informando por los adultos; uso de medidas de bioseguridad y material desechables previa calibración y estandarización de la examinadora con un valor de kappa de 0.90. **RESULTADOS.** Del total de pacientes revisados el 74% fue del sexo femenino; 43% de los órganos dentales estaban perdidos, el uso de prótesis superior fue del 40% con dentadura completa removible; el uso de prótesis inferior fue del 31% con dentadura postiza parcial; la necesidad de prótesis superior fue del 46% con necesidad de combinación de prótesis unitaria y multiunitaria; la necesidad de prótesis inferior fu del 39% con necesidad de una prótesis multiunitaria. 26% fue del sexo masculino; el 64% de los órganos estaban perdidos; el uso de prótesis superior fue del 37% con dentadura completa removible; usos de prótesis inferior fue de 41% con dentadura completa removible; necesidad de prótesis superior fue del 55% con necesidad de una combinación de prótesis; necesidad de prótesis inferior fue del 58% con necesidad de una combinación de prótesis. **CONCLUSIÓN.** La frecuencia de la pérdida dental es mayor en pacientes del sexo masculino, el uso de prótesis con mayor frecuencia en prótesis superior e inferior es la dentadura completa removible; y la necesidad de prótesis superior e inferior es la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria; por ello que el tratamiento de rehabilitación protésica se necesita con mayor frecuencia en la población adulta mayor del sexo masculino y mayor necesidad que uso de prótesis dental.

Palabras clave: Pérdida dental, uso y necesidad de prótesis.

III. MARCO TEÓRICO

1.-Pérdida dental

Se define como la ausencia o pérdida total o parcial de los órganos dentarios también llamado edentulismo. ⁽¹⁾

2.-Etiología de la pérdida dental

La causa del edentulismo puede ser congénita o adquirida.

Los edentulismo congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos y que afectan de manera significativa el sistema estomatognático.

El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de los órganos dentales durante nuestra vida es un hecho más común, y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismo. ⁽²⁾

La caries dental y las enfermedades periodontales son influenciadas por múltiples factores como la edad, género, enfermedades sistémicas, consumo de múltiples fármacos, factores socio demográficos (urbanización, estado socioeconómico bajo), forma de vida (el fumar, consumo de alcohol, visitas dentales irregulares), factores psicológicos y sociales (depresión, tensión, aislamiento social) y carencia de servicio dental, hábitos, mal posiciones dentales y traumatismos. ⁽³⁾

Cuando la gente envejece, su capacidad física se ve disminuida y afecta su capacidad de mantener sus órganos dentales; por otra parte, los adultos mayores sufren de enfermedades crónicas múltiples, lo que conlleva a la consecuente prescripción de numerosos medicamentos. ⁽⁴⁾

El curso y pronóstico de la enfermedad es diferente en los jóvenes y adultos que en las personas mayores; estas experimentan mayor afectación bucal como xerostomía, incremento en el número de órganos dentarios perdidos, caries dental, enfermedad periodontal y cáncer bucal; a continuación, se describe brevemente cada una de ellas. ⁽⁵⁾

Caries dental

La caries dental es definida como lesión que afecta el esmalte y progresivamente la dentina y su evolución pueden invadir la pulpa dental; su metodología es multifactorial causado principalmente por el acumulo de una biopelícula, causada por una mala higiene bucal, esta transforma los azúcares de la dieta en ácidos que erosionan el esmalte y de no ser frenados a tiempo, puede llegar a infectar el tejido del interior del órgano dental; sus características

clínicas son la pigmentación en los órganos dentales y su progresión invade dentina y pulpa que puede provocar dolor dental dependiendo de la progresión de esta enfermedad; y la falta de atención de este padecimiento provoca la extracción del órgano dental, el tratamiento en la caries en esmalte son resinas, el tratamiento en caries en dentina y pulpa son recubrimientos y puede llegar a tratamientos pulpares y la consecutiva progresión de caries es extracción del órgano dental y para remplazar este órgano se requiere de una prótesis fija o implante dental dependiente de los órganos dentales faltantes en la cavidad bucal.⁽⁶⁾

Periodontitis

También causado por el acumulo de biopelícula, esta infección provoca la inflamación y destrucción de los tejidos gingivales que sujetan los órganos dentales, llegando a ocasionar su perdida por falta de soporte. Sus características clínicas son: inflamación de la encía, cálculo dental y movilidad dental, su tratamiento radica preventivamente es profilaxis dental.⁽⁷⁾ (Ver figura No. 1)

Figura No. 1 Periodontitis



Fuente: Proceso degenerativo de la encía. Perio3001.blogspot.com

Enfermedades sistémicas

La salud bucal es esencial para el bienestar general de las personas; estudios realizados durante los últimos años han demostrado una estrecha relación entre las enfermedades sistémicas y la salud bucal. Un detallado examen bucal puede detectar señales de deficiencias nutricionales, así como varias enfermedades sistémicas, incluyendo las infecciones, desordenes del sistema inmunológico, lesiones y algunas enfermedades graves. Las enfermedades sistémicas tienen un impacto en la salud bucal; así mismo, la enfermedad periodontal ha sido relacionada con implicaciones sistémicas.⁽⁸⁾

Enfermedad periodontal, diabetes y enfermedades cardíacas

También hay una estrecha relación entre las enfermedades de la encía y la diabetes o los problemas cardiovasculares. La periodontitis provoca la pérdida de los órganos dentales; esta infección agrede a la encía y al hueso y puede provocar que se disemine por una arteria o un vaso, y viaje al torrente sanguíneo favoreciendo un proceso inflamatorio que puede incrementar una respuesta en el organismo a nivel cardiovascular.

Pérdidas dentales y desorden alimenticio

La falta de algún órgano dental puede ocasionar desordenes de la alimentación, con normalidad el estómago no trabaja adecuadamente y puede producir problemas del sistema digestivo. ⁽⁹⁾

Fisuras

Fisuras dentales son pequeñas grietas o agujeros que surgen en la superficie dental las cuales manifiestan características clínicas como llegar a presentar dolor al morder o masticar y posteriormente con el tiempo puede llegar a debilitar el órgano dental y presentar una fractura.

Fracturas

Se define como el desprendimiento o discontinuidad de los componentes del órgano dental y se clasifican en:

Corona

- Fracturas del esmalte.
- Fracturas del esmalte y dentina.
- Fracturas con exposición pulpar.
- Fracturas oblicuas de corona y raíz.

Raíz

- Luxaciones contusión periodontal.
- Subluxación.
- Luxación.

- Avulsión dentaria. ⁽¹⁰⁾

Traumatismo

Los golpes pueden dañar o fracturar los órganos dentales o los tejidos gingivales o incluso provocar su avulsión y se clasifican en:

- Infracción del esmalte sin tanta deformación del esmalte
- Fractura coronal del esmalte, perdida evidente del esmalte
- Fractura coronaria sin afección de la pulpa
- Fractura coronaria con afección de la pulpa
- Fractura corono –radicular
- Fractura radicular. ⁽¹¹⁾

Clasificación de la pérdida dental

Edentulismo

Se define con la pérdida de uno a varios órganos dentales.

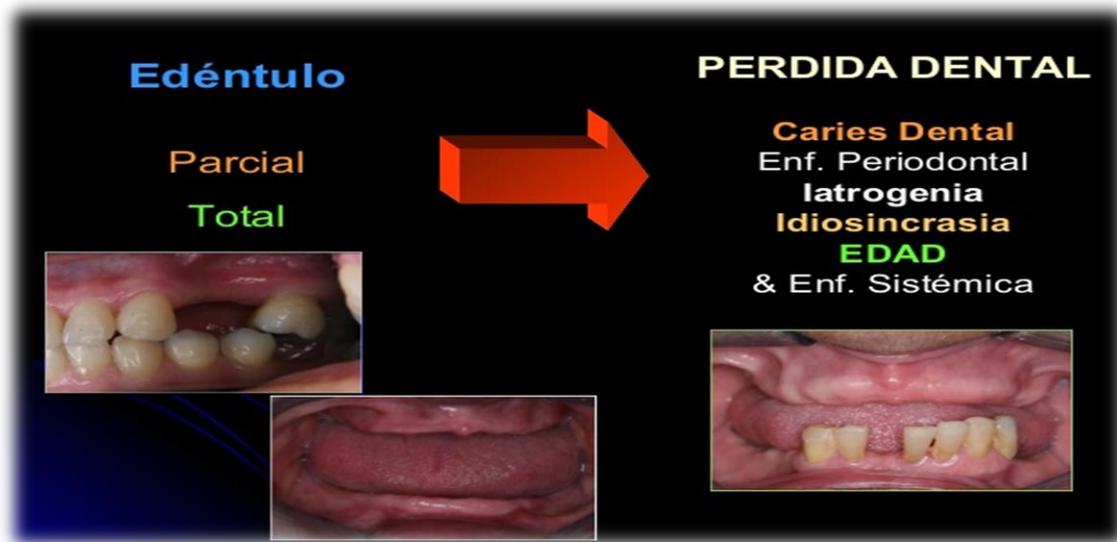
Las características clínicas del edentulismo parcial son la reabsorción del hueso alveolar o migración de los órganos dentales vecinos hacia el nuevo espacio creado; el movimiento de los órganos dentarios genera alteraciones de oclusión, fonética y masticación. ⁽¹²⁾

Edentulismo total

El edentulismo total se define como la pérdida de todos los órganos dentales.

El edentulismo total conlleva importantes alteraciones estéticas; pudiendo disminuir el autoestima, inducir alteraciones de la pronunciación de la palabra, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular; esta consecuencia estética se hace más evidente cuando el edentulismo afecta la parte anterior; ello conduce a una reabsorción acelerada en el maxilar superior y como consecuencia de ello, la mandíbula experimenta una rotación en sentido anti horario buscando reposicionarse respecto al maxilar superior; esta reposición se ve cada vez más dificultada por la reabsorción ósea. ⁽¹³⁾ (Ver figura No. 2)

Figura No. 2 Edentulismo



Fuente: Salud oral en adultos mayores, prótesis. Es. slideshare.net.

Las manifestaciones finales son la protrusión del mentón mandibular, la disminución del tercio inferior de la cara, el hundimiento del labio superior y el aumento de la anchura de la boca. ⁽¹⁴⁾

DIAGNÓSTICO Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Exploración clínica

Uno de los métodos más utilizados por su simplicidad y accesibilidad al profesional; en donde el odontólogo revisa la cavidad bucal con el espejo y explorador, con este método los resultados serán diferentes en función del estadio de la pérdida dental y así conocer el uso y la necesidad de prótesis. ⁽¹⁵⁾ (Ver figura No. 3)

Figura No. 3 Exploración de la Cavidad oral



Fuente: Adulto mayor y salud bucal. Accessmedicina.mhmedial.com

Exploración visual, táctil con sonda

Sondaje periodontal

Profundidad sondable. Recordar que el espacio que se forma alrededor de los órganos dentales, entre la encía y la superficie radicular, representa nuestro punto principal de análisis; este espacio puede ser considerado un surco o bolsa periodontal. (Ver figura No. 4)

Figura No. 4 Sondeo o bolsa periodontal



Fuente: Anatomía del Peridonto. Quintocperiodoncia.blogspot.com

El surco periodontal se define como un espacio alrededor de los órganos dentales entre la encía marginal y la superficie dental y el sondaje se evalúa con medidas superiores de 4mm existe bolsa periodontal. ⁽¹⁶⁾

Exploración Radiográfica

Pérdida ósea radiográfica

Se manifiesta como una pérdida de continuidad (radiopacidad) de las corticales y crestas óseas, pérdida de la altura ósea, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, radiolucides en zona apical y de furcación.

El patrón de pérdida ósea puede ser horizontal o vertical y la severidad de la pérdida ósea puede estar estimada en los tercios de la raíz. ⁽¹⁷⁾

TRATAMIENTO O REHABILITACIÓN

El tratamiento consiste rehabilitación o colocación de una prótesis.

Las prótesis dentales son dispositivos diseñados para remplazar los órganos dentales perdidos. Una prótesis dental, es un elemento artificial dedicado a restaurar la anatomía de uno o varios órganos dentales, restituyendo también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, son aparatos confeccionados en los laboratorios dentales, cuya finalidad es la de sustituir los órganos dentales perdidos, para recuperar principalmente la función masticatoria, fonética y la estética. ⁽¹⁸⁾

La prostodoncia es definida como la rama de la odontología que se ocupa de la restauración y el mantenimiento de las funciones orales, el confort, la apariencia y la salud del paciente, mediante el reemplazo de los órganos dentales y tejidos contiguos faltantes por sustitutos artificiales. Una prótesis está diseñada de manera que pueda ser retirada e insertada por el mismo paciente. ⁽¹⁹⁾

La confección de una prótesis total o parcial depende de la anatomía de los maxilares, de los músculos extraorales e intraorales, es un procedimiento que requiere de mucha paciencia debido al tiempo que se dedica a la hora de restaurar las funciones masticatorias, de fonética y la estética para así lograr que el paciente quede satisfecho con su prótesis. ⁽²⁰⁾

En ausencia total de los órganos dentarios se recurre a la prótesis total o completa: parte de la capacidad masticatoria es devuelta al paciente con este tipo de prótesis obteniendo con ellas una estética aceptable. En ella se incluyen todas las piezas dentarias. ⁽²¹⁾ (Ver figura No. 5)

Figura No. 5 Tipos de prótesis dental



Fuente: salud bucodental.Protesisdentales.org.es.

Tipos de prótesis dental

Las prótesis pueden ser **completas o parciales** y a la vez se ramifica en **fijas y removibles**.

Prótesis total

Rebordes alveolares

Las prótesis totales o de rebordes alveolares son dentaduras completas que reemplazan todos o casi todos los órganos de la maxilar superior y mandíbula o ambos.

Son fabricadas con un soporte de acrílico de un color que imita a de la encía y sobre ella se instalan los órganos dentales que también son fabricados en material acrílico.

La base debe adaptarse al reborde de la encía, para que la masticación, el habla y la comodidad sean los apropiados; por esta razón el odontólogo debe tomar previamente un modelo de las arcadas.

Con el tiempo la base de los órganos dentales va perdiendo la adaptación ya que las encías y el hueso sufren pequeñas variaciones; esta prótesis mal adaptada provoca problemas que pueden producir úlceras

Por esta causa el paciente deberá acudir al odontólogo para que la prótesis sea revisada, es recomendable que el paciente no manipule sus prótesis; ya que solo el especialista sabe cómo volver a adaptar la prótesis. (Ver figura No. 6)

Figura No. 6 Prótesis completa



Fuente: Rehabilitación bucal. Dentisalud.com

Prótesis parciales

Las prótesis parciales se utilizan para reemplazar parte de la dentadura que falta en la boca; comprende solamente uno o varios órganos dentales.

Pueden ser de dos tipos:

Prótesis removibles:

Tienen un soporte el cual pueden ser de acrílico o metal o una combinación de ambos sobre la que se ubican uno o más órganos dentales artificiales. Esta base se une a los órganos dentales que delimitan el espacio que no tiene órganos dentales mediante unos retenedores metálicos.

En la actualidad pueden realizarse con los retenedores en acrílico que desgastan menos los órganos dentales y son más estéticos. ⁽²²⁾ (Ver figura No. 7)

Figura No. 7 Prótesis removible



Fuente: Rehabilitación bucal. Dentisalud.com

Existen varias formas de clasificar los arcos parcialmente edéntulos, sin embargo las más utilizadas es la clasificación de Kennedy la cual se divide en clases:

- Clase I: Desdentado bilateral posterior
- Clase II: Desdentado unilateral posterior
- Clase III: Zona desdentada anterior o posterior con límite dentario en ambos extremos
- Clase IV: Tramo desdentado anterior que cruza línea media.

Cada una de las clasificaciones puede presentar zonas edéntulas adicionales que se denominan modificaciones, son la clase IV no tiene modificaciones.

Reglas de Applegate:

1. La clasificación será hecha después de las exodoncias de los órganos dentales.
2. Si el tercer molar estuviera ausente su espacio no entrara en la clasificación.
3. Si hubiera un tercer molar y se pudiera utilizar como soporte debe ser incluida en la clasificación.

4. Si el segundo molar estuviera ausente y no se plantea restituirlo no entra en la clasificación.
5. Las áreas posteriores rigen la clasificación.
6. La otra área desdentada y que son secundarias dan origen a las modificaciones de subclases.
7. La extensión de las subclases no interesa solamente las modificaciones.
8. No hay modificaciones en la clase IV. ⁽²³⁾

Prótesis fijas

Es aquella prótesis soportada por los órganos dentales o por implantes que una vez instalada no puede ser retirada por el pacientes.

Por lo cual debe ser considerada la ley de Ante, la cual consiste en que la superficie radicular de los órganos dentales pilares debe ser mayor o igual a los órganos dentales a sustituir con los pónicos.

- Si faltan dos órganos dentales, los dos eventuales pilares probablemente soporten la carga adicional, pero se está cerca del límite.
- Si falta un órgano dental, el ligamento periodontal de dos órganos dentarios sanos es capaz de soportar la carga adicional.
- Si las superficies de las raíces de los órganos dentales que van a ser remplazadas por pónicos, sobrepasa la de los pilares se han generado una situación generalmente inaceptable.⁽²⁴⁾

Se debe considerar los principios básicos que determinan el diseño y ejecución de los tallados para las restauraciones; preservando la estructura dentaria hay que tratar siempre preservar la mayor cantidad de órgano dental sano, hay que tallar por lo menos 2 mm para el tipo de material de restauración, retención y estabilidad la restauración debe siempre pertenecer en el órgano dental tallado.

Clasificación de la prótesis

Prótesis dentosoportada:

Aquellas que son soportadas por los órganos dentales pilares, o remanentes, del paciente, que son órganos dentales que este aún conserva; los órganos dentales pueden conservar íntegramente su estructura, o pueden ser (en la gran mayoría de los casos) órganos dentales previamente tallados por el odontólogo.

Dentosoportada como las coronas y los puentes en este último caso el soporte está dado por los pilares a ambos lados que son los que resisten y transmiten las cargas al hueso no hay soporte mucoso por que la prótesis no toca la encía o tiene un contacto pasivo.

También están las de soporte combinado como las mucodentosoportadas. La prótesis Dentosoportada, que es la que restaura espacios edentulos limitados por órganos dentarios (clase III y IV con espacios edentulos cortos) ofrece una marcada superioridad sobre la prótesis dentomucosoportadas ya que toda la carga la soportan enteramente los órganos dentarios pilares colocados en los extremos de los espacios edéntulos. ⁽²⁵⁾

Este tipo de prótesis funciona con mayor semejanza a una prótesis parcial fija ya, que los retenedores directos colocados en dichas órganos dentarios neutralizan cualquier desplazamiento de la prótesis gingival, oclusal u horizontal que se pueda generar como resultado de las fuerzas de la masticación por acción de las fuerzas.

Prótesis dentomucosoportada parcial

Dentomucosoportadas: se apoyan en órganos dentales y en la mucosa bucal por lo tanto se sujetan en los órganos dentarios del paciente y en la mucosa.

Se les llama parciales porque solo falta algunos órganos dentales, y el diseño del aparato permite que el paciente se lo pueda sacar de la boca cuando quiera.

Si la base que soporta los órganos dentales es de acrílico, decimos que es una prótesis parcial removible acrílica, si la base es metálica decimos que es una prótesis esquelética.

El apoyo sobre los órganos dentales puede ser con retenedores o ganchos y mediante anclajes o ataches.

Los retenedores suelen ser metálicos, y rodean el órgano dental sujetando a la estructura, base de la prótesis; al ser antiestéticos se han buscado otras soluciones, hoy se confeccionan de color blanco, pero con efectividad variable.

Los anclajes son un sistema de retención de la prótesis basados en apoyarse la prótesis en un sistema macho-hembra que queda por debajo de la estructura metálica de la prótesis y al eliminar los retenedores visibles, tienen un efecto estético favorable. ⁽²⁾

Es necesario realizar coronas en los órganos dentales que van a sujetar la parte hembra del

anclaje, irán en la parte posterior, y el encajara en la parte del esquelética, que suele ser una bola o un elemento rectangular y al entrar quedara la prótesis retenida. Hay anclaje extracoronarios e intracoronarios, cambia la disposición del anclaje, pero el objetivo es el mismo

Prótesis mucosoportada total

Aquellas que se soportan sobre el proceso alveolar, en contacto con la encía. Las prótesis completamente mucosoportadas se realizan cuando el paciente no tiene ningún diente, la prótesis completa mucosoportadas es una prótesis que construimos para los pacientes desdentados totales, que se incluyen todos los órganos dentales.

Se suelen colocar 14 púnticos por arcada, se omiten siempre los terceros molares, y a veces según las exigencias de las estructuras bucales, tenemos que reducir el número de púnticos a 12, eliminando un premolar o un segundo molar.

El soporte de la prótesis se basa en el contacto directo con la mucosa bucal, al estar la mucosa y la base de la prótesis húmeda, se crea una fuerza de fijación que está en relación entre otros, con la extensión de la prótesis, y con la tensión superficial de la saliva, esta fuerza sujeta la prótesis.

La sujeción y estabilidad de la prótesis depende de muchos factores, ya que no todos los pacientes consiguen llevar la prótesis de forma comfortable y con un buen funcionalismo.

Estos factores son:

- Forma y morfología de las arcadas dentales, a mejor estado óseo mejor soporte de la prótesis.
- Musculatura e inserciones musculares: muchas veces las fuerzas musculares hacen expulsiva a la prótesis.
- Factores psicológicos: hay pacientes que no soportan la idea de llevar una prótesis removible, y a mayor edad, más difícil es la habituación a la prótesis.
- Prótesis mal equilibradas: defecto de construcción, los contactos dentales no son los ideales.
- Enfermedades de bucales: todo lo que pueda producir sequedad bucal. Alergias a los materiales de la prótesis.
- Debido a que muchos pacientes no logran una sujeción y estabilidad que les permita un buen funcionalismo masticatorio, se han inventado multitud de sistemas para ayudar o conseguir la mencionada sujeción.⁽²⁷⁾
- Los materiales que se usan para confeccionar una prótesis han cambiado con el paso de los años, antes se hacían prótesis de caucho, posteriormente se

empezaron a usar acrílicos, aun usados hoy en día en los laboratorios.

- Se han confeccionado prótesis con bases metálicas, pero la sujeción no es mejor que la del acrílico, debido a la falta de porosidad del metal, ya que el acrílico absorbe humedad que ayuda a mantener la fijación.
- Otros sistemas usados son los adhesivos para prótesis, hay mucha gente que gracias a ellos pueden llevar la prótesis, pero no deja de ser un método engorroso.
- Hay también en el mercado almohadillas de material blando, para colocar en la base de la prótesis para aumentar la adherencia.
- Se han perfeccionado mucho las técnicas para confeccionar una prótesis completa, durante unos años ha prevalecido la técnica de hacer una prótesis equilibrada, es decir, contactos dentarios en ambos lados durante la masticación, es la mejor y la más aceptada técnica de todas las usadas, y aún está en vigor el concepto de bibalanceada.

Prótesis implantosoportados

Aquellas que son soportadas por implantes dentales (prótesis Implantosoportadas).

La prótesis Implantosoportada es un tratamiento que consta de una estructura protética anclada mediante cemento o tornillos en los implantes que han colocado previamente dentro de los huesos maxilares, con objeto de recuperar al máximo la función y la estética de sus órganos dentales.

Podemos rehabilitar desde implantes unitarios con una sola corona hasta sectores más amplios con coronas múltiples; también podemos mejorar la retención de las prótesis totales convencionales colocando un mínimo de 2 implantes para que logren mantenerlas fijas.

Ventajas de usar una prótesis implantosoportada:

- Preservación del tejido óseo este tipo de prótesis es una de las mejores técnicas de mantenimiento preventivo en odontología debido a que actúan como dientes naturales ayudan a la estimulación y crecimiento óseo; de esta manera mantiene el ancho y la altura ósea siempre que la rehabilitación permanezca en buen estado.
- Mejora la masticación: la habilidad de la actividad masticatoria mejora dramáticamente. Mientras que una prótesis removible es sólo un 30% tan eficiente

como los órganos dentales naturales, las prótesis implantosoportadas pueden alcanzar hasta un 90% de la eficiencia natural masticatoria. ⁽²⁸⁾

- Mejora la fonética: al tener mayor estabilidad las restauraciones sobre implantes, no se producen alteraciones de los músculos masticatorios ni de los que intervienen en la expresión facial, eliminándose toda posibilidad de alteración en la fonética.
- Mejora la estética: se ven y se sienten como órganos dentales naturales con las prótesis implantosoportadas es posible lograr una morfología y un aspecto facial óptimo en todos los planos anatómicos
- Durabilidad: pueden durar muchos años con un buen mantenimiento, incluso toda la vida.
- Mejora la confianza: con las prótesis implantosoportadas, una persona puede sentir plena confianza en que sus órganos dentales no se moverán; podrá realizar cualquier actividad regular sin ningún temor; efecto psicológico positivo: el hecho de no tener que quitarse la prótesis, aumenta la confianza en sí mismo.
- Mayor comodidad y conveniencia: las prótesis removibles convencionales pueden causar úlceras debajo de la dentadura durante el proceso de adaptación del paciente; con una prótesis implantosoportada no hay riesgo de laceraciones y no requiere de utilizar pastas de adhesión. ⁽²⁹⁾ (Ver figura No. 8)

Figura No. 8 Prótesis fija implantosoportada



Fuente: Rehabilitación bucal. Dentisalud.com

Tipos prótesis sobre implantes

Sustitución de: “implante unitario” o “Varios implante en zona edéntula” con prótesis fija.

Sustitución de una arcada completa superior o inferior (todos los órganos dentales): sobredentadura removable aguantada en barra o bolas atornilladas sobre los implantes.

Tipos prótesis sobre implantes

- Prótesis fija atornillada al implante.
- Prótesis fija cementada al implante.

- Prótesis removible soportada en barra o bolas atornilladas sobre varios implantes.

Prótesis implantomucosoportada

Son prótesis soportada por dos implantes quirúrgicos y se utiliza un sistema atache en barra, que le proveen retención y soporta la mayoría de las fuerzas de la masticación mientras que el resto de las fuerzas es transferido al aspecto posterior de la sobre dentadura y es absorbido finalmente por el tejido de soporte, su base proporciona cobertura extendida sobre el tejido.

Prótesis dentoimplantosoportada

Este tipo de prótesis va apoyada en los implantes y a su vez en órganos dentales propios del paciente. Es el tipo de prótesis menos recomendable, ya que la pieza natural y el implante tienen diferente resiliencia, (volver atrás, o, rebotar) y por ello las fuerzas masticatorias, al repartirse entre pilares diferentes.

Prótesis híbridas

Consiste en la colocación de entre cuatro y seis implantes a pacientes con ausencia total de órganos dentales, para luego colocar una dentadura atornillada a los implantes, pero que sólo puede ser removida por el odontólogo.

El sistema all-on-four (all-on-4) es una técnica desarrollada por el Dr. Paolo Malo, es un sistema que permite la rehabilitación total fija con implantes del maxilar superior y/o inferior en el paciente desdentado total. Este procedimiento permite proveer al paciente dientes fijos de inmediato, su nombre procede de la utilización de únicamente 4 implantes por maxilar aunque pueden ser necesarios 5 o 6 en ciertos casos del maxilar superior. ⁽³⁰⁾

Tipos de prótesis híbrida:

- Prótesis híbridas sobre implantes
- Prótesis fijas sobre implantes
- Puentes

Prótesis híbridas sobre implantes

Las prótesis híbridas sobre implantes son prótesis fijas para el paciente, pero removibles para el profesional de forma simple.

Su indicación son pacientes edéntulos que no quieren ser portadores de una prótesis removible, pero a los que no se les puede hacer una prótesis fija, se trata de una opción intermedia; son más típicas en la arcada inferior con una colocación de 5 o 6 implantes entre los orificios mentonianos, con limitación anatómica para colocar implantes más distales a ellos; sobre ellos se realiza una prótesis atornillada a los implantes, con orificios que permitirán la remoción por parte del odontólogo. ⁽³¹⁾

Prótesis fijas sobre implantes: puentes

Se trata de una prótesis cuya remoción no puede hacerse (al menos de forma sencilla) ni por el profesional ni por el paciente, son fijas; se realizan en aquellos pacientes edéntulos que no requieren que les aportemos soporte para los tejidos blandos, que tienen un hueso suficiente que permite un adecuado número y distribución de los implantes y por supuesto es aquellos pacientes edéntulos, su principal ventaja es a nivel psicológico para el paciente al ser lo más similar a la dentición natural, su principal inconveniente es el costo y los requerimientos anatómicos de disponibilidad ósea.

PREVENCIÓN

Los pacientes que usan prótesis dental necesitan de un cuidado específico de higienización que debe ser verbal y escrito, estimulando la higienización de los rebordes, lo mismo en usuarios de prótesis totales removibles o prótesis sobre implante removibles, pues hay un acumulo de restos alimenticios que irán, con el pasar del día, a trasladarse para los órganos dentarios remanentes, principalmente en pacientes con xerostomía.

- Después de cada comida, las prótesis deben ser removidas e higienizadas (lavadas) por el paciente.
- Las prótesis deben ser lavadas al chorro de agua. ⁽³²⁾

La clara prevención de la pérdida dental es enfocarse en el ámbito de la prevención principalmente de caries que es el factor de mayor incidencia para la pérdida dental, entre los aspectos que podemos considerar para la prevención de caries son:

- Fluoruración del agua; hay una disminución de reducción de caries del 20-40 %.
- Administración tópica de flúor por personal profesional, medida efectiva si se usa selectivamente.
- Pastas dentales fluoradas.
- Eliminación diaria de la biopelícula por medio del cepillo e hilo dental.
- Selladores de fosetas y fisuras hay una reducción significativa de caries de fosetas y fisuras.

CONSECUENCIAS

Reabsorción ósea

La ausencia de los puntos de contacto provoca una movilización del órgano dental adyacente de los espacios vacíos que provoca el contacto con los órganos dentarios perdidos inclinando y cerrando el espacio; a los contactos interdentarios se abren provocando retención de alimentos y ello la aparición de caries, se dificulta la higiene bucal y puede genera calculo apareciendo periodontitis esto puede ser grave en el caso del órgano dental contrario.

Cuando se van perdiendo los órganos dentarios provoca un proceso de reabsorción ósea, que en el desdentado total de larga duración termina alcanzando un grado extremo, presentando el reborde alveolar un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición de borde vestibular; esta atrofia progresiva conduce a dificultades en la retención y estabilidad de una prótesis completa, creando al paciente problemas funcionales y psicológicos importantes. ⁽³³⁾

La deficiencia de la anatomía ósea vestibular tiene un impacto negativo en la estética y es un factor causal importante de complicaciones de implantes dentales. La estabilidad primaria de los implantes viene determinada entre otra cosas por la densidad ósea y estructura trabecular del hueso.

Según Lekhol y Zarb (1985) los sitios edéntulos pueden ser clasificados en 5 clases sobre la base del volumen del remanente óseo:

- La calidad 1 constituida por hueso compacto homogéneo

- La calidad 2 presenta una capa gruesa cortical rodeada de hueso trabecular denso.
- La calidad 3 tiene una capa fina de hueso cortical rodeando al hueso trabecular de resistencia favorable.
- La calidad 4 muestra una capa fina de hueso cortical rodeada de un núcleo de hueso trabecular de baja densidad con volumen de médula ósea pequeño. ⁽³⁴⁾

Consecuencias estéticas

El edentulismo total o parcial conlleva importantes alteraciones estéticas; los cambios derivados de la omisión, en la restauración de los órganos dentales ausentes; existe un síndrome que se manifiesta en aquellos casos donde la pérdida de los órganos dentales afecta el maxilar superior, ello conduce a una absorción acelerada del mismo y como consecuencia de ello la mandíbula experimenta una rotación en sentido anti horario buscando reposicionarse con respecto al maxilar superior.

Consecuencias de la masticación

El edentulismo produce una serie de problemas que pueden alterar la condición general de salud del paciente mayor presentado; dificultad para fragmentar el alimento, come solo alimentos blandos además toma más tiempo para tritura los alimentos y poder deglutirlos.

Una de las funciones principales de los órganos dentales en la masticación, donde los alimentos son fragmentados en partículas para facilita su deglución y posterior absorción en el organismo; en el caso de la persona edentula una vez que se deglutieron los alimentos, estos no solo serán más difíciles de digerir en el estómago a su vez en el intestino debido a que no fueron fragmentados adecuadamente, sino que además carecen de un alto contenido de fibra por lo cual la persona tendrá mucho mayor riesgo de padecer problemas digestivos como el estreñimiento. ⁽³⁵⁾

Consecuencias musculares y de la articulación temporomandibular (ATM)

Se considera que con la falta de los órganos dentarios se altera la dimensión vertical de la articulación temporomandibular, podemos entender que la mayoría de los pacientes edentulos además de no poder masticar, genera alteraciones digestivas, también presentan crepitación y chasquido, al mover la mandíbula, dolores musculares en la región bucal, dolores de cabeza, o hasta incluso mareos debido a la localización cerca del ATM.

Consecuencias fonéticas

Otra repercusión claramente evidenciada en pacientes edentulos totales portadores de prótesis completa es la dificultad del habla, gran parte de los individuos sienten la movilidad de las prótesis lo que no permite desenvolverse de manera apropiada. ⁽³⁶⁾

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Romero JC. y col. en el (2015), en Chile en la Universidad André Bello, se realizó un tipo de estudio observacional, transversal, analítico en 30 pacientes, utilizando un índice de escala de calidad de vida PECVEC (Perfil de la calidad de vida para enfermos crónicos) en donde los resultados arrojaron que el 18.5% pacientes fueron del sexo masculino, y el 81.5% del sexo femenino, el 67% presenta dolor mandibular y cervical por la falta de órganos dentarios, el 56.9% incomodidad en el uso de prótesis, 61.9% limitación psicológica por falta de órganos dentarios; el 87% usa prótesis total; existe un alto índice de perdida dental es por ello que se requiere de tratamiento de prótesis dental para cada paciente y así mejora su calidad de vida. ⁽³⁷⁾

Farías HL. y col (2016), en una universidad de Medellín, Colombia, se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional, de 45 pacientes de mayores de 50 años con prótesis parcial removible, utilizando un cuestionario y la observación; de los cuales se obtuvo que el 75% de la población con mayor afectación fue la masculina; el 71.11% de los paciente presento alteraciones óseas de la mandíbula y el 28.9% presento alteraciones musculares faciales por prótesis parciales removibles mal ajustadas, llegando a la conclusión de que las prótesis mal ajustadas o la ausencia de las mismas provoca problemas en el sistema estomatognatico. ⁽³⁸⁾

Gutiérrez SM. y col. (2017) en la una Universidad de Holguín, Chile, realizo un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional, en 168 adultos mayores, utilizando una ficha epidemiológica de la OMS que dio como resultado que el 59.6% en la arcada superior padece perdida dental y el 67.3% padece perdida dental en la arcada inferior y se llegó a la conclusión de que el 72% de los pacientes revisados padece de la perdida de órganos dentarios y es necesario el tratamiento protésico. ⁽³⁹⁾

Chávez LA. y col. (2015) Brasil en el servicio de salud pública Riberáo Preto, evaluaron el perfil de pacientes rehabilitados con prótesis dentales durante un periodo de 5 años, fueron evaluadas 683 fichas, de las cuales se dividieron en 2 grupos; el 74% fueron menores de 50 años edad y el 26% mayores de 50 años de edad; de los cuales el 52% usa prótesis parcial removible; el 92% prótesis total , siendo el sexo femenino con mayor afectación; por lo que

se llegó a la conclusión que existe una estrecha relación de necesidad de rehabilitación protésica en relación al aumento de edad y con mayor incidencia en el sexo femenino. ⁽⁴⁰⁾

Monroy RM. y col. (2017) Bogotá, en el servicio odontológico de salud, Antioquia, se realizó un estudio de tipo transversal, se analizaron 394 historia clínica de adultos mayores de 60 años de edad en donde se determinaron los factores asociados de la dentición presente o funcional y su relación con padecimientos sistémicos como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, osteoporosis e hipercolesterolemia; el 85.53% de los pacientes fueron diagnosticados con algún padecimiento sistémico, 70% de los pacientes padece enfermedades cardiovasculares; 23.15% manifiesta obesidad; 16.32% diabetes mellitus, el 11.87% de presentan padecimientos sistémicos y se manifiesta una estrecha relación de perdida de órganos dentarios. ⁽⁴¹⁾

Adams NJ. y col. (2010), en Canadá se realizó un estudio de tipo transversal en 64 personas de entre 25 a 82 años de edad, en donde se recolecto la información de prótesis dental; en donde los resultados fueron 71.43% de pacientes que manifestaban caries sin tratar ,el 98.43% pacientes con perdida dental, el 12.5 presento edentulismo total, y por lo tanto se llegó a la conclusión que existe un alto índice de perdida dental, principalmente a consecuencia de la caries dental y es por ello que se requiere rehabilitación protésica. ⁽⁴²⁾

Villegas VK. y col (2017), México, Puebla, realizaron un estudio en la Universidad Iberoamericana, el tipo de estudio fue descriptivo, observacional, longitudinal, se revisaron 2682 expedientes en un periodo del 2010 al 2014 de los cuales solo se utilizó el odontograma y periodontograma y se obtuvo que el 69.9% presenta edentulismo total por lo tanto tienen necesidad real de prótesis estomatológica a causa de la falta de órganos dentarios. ⁽⁴³⁾

Mejía GM. y col (2015) México en el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), revisaron un total de 280, 133 pacientes con un rango de edad de 0 a 99 años de edad, la información es proveniente de 446 unidades de las 32 entidades federativas del país; examinaron 191.353 adultos de 20 a 99 años de edad; el promedio de los dientes presentes fueron de 27.8% en hombres y 28.2% en mujeres; el 99.5% de la población adulta cuenta con al menos un órgano dentario en el maxilar inferior y 98.8% en el maxilar superior; por lo tanto se llegó a la conclusión de que existe un alto porcentaje de perdida de órganos dentarios en la edad adulta y es por ello que se requieren campañas preventivas para mejorar a incidencia de este padecimiento bucal. ⁽⁴⁴⁾

IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pérdida dental es la ausencia total o parcial de los órganos dentales; la ausencia de estos órganos provoca alteraciones físicas y psicológicas en los pacientes, y sobre todo en personas de edad adulta; y para mejorar la calidad de vida (mejorando su función masticatoria, la estética y fonética) de estos pacientes es necesario el uso de prótesis dentales; como la prótesis fija, removibles unilaterales o bilaterales y prótesis totales, esto depende de la magnitud de pérdida dental; por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental en adultos mayores, Casa de Día Benito Juárez y Metropolitana pertenecientes al (SMDIF), del municipio de CD. Nezahualcóyotl, 2019?

V.-OBJETIVOS

GENERAL

Identificar la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental en una población de adultos mayores, Casa de Día Benito Juárez y Metropolitana pertenecientes al (SMDIF), de cd. Nezahualcóyotl, 2019.

ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de la pérdida dental en adultos mayores de la Casa de Día (SMDIF), Benito Juárez y Metropolitana en el sexo masculino.
- Identificar la frecuencia de la pérdida dental, en adultos mayores de la Casa de Día (SMDIF) Benito Juárez y Metropolitana, en el sexo femenino.
- Identificar la frecuencia del uso de prótesis dental en adultos mayores de la Casa de Día (SMDIF), Benito Juárez y Metropolitana en el sexo masculino.
- Identificar la frecuencia del uso de prótesis dental, en adultos mayores de la Casa de Día (SMDIF) Benito Juárez y Metropolitana, en el sexo femenino.
- Identificar la frecuencia de la necesidad de prótesis dental en adultos mayores de la Casa de Día (SMDIF), Benito Juárez y Metropolitana en el sexo masculino.
- Identificar la frecuencia de la necesidad de prótesis dental, en adultos mayores de la Casa de Día (SMDIF) Benito Juárez y Metropolitana, en el sexo femenino.

VI.-MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Según Méndez y colaboradores. Descriptivo, transversal, prolectivo, observacional.

UNIVERSO DE ESTUDIO

79 adultos mayores de la casa de adultos mayores Benito Juárez y Metropolitana pertenecientes al SMDIF de ciudad Nezahualcóyotl, 2019.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adultos mayores que quieran participar y firmen el consentimiento bajo información. (Ver anexo No. 1)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adultos con alguna limitación en la apertura bucal o personas que no quieran participar en el estudio.

VARIABLES

Definición conceptual	Definición	Operacionalización	Nivel de medición
<p><u>Perdida dental:</u> Ausencia de uno o más órganos</p>	<p>Es la presencia o ausencia de uno o varios órganos dentales.</p>	<p>Dicotómica: <input checked="" type="checkbox"/> Presencia=si <input checked="" type="checkbox"/> Ausencia=no</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p><u>Uso de prótesis:</u> El paciente usa Prótesis dental</p>	<p>Índice de escala de medición de uso de la dentadura de acuerdo a la OMS (1997)</p>	<p>Índice de uso de dentadura De la OMS (1997) 0=ninguna prótesis 1=puente 2=más de un puente 3=dentadura postiza parcial 4=dos puentes y dentadura postiza parcial 5=dentadura completa removible 9=no registrado</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

<p><u>Necesidad de</u> <u>Prótesis:</u> El paciente requiere prótesis</p>	<p>Índice de escala De medición de Necesidad de Prótesis De acuerdo a La OMS (1997)</p>	<p>Índice de necesidad de Prótesis de la OMS (1997) 0=ninguna prótesis necesaria 1=necesidad de una prótesis Unitaria 2=necesidad de una prótesis Multiunitaria 3=necesidad de una Combinación de prótesis 4=necesidad de una prótesis Completa 9=no registrado</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p><u>Sexo:</u> Conjunto de Peculiaridades que Caracterizan a un individuo</p>	<p>Es el conjunto de características físicas, biológicas y fisiológicas de los Seres humanos. El sexo viene determinado por naturaleza.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>

INTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Ficha epidemiológica situación y necesidad de prótesis, Encuesta de Salud Bucodental de la OMS 1997 (ver anexo No.2)

TÉCNICA

Este índice se llevó a cabo en la Casa de Día de adultos mayores (SMDIF), Benito Juárez y Metropolitana, en CD. Nezahualcóyotl 2019 en el patio de la estancia y en el consultorio médico.

Se les informo a los pacientes acerca de plan de trabajo a ejecutar, dando una explicación del proyecto de investigación e invitando aquella persona que quiera participar en el levantamiento de la ficha.

Se examinaron con barrera de bioseguridad para el examinador; las cuales constan de cubrebocas, guantes, sobre guantes y abate lenguas por cada paciente. También colaboro un anotador el cual se encargado de anotar en las fichas lo que dicte el examinador de cada paciente.

Se examinó la cavidad bucal marcando pérdida, uso, necesidad de prótesis dental y sexo.

El índice a utilizar es: situación y necesidad de prótesis, encuesta de salud bucodental de la OMS 1997:

Pérdida dental

La pérdida se registra en el odontograma mediante los siguientes criterios:

<input checked="" type="checkbox"/> = Órganos dentales presentes	<input checked="" type="checkbox"/> = Órganos dentales ausentes
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Situación de prótesis

Debe registrarse la presencia de prótesis en cada maxilar. Para ello se utilizan las siguientes claves:

0=Ninguna prótesis	1=Puente.	2=Más de un puente.	3=Dentadura postiza parcial.	4=Dos puentes y dentadura postiza parcial.	5=Dentadura completa removibles.	9=No registrado.
--------------------	-----------	---------------------	------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------	------------------

Necesidad de prótesis

Debe registrarse en cada maxilar la necesidad percibida de prótesis, conforme a las siguientes claves:

0=Ninguna prótesis necesaria.	1=Necesidad de prótesis unitaria (sustitución de un diente).	2=Necesidad de prótesis mutiunitaria (sustitución de más dientes).	3=Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y mutiunitaria.	4=Necesidad de una prótesis completa (sustitución de todos los dientes).	9=No registrado.
-------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------

Para recolectar la información se utilizó una ficha epidemiológica basada en el índice epidemiológico de Situación y Necesidad de Prótesis de la Encuesta Bucodental de la OMS 1997. ⁽⁴⁵⁾

Previa calibración y estandarización de la examinadora con un valor de kappa de 0.90.

RECURSOS

Para la siguiente investigación se requieren los siguientes recursos:

Humanos	Materiales e Instrumentos de Equipo	Físicos	Financieros
<p>Tesista: Carolina Virginia Flores Victoria.</p> <p>Anotador: Andrea Saucedo García</p> <p>Directora: Mtra. Josefina Morales Vázquez</p> <p>Asesor de Tesis: J. Jesús Regalado Ayala.</p> <p>Asesor de Tesis: Sergio Reséndiz Rivera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas epidemiológicas • Consentimientos informados • Sobreguantes. • Abatelenguas. • Guantes • Campos • Bolsa de Basura • Folletos informativos 	<p>Casa de día de adultos mayores (SMDIF), Benito Juárez y Metropolitana.</p>	<p>Todos los recursos serán financiados por la responsable de la investigación</p>

DISEÑO ESTADÍSTICO

1. Recolección de la información
2. Ordenar los datos de acuerdo a las variables
3. Foliar
4. Análisis estadístico, llenado de hojas tabulares (Excel)
5. Aplicación estadística descriptiva en porcentaje y frecuencia
6. Elaborar cuadros y figuras.

VII. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

- La Asociación Médica Mundial (AMM). Ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
- Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

La asociación de Ginebra de la AMM vincula al ético con la fórmula de velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente, y el código internacional de ética médica afirma que el médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.

- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de este deber.
- El progreso de la medicina se basa en la investigación, que en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Aunque el objeto principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objeto nunca debe primar sobre los derechos e intereses de la persona que participa en la investigación.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación y la intimidad. ⁽⁴⁶⁾

VIII. RESULTADOS

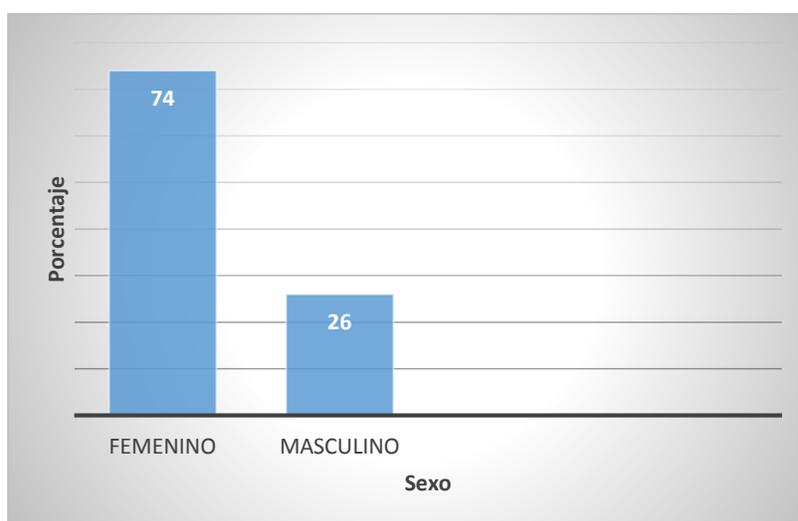
El total de adultos revisados fueron 79 que representa el 100% de los cuales (58) el 74 % fueron del sexo femenino y (21) el 26% fueron del sexo masculino, como podemos ver el mayor número de adultos revisados fueron del sexo femenino (ver cuadro y figura No. 1).

Cuadro No. 1 Frecuencia y porcentaje de adultos revisados en perdida dental, uso y necesidad de prótesis por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	58	74
Masculino	21	26
Total	79	100

*FD

Figura No. 1 Porcentaje de adultos revisados de perdida dental, uso y necesidad de prótesis por sexo



*FD

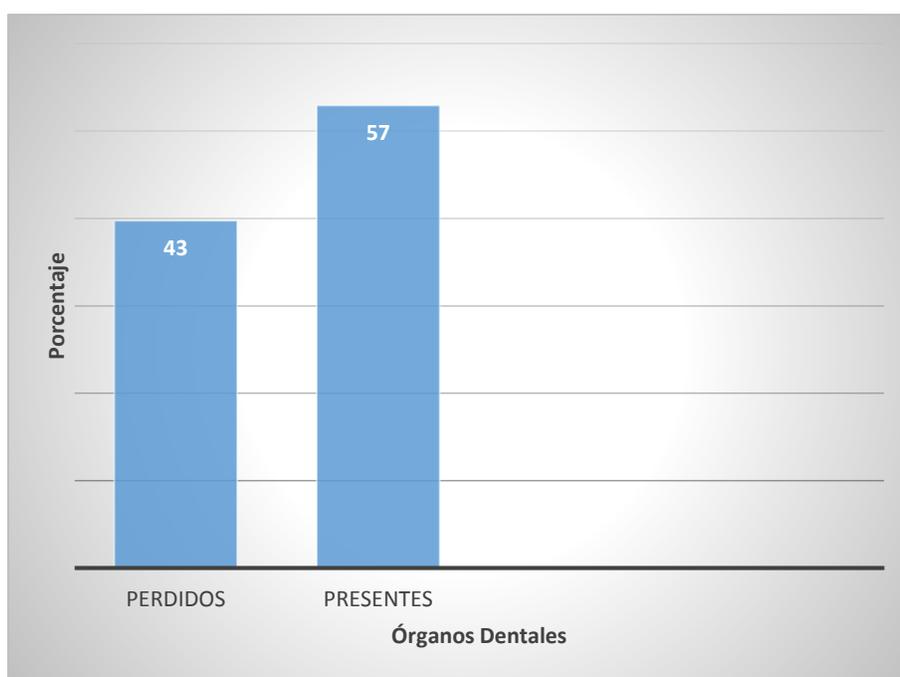
El total de órganos dentales del sexo femenino fueron 1853 que representa el 100%; de los cuales (795) el 43% estaban perdidos y (1058) el 57% presentes; cómo podemos ver el mayor número de órganos dentarios están presentes. (Ver cuadro y figura No. 2)

Cuadro No. 2. Frecuencia y porcentaje de órganos dentales perdidos y presentes del sexo femenino

Órganos dentarios	Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	795	43
Presentes	1058	57
Total	1853	100

*FD

Figura No. 2. Porcentaje de órganos dentales perdidos y presentes del sexo femenino



*FD

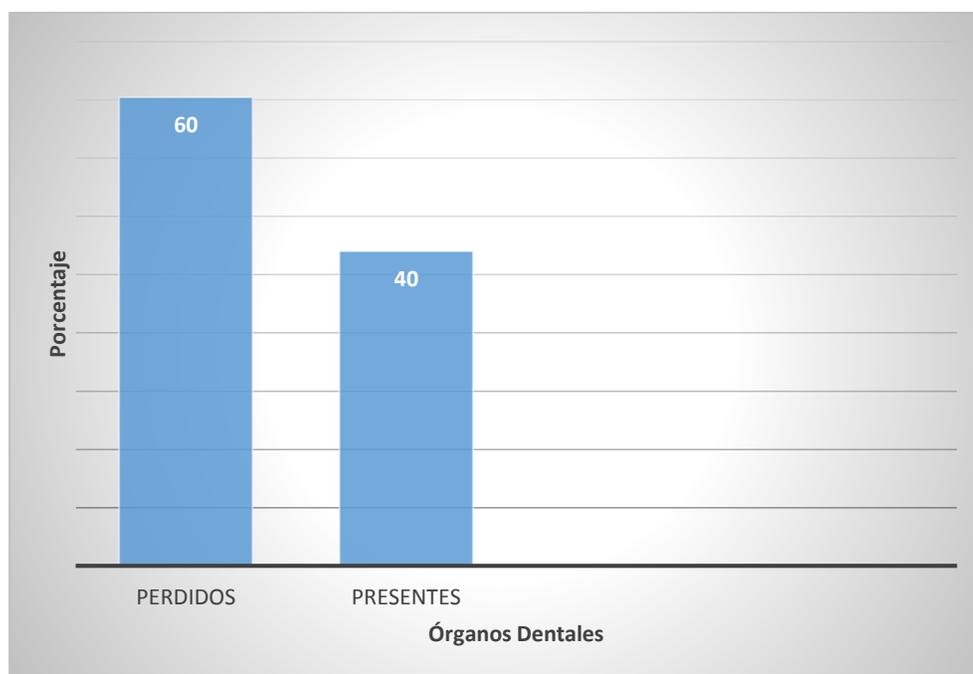
El total de órganos dentales del sexo masculino fueron de 672 que representa el 100%; de los cuales (402) el 64% estaban perdidos y (270) el 36% presentes; cómo podemos ver el mayor número de órganos dentales están perdidos. (Ver cuadro y figura No. 3

Cuadro No. 3 Frecuencia y porcentaje de órganos dentales perdidos y presentes del sexo masculino

Órganos dentales	Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	402	60
Presentes	270	40
Total	672	100

*FD

Figura No. 3 Porcentaje de órganos dentarios perdidos y presentes en el sexo masculino



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

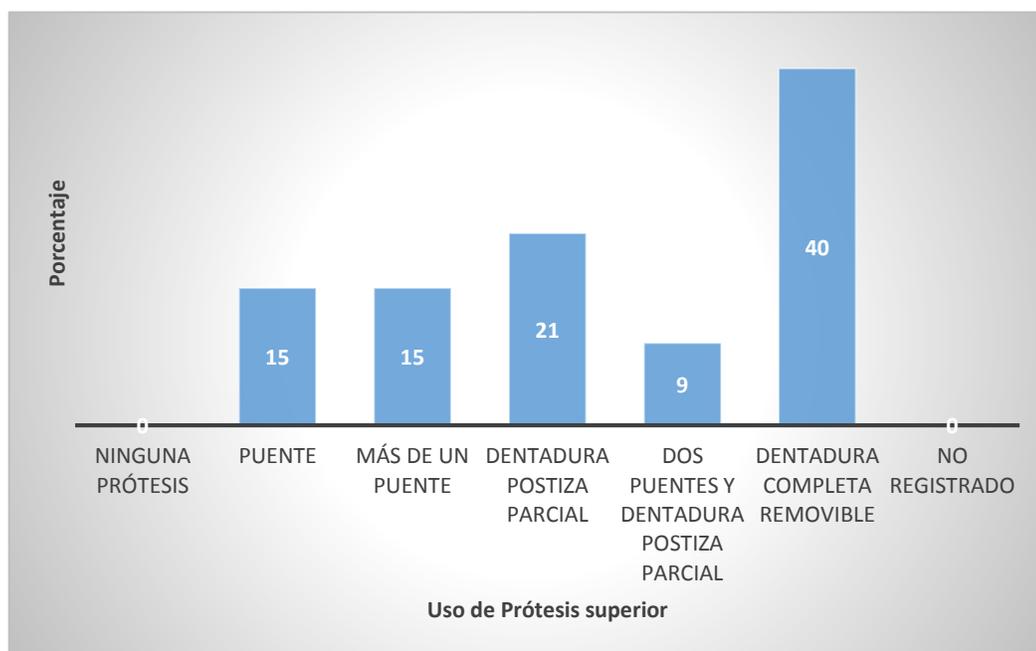
El total de uso de prótesis dental superior del sexo femenino fueron 33 que representa el 100%; de los cuales (0) 0% para la categoría de ninguna prótesis, el (5) 15% utiliza un puente, el (5) 15% más de un puente, el (7) 21% utiliza dentadura postiza parcial, el (3) 9% utiliza dos puentes y dentadura postiza parcial, el (13) 40% utiliza dentadura completa removible; cómo podemos ver el mayor porcentaje utiliza dentadura completa removible. (Ver cuadro y figura No. 4)

Cuadro No. 4 Frecuencia y porcentaje del uso de prótesis superior del en el sexo femenino

Uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis	0	0
Puente	5	15
Más de un puente	5	15
Dentadura postiza parcial	7	21
Dos puentes y dentadura postiza parcial	3	9
Dentadura completa removible	13	40
No registrado	0	0
Total	33	100

*FD

Figura No. 4 Porcentaje de uso de prótesis dental superior en el sexo femenino



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

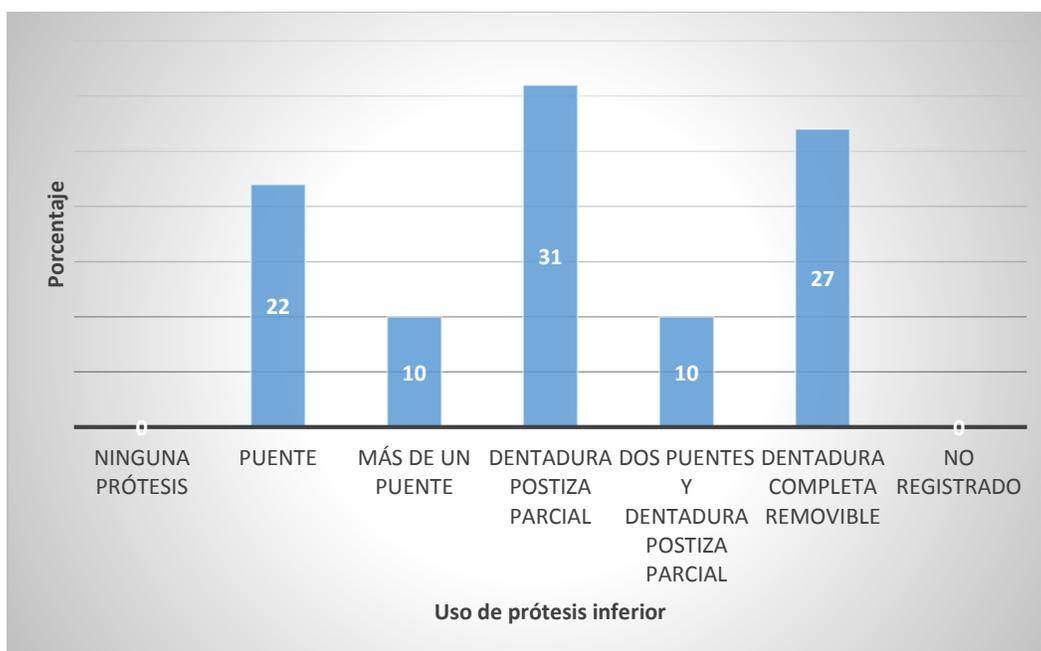
El total de uso de prótesis dental inferior en el sexo femenino fueron el 22 que representa el 100%; de los cuales el (0) 0% para la categoría de ninguna prótesis, el (5) 22% usa puente, el (2) 10% utiliza más de un puente, el (7) 31% utiliza dentadura postiza parcial, el (2) 10% dos puentes y dentadura postiza parcial, el (6) 27% dentadura completa removible y el (0) 0% no registrado; cómo podemos observar el 31% utiliza dentadura postiza parcial. (Ver cuadro y figura No. 5)

Cuadro No. 5 Frecuencia y porcentaje de uso de prótesis inferior en el sexo femenino

Uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis	0	0
Puente	5	22
Más de un puente	2	10
Dentadura postiza parcial	7	31
Dos puentes y dentadura postiza parcial	2	10
Dentadura completa removible	6	27
No registrado	0	0
Total	22	100

*FD

Figura No. 5 Porcentaje del uso de prótesis inferior en el sexo femenino



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

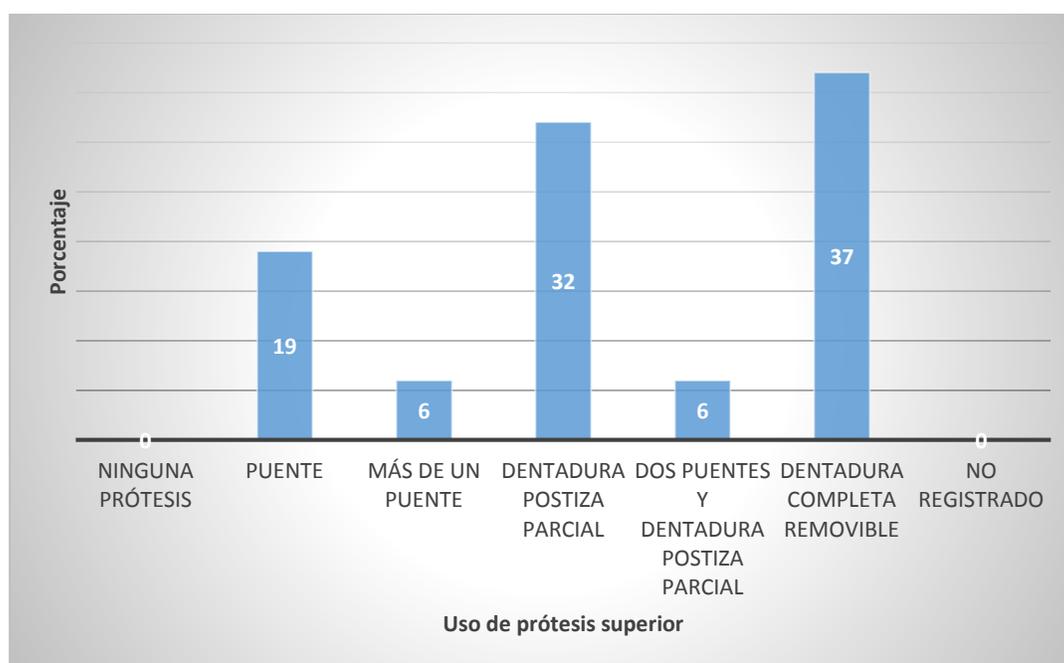
El total de uso de prótesis dental superior en el sexo masculino fueron el 16 que representa el 100%; de los cuales el (0) 0% para la categoría de ninguna prótesis, el (3) 19% usa puente, el (1) 6% utiliza más de un puente, el (5) 32% utiliza dentadura postiza parcial, el (1) 6% utiliza dos puentes y dentadura postiza parcial, el (6) 37% dentadura completa removible y el (0) 0% no registrado; cómo podemos observar el mayor porcentaje utiliza dentadura completa removible. (Ver cuadro y figura No. 6).

Cuadro No. 6 Frecuencia y porcentaje del uso de prótesis superior en el sexo masculino

Uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis	0	0
Puente	3	19
Más de un puente	1	6
Dentadura postiza parcial	5	32
Dos puentes y dentadura postiza parcial	1	6
Dentadura completa removible	6	37
No registrado	0	0
Total	16	100

*FD

Figura No. 6 Porcentaje de uso de prótesis superior en el sexo masculino



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

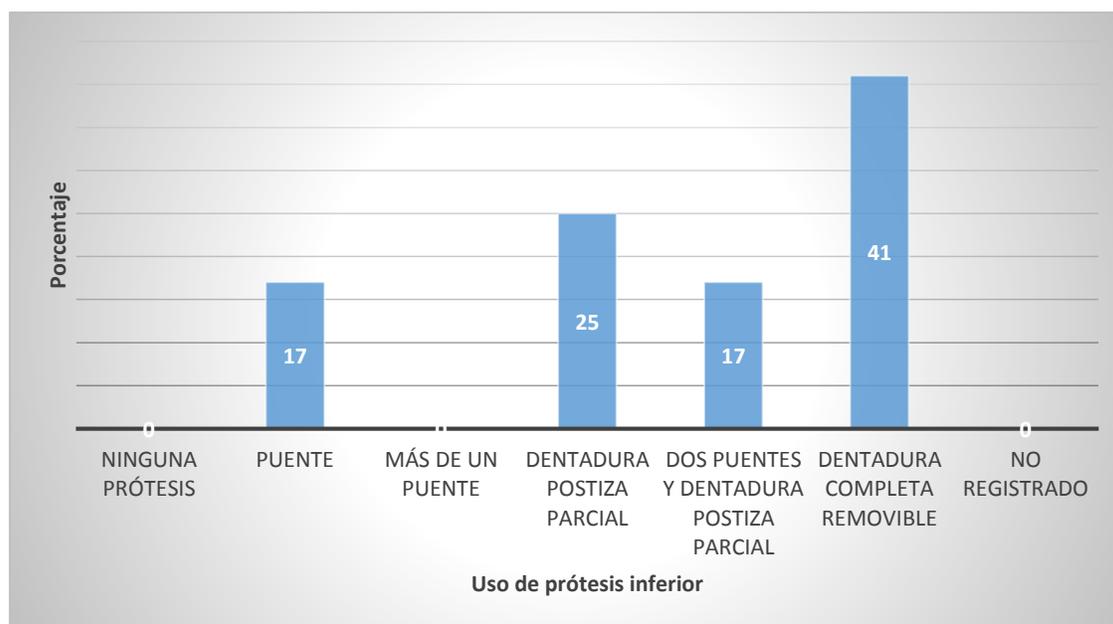
El total de uso de prótesis dental inferior en el sexo masculino fueron el 12 que representa el 100%; de los cuales el (0) 0% para la categoría de ninguna prótesis, el (2) 17% usa puente, el (0) 0% más de un puente, el (3) 25% utiliza dentadura postiza parcial, el (2) 17% utiliza dos puentes y dentadura postiza parcial, el (5) 41% dentadura completa removible y el (0) 0% no registrado; cómo podemos observar el mayor porcentaje utiliza dentadura completa removible. (Ver cuadro y figura No. 7)

Cuadro No. 7 Frecuencia y porcentaje del uso de prótesis inferior en el sexo masculino

Uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis	0	0
Puente	2	17
Más de un puente	0	0
Dentadura postiza parcial	3	25
Dos puentes y dentadura postiza parcial	2	17
Dentadura completa removible	5	41
No registrado	0	0
Total	12	100

*FD

Figura No. 7 Porcentaje del uso de prótesis inferior en el sexo masculino



*FD

El total de necesidad de prótesis dental superior en el sexo femenino fueron el 35 que representa el 100%; de los cuales el (0) 0% no requiere ninguna prótesis necesaria, el (1) 3% necesita una prótesis unitaria, el (15) 43% necesita prótesis multiunitaria, el (16) 46% necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria, el (3) 8% necesidad de una prótesis completa y el (0) 0% no registrado; cómo podemos observar el mayor porcentaje con necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria. (Ver cuadro y figura No. 8)

Cuadro No. 8 Frecuencia y porcentaje de necesidad de prótesis superior en el sexo femenino

Necesidad de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis necesaria	0	0
Necesidad de una prótesis unitaria	1	3
Necesidad de una prótesis multiunitaria	15	43
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	16	46
Necesidad de una prótesis completa	3	8
No registrado	0	0
Total	35	100

*FD

Figura No. 8 Porcentaje de necesidad de prótesis superior en el sexo femenino



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

El total de necesidad de prótesis dental inferior en el sexo femenino fueron el 42 que representa el 100%, de los cuales el (0) 0% aplica la categoría de ninguna prótesis necesaria, el (8) 19% necesita de una prótesis unitaria, el (16) 39% requiere la necesidad de una prótesis multiunitaria, el (14) 33% requiere la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria, el (4) 9% necesidad de una prótesis completa y el (0) 0% no registrado; cómo podemos observar el mayor porcentaje con necesidad de una prótesis multiunitaria. (Ver cuadro y figura No. 9)

Cuadro No. 9 Frecuencia y porcentaje de necesidad de prótesis inferior en el sexo femenino

Necesidad de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis necesaria	0	0
Necesidad de una prótesis unitaria	8	19
Necesidad de una prótesis multiunitaria	16	39
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	14	33
Necesidad de una prótesis completa	4	9
No registrado	0	0
Total	42	100

*FD

Figura No. 9 porcentaje de necesidad de prótesis inferior en el sexo femenino



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

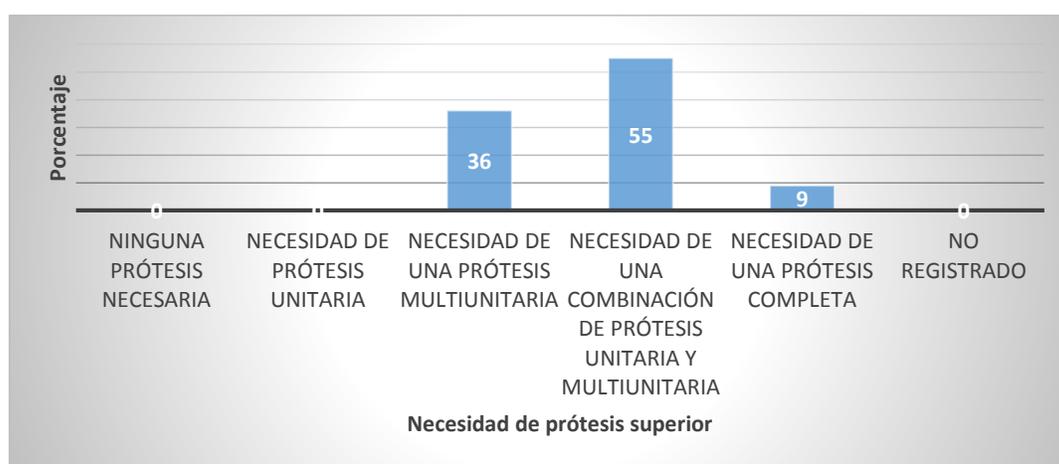
El total de necesidad de prótesis dental superior en el sexo masculino fueron el 11 que representa el 100%; de los cuales el 0% no aplica la categoría de ninguna prótesis necesaria, el (0) 0% no aplica necesidad de una prótesis unitaria, el (4) 36% necesidad de una prótesis multiunitaria, el (6) 55% necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria, el (1) 9% necesidad de una prótesis completa y el (0) 0% no registrado; cómo podemos observar el mayor porcentaje necesita una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria. (Ver cuadro y figura No. 10)

Cuadro No. 10 Frecuencia y porcentaje de necesidad de prótesis superior en el sexo masculino

Necesidad de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis necesaria	0	0
Necesidad de una prótesis unitaria	0	0
Necesidad de una prótesis multiunitaria	4	36
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	6	55
Necesidad de una prótesis completa	1	9
No registrado	0	0
Total	11	100

*FD

Figura No. 10 porcentaje de necesidad de prótesis superior en el sexo masculino



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

El total de necesidad de prótesis dental inferior en el sexo masculino fueron el 12 que representa el 100%; de los cuales el (0) 0% no aplica la categoría de ninguna prótesis necesaria, el (1) 8% requieren de la necesidad de una prótesis unitaria, el (2) 17% requiere de la necesidad de una prótesis multiunitaria, el (7) 58% requiere de la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria, el (2) 17% requiere de la necesidad de una prótesis completa y el (0) 0% no registrado; cómo podemos observar el mayor porcentaje necesita una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria. (Ver cuadro y figura No. 11).

Cuadro No. 11 Frecuencia y porcentaje de necesidad de prótesis inferior en el sexo masculino

Necesidad de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis necesaria	0	0
Necesidad de una prótesis unitaria	1	8
Necesidad de una prótesis multiunitaria	2	17
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	7	58
Necesidad de una prótesis completa	2	17
No registrado	0	0
Total	12	100

*FD

Figura No. 11 porcentaje de necesidad de prótesis inferior en el sexo masculino



*FD

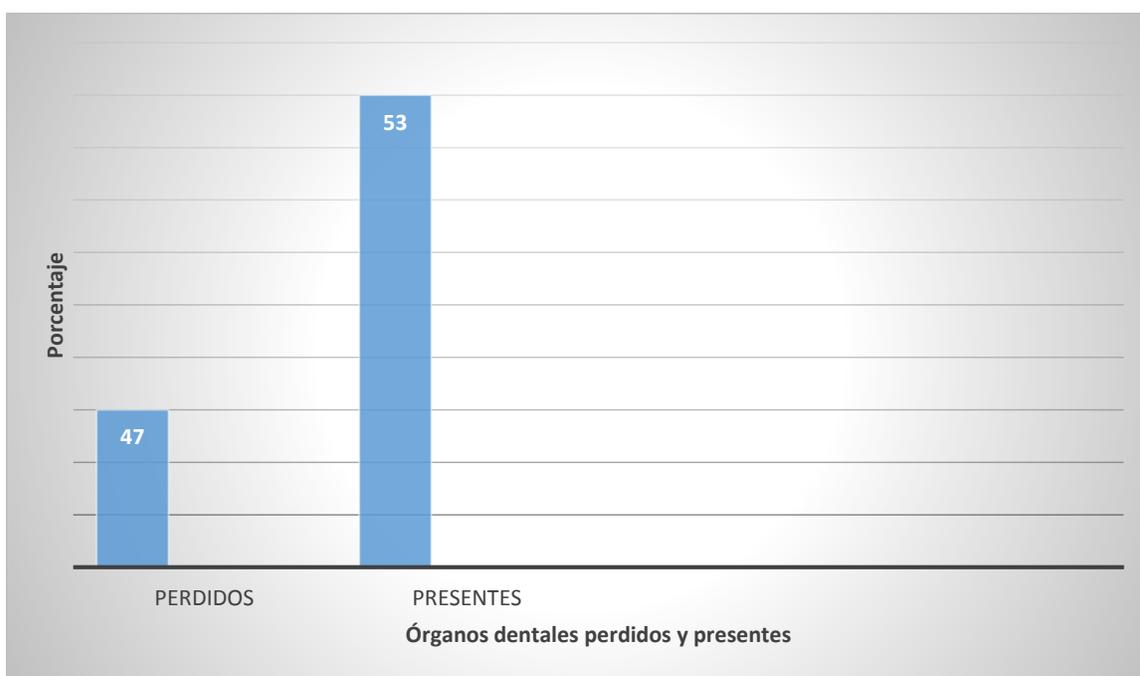
El total de órganos dentales revisados fueron de 2525 que representa el 100%; de los cuales el (1197) 47% estaban perdidos y el (1328) 53% estaban presentes. (Ver cuadro y figura No. 12)

Cuadro No. 12 Frecuencia y porcentaje de los órganos dentales perdidos y presentes

Órganos dentales	Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	1197	47
Presentes	1328	53
Total	2525	100

*FD

Figura No. 12 Porcentaje de los órganos dentales perdidos y presentes



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

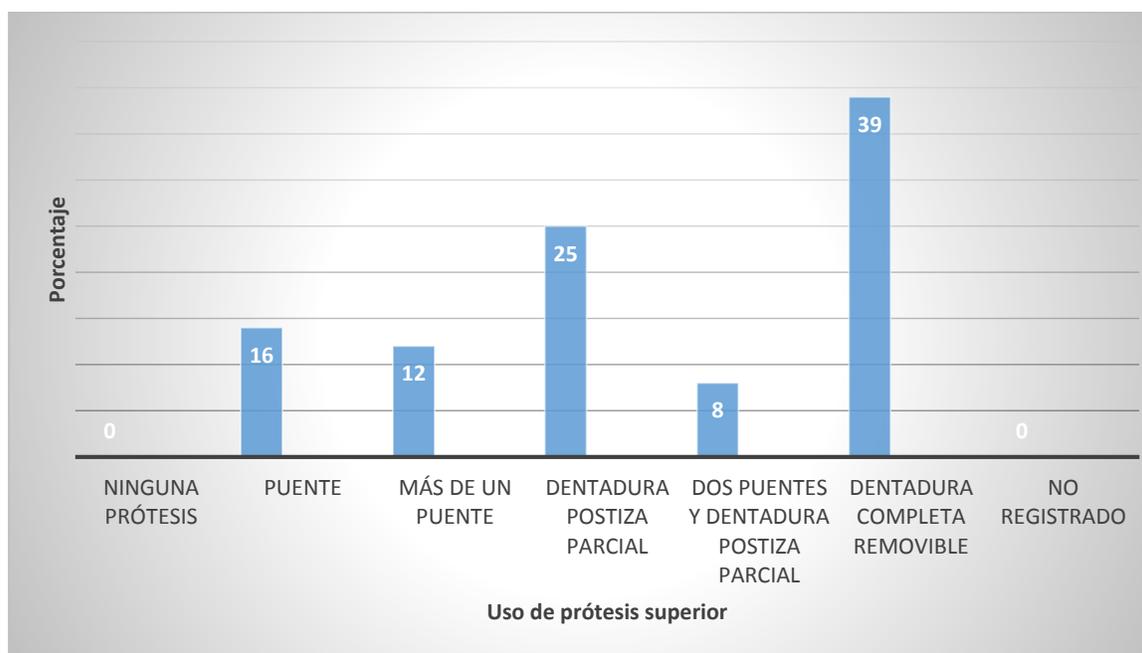
El total de uso de prótesis superior fueron de 49 que representa el 100% de los cuales el (0) 0% no tiene ninguna prótesis, el (8) 16% tiene puente, el (6) 12% tiene más de un puente, el (12) 25% tiene dentadura postiza parcial, el (4) 8% tiene dos puentes y dentadura postiza parcial, el (19) 39% tiene dentadura completa removible y el (0) 0% no está registrado ; el mayor porcentaje es uso de dentadura completa removible superior.(Ver cuadro y figura No. 13)

Cuadro No. 13 Frecuencia y porcentaje de uso de prótesis superior

Uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis	0	0
Puente	8	16
Más de un puente	6	12
Dentadura postiza parcial	12	25
Dos puentes y dentadura postiza parcial	4	8
Dentadura completa removible	19	39
No registrado	0	0
Total	49	100

*FD

Figura No. 13 Porcentaje de uso de prótesis superior



*FD

Frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis dental

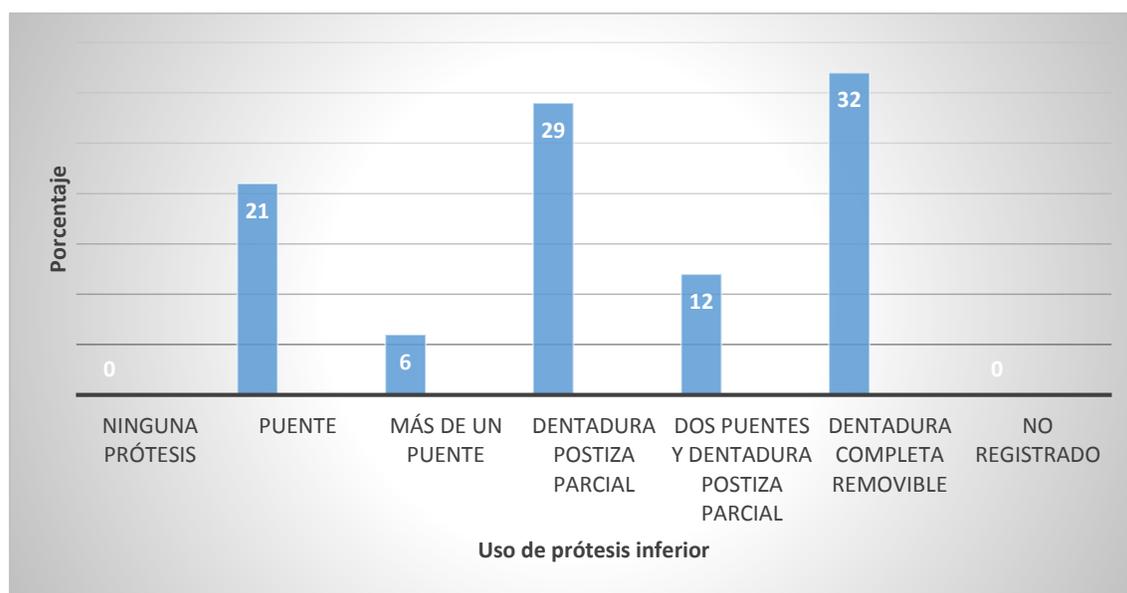
El total de uso de prótesis inferior fueron de 34 que representa el 100% de los cuales el (0) 0% no usa ninguna prótesis, el (7) 21% usa puente, el (2) 6% usa más de un puente, el (10) 29% usa dentadura postiza parcial, el(4) 12% usa dos puentes y dentadura postiza parcial, el (11) 32% utiliza dentadura completa removible y el (0) 0% no está registrado, siendo con mayor porcentaje el uso de dentadura completa removible. (Ver cuadro y figura No. 14)

Cuadro No. 14 Frecuencia y porcentaje de uso de prótesis inferior

Uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis	0	0
Puente	7	21
Más de un puente	2	6
Dentadura postiza parcial	10	29
Dos puentes y dentadura postiza parcial	4	12
Dentadura completa removible	11	32
No registrado	0	0
Total	34	100

*FD

Figura No. 14 Porcentaje de uso de prótesis inferior



*FD

El total de necesidad de prótesis superior fueron de 46 que representa el 100%, de los cuales el (0) 0% no necesita ninguna prótesis necesaria, el (1) 2% necesita una prótesis unitaria, el (19) 41% necesita una prótesis multiunitaria, el (22) 48% necesita una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria, el (4) 9% necesita una prótesis completa y el (0) 0% no está registrada, siendo así que el mayor porcentaje es necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria (Ver cuadro y figura 15)

Cuadro No. 15 Frecuencia y porcentaje de necesidad de prótesis superior

Necesidad de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis necesaria	0	0
Necesidad de una prótesis unitaria	1	2
Necesidad de una prótesis multiunitaria	19	41
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	22	48
Necesidad de una prótesis completa	4	9
No registrado	0	0
Total	46	100

*FD

Figura No. 15 Porcentaje de necesidad de prótesis superior



*FD

El total de necesidad de prótesis inferior es del 54 que representa el 100% , de los cuales el (0) 0% no necesita ninguna prótesis, el (9) 17% necesita una prótesis unitaria, el (18) 33% necesita una prótesis multiunitaria, el (21) 39% necesita de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria, el (6) 11% necesita de una prótesis completa y el (0) 0% no registrado, siendo con mayor porcentaje la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria (Ver cuadro y figura No. 16)

Cuadro No. 16 Frecuencia y porcentaje de necesidad de prótesis inferior

Necesidad de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna prótesis necesaria	0	0
Necesidad de una prótesis unitaria	9	17
Necesidad de una prótesis multiunitaria	18	33
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	21	39
Necesidad de una prótesis completa	6	11
No registrado	0	0
Total	54	100

*FD

Figura No. 16 Porcentaje de necesidad de prótesis inferior



*FD

IX.DISCUSIÓN

Romero JC. y col. en el (2015),⁽³⁵⁾ en su investigación realizada en Chile en la Universidad André Bello, reportaron en sus resultados que el 18.5% pacientes fueron del sexo masculino, y el 81.5% del sexo femenino, el 87% usa prótesis total; por lo tanto los datos si coinciden con nuestra investigación ya que existe mayor población femenina, y del total de la población revisada hay una alta frecuencia uso prótesis superior con un 39% y necesidad de prótesis superior con un 39% y del total de uso de prótesis superior e inferior fue de 71% con uso de prótesis total.

Farías HL. y col (2016),⁽³⁶⁾ en la universidad de Medellín, Colombia, en su investigación realizada reportaron en su estudio que el 75% de la población con mayor afectación fue la masculina; por lo tanto los datos coinciden con el presente estudio ya que existe mayor frecuencia de perdida dental del 64% en la población masculina y con mayor necesidad de prótesis superior con un 48% con necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria.

Gutiérrez SM. y col. (2017),⁽³⁷⁾ en la una Universidad de Holguín, Chile, en su investigación realizada reportaron que el 59.6% en la arcada superior padece perdida dental y el 67.3% padece perdida dental en la arcada inferior; por lo tanto los datos no coinciden en el presente estudio ya que del total de la población revisada el 48% tiene la necesidad en la arcada superior con la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria.

Mejía GM. y col (2015),⁽⁴²⁾ México en el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), en su investigación realizada reportaron que el promedio de los dientes presentes fueron de 27.8% en hombres y 28.2% en mujeres; el 99.5% de la población adulta cuenta con al menos un órgano dentario en el maxilar inferior y 98.8% en el maxilar superior; por lo tanto los datos no coinciden con en el presente estudio; los resultados arrojan que del total de órganos dentales revisados el 47% están perdidos y que el mayor porcentaje de órganos dentales perdidos por sexo es de 64% de sexo masculino y que existe mayor frecuencia de uso de prótesis superior de 39% y mayor necesidad de prótesis superior con un 48%.

X. CONCLUSIÓN

La pérdida dental es un problema de salud a nivel mundial que impacta sobre la calidad de vida de las personas; afectando en el ámbito social, psicológico y físico.

La pérdida dental es una afección irreversible que desencadena varios problemas en el individuo que van desde afectaciones en la estética, fonética, masticación, por ende problemas digestivos ya que los alimentos no pueden ser triturados adecuadamente, problemas en la armonía de los maxilares, dolores en los músculos de la masticación.

De esta manera se llega a la conclusión que:

- Del total de la población estudiada el mayor porcentaje de adultos revisados fue la población del sexo femenino.
- Del total de los órganos dentales revisados hay mayor porcentaje de órganos dentales presentes en el sexo femenino.
- Del total de órganos dentales perdidos en mayor porcentaje fue en la población masculina.
- En cuanto al uso de prótesis superior el de mayor frecuencia fue la dentadura completa removible en el sexo femenino; del total de uso de prótesis superior fue la dentadura completa removible.
- En cuanto al uso de prótesis inferior el de mayor frecuencia fue la dentadura completa removible en el sexo masculino; del total de uso de prótesis inferior fue la dentadura completa removible.
- En cuanto a la necesidad de prótesis superior el de mayor frecuencia fue con necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria en el sexo masculino; del total de necesidad de prótesis superior fue la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria.
- En cuanto a la necesidad de prótesis inferior el de mayor frecuencia es la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria en el sexo masculino; el total de necesidad de prótesis inferior fue la necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria.

Es por ello que el tratamiento de rehabilitación protésica se necesita con mayor frecuencia en la población adulta mayor en el sexo masculino y además que existe mayor necesidad de prótesis superior según los datos arrojados en la presente investigación.

Claramente existe un problema de salud de la pérdida dental a nivel mundial; y es necesario sustituir la pérdida de los órganos dentarios mediante una prótesis dental para restablecer las funciones del aparato estomatognático.

XI. PROPUESTAS

La rehabilitación protésica es necesaria y satisfactoria en algunos casos, aunque sería mejor prevenir; es por ello que durante la recolección de datos de la presente investigación se realizaron revisiones bucales en los pacientes de la casa de día Benito Juárez y Metropolitana y por lo tanto se visualizaron los problemas de esta población a nivel bucal por lo tanto el trabajo que se realizó fueron:

- Pláticas informativas acerca de los problemas que les causa la pérdida dental el uso y la necesidad de prótesis.
- Se remitieron al servicio odontológico de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, con la finalidad de contribuir y realizar trabajo de campo en casas de día del adulto mayor

Además de enfatizar la gran importancia que deriva el cuidar de nuestra dentadura, además de ofrecer servicios de salud que estén al alcance de esta población tan vulnerable.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Begoña CA. Rehabilitación oral de periodoncia. 4ta edición. México. Editorial panamericana.2011. 21-50.
2. Delgado PV, De la Rosa SR. Principales razones de la extracción de dientes permanentes de adultos mexicanos en un sentido de salud. Rev. Salud pública. 2017; 8(1):1-9.
3. Medina S, Ponti A. Principales razones de extracciones de dientes permanentes en una muestra de adultos mayores mexicanos. Rev. de investigación clínica, 2013; 65(2):141-149.
4. Piedad N, Rojas G. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psicológicos. Rev. Ciencias Médicas. 2017; 3(2): 702-718.
5. Lajes OM, Bolaños SB. Influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes, Rev. Humana de medicina. 2014; 3(14): 25-28.
6. Pérez HY. La rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto mayor, Rev. Ciencias médicas. 2015; 2 (4): 21-24.
7. Castellanos JL, Suárez LM. Periodontitis crónica y enfermedades sistémicas. Rev. ADM 2012; 50(4):121-127.
8. Fermín GA. Identificación de los factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. ADM. 2009; 61(3): 92-96.
9. Botero J, Bedoya E. Determinantes de diagnóstico periodontal. Rev. Clínica, periodoncia e implantología. 2010; 3(2): 94-99.
10. Zaida SB. Anomalías dentarias fisuras y fracturas. Rev. Odontológica de los Andes, Venezuela. 2015; 10(2):4-9.
11. Lincol MH. Traumatismos dentales en dentición permanente, Rev. Estomatológica Heredia. 2014; 22(1):42-49.
12. Reinoso GM. Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad de las Américas durante de septiembre del 2015. Quito. 2015.13-17.
13. Gutiérrez VL, Saucedo AB. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico, en adultos el ámbito urbano marginal. Rev. Estomatológica herediana. 2015; 25 (3):30-35.
14. Eiseman G. Factores a considerar en el pronóstico de pacientes periodontal mente afectados. Rev. Odontológica Mexicana.2010; 2(8): 46-48.
15. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman, cuarta edición, México, DF. Nueva editorial interamericana.1988. 586-597.
16. Carrillo MC, Gónzales N. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la USALP. Rev. Estomatológica. 2012; 7(13): 203-213.
17. Manéla OT. Diagnóstico radiológico periodontal. Manual de prácticas de periodoncia. 2006.38-45.
18. García ER, López FA, Martínez UI. Necesidad de rehabilitación protésica, en una población seleccionada del área de la salud, Rev. Ciencias Médicas.2016; 4 (20):52-65.

19. Camacho F, Federico L. Prótesis parcial fija: Análisis biomecánico sobre distribución de esfuerzos entre tres alternativas de retenciones. Rev. Facultad de Odontología. 2015; 2(21): 15-158.
20. Fabián HL. La Prótesis parcial removible, en el contexto de la odontología actual. Rev. ADM. 2013; 2(51):42-48.
21. Rodríguez FM, Salazar GB. Autopercepción de la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológicas. Rev. Habana Ciencias Médicas. 2016; 1(15):10-15.
22. López MR. Resolución de prótesis parcial removible según la clasificación de Kennedy en pacientes tratados en la asignatura de prótesis, II Jornada de actualización de prácticas integradas, Perú (SEPOI-DPS). 2017; 2(4): 15-17.
23. Constanza JG. Prótesis parcial removible de vía de carga dentaria ¿Es posible eliminar los retenedores de las piezas dentarias anteriores?, Universidad de Chile Facultad de Odontología 2009. 27-31
24. Téllez FG. Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en la consulta estomatológica. Rev. De Ciencias Médicas. 2016; 10 (20): 3-15.
25. Blaso MF. Consideraciones actuales sobre la estomatología geriátrica. Rev. Estomatológica, cuba. 2015; 3(12): 27-32.
26. Nobrera BK. Necesidad real y sentido de prótesis estomatológica en pacientes mayores de 50 años. Rev. Ciencias médicas. 2013; 1(2): 14-17.
27. Blasio CL. Tipos de prótesis para pacientes edentulos parciales y totales. Rev. Estomatológica. Guajuquil 2013; 5(14): 15-18.
28. Martínez JM. Diseño de implantes dentales. Rev. De implantología Madrid. 2002; 14(3):29-30.
29. Loreidy CS, Díaz SM. Estrategia educativa con instrumento preventivo de urgencias en paciente con rehabilitación de prótesis. Rev. Médica de Camagüey. 2010; 14(12): 5-7.
30. Miguel F. Modificación de la técnica de all-on-4; prótesis fija inmediata implantosoportada sin la intervención de laboratorio de prótesis (caso clínico). Revista clínica Estomatológica. 2010; 4(2): 10-12.
31. Paz ME. Rehabilitación total del paciente desdentado total a través de prótesis superior e inferior. Rev. Odontología de Quito. 2012; 15(3):4-7.
32. Torres SO, Calvario NS, Correa MR. Salud bucal en Latinoamérica. Rev. Odontológica Medellín. 2015; 7 (25): 27-34.
33. Ramos F. Estadio epidemiológico de necesidades protésicas de los pacientes que asisten al centro de especialidades estomatológicas (CEMO). Rev. Acta odontológica venezolana. 2012; 4(50): 24-27.
34. Romero ME. Evaluación de la calidad de hueso en sitios de implantes dentales con tomografía computarizada. Revista Acta odontológica Venezolana. 2016;54(2): 14-15.
35. Esquivel HR. Percepción de funcionalidad de la cavidad bucal para alimentarse; en adultos mayores. Rev. ADM. 2009; 1(6): 3-10.
36. Flores JA. Causas más frecuentes en la pérdida dental en la ciudad de Quito. Rev. Odontológica. 2016; 2(4) :16-17
37. Romero JC, Domínguez FA. Estudio prostodoncico y salud bucal en pacientes que solicitan reparaciones protésicas. Rev. Ciencias Médicas. 2015; 1 (19):34-36.

38. Farías HL. La Prótesis parcial removible, en el contexto de la odontología actual. Rev. ADM. 2013; 2(51):42-48.
39. Gutiérrez SM, Paredes JE. Pacientes mayores de 60 años portadores de prótesis. Rev. Ciencias médicas Holguín. 2013; 4(17): 5-8.
40. Chávez LA, Gomes AE. Perfil de los pacientes rehabilitados por medio de prótesis, atendidos en el servicio público de salud en Riberáo Preto. Brasil. Rev. Avances en odontoestomatología. 2015; 31(6): 347-353.
41. Monroy RM, Méndez CJ. Factores asociados a dentición funcional en adultos mayores, usuarios de odontología; integración de servicios de salud Centro Oriente, Universidad del Rosario, escuela de medicina y ciencias de la salud, Bogotá 2017. 17-31.
42. Adams NJ. Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en la consulta estomatológica. Rev. De Ciencias Médicas. 2016; 9 (20):3-15.
43. Villegas VK. Condiciones de vida en adultos mayores de 60 años o más con seguridad social del estado de México. Rev. Odontológica. 2017; 79 (20): 8-11.
44. Mejía GM. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB) 2015. 49-66.
45. Encuestas de salud bucodental, Métodos básicos, OMS, cuarta edición, Ginebra. 1997. 46-47.
46. Declaración de Helsinki de la AMM. {Internet}.Principios éticos para la investigación médica. 2017. 27 JULIO 2019.

Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.

XIII. ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Encargado del proyecto de investigación

FLORES VICTORIA CAROLINA VIRGINIA

Autorizo libre y voluntariamente al responsable del proyecto de investigación y doy mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación ***frecuencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis de la estancia de día Benito Juárez y Metropolitana pertenecientes al sistema municipal para el desarrollo integral de la familia (SMDIF) DE CD. Nezahualcóyotl, 2019.***

A usted se le ha invitado a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer la prevalencia de la pérdida, uso y necesidad de prótesis en las estancias de día del adulto mayor (SMDIF) Benito Juárez y Metropolitana.

He leído y comprendido previamente la hoja de información que se me ha entregado y he podido preguntar dudas sobre el mismo.

Una vez que usted haya comprendido el estudio si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento informado.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



Folio: _____

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

Nombre: _____

Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Marque como se indica a continuación según corresponda

- Órganos dentarios perdidos
- Órganos dentarios presentes

PERDIDA DENTAL

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Sup																
Inf.																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

USO DE PRÓTESIS

INSTRUCCIONES: Marca el número correspondiente según el cuadro:

0	Ninguna prótesis
1	Puente
2	Más de un puente
3	Dentadura postiza parcial
4	Dos puentes y dentadura postiza parcial
5	Dentadura completa removible
9	No registrado

SUPERIOR	INFERIOR

NECESIDAD DE PRÓTESIS

INSTRUCCIONES. Marca el número correspondiente según el cuadro:

0	Ninguna prótesis necesaria
1	Necesidad de prótesis unitaria (1 diente)
2	Necesidad de prótesis multiunitaria (+ de un diente)
3	Necesidad de una combinación de prótesis
4	Necesidad de una prótesis completa
9	No registrado

SUPERIOR	INFERIOR

Examinador: _____

Anotador: _____

Elaboro: Flores VC.

ANEXO 2