



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**VALORACIÓN GERIÁTRICA Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTÉSICO EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA CASA DE REPOSO “JESÚS MI BUEN
PASTOR”, PIMENTEL – 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

ACARO QUITO NORMA

ASESOR:

MG. JOSÉ ORLANDO FLORES MEJÍA

Chiclayo – Perú

2018

**“VALORACIÓN GERIÁTRICA Y NECESIDAD DE
TRATAMIENTO PROTÉSICO EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES DE LA CASA DE REPOSO “JESÚS MI BUEN
PASTOR”, PIMENTEL – 2017”**

Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista

Presentado por:

Bachiller: Acaro Quito Norma

ASESOR:

MG. JOSÉ ORLANDO FLORES MEJÍA

CHICLAYO_PERÚ

2018

Acaro Quito, Norma

**“VALORACIÓN GERIÁTRICA Y NECESIDAD DE
TRATAMIENTO PROTÉSICO EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES DE LA CASA DE REPOSO “JESÚS MI BUEN
PASTOR”, PIMENTEL – 2017”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada por la obtención de título
cirujano dentista por la universidad Alas Peruanas filial
Chiclayo.

CHICLAYO – PERÚ

2018

A Dios, por darnos el don de la vida y guiarme en todo momento

A mis padres, que siempre me brinda su amor y apoyo incondicional, gracias a ellos alcancé uno de mis objetivos principales.

A mi hija, por brindarme su amor y ser mi fuente inspiradora.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, por guiarme con su enseñanza y conocimiento en esta investigación.

RECONOCIMIENTO

A la casa de reposo "JESÚS MI BUEN PASTOR"-Pimentel,
por brindarme las facilidades de acceder a su servicio.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre la valoración geriátrica estomatológica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017. El estudio de tipo Correlacionar, estudio la relaciones entre dos o más variables, dependientes e independientes, o sea se estudia la correlación entre dos variables, transversal se recolectó los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, así mismo según la planificación de la toma de datos ésta se realizó de manera Prospectiva, en este estudio la población y muestra está conformada por 65 adultos mayores que habitan en la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017, En el presente estudio la muestra es de tipo no probabilístico, por conveniencia y ha sido seleccionada los criterios de inclusión y exclusión.

Los datos se obtuvieron gracias al uso del odontograma y a la encuesta de edéntulos de la OMS, se obtuvo como resultado que en su relación de a valoración geriátrica estomatológica y la necesidad de tratamiento protésico, los pacientes adultos mayores que son edéntulos totales tienen la necesidad de tratamiento protésico en un 55,4%(36 pacientes), seguido de los pacientes edéntulos parciales que en 15,4%(10 pacientes) necesitan una prótesis multiunitaria o parcial, así mismo los pacientes con edéntulismo parcial inferior en un 9,2%(6 pacientes) necesitan tratamiento protésico multiunitaria y finalmente los edéntulos parcial bimaxilar en un 7,7%(5 pacientes) también necesitan prótesis multiunitaria

Palabras clave: edéntulo, estomatológica, tratamiento.

ABSTRAC

the objective of this research was to determine the relationship between geriatric stomatological assessment and the need for prosthetic treatment in elderly patients of the nursing home "Jesus my good shepherd"; Pimentel - 2017. The Correlacionar type study, study the relationships between two or more variables, dependent and independent, that is, the correlation between two variables is studied, the data was collected in a single moment, in a single time. Its purpose was to describe variables and analyze their incidence and interrelation at a given time, and according to the planning of data collection, this was done in a prospective way, in this study the population and sample is made up of 65 older adults who live in the city. Resting house "Jesus my good shepherd"; Pimentel - 2017, In the present study the sample is non-probabilistic, for convenience and the inclusion and exclusion criteria have been selected.

The data was obtained thanks to the use of the odontogram and the WHO edentulous survey. The result was that in their relation to geriatric stomatological assessment and the need for prosthetic treatment, elderly patients who are total edentulous have the need to prosthetic treatment in 55.4% (36 patients), followed by partial edentulous patients who in 15.4% (10 patients) require a multiunit or partial prosthesis, as well as patients with partial inferior edentulism in 9.2% (6 patients) need multiunit prosthetic treatment and finally the bimaxillary partial edentules in 7.7% (5 patients) also need multiunit prosthesis

Keywords: edentulous, stomatologic, treatme

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
RECONOCIMIENTO
RESUMEN
ABSTRAC
ÍNDICE
ÍNDICE DE TABLAS
ÍNDICE DE GRÁFICOS
INTRODUCCIÓN

	Pág.
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Formulación del problema	18
1.2.1 Problema principal	18
1.2.2 Problemas secundarios	18
1.3 Objetivos de la investigación	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.4 Justificación de la investigación	20
1.4.1 Importancia de la investigación	20
1.4.2 Viabilidad de la investigación	21
1.5 Limitaciones del estudio	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 Antecedentes de la investigación	22
2.2 Bases teóricas	26
2.2.1 El edentulismo.....	26
2.2.2 Necesidad de tratamiento protésico.....	35
2.3 Definición de términos básicos	45
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	46
3.1 Formulación de hipótesis	46
3.1.1 Hipótesis principal.....	46
3.1.2 Hipótesis derivadas	46
3.2. Variables	47
4.1. Diseño metodológico	48
4.1.1 Tipo de investigación.....	48

4.1.2 Nivel de investigación	48
4.1.3 Método y diseño de investigación	49
4.2. Diseño muestral	50
4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	51
4.4 técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	53
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	54
5.1 Análisis de la descripción	54
5.2 Análisis inferencial	64
5.3 comprobación de hipótesis	65
5.4 discusión	68
CONCLUSIÓN	
RECOMENDACIONES	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla N. °01 Relación entre el tipo de edentulismo de los pacientes adultos mayores y su necesidad de tratamiento.	54
Tabla N. °02 Prevalencia del edentulismo, según sexo.	56
Tabla N. °03 Prevalencia del edentulismo, según edad.	58
Tabla N. °04 Prevalencia del tratamiento protésico, según sexo.	60
Tabla N. °05 Prevalencia del tratamiento protésico, según edad.	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Grafico N. °01 Relación entre el tipo de edentulismo de los pacientes adultos mayores y su necesidad de tratamiento	55
Grafico N. °02 Prevalencia del edentulismo, según sexo	56
Grafico N. °03 Prevalencia del edentulismo, según edad	58
Grafico N. °04 Prevalencia del tratamiento protésico, según sexo	60
Grafico N. °05 Prevalencia del tratamiento protésico, según edad	62

INTRODUCCIÓN

La salud bucal no solo se basa en tener piezas dentarias naturales o artificiales también se ve relacionada con el estado general del sistema estomatognático, que al encontrarse en un buen estado lo podríamos definir como salud bucal netamente integral. Los adultos en general restan importancia en la conservación de la salud bucal observando un aumento en la pérdida de piezas dentarias, es decir que estos pacientes pueden presentar edentulismo ya sea parcial o total, considerado como un problema irreversible que puede conducir a un deterioro físico, mental, funcional y psicológico.¹

Para el éxito de los tratamientos protésicos depende de un adecuado diagnóstico y planificación del mismo de esta manera se conseguirá lograr óptimos resultados para el beneficio de los pacientes, así mismo es necesario tener un enfoque multidisciplinario siempre y cuando el tratamiento lo amerite y así tener una correcta resolución del tratamiento, la visión limitada y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en la resolución de los tratamientos, la rehabilitación de la cavidad oral no solo tiene un fin estético, si no también funcional ya que los dientes o sustitutos ayudan a la ingesta de alimentos, importante para absorción de nutrientes.^{2,3}

Es verdad decir que la masticación es el inicio del proceso de digestión, es allí la importancia de rehabilitar la cavidad oral, ya que es componente de la salud física del paciente, por otro lado debemos ver otros aspectos importantes por los cuales la rehabilitación es importante y es el mejorar la calidad de vida, años de vida sana, años de vida con la discapacidad y la carga de enfermedad en pacientes adultos mayores.³

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En las ciencias de la salud como lo es odontología los estudios estadísticos de poblaciones siempre son importantes e imprescindibles para el conocimiento y la enseñanza. Sin duda el edentulismo desde hace muchos años es una condición común en los pacientes lo cual se trata de diferentes maneras entre ellas con prótesis parciales removibles.⁴

El sistema de Clasificación de Kennedy hace el registro periódico del estado de edentulismo de la población y permite realizar comparaciones para saber si ha habido mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca; estudios que son frecuentemente realizados por varios países tanto en Latinoamérica como en Europa, Asia y el Medio Oriente. Sin embargo, el Perú no cuenta con un registro de información suficiente para conocer si hay o no mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca y saber si son efectivas o no las políticas de prevención y cuidado de la salud oral en la población.⁵

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasificó en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal.⁵

La pérdida de dientes altera las funciones de sistema estomatognático, como es la masticación, la fonética y la estética. En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de

masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona.⁵

Por tal motivo, la odontología rehabilitadora se especializa en la realización de tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad devolviendo la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales de tipo fijo, removible y/o total en remplazo a las piezas dentarias perdidas, buscando siempre una correcta oclusión; sin embargo, pueden existir prótesis mal adaptadas o deterioradas por su prolongado tiempo en boca, las cuales llegan a impedir la ingesta de alimentos de forma satisfactoria, produciendo daños estomatológicos.²

De esta circunstancia se considera como prioridad el poder mejorar y/o mantener la salud bucal de los pacientes y de esta manera mejorar su calidad de vida realizando procedimientos odontológicos, actualmente, en nuestro país no existen muchos estudios que evalúen la frecuencia del edentulismo en relación con la necesidad de tratamiento protésico; de esta manera el presente estudio genera reflexión y discusión sobre los accesos y servicios que puedan brindar los centros de salud enfocados en prevenir, corregir y/o mantener una buena salud bucal.⁴

En el Perú el grupo poblacional de adultos mayores representan el 8.8% del total de la población nacional, según el último reporte INEI a Diciembre de 2011,¹⁷ habiendo una diferencia positiva para la zona rural, donde la etapa de vida adulto mayor corresponde al 9% de la población rural total.¹⁸ En cifras globales nacionales, el 36% de hogares, tiene como residente habitual a uno o más adultos mayores, así mismo sólo el 15.5% de hogares con adultos mayores son unipersonales. El 62.2% de adultos

mayores, son jefes de hogar. El 63.4% de adultos mayores, están casados, el 24.3% viudos(as) y el 12.3% solteros, divorciados o separados. Se calcula que los hogares donde hay por lo menos un adulto mayor y que presenta déficit calórico en el área rural son el 30.5% y en el área urbana 24.7%. De los hogares donde existen adultos mayores, los beneficiarios de programas sociales de alimentación de la zona rural son el 41.4% y el 15.7% pertenecen al área urbana. ³

El reporte técnico del INEI también muestra que el 77.5% de adultos mayores han reportado tener algún problema de salud. La encuesta nacional de hogares (ENAH) reporta que en zonas urbanas el 81.7% de las mujeres adultas mayores, padecen algún problema de salud crónico, mientras que los varones, alcanzan el 70.8%. En la zona rural estos porcentajes son diferentes, ya que se reporta que el 75.9% de mujeres adultas mayores, presentan problemas crónicos de salud, frente al 70.8% de varones; en ambos casos los porcentajes son altos. El año 2007 se aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud, que en el Capítulo II Situación de Salud menciona que respecto a la morbilidad, en los establecimientos del Ministerio de Salud aparece como una de las principales causas las afecciones dentales, solo por debajo de las enfermedades de vías respiratorias, a diferencia de la morbilidad en pacientes de ESSalud que tiene como principales causas de morbilidad las enfermedades respiratorias, las dorsopatías, enfermedades de la piel entre otras. ³

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú. ³

El paciente edéntulo parcial logra recuperar la parte funcional de la masticación, de fonación, de estética y deglución a través del uso de la prótesis parcial removible confeccionado por el profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos de edentulismo, fue necesario establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edwuard Kennedy en 1925 la cual ha sido de gran ayuda para la enseñanza y estudio de este tipo de pacientes. ⁴

Los pacientes después de ser diagnosticados e indicados para realizarse una rehabilitación con prótesis parcial removible no todos llegan a realizar el tratamiento, debido a diferentes motivos entre ellos: estéticos, sociales y la falta de recursos económicos.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es valoración geriátrica estomatológica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel - 2017?

1.2.2 Problemas secundarios

1.2.2.1 ¿Cuál es el tratamiento protésico de más prevalencia en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, según edad?

1.2.2.2 ¿Cuál es el tratamiento protésico de más prevalencia en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, según sexo?

1.2.2.3 ¿Qué tipo de edentulismo en los pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, tiene mayor prevalencia, según edad?

1.2.2.4 ¿Qué tipo de edentulismo en los pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, tiene mayor prevalencia, según sexo?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la valoración geriátrica estomatológica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Determinar cuál es el tratamiento protésico de más prevalencia en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, según edad.

1.3.2.2 Determinar cuál es el tratamiento protésico de más prevalencia en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, según sexo.

1.3.2.3 Determinar qué tipo de edentulismo en los pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, tiene mayor prevalencia, según edad.

1.3.2.4 Determinar qué tipo de edentulismo en los pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel, tiene mayor prevalencia, según sexo.

1.4 Justificación de la investigación

La presente investigación se justifica en medida que en la población peruana tanto la salud general como la salud oral es deficiente y tampoco es igualitaria para todos, debido a una serie de aspectos tales como marginación, diferencias económicas sociales y a la inadecuada política de estado sobre la prevención y la promoción de la salud oral. Se sabe que el estado de salud bucal de la población peruana es insatisfactoria y corresponde al de una sociedad subdesarrollada en cuyo interior se da la marginación y la injusticia social, y esto es debido a diferentes situaciones sociales, culturales y principalmente económicas, también por la escasa y pobre información que se brinda a la población sobre medidas preventivas de promoción de la salud oral.

1.4.1. Importancia de la investigación

En lo social, para generar un nivel de concientización a los encargados y familiares acerca del tratamiento protésico en pacientes de los pacientes de la casa de reposo, así mismo promueva el interés para la adquisición de estos conocimientos, lo que contribuiría con el cuidado de la salud bucal de los pacientes de la casa de reposo.

En lo académico, se espera que con el presente trabajo se pueda contribuir a los alumnos con el fin de erradicar la falta de conocimientos sobre la importancia de tratar protésicamente a aquellos pacientes que han perdido piezas dentarias y lo que se debe hacer para mantener una salud bucal óptima.

En lo científico, el estudio podrá servir como punto de partida para futuras investigaciones de mayor alcance, en el marco de la docencia como elemento clave

para hacer promoción y prevención para la salud bucodental a través de la Disciplina odontológica/estomatológica.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Los pacientes colaboraran desinteresada e incondicionalmente, por cuanto los resultados de la investigación también son de su interés. Los suscritos poseen los conocimientos necesarios para materializar el presente trabajo de investigación, ya que el edentulismo total es considerado como un problema irreversible que puede conducir a un deterioro funcional y psicológico muy frecuente en los Adultos Jóvenes, Medios y Mayores que comprenden edades entre 18 a 100 años de edad. Esta ubicuidad del problema hace viable de por si el presente trabajo de investigación, el estudio de los diversos factores causales, los que serán adecuadamente explorados por los elementos propios del diagnóstico para proponer un tratamiento protésico propio.

1.5. Limitaciones del estudio

Es la falta de empatía que pueda existir al entrevistar a este grupo y causar la falta de cooperación de algunos pacientes para suministrar información, ya que algunos son de muy avanzada edad.

También que los encargados del centro de reposo no nos briden la facilidad de estar en sus instalaciones, por considerar el trabajo de investigación no tan importante para ellos ya que muchas personas no tienen la cultura de mantener su salud oral.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Matute y Arce (ecuador, 2016) en su investigación titulada “Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE” 2016; se plantearon del objetivo de determinar la Frecuencia de Edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos entre 18 a 70 años de edad de la clínica integral de la Carrera de Odontología en la Unidad Académica de Salud y Bienestar, Cuenca – Ecuador. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo. La muestra estuvo integrada por 100 adultos de 18 a 70 años de edad, quienes fueron observados clínicamente y evaluados mediante el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. Como resultados se encontró que el 100 % de la población presentó edentulismo parcial, dentro de este 87 % edentulismo parcial bimaxilar y 13 % edentulismo parcial unimaxilar de este último se identificó específicamente un 8 % de edentulismo parcial superior y 5 % de edentulismo parcial inferior. Concluyéndose que existe una necesidad de tratamiento protésico parcial inferior del 82 %, tratamiento protésico total del 1 % y el 17 % de la población no necesitan un tratamiento protésico.⁶

Gutiérrez, León, Castillo (Callao – Lima, 2014). En su investigación titulada “Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal” presentaron como objetivo fue determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Estudio transversal, descriptivo, observacional. La población estuvo formada por 1350 personas y la muestra calculada fue de 168 adultos, quienes fueron

evaluados mediante una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. Teniendo como resultados: Se determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). Se concluyó que la mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico.²

Avendaño (Lima, 2014), en su trabajo de investigación titulado “Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014” define adecuadamente que el edentulismo parcial es el estado en el cual la boca de la persona carece de algunas piezas dentarias, las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico y también psicológico. El paciente edéntulo parcial logra recuperar la parte funcional y estética a través del uso de la prótesis parcial removible. La clasificación Kennedy ha sido de gran ayuda para la enseñanza y estudio de este tipo de pacientes. Se propuso identificar la Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2013 al 2014. Tomando como población elegible 243 pacientes, 89 varones y 154 mujeres que se realizaron una PPR en la clínica de pre grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2013 al 2014. Se recolectó los datos en una ficha de cotejo donde se registró la información que está en las historias de los pacientes edéntulos parciales. Se encontró que de los 363 maxilas que se realizaron el tratamiento de PPR la Clase I de Kennedy

es la más prevalente con 41.3 % (150 casos); la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 32 % (116 casos), luego tenemos a la Clase III con el 25.1% (91 casos) y finalmente a la Clase IV con el 1.7%(6 casos). Además de los 243 pacientes que se realizaron el tratamiento de PPR la necesidad protésica de la clase I de Kennedy fue 132 (54,3 %) pacientes, de la clase II de Kennedy fue 91 (37,4 %) pacientes, de la clase III de Kennedy fue 82 (33,7 %) pacientes y de la clase IV de Kennedy fue 5 (2,1 %) pacientes.⁴

Del Águila et al, (lima, 2014) en su trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria” realizaron un estudio para determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, utilizando la clasificación de Kennedy. Se estudiaron 200 pacientes, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico, consignándolos en una ficha clínica juntamente con lo reportado en la anamnesis. Según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%; la referencia de problemas gástricos representó 15%. En el examen clínico, el grupo etario de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino.⁷

Carrera (LIMA, 2006) El presente estudio determinó la frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy entre los pobladores residentes en el AAHH “Sol Naciente” del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005. El estudio

fue del tipo transversal y se desarrolló en el paradigma cuantitativo. En este estudio se evaluó un total de de 127 pobladores mayores de 14 años de edad que cumplieron con los criterios de selección. Entre los principales resultados encontramos que presentaron algún tipo de edentulismo parcial un 66.1% de la población evaluada, de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino, en cuanto a la edad se registró que la clase III también fue la más frecuente casi todos los decenios, excepto en el séptimo decenio donde la clase II fue la más frecuente en ambos maxilares, también se registró que el edentulismo parcial del maxilar inferior fue el más frecuente y el sexo femenino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial.⁸

2.2. Bases teóricas

2.2.1. El edentulismo

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes y su causa puede ser congénita o adquirida. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y generalmente, no compatibles con la vida. Sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual.⁹

El edentulismo adquirido, es decir, la pérdida de dientes durante nuestra vida, es un hecho más común que el edentulismo congénito, y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos. Los cambios derivados de la omisión en la restauración de las piezas ausentes, los describió Kelly en 1972, y se han englobado en el síndrome combinado que lleva su nombre.¹⁰

El estado edéntulo es una agresión a la integridad del sistema masticatorio, que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas que el paciente percibe de diferentes maneras y pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensas emociones de inferioridad o invalidez. La pérdida de los dientes equivale a perder una parte del cuerpo y su tratamiento se dirige a solucionar diversos problemas biomecánicos, que abarcan una amplia gama de tolerancias y percepciones individuales¹¹

Las piezas dentarias se siguen perdiendo por diversas razones (caries dental, enfermedad periodontal, traumatismos, etc) estudios epidemiológicos en diferentes países, independientemente de la situación socio económico, político y cultural, indican que la falta de piezas dentarias se observa en un 80% de la población sin considerar a los edéntulos totales. Un alto porcentaje de la población mundial está en

la categoría de edéntulo parcial con una extensa pérdida de las estructuras de soporte. La mayor parte de la población tiene una dentición incompleta pero funcionando porque un gran número de estos edéntulos parciales no tiene restauración protésica. Sin embargo, la restauración de la función oral y la apariencia estética es a menudo necesaria.¹²

Pérdida de los dientes y la edad

Nadie duda de la relación que existe entre pérdida de dientes y la edad. Se ha comprobado una relación específica de la ausencia de dientes con el incremento de la edad y la existencia de dientes que se retienen más tiempo que otros. Se ha sugerido que la pérdida de dientes varía según la arcada y que se pierden antes los dientes maxilares que los mandibulares.¹⁴

También se ha insinuado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada, perdiéndose los dientes posteriores más rápidamente que los anteriores. Con bastante frecuencia los últimos dientes que permanecen en boca son los mandibulares anteriores especialmente los caninos y es frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores.¹⁴

Edéntulo parcial

Kennedy (1925) descifró una manera simple de clasificación para los edéntulos parciales, este método sencillo divide a los maxilares parcialmente edéntulos en cuatro clases que se pueden referir tanto al maxilar superior como al inferior, la clasificación de Kennedy es la más aceptada y conocida, en la cual se clasifican los maxilares según la localización de las zonas edéntulas en relación con las piezas dentarias presentes en boca.¹⁴

- Edéntulo parcial Clase Kennedy I Maxilar con zonas desdentadas en ambos lados posteriores a los dientes residuales (extremo libre).
- Edéntulo parcial Clase Kennedy II Maxilar con área desdentada en un solo lado posterior a los dientes remanentes (extremo libre).
- Edéntulo parcial Clase Kennedy III Maxilar con región desdentada en un solo lado y dientes presentes en boca ubicados anterior y posterior a esta área edéntula.
- Edéntulo parcial Clase Kennedy IV Área desdentada única anterior y bilateral que compromete la línea media. ¹⁴

Edéntulo total

La población mundial actual cuenta con la mayoría de personas mayores viviendo más años que las generaciones anteriores; sin embargo, la edad incrementa el riesgo de pérdida dental. A pesar de ello, se ha registrado que la pérdida de los últimos dientes remanentes que presentan los edéntulos parciales ha disminuido gracias a la prevención oral y consigo la prevalencia de edentulismo. Los pacientes edéntulos totales presentan muchos cambios anatómicos como la disminución en la dimensión vertical que puede influenciar negativamente el sueño y producir apnea obstructiva del sueño. Además, se ha reportado que estos pacientes tienen una peor calidad de vida, debido a su condición relacionada con la inhabilidad de masticar, hablar e insatisfacción estética. ¹⁴

Aspectos psicosociales del paciente desdentado

Se entiende que cada aspecto que arrastra consigo problemas de edentulismo es necesario conocer términos generales como la depresión, estudio psicológico del paciente, empatía con el paciente, aceptabilidad, integración del paciente a la prótesis, así como la adaptabilidad psicológica del paciente a la prótesis, buscando factores favorables como la confianza en el dentista, experiencias previas, adaptación del paciente y salud general (tanto física como psíquica), por otro lado la comprensión del tratamiento, capacidad de colaboración, coordinación física de movimientos, depresión o ansiedad, experiencias negativas, poca tolerancia a nuevas situaciones, mala coordinación, portador previo son otros de los factores que influyen en menor a mayor medida psicológica del paciente que tiene que adaptarse a su nueva condición.¹⁵

Aspectos psicológicos del edentulismo

Según Misch (2009) citado por Carmen Reinoso nos dice que los efectos psicológicos que deja el edentulismo en los pacientes principalmente geriátricos que son los más afectados, van de mínimas depresiones hasta estados avanzados de neurosis, aunque la colocación de dentaduras completas satisface el requerimiento estético de muchos pacientes, hay otro que por lo contrario ven su vida social significativamente comprometida y afectada. Besar se convierte en un grave problema principalmente cuando sus relaciones amorosas están empezando y no tienen conocimiento de su discapacidad oral. ¹⁵

Así mismo Fisk, 1998, en una entrevista realizada a pacientes edentulos, menciona, que la pérdida de las piezas dentarias suelen ser comparadas con la muerte de un amigo o la pérdida de cualquier otra parte corporal, provocando una reducción en la confianza en sí mismo, hasta el punto de tener un sentimiento de vergüenza o de pérdida.¹⁵

Según Misch, un estudio dental aplicado a pacientes edéntulos arrojó que el 66% experimentaron insatisfacción por el uso de prótesis totales principalmente en la zona mandibular, la causa principal asociada a esta sensación es la incapacidad de retención total, lo que genera poca estabilidad, dolor e incomodidad, observándose que solo una pequeña parte de la población era capaz de llevar ambas protesis por tiempos prolongados, unos únicamente llevan una de ellas, con mayor frecuencia la maxilar, otros no pueden llevarlas mucho tiempo puestas y hay aquellos que nunca se acostumbran a usarlas y se convierten en los llamados inválidos dentales o “inválidos orales”.¹⁵

Cambios morfo fisiológicos de las estructuras orales en la tercera edad

Las estructuras orales sufren cambios propios de la senectud, la pérdida parcial o total de las piezas dentarias no son propios de la edad, sino de un indicativo del mal estado de salud oral del paciente. El periodonto a consecuencia de las fuerzas y cargas masticadoras a lo largo de la vida, el periodonto sufre cambios, este se engrosa y retrae a los que se expone mayor parte del diente al medio oral, el ligamento periodontal se ensancha en los ancianos, debido posiblemente a una inflamación crónica de este componente del aparato de unión encargado de la sensibilidad durante la masticación.¹⁶

El deterioro que se observa en las piezas dentales se presenta en forma de abrasión, abfracción, erosión y atricción, consecuencia al desgaste fisiológico, mecánico o químico y patología subyacente como el bruxismo.

La mucosa oral tiene problema tiene que ver con la síntesis de proteínas es la disminución del grosor de la mucosa bucal, que sufre cambios muy parecidos a los de la piel, por una disminución en la microvasculatura. La disposición celular cambia, lo que debilita la mucosa, y esto representa un factor de riesgo para infecciones, desgarros, lesiones precancerosas y cancerosas de la cavidad oral (reyes, 2001; 1-2-3-4), también puede presentar xerostomía, lo cual puede deberse, no al envejecimiento, sino más bien a deshidratación por la baja ingesta de líquidos, respiración bucal y enfermedades o tratamientos farmacológicos (langarica, 1985; 48). Como el envejecimiento se acompaña por escases del epitelio oral y cambios en el grado de queratinización, el uso de prótesis dentales mal adaptadas es la causa más frecuente de lesiones a nivel de la mucosa oral (Saenz,2003;5).¹⁶

La saliva es crítica para el mantenimiento de la salud oral, ya que protege la cavidad oral, el tracto digestivo y facilita numerosos fenómenos sensorimotrices. Las glándulas salivales con el aumento de edad experimentan cambios histológicos cuantitativos y cualitativos, produciendo una atrofia del tejido acinar y una proliferación de elementos ductales, algunos cambios degenerativos en las glándulas salivales mayores y menores. A pesar de estos cambios la producción de saliva sigue siendo igual, una explicación a esto es que posiblemente las glándulas salivales poseen una capacidad de reserva funcional, lo que posibilita mantener un fluido constante de producción a través del tiempo.¹⁶

Con respecto al funcionamiento motor pacientes adultos mayores pierden la estabilidad y movilidad de la mandíbula, lo que dificulta su movimiento de masticación y movimientos linguales, esto se debe principalmente a trastornos en la unidad neuromuscular del aparato masticatorio. Con el pasar de los años se va afectando los movimientos orales para masticar, tragar y hablar, aunque se dice que el trastorno con mayor prevalencia se relaciona con la masticación. Las alteraciones de movilidad mandibular son de suma importancia, porque podrían ser motivo para contraindicar algunos tipos de rehabilitación de tipo protésico, en los pacientes afectados, esto podría ser una contraindicación para algunos tratamientos protésicos, ya que un paciente con marcada disminución de la movilidad no podrá manejar, por ejemplo, una prótesis total mucosoportada.¹⁶

Así mismo la pérdida del sentido del gusto se manifiesta en muchos ancianos, se debe a la pérdida del olfato y a la obturación de los receptores de textura, temperatura y gusto del paladar, muchas veces también inducidas por el diseño de las prótesis dentales, las papilas gustativas con la edad solo llegan a presentar un ligero aumento en el tiempo de producción, a consecuencia probablemente a la falta de estimulación. Principalmente se basa en la formación de varicosidades en la cara inferior, presenta una lengua lisa y dolorosa que se puede tratar con vitamina B y el ensanchamiento lingual por el sobre desarrollo de la musculatura intrínseca a consecuencia de la pérdida de piezas dentarias.¹⁶

Manejo del paciente geriátrico en odontología

Las patologías orales más comunes en los adultos mayores y en la población en general, son la presencia de caries y enfermedad que corresponde a la pérdida de dientes debido a una infección crónica a nivel del tejido óseo que mantiene los dientes en los huesos maxilares. Ambas lesiones se pueden prevenir con una efectiva higiene oral y mediante una atención odontológica de buena calidad, constante y regular. Lamentablemente, la disponibilidad de servicios odontológicos adecuados es muy limitada, lo que se traduce en una alta tasa de caries y enfermedad periodontal con el consiguiente daño biológico, psicológico y social.

La falta de piezas dentarias produce las siguientes consecuencias.¹⁷

- Exclusión de actividades sociales como reuniones, fiestas o comidas familiares, sea por falta de piezas o por tener piezas dentarias mal rehabilitadas, con prótesis que se mueven lo que les impide usarlas con seguridad.
- Dificultades para hablar.
- Dificultades para masticar, lo que genera problemas de digestión y nutrición.
- Alteraciones en la actividad afectiva y sexual: hay pruebas de que el adulto mayor puede tener una buena actividad sexual si tiene prótesis o buena rehabilitación bucal, porque adquiere seguridad en sí mismo.
- Menor calidad de vida: hay estudios que prueban que una rehabilitación oral deficiente genera un impacto negativo directo en la calidad de vida de los individuos.

Las micosis son frecuentes en el adulto mayor debido a la relación de la homeostasis de la cavidad bucal respecto al estado sistémico de salud del paciente, generalmente inmunodeprimido por el envejecimiento, además las mucosas se adelgazan en forma importante, aumentan las varicosidades en la mucosa bucal y labial y aumenta la

frecuencia de fisuras linguales, y bajo los aparatos protésicos con mala higiene pueden proliferar bacterias y hongos saprófitos que normalmente no dan problemas, pero pueden causar procesos infecciosos si penetran a través de estas lesiones. Además, con el curso de los años se presenta con mayor frecuencia la condición de Fordyce, que es la aparición de glándulas sebáceas ectópicas a nivel de la mucosa oral, de menor frecuencia en otros grupos de edad.¹⁸

Todos los órganos y sistemas del cuerpo humano envejecen. No todos al mismo ritmo, pero ninguno está exento de las modificaciones que conlleva el paso del tiempo. El sistema estomatognático, no es la excepción. Modificaciones extraorales e intraorales hacen que se tengan unas condiciones, necesidades y susceptibilidades diferentes en ésta etapa de la vida. Es por esto que el manejo odontológico del paciente geriátrico requiere de unas consideraciones especiales; por lo tanto, si a esta condición se le suma algún tipo de discapacidad, esas necesidades demandan mayor comprensión y esfuerzo por parte del personal tratante.¹⁹

El envejecimiento poblacional, no solo está generando cambios demográficos, en los próximos años los retos para atender las necesidades en salud oral de los pacientes ancianos, con mejores ingresos y con mayor probabilidad de llevar una vida como personas institucionalizadas. Ante este panorama, los odontólogos se enfrentan a varios retos.²⁰

- Prevención desde edades tempranas que lleven a conservar un mayor número de dientes en la vejez. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia.

- Manejo adecuado en diagnóstico y terapéutica que garantice las condiciones de Salud oral durante el curso del envejecimiento.

- Comprender las limitaciones propias de los cambios que sufre el sistema estomatognático con la vejez, para abordarlos de la manera más adecuada, en la planeación de la atención de los pacientes geriátricos.
- Hacer parte de equipos multidisciplinarios orientados a comprender el manejo de pacientes con situaciones especiales, como la demencia y diferentes tipos de discapacidad, para adaptar los enfoques que tienen los odontólogos a las necesidades propias de cada individuo y sus condiciones de vida, de forma que se tenga la capacidad de adaptar los conocimientos de los profesionales a las necesidades individuales, con las especificidades de cada caso y que se ajusten a la realidad en la que viven las personas mayores.

La odontología para pacientes geriátricos, es conveniente diseñar los tratamientos, desde los cinco aspectos que valoran la condición del anciano, propuestos por la Escuela Norteamericana, que por sus siglas se resumen en OSCAR. Refiriéndose a O: condición oral, S: condición sistémica, C: capacidad funcional, A: Autonomía y R: realidad. Estos aspectos se valoran desde que se establece el primer contacto con el paciente, y se obtienen no sólo desde la elaboración de la historia clínica, sino también desde la observación de comportamientos y conductas específicas del paciente y sus acompañantes. ¹⁸

2.2.2. Necesidad de tratamiento protésico

La rehabilitación oral con prótesis parciales fijas o removibles juega un papel importante en el restablecimiento de la salud oral y sistémica de los pacientes desdentados. En comparación con las dentaduras parciales fijas, las ventajas de

dentadura parcial removible incluyen un menor costo y una más fácil forma de higiene oral. Factores biológicos, mecánicos, estética, y psicológicos están relacionados con la aceptación de la prótesis y por consiguiente, para el éxito del tratamiento. Sin embargo, todavía existen muchas controversias acerca de los determinantes de pronóstico dentadura parcial removible ¹⁹

La satisfacción con dentadura parcial removible tiene dimensiones multifactoriales involucrando variables técnicas y relacionadas con el paciente. El éxito es juzgado de manera diferente por el paciente y por el profesional: el primer juez con satisfacción personal; el segundo juez aspectos biológica y con técnica. Confort, la capacidad masticatoria, estética, y la retención parecen ser los factores más importantes para aceptación de prótesis. Personalidad, actitud hacia la dentadura parcial removible, experiencia previa, y la motivación dependen del paciente y puede influir satisfacción general. ²⁰

El tratamiento de un paciente desdentado es una tarea médica. Se trata de restablecer el equilibrio, la homeostasis, del sistema masticatorio; es decir crear unas condiciones sanas basadas en la relación armónica entre la oclusión dental, la musculatura, las articulaciones temporomandibulares y el sistema nervioso central. ²¹

El tratamiento óptimo

El tratamiento óptimo de un paciente desdentado no es posible sin unos conocimientos básicos de anatomía, fisiología, patología, fisiopatología, radiología, microbiología, farmacología, neurología, otorrinolaringología, psicología y geriatría. El estomatólogo debe de unir tales conocimientos fundamentales, dichos conocimientos

deben ser complementados con la experiencia y la practica en el tratamiento de los pacientes. No obstante, la voluntad y la capacidad del paciente para asumir las prótesis incorporadas son lo que en última instancia determina el éxito o el fracaso de un tratamiento protésico ²²

Tratamiento protésico:

El éxito de estas restauraciones protésicas está basadas en un cuidadoso examen clínico complementado con exámenes auxiliares en los que se incluye el uso de los modelos montados en el articulado en relación céntrica y en adecuada dimensión vertical. Los modelos permiten el examen con el paralelógrafo, el análisis de la oclusión, la articulación de los dientes en relación oclusal decidida, visualizar los desgastes y modificaciones a realizarse en los dientes y guían en la preparación de los dientes. Por consiguiente, el modelo final, la dimensión vertical, la relación oclusal, la estética y el diseño de la prótesis parcial removible, está disponible para el técnico del laboratorio dental ¹⁸

Diagnóstico oral y tratamiento del paciente adulto mayor

La historia estomatológica de los pacientes adultos mayores debe ser tomada en cuenta para su correcto diagnóstico y tratamiento.

Según Carranza, el odontólogo desde la primera visita debe ver la evolución global del paciente, esto incluye considerar su estado mental, emocional, su temperamento, actitud y edad fisiológica. Es así como en la cita inicial del paciente, el primer paso a seguir es la valoración minuciosa e integral del mismo, lo cual incluye.¹⁶

Prótesis dentales

Rehabilitar a los pacientes que han perdido distintas piezas dentarias se ha convertido en una de principales necesidades en la salud, ya que estos dientes perdidos deben ser reemplazados en un corto plazo de tiempo para que se pueda mantener una salud oral estable. La rehabilitación oral de una persona a través de prótesis dentales hechas a base de distintos materiales como metales, acrílico y otros, conlleva a todo un proceso de adaptación porque se producen cambios en los tejidos que soportan y están adyacentes a la prótesis.²³

Prótesis parcial fija (PPF)

La prótesis parcial fija es una de las que tiene mayor demanda, ya que los pacientes buscan tratamientos más estéticos. Los pacientes no pueden retirar esta prótesis de su boca una vez que ha sido instalada, la única manera es mediante instrumentos y técnicas que el clínico utiliza. Además, como todo tipo de prótesis, busca restaurar las funciones perdidas como: masticación, fonética y deglución, mientras provee la

Estética que se pide actualmente; a pesar de que hace algunas décadas, las coronas fenestradas tenían una gran demanda, estas pueden ser unitarias(1 pieza) o multiunitarias(más de 1 piezas).²⁴

Prótesis parcial removible (PPR)

En la rehabilitación oral, el paciente parcialmente desdentado constituye la mayor demanda, razón por la cual se contemplan las prótesis parciales removibles metálicas (PPRM) como las más solicitadas. La pérdida de dientes puede afectar la función, estética y fonación y es restaurada mayormente con prótesis. Éstas, son una modalidad de tratamiento fácil y económico para pacientes parcialmente edéntulos y todavía son altamente usados. Biomecánicamente, una prótesis parcial removible es una restauración protésica que obtiene su soporte principalmente de los tejidos adyacentes a su base, y en menor grado de los pilares. Las prótesis parciales removibles tienen un complejo comportamiento biomecánico, principalmente cuando están soportadas por dientes y mucosa como en clase Kennedy I estas pueden ser unitarias(1 pieza) o multiunitarias(más de 1 piezas).²⁴

Prótesis completa

La pérdida de los dientes y sus estructuras de soporte afecta principalmente el tercio inferior de la cara y por lo tanto produce cambios en las expresiones y en la apariencia facial. El restablecimiento del soporte natural y agradable de labios es uno de los principales requisitos de una prótesis estética, la colocación de los dientes en estas

posiciones mejora la fonética, la estabilidad de la dentadura, y el soporte fisiológico de los labios, lengua y mejillas. El éxito o fracaso de este tratamiento depende de varios factores, incluyendo las habilidades del dentista como las condiciones orales del paciente.²⁴

Los Implantes

Un implante dental es un sustituto artificial de la raíz natural del diente. Se trata de una pequeña pieza de titanio, material biocompatible, que cicatriza en el hueso y se osteointegra. Gracias a esta fijación de titanio al hueso podemos reemplazar uno o más dientes perdidos. Sobre el implante colocamos la prótesis, mediante el pilar aseguramos un ajuste perfecto con la corona de cerámica puente o prótesis completa para toda una mandíbula, devolviendo así al paciente la función masticatoria y estética dental. Después de años de exhaustiva investigación, los implantes dentales son un método seguro y fiable, utilizado por millones de personas en todo el mundo, que disfrutan de los beneficios de los implantes dentales desde hace más de 40 años.²⁵

Un tratamiento personalizado Los implantes dentales son la solución idónea para todo paciente que le falte uno o más dientes. Los implantes se adaptan a distintas necesidades: La sustitución de un solo diente. Una corona colocada en un implante, ya sea en el maxilar superior o el inferior. Sustitución de varios dientes. Coronas individuales sobre implantes o un puente fijo adaptado a dos o más implantes. Sustitución de todos los dientes. Los implantes dentales son la mejor solución ya sea en el maxilar superior o inferior. Puede elegir entre un puente fijo adaptado a varios implantes o una prótesis desmontable ajustada mediante dispositivos de anclaje a

implantes dentales. Cada paciente debe someterse a un diagnóstico clínico exhaustivo antes de la realización de cualquier tratamiento con implantes dentales. Serán necesarias una serie de pruebas diagnósticas, como un estudio radiográfico y un análisis clínico completo.²⁵

¿Quiénes pueden llevar implantes dentales?

Los implantes dentales están indicados para aquellas personas que hayan perdido uno o varios dientes debido a problemas diversos, el único inconveniente pudiera ser la falta de hueso u otra circunstancia clínica, que imposibilitaría la colocación del implante.²⁵

¿Mejorará mi calidad de vida con los implantes?

Ganará en seguridad y confianza, podrá volver a reír con total despreocupación con una boca estética y funcional, y podrá masticar sin miedo. Recuperará también su fonética con la restauración de sus dientes, se encontrará de nuevo con el placer de sonreír.²⁵

¿Los dientes serán duraderos y naturales?

Siguiendo los cuidados y revisiones periódicas de su dentista, la durabilidad de los implantes es la misma que la de sus dientes naturales. Los dientes colocados mediante implantes dentales, parecerán los suyos propios ya que no tan solo es objetivo de la implantología recuperar la funcionalidad, sino que la estética juega un papel fundamental en la confortabilidad y autoestima del paciente. Los resultados le sorprenderán.²⁵

¿La colocación de los implantes es doloroso?

No, el dolor no existe ni en la preparación ni en la colocación del implante. Tan solo puede existir alguna molestia o incomodidad que será aliviada por su doctor. Se utiliza anestesia local común, y ni durante la cirugía ni el post operatorio hay más molestias que en una extracción normal. ¿Qué cuidados debo tener después de la colocación del implante? Debe tener los cuidados regulares como si se tratara de sus dientes naturales siguiendo las recomendaciones de su doctor. Solicite a su doctor el programa de Cuidados y recomendaciones postoperatorio.²⁵

Enfermedades pre y para protésicas en el adulto mayor

En el país de Costa Rica, un estudio realizado por los doctores William Brenes y Olga marta murillo en el periodo de 1986-1987, determinando que el 63% de las personas adultas mayores no tenían dientes pero utilizaban algún tipo de prótesis dental y un 6,9% no tenían dientes y tampoco prótesis dental de ningún tipo, concluyendo que el 70,7% de los adultos mayores eran edéntulos totales (Sáenz, 2001:72).¹⁶

Ante esta realidad es fácil deducir que la mayoría de patologías presentes en los adultos mayores suelen ser por el uso de prótesis dentales muco y dento soportadas, muchas de estas lesiones suelen ser de origen traumático por el desajuste de estos aparatos protésicos, las personas de la tercera edad, tienden a conservar la prótesis muchos años sin cambiarlas por esta razón se desajustan a causa de los cambios fisiomorfológicos que experimentan el sistema estomatognatico con el paso del tiempo, principalmente las prótesis inferiores ya que la reabsorción del hueso alveolar inferior, es más acelerada y acentuada que la del reborde superior.¹⁶

Úlceras traumáticas

Las úlceras traumáticas son lesiones producidas por el roce constante de los rebordes de las prótesis contra la mucosa de soporte. La lesión al igual que otras úlceras de la

cavidad oral se presenta circunscrita, con bordes que pueden ser definidos o no, en donde el epitelio superficial ha desaparecido dejando expuesta una superficie roja y muy dolorosa, sensible a los cambios térmicos y aditivos de las comidas. Esta lesión es benigna y suele desaparecer de 15 a 22 días después de eliminado el agente traumático, mediante ajuste o retiro completo de la prótesis¹⁶

Épulis fisurado o hiperplasia fibrosa inducida por la dentadura

La prótesis dental mal ajustada ante el trauma crónico constante producen una lesión asintomática que generalmente se localiza en la mucosa vestibular o en el piso de la boca su tamaño es variable e histológicamente está formado por tejido conectivo fibroso, el correcto tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica y la realización de unas mejores prótesis o el ajuste de las ya existentes.¹⁶

Hiperqueratosis focal friccional

Lesión de aspecto blanquecino se produce por el roce prolongado y de baja intensidad de una prótesis sobre la mucosa oral, el tejido se engrosa y endurece, la resección quirúrgica es el tratamiento adecuado.¹⁶

Estomatitis protésicas

Es producto de la irritación por las prótesis dentales, algunos denominan como una candidiasis atrófica crónica, se caracteriza por la presencia de eritema de intensidad variable, y en ocasiones petequias localizadas en la mucosa bucal que se encuentra recubierta por la prótesis dental removible. El uso de antisépticos y el retiro de la prótesis.¹⁶

Xerostomía

La cantidad y calidad de saliva depende del estado de salud de las glándulas salivales y de la condición sistémica del paciente. También conocida como boca seca perdiendo la protección y lubricación en la cavidad oral principalmente, al presentar xerostomía el paciente presenta sensación de ardor, sequedad y dolor en las mucosas orales, la capacidad de la comunicación verbal se ve afectada ya que los tejidos involucrados no se encuentran lubricados, afectándose también el sentido del gusto.¹⁶

Queilitis angular

Lesión eritematosa que afecta las comisuras labiales y se caracteriza por la presencia de fisuras, eritema y ardor, en los pacientes adultos mayores presentan pliegues acentuados a la comisura labial a consecuencia de la pérdida de la dimensión vertical.¹⁶

2.3. Definición de términos básicos

Acceso a la Atención dental.: el acceso a la utilización de un servicio dental estaría en relación con el estado de salud bucal.

Clase de edentulismo: Clase de brecha edéntula según la clasificación de Kennedy con sus modificaciones respectivas

Disponibilidad: es la posibilidad de una cosa o persona de estar presente cuando se la necesita.

Edad: Referida por el paciente medida en años.

Edentulismo: Pérdida de alguno o todos los dientes definitivos en una persona adulta.

Maxilar: Clasificándolo como maxilar superior y maxilar inferior teniendo en cuenta ubicación de la maxila.

Sexo: Características externas de las personas clasificándolos como: varón y mujer.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1 Hipótesis principal

Ho: No se encuentra relación entre valoración geriátrica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017.

Hi: Se encuentra relación entre valoración geriátrica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017.

3.1.2 Hipótesis derivadas

- **Ho:** Los pacientes adultos mayores no presentan en una mayor prevalencia como diagnóstico edentulismo total.

Hi: Los pacientes adultos mayores presentan en una mayor prevalencia como diagnóstico edentulismo total.

- **Ho:** Los pacientes adultos mayores no presentan en una mayor prevalencia el tratamiento de prótesis total.

Hi: Los pacientes adultos mayores presentan en una mayor prevalencia el tratamiento de prótesis total.

3.2. Variables: definición conceptual y operacional

Variables	Dimensión	Indicador	Instrumento
Valoración geriatrica	Diagnostica	Valoración funcional Valoración mental Estado afectivo V. socio familiar	Formato de atención Integral del adulto mayor
	Epidemiológica	Prevalencia especifica de edentulismo total	
Necesidad de tratamiento protésico	Necesidad física	Ninguna prótesis necesaria. Necesidad de prótesis	odontograma
	Necesidad funcional	Necesidad de una prótesis unitaria. Necesidad de una prótesis multiunitaria. Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria. Necesidad de una prótesis completa.	

4.1. Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de investigación²⁶

- Investigación aplicada: Respuesta efectiva y fundamentada a un problema detectado, descrito y analizado. La investigación concentra su atención en las posibilidades fácticas de llevar a la práctica las teorías generales, y destina sus esfuerzos a resolver los problemas y necesidades que se plantean los hombres en sociedad en corto mediano y largo plazo.
- No experimental porque no existe manipulación de las variables (observacional directa)
- Descriptivo: Se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para describir lo que se investiga.
- Transversal: recolectan datos en un solo momento, en tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. es como tomar una fotografía de algo que sucede.

4.1.2 Nivel de investigación²⁶

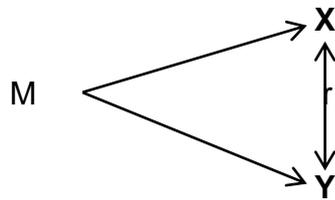
- Descriptivo: Con el propósito de describir. Se describieron las características cualitativas de los sujetos investigados sobre la variable de estudio es decir, detalló como es la variable.

4.1.3 Método y diseño de investigación²⁶

El estudio será desarrollado bajo los siguientes criterios:

- Diseño no experimental: pues no se realizó experimento alguno, no se aplicó ningún tratamiento o programa, es decir, no existió manipulación de variables observándose de manera natural los hechos o fenómenos; es decir, tal y como se dan en su contexto natural.

- Corte Transversal: se recolectó los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, así mismo según la planificación de la toma de datos ésta se realizó de manera Prospectiva.



Donde X e Y son variables dependientes e independiente respectivamente

X = edentulismo total.

Y = necesidad de tratamiento protésico

r = relación estadística entre ambas variables

4.2. Diseño muestral

En este estudio la población y muestra está conformada por 65 adultos mayores que habitan en la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017, En el presente estudio la muestra es de tipo no probabilístico, por conveniencia y ha sido seleccionada los criterios de inclusión y exclusión.

Características de inclusión:

- Adultos mayores con edades entre los 60 a 90 años de edad.
- Adultos mayores que autoricen su participación por ellos mismos o su apoderado.
- Personas que permanezcan o formen parte de la casa de reposo.

La muestra estará constituida por pacientes atendidos en el periodo de tiempo de 03 meses comprendido de Octubre a diciembre del 2017. Por ser la población pequeña es que se toma esta como muestra. Al ser considerada la muestra del mismo tamaño de la población no habrá técnica de muestreo.

Características de exclusión:

- Adultos mayores que no se encuentren en la casa de reposo el día del estudio.
- Adultos mayores que no se encuentren inscritos.
- Adultos mayores que no desean participar en el estudio.

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

Materiales

Historias clínicas

Guantes Qx

Mascarilla

Gorro

Espejo bucal

Encuesta para personas edentulas de la OMS

Odontograma

Procedimiento

Primeramente se realizarán las coordinaciones pertinentes para pedir los permisos administrativos al Coordinador MAYORES DE LA CASA DE REPOSO “JESUS MI BUEN PASTOR”; PIMENTEL - 2017”(anexo 01) y al encargado, en donde se captaran a los pacientes para el estudio, en el cual se les explico el objetivo de la investigación y la metodología a seguir, procediendo a que firmen el consentimiento informado(anexo 02) y procediendo según el tipo de investigación para lo cual se utilizaran las técnicas como: la observación, Encuesta para personas edentulas de la OMS y odontograma.

Observación: de los 65 pacientes edéntulos (bimaxilar, parcial inferior, parcial superior, parcial completo, total superior y parcial inferior) se le realizó inspección clínica, el diagnóstico y la necesidad del tratamiento protésico. Debe registrarse en cada maxilar la necesidad percibida de prótesis (casilla 164, maxilar superior; casilla 165, maxilar inferior), conforme a las siguientes claves:

0 = Ninguna prótesis necesaria.

1 = Necesidad de prótesis unitaria (sustitución de un diente).

2 = Necesidad de prótesis multiunitaria (sustitución de más de un diente).

3 = Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria.

4 = Necesidad de una prótesis completa (sustitución de todos los dientes).

9 = No registrado. (Anexo 03 y 04)

una vez terminada la recolección de datos se procederá a agradecer al paciente por su colaboración y a despedirlo, para luego concluir con el llenado del instrumento.

4.4 técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

En nuestro estudio recopilamos la información de forma estructurada para ello se utilizó el programa de Software Excel 2013, luego en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS 22.0, luego los resultados se aplicaron estadística descriptiva la cual nos apoyó en el proceso de toma de decisiones en diversas áreas del conocimiento, además, de entregar pautas para la presentación adecuada de información a través de cuadros y gráficos estadísticos, así como medidas de tendencia central como la media aritmética, la mediana y la moda; también las medidas de dispersión varianza y desviación estándar. Utilizamos la estadística inferencial para comprobar nuestras hipótesis de estudio y así llegamos a conclusiones significativas.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis de la descripción

Tabla N. °01 Relación entre el tipo de edentulismo de los pacientes adultos mayores y su necesidad de tratamiento.

		NECESIDAD DE				
		NECESIDAD DE	COMBINACION DE	NECESIDAD		
		PROTESIS	PROTESIS UNITARIA	DE PROTESIS		
		MULTIUNITARIA	Y MULTIUNITARIA	COMPLETA		
EDENTULO	PARCIAL	Recuento	5	4	0	9
	BIMAXILAR	%	7,7%	6,2%	0,0%	13,8%
	PARCIAL	Recuento	6	4	0	10
	INFERIOR	%	9,2%	6,2%	0,0%	15,4%
	PARCIAL	Recuento	10	0	0	10
	SUPERIOR	%	15,4%	0,0%	0,0%	15,4%
EDENTULO	TOTAL	Recuento	0	0	36	36
		%	0,0%	0,0%	55,4%	55,4%
Total		Recuento	21	8	36	65
		%	32,3%	12,3%	55,4%	100,0%

Fuente: datos recolectados en el odontograma y cuestionario para personas edéntulas (anexo n°03 y 04)

Fecha: enero, 2018

Elaborado: por la investigadora

Grafico N. °01 Relación entre el tipo de edentulismo de los pacientes adultos mayores y su necesidad de tratamiento.

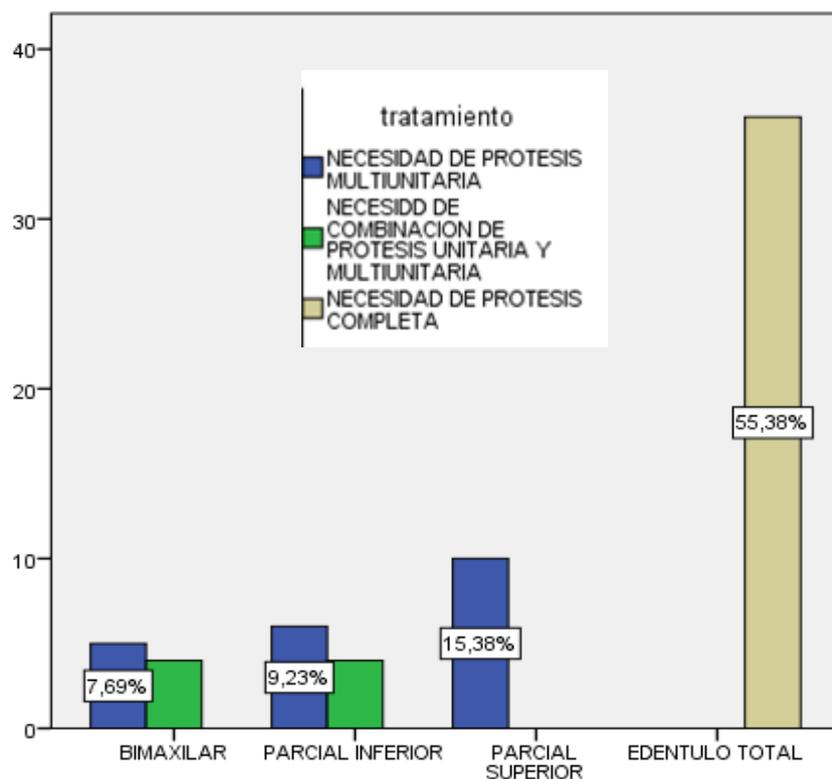


Tabla n°01 y Grafico n°01: Los pacientes adultos mayores que son edentulos totales tienen la necesidad de tratamiento protésico en un 55,4%(36 pacientes), seguido de los pacientes edentulos parciales que en 15,4%(10 pacientes) necesitan una prótesis multiunitaria o parcial, así mismo los pacientes con edentulismo parcial inferior en un 9,2%(6 pacientes) necesitan tratamiento protésico multiunitaria y finalmente los edentulos parcial bimaxilar en un 7,7%(5 pacientes) también necesitan prótesis multiunitaria.

Tabla N. °02 Prevalencia del edentulismo, según sexo

		EDENTULO				Total	
		PARCIAL BIMAXILAR	PARCIAL INFERIOR	PARCIAL SUPERIOR	EDENTULO TOTAL		
sexo	MASCULINO	Recuento	6	6	3	19	34
		% del total	9,2%	9,2%	4,6%	29,2%	52,3%
	FEMENINO	Recuento	3	4	7	17	31
		% del total	4,6%	6,2%	10,8%	26,2%	47,7%
Total		Recuento	9	10	10	36	65
		% del total	13,8%	15,4%	15,4%	55,4%	100,0%

Fuente: datos recolectados en el odontograma y cuestionario para personas edentulas (anexo n°03 y 04)

Fecha: enero, 2018

Elaborado: por la investigadora

Grafico N. °02 Prevalencia del edentulismo, según sexo

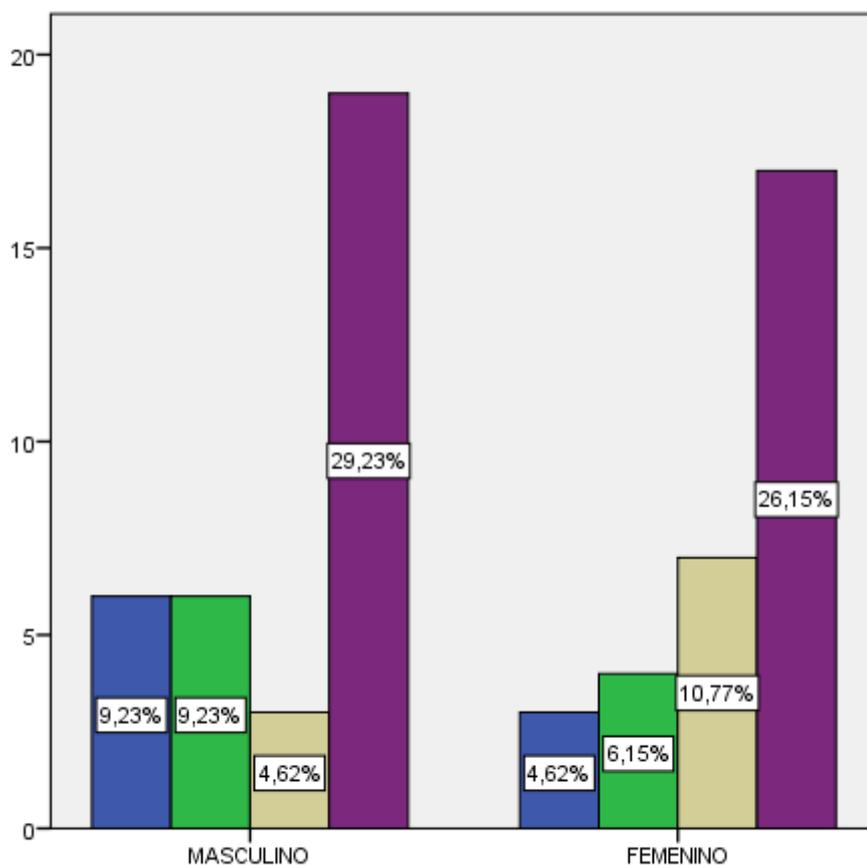


Tabla n°02 y Gráfico n°02: concluimos que el 29,2%(19 pacientes) de hombres presentan como diagnóstico odontológico edéntulos totales, es lo que más prevalencia tiene en los hombres adultos mayores, así mismo se observó que las mujeres no son ajenas a este diagnóstico ya que presentan en un 26,2% (17 pacientes) prevalencia de edéntulos totales, también observamos que los pacientes de sexo masculino presentan como diagnóstico en un 9,2%(6 pacientes) edéntulos parciales bimaxilar, en un 9,2% (6 pacientes) presentan edentulismo parcial inferior, y por último los pacientes de sexo femenino presentan en un 10,8% (7 pacientes) edentulismo parcial superior.

Tabla N. °03 Prevalencia del edentulismo, según edad

		PARCIAL BIMAXILAR	PARCIAL INFERIOR	PARCIAL SUPERIOR	EDENTULO TOTAL		
edad	60- 69	Recuento	6	6	6	8	26
		% del total	9,2%	9,2%	9,2%	12,3%	40,0%
	70 - 79	Recuento	3	3	1	4	11
		% del total	4,6%	4,6%	1,5%	6,2%	16,9%
	80-90	Recuento	0	1	3	24	28
		% del total	0,0%	1,5%	4,6%	36,9%	43,1%
Total		Recuento	9	10	10	36	65
		% del total	13,8%	15,4%	15,4%	55,4%	100,0%

Fuente: datos recolectados en el odontograma y cuestionario para personas edentulas (anexo n°03 y 04)

Fecha: enero, 2018

Elaborado: por la investigadora

Grafico N. °03 Prevalencia del edentulismo, según edad

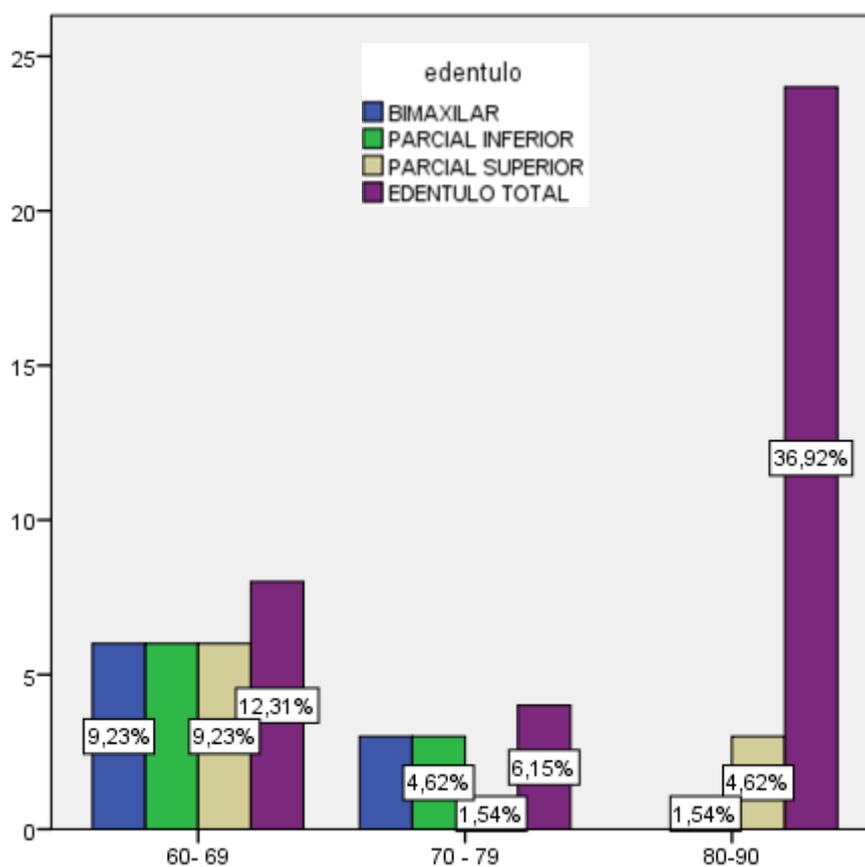


Tabla n°03 y Grafico n°03: Los pacientes entre las edades de 80-90 años presentan en un 36,92%(24 pacientes) el diagnóstico de edéntulos totales, mientras que los de 60-69 años presentan en un 12,31%(8 pacientes) son edéntulos totales, así mismo lo de esta misma rango de edades presentan en un 9,23%(6 pacientes) que son edéntulos parciales bimaxilar, 9,23%(6 pacientes) edéntulo parcial superior, 9,23%(6 pacientes) edéntulo parcial inferior, y los de la edad entre 70-79 años presentan en un 6,2% (4 pacientes) son edéntulos totales.

Tabla N. °04 Prevalencia del tratamiento protésico, según sexo

		NECESIDAD DE COMBINACION DE PROTESIS			Total	
		NECESIDAD DE PROTESIS MULTIUNITARI	UNITARIA Y MULTIUNITARI	NECESIDAD DE PROTESIS COMPLETA		
		A	A			
sexo	MASCULINO	Recuento	8	7	19	34
		% del total	12,3%	10,8%	29,2%	52,3%
	FEMENINO	Recuento	13	1	17	31
		% del total	20,0%	1,5%	26,2%	47,7%
Total		Recuento	21	8	36	65
		% del total	32,3%	12,3%	55,4%	100,0%

Fuente: datos recolectados en el odontograma y cuestionario para personas edentulas (anexo n°03 y 04)

Fecha: enero, 2018

Elaborado: por la investigadora

Grafico N. °04 Prevalencia del tratamiento protésico, según sexo

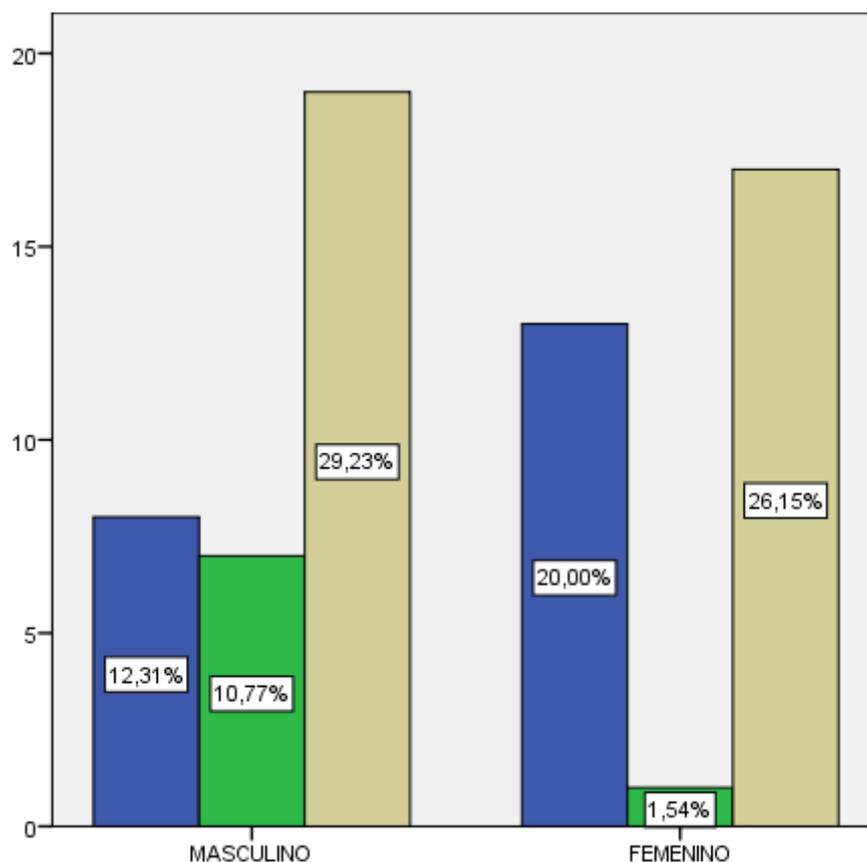


Tabla n°04 y Grafico n°04: de la prevalencia del tratamiento protésico podemos concluir que en los pacientes de sexo masculino prevalece en un 52,3%(34 pacientes) el tratamiento protésico de prótesis totales, así mismo en los pacientes de sexo femenino tenemos que el 47,7%(31 pacientes) tiene mayor prevalencia la prótesis total, seguido de un 20%(13 pacientes) de pacientes de sexo femenino que necesitan prótesis multiunitarias.

Tabla N. °05 Prevalencia del tratamiento protésico, según edad

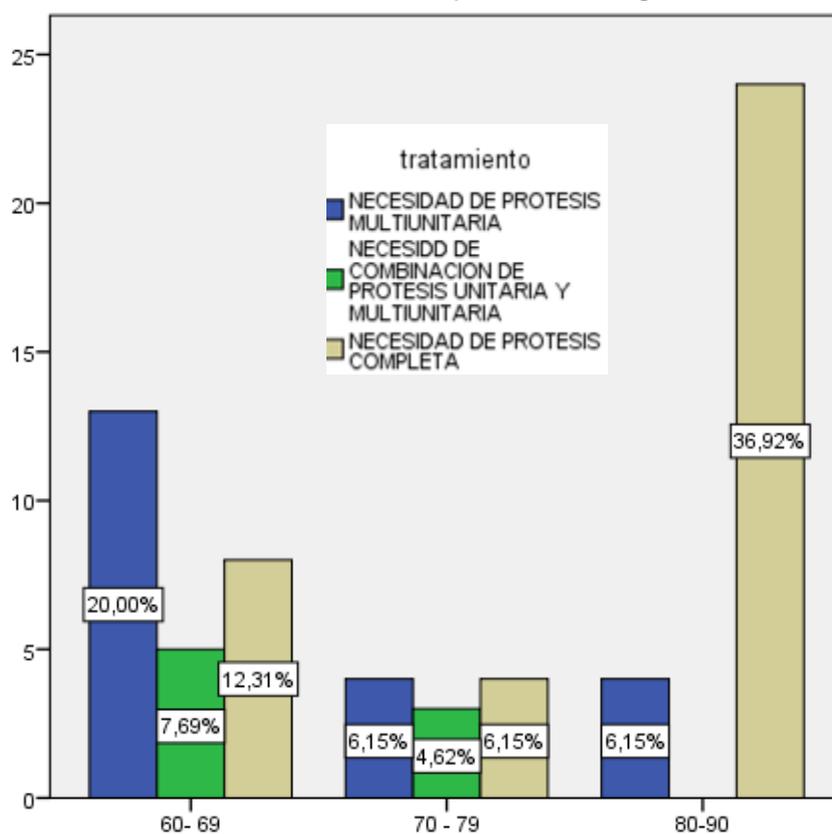
edad		NECESIDAD DE COMBINACION DE PROTESIS			Total
		NECESIDAD DE PROTESIS MULTIUNITARIA	NECESIDAD DE PROTESIS UNITARIA Y MULTIUNITARIA	NECESIDAD DE PROTESIS COMPLETA	
60- 69	Recuento	13	5	8	26
	% del total	20,0%	7,7%	12,3%	40,0%
70 - 79	Recuento	4	3	4	11
	% del total	6,2%	4,6%	6,2%	16,9%
80-90	Recuento	4	0	24	28
	% del total	6,2%	0,0%	36,9%	43,1%
Total	Recuento	21	8	36	65
	% del total	32,3%	12,3%	55,4%	100,0%

Fuente: datos recolectados en el odontograma y cuestionario para personas edentulas (anexo n°03 y 04)

Fecha: enero, 2018

Elaborado: por la investigadora

Grafico N. °05 Prevalencia del tratamiento protésico, según edad



Tablan°05 y Grafico n°05: Los pacientes entre las edades de 80-90 años presentan en un 36,92%(24 pacientes)la necesidad de utilizar prótesis totales, mientras que los de 60-69 años presentan en un 20,0%(13 pacientes) que también necesitan prótesis multiunitarias, así mismo lo de esta misma rango de edades presentan en un 12,3%(8 pacientes) necesitan prótesis totales, y los de la edad entre 70-79 años presentan en un 6,2% (4 pacientes) presentan necesidad de prótesis totales.

5.2 Análisis inferencial

Tenemos variables categóricas y ordinales, al verificar el supuesto de normalidad por cada dimensión planteada frente a la relación entre enfermedades cardiovasculares y la periodontitis, los datos analizados nos indican que la prueba es paramétrica por aplicarse a una muestra significativa.

5.3 comprobación de hipótesis

Hipótesis general

Ho: No se encuentra relación entre valoración geriátrica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017.

Hi: Se encuentra relación entre valoración geriátrica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo “Jesús mi buen pastor”; Pimentel – 2017.

Regla de decisión

Si valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y se acepta H_1 .

Tabla N. °06 Relación entre el edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	78,138 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	97,690	6	,000
Asociación lineal por lineal	37,115	1	,000
N de casos válidos	65		

Fuente: datos procesados en IBM SPSS 22.0

Fecha: enero, 2018

Elaborado: por la investigadora

En la tabla N. °06, se puede observar que el valor de $p=,000 < 0,05$, rechazándose la hipótesis nula, por lo que se concluye que si existe relación entre el edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico.

Hipótesis derivadas

- **Ho:** Los pacientes adultos mayores no presentan en una mayor prevalencia como diagnostico edentulismo total.

Hi: Los pacientes adultos mayores presentan en una mayor prevalencia como diagnostico edentulismo total.

Regla de decisión

Si valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y se acepta Hi.

Tabla N. °07 Prevalencia del tipo de edentulismo presente en los pacientes adultos mayores.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	21,353 ^a	6	,002
Razón de verosimilitud	25,412	6	,000
Asociación lineal por lineal	15,712	1	,000
N de casos válidos	65		

Fuente: datos procesados en IBM SPSS 22.0

Fecha: enero, 2018

Elaborado: por la investigadora

En la tabla N. °07, se puede observar que el valor de $p = ,002 < 0,05$ rechazándose la hipótesis nula, por lo que se concluye que Los pacientes adultos mayores presentan en una mayor prevalencia como diagnostico edentulismo total.

- **Ho:** Los pacientes adultos mayores no presentan en una mayor prevalencia el tratamiento de prótesis total.

Hi: Los pacientes adultos mayores presentan en una mayor prevalencia el tratamiento de prótesis total.

Regla de decisión

Si valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y se acepta H_1 .

Tabla N. °08 Prevalencia del tipo tratamiento protésico presente en los pacientes adultos mayores

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	20,064 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	23,201	4	,000
Asociación lineal por lineal	13,345	1	,000
N de casos válidos	65		

Fuente: datos procesados en IBM SPSS 22.0
Fecha: enero, 2018
Elaborado: por la investigadora

En la tabla N. °08, se puede observar que el valor de $p=,000 < 0,05$ rechazándose la hipótesis nula, por lo que se concluye que los pacientes adultos mayores presentan en una mayor prevalencia el tratamiento de prótesis total.

5.4 discusión

Al realizar la investigación de 65 adultos mayores de la casa de reposo Jesús mi buen pastor, Pimentel – 2017 se da a conocer el valor de $p=,000 < 0,05$, rechazándose la hipótesis nula, por lo que se concluye que si existe relación entre el edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico, los pacientes adultos mayores que son edéntulos totales tienen la necesidad de tratamiento protésico en un 55,4%(36 pacientes), seguido de los pacientes edéntulos parciales que en 15,4%(10 pacientes) necesitan una prótesis multiunitaria o parcial, así mismo los pacientes con edentulismo parcial inferior en un 9,2%(6 pacientes) necesitan tratamiento protésico multiunitaria y finalmente los edéntulos parcial bimaxilar en un 7,7%(5 pacientes) también necesitan prótesis multiunitaria.

Resultados que coinciden con los de la investigación de Gutiérrez, León, Castillo quietes obtuvieron que frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). Se concluyó que la mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico.

Con respecto al tipo de edentulismo concluimos que el 29,2%(19 pacientes) de hombres presentan como diagnóstico odontológico edéntulos totales, es lo que más prevalencia tiene en los hombres adultos mayores, así mismo se observó que las mujeres no son ajenas a este diagnóstico ya que presentan en un 26,2% (17 pacientes) prevalencia de edéntulos totales, también observamos que los pacientes de sexo masculino presentan como diagnóstico en un 9,2%(6 pacientes) edéntulos parciales bimaxilar, en un 9,2% (6 pacientes) presentan edentulismo parcial inferior, y

por último los pacientes de sexo femenino presentan en un 10,8% (7 pacientes) edentulismo parcial superior.

Estos resultados podemos compararlos con los obtenidos con Matute y Arce Como resultados se encontró que el 100 % de la población presentó edentulismo parcial, dentro de este 87 % edentulismo parcial bimaxilar y 13 % edentulismo parcial unimaxilar de este último se identificó específicamente un 8 % de edentulismo parcial superior y 5 % de edentulismo parcial inferior. Concluyéndose que existe una necesidad de tratamiento protésico parcial inferior del 82 %, tratamiento protésico total del 1 % y el 17 % de la población no necesitan un tratamiento protésico , así mismo los resultados obtenidos con Carrera coinciden con estos ya que encontramos que presentaron algún tipo de edentulismo parcial un 66.1% de la población evaluada, de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino, en cuanto a la edad se registró que la clase III también fue la más frecuente casi todos los decenios, excepto en el séptimo decenio donde la clase II fue la más frecuente en ambos maxilares, también se registró que el edentulismo parcial del maxilar inferior fue el más frecuente y el sexo femenino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial.

Así mismo vemos resultados por edad que nos muestran los pacientes entre las edades de 80-90 años presentan en un 36,92%(24 pacientes) el diagnóstico de edéntulos totales, mientras que los de 60-69 años presentan en un 12,31%(8 pacientes) son edéntulos totales, así mismo lo de esta misma rango de edades presentan en un 9,23%(6 pacientes) que son edéntulos parciales bimaxilar, 9,23%(6 pacientes) edéntulo parcial superior, 9,23%(6 pacientes) edéntulo parcial inferior, y los de la edad entre 70-79 años presentan en un 6,2% (4 pacientes) son edéntulos totales,

datos que se pueden encontrar con los datos obtenidos con los Del Águila et al. Quienes concluyeron que el grupo etario de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino.

Donde podemos deducir que entre más aumenta la edad de los pacientes suele presentarse más pérdidas de piezas dentales por lo que los diagnósticos varían así mismo los tratamientos protésicos, como los resultados que se muestran en nuestra investigación en donde los pacientes entre las edades de 80-90 años presentan en un 36,92%(24 pacientes) la necesidad de utilizar prótesis totales, mientras que los de 60-69 años presentan en un 12,31%(8 pacientes) que también necesitan prótesis totales, así mismo lo de esta misma rango de edades presentan en un 9,23%(6 pacientes) necesitan prótesis multiunitarias, y los de la edad entre 70-79 años presentan en un 6,2% (4 pacientes) presentan necesidad de prótesis totales.

Estos resultados son contrastados por los obtenidos por Avendaño Se recolectó los datos se encontró que se realizaron el tratamiento de PPR la Clase I de Kennedy es la más prevalente con 41.3 % (150 casos); la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 32 % (116 casos), luego tenemos a la Clase III con el 25.1% (91 casos) y finalmente a la Clase IV con el 1.7%(6 casos). Además de los 243 pacientes que se realizaron el tratamiento de PPR la necesidad protésica de la clase I de Kennedy fue 132 (54,3 %) pacientes, de la clase II de Kennedy fue 91 (37,4 %) pacientes, de la clase III de Kennedy fue 82 (33,7 %) pacientes y de la clase IV de Kennedy fue 5 (2,1 %) pacientes, estos datos no coincidirían con los resultados de

nuestra investigación ya que hay factores como la edad y el tipo de edentulismo que se presentan, por lo que en esta investigación el tratamiento protésico total es el que mayor porcentaje presenta, esto se debe a que los adultos mayores son edéntulos totales.

CONCLUSIONES

- Existe relación entre la valoración geriátrica y su necesidad de tratamiento, por lo que la mayoría de pacientes adultos presentaban algún tipo de edentulismo el cual demandaba un tratamiento rehabilitador para devolver la función y estética oral a los pacientes adultos mayores, que son en mayor prevalencia edéntulos totales teniendo una necesidad de tratamiento protésico en un 55,4%(36 pacientes), seguido de los pacientes edéntulos parciales que en 15,4%(10 pacientes) necesitan una prótesis multiunitaria o parcial.

-El factor edad no es predisponente a la prevalencia de uso de prótesis, observando que el que utilizan prótesis total es de 36,9%, los factores como edad y sexo, no influyen en el tipo de edentulismo que puedan presentar los pacientes, si no la autopercepción y cuidado del individuo sobre su salud oral es el factor que más influye.

- El factor sexo, no es un factor de riesgo para presentar algún tipo de edentulismo encuentra que el sexo masculino prevalece en un 29,2% y está relacionada directamente con la autopercepción que éste tenga de su salud oral.

- El factor edad no es factor predisponente para presentar algún tipo de edentulismo, por lo que observamos que es el edentulismo total en un 36,9% en pacientes con edades comprendidas entre los 80 a 90 años.

- Con respecto al sexo de los pacientes no representa un factor de riesgo o de predisposición para a la prevalencia del edentulismo, en donde encontramos que encontramos que los de sexo masculino presentan edentulismo total en un 29,2%.

RECOMENDACIONES

- A los cirujanos dentistas que en la práctica odontológica tanto pública como privada se debería fomenta el cuidado de la salud oral con el fin que las personas en general cuiden de esta así disminuir el número de piezas perdidas por personas y así poder mejor considerablemente su calidad de vida.
- Para las personas adulto mayores implementar programas sociales a beneficio de ellos que quizás no tienen acceso a la atención dental, tomando como ejemplo la iniciativa del ministerio de salud, con el programa plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 “VUELVE A SONREÍR”
- A los encargados de la casa de reposo, coordinar con los profesionales para realizar continuas capacitaciones para que los que mismos pacientes adulto mayores sepan cómo cuidar y conservar sus piezas dentarias, así mismo las personas encargadas de ellos adquieran estos conocimientos y contribuyan a mejorar la calidad de vida de estos.
- A los futuros cirujanos dentistas, consideramos que sería de gran interés realizar un estudio similar al actual que permita responder con mayor amplitud quizás la problemática no solo de los pacientes adultos mayores, sino también el de jóvenes y adultos que pierden piezas dentarias a temprana edad, y no tienen conocimiento de la importancia de sustituirlos.

FUENTES DE INFORMACION

1. Edentulismo y necesidad de tratamiento Protésico en pacientes adultos de la unidad Académica de salud y bienestar – ucacue 2016.
2. Matute-Bueno X., Pacheco-Arce Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE 2016. Artículo Original. Revista OACTIVA UC Cuenca . Vol. 2, No. 1, pp. 21-26, Enero-Abril, 2017. ISSN 24778915. ISSN Elect. 2588-0624. Universidad Católica de Cuenca. oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-
3. Resolución Ministerial N°626-2012/MINSA, Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en adulto mayor 2012- 2016 “vuelve a sonreír”
4. Avendaño Vera Edson Michelson Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014.. 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4919/1/Avenda%C3%B1o_ve.pdf
5. Vanessa Leila Gutierrez-Vargas, Roberto Antonio León-Manco, Diana Esmeralda Castillo-Andamayo1abc Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):179 Disponible en: [http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2608/2508.](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2608/2508)

6. Sebastian Matute-Bueno, María Gabriela Pacheco-Arce. EDENTULISMO Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTÉSICO EN PACIENTES ADULTOS DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – UCACUE 2016. Odontología en la Unidad Académica de Salud y Bienestar, Cuenca – Ecuador, 2016.
7. Águila MC del, Verástegui AV, Fernández HF. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Rev Científica Alas Peruanas [Internet]. 29 de junio de 2017 [citado 11 de febrero de 2017]; 1(1). Disponible en: <http://200.37.174.118/ojs/index.php/SD/article/view/426>
8. Carrera JM. Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H “Sol Naciente” del distrito de Carabaylo-Lima en el año 2005. . [Tesis de Cirujano Dentista]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006. 46p
9. Luna GA. Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Loja en el periodo junio – noviembre del 2011. [Tesis de Cirujano Dentista]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2011. 98p
10. NOBORIKAWA KA. “Frecuencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy – Applegate en la clínica universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad San Martín de Porres”. [Tesis de Cirujano Dentista]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres
11. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano

12. Rodríguez LL. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche. [Tesis de bachiller]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2013. 61p 83
13. Ureña GV, Coto, P. Edentulismo en Costa Rica: Área de Pérez Zeledón. Edentulismo en Costa Rica. [Tesis de Cirujano Dentista]. [San Isidro de Pérez Zeledón]: Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología; 2010. 31p
14. Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken Prótesis parcial removible. Undécima edición. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2006.
15. Preti G et al. Rehabilitación Protésica – Tomo 2. Bogotá: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2008
16. Preti G, Pera P. Prótesis Parcial Removible. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p. A.; 2000.
17. Loza D, Valverde R. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid: Ripano S.A; 2007.
18. C.Reinoso.”efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en I clínica odontológica de la universidad de las américas” [tesis grado].facultad de odontología, setiembre 2016.
19. Paula Natalia Mejía-Pérez, Daniela Arbeláez-Lelión, María Camila Múnera “Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia” A review of dental management for geriatric patients with dementia. [Revista en Internet]. [Citado diciembre 21 2017].disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/4394/pdf>

20. Fernandez Morales. Temas practicos en Geriatria y Geriantologia.[tomo III]. [editorial universidad estatal a distancia].
21. Lambertini A, Prosperi A, Guerra M.E, Tovar V, Brito F. Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas de la Universidad Central de Venezuela. Acta Odontológica Venezolana 2006; 44 (3) [Revista en Internet]. [Citado Julio 30 2017]. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones>
22. Ayala G. Prótesis parcial removible sinónimo de preparación de la boca. La Carta Odontológica 2002; Vol. 7 (18): 24 – 28.
23. Núñez L, Corona M, Camp I, González E, Álvarez I. Necesidades de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. Revista Cubana de Estomatología 2007; 44 (3) [Revista en Internet]. [Citado Julio 20 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Cancio O, Nápoles I, Martín I, Ley L, Necesidades de prótesis en pacientes mayores de 15 años. Revista Archivo Médico de Camagüey 2009; 13 (4) [Revista en Internet]. [Citado Julio 20 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552009000400004&lng=es.
25. Revista Phibo Implantes dentales La solución más natural, estética y segura Internet]. [Citado febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.phibo.com/img/seccionstxt/21/Los%20implantes%20dentales.pdf>

26. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. México. McGRAW-HILL. 2010

ANEXOS

Anexo N°01: Carta de presentación



“Año Del Buen Servicio Ciudadano”

Pimentel, 27 de Noviembre de 2017

CARTA N°101-FMyCS-EAPE-UAP-2016

Señor: Pedro Antonio Nepo Ballena

Director: De La Casa De Reposo “Jesús Mi Buen Pastor

Distrito de Pimentel

Asunto: solicito autorización para desarrollar el Proyecto de Tesis.

De mi especial consideración

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para expresarle mis respetuosos y cordiales saludos, en nombre de la Escuela Profesional De Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo, y a la vez solicitarle tenga a bien permitirle a la Bachiller **Acaro Quito Norma con código 2012129340**; realizar el trabajo de investigación titulado “**Edentulismo Total y Necesidad de Tratamiento Protésico en Paciente de 70 a 95 Años De La Casa De Reposo “Jesús Mi Buen Pastor “ –Pimentel –Chiclayo 2017**” que se llevara a cabo en los meses de diciembre 2017 –marzo del año 2018.cuyo requisito es indispensable para el desarrollo del Proyecto de Tesis .

Por tal razón, acudo a Usted, a fin de que se autorice el ingreso y facilitar el trabajo de la bachiller, de ser procedente.

Agradecerle por la atención brindada a la presente, y hago propicia la ocasión para expresarle mi agradecimiento por tal digna labor.

Atentamente

MG ANTONIO VICTOR DURAND PICH0
Coordinador de la Escuela Profesional de Estomatología
De la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo

Anexo N°02: certificado

CONSTANCIA

CASA HOGAR "JESUS MI BUEN PASTOR"

LA QUE SUSCRIBE:

PEDRO ANTONIO NEPO BALLENA identificado con DNI: 45302338, con domicilio, CARRETERA PIMENTEL-CHICLAYO KM.5.8 en calidad de la Casa Hogar "JESUS MI BUEN PASTOR" ubicado en la calle Ciro Alegria 212.

HACE CONSTAR:

Que la Srta. **NORMA ACARO QUITO** identificada con D.N.I. 43743827 hizo sus prácticas de odontología con los Adultos Mayores en la casa hogar "JESUS MI BUEN PASTOR"

PIMENTEL, 15 de Febrero del 2018



PEDRO ANTONIO NEPO BALLENA
ADMINISTRADOR

CASA DE REPOSO
"JESUS MI BUEN PASTOR"

Pedro Nepo Ballena
ADMINISTRADOR

Anexo N°03: odontograma



Salud Bucal
Gobierno Regional Lambayeque

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL SALUD BUCAL

H.C.: _____
Fecha: _____

FICHA EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EESS: _____

DOMICILIO: _____

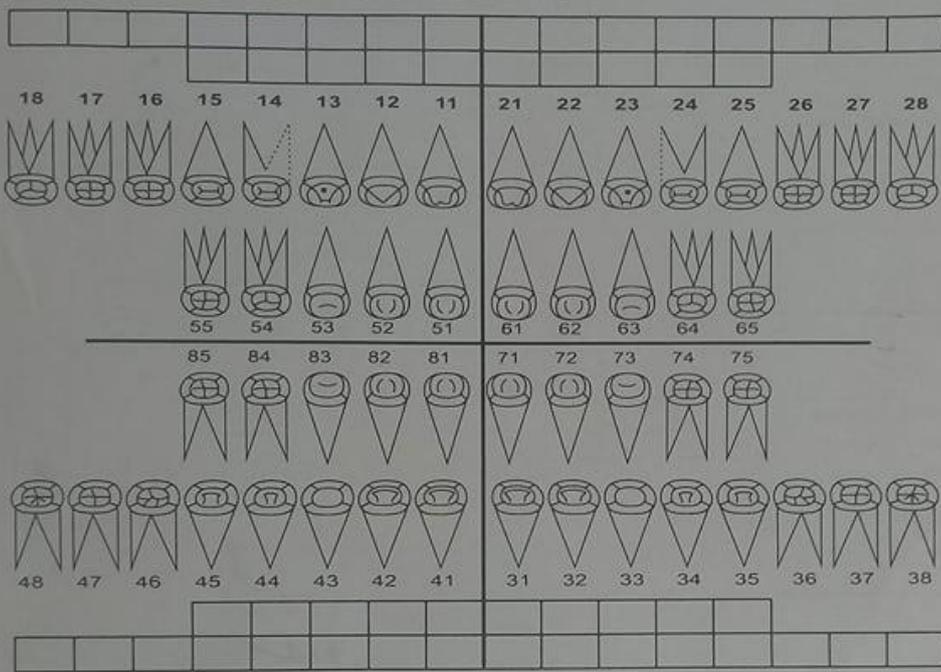
EDAD: _____

D.N.I.: _____

GESTANTE: SI NO

EXAMEN ODONTOLÓGICO

ODONTOGRAMA INICIAL



RIESGO DE CARIES			
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Índice de higiene (IHO-s)	Buena	Regular	Mala
	0 a 1.2	1.3 a 2	3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

	1º s	2º s
Instrucción de higiene oral		
Aplicación Flúor Barniz		

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s)**	Placa blanda*	Piezas	Placa calcificada**
 <p>0 1 2 3</p>		1,6	
		1,1	
		2,6	
		3,6	
		3,1	
		4,6	
ÍNDICE DE PB Y PC			
IHO-s			

* aplica a grupo niño ** a partir de adolescente

DIAGNÓSTICOS / CIE-10 : _____

PLAN DE TRATAMIENTO : _____

TRATAMIENTO/ CDT : _____

FORMULACION DEL PROBLEMA	PREGUNTAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
¿Cuál es la valoración estomatológica geriátrica y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel - 2017?	Pregunta General	Objetivo General	Hipótesis General		<p>DISEÑO: NO EXPERIMENTAL</p> <p>TIPO: CORRELACIONAL de corte transversal</p> <p>NIVEL: DESCRIPTIVO</p> <p>POBLACION y MUESTRA: En este estudio la población y muestra está conformada por 65 adultos mayores que habitan en la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel – 2017, En el presente estudio la muestra es de tipo no probabilístico, por conveniencia y ha sido seleccionada los criterios de inclusión y exclusión</p>
	¿Cuál es la valoración estomatológica geriátrica y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel - 2017?	Determinar la relación entre la valoración geriátrica estomatológica y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel – 2017	Ho: no se encuentra relación entre valoración geriátrica estomatológica y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel – 2017 Hi: Se encuentra relación entre valoración geriátrica estomatológica y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel – 2017	valoración estomatológica geriátrica	
	Preguntas Secundarias	Objetivos Secundarios	Hipótesis Secundarias		
	¿Cuál es la valoración funcional de los pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel?	Conocer la valoración funcional de los pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel	- Ho: Los pacientes adultos mayores son dependientes según la valoración funcional Hi: Los pacientes adultos mayores son independientes según la valoración funcional		
	¿Cuál es la valoración mental de los pacientes adultos mayores que presentan ausencia de piezas dentarias de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel?	Conocer la valoración mental de los pacientes adultos mayores que presentan ausencia de piezas dentales de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel	- Ho: Los pacientes adultos mayores no presentan un deterioro cognitivo según la valoración mental Hi: Los pacientes adultos mayores presentan un deterioro cognitivo según la valoración mental		
	¿Cuál es la valoración del estado afectivo de los pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel?	Conocer la valoración del estado afectivo de los		necesidad de tratamiento protésico	
	¿Cuál es la valoración socio familiar de los pacientes				

	<p>adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia del edentulismo total de los pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel?</p>	<p>pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel</p> <p>Conocer la valoración socio familiar de los pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel</p> <p>Conocer la prevalencia del edentulismo de los pacientes adultos mayores de la casa de reposo "Jesús mi buen pastor"; Pimentel</p>	<p>- Ho: Los pacientes adultos mayores no presentan manifestaciones depresivas según la valoración del estado afectivo</p> <p>Hi: Los pacientes adultos mayores presentan manifestaciones depresivas según la valoración del estado afectivo</p> <p>- Ho: Los pacientes adultos mayores presentan en riesgo y problemas sociales según la valoración socio familiar</p> <p>Hi: Los pacientes adultos mayores presentan una buena y aceptable situación social según la valoración socio familiar</p> <p>- Ho: Los pacientes adultos mayores no presentan en una mayor prevalencia como diagnostico edentulismo total</p> <p>Hi: Los pacientes adultos mayores presentan en una mayor prevalencia como diagnostico edentulismo total</p>		
--	--	--	---	--	--

Anexo 06: Fotografías



Investigadora y parte del grupo de los pacientes adultos mayores



Investigadora y parte del grupo de los pacientes adultos mayores



Investigadora realizando el examen intraoral



Investigadora realizando el examen intraoral