

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



Trabajo Académico

**Edentulismo y necesidad de tratamiento en adultos mayores, en el
servicio de Odontología del Centro Materno Infantil Juan Pablo II,
Los Olivos – Lima 2019**

**Para optar el título de Especialista en:
Rehabilitación Oral**

Autor: C.D. Elizabeth Martha YALI JARA

Asesor: Dr. Ulises PEÑA CARMELO

Cerro de Pasco - Perú - 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



Trabajo Académico

**Edentulismo y necesidad de tratamiento en adultos mayores, en el
servicio de Odontología del Centro Materno Infantil Juan Pablo II,
Los Olivos – Lima 2019**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado



Dra. Nancy Beatriz RODRIGUEZ MEZA
PRESIDENTE



Mg. Alejandro Alfredo NAVARRO MIRAVAL
MIEMBRO



Mg. Jackie Marcelina ANDAMAYO FLORES
MIEMBRO

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a aquel que es omnipotente “Dios” y a las personas que directa o indirectamente apoyaron a que el presente sea una realidad y a los pacientes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” que fueron parte de la muestra involucrada en este estudio.

A mi familia en especial por ser ese apoyo incondicional en todo tiempo.

RESUMEN

Evaluar el edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en adultos mayores, en el servicio de odontología del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos – Lima 2019. Se realizó una evaluación de tipo descriptivo. La muestra estuvo integrada por 186 personas que participaron del presente estudio, siendo 138 mujeres y 48 varones, quienes fueron observados clínicamente y evaluados. **CONCLUSIÓN:** Se logró ver que la mayor frecuencia según la clase de edentulismo establecido por Kennedy en el universo de estudio se observó una presencia de edentulismo total. Los tipos de tratamientos de mayor demanda que se prescribieron en pacientes que presentan edentulismo en el universo de estudio fueron de tipo prótesis.

Palabra clave: Edentulismo, necesidad de tratamiento

ABSTRACT

To evaluate edentulism and the need for prosthetic treatment in older adults, in the dental service of the Juan Pablo II Maternal and Child Center, The Olivos - Lima 2019. A descriptive evaluation was carried out. The sample consisted of 186 people who participated in this study, with 138 women and 48 men, who were clinically observed and evaluated. CONCLUSION: It was possible to see that the highest frequency according to the type of edentulism established by Kennedy in the study universe, a presence of total edentulism was observed. The types of treatments with the highest demand that were prescribed in patients with edentulism in the study universe were of the prosthetic type.

Keyword: Edentulism and need treatment

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud “La salud bucodental, es fundamental para gozar de una buena salud y calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes, otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”¹

Por lo cual, la rehabilitación en odontología se especializa en la realización de tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier complejidad, devolviendo la funcionalidad, estética, armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales de tipo fijo, removible, total, sobre implantes reemplazando piezas dentarias perdidas, con la finalidad de buscar una correcta oclusión; parte de la rehabilitación es trabajar para evitar que existan, aparatos protésicos desadaptados para su uso, lo que haría que al ingerir los alimentos provocaría daños estomatológicos.

Estas eventualidades en los casos de edentulismo son considerados como prioridad para mejorar y mantener la salud bucal de los pacientes mejorando su calidad de vida con procedimientos odontológicos. En el Perú existen diversos estudios que evalúan la frecuencia del edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico; en diversas poblaciones y pacientes de genotipos como contexto socio cultural diverso.

“Estudios revelan que, en el año 1991, 33.6 millones en promedio necesitaban de una o dos prótesis en la cavidad oral con proyección de incremento a 37.9 millones en el año 2020, hecho que no deben ser pasados por alto en la prestación de servicios de salud por el personal odontológico de mayor pericia en materia de rehabilitación oral.”²

El presente tema materia de trabajo, genera reflexión y discusión sobre los accesos y servicios que puedan brindar los centros de salud enfocados en prevenir, corregir, mantener una buena salud bucal en los pobladores del universo de estudio, como la interrogante: ¿Qué clases de edentulismo según Kennedy se identifican y qué tratamientos requieren los pacientes adultos mayores que asistieron al servicio de odontología en el centro materno infantil Juan Pablo II – Los Olivos - Lima? Al mismo tiempo, aspiramos a obtener la respuesta siguiente: La identificación de las clases de edentulismo según Kennedy y los tratamientos que requieren los pacientes adultos mayores, que asistieron al servicio de odontología fueron parciales o totales.

A todo ello sumamos una explicación importante para los rehabilitadores orales, que pacientes con pérdidas dentarias, tienen como consecuencia deficiencias funcionales, pérdida de la propiocepción y la oclusión estable, en caso de adultos mayores con edentulismo los alimentos pueden no tener un buen sabor por la pérdida de la capacidad masticatoria, alteraciones del flujo salival, lo que puede llevar a una disminución significativa de peso corporal como efecto de la poca trituración y disgregación de los alimentos para su posterior asimilación de los nutrientes en el sistema digestivo. Siendo las causales de muchos efectos negativos para la salud, especialmente en los adultos mayores.

La Responsable.

INDICE

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

INDICE

I.-DATOS GENERALES 7

1.1. 9

1.2. 9

1.3. 9

1.4. 9

II.- TEMA DE INVESTIGACIÓN 8

2.1.- IDENTIFICACIÓN DEL TEMA 8

2.2.- DELIMITACIÓN DEL TEMA 9

2.3.-TRATAMIENTO DEL PACIENTE EDÉNTULO 22

2.4.-ÍNDICE DE DIAGNÓSTICO PROSTODÓNTICO DEL PACIENTE
EDÉNTULO PARCIAL 266

2.5.-RECOLECCIÓN DE DATOS 299

2.6.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 388

2.7.-OBJETIVOS 388

2.8.-ESQUEMA DEL TEMA 399

2.9.-DESARROLLO Y ARGUMENTACIÓN

CONCLUSIONES

CITAS BIBIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

III.- ANEXOS

I.-DATOS GENERALES

1.1. TÍTULO DEL ENSAYO ACADÉMICO

“Edentulismo y necesidad de tratamiento en adultos mayores, en el servicio de odontología del centro materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos – Lima 2019.”

1.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Rehabilitación oral

1.3. PRESENTADA POR:

C.D. Elizabeth Martha YALI JARA

1.4. FECHA DE INICIO Y TÉRMINO

Agosto del 2019 a noviembre del 2019.

II.- TEMA DE INVESTIGACIÓN

En ésta etapa de la investigación se define el tema a trabajar, se presenta la información donde se delimita el sustento teórico de tema en estudio, de igual manera se describe el resumen del consolidado de la información recaudada de la realidad en el universo de estudio

2.1.- IDENTIFICACIÓN DEL TEMA

A continuación, se detalla la información general del tema materia de investigación que se identificó como las causales, para tomar en cuenta los estudios correspondientes.

La identificación del edentulismo parcial o total es un problema que afecta a la población mayoritaria en el universo de investigación, en la Provincia de Lima, el Perú y a nivel mundial. Es frecuente en países en vías de desarrollo o desarrollados; porque está asociado a factores culturales, políticas públicas y socioeconómicas. En Europa existe una tendencia a disminuir la incidencia de pérdida de dientes; además, el edentulismo varía de un país a otro, entre regiones geográficas dentro de países, aumenta según la edad debido a múltiples variables.

En el Perú el mal estado de salud bucal es un problema de salud pública debido a la alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal 90,4%³ si ambas patologías no se tratan, terminan en pérdida dental.

Existen estudios en varios países donde relacionan el edentulismo parcial con enfermedades sistémicas; razones por las cuales no se debe aislar a la cavidad oral del resto de nuestro cuerpo. Dentro de este tipo de edentulismo podemos considerar los de etiología traumática.

“Por ejemplo El Ministerio de Salud en México en el periodo 2001-2002 elaboró una encuesta a nivel nacional para medir la calidad de la salud bucal y se encontró que a los 12 años de edad el índice de unidades de dientes cariados, extraídos u obturados (CPOD) fue de 6%; según la evaluación por la Organización Panamericana de la Salud en un país como México se ubica en una etapa de emergencia.”⁴

La información sobre el estado de salud oral es esencial para las decisiones gubernamentales en los programas de cuidado y prevención. A la fecha, en el Perú, no existen estudios precisos a nivel nacional donde se tengan información sobre la prevalencia del edentulismo. El presente estudio busca identificar la frecuencia de edentulismo y el respectivo tratamiento en los pacientes en el universo de investigación, referido a adultos mayores del centro materno infantil Juan pablo II del Distrito de los olivos – Lima.

2.2.- DELIMITACIÓN DEL TEMA

Se ha decidido estudiar el tema sobre edentulismo y la necesidad de su tratamiento, porque la mayor cantidad de población de adultos mayores que asistieron al Centro Materno Infantil Juan Pablo II, así lo requerían. La delimitación del tema materia del presente trabajo se formula describiendo los fundamentos técnicos científicos correspondientes, que a continuación se detallan.

2.2.1.-FUNDAMENTOS TÉCNICOS, CIENTÍFICOS

En el desarrollo del presente tema se consideran los argumentos, descripciones de las razones técnicas, teorías fundamentales que sirven de sustento respecto al trabajo materia de investigación. El edentulismo es el resultado final de una mala salud bucal; la prevención y promoción no es muy costosa, pero requiere de un compromiso del Estado con políticas públicas referidas a la educación preventiva en salud bucal, porque gran parte de la nutrición del ser humano se inicia en la

masticación de los alimentos, la disgregación de los mismos, compromiso de los profesionales en odontología preferentemente, de la responsabilidad de cada individuo adoptando hábitos de autocuidados y controles periódicos. La prevención del edentulismo mucho depende de la concientización sobre la importancia vital de la presencia de las piezas dentales en nuestra salud bucal. De igual manera, se describe someramente los orígenes generales o mayoritarios que generan como efecto el edentulismo, tales como la caries dental, la periodontitis.

2.2.2. -ETIOLOGÍA DEL EDENTULISMO

A continuación, se describe las causas más frecuentes que generan el edentulismo.

2.2.2.1.-LA CARIES

Las caries son producidas por ciertos tipos de bacterias que colonizan nuestras bocas desde el período inicial de nuestras vidas, que se adquieren por el canal del parto o por la boca de nuestras madres, sin embargo el hecho de tener esta microbiota no significa recibir por contagio la enfermedad de la caries, ni tampoco la hace una enfermedad infecciosa según las últimas investigaciones; sino es una enfermedad ocasionada por un desequilibrio en la cantidad de bacterias que están presentes en la boca y se pueden prevenir con buenos hábitos de higiene bucal. Actualmente se sabe que la caries inicia en la boca porque las bacterias de la microbiota oral se multiplican por cantidad exorbitantes con una dieta alta en azúcares o al ingerir alimentos con mucha frecuencia alta en azúcares y también la ingesta nocturna de bebidas o alimentos con mucha frecuencia y ante la ausencia de cepillado con pastas dentales que contengan flúor lo que debería de hacerse desde que

sale el primer diente.

Investigaciones recientes demostraron que el tiempo mínimo en el que actúan las bacterias es de 5 minutos después de la ingesta de alimentos y no recibir la higiene respectiva, las bacterias empiezan a producir ácidos orgánicos como efectos de la degradación de los detritos, Los ácidos generados actúan destruyendo el tejido dentario, principalmente disuelven los minerales presentes en la estructura dental de protección, dando inicio a procesos cariosos.

PREVENCIÓN DE LA CARIES

Las recomendaciones para la prevención de la caries dental, se compiló de diferentes fuentes y expresamos en términos generales, que no representan una prelación de orden secuencial de los mismos, entre ellos tenemos:

Cepillado de los dientes mínimo dos veces al día, lo recomendado es después de cada comida, usando pasta dental con flúor.

Limpiar los espacios entre dientes usando hilo dental u otros materiales, después de cada comida.

Mantener una alimentación balanceada, ingerir bebidas azucaradas lo necesario.

Visitar al odontólogo para una evaluación periódica de los dientes tratamiento preventivo si fuera el caso.

Como terapia preventiva en ausencia de caries se recomienda, usar:

Selladores dentales, como una capa protectora plástica que se puede aplicar a las superficies de masticación de las piezas dentales posteriores o donde se observan fosas y fisuras por donde las caries se suelen originar

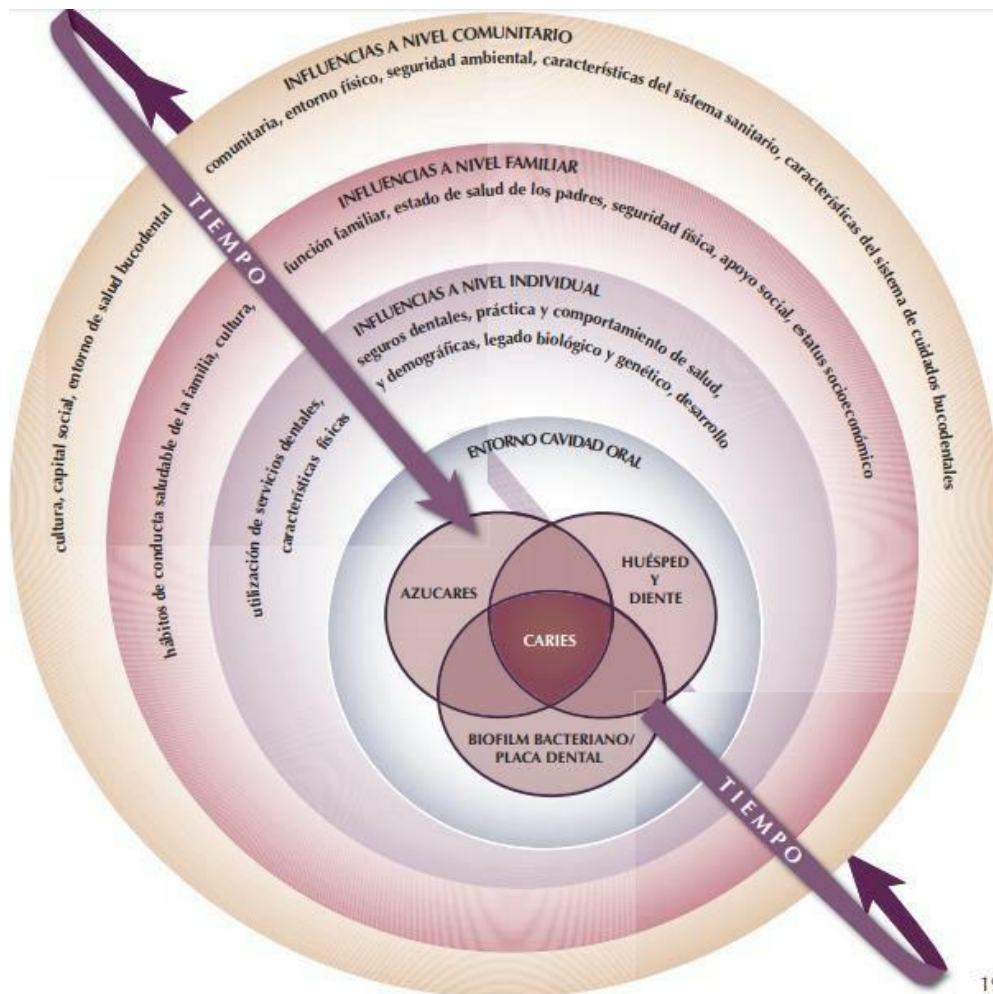
Ingerir productos de golosinas que contengan **xilitol**, en dosis

recomendados.

Tratamientos con flúor, incluso barniz con flúor.

Según el diagrama de Kayes, podemos ver cómo controlar la caries e infecciones de la pulpa dental, que conllevan a exodoncias que pudieron haberse prevenido. Según la FDI completa el diagrama dando el enfoque global de medidas preventivas en términos siguientes.⁵

La prevención, el mantenimiento de la salud bucal involucra a una estructura social macro y micro, como se muestra en el diagrama que a continuación se presenta. A nivel macro, se entiende que si hubiera un sistema de formación de una cultura de salud bucal a nivel de un País, parte del Estado como políticas generales, si fuera transversal en todas las áreas sería lo ideal, pero por lo menos en el sector del Ministerio de Salud y el sector Educación en los diferentes niveles, porque son los lugares indicados donde se pueden promover, socializar, promocionar la formación de una cultura de mejora en los escenarios de salud bucal, y a partir de ellos se reflejan en las comunidades, la familia en su conjunto. A nivel micro, consiste en la creación de los hábitos de higiene bucal como parte de los cuidados personales. Sin embargo, también en estos asuntos son importantes la influencia de los medios de comunicación masivos en la sostenibilidad de los buenos hábitos en salud bucal, difusión de las bondades, beneficios de la educación en tener presente la buena salud bucal en la vida de las personas, su familia y la sociedad.



Fuente: WORD DENTAL FEDERATION.

2.2.2.2.-ENFERMEDAD PERIODONTAL

La periodontitis es una enfermedad periodontal y es una de las causas más frecuentes que generan la pérdida dental en adultos o adultos mayores con mayor prevalencia, tan es así que estudios a este respecto se presenta a continuación.

“La enfermedad periodontal, también conocida como enfermedad de las encías, es la causa principal de pérdida de dientes en los adultos. Hay varios tipos y etapas de la enfermedad, todas las cuales comienzan con una infección de la encía que puede mover a los huesos y ligamentos que soportan el diente. En las primeras etapas, es a menudo detectada por un dentista o un higienista dental durante un examen regular. Si no se provee el tratamiento, las encías y el hueso pueden

dañarse tan seriamente que el diente se puede caer o habrá que extraerlo.”

Estudios recientes demuestran que la mayoría de personas adultas presentan cierto grado de periodontitis, llegando al extremo de la pérdida parcial de dientes o edéntulismo total, en el universo de estudio, habiendo revisado exploratoriamente el material documental en el servicio de odontología, se acopió información en la que hay prevalencia en esta patología, quedando pendiente un mayor estudio y apreciaciones finales.

A.-CAUSAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La causa principal de la enfermedad periodontal es la interacción entre las bacterias que se encuentran en la placa dental, aparentemente invisible que se acumula en los dientes diariamente y la respuesta inmunológica de los tejidos periodontales del cuerpo a dichas bacterias. Estas bacterias crean toxinas que irritan e inflaman las encías. Este proceso inflamatorio destruye los tejidos de la encía y causa que se separen del diente. Si no ejecuta un buen diagnóstico y tratamiento oportuno, la enfermedad avanza hasta destruir el hueso subyacente.

Cuando no se remueve la placa del diente periódicamente, forma una sustancia sólida, porosa llamada cálculo o sarro. Si se forma cálculo o sarro en las raíces del diente bajo la línea de la encía, éste irrita aún más las encías y contribuye a más acumulación de placa y más enfermedad. Solamente un profesional en odontología puede remover la placa y el sarro de las superficies dentales.

B.-FASES DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

1.-Las encías en condiciones de higiene adecuada son firmes, de coloración rosada coral y se observa el punteado respectivo. La enfermedad periodontal inicia con un cuadro de gingivitis en las encías, las que comienzan a ponerse lisas y eritematosos, pueden sangrar durante el cepillado o la limpieza de los dientes con

hilo dental. La placa dental se acumula inicialmente en la zona supragingival y bajo la encía marginal, pero el tejido óseo que circunda el diente todavía mantiene conservado y al remover los irritantes se restaurará la salud del tejido.

2.-La próxima etapa de la enfermedad periodontal se llama periodontitis, afectando las crestas óseas. Durante esta etapa, las encías se comienzan a separar del diente, se daña el hueso subyacente, se forman bolsas periodontales ocasionando retracción gingival. La placa llena de bacterias se esparce en las bolsas periodontales, haciendo más difícil mantener limpias las superficies de los dientes y controlar el proceso de la enfermedad.

3.-En las etapas avanzadas de la enfermedad, las bolsas periodontales continúan haciéndose más profundas y hay más destrucción del hueso alveolar. Además, las bacterias que colonizan estas zonas de planos profundos son más virulentas y contribuyen aún más al avance de la enfermedad. Si no se trata oportunamente los dientes se perderán.

C.- SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Los primeros síntomas de la enfermedad periodontal solamente pueden ser detectados por un profesional en odontología, hay indicadores específicos que aparecen según la enfermedad avanza. Las relaciones de los síntomas son:

Encías eritematosas y sangrantes a contactos físicos.

Presencia de movilidad dental.

Piorrea de origen dental

Halitosis persistente

Retracción gingival de origen bacteriano.

Bolsas periodontales.

Desarmonía oclusal.

La presencia de uno o más síntomas descritos, significa que la salud bucal no está en buenas condiciones y se está manifestando la presencia de un nivel de periodontitis, que urge la atención y evaluación por un profesional en odontología. Considerando el resultado de la evaluación de la presencia de las bolsas periodontales y con la ayuda de los exámenes auxiliares, como las radiografías, se determinará los diagnósticos acertados correspondientes para ejecutar un plan de tratamiento adecuado y personalizado.

2.2.2.3.-EDENTULISMO

Se define edentulismo como la pérdida de algunas piezas dentarias; siendo el resultado final de un proceso biológico como caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, cáncer oral y los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales, acceso a la atención dental, el costo y las opciones del tratamiento, la pérdida dental producida por traumatismos son debido a accidentes producidos por deportes o accidentes en vehículos motorizados; y las extracciones dentales se debe principalmente a la caries dental, enfermedad periodontal y también por tratamientos de ortodoncia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe publicado en abril del año 2016 señala que “Las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3580 millones de personas) y la caries dental en dientes permanentes es el trastorno más prevalente. La pérdida grave de dientes y edentulismo total fueron algunas de las diez principales causas de años ´perdidos por discapacidad en algunos países”.⁷

La caries dental suele presentarse en las etapas tempranas de la vida y puede mantenerse a lo largo de la etapa adulta. La enfermedad periodontal empieza más tardíamente que la caries dental, cuando las bacterias atacan al periodonto

causando movilidad dentaria y posteriormente pérdida de dientes. Ambas patologías pueden llevar al edentulismo parcial o total. El biofilm dental es la principal causa de caries dental y enfermedad periodontal; en la cavidad oral se encuentran comunidades de microorganismos los cuales están en un equilibrio dinámico; cuya homeostasis depende de la cantidad de nutrientes, la anatomía de la cavidad bucal, factores inmunológicos y concentraciones oxígeno.

“Si se elimina el biofilm no habrá una proliferación en el número normal tolerable por el huésped y no se desarrollará la enfermedad; el consumo excesivo de carbohidratos ocasiona formación de ácidos producidos por bacterias principalmente gram-positivos ocasionando caries dental. Un aumento del biofilm supra y subgingival principalmente por bacterias anaeróbicas proteolíticas ocasionará gingivitis, periodontitis crónica o agresiva conllevando a pérdida dental.”⁸

A.-EPIDEMIOLOGÍA DE PÉRDIDA DE DIENTES

En el entendido que la epidemiología en medicina estudia la incidencia de enfermedades infecciosas orientados o estudiados según las casusas que lo originan, en odontología y en el tema de investigación las causas que originan mayoritariamente la edentulación son: falta de buenos hábitos de higiene, enfermedades sistémicas. Entre otros las drogodependencias, farmacodependencias, traumatismos. En toda caries se identifica los streptococos mutans, además de otros como: aeroginosus, ecoli, etc. elementos patógenos que se localizan en la superficie del tejido dentario generando ácidos nocivos al tejido dental causando deterioro hasta causar enfermedades cariogénicas y periodontales. Investigaciones sobre temas afines al presente, realizadas en países de “Europa Oriental y Asia central informan que tienen un buen nivel de salud dental, mientras

que en las regiones bajas y medias de África, Asia y América Latina es todo lo contrario; debido a la falta de programas preventivos, escasez de profesionales de la salud en el sector estatal, así como la limitación de tratamientos que brinda; por lo cual el paciente opta por la extracción dentaria para aliviar su molestia llegando de esta manera a la pérdida dentaria. Sin embargo, el edentulismo aunque está disminuyendo a nivel mundial, aún sigue siendo un problema de salud bucal especialmente en los adultos mayores. En los Estados Unidos hasta el año 2012 el edentulismo bajó a 4,9% y se encontró una alta prevalencia donde existía un mayor índice de pobreza, con bajo nivel de ingresos en el hogar.”⁹

Diferentes investigaciones universitarias, institutos especializados, profesionales del Ministerio de Salud del Perú hicieron trabajos aislados en temas afines al presente estudio, pero no se cuenta con datos oficiales a nivel nacional sobre la prevalencia de edentulismo, existiendo estudios de poblaciones pequeñas, en los que se trabajaron a nivel básico y expresan que existe una alta tasa de edentulismo, especialmente en personas mayores; para solucionar éste problema el Ministerio de salud, ha implementado su programa nacional “Perú sonríe” desde la Dirección ejecutiva del programa de salud bucal en conjunto con la dirección general de Intervenciones estratégicas del MINSA, desarrolla las actividades siguientes:

“Con éste plan nacional se busca beneficiar a más de 34000 adultos mayores con prótesis dentales, parciales y totales para lo cual se destinará una inversión de 10 250 000 soles para los próximos 4 años.

De esta forma se busca llegar el 100% de las personas libres del foco séptico de la cavidad oral e integral al 80% de éste grupo poblacional seleccionado como agentes de participación y vigilancia en salud, de su familia y comunidad. Además, de fortalecer las competencias en los adultos mayores en los estilos de vida,

conductas y hábitos saludables”¹⁰

B.-CONSECUENCIAS DEL EDENTULISMO

Son varios los efectos adversos a la salud bucal, las consecuencias negativas en el cumplimiento de las funciones normales que cumple cada pieza dental en la masticación, el habla, estética, entre otros.

B.1.-MODIFICACIÓN DE LA FISIOLOGÍA NORMAL

Al presentarse un espacio edéntulo en la cavidad oral, el tejido periodóntico que crece por aposición a partir del ligamento periodontal y medular se forma por osteoblastos presentes, de igual manera la remodelación constante del tejido óseo es consecuencia de su actividad metabólica. El tejido óseo mediante las fuerzas de presión durante la masticación, provocan resorción de la matriz, y como consecuencia a ello las fuerzas de tensión estimulan la formación de tejido óseo nuevo. En los dientes que han perdido su antagonista se produce un adelgazamiento de las corticales, con la disminución de la extensión y grosor de las trabéculas; como efecto el espacio periodontal sufre adelgazamiento. Estudios han demostrado a la presencia de un edéntulo el ancho y la altura del hueso disminuye hasta en un 25% durante el primer año posterior a la extracción, de igual manera se tienen evidencias que las personas que mantienen una salud dental y bucal en buenas condiciones presentan un sistema óseo mandibular sin retracciones, disminución de sus medidas alveolares y otros con la edad, tanto en varones como en mujeres. Como es natural la pérdida de masa ósea con el aumento de la edad es evidente, sin embargo, no se encuentran cambios en la estructura trabecular ni aumento de pérdida de la inserción, así mismo el mantenimiento del hueso alveolar está relacionado con factores locales, con la conservación del diente en su alveolo y con la salud del periodonto.

B.2.-ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA

La digestión empieza en la cavidad oral con la masticación; mientras se tritura los alimentos, la saliva hidroliza los carbohidratos, ablanda y lubrica el bolo alimenticio para facilitar así la deglución. La función masticatoria promedio es de 45 Kg/molar en jóvenes, es menor en las mujeres que en los hombres y los molares realizan $\frac{2}{3}$ de la masticación a diferencia de los incisivos y premolares que realizan $\frac{1}{3}$ de la masticación. La masticación se debe de realizar 15 a 20 veces para que los nutrientes sean absorbidos; por lo cual, cuando el paciente tiene una disminución en el número de sus piezas dentarias va a presentar una discapacidad masticatoria. La Organización Mundial de la Salud, desde el año 1982 propone conservar como mínimo 20 dientes para mantener la función masticatoria.

B.3.-EDENTULISMO COMO DETERIORO EN EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

A medida que se pierden los dientes el sistema estomatognático sufre cambios; tales como, desórdenes miofuncionales, desórdenes del ATM, lesiones de los tejidos duros del diente, enfermedad periodontal, problemas mucogingivales, pérdida de reborde alveolar, migraciones dentarias, alteraciones del plano oclusal, desgaste oclusal, pérdida de dimensión vertical, colapso de la mordida posterior y problemas estéticos. La encía adherida y queratinizada va disminuyendo a la medida que el hueso alveolar se pierde; ocasionando aparición de puntos dolorosos ante la utilización de prótesis, también la lengua aumenta de tamaño ocasionando inestabilidad de la prótesis y disminución del control neuromuscular.

B.4.-CONSECUENCIA DEL EDENTULISMO EN LA SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA

La salud bucal tiene un impacto en la salud general y la calidad de vida. La

pérdida de dientes y la disminución de la dimensión vertical oclusal, afecta la parte estética en el paciente, la alteración del habla, las actividades sociales vuelven restringidas, afectando la calidad de vida y logrando insatisfacción psicológica. Los pacientes con diabetes mellitus no controlados tienen una alta probabilidad de presentar una enfermedad periodontal moderado o grave que ocasiona la pérdida de piezas dentales. Estudios de investigación demostraron que los adultos mayores edéntulos totales, tienen más de 4,06 veces de probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2. El edentulismo y la diabetes se relacionan a través de la periodontitis que es una inflamación crónica asociada a una hiperglucemia prolongada que va producir una glucosilación avanzada (AGEs) cuyos productos finales se acumulan en los tejidos, plasma, vasos sanguíneos, tejido gingival (en mayor cantidad en pacientes diabéticos), causando degradación del tejido conectivo y reabsorción del hueso alveolar. El asma se relaciona con el edentulismo porque el uso de corticosteroides inhaladores podría contribuir al aumento de la reabsorción alveolar;

2.3.-TRATAMIENTO DEL PACIENTE EDÉNTULO

Referente a las alternativas de tratamiento de un paciente edéntulo parcial pueden ser: Rehabilitación con implantes óseos integrados, prótesis parcial fija o prótesis parcial removible. De igual manera el tratamiento de un paciente edéntulo total cuenta con diferentes alternativas, como: prótesis implanto soportada, prótesis total removible, y de requerir el caso se procede a otros tratamientos especializados, como implante óseo, profundización de surco, entre otros.

PRÓTESIS DENTOSOPORTADA

Cuando el paciente presenta dientes anteriores y posteriores al espacio edéntulo, entre las opciones de tratamiento que se consideran son: las dentaduras parciales soportadas

por dientes naturales, las dentaduras parciales removibles y las dentaduras parciales fijas soportadas por implantes. El tratamiento a seguir depende del número de dientes perdidos, del espacio edéntulo y la localización. El diseño de las prótesis parciales removibles es variado y su finalidad es lograr la estabilidad, soporte y retención. En la prótesis dentoportada los dientes pilares son los que dan estabilidad y soporte frente a las cargas funcionales, logrando una estabilidad controlada como la de una prótesis fija. Esto se consigue realizando un soporte vertical positivo (preparación de apoyos o topes) y un ángulo de desalajo restringido (planos guía opuestos). Los ganchos de las dentaduras parciales removibles abrazan más de la mitad de la circunferencia del diente para mantener la prótesis en posición frente a las cargas horizontales de la masticación.

PRÓTESIS DENTO Y MUCOSOPORTADAS

En pacientes edéntulos con extremos libres, la estabilidad funcional va a ser proporcionada por la cresta residual y las piezas dentarias; las fuerzas de la masticación deben distribuirse entre los dos tejidos con una diferencia marcada en el grado de desplazabilidad. La ausencia de la retención directa en la parte posterior de la base, como el grado de desplazabilidad de los tejidos son los responsables de que las fuerzas verticales y horizontales logren la rotación de la prótesis la cual se realiza alrededor de tres ejes imaginarios:

Línea de fulcrum, que pasa a través de los descansos de los pilares más posteriores.

Eje longitudinal, que pasa por el apoyo oclusal en el diente vecino al espacio edéntulo y por la cresta residual.

Eje vertical perpendicular al plano horizontal, que se encuentra cerca de la línea media por lingual de los incisivos superiores o inferiores.”¹¹

El diseño y la adaptación de la base debe estar enfocado en minimizar los

movimientos antes descritos; con el fin de evitar estos movimientos, se pueden emplear implantes en la parte posterior del reborde alveolar residual, lo cual, lo convierte en una prótesis parcial removible implantosoportada, pero existe algunas contraindicaciones para no recurrir al tratamiento de prótesis parcial removible implantosoportada tales como: factores sistémicos, anatómicos como la ubicación del nervio dentario y el seno maxilar, también el factor económico es determinante en el momento de elegir el mejor tratamiento.

INDICACIONES PARA LOS DISTINTOS TIPOS DE PRÓTESIS DENTALES

A continuación, se presenta una descripción de las indicaciones específicas para los diferentes tipos de prótesis dentales.

PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES PARCIALES:

Pacientes que no quieren o no se puede realizar ningún tipo de cirugía regenerativa o implantológica. Pacientes que no quieren someterse a la cirugía bien sea por presupuestos o por miedos. Aunque son tratamientos muy controlados, hay pacientes que lo descartan directamente. También hay pacientes que por algún proceso sistémico no pueden someterse a cirugías, en estos casos las Prótesis Dentales Removibles están bien indicadas.

Pacientes con periodontitis activa sin tratar, estas prótesis permiten ir añadiendo los dientes perdidos a la estructura metálica sin modificar significativamente la prótesis.

Necesidad de aumentar la dimensión vertical para valorar tratamientos más definitivos, es decir, antes de realizar algún tratamiento más invasivo como tallados, podemos valernos de estas prótesis para generar fases transitorias, su estructura metálica le da bastante estabilidad dimensional por lo que son ideales. Muchos utilizan también para hacer las segundas fases en los implantes de manera atraumática generando el perfil de emergencia de la futura corona y es debido a la misma razón

anterior, la estabilidad dimensional de la estructura metálica que le permite ir haciendo presión constante en los púnticos que se van modificando paso a paso, esta técnica la describe muy bien el Grupo Borg de Barcelona.

PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES COMPLETAS:

► Pacientes que planificarán la extracción de todos los dientes o ya son directamente edéntulos totales. El tipo de inserción sobre mucosa o sobre aditamentos protésicos o implantológicos ya dependerá del caso:

Soporte sobre mucosa, casos donde la cirugía esté descartada. También casos donde haya suficiente reborde alveolar para generar buena succión en la prótesis y su funcionalidad no se vea alterada.

Soporte sobre aditamentos implantológicos, casos donde se busque aumentar la retención de la prótesis a través de estos sistemas y la cirugía no esté descartada

► Pacientes en los que se requiera aumentar el soporte labial y la dimensión vertical por pérdida total de los dientes en boca.

PRÓTESIS DENTALES FIJAS PARCIALES

Este tipo de prótesis dentales está indicado cuando son brechas edéntulas cortas, no está recomendado el uso de pilares intermedios por lo que lo ideal es que se rehabiliten por tramos siempre que sea posible.

Cuando por las necesidades e indicaciones del paciente se descartan las prótesis dentales removibles.

Son prótesis indicadas siempre que los pilares estén en buen estado periodontal de soporte y estructura, bien sean dientes o pilares implantológicos.

PRÓTESIS DENTALES FIJAS COMPLETAS:

Pacientes edéntulos que no tiene ninguna contraindicación para realizar cirugías regenerativas e implantológicas.

Pacientes con necesidades retentivas altas por lo que incrementamos el soporte de la prótesis a través de los implantes.

Posibilidad de poner de 6 a 8 implantes en arcada superior e inferior para poder distribuir las fuerzas de la prótesis sin comprometer su funcionalidad.

Pacientes edéntulos que por indicación propia no quieren algo removible.

Estas son algunas de las indicaciones para los distintos tipos de prótesis dentales según su tipo de inserción. Es importante siempre evaluar cada caso clínico debido a que nunca hay dos pacientes con las mismas características o necesidades.

Por lo tanto, no podemos basarnos en generalidades a la hora de rehabilitar a los pacientes, debemos de tener criterio y así entregarle el mejor plan de tratamiento adaptado a cada caso clínico.

2.4.-ÍNDICE DE DIAGNÓSTICO PROSTODÓNTICO DEL PACIENTE

EDÉNTULO PARCIAL

Respecto al presente tema, se ha revisado la información profesional del Colegio Americano de Prostodoncistas, que establece la clasificación de los pacientes edéntulos parciales basados en la complejidad del tratamiento de acuerdo al diagnóstico.

Para el efecto se considera cuatro criterios para los diagnósticos: ¹²

Localización y extensión del área edéntula.

Dientes pilares.

Oclusión.

Características del reborde residual alveolar.

Los cuatro criterios clasifican al paciente como: clase 1(ideal), clase 2(alteración media), clase 3(alteración avanzada), clase4 (alteración severa). Criterio1:

Localización y extensión del área edéntula Clase 1: Edentulismo parcial en un sólo arco, espacio edéntulo no mayor a dos incisivos en el maxilar y en la mandíbula espacio

edéntulo no mayor a 4 incisivos; espacio edéntulo posterior no debe ser mayor a 2 premolares o una molar. Clase 2: Espacios edéntulos en maxilar superior e inferior, edentulismo parcial no más grande que 2 incisivos en maxilar y en la mandíbula no mayor que 4 incisivos, brechas posteriores no mayor que una molar o 2 premolares. Clase 3: Brecha edéntula en una o 2 arcos dentarios, espacio edéntulo más grande que 3 dientes anteriores o 2 molares. Clase 4: Múltiples áreas edéntulas en arcos opuestos.

Criterio 2: Situación de los pilares Clase 1: No requiere tratamiento protésico. Clase 2: Pilares en uno o dos sextantes con tejido duro insuficiente para retener o soportar las restauraciones intracoronaes o extracoronaes, requieren terapia adjunta localizada (periodontal, endodóntico, ortodóntico). Clase 3: Igual que la clase 2, pero afecta a 3 sextantes. Clase 4: Los pilares están severamente comprometidos

Criterio 3: Oclusión Clase 1: Relación molar clase I. Clase 2: Requiere terapia localizada adjunta; por ejemplo: ameloplastía. Presenta relación molar clase I. Clase 3: Requiere restablecer la oclusión completa, pero sin alteración de la dimensión vertical oclusal. Presenta relación molar clase II. Clase 4: Necesita restablecer la oclusión completa al igual que la dimensión vertical oclusal. Presenta relación molar clase II división 2 y la clase III.

Criterio 4: Características del hueso residual alveolar Clase 1: Altura mandibular mayor a 21mm en las zonas menos alta. Clase 2: Altura mandibular de 10mm a 20mm en las zonas menos alta Clase 3: Altura mandibular de 11mm a 15mm en las zonas menos alta Clase 4: Altura mandibular menor de 10mm a 15mm en las zonas menos alta Los requisitos estéticos, tratamientos del ATM aumentan la complejidad de la clase 1 y 2. Sí presenta edentulismo parcial y total en uno de los maxilares están incluidas en la clase 4.

CLASIFICACIÓN DE LOS ARCOS PARCIALMENTE DESDENTADOS

Según el concepto de la Prostodoncia, un adecuado método de clasificación debe

cumplir los siguientes requisitos:

Visualización inmediata del tipo de arco dentario, una diferenciación entre prótesis dentosoportada y dentomucosoportada. En la actualidad el sistema más aceptado es del Dr. Edward Kennedy en 1923, el cual ha sido designado como clasificación de Kennedy; las áreas edéntulas adicionales a la clase se denominan espacios de modificación.

Clasificación de Kennedy

“El Dr. Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en 4 clases principales denominadas: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV; el Dr. Applegate en 1960 añadió la Clase V y VI, pero, no son utilizados frecuentemente debido que se requiere de otros criterios de valoración para los pilares (64, 65). Clase I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes (extremo libre bilateral). Con permanencia del grupo anterior. El diseño de la prótesis será dentomucosoportada. Clase II: Área edéntula unilateral posterior a los dientes remanentes (extremo libre unilateral). Diseño de la prótesis dentomucosoportada. Clase III: Área edéntula unilateral posterior, con dientes remanentes anterior y posterior a ella. El diseño es una prótesis dentosoportada. Clase IV: Área edéntulo única anterior y bilateral a los dientes remanentes (extremo libre anterior). El área edéntula debe comprender ambos lados de la línea media.

Pueden faltar los cuatro incisivos o un número mayor que ellos.”¹³

REGLAS DE APPLE GATE APLICABLES A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

“Applegate añadió reglas para facilitar el uso de la clasificación de Kennedy.

Regla 1: La clasificación se debe realizar después de las extracciones de los dientes porque de lo contrario podrían alterar la clasificación original.

Regla 2: Si se ha perdido un tercer molar y no se ha remplazado, no se debe tener en

cuenta en la clasificación.

Regla 3: Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 4: Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 5: El área edéntula más posterior es la que determina la clasificación.

Regla 6: Las áreas edéntulas que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número.

Regla 7: La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8: No puede haber modificaciones en la clase IV. ¹⁴

Una gran ventaja del método de Kennedy es que distingue fácilmente la prótesis dentosoportada de la dentomucosoportada.

2.5.-RECOLECCIÓN DE DATOS

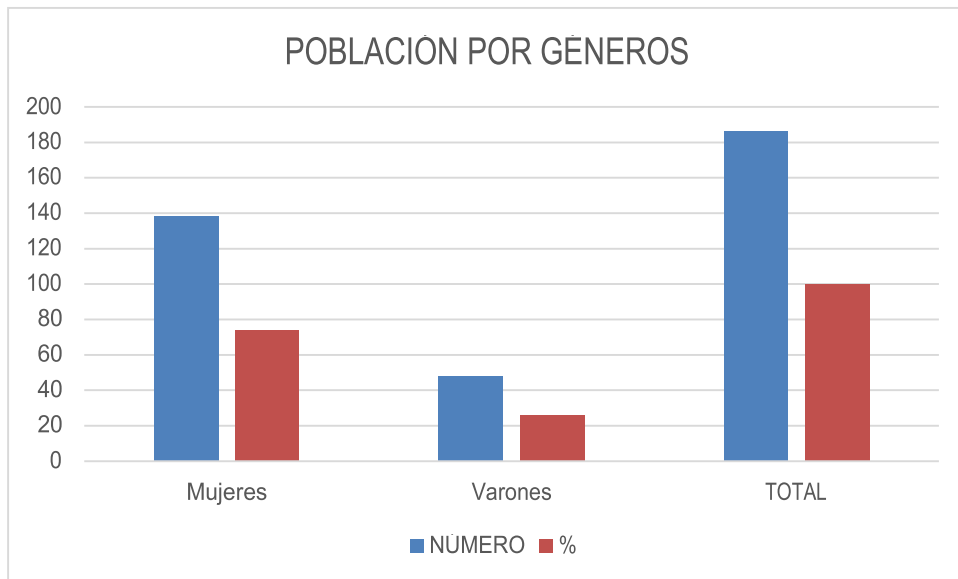
A continuación, describimos los datos obtenidos de la evaluación de una población de 186 personas que participaron del presente estudio, siendo 138 mujeres y 48 varones, detallándose cada cuadro y gráfico con su respectiva interpretación:

CUADRO N° 01: POBLACIÓN POR GÉNEROS

GÉNERO	NÚMERO	%
Mujeres	138	74
Varones	48	26
TOTAL	186	100

Fuente: Historias clínicas del C.M.I. Juan Pablo II

Elaboración: C.D. Elizabeth M. YALI JARA



La información del cuadro N° 01 nos muestra la cantidad de historias clínicas revisadas con motivo de la tena de estudio, en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II del Distrito de los Olivos – Lima, donde se aprecia que el 74% de pacientes son mujeres y el 26% son varones. En el período de estudio y según la información disponible en el Centro Materno Infantil Juan Pable II, la población mayoritaria en un 48% más corresponde a las mujeres, caso que invita a reflexión y un mayor análisis de ésta realidad.

**CUADRO N° 02: EVALUACIÓN GENERAL DEL EDENTULISMO EN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY POR MAXILAR**

CLASE	MODIFICACIÓN	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
		N°	%	N°	%
I	1	00	12.9	00	03.2
	2	12		06	
	3	00		00	
	4	12		00	
	5	00		00	
II	-	24	22.6	84	58.1
	1	06		12	
	2	00		00	
	3	12		12	
	4	00		00	
III	-	12	12.9	00	12.9
	1	06		12	
	2	06		06	
	3	00		06	
	4	00		00	
IV	-	36	19.4	00	
	Sin edentulismo	00		06	03.2
Edentulismo total		60	32.3	42	22.6
TOTAL		186	100.0	186	100.0

Fuente: El total de historias clínicas estudiadas del C.M.I. Juan Pablo II

Elaboración: C.D. Elizabeth M. YALI JARA

En la evaluación de la población general que se tuvo en estudio, presentada en el cuadro número 02. En el maxilar superior el 32.3 % de pacientes presentaron un edentulismo total, siendo la cantidad mayoritaria. El segundo grupo en prelación de población corresponde a la clase II y sus respectivas modificaciones, alcanzando al 22.6%, dentro de ella se evidencia que en número de 24 pacientes corresponden a la clase II exclusivamente; presentándose en un 12.9 % en las clases I y III con sus respectivas modificaciones. En el maxilar inferior visualizamos que el 58.1 % se presenta en la clase II y sus modificaciones, seguido por el

edentulismo total con el 22.6%; presentándose en un 03.2% en la clase I y sus modificaciones. En general la mayor incidencia de edentulismo se presenta en el maxilar inferior con mayor índice que representa el 58.1%.

CUADRO N° 03: EVALUACIÓN DEL EDENTULISMO EN MUJERES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY POR MAXILAR

CLASE	MODIFICACIÓN	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR			
		N°	%	N°	%		
I	1	00	13.1	00	04.4		
	2	12		06			
	3	00		00			
	4	06		00			
	5	00		00			
II	-	18	26.1	72	65.2		
	1	00		06			
	2	00		00			
	3	12		12			
	4	06		00			
III	-	06	17.4	12	13.0		
	1	06		00			
	2	06		00			
	3	00		06			
	4	00		00			
IV	-	30	21.7	00	00		
	Sin edentulismo	00		00		06	04.4
	Edentulismo total	30		21.7		18	13.0
	TOTAL	138		100.0		186	100.0

Fuente: Historias clínicas de mujeres estudiadas del C.M.I. Juan Pablo II

Elaboración: C.D. Elizabeth M. YALI JARA

Con referencia al cuadro N° 03, se presenta el estudio de las historias clínicas de las pacientes mujeres que asistieron al Centro Materno Infantil. En el análisis correspondiente se indica que en el maxilar superior encontramos el 26.1% corresponde a la clase II y sus modificaciones, seguido por la clase IV y edentulismo total con el 21.7% en cada grupo.

Referente a la evaluación del maxilar inferior nos indica que el 65.2% de usuarios se ubican en la clase II y sus modificaciones, seguido por la clase III y sus modificaciones, así como el edentulismo total con el 13% en cada caso. En la comparación edentular de ambos maxilares encontramos que mayoritariamente se presenta en el maxilar inferior con el 65.2% ubicados en la clase II y sus modificaciones.

CUADRO N° 04: EVALUACIÓN DEL EDENTULISMO EN VARONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY POR MAXILAR

CLASE	MODIFICACIÓN	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
		N°	%	N°	%
I	1	00	00	00	00
	2	00		00	
	3	00		00	
	4	00		00	
	5	00		00	
II	-	06	12.5	12	37.5
	1	00		06	
	2	00		00	
	3	00		00	
	4	00		00	
	5	00		00	
III	-	06	12.5	00	12.5
	1	00		00	
	2	00		00	
	3	00		00	
	4	00		06	
	5	00		00	
IV	-	06	12.5	00	00
Sin edentulismo		00	00	00	00
Edentulismo total		30	62.5	24	50.0
TOTAL		48	100.0	48	100.0

Fuente: Historias clínicas de varones estudiadas del C.M.I. Juan Pablo II

Elaboración: C.D. Elizabeth M. YALI JARA

El análisis del cuadro N°04, de la revisión de las historias clínicas correspondientes a los varones, encontramos que el 62.5% de pacientes se ubican en edentulismo total, seguido con

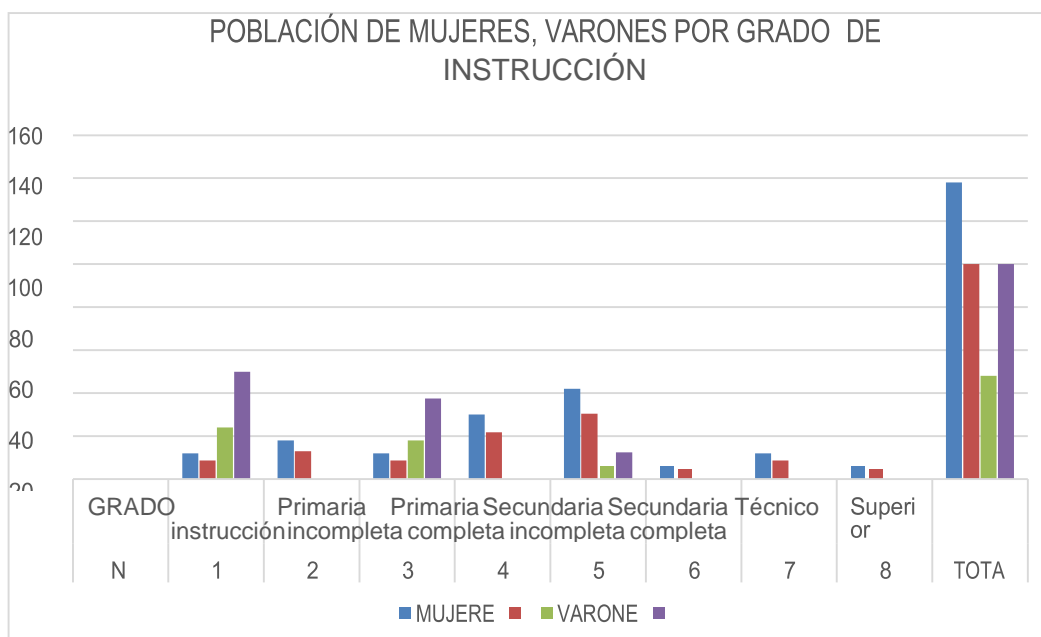
el 12.5% en cada grupo de las clases II, III y sus modificaciones, al igual que la clase IV. En la revisión de los datos correspondientes al maxilar superior, se visualiza que el 50% de pacientes se ubican en el grupo de edentulismo total, seguido con el 37.5% en la clase II y sus modificaciones. En el caso de varones se tiene el mayor porcentaje de edentulismo total en el maxilar superior con el 62.5%.

CUADRO N° 05: POBLACIÓN DE MUJERES, VARONES POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

N°	GRADO	MUJERES		VARONES	
		N°	%	N°	%
1	Sin instrucción	12	08.7	24	50.0
2	Primaria incompleta	18	13.0	00	00
3	Primaria completa	12	08.7	18	37.5
4	Secundaria incompleta	30	21.7	00	00
5	Secundaria completa	42	30.4	06	12.5
6	Técnico incompleto	06	04.4	00	00
7	Técnico completo	12	08.7	00	00
8	Superior completo	06	04.4	00	00
TOTAL		138	100.0	48	100.0

Fuente: Historias clínicas estudiadas del C.M.I. Juan Pablo II

Elaboración: C.D. Elizabeth M. YALI JARA



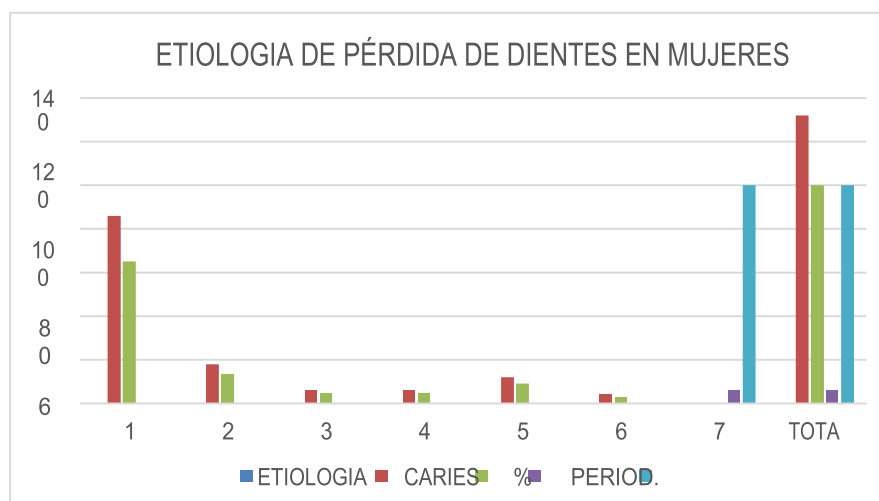
Respecto a la información contenida en el cuadro N° 05, de pacientes que asistieron al Centro Materno Infantil Juan Pablo II. En mujeres, el 47.9 % manifestaron contar al estudio de secundaria completa o superior completa y el 52.1% pertenecen a pacientes sin estudio o secundaria incompleta. En varones, el 12.5 % manifestaron contar al estudio de secundaria completa y el 87.5% pertenecen a pacientes sin estudio o secundaria incompleta. Información que nos muestra una población que todavía mantiene un buen margen de habitantes rezagados del nivel cultural, educativo formal y los efectos que ella refleja en la dirección, conducción de la familia, la sociedad que la integra, iniciando desde sus atenciones personales.

CUADRO N° 06: ETIOLOGIA DE PÉRDIDA DE DIENTES EN MUJERES

N°	ETIOLOGIA	CARIES	%	PERIOD.	%
1	CARIES	86	65.2	00	00
2	PERIODONTITIS	18	13.6	00	00
3	REDIOTERAPIA	06	04.6	00	00
4	TRAUMATISMO	06	04.6	00	00
5	ENFER. SISTÉMICA	12	09.1	00	00
6	IATROGÉNIA	04	03.0	00	00
7	LESIONES NO CARIOSAS	00	00	06	100
TOTAL		132	100.0	06	100

Fuente: Historias clínicas evaluadas de mujeres del C.M.I. Juan Pablo II

Elaboración: C.D. Elizabeth M. YALI JARA



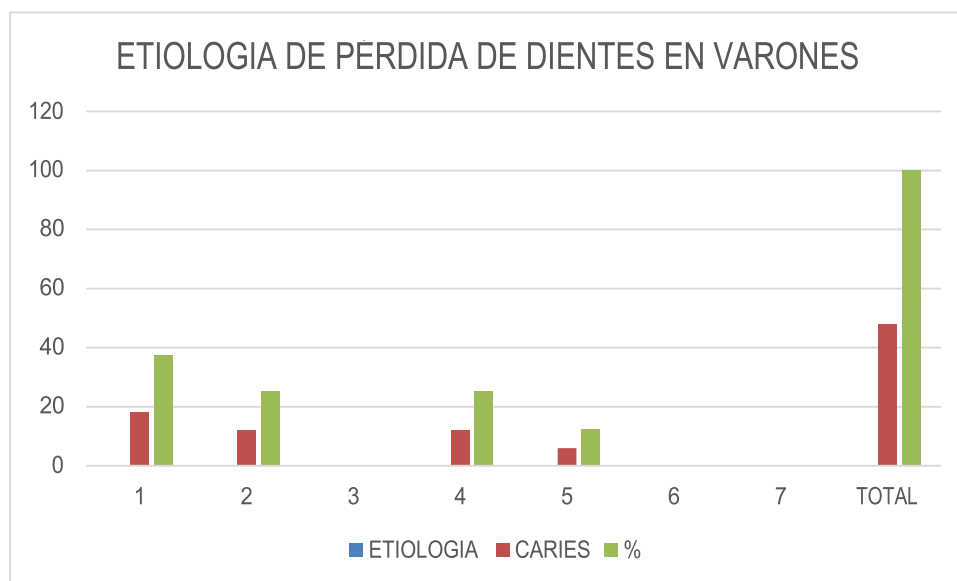
En el cuadro N° 6, evaluamos el origen común y de mayor prevalencia de la pérdida de dientes en mujeres adultas, evaluadas en el Centro materno Infantil Juan pablo II, dando paso al edentulismo en las mismas y deducimos de los datos obtenidos que existe una gran incidencia de piezas dentales perdidas por caries dental en un 65.2 % y en menor índice con 3% de pérdidas dentales originadas por iatrogénia, que vendrían a ser piezas dentales exodonciadas por tratamientos odontológicos mal ejecutados.

CUADRO N° 07: ETIOLOGIA DE PÉRDIDA DE DIENTES EN VARONES

N°	ETIOLOGIA	CARIES	%
1	CARIES	18	37.5
2	PERIODONTITIS	12	25.0
3	RADIOTERAPIA	00	00
4	TRAUMATISMO	12	25.0
5	ENFER. SISTÉMICA	06	12.5
6	IATROGÉNIA	00	00
7	LESIONES NO CARIOSAS	00	00
TOTAL		48	100.0

Fuente: Historias clínicas evaluadas de varones del C.M.I. Juan Pablo II

Elaboración: C.D. Elizabeth M. YALI JARA



En el cuadro N° 7, evaluamos el origen común y de mayor prevalencia de la pérdida de dientes, en varones adultos, evaluadas en el Centro materno Infantil Juan pablo II de los datos obtenidos se deduce que existe una gran incidencia de piezas dentales perdidas por caries dental en un 18 % y en menor índice con 6% de pérdidas dentales originadas por enfermedades sistémicas concomitantes, que vendrían a ser piezas dentales exodonciadas por tratamientos odontológicos mal ejecutados.

2.6.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué clases de edentulismo según Kennedy se identifican y qué tratamientos requieren los pacientes adultos mayores que asistieron al servicio de odontología en el centro materno infantil Juan Pablo II – Los Olivos - Lima?

2.6.1.-PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

¿Cuál será la cantidad mayoritaria en la relación de las clases de edentulismo en el universo de estudio?

¿Qué tipo o tipos de tratamiento de mayor demanda se prescribieron en pacientes que presentaban edentulismo en el universo de estudio?

2.7.-OBJETIVOS

Bajo el presente título se presenta los propósitos que se desea alcanzar al término del estudio de investigación.

2.7.1.- GENERAL:

Determinar la frecuencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy y el respectivo tratamiento a los pacientes adultos mayores que acudieron al servicio de odontología del centro materno Juan Pablo II de los Olivos

2.7.2.- ESPECÍFICOS:

Identificar la mayor frecuencia según la clase de edentulismo establecido por Kennedy en el universo de estudio.

Determinar los tipos de tratamientos de mayor demanda que se prescribieron en pacientes que presentan edentulismo en el universo de estudio.

2.8.-ESQUEMA DEL TEMA

Como esquema del tema de trabajo en el presente ensayo argumentativo, se contempla en cada caso identificado, tres partes necesarias y de pleno cumplimiento según la teoría de ensayos, consistentes en: Pregunta, respuesta y argumento técnico científico que sustenta el planteamiento como respuesta.

2.8.1.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 1

¿Qué clases de edentulismo según Kennedy se identifican y qué tratamientos requieren los pacientes adultos mayores que asistieron al servicio de odontología en el centro materno infantil Juan Pablo II – Los Olivos - Lima?

2.8.2.-TESIS Y ARGUMENTO 1

La identificación de las clases de edentulismo según Kennedy y los tratamientos que requieren los pacientes adultos mayores, que asistieron al servicio de odontología fueron con prescripciones protésicas parciales o totales con mayor prevalencia.

Dado que los asistentes a consulta al servicio de Odontología del Centro materno Infantil Juan Pablo II, en su gran mayoría son participantes del programa del adulto mayor de dicho establecimiento y beneficiarios de rehabilitación oral a través del programa Sonríe Perú, todos ellos provenientes de la zona norte de la ciudad de Lima, provenientes de distintos distritos y centro de salud, todos ellos debidamente desfocalizados y calificados como aptos para tratamientos de rehabilitación oral.

2.8.3.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 2

¿Cuál será la cantidad mayoritaria en la relación de las clases de edentulismo en el universo de estudio?

2.8.4.-TESIS Y ARGUMENTO 2

La cantidad mayoritaria en el universo estudiado, según la clasificación de edentulismo se presenta en relación directa a la edad cronológica, siendo considerado como adultos

mayores, y habiendo resumido estadísticamente la presentación mayoritaria se observa los que presentan edentulismo total, tanto en el maxilar superior como el inferior, seguido por el edentulismo de la clase II en el maxilar inferior. Considero que se presenta ésta particularidad, dado que el maxilar inferior es el que motiva la compresión en la masticación, si fuera el producto a masticar duro o casi duro la transmisión del esfuerzo sería equivalente en ambos maxilares, sin embargo la mayoría de los alimentos son ligeramente duros o suaves, razón por el cual se tiene la posibilidad de mayor deformación en la zona del primer contacto al masticar y que se introduce en los intersticios interdentes, que a una mala higiene de hábitos en salud bucal, se tiene los efectos negativos.

2.8.5.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 3

¿Qué tipo o tipos de tratamiento de mayor demanda se prescribieron en pacientes que presentaban edentulismo en el universo de estudio?

2.8.6.-TESIS Y ARGUMENTO 3

Según los tipos de tratamiento previos de mayor demanda a los pacientes que presentaban edentulismo y tenían la posibilidad de recuperar algunas piezas dentales, tuvieron un tratamiento de obturación, destrataje, exodoncias y que en algunos casos tuvieron un remodelado óseo acompañado por tratamientos farmacológicos para evitar complicaciones infecciosas o iatrogénicas no previstas. Información registrada en la historia clínica que se dispone en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II – Los Olivos. Así mismo, concluido los tratamientos previos, la indicación de tratamiento final fue el uso de una prótesis, parcial o total, obedeciendo a la atención de la política de Estado. El tipo de indicación, fueron determinados por odontólogos de las diferentes postas o centros de salud y que a nuestro entender fueron la más indicada porque a la pérdida de los dientes y los pacientes con las características de origen que fueron referidos, no tenían otra

alternativa, y que en alguna medida mitiga la deficiencia en la masticación a la falta de dentición parcial o total.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado se observa que la frecuencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy y el respectivo tratamiento a los pacientes adultos mayores que acudieron al servicio de odontología del centro materno Juan Pablo II de los Olivos. Es que: En la evaluación de la población general que se tuvo en estudio, presentada en el cuadro número dos en el maxilar superior el 32.3 % de pacientes presentaron un edentulismo total, siendo la cantidad mayoritaria. El segundo grupo en prelación de población corresponde a la clase II y sus respectivas modificaciones, alcanzando al 22.6%, dentro de ella se evidencia que en número de 24 pacientes corresponden a la clase II exclusivamente; presentándose en un 12.9 % en las clases I y III con sus respectivas modificaciones. En el maxilar inferior visualizamos que el 58.1 % se presenta en la clase II y sus modificaciones, seguido por el edentulismo total con el 22.6%; presentándose en un 03.2% en la clase I y sus modificaciones. En general la mayor incidencia de edentulismo se presenta en el maxilar inferior con mayor índice que representa el 58.1%.

Se logró ver que la mayor frecuencia según la clase de edentulismo establecido por Kennedy en el universo de estudio se observó una presencia de edentulismo total.

Los tipos de tratamientos de mayor demanda que se prescribieron en pacientes que presentan edentulismo en el universo de estudio fueron de tipo prótesis.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://www.who.int.OMS>: “Salud bucodental”; Informe; 2017.
2. Plummer, Rahn/Ivanhoe: “Prótesis dental completa”; edit. Medica Panamericana S.A.F.S.; Buenos aires; 2011; p. 148
3. <https://www.minsa.gob.pe>
4. Medina O.E.; Moupomé G.; Avila L.; Pérez R.: “Políticas de salud Pública en Mexico: disminución de las principales enfermedades”; revista biomedic; 2006 Número 17; p. 269
5. <file:///F:/FDI%20CARIES.pdf> p. 19
6. (https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/gum_disease_spanish.pdf)
7. www.who.Int/.es
8. Cunha, J. et.al.: “El edentulismo es el marcador final de la carga de la enfermedad para la salud bucal”. Repositorio.uwiener,edu.pe; 2017
9. Informe del Banco Mundial de Datos sobre salud bucodental de la OMS; www.scielosp.org
10. <https://www.andina.pe>. 19-07-2019
11. Alberto Alonso y Jorge Santiago Albertini: “Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral”; edit. Médica Panamericana S.A.D; Bs As; 1999. p. 196
12. Loza Fernandez, David y colaboradores: “Diseño de prótesis parcial removible”; edit. Médica Ripano; Lima –Perú; 2009; p. 122
13. Randon, Yudice: “Rehabilitación oral, prótesis parcial removible, conceptos actuales, atlas del sideño”; edit. Panamericana; Mexico; Abril 2006; p. 3 y 4
14. Randon, Yudice: “Rehabilitación oral, prótesis parcial removible, conceptos actuales, atlas del sideño”; Ob.Cit. p. 4

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.minsa.gob.pe>
2. Medina O.E.; Moupomé G.; Avila L.; Pérez R.: “Políticas de salud Pública en México: disminución de las principales enfermedades”; revista biomedic; 2006 Número 17; p. 269
3. Alonso, Alberto y Jorge Santiago Albertini: “Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral”; edit. Médica Panamericana S.A.D; Bs. As.; 1999.
4. Atarama Gutierrez, Magnolia: “Relación entre la frecuencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy y el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la universidad Católica de Santa María.Arequipa.2016”; Tesis; Arequipa; 2016.
5. Avendaño, Edson Michelson: “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 2013 al 2014”; Lima; 2016. www.cybertesis.unmsm.edu.pe
6. Carrera, José Max:” Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H Sol Naciente del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005”; Lima; 2026. www.cop.org.pe
7. Choudhary y col: Kennedy’s classifications study done at down international dental hospital; Pakistan oral and dental Journal, Vol. 36 Número 4.
8. www.podj.com.pk
9. Cisneros del Aguila, Melvin: “Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria”; revista científica alas peruanas; Lima; vol. Número 1; 2014.

23. www.revista.uap.edu.pe
24. Cortéz, Víctor: “Prevalencia de edentulismo parcial y total en la isla
25. Butachauques y tac, Quemchi; 2013. Revista Chilena de Salud Pública; Vol 18
26. Número 3; 2014.
27. Cunha, J. et.al.: “El edentulismo es el marcador final de la carga de la
28. enfermedad para la salud bucal”. Repositorio.uwiener,edu.pe; 2017.
29. Dorland: “Diccionario de ciencias médicas”; 7ma. Edic; edit. El ateneo S.A.;
30. México; 1987.
31. Gutierrez, Vanessa: “Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en
32. adultos de ámbito urbano marginal”; Lima; Revista estomatológica herediana;
33. Julio-Setiembre 2015; www.upch.edu.pe
34. Informe del Banco Mundial de Datos sobre salud bucodental de la OMS;
35. www.scielosp.org
36. Loza Fernandez, David y colaboradores: “Diseño de prótesis parcial removible”;
37. edit. Médica Ripano; Lima –Perú; 2009.
38. Medina O.E.; Moupomé G.; Avila L.; Pérez R.: “Políticas de salud Pública en
Mexico:
39. disminución de las principales enfermedades”; revista biomedic; 2006 Número 17.
40. Ministerio de Salud del Perú: “Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento
del
41. edentulismo total”; Lima; 2016.
42. Pelliser, Eugenio y col.: “Soluciones estéticas para prótesis parciales
43. removibles”; www.pdfsemanticscholar.org. Mayo 2013.
44. Plummer, Rahn/Ivanhoe: “Prótesis dental completa”; edit. Medica Panamericana
S.A.F.S.; Buenos aires; 2011.

III.-ANEXOS

CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, LOS OLIVOS



**PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, SERVICIO DE ODONTOLOGÍA,
CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II**



HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

APELLIDOS												
NOMBRES												
NÚMERO DE DOCUMENTO						EDAD			SI ES EXTRANJERO, PAIS			
SEXO: MASCULINO			FEMENINO			FECHA DE NACIMIENTO: DÍA			MES		AÑO	
PASL						CELULAR						

DATOS DE DOMICILIO

CALLE								NÚMERO			
PISO		DEPTO.		LOCALIDAD							
ESTABLECIMIENTO											
DADO SOCIAL											

DENTURA 18 17 16 15 14 13 12 11								21 22 23 24 25 26 27 28 IZQUIERDA							
[Grid for teeth 18-11]								[Grid for teeth 21-28]							
48 47 46 45 44 43 42 41								31 32 33 34 35 36 37 38							
[Grid for teeth 48-41]								[Grid for teeth 31-38]							
55 54 53 52 51				61 62 63 64 65				71 72 73 74 75							
[Grid for teeth 55-51]				[Grid for teeth 61-65]				[Grid for teeth 71-75]							

REFERENCIAS

● (azul) Prestaciones a realizar

● (rojo) Prestaciones realizadas

X (azul) Fija no **enjuagable**

X (rojo) Fija suelta

+ (azul) Exodoncia

Prótesis Fija Prótesis Removible Corona

ÍNDICE

C	F	O	CPD
			total

TEJIDOS BLANCOS											

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos, como así también tomar fotografías e imágenes. Entiendo y he sido informado sobre los propósitos del tratamiento y posibles consecuencias y riesgos, aceptando como tal su realización. Autorizo la utilización de datos epidemiológicos (índice).

..... PASL

..... ADJUDICACIÓN

..... DNI



FECHA	PRESTACIONES	EDAD, SECTOR O CUADRANTE	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO

POBLACIÓN

EMBARAZO 1ra CONSULTA	I	P	0	CP00	
EMBARAZO FINAL	I	P	0	CP00	
6 AÑOS	I	P	0	CP00	
10 AÑOS	I	P	0	CP00	
MUJERES DE 20 A 44 AÑOS	I	P	0	CP00	
6 AÑOS	I	P	0	CP00	
10 AÑOS	I	P	0	CP00	

EMBARAZADA	CONSULTA ODONTOLÓGICA PRENATAL - PROFILAXIS	CT C010 M76
	CONTROL ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE GINGIVITIS Y ENF. PERIODONTAL LEVE	CT C010 M41
	INACTIVACIÓN DE CARIES	FR P026 M76
	TURBECTOMIA Y CEPILLADO MECÁNICO	FR P023 M76
NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	CONSULTA SUCCIDENTAL EN SALUD EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	CT C010 J47
	INACTIVACIÓN DE CARIES	FR P026 M60
NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS	CONTROL ODONTOLÓGICO	CT C010 J47
	BARNIZ FLUORADO DE SURCOS	FR P025 J46
	SELLADO DE SURCOS	FR P024 J46
	INACTIVACIÓN DE CARIES	FR P026 M60
ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS	CONTROL ODONTOLÓGICO	CT C010 J47
MUJERES DE 20 A 44 AÑOS	CONTROL ODONTOLÓGICO	CT C010 J47