

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



TESIS

**Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de
odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015**

Para Optar el título profesional de:

Cirujano Dentista

Autor: Bach. Trebor Antony BARZOLA BAUTISTA

Asesor: Mg. Carlos CUEVA MORENO

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



TESIS

**Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de
odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

.Mg. CD. Sergio Michel ESTRELLA CHACCHA

Dr. Arturo HURTADO HUANCA

PRESIDENTE

MIEMBRO

Mg.CD. Dolly PAREDES INOCENTE

Mg: CD: MIEMBRO

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

RECONOCIMIENTO:

Gracias a mis padres: por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mi expectativa, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

RESUMEN

A medida que la sociedad ha ido valorando más y más la imagen las prótesis dentales han empezado a cobrar una importancia mayor la prótesis debe ser entendida como un medio para lograr el objetivo real, que es rehabilitar el complejo Estomatognático de un paciente individual. Para que la prótesis completa permita la recuperación de la estética dentofacial, y de funciones tan importantes como la masticación, la deglución y la fonación, deben tenerse en cuenta una serie de principios que guíen y justifiquen el diseño más apropiado en cada caso para optimizar la retención, soporte y estabilidad de dicha prótesis y en definitiva su funcionamiento biomecánico, del que dependerá, en buena medida, el éxito y durabilidad de nuestro tratamiento, es menester de este trabajo evidenciar "INCIDENCIA DE PACIENTES DESDENTADOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2015", el estudio se enmarco dentro de la investigación de tipo descriptivo, se empleó el método científico, con el diseño no experimental descriptivo transversal.

Para el estudio se tomó una muestra no probabilística por conveniencia bajo criterios de inclusión y exclusión, se contó con 123 pacientes. Posteriormente se procedió a la recolección de datos en las fichas de registro.

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

En el presente estudio arribamos a las siguientes conclusiones: El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 41 - 60 años con 41.88% (67). El género más frecuente en el estudio es el femenino con 53.75% (86). La incidencia del edentulismo es de 76.88%, la incidencia en el género femenino es de 69.14% y en el masculino es de 67.44%. El tipo de edentulismo más frecuente es el parcial con 74.80% (92). El grupo etáreo que presenta más edentulismo es el grupo entre 41 y 60 años, con 39.02% (48). El tipo de edentulismo depende del grupo etáreo, es decir a mayor edad se incrementa el edentulismo. $X^2C = 8.28$, La principal causa de la pérdida de piezas dentales es la

caries dental con 61.79% (76). El 58.54% (72) de la población con edentulismo, utiliza prótesis.

Palabras Clave: Repercusión, pacientes, desdentados, Ingresan, servicio, odontología, rehabilitar, complejo estomatognático, Recuperación estética, dentofacial funciones, optimizar, estabilidad biomecánico.

ABSTRACT

As society has been appreciating more and more the image dentures have begun charging more important the prosthesis should be understood as a means to the real goal, which is to rehabilitate the complex stomatognathic an individual patient. For the complete denture allow recovery of dentofacial aesthetics, and such important functions like chewing, swallowing and phonation, should be taken into account a number of principles to guide and justify the most appropriate design in each case to optimize retention, support and stability of the prosthesis and ultimately its biomechanical function, which depends to a large extent, the success and durability of our treatment, it is necessary for this work demonstrate "INCIDENCE edentulous patients presenting to DENTAL HOSPITAL Daniel Alcides Carrión 2015,"the study was framed within descriptive research, the scientific method, with the cross-sectional descriptive non-experimental design was used.

For the study, a sample not probabilistic for convenience under the criteria of inclusion and exclusion, we had 123 patients was taken. Then we proceeded to data collection in the tabs.

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

In the present study we reached the following conclusions: The predominant age group in the study is 41 - 60 years old with 41.88% (67). The most common genre in the study is the female with 53.75% (86). The incidence of edentulism is 76.88%, the incidence in females is 69.14% and 67.44% is male. The most common type is the partial edentulism with 74.80% (92). The age group that is most edentulism is the group between 41 and 60 years, 39.02% (48). The type of edentulous depend on the age group, ie older edentulism increases. $X^2C = 8.28$, the main cause of tooth loss is tooth decay with 61.79% (76). The 58.54% (72) of the edentulous population uses prostheses.

Keywords: Repercussion, patients, edentulous, Admitted, service, dentistry, rehabilitate, stomatognathic complex, Aesthetic recovery, dentofacial functions, optimize, biomechanical stability.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Presento ante ustedes la Tesis titulada “Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015” Con la finalidad de determinar la Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Presenta en su desarrollo 4 capítulos.

El primer capítulo es la introducción, el cual consta de la realidad problemática que presenta actualmente la población nacional, también registramos antecedentes elaborados en distintos países, teorías relacionadas al tema, la formulación de preguntas, justificación del tema y objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se describe el marco teórico, los antecedentes, bases teóricas, y la definición de términos.

En el tercer capítulo se describe la metodología empleada en el presente trabajo siendo el diseño de Investigación nivel descriptivo, corte transversal y tipo cualitativo.

En el cuarto capítulo determinamos e interpretamos nuestros resultados obtenidos por nuestra ficha de recolección de datos recopiladas en una base de datos, discusión, conclusión y recomendaciones de los datos encontrados.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Bach: Trebor Antony BARZOLA BAUTISTA

ÍNDICE

DEDICATORIA

RECONOCIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

PRESENTACIÓN

ÍNDICE

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 3

2.2. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS..... 5

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:..... 15

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 16

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 17

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 17

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 18

3.4.1. POBLACIÓN:..... 18

3.4.2. MUESTRA:..... 18

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 18

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 19

3.7. ORIENTACIÓN ÉTICA	19
------------------------------	----

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	20
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La población sufre de problemas que afectan su salud bucodental. Desde temprana edad, la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucodentales, son tan elevadas que no sólo afectan de diferentes maneras (dolor, sufrimiento, baja autoestima, pérdida de capacidad funcional) ²²

Las primeras etapas de la vida, sino que, en muchos casos, dejan secuelas imborrables que disminuyen notablemente las oportunidades para un adecuado desarrollo social, laboral, económico y la calidad de vida en general de las personas durante todo el ciclo vital. ¹⁹

Sumado a lo anterior, los altos costos de los tratamientos en el sector privado y la prestación de servicios no cubierta por el sector público, se traducen en profundas disparidades en el acceso y en la atención de las poblaciones más vulnerables, constituyéndose, en un gran desafío para los sistemas de salud.

Desde una perspectiva integral, la salud bucodental, al igual que la salud general, es el resultado de una serie de determinantes sociales como los estilos de vida, el ingreso económico, la educación, la alimentación, el acceso a los servicios de salud, la cultura y las políticas públicas, entre otros. De lo anterior implica que para lograr mejoras

equitativas y sostenibles es necesaria una visión holística de la salud bucodental, que vaya más allá de los factores de riesgos individuales y, que además, contemple el trabajo coordinado y articulado de múltiples sectores y actores Actualmente, en nuestro país se cuenta con un gran número de personas desdentadas total o parcialmente, esto es considerado un problema de salud debido a que trae como resultado diversas alteraciones bucales, que nos llevaran a realizar exodoncias una de las problemáticas más importantes entre los pacientes que se convierte en uno de los factores principales de la pérdida de órganos dentarios y su consecuente afectación a la salud integral del paciente. ¹⁹

Los adultos mayores son el grupo más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su Salud Bucal, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal lo cual se observa en los pacientes que acuden diariamente al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2015, y lo que unido a que existen pocos estudios sobre este tema en el País, nos motivó a realizar esta investigación, que sirva de base para futuros estudios, además para la organización del trabajo docente asistencial y la planificación de los recursos humanos y materiales en los servicios como contribución al ahorro ,es así que se tiene que intervenir en el aspecto de la prevención y control de los pacientes que deberían estar compensados para la atención respectiva , teniendo como premisa fundamentó el presente estudio y dará lugar a la formulación de la siguiente interrogante: ¿ Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015?. El objetivo de este trabajo será determinar la Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015.

El Autor

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Ureña Gabriela Varela, en Costa Rica el año 2010, realiza la tesis titulada Edentulismo en Costa Rica: Área de Pérez Zeledón, siendo su Resumen: El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, su causa puede ser congénita o adquirida, también el edentulismo total o parcial conlleva a importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. El presente estudio se realizó en una muestra de 60 personas mayores de 50 años que asistieron a la clínica de odontología del Hospital Escalante Pradilla en San Isidro de Pérez Zeledón, a los cuales se les aplicó una entrevista para conocer su estado dental, los resultados obtenidos fueron que existe un 95% de edentulismo ya sea parcial o total en la muestra entrevistada, además, el género que se vio más afectado es el femenino con un 68%, el 42% de los individuos no utilizan ningún tipo de prótesis, también se puede apreciar que las personas de esa zona prefieren la prótesis removible

(con un 91%) más que la prótesis fija (con solo un 9% de los entrevistados que portaban prótesis).²³

Roncal Bardales, Iris Margot. El año 2011 En Lima, presenta la tesis “Prevalencia de edentulismo total y grado de reabsorción del reborde residual en individuos de la tercera edad del albergue central “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”, lima 2010”, teniendo como resumen En el presente estudio se examinaron 101 individuos de la tercera edad en el Albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”, de la ciudad de Lima en el año 2010 con el fin de determinar la prevalencia de edentulismo total según el grado de reabsorción del reborde residual mediante examen clínico intraoral. Los resultados fueron los siguientes:

a) La prevalencia edentulismo total fue 33,6%, b) El reborde medio (64,7%) fue el más encontrado en el maxilar superior y c) El reborde bajo (52,7%) fue el más encontrado en el maxilar inferior.¹⁸

Belaúnde Gómez María Alejandra, el año 2011 en Lima Perú, presenta la tesis “Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo febrero – mayo de 2011”, teniendo como resumen La presente investigación es un estudio descriptivo, observacional de corte transversal que tuvo como propósito determinar la relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo Febrero – Mayo de 2011. El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue el cuestionario, el cual se dividió en cuatro partes: datos generales del encuestado, diagnóstico del edentulismo, última visita al dentista y acceso a la atención dental. El instrumento contenía preguntas que evaluaron a las variables de estudio:

edentulismo (número de dientes perdidos), tenencia de SIS (Seguro Integral de Salud), condición laboral, última vez que visitó al dentista, razón por la cual la última vez no pudo obtener cuidado dental y razón principal de última visita al dentista.

Se realizaron cuestionarios a ciento cuarenta y ocho pobladores de la provincia de Cajabamba. Los resultados se obtuvieron mediante el programa Stata 8.0 en el cual se realizaron análisis univariados y bivariados. En los resultados se encontró que no hubo variación significativa en la prevalencia del edentulismo entre hombres y mujeres; también se encontró que existe relación entre el acceso a la atención dental y el Edentulismo. ²

2.2. BASES TEÓRICAS

EDENTACIÓN Y PROSTODONCIA

Epidemiología de la edentación. Etiología de la edentación. Características generales del paciente desdentado total y parcial. Posibilidades terapéuticas para el desdentado: desde la prostodoncia tradicional a la prostodoncia implantoasistida. Aspectos psicológicos vinculados al tratamiento del desdentado total. Principios para la atención del desdentado. ⁵

EL PACIENTE DESDENTADO

Un paciente se considera desdentado o edentado total cuando ha perdido todos sus dientes. El paciente totalmente desdentado debe ser considerado como un enfermo en el más estricto sentido de la palabra. La edentación constituye una enfermedad lenta, progresiva y crónica que plantea una problemática compleja, y deriva en una serie de alteraciones locales y generales, que van desde la pérdida de la función masticatoria con el subsiguiente deterioro nutricional, las alteraciones en el habla y la afectación de la estética hasta la modificación de los hábitos de conducta y sus repercusiones psíquicas en el ámbito social-laboral. Por todo ello, en el tratamiento de un paciente totalmente desdentado

es un error considerar como objetivo final la construcción de una prótesis compleja. La prótesis no constituye un fin, sino un medio para lograr el objetivo real, que es rehabilitar el complejo estomatognático de un paciente individual. La finalidad de la prótesis completa es realizar una restauración morfofisiológica del paciente Edéntulo, permitiendo la recuperación de la estética dentofacial, y de funciones tan importantes como la masticación, la deglución y la fonación.^{3,7}

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE DESDENTADO

Estudio psicológico del paciente. Hay que tener empatía con el paciente. En la prótesis total removible es muy importante el ajuste de la prótesis (aceptabilidad, integración del paciente a la prótesis. No se puede saber el punto de adaptabilidad psicológica del paciente a la prótesis). Hay que buscar:- Factores favorables- Confianza en el dentista- Experiencias previas- Adaptación del paciente- Salud general (tanto física como psíquica)- Comprensión del tratamiento- Capacidad de colaboración- Coordinación física de movimientos- Factores desfavorables- Falta de comunicación y confianza- Depresión o ansiedad- Poca adaptación- Experiencias negativas- Poca tolerancia a nuevas situaciones- Mala coordinación- Portador previo: hay que valorar la dentadura y como la han llevado y ver qué espera de la dentadura.^{7,8}

EXAMEN, DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

Examen del paciente desdentado. Valoración general del paciente. Importancia de la primera visita. Anamnesis. Análisis del perfil psicológico. Examen visual. Apreciación del estado físico general.⁸

Examen regional: cuello y cara, A.T.M y S.N.M. Examen bucal y del S.E. Aspectos generales de la cavidad bucal desdentada. Examen del maxilar superior desdentado y de la mandíbula desdentada. Examen de: lengua, saliva, piezas dentarias remanentes, paradencio y prótesis en uso. Exámenes complementarios.

Diagnóstico. Diagnóstico buco-dental y protético.

Pronóstico. Pronóstico inicial y final. Pronóstico inmediato y mediano.

Plan de tratamiento. Esquema terapéutico guía.

PATOLOGÍA PARAPROSTODÓNICA.

Concepto de patología paraprostodónica. Clasificación: general, regional y local. Patología general: nutricional, psicológica, otras. Intolerancia prostodónica grave. Patología regional: articular y muscular. Trastornos morfológicos: colapso facial y arrugas. Queilitis angular. Patología local: inflamatoria, regresiva y tumoral. Patología inflamatoria: agudas y crónicas. Patologías agudas: úlceras, otras. Patologías crónicas: estomatitis e hiperplasias. Características, clasificación, etiología y prevención. Patología regresiva: reabsorción alveolar: características, clasificación, etiología y prevención. Patología tumoral: importancia y prevalencia. Trastornos funcionales: fonéticos, masticatorios, otros. Síndrome de boca ardiente. ¹³

TRATAMIENTO PROSTODÓNICO.

Concepto de tratamiento prostodónico. Clasificación: general, regional y local. Conservador y quirúrgico. Oportunidad del tratamiento prostodónico. Tratamiento general: abordaje multidisciplinario. Aspectos psicológicos del tratamiento prostodónico. ¹⁴

Tratamiento medicamentoso. Nutrición y dieta. Tratamiento del reflejo nauseoso.

Tratamientos regional y local. Tratamiento conservador. Educación para la salud. Tratamiento medicamentoso: sistémico o local. Tratamiento de la estomatitis e hiperplasias. Tratamiento de la xerostomía. Uso de prótesis de transición como medio terapéutico. Ajuste oclusal. Ajuste basilar. Acondicionadores de tejidos. Tratamiento estético. Tratamiento quirúrgico. De tejidos duros: Exostosis y torus. Dentición retenida y focos. Inmersión de raíces.

Otras cirugías de tejidos duros. Regeneración tisular guiada. De tejidos blandos: frenectomías, resección de hiperplasias, técnicas para crear retención. Implantes osteointegrados. Protocolos protésico- quirúrgicos. ¹⁴

REPRODUCCIÓN DEL TERRENO PROSTODÓNCICO. IMPRESIONES.

Conceptos generales sobre las impresiones. Teorías de las impresiones para el desdentado total. Propiedades de soporte y retención. Clasificación del terreno prostodóncico en función del soporte y de la retención. Factores y propiedades físicas que contribuyen a la obtención de retención. Impresión funcional a presión aminorada. Principios que la guían. Impresiones primarias: objetivos, cualidades, cubetas de stock, técnicas y materiales. Impresiones definitivas: objetivos, cualidades, técnicas y materiales. Cubetas individuales: características y diseño. Sellado periférico: clasificación, objetivos y materiales. Técnicas de impresión para el maxilar superior. Técnicas de impresión para la mandíbula. Impresiones ambulatorias o autogeneradas. Impresiones en el desdentado casi total. ²²

REGISTROS INTERMAXILARES.

Importancia de los registros intermaxilares en la construcción de la oclusión artificial. ²²

Relaciones intermaxilares y cinemática mandibular en el desdentado. Placas de registro: características y requisitos.

Plano de Orientación: definición, importancia, técnicas de determinación. Dimensión vertical: Posición postural, espacio libre interoclusal. Factores que influyen en la determinación del espacio libre. Métodos de obtención de la dimensión vertical oclusal en el desdentado: método fonético. Errores en la obtención de la dimensión vertical oclusal.

Relación central: Definición e importancia. Definición clínica. Anatomía y fisiología de la relación central. Registros de relación central en el desdentado.

Factores que influyen en los registros. Métodos de obtención. Métodos plásticos y gráficos. Distribución de presiones durante el registro. Guía mandibular.

Mecanismos antagonizadores y su programación. Selección y programación de la aparatología a utilizar en la rehabilitación del desdentado total. Arco facial: importancia y aplicación. Registros excéntricos para la programación de articuladores. Registros posicionales y cinemáticos.²²

ESTÉTICA EN PROSTODONCIA.

Nociones generales sobre estética dental. Guías para obtener armonía en la estética dento-facial. Selección de dientes anteriores: selección del tamaño, de la forma y del color. Materiales de los dientes de stock. Referencias para la selección de dientes: generales, faciales y labiales. Montaje natural de dientes anteriores. Guías para el montaje anterior. Caracterizaciones dentarias: en posición, en forma y en color. Caracterización de la base: en forma y en color.²⁰

OCLUSIÓN ARTIFICIAL.

Diferencias entre la oclusión natural y prostodóncica. Principios y objetivos de la oclusión artificial. Selección de dientes posteriores: selección del material, del color y del tamaño. Selección del esquema oclusal: dientes con cúspides y sin cúspides. Ventajas y desventajas. Diseño y construcción de la oclusión prostodóncica. Selección del concepto oclusal: oclusiones balanceadas y no balanceadas. Clasificación. Principios de la oclusión balanceada. Ubicación de la superficie oclusal. Montaje balanceado de dientes posteriores. Análisis de las leyes de Hanau. Equilibrado oclusal: oportunidades del equilibrado. Remonta: significado y tipos. Errores oclusales a corregir durante la remonta. Equilibrado por adición y por sustracción. Desgaste selectivo: principios y técnica. Trabajo en equipo con el laboratorista.²⁰

PRUEBA EN BOCA Y TERMINACIÓN.

Ubicación de la etapa en la secuencia clínica de rehabilitación. Importancia de la etapa: técnica y psicológica. Control de calidad del trabajo de laboratorio: placas de articulación, montaje de dientes y encerado. Evaluación clínica. Evaluación de las relaciones intermaxilares: dimensión vertical y oclusión en relación central. Evaluación estética. Animación clínica. Opinión y compromiso del paciente. Evaluación fonética. Modelado funcional de las superficies pulidas. Preparación para la terminación. Encerado de las superficies pulidas. Nociones generales sobre materiales de base. Nociones generales sobre procesado de las bases. Control de calidad.

INSTALACIÓN.

Concepto e importancia de la etapa de instalación. Tiempos: preparatorio y de inserción. Control de calidad de las prótesis terminadas. Inserción de las prótesis. Examen y control de las propiedades de soporte, retención, equilibrio oclusal y equilibrio muscular. Ajustes iniciales: errores más frecuentes y sus soluciones. Información al paciente sobre las limitaciones de las prótesis dentales. Adaptación y controles inmediatos. Ajustes. Instrucciones de uso. Programa educativo.²⁰

PREVENCIÓN, CONTROLES Y MANTENIMIENTO EN EL DESDENTADO

Prevención: concepto en el desdentado. La salud y la atención integral a la salud. Niveles de atención. Modelo de atención en el paciente desdentado. Educación y promoción de salud. Prevención antes de la edentación. Prevención después de la edentación. Programa preventivo: objetivos y estructura. Controles periódicos: significado y objetivos. Rutina del examen periódico. Indicadores de periodicidad. Factores de riesgo. Mantenimiento: significado y objetivos. Acciones de mantenimiento.²⁰

PROSTODONCIA TOTAL SIMPLIFICADA.

Concepto de prostodoncia simplificada. Intentos de simplificación. Adaptación: tolerancia e intolerancia. Iatrogenia. Objetivos de la simplificación. Indicaciones y contraindicaciones. Técnicas de simplificación. Etapas de la construcción de una prótesis simplificada: impresiones, selección de aparatología y registros, construcción de la oclusión, instalación y controles. Técnicas en tres y cuatro sesiones. Piezografía simplificada: Técnica orientadora para el montaje de dientes. Técnica analítica: diagnóstica y correctora del espacio prostodónico. Indicaciones.²⁰

PROSTODONCIA TOTAL MONOMAXILAR.

La edentación monomaxilar superior e inferior. Prostodoncia monomaxilar superior. Diagnóstico. Características del maxilar desdentado. Características del antagonista. Síndrome de combinación. Etapas clínicas y de laboratorio de la prótesis monomaxilar. Montaje diagnóstico, análisis y corrección de la curva oclusal. Selección del material de los dientes. Características del montaje dentario. Importancia de los controles periódicos. Pronóstico. Prostodoncia monomaxilar inferior. Diagnóstico. Características de la mandíbula desdentada. Características del antagonista. Discusión de la indicación. Tratamiento proprostodónico. Prótesis de transición monomaxilar. Tratamiento quirúrgico. Colocación de implantes. Piezografía. Características de la oclusión. Uso de materiales de base blandos. Importancia de los controles periódicos. Pronóstico.¹²

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA.

La transición hacia la edentación total: Posibilidades terapéuticas. La prótesis inmediata convencional. Ventajas y desventajas. Indicaciones y contraindicaciones. Diagnóstico y plan de tratamiento. Examen y diagnóstico dental y paradental. Interrelación quirúrgico-prostodónica. Etapas clínicas y de laboratorio: registros preextracción, impresiones, registros y montaje de dientes,

prueba clínica, cirugía de modelos. Indicación y construcción de guías quirúrgicas. La transbase. Cirugía e instalación. Controles inmediatos y periódicos. La prótesis inmediata aditiva. Concepto e indicaciones. Pasos clínicos y de laboratorio. Controles periódicos y mantenimiento. ¹²

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Es la parte de la Odontología que se encarga de sustituir piezas dentales, pérdidas devolviendo al paciente su estética y función. Es ciencia porque estudia técnicas modernas para construir aparatos protésicos cada vez de mejor calidad. Es arte porque realmente se necesita de una cualidad artística para dar a la prótesis un buen terminado, que aparte de ser confortable y cómoda, podamos darle la apariencia natural. ¹²

EN DONDE SE DESCUBRIERON LAS PRIMERAS PRÓTESIS Y COMO SE REALIZABAN

En excavaciones realizadas en Egipto, encontramos cráneos con la presencia de prótesis que datan, más o menos de unos dos mil años antes de la era Cristiana. Las prótesis de esas épocas tan remotas se realizaban en forma rudimentaria, puesto que solo lo hacían guiados por su habilidad, sin conocimientos de técnicas y métodos. Además, no existían materiales apropiados por lo que tenían que recurrir a huesos planos, dientes de animales como de hipopótamo, para luego ser tallados y colocados en forma de anclaje en las arcadas dentarias. Además de todos estos impedimentos los costos eran muy elevados lo que estaba al alcance de personas de condición económica muy alta. ¹²

REQUISITO FUNDAMENTAL DE UNA PRÓTESIS

Biomecánica para que el paciente pueda masticar cómodamente y cumplir con la función de alimenticia. Estética para que el paciente se sienta tranquilo al

saber que su aparato protésico pasa desapercibido. Fonético pues debe permitir hablar correctamente como lo hacía antes.¹²

ETIOLOGÍA DE LA PERDIDA LOS DIENTES

Un diente es un órgano que, si es cuidado manteniendo una buena higiene y un buen control odontológico, puede permanecer sano y durar toda nuestra vida. De este modo, una persona que siempre se ha preocupado de tener buena higiene, controlarse periódicamente con su odontólogo y tratarse oportunamente los problemas y enfermedades de carácter odontológico, puede llegar a adulto mayor con sus piezas dentarias en boca en buen estado.

Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida de tus dientes. Las principales enfermedades que causan la pérdida dental son dos: las caries y las enfermedades periodontales (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además, existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un diente, tales como el desgaste de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconclusos, fracturas dentales etc.⁸

LA CARIES DENTAL

Es una enfermedad infecciosa producida por bacterias y que causa la pérdida progresiva de la estructura dental al socavarla. Si no es tratada a tiempo, lleva a una destrucción avanzada que afecta la pulpa del diente (nervio), produciendo infecciones y otras consecuencias. Cuando la destrucción e infección del diente es muy profunda, ya no puede ser tratado y no tendremos más remedio que realizar la extracción del mismo.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Este es el nombre que reciben un conjunto de enfermedades infecciosas causadas por bacterias que afectan estructuras que rodean, protegen y sujetan al diente en la boca, como también a las encías y tejidos. Esta es una

enfermedad progresiva que se inicia como una gingivitis (inflamación del borde de la encía que rodea al diente), y que puede avanzar hasta llegar a producir la pérdida del ligamento y del hueso que rodea al diente. Si no es tratada a tiempo, el o los dientes se van soltando progresivamente hasta perderse, aun cuando se vean aparentemente sanos y sin caries.

DESGASTES DENTARIOS: ATRICIONES Y ABRASIONES

El desgaste de los dientes se produce por problemas de mordida (oclusión) o por bruxismo (apretar y hacer rechinar los dientes), lo que causa la pérdida de estructura dentaria en los bordes de los dientes o en las superficies con la que muerdes. Otro tipo de desgaste es el del cuello de los dientes, el que se origina por el uso de un cepillo duro o por una técnica incorrecta de cepillado. El bruxismo también puede ser causante de este tipo de deterioro. Si su causa no es tratada, estos desgastes progresan y afectan la pulpa dental (nervio), lo que debilita los dientes, causa fracturas y favorece la formación de caries.

Traumatismos dentales

Los golpes en la cara y boca pueden lesionar dientes y/o tejidos de soporte. Al recibir un golpe, debes acudir a control odontológico ya que muchas veces –aun cuando no te percastes de algún daño en el momento del accidente– pueden aparecer secuelas posteriores en el tiempo, tales como el oscurecimiento de dientes (dientes grises o negros) e infecciones. Producto de esos golpes también se originan fracturas de coronas y/o raíces, movilizaciones de dientes, lesiones de hueso y encías e incluso la pérdida de uno o más dientes. Es de suma importancia acudir a un odontólogo antes de 1 HR después de ocurrido el accidente, sobre todo en el caso de pérdida de un diente: así se puede mejorar el pronóstico y tener la posibilidad de reposicionar el diente desalojado y no perderlo.

DIENTES CON TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS INCONCLUSOS

Aquellos dientes que están en tratamiento odontológico que no han sido finalizados pueden llegar a perderse, aun cuando no presenten molestias ni signos aparentes de problemas. El problema existente puede agravarse el o bien se pueden originar nuevas caries o infecciones. Es posible también que se produzcan fracturas de los dientes por estar debilitados. ⁸

Algunas situaciones son:

- Dientes en que sólo se ha realizado la eliminación de caries sin restauración definitiva
- Dientes con tratamiento de endodoncia sin restauración definitiva adecuada
- Dientes con coronas o restauraciones provisorias.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

PRÓTESIS DENTAL

Una prótesis dental, es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone los dientes.

PRÓTESIS PARCIAL

La que substituye uno o más dientes naturales y partes anexas, pero no a todos, siendo sustentada por los dientes y/o la mucosa. Puede ser removible o fija.

LA INCIDENCIA

Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por su Finalidad: Fue una investigación fundamental o pura.

Por el Espacio: Fue retrospectivo y prospectivo.

Por el Tiempo: Fue Transversal

Por el Nivel de profundización: Fue no experimental.

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

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

El estudio fue descriptivo de tipo observacional de corte transversal.

Descriptivo porque se logró caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades. ¹

Trasversal porque implicó la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.¹

Clínico Observacional, se evaluó la Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015.

Propuesto en el grupo de estudio de acuerdo a la práctica clínica habitual, siendo por lo tanto el investigador un mero observador de lo que ocurre o ha ocurrido.

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio de investigación se utilizó el método científico, además de métodos generales tales como el método de análisis y síntesis y como método particular se tomó el método descriptivo. ⁶

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se empleó el diseño descriptivo retrospectivo y prospectivo, en servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión y los valores en que se manifiesta una o más variables. ⁶

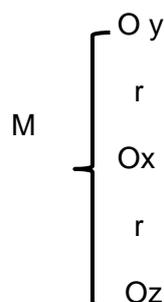
En el presente estudio estuvo guiado por el diseño según Roberto HERNÁNDEZ SAMPIERI, se aplicó el diseño descriptivo que se ajusta a los objetivos de la presente investigación descriptiva simple transversal. ⁶

Se observó los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, se indica que la investigación tuvo un diseño No Experimental trasversal, Descriptivo, ya que se pretende indagar la prevalencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. ⁶

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

Trasversal porque implicó la recolección de datos en un solo corte

El diseño obedece al siguiente esquema:



Dónde:

M = muestra de estudio

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

r = indica la posible relación entre las variables

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. POBLACIÓN:

Estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2015

3.4.2. MUESTRA:

Tamaño muestral: 123 pacientes desdentados totales y parciales durante los meses de enero a diciembre del 2015

Tipo de muestreo.

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

Unidad de análisis.

Paciente desdentado totales o parciales y utilicen prótesis completas o parciales.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó:

TÉCNICAS:

- La observación.
- Análisis clínico
- Análisis documental.

3.5.2. INSTRUMENTOS:

Para la recolección de la información se empleó:

INSTRUMENTOS:

- Historia clínica
- Ficha de registro de datos.
- Ficha de Consentimiento informado

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis estadístico de hipótesis y el análisis de datos estadísticos se elaboró cuadros de relación entre las variables y las dimensiones e indicadores establecidos en la matriz de consistencia. Iniciándose el recuento de datos.²¹

El análisis de los datos fue de tipo estructural, relacional y comparativo usando en todo momento el marco teórico y la lógica para evaluar la Incidencia de pacientes desdentados que acudieron al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2015. La interpretación de los datos se realizó basándose en los resultados estadísticos empleando gráficos y tablas.

3.7. ORIENTACIÓN ÉTICA

Para llevar a cabo este estudio de investigación, fue imprescindible la aprobación de la Facultad de Odontología y de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Así mismo a cada paciente se le informo del propósito del estudio para que a continuación firmen sus consentimientos informados.

CAPITULO I V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

CUADRO N° 01

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015

Grupo Etáreo	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
18 – 40 Años	35	21.88	23	14.38	58	36.25
41 – 60 Años	30	18.75	37	23.13	67	41.88
>60 Años	9	5.63	26	16.25	35	21.88
Total	74	46.25	86	53.75	160	100

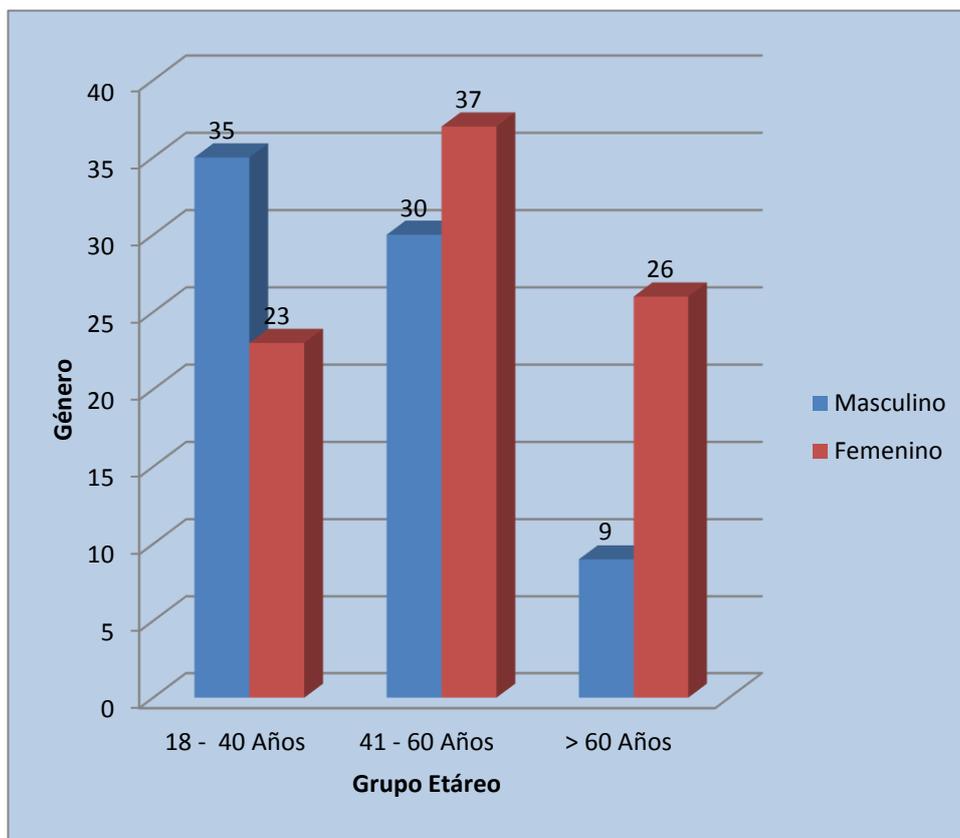
Fuente: Historia Clínica

COMENTARIO N° 01: En el presente cuadro descriptivo de doble entrada por contener dos variables: La variable grupo etareo con sus intervalos de edad en años y la variable genero con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Podemos observar que el 41.88% (67) de la población de estudio, se encuentra en el grupo etáreo entre 41 y 60

años, de los cuales el 23.13% (37) corresponde al género femenino y el 18.75% (30) al masculino; el 36.25% (58) se encuentran entre 18 y 40 años, de los cuales el 21.88% (35) corresponde al género masculino y el 14.38% (23) al femenino; por último el 21.88% (35) tienen más de 60 años, de los cuales el 16.25% (26) corresponde al género femenino y el 5.63% (9) al masculino.

GRÁFICO Nº 01

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLÓGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015



Fuente: Cuadro Nº 01

CUADRO N° 02

DISTRIBUCIÓN DE LA INCIDENCIA DEL EDENTULISMO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015

Incidencia del Edentulismo	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Presenta	65	40.63	58	36.25	123	76.88
No presenta	29	18.12	8	5	37	23.12
Total	94	46.25	86	53.75	160	100

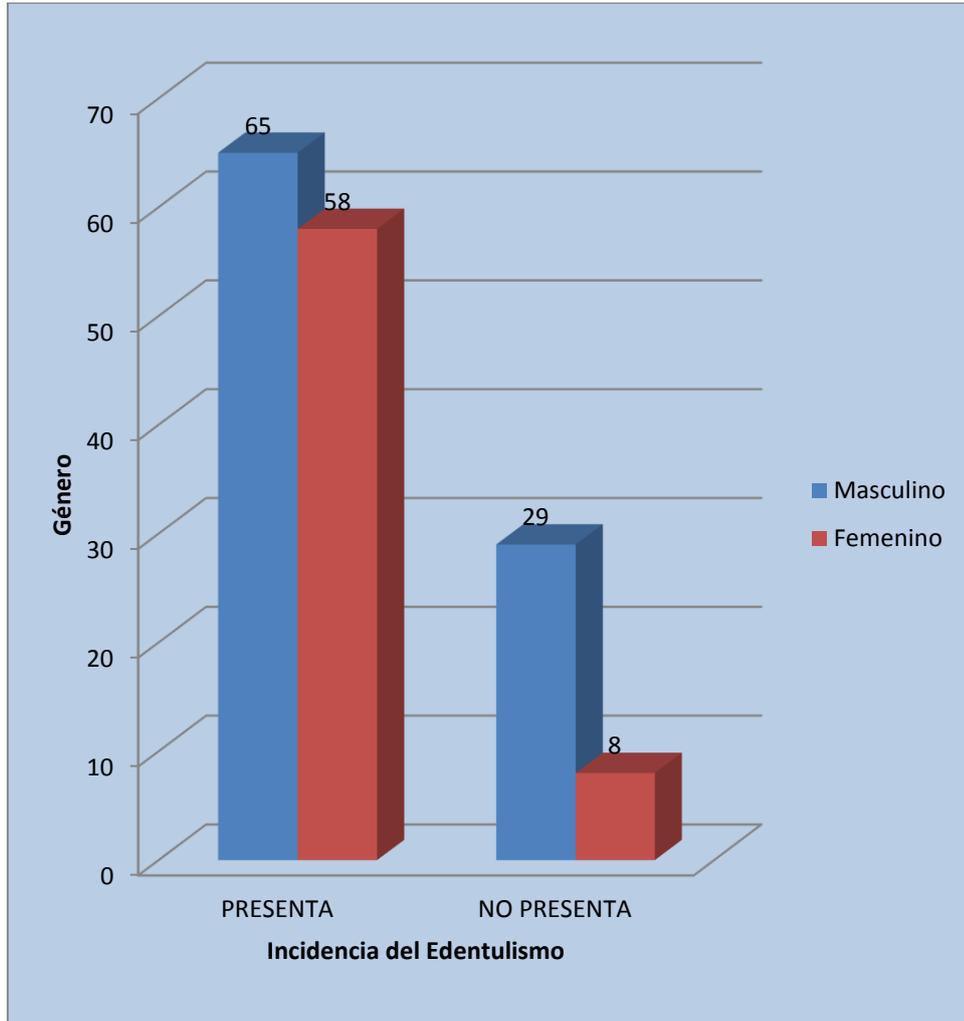
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 02: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable incidencia del Edentulismo con sus indicadores respectivos y la variable genero con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta la incidencia del edentulismo según el género, podemos observar que el 76.88% (123) presentan edentulismo, de los cuales el 40.63% (65) corresponde al género masculino u el 36.25% (58) al femenino; el 23.12% (37) no presentan ningún tipo de edentulismo, de los cuales el 18.12% (29) corresponde al género masculino y el 5% (8) al femenino.

COMENTARIO ESTADÍSTICO: La incidencia del edentulismo es de 76.88%, la incidencia en el género femenino es de 69.14% y en el masculino es de 67.44%.

GRÁFICO Nº 02

DISTRIBUCIÓN DE LA INCIDENCIA DEL EDENTULISMO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015



Fuente: Cuadro Nº 02

CUADRO N° 03

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE EDENTULISMO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015

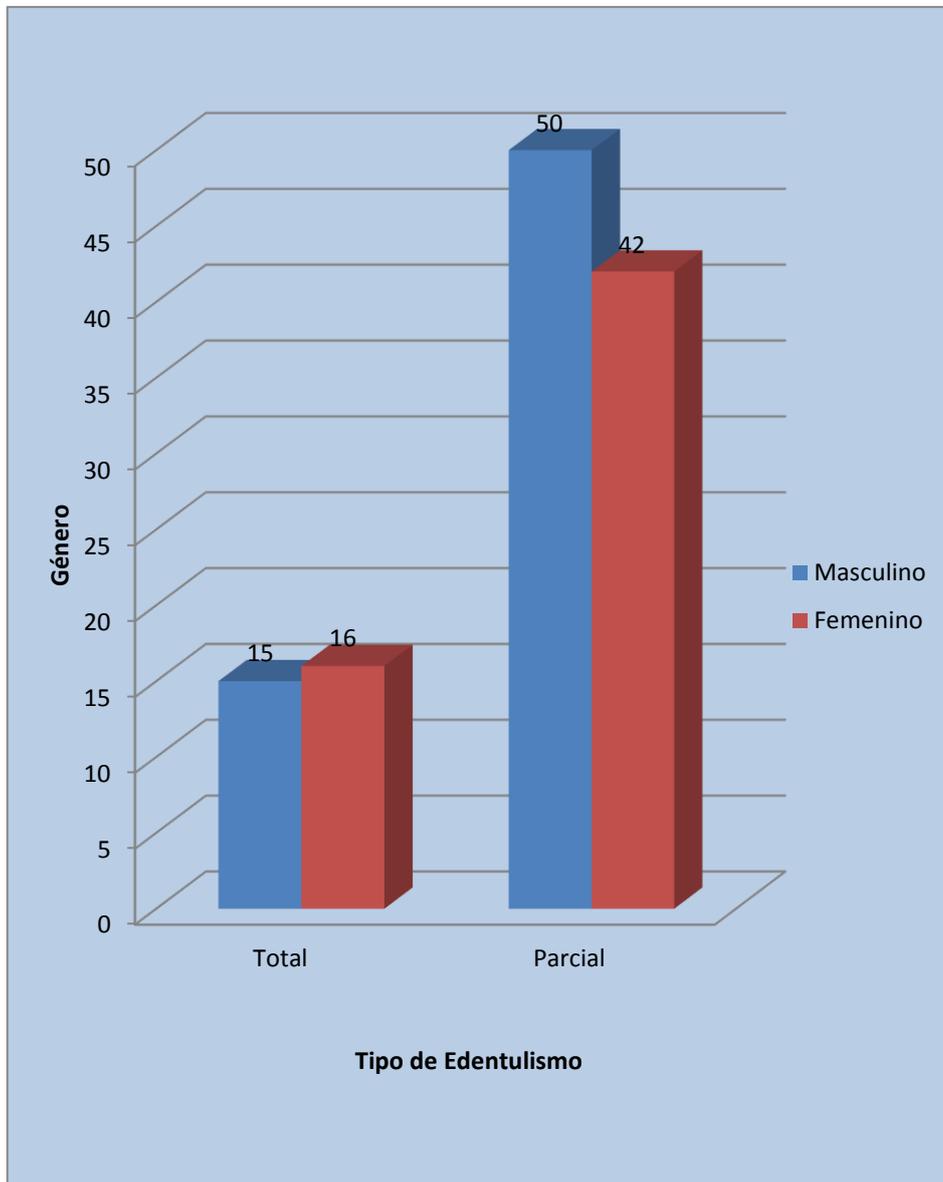
Tipo de Edentulismo	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	15	12.20	16	13	31	25.20
Parcial	50	40.65	42	34.15	92	74.80
Total	65	52.85	58	47.15	123	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 03: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable tipo de Edentulismo con sus indicadores respectivos y la variable genero con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta el tipo de edentulismo considerado con los indicadores de total y parcial (que le falte al menos una pieza dentaria) según el género, podemos observar que el 74.80% (92) presenta un tipo parcial de edentulismo, de los cuales el 40.65% (50) corresponde al género masculino y el 34.15% (42) al femenino; el 25.20% (31) presenta un edentulismo total, de los cuales el 13% (16) corresponde al género femenino y el 12.20% (15) al masculino.

GRÁFICO N° 03

**DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE EDENTULISMO SEGÚN GÉNERO DE LOS
PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLÓGIA DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015**



Fuente: Cuadro N° 03

CUADRO N° 04

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE EDENTULISMO SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015

Tipo de Edentulismo	Grupo etareo						Total	
	18 – 40 Años		41 – 60 Años		>60 Años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2	1.63	9	7.32	20	16.26	31	25.20
Parcial	30	24.39	48	39.02	14	11.38	92	74.80
Total	32	26.02	57	46.34	34	27.64	123	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

DECISIÓN ESTADÍSTICA

$X^2_c = 8.28 > X^2_t (0.05, 5\% \& 2 \text{ g.l.}) = 5.99 \quad \rightarrow \text{Se Rechaza } H_0$

$\rightarrow \text{Se Acepta } H_a$

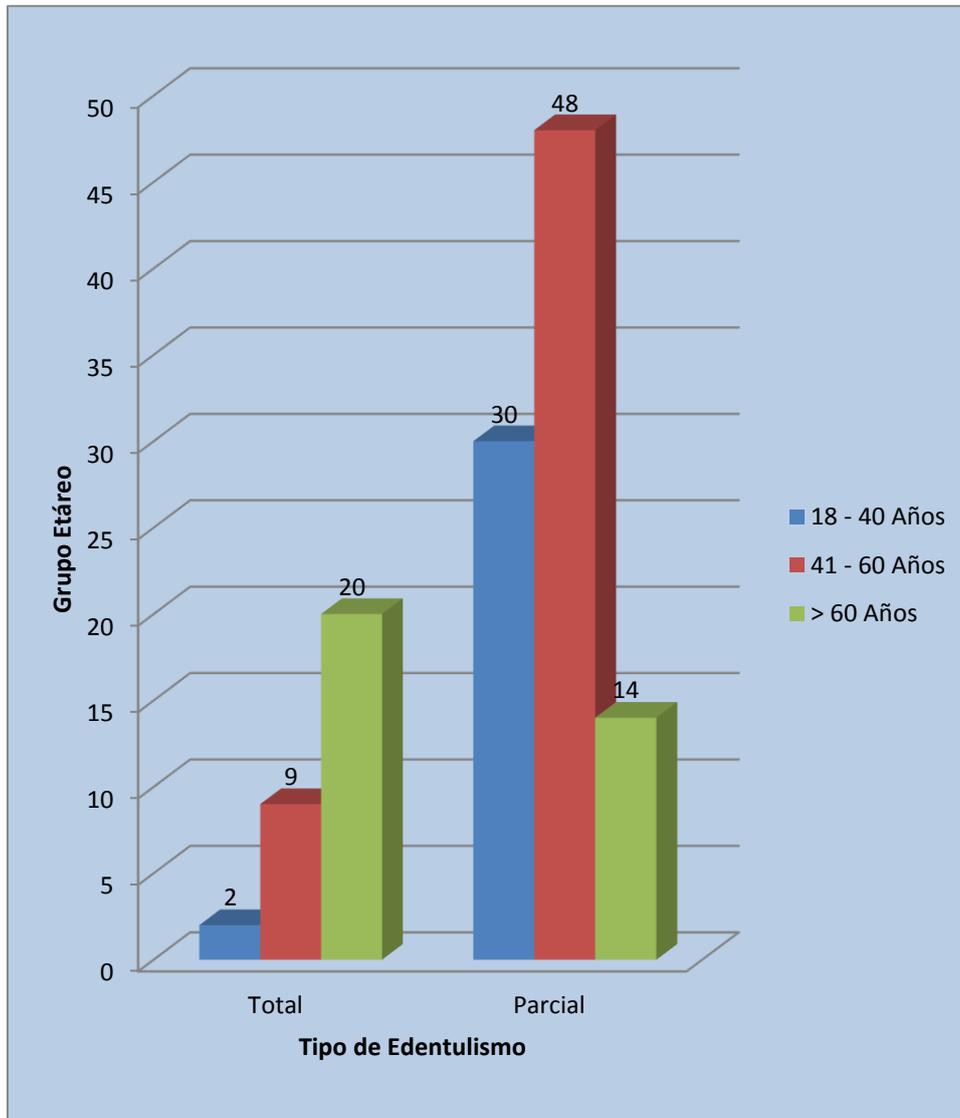
COMENTARIO N° 04: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable tipo de Edentulismo con sus respectivos indicadores y la variable genero con sus intervalos de uso en años. Cuadro donde se presenta el tipo de edentulismo considerado con los indicadores de total y parcial (que le falte al menos una pieza dentaria) según el grupo etáreo, podemos observar que del 74.80% (92) que presenta edentulismo parcial, el 39.02% (48) corresponde al grupo entre 41 y 60 años, el 24.39% (30) al grupo de 18 a 40 años y el 11.38% (14) tiene más de 60 años; del 25.20% (31) que tiene edentulismo total, el 16.26% (20) tiene más de 60 años, el 7.32% (9) se encuentra en el grupo entre 41 y 60 años y el 1.63% (2) entre 18 y 40 años.

CONCLUSIÓN ESTADÍSTICA

Ambas variables se relacionan significativamente, es decir el tipo de edentulismo dependen del grupo etáreo, es decir a mayor edad se incrementa el edentulismo.

GRÁFICO Nº 04

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE EDENTULISMO SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLÓGIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015



Fuente: Cuadro Nº 04

CUADRO N° 05

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DEL EDENTULISMO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015

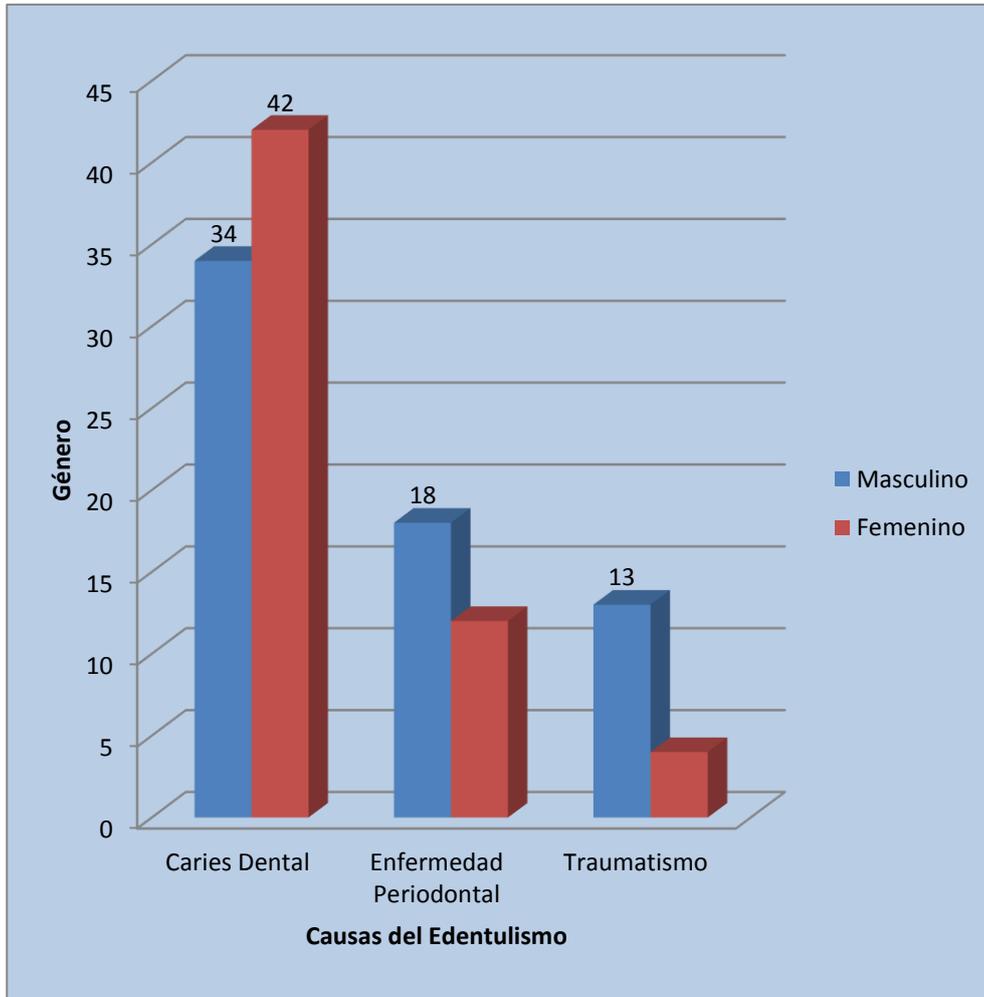
Causa del Edentulismo	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Caries dental	34	27.64	42	34.15	76	61.79
Enfermedad Periodontal	18	14.63	12	9.76	30	24.39
Traumatismo	13	10.57	4	3.25	17	13.82
Total	65	52.85	58	47.15	123	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 05: En el presente cuadro estadístico de doble entrada Por presentar dos variables: La variable causa del Edentulismo con sus indicadores respectivos y la variable genero con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta las causas de edentulismo considerado con los indicadores caries dental, enfermedad periodontal y traumatismo, según el género, podemos observar que el 61.79% (76) tiene como causa de edentulismo la caries dental, de los cuales el 34.15% (42) corresponde al género femenino y el 27.64% (34) al masculino; el 24.39% (30) tiene como causa la enfermedad periodontal, de los cuales el 14.63% (18) corresponde al género masculino y el 9.76% (12) al femenino; por último el 13.82% (17) tiene como causa de edentulismo al traumatismo, de los cuales el 10.57% (13) corresponde al género masculino y el 3.25% (4) al femenino.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DEL EDENTULISMO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015



Fuente: Cuadro N° 05

CUADRO N° 06

DISTRIBUCIÓN DEL USO DE PRÓTESIS SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015

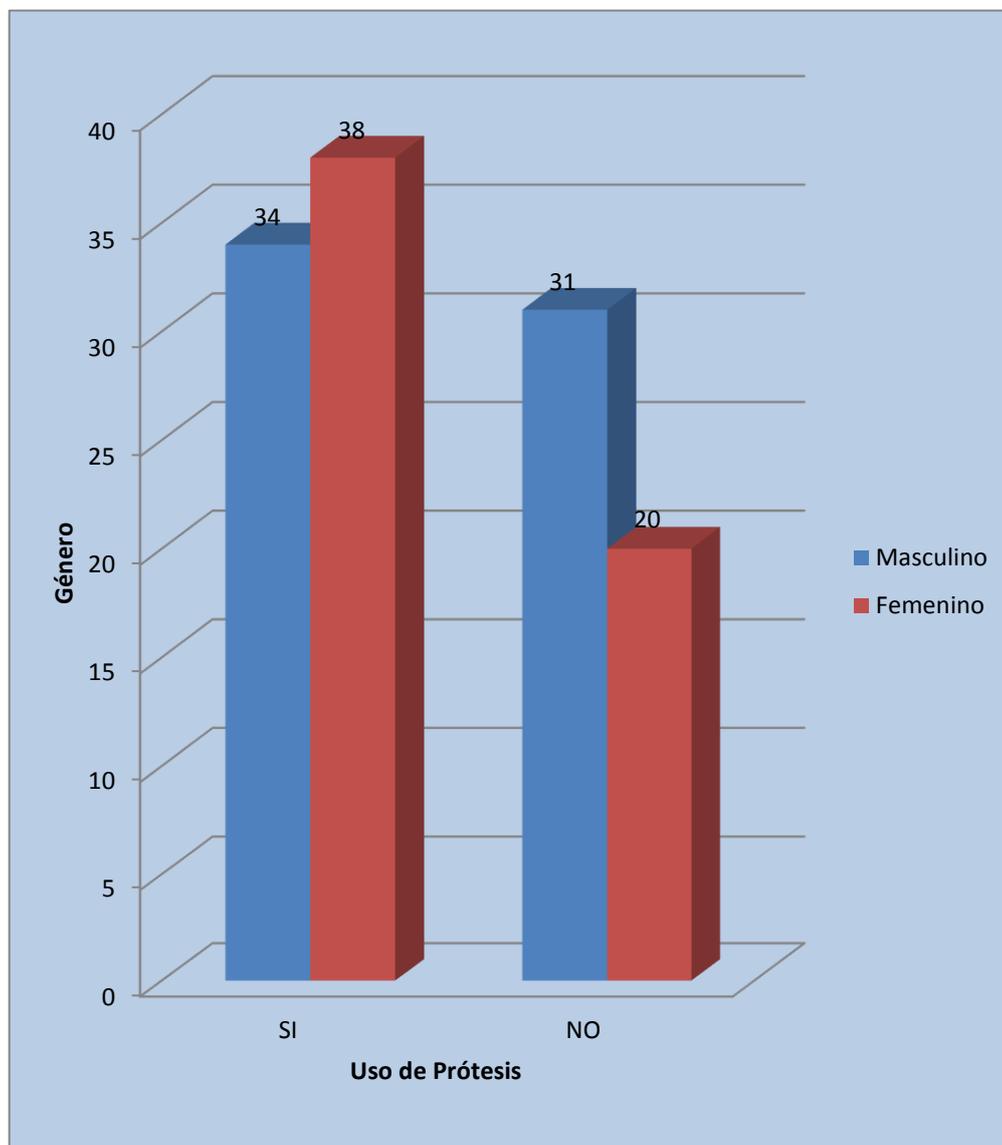
Uso de Prótesis	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	34	27.65	38	30.89	72	58.54
No	31	25.20	20	16.26	51	41.46
Total	65	52.85	58	47.15	123	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 06: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable uso de prótesis con sus indicadores respectivos y la variable género con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Cuadro donde se presenta el uso de prótesis, con los indicadores si y no, según el grupo etáreo, podemos observar que el 58.54% (72) utiliza prótesis, de los cuales el 30.89% (38) corresponde al género femenino y el 27.65% (34) al masculino; el 41.46% (51) no utilizan prótesis, de los cuales el 25.20% (31) corresponde al género masculino y el 16.26% (20) al femenino.

GRAFICO Nº 06

DISTRIBUCIÓN DEL USO DE PRÓTESIS SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - 2015



Fuente: Cuadro Nº 06

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Ureña Gabriela Varela, en Costa Rica el año 2010, realiza la tesis titulada Edentulismo en Costa Rica: Área de Pérez Zeledón, siendo su Resumen: El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, su causa puede ser congénita o adquirida, también el edentulismo total o parcial conlleva

a importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. El presente estudio se realizó en una muestra de 60 personas mayores de 50 años que asistieron a la clínica de odontología del Hospital Escalante Pradilla en San Isidro de Pérez Zeledón, a los cuales se les aplicó una entrevista para conocer su estado dental, los resultados obtenidos fueron que existe un 95% de edentulismo ya sea parcial o total en la muestra entrevistada, además, el género que se vio más afectado es el femenino con un 68%, el 42% de los individuos no utilizan ningún tipo de prótesis, también se puede apreciar que las personas de esa zona prefieren la prótesis removible (con un 91%) más que la prótesis fija (con solo un 9% de los entrevistados que portaban prótesis).²³ En nuestro estudio el 76.88% (123) presenta edentulismo, ya sea parcial o tal, el género con mayor frecuencia es el femenino, de los cuales el 41.46% (51) no utiliza ningún tipo de prótesis.

Roncal Bardales, Iris Margot. El año 2011 En Lima, presenta la tesis “Prevalencia de edentulismo total y grado de reabsorción del reborde residual en individuos de la tercera edad del albergue central “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, lima 2010”, teniendo como resumen En el presente estudio se examinaron 101 individuos de la tercera edad en el Albergue Central “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro”, de la ciudad de Lima en el año 2010 con el fin de determinar la prevalencia de edentulismo total según el grado de reabsorción del reborde residual mediante examen clínico intraoral. Los resultados fueron los siguientes:

a) La prevalencia edentulismo total fue 33,6%, b) El reborde medio (64,7%) fue el más encontrado en el maxilar superior y c) El reborde bajo (52,7%) fue el más encontrado en el maxilar inferior. En nuestro estudio encontramos una incidencia del 76.88% (123).

Belaúnde Gómez María Alejandra, el año 2011 en Lima Perú, presenta la tesis “Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo febrero – mayo de 2011”, teniendo como resumen La presente investigación es un estudio descriptivo, observacional de corte transversal que tuvo como propósito determinar la relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo Febrero – Mayo de 2011. El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue el cuestionario, el cual se dividió en cuatro partes: datos generales del encuestado, diagnóstico del edentulismo, última visita al dentista y acceso a la atención dental. El instrumento contenía preguntas que evaluaron a las variables de estudio: edentulismo (número de dientes perdidos), tenencia de SIS (Seguro Integral de Salud), condición laboral, última vez que visitó al dentista, razón por la cual la última vez no pudo obtener cuidado dental y razón principal d última visita al dentista.

Se realizaron cuestionarios a ciento cuarenta y ocho pobladores de la provincia de Cajabamba. Los resultados se obtuvieron mediante el programa Stata 8.0 en el cual se realizaron análisis univariados y bivariados En los resultados se encontró que no hubo variación significativa en la prevalencia del edentulismo entre hombres y mujeres; también se encontró que existe relación entre el acceso a la atención dental y el Edentulismo. En nuestro estudio encontramos ligera diferencia, predominando el género masculino en la incidencia del edentulismo.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la hipótesis de investigación, después de recogido, analizado y probado la hipótesis, el estudio arriba a las siguientes conclusiones:

- a. El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 41 - 60 años con 41.88% (67), El género más frecuente en el estudio es el femenino con 53.75% (86).
- b. La incidencia del edentulismo es de 76.88%, la incidencia en el género femenino es de 69.14% y en el masculino es de 67.44%. El grupo etáreo que presenta más edentulismo es el grupo entre 41 y 60 años, con 39.02% (48). El tipo de edentulismo dependen del grupo etáreo, es decir a mayor edad se incrementa el edentulismo. $X^2_c = 8.28$
- c. El tipo de edentulismo más frecuente es el parcial con 74.80% (92)
- d. La principal causa de la pérdida de piezas dentales es la caries dental con 61.79% (76), El 58.54%(72) de la población con edentulismo, utiliza prótesis.

RECOMENDACIONES

- 1) A la Universidad brindar más apoyo a la investigación en odontología.
- 2) A los Docentes, que inculquen la investigación a los alumnos para que se puedan desarrollar trabajos de mayor trascendencia.
- 3) Se recomienda al cirujano dentista, hacer una historia clínica detallada, haciendo énfasis en el examen intraoral, de los pacientes edéntulos.
- 4) Se recomienda optimizar el manejo de datos, para poder elaborar mejores protocolos de atención.
- 5) Que se amplíen los estudios longitudinales para evaluar mejor los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila, H. Introducción a la Metodología. de la Investigación. 4ta. Edición. Editado por Eumet.net. 1999
2. Belaúnde Gómez María Alejandra, tesis “Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo febrero – mayo de 2011”, Lima Perú 2011
3. Bortolotti L. Prótesis removibles. Clásica e innovaciones. Caracas, Venezuela: Editorial Amolca; 2006. p. 8-11.
4. Canales, f; Alvarado, E. y Pineda, E. Metodología de la Investigación LIMUSA. México: 2004.
5. Chávez CA, Zardo Trindade F, Sgavioli Massucato EM, Mollo Júnior FA, Compagnoni MA. La influencia de factores sistémicos en el uso de las prótesis totales. Rev Cubana Estomatol 2009.
6. Hernández Sampieri, Fundamentos de la investigación, Edit.Mc Graw Hill, México. 2006.
7. Hidalgo S, Ramos Díaz MJ, Fernández Franch N. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. Revista Archivo Médico de Camagüey 2005
8. Graber George. Atlas de Prótesis Parcial, Barcelona, España Ed. Salvat 1993 Editores, S.A, 2ª edición.
9. Guillermo A. Ries Centeno, Cirugía bucal. Editct El Ateneo 1968, Séptima Edición – Parte V Tratamiento Quirúrgico de los Focos Apicales. Pag 457-474.
10. Kruger GD. Cirugía bucomáxilofacial. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1982. p. 108-23.
11. Laskin Daniel M. Cirugía Bucal Y maxilofacial. Primera edición. Editorial Panamericana. Argentina 1995.Págs. 14, 19, 25, 27, 29, 30, 36.
12. McCraKen Macginey. Prótesis Parcial Removible. Buenos Aires, Argentina Ed. Panamericana, S.A., 1992

13. Meneses Gómez E. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid; 2010.
14. Mosqueda Taylor A, Díaz Franco MA, Velázquez Alba M del C, Iriguyen Camacho ME, Caballero Sandoval S, Sida Martínez E. Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor. Estudio en dos grupos del sur de la ciudad de México. 1997.
15. Munive F. Estado de salud bucal de pacientes desdentados totales antes de iniciar su tratamiento en la Clínica Central Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 1994, Lima-Perú. [Tesis Bachiller Odontología], Lima. UPCH.1995.
16. Mulet García M, Reigada DE Santelice A, Espeso Nápoles N. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Impacto de una estrategia educativa. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2006
17. Netter Nil,(2007) anatomía de cabeza y cuello para odontólogo, tomo I, pág. 632.
18. Roncal Bardales, Iris Margot. "Prevalencia de edentulismo total y grado de reabsorción del reborde residual en individuos de la tercera edad del albergue central "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro", lima 2010"
19. Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatología .2007
20. Stewart L. Kenneth, Prostodoncia Parcial Removible, Caracas, Venezuela, 1992 Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A. 1ª edición.
21. Tamayo, M. (2004). El Proceso de Investigación. Colombia: 2006.
22. Tylman s. D. Stanley. Teoría y Práctica en Prostodoncia Fija. Caracas, Venezuela. W.F.P. Malone. D.L.,Koth. Actualidades Médico Odontológicas. 1991 Latinoamericana, C:A:..
23. Ureña Gabriela Varela, tesis Edentulismo en Costa Rica: Área de Pérez Zeledón, en Costa Rica en el 2010.

ANEXOS

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

ANEXO Nº 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. ANAMNESIS

Nº de paciente:.....

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

**INCIDENCIA DE PACIENTES DESDENTADOS QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN 2015.**

TIPO DE DESDENTADO			SI	NO
	Total	Max. Sup.		
		Max. Inf.		
	Parcial	Max. Sup.		
		Max. Inf.		

ETIOLOGÍA DE LOS DESDENTADOS:	SI	NO
Caries		
Motivos protésicos		
Exodoncia		
Otros		

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

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN

Nº Paciente: _____

El que suscribe _____ está de acuerdo en participar en el estudio para determinar la Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015.

Así mismo estoy de acuerdo que se me practique el examen estomatológico que se requiera. Para dar este consentimiento he recibido una amplia explicación del Dr. _____ Quien me ha informado que:

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

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

En cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que sea necesario explicar las causas y esto tampoco afectará mis relaciones con los Odontólogos del Hospital Daniel Alcides Carrión

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el profesional que me ha dado las explicaciones pertinentes,

a los ____ días de mes de _____ del _____

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____

Nombre del Profesional: _____ Firma: _____

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015 ?.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la Incidencia de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none">1. Categorizar a los pacientes desdentados de acuerdo a género y edad.2. Determinar la incidencia pacientes desdentados totales del maxilar superior e inferior de acuerdo a género y edad.3. Determinar la incidencia pacientes desdentados parciales del maxilar superior e inferior de acuerdo a género y edad.4. Describir las patologías que ocasionaron la perdida de piezas dentales.	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Se evidencia significativamente una Incidencia alta de pacientes desdentados que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2015.</p>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	INSTRUMENTOS	TÉCNICAS	ESCALA DE MEDIDA			
INDEPENDIENTE PACIENTES	Genero	Sexo	Masculino Femenino	Historia clínica	Observación Entrevista	Cualitativa nominal			
	Edad	Cronología	Años	Historia clínica	Entrevista Observación	Nominal Numérica			
DEPENDIENTE INCIDENCIA DE DESDENTADOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2015	DESDENTADOS TOTALES	Maxilar superior	SI NO	Ficha de recolección de datos	Observación Y evaluación microscópica	Cualitativa Nominal			
		Maxilar inferior	SI NO						
	DESDENTADOS PARCIALES	Maxilar superior	SI NO	Ficha de recolección de datos	Observación Evaluación clínica	Cualitativa Nominal			
		Maxilar inferior	SI NO						
	DESDENTADOS	Etiología de los desdentados	Caries				Ficha de recolección de datos	Observación Evaluación clínica	Cualitativa Nominal
			Motivos protésicos						
			Exodoncia						
			Otros						