



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA

**“LESIONES BUCALES Y REHABILITACIÓN
PROTÉSICA REMOVIBLE EN PACIENTES
EDÉNTULOS.”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR:

Fabián Jonathan Cedeño Sandaño

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Nancy Molina

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2012

CERTIFICACIÓN

Dra. Nancy Molina Moya, certifica que ha supervisado el presente trabajo titulado:

“LESIONES BUCALES Y REHABILITACIÓN PRÓTESICA REMOVIBLE EN PACIENTES EDÉNTULOS” trabajo original de Fabián Cedeño Sandaño, mismo que está de acuerdo con lo estatuido por la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Portoviejo, Enero del 2012.

f).....

Dra. Nancy Molina Moya Mg. Ge.

DIRECTORA DE TESIS



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TESIS DE GRADO

TEMA:

“LESIONES BUCALES Y REHABILITACIÓN PROTÉSICA REMOVIBLE EN
PACIENTES EDÉNTULOS.”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como
requisito previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGO

.....
Dra. Ángela Murillo Mg. S.p
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

.....
Dra. Nancy Molina Moya Mg. Ge.
DIRECTORA DE TESIS

.....
Dra. Gladys Vaca Mg. Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
Dr. Wilson Espinoza Mg. Ge.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
Ab. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

Con mucho cariño, a mis padres, Fabián y Fabiola, por todo su amor, apoyo incondicional y por darme fuerzas de seguir adelante.

A mi hermana, Sofía, mi compañera en todo momento.

A mi amor Noelia, por estar siempre a mi lado y ser mi apoyo a todo mi esfuerzo y meta alcanzada. T.A.M.

A mis abuelitos, ejemplos a seguir, por sus consejos y constante preocupación.

Fabián C. S.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme salud, vida y fuerzas para conseguir mis metas.

A toda mi familia, por estar siempre unida en buenos y malos momentos, ayudándonos mutuamente, brindándome su apoyo siempre.

A Noelia, que con su amor y paciencia me ayudó en todo instante.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, y todos mis profesores por sus conocimientos impartidos y su gran amistad.

A la Doctora Ximena Guillén de Barreiro, que gracias a su amistad y consejos me motivaron a seguir adelante.

A la Doctora Ángela Murillo Almache, por compartir sus conocimientos y ser guía en el transcurso de mi estudio universitario.

Al personal del Subcentro de Salud “El Limón”, por la cooperación para la realización de la investigación.

Fabián C.S.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
ANTECEDENTES.....	iii
CAPÍTULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
CAPÍTULO II	
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO III	
3. OBJETIVOS.....	7
3.1. Objetivo General.....	7
3.2. Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO IV	
4. HIPÓTESIS.....	8
CAPÍTULO V	
5. MARCO TEÓRICO.....	9
5.1. Marco Institucional.....	9
5.2. REHABILITACIÓN PROTÉSICA REMOVIBLE.....	11
5.2.1. Definición	12
5.2.2. Tipos de Prótesis Removible.....	13
5.2.2.1. Prótesis totales o completas	13
5.2.2.2. Prótesis Parcial Removible	14
5.2.3. Componentes de las prótesis	14
5.2.3.1. Apoyos	14
5.2.3.2. Retenedores	15

5.2.3.2.1. Requisitos de un retenedor	15
5.2.3.3. Conectores mayores	17
5.2.3.4. Conectores menores	17
5.2.3.5. Base de la dentadura	18
5.2.4. Diseño de la prótesis parcial removible	18
5.2.4.1. Principios de Diseño	19
5.2.5. Objetivos de la prótesis	19
5.2.5.1. Funcionalidad	19
5.2.5.2. Retención	20
5.2.5.3. Soporte	21
5.2.5.4. Estabilidad	21
5.2.5.5. Salud	21
5.2.5.6. Estética	22
5.2.5.7. Fijación	23
5.2.6. Ventajas de las Prótesis removible	23
5.2.7. Uso, cuidado e higiene de la prótesis	24
5.2.8. Limitaciones	26
5.2.9. Instrucciones de manejo cuidado y mantenimiento	27
5.2.10. Adaptación y acostumbramiento	27
5.2.11. Recomendaciones	28
5.2.12. Colocación y desinserción	29
5.2.13. Revisiones e incidencias	29
5.2.14. Las posibilidades actuales de la prótesis dentaria.....	30
5.3. LESIONES BUCALES	32
5.3.1. Generalidades	32
5.3.2. Edentulismo	34
5.3.3. Clasificación de Kennedy	34
5.3.4. Clasificación de las atrofi as de los maxilares edéntulos	36
5.3.4.1. Clasificación de las atrofi as	36
5.3.5. Causas del daño relacionado con el hecho de llevar prótesis	38
5.3.5.1. Aumento de retención de placa	38

5.3.5.2.	Trauma directo a partir de los componentes	38
5.3.5.3.	Transmisión de las fuerzas excesivas	39
5.3.5.4.	Error oclusal	39
5.3.6.	¿Por qué es importante sustituir un diente perdido?	39
5.3.7.	Migraciones dentarias	40
5.3.7.1.	Rotaciones dentarias	40
5.3.7.2.	Intrusiones	40
5.3.7.3.	Inclinaciones	40
5.3.7.4.	Extrusiones	40
5.3.7.5.	Mesialización	41
5.3.7.6.	Distalización	41
5.3.8.	Masticación	41
5.3.8.1.	Tipos de masticación	41
5.3.9.	Dimensión vertical	44
5.3.9.1.	Dimensión vertical oclusal	44
5.3.9.2.	Dimensión vertical postural	45
5.3.9.3.	Pérdida de la dimensión vertical	46
5.3.9.4.	Medición de la dimensión vertical	47
5.3.9.5.	Dimensión vertical y dolor craneomandibular	47
5.3.10.	Reborde alveolar	48
5.3.10.1.	Características del reborde alveolar	49
5.3.10.2.	Consecuencias de la pérdida de hueso en pacientes totalmente desdentados.....	50
5.3.11.	Mucosa oral	50
5.3.12.	Lesiones a causa de prótesis	51
5.3.12.1.	Hiperplasia papilar del paladar	51
5.3.12.2.	Estomatitis por el uso de dentaduras	52
5.3.12.3.	Úlceras traumáticas	52
5.3.12.4.	Tratamiento	52
5.3.13.	Tono muscular	52
5.3.13.1.	Importancia del tono muscular	53

5.3.13.2. Alteraciones del tono muscular	53
--	----

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
6.1. Métodos.....	55
6.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	55
6.1.2. Nivel o tipo de investigación.....	55
6.2. Técnica.....	56
6.3. Instrumentos.....	56
6.4. Recursos.....	56
6.4.1. Materiales.....	56
6.4.2. Talento humano.....	57
6.4.3. Tecnológicos.....	57
6.4.4. Económicos.....	57
6.5. Población y muestra.....	58
6.5.1. Población.....	58
6.5.2. Muestra.....	58

CAPÍTULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	59
7.1. Análisis e interpretación de los resultados de formulario de encuestas.....	59
7.2. Análisis e interpretación de los resultados de ficha de observación	71

CONCLUSIONES	87
---------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	88
--------------------------	-----------

PROPUESTA ALTERNATIVA

ANEXOS

INDICE DE GRAFICUADROS

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DIRIGIDAS A LOS PACIENTES

GRAFICUADRO N°1

¿Sabía Ud. que luego de la extracción de un diente debe realizarse una prótesis?.....	59
Análisis e interpretación del graficuario N°1.....	60

GRAFICUADRO N°2

¿Cuándo lava su prótesis dental?.....	61
Análisis e interpretación del graficuario N°2.....	62

GRAFICUADRO N°3

¿Cada qué tiempo realiza el control de su prótesis?.....	63
Análisis e interpretación del graficuario N°3.....	64

GRAFICUADRO N°4

¿Qué molestias le causa su prótesis?	65
Análisis e interpretación del graficuario N°4.....	66

GRAFICUADRO N°5

¿Qué tipo de alimentos consume?	67
Análisis e interpretación del graficuario N°5.....	68

GRAFICUADRO N°6

¿Cree Ud. que su prótesis le ayude a triturar sus alimentos?	69
Análisis e interpretación del graficuario N°6.....	70

RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A LOS PACIENTES

GRAFICUADRO N°7

Clasificación de Kennedy.....71

Análisis e interpretación del graficuario N°7.....72

GRAFICUADRO N°8

Movimientos de las piezas dentales.....73

Análisis e interpretación del graficuario N°8.....74

GRAFICUADRO N°9

Reabsorción del reborde alveolar.....75

Análisis e interpretación del graficuario N°9.....76

GRAFICUADRO N°10

Pérdida de la dimensión vertical en pacientes sin prótesis77

Análisis e interpretación del graficuario N°10.....78

GRAFICUADRO N°11

Lesión de la mucosa oral.....79

Análisis e interpretación del graficuario N°11.....80

GRAFICUADRO N°12

Tipo de masticación del paciente81

Análisis e interpretación del graficuario N°12.....82

GRAFICUADRO N°13

Tono muscular en pacientes.....83

Análisis e interpretación del graficuario N°13.....84

GRAFICUADRO N°14

Estado de la prótesis en pacientes portadores de prótesis.....85

Análisis e interpretación del graficuario N°14.....86

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación protésica dental removible es una de las ramas de la Odontología cuyo objetivo es reemplazar las piezas perdidas en boca con unas artificiales que devuelvan la funcionalidad, la estética y la salud de la cavidad bucal.

Los beneficios que da esta rama de la Odontología es desconocida por la mayoría de los pacientes ya que no han tenido una buena educación y orientación por parte de su Odontólogo, al indicarles que luego de una extracción se debe buscar la manera de reemplazar este espacio en boca, ya que si no se lo hace empezarán haber cambios perjudiciales para la cavidad bucal como movimientos de las piezas remanentes, reabsorción del hueso alveolar, desecamiento de la encía entre otros, y su salud en general.

Así mismo los pacientes portadores de prótesis dentales desconocen el cuidado, mantenimiento y controles de estos aparatos colaborando a que ya no sean beneficiosos y más bien perjudiciales al causar dolor e inflamación en las encías, aumentar la placa bacteriana y otros.

Para la realización de la investigación se obtuvo información científica de textos y páginas web, la misma que se complementó con el trabajo de campo donde se tomó una muestra de 92 pacientes, a los cuales se les realizó encuestas que contenían 6 preguntas asociadas al tema. Además, se utilizaron fichas de observación con los parámetros adecuados para conseguir los objetivos.

Así mismo, se describe la metodología, técnica e instrumentos que se usaron para la investigación; y, se muestran los graficoadros con los resultados conseguidos.

Luego se exponen las conclusiones a las que llega el investigador tomando en cuenta los instrumentos que ha utilizado.

Finalmente, se describe una propuesta alternativa para dar solución al problema, la que se orienta, principalmente, en la educación del paciente para que conozca los beneficios y el cuidado de la rehabilitación protésica removible, para que pueda reemplazar sus piezas perdidas y preservar sus piezas remanentes en boca.

ANTECEDENTES

La Rehabilitación Protésica Removible es desconocida por los pacientes que llegan a la consulta del Subcentro de Salud El Limón ya que luego de una extracción no optan por el tratamiento iniciando un problema en sus cavidades bucales, como movimientos de las piezas dentales remanentes, reabsorción del hueso alveolar impidiendo en un futuro realizar el tratamiento.

Así mismo los pacientes portadores de prótesis ya sea parcial o total no tiene el cuidado e higiene adecuado con ellas por lo que, ocasionan lesiones a su cavidad bucal, como aumento de placa bacteriana, enfermedades en la mucosa bucal, reabsorciones del hueso alveolar, pérdida de la dimensión vertical, entre otras.

No existen antecedentes de la realización de un estudio de las Lesiones Bucales y Rehabilitación Protésica Removible en el Subcentro de Salud El Limón, pudiendo ahora contar con las manifestaciones que presentan los pacientes y el estado de sus prótesis dentales.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es común observar en la atención Odontológica pública a pacientes edéntulos con un alto índice de lesiones bucales debido algún tipo de rehabilitación protésica en mal estado.

La ausencia o presencia de una rehabilitación protésica removible parcial o total puede provocar varios problemas en la cavidad bucal como reabsorción del reborde alveolar o desecamiento de la mucosa, problemas en la deglución de alimentos, una baja autoestima, como también pueden causar lesiones las prótesis mal adaptadas, defectuosas o desgastadas llevando consigo la pérdida de la dimensión vertical y/o alteración del ATM.

Son muchos los estudios que se han realizado mundialmente, uno de ellos fue en Santiago de Chile y se pudo comprobar que cerca de un 25% de los individuos mayores son desdentados totales y parciales y de este, el 18,6% no contaba con prótesis removible.

La rehabilitación oral del adulto mayor en el ámbito público, se basa en la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, sólo en el

año 2009 se realizaron en los servicios públicos de este país 18.245 prótesis removibles.

En el Ecuador son frecuentes los pacientes que llegan a los consultorios odontológicos privados o comunitarios con falta de una prótesis dental que reemplace de manera eficiente las piezas dentales perdidas; con frecuencia adultos y adultos mayores presentan problemas que se dan a raíz de la falta de este elemento importante para realizar las actividades que normalmente hace un diente verdadero, o por el contrario llegan pacientes usando prótesis, desgastadas por los años en uso, o mal confeccionando causando de igual manera lesiones en la cavidad bucal.

En el Subcentro de Salud “El Limón”; llegan a diario pacientes con múltiples extracciones realizadas y no cuentan con una prótesis dental que sustituya estos espacios en la cavidad bucal, adultos mayores que no solo necesitan algunas si no todas las piezas, es decir una prótesis total, y personas también no tan mayores que han perdido tempranamente sus piezas y no se han preocupado por el tratamiento de una prótesis. No conocen incluso el hecho de que se puedan hacer este tipo de tratamiento desconociendo de todas las ventajas que nos brindan. Asimismo llegan pacientes con prótesis desgastadas o mal adaptadas creando lesiones en la cavidad bucal interfiriendo en la salud integral de ellos.

Por tal motivo es de mucho valor, dar a conocer a los pacientes de el tratamiento luego de que se realicen una exodóncia, es decir el uso de la prótesis parciales o totales, y todos los problemas que se evitarían con el empleo de esta, y a los pacientes portadores de prótesis enseñar el uso, cuidado e higiene de las misma.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la rehabilitación protésica en la salud oral de los pacientes edéntulos?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

En los pacientes edéntulos la ausencia y presencia de la rehabilitación protésica removible sin duda alguna trae consigo varias lesiones en la cavidad bucal, como los movimientos de las piezas que aún : la intrusión, extrusión, mesialización, distalización, y giroversión, una alteración en la oclusión del paciente, pérdida de la dimensión vertical facial especialmente en personas que poseen prótesis mal ajustas y desgastadas, un desecamiento de la mucosa, reabsorción del hueso alveolar y una hipotonía muscular.

La presente investigación es de suma importancia ya que se encuentran frecuentemente pacientes con extracciones realizadas sin la presencia de prótesis que reemplacen el espacio y sobre todo la función de las piezas dentales, pacientes adultos y adultos mayores que desconocen totalmente de las lesiones que se pueden dar en su cavidad bucal y en su sistema estomatognático. Se determinará los problemas más frecuentes de la rehabilitación protésica removible y además se demostrará los perjuicios de este tratamiento.

Con la investigación se aportará a varias ciencias como la sociología, ya que para el desarrollo del tema se trabaja con seres humanos, los cuáles día a día demandan necesidades, y buscan su bienestar. A la psicología porque el hecho de que los pacientes no presenten en buen estado sus piezas dentales, no presentan una buena imagen y por ende les hace tener baja autoestima. Finalmente a las ciencias de la salud, en sí, Odontología, en sus diferentes especialidades, Periodoncia, Rehabilitación oral, Prostodoncia, aportando a la salud del individuo.

La investigación tendrá un impacto social favorable ya que se concientizará a las personas para el uso de las prótesis dentales y así evitar los problemas en su cavidad bucal, además mejorando la funcionalidad de las piezas dentales, específicamente en la masticación, y fonación, del sistema estomatognático en general y la imagen personal pues en el presente es de mucho valor la apariencia de sonrisas.

Es de necesidad urgente el desarrollo de la investigación y por su puesto enseñar a los pacientes las bondades del tratamiento protésico porque si no lo realizan terminarán perdiendo las otras piezas bucales, y a los que ya las han perdido, no se podrá llevar a cabo el tratamiento porque sus tejidos ya han sido reabsorbidos complicando aun más la posibilidad del tratamiento.

El estudio del tema es viable ya que existe información necesaria en los libros, textos en la web, revistas, etc. Y frecuentemente se encuentra

pacientes que llegan a la consulta al Sub Centro de Salud El Limón sin las prótesis parciales o totales y desconociendo la fabricación de estas.

Sin lugar a dudas es una investigación que traerá mucha ayuda al bienestar de los pacientes, y al Sub Centro el Limón ya que se trabajará en él, aportando a la salud de sus pacientes y al avance científico, y servirá como sustento a futuras investigaciones.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las lesiones bucales en edéntulos y la rehabilitación protésica removible.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Investigar el grado de interés de los pacientes en reemplazar sus piezas dentales para relacionarlos con sus problemas de oclusión dentaria.
- ✓ Analizar el estado de las prótesis que portan los pacientes para relacionarlo con la pérdida de la dimensión vertical
- ✓ Investigar el tipo de masticación de los pacientes para compararlo con el estado de la mucosa y del hueso alveolar.
- ✓ Identificar el tipo de alimentación de los pacientes que no usan prótesis para relacionarlos con su tono muscular.
- ✓ Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

La rehabilitación oral protésica incide significativamente en la calidad de salud oral de los pacientes edéntulos que son atendidos en subcentro de salud "EL LIMON"

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

La Comunidad El Limón se encuentra ubicada al este de la ciudad de Portoviejo en la Provincia de Manabí, Parroquia Simón Bolívar, sus límites son:

Al norte con el rio Portoviejo

Al sur Lomas de Portoviejo

Al este con el Guabito

Al oeste con El Naranjo

Cuenta con una extensión territorial de 2.5 km², sus áreas de influencia son la Parroquia Colón, El Naranjo, El Guabito, tiene una población total 4.521.

La Parroquia Simón Bolívar cuenta con el Subcentro de Salud “El Limón” que es del Ministerio de Salud Pública; durante los primeros años este S.C.S. funcionó en instalaciones de la Cruz Roja, estando en ese entonces encargada la –Sra. Cristina Macías de Funes, una de las damas perteneciente a la Cruz Roja.

Actualmente el S.C.S. El Limón ya tiene edificación propia que fue construido en un terreno adquirido por la comunidad con recursos del Estado a través de la Dirección de Salud de Manabí.

Se inició con un Médico y un Auxiliar de Enfermería, en el año de 1979 incluyéndose a este trabajo personal que labora para el proyecto FASBASE con Médico, Odontólogo y Licenciada en Enfermería.

Actualmente tiene 32 años prestando servicios y funciona desde hace 12 años en edificación propia ubicada al fondo del callejón Hólger Párraga.

Infraestructura Física del S.C.S. El Limón

Su área física se encuentra distribuida de la siguiente manera:

- Un consultorio médico
- Un consultorio de odontología
- Un área de preparación de paciente
- Un área de inmunización
- Un área de admisión de pacientes
- Una sala de espera
- Un área de farmacia
- 2 baños
- Un área de utilería

- Un área de curación que se utiliza actualmente para brindar consulta por el médico rural.

Recursos Humanos

En esta unidad labora el siguiente personal

- Un médico general de planta
- Una Licenciada en enfermería de planta
- Una odontóloga rural
- Un auxiliar administrativo contratado
- Un personal estadístico de planta

Aspecto funcional y de equipo

El S.C.S. tiene como finalidad brindar atención integral y servicio social al paciente, usuario, familia y comunidad, logrando esto a través del servicio de consulta externa, como parte del M.S.P. existe la responsabilidad de conducir, regular, normar, coordinar y evaluar las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud.

5.2. REHABILITACIÓN PROTÉSICA REMOVIBLE

Las causas de la falta de dientes pueden ser muy variadas: aplasia, traumatismos, caries o periodontopatías. A menudo la pérdida dental también va acompañada de una pérdida de tejidos blandos y de hueso. Está fuera de toda duda que justamente las medidas preventivas permiten evitar, o al menos aplazar hasta una edad más avanzada, la pérdida dental por destrucción cariosa de los dientes o periodontopatías. En un paciente con

pérdida dental se tratará de evitar daños adicionales en el sistema estomatognático. De esta forma el tratamiento protésico tiene, además de su función de reposición de dientes y tejidos, también un carácter preventivo. El objetivo de la prótesis dental moderna es valorar los medios terapéuticos disponibles para esta función preventiva y agruparlos por rango¹

La pérdida de las piezas dentales es un factor muy influyente para que se produzcan diferentes alteraciones dentro la cavidad bucal las cuales al pasar el tiempo tienden agravarse dependiendo de la condición y necesidad de cada paciente. Además no solo conllevan a problemas en la cavidad bucal si no a todo el organismo, como la nutrición, pues ya no será efectiva al no realizarse una buena masticación, a la fonación, pues sin las piezas dentales no se podrá hacer una correcta pronunciación de las palabras, y la estética.

5.2.1. DEFINICIÓN

“Es la parte terapéutica quirúrgica que tiene como objeto reemplazar, mediante copias artificiales, un órgano perdido total o parcialmente ocultar una deformidad, por tanto, las prótesis dentales consiste en la reposición o rehabilitación de las piezas dentales en todas sus funciones, masticatoria, fonética y estética.”²

La rehabilitación protésica removible se dedica al reemplazo de piezas dentarias perdidas y tejidos que las rodean por medio de dispositivos o “prótesis” diseñadas de tal manera que puedan ser removidas por el paciente.

¹ WOLFGANG Bengel., Valoración y profilaxis, capítulo 8: La prevención en la prótesis dental, pp. 208, Elsevier, España, 2007.

² PALMA CÁRDENAS Ascension., Técnica de ayuda Odontológica y estomatológica, Capítulo 14: Manipulación y obtención de modelos de trabajo: Base de ortodoncia y prótesis, pp. 305, Editorial Thomson Paraninfo, España, 2010.

Las cuales dan solución a aquellos pacientes que han perdido la totalidad de sus piezas dentarias y cuyo remanente biológico está representado por los rebordes desdentados.

5.2.2. TIPOS DE PRÓTESIS REMOVIBLES

5.2.2.1. Prótesis totales o completas

“Su finalidad es la reposición de los dientes en individuos totalmente desdentados bien en una arcada o en ambas y se asientan directamente sobre la mucosa, se las denomina mucosoportadas.”³

Los materiales que se usan para la confección de una prótesis han cambiado con el paso de los años pues, antes para confeccionar una prótesis total se utilizaba prótesis de caucho y hoy en día se usan acrílicos totalmente biocompatibles. El soporte de esta prótesis se basa en la interposición de saliva entre la mucosa y la resina de la prótesis que crea una fuerza de fijación por succión.

La sujeción y estabilidad de la prótesis depende de muchos factores:

- **Forma y morfología de las arcadas dentarias:** a mejor estado óseo mejor soporte de las prótesis
- **Musculatura e inserciones musculares:** muchas veces las fuerzas musculares expulsan las prótesis
- **Factores psicológicos:** hay pacientes que no soportan la idea de llevar una prótesis removible, y mayor edad, más difícil es habituarse a la prótesis.
- **Prótesis mal equilibradas:** por defecto de confección, los contactos dentarios no son los ideales.

³ (PALMA Ascension., Técnica de ayuda Odontológica y estomatológica, pp. 305.)

- **Enfermedades de la boca:** síndrome de boca ardiente, y xerostomía (boca seca).
- **Alergias a los materiales de la prótesis.**⁴

5.2.2.2. Prótesis Parcial Removible (PPR)

“Las Prótesis parcial removibles son aquellas que se indican para reemplazar solo las piezas dentarias faltantes en boca, y dependiendo del material en que estén confeccionadas se pueden clasificar en PPR acrílica o PPR metálica.”⁵

El medio de sujeción de las prótesis parciales removibles es a través de ganchos o retenedores en los dientes remanentes y cuentan con una placa de metal o de resina que se apoya sobre la mucosa. Pueden ser, por tanto, dentosoportadas, dentomucosoportadas o mucosoportadas, en función del medio de soporte utilizado. Están fabricadas con elementos metálicos (esquelético) y/o resinas acrílicas donde se insertan los dientes, generalmente de resina. (ver anexos n°3, imagen #1)

5.2.3. COMPONENTES DE LA PRÓTESIS

5.2.3.1. Apoyos

El apoyo es una extensión rígida de la estructura metálica que transmite las fuerzas funcionales a los dientes y previenen el movimiento de la prótesis hacia los tejidos blandos. Ha sido que las fuerzas generadas de la prótesis parcial removible son transmitidas a los pilares a través de los apoyos oclusales.

⁴ RODÉS J., Libro de la Salud del Hospital Clínica de Barcelona y la Fundación BBVA, capítulo 15: La salud bucodental, pp. 160, Editorial Nerea, S.A., España 2007.

⁵ Universidad Andrés Bello, Rehabilitación protésica, www.facultades.unab.cl/odontología/clinica, año 2011.

El apoyo es considerado el componente más importante porque brinda soporte y controla la posición de la prótesis con relación a los dientes y a los tejidos, el apoyo sirve además para restaurar el plano de oclusión o para ferulizar los dientes periodontalmente comprometidos. Los apoyos pueden estar localizados en las superficies oclusales de los dientes posteriores o en la superficies linguales o incisales de los dientes anteriores. Estas superficies dentarias con las cuales toma contacto el apoyo reciben el nombre de descansos oclusales, los mismos que se preparan sobre esmalte, sobre restauraciones con amalgama, sobre restauraciones coladas, sobre coronas provisionales de acrílico en los casos que el tratamiento es prolongado⁶

5.2.3.2. Retenedores

“Componente de los elementos de anclaje que se une a una parte de la superficie dentaria y que puede incluso entrar en una zona retentiva o queda por completo por encima d la línea de máximo contorno para actuar como elemento reciprocador. Generalmente se utiliza para estabilizar y retener una prótesis dental removible “⁷

5.2.3.2.1. Requisitos de un retenedor.

a) Soporte.- evita el desplazamiento de la prótesis hacia los tejidos. El apoyo oclusal del retenedor es el que principalmente cumple esta función. Con un buen soporte se protegen las estructuras periodontales y se distribuyen mejor las fuerzas oclusales.

b) Retención.- es la resistencia al desplazamiento de la prótesis en sentido oclusal. Esta función la cumplen los extremos de los retenedores que se

⁶ LOZA FERNANDEZ David, Diseño de Prótesis parcial Removible, Capítulo 2: Componentes de la Prótesis parcial removible, pp. 17, Editorial Ripano, España, 2007.

⁷ ROSENSTIEL Stephen., Prótesis Fija contemporánea, capítulo 3: técnicas de laboratorio, pp. 649, Editorial Elsevier, España 2009.

ubican en la zona retentiva del pilar. La flexibilidad del retenedor determina el nivel de la zona retentiva que se usa. La forma, el volumen, la longitud y el metal que se emplea determina la flexibilidad del retenedor.

c) Estabilidad.- es la resistencia que ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas. Esta función la cumplen los elementos rígidos del retenedor como son el cuerpo del retenedor, el brazo de oposición, los apoyos oclusales, los conectores menores y las placas de contacto proximal. Todos estos elementos rígidos toman contacto con la superficie del pilar en la zona no retentiva.

d) Reciprocación.- significa que la fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del retenedor debe ser neutralizada por una fuerza igual y opuesta. Esta función la cumple el brazo opositor o recíproco, del retenedor que no debe penetrar dentro de la zona retentiva. La reciprocación también se consigue con otros elementos rígidos como son los conectores menores, la placa de contacto proximal, el gancho continuo, etc.

e) Circunvalación.- se refiere a la extensión del perímetro del pilar que debe ser cubierta por el retenedor, esta debe cubrir las tres cuartas partes de la circunferencia del pilar. De esta manera se evita el

movimiento del pilar fuera de la estructura del retenedor, así como del deslizamiento del retenedor fuera del pilar.

f) Pasividad.- significa que cuando el retenedor está en su sitio sobre el pilar, no debe ejercer fuerza activa sobre este; la función retentiva se debe ejercer solo cuando se hace presente una fuerza que trata de desplazar a la prótesis de su sitio. Para ser pasivo un retenedor debe, la punta de su brazo retentivo debe estar en la zona retentiva del pilar en una posición que le permita dar retención estrictamente necesaria cuando se hacen presentes las fuerzas fisiológicas que tratan de hacer sacar a la prótesis de su sitio. Esta ubicación del brazo retentivo se consigue gracias a los calibradores que le permiten encontrar la ubicación exacta del brazo retentivo en la zona sub.ecuatorial.⁸

5.2.3.3. Conectores mayores

Es el elemento de la prótesis parcial removible que conecta los elementos de un lado del arco dentario con los del lado opuesto. Están unidos directa o indirectamente todos los otros elementos que componen la prótesis, el requisito más importante del conector mayor es que debe ser rígido, para que las fuerzas generadas durante la masticación se distribuya uniformemente a todos los tejidos que brindan soporte a las prótesis.

5.2.3.4. Conectores menores

Parte de las prótesis parcial removible que unen al conector mayor o a la base de la prótesis con los demás elementos que la componen, como retenedores directos retenedores indirectos, descansos oclusales o circulares.⁹

⁸ (LOZA FERNÁNDEZ David., Diseño de la prótesis parcial removible, pp. 28.)

⁹ RENDÓN Roberto., Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño, capítulo 2: Elementos que componen la prótesis parcial removible, pp. 8, Capítulo 7: Conectores mayores y menores pp. 38, Editorial Médica Panamericana, México, 2006.

5.2.3.5. Base de la dentadura

La base descansa sobre los tejidos blandos brindando soporte, estabilidad y retención para las prótesis dentomucosoportadas, el material de descanso sobre los tejidos pueden ser metal o acrílico y debe brindar retención para los dientes artificiales. El metal está indicado en la prótesis dentosoportadas que no necesitan ser rebasadas o reemplazar los contornos de los tejidos blandos para satisfacer necesidades estéticas o cuando hay falta de distancia interoclusal. Una ventaja que tiene el metal sobre el acrílico es que es más higiénico lo cual permite que el tejido responda más favorablemente a él. El acrílico está indicado cuando exista la necesidad de rebasar la base de extensión distal para mantener un buen soporte tisular.

5.2.4. DISEÑO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Diseñar es determinar la forma y los detalles estructurales de una prótesis parcial removible.

La prótesis parcial removible debe ser diseñada en los modelos de diagnóstico antes de iniciar cualquier procedimiento restaurativo o la modificación de la boca del paciente y especialmente, antes de tomar la impresión definitiva.

Las prótesis removibles tienen relación con el reemplazo de los dientes y de sus estructuras vecinas para los pacientes edéntulos mediante sustitutos artificiales que son fácilmente insertados y removidos de la boca.¹⁰

El éxito de estas restauraciones protésicas está basado en un cuidadoso examen clínico complementado con exámenes auxiliares, en los que se incluye el uso de los modelos montados en el articulador en relación céntrica y en la

¹⁰ LOZA FERNÁNDEZ David, Diseño de Prótesis Parcial Removible, Capítulo 4: paralelizado y diseño de prótesis parcial removible, pp. 115, Editorial Ripano, España, 2007.

adecuada dimensión vertical. Los modelos permiten el examen con el paralelógrafo, el diseño para el diagnóstico, el análisis de oclusión, la articulación de los dientes en la relación oclusal decidida, visualizar los desgastes y modificaciones al realizarse en los dientes, y guían en la preparación de los mismos. Por consiguiente, el modelo final, la dimensión vertical, la relación oclusal, la estética y el diseño de la prótesis removible, estará disponible para el técnico de laboratorio dental.

5.2.4.1. PRINCIPIOS DE DISEÑO

- “La prótesis removible debe ser rígida
- Las fuerzas oclusales deben ser distribuidas sobre los dientes remanentes y la mucosa
- Los retenedores deben tener apoyos que dirijan las fuerzas oclusales sobre el eje mayor de los pilares, en caso de prótesis parciales.
- Máximo soporte mucoso es necesario para el extremo libre (clase I y II de Kennedy)
- La retención no es el factor primario del diseño.
- Los retenedores deben estar lo más cerca del fulcrum de los pilares.
- Se debe establecer la retención indirecta para el extremo libre.
- La oclusión de la prótesis debe armonizar con la de los dientes naturales”¹¹

5.2.5. OBJETIVOS DE LA PRÓTESIS

5.2.5.1. Funcionalidad

Tal vez sea el objetivo de mayor importancia en una prótesis, puesto que recuperar la funcionalidad de una boca es lo más básico para el bienestar del

¹¹(LOZA FERNÁNDEZ David., Diseño de Prótesis Parcial Removible, pp. 117.)

paciente, y es lo primero, aunque no lo único, que ha de lograrse. Las funciones de la boca que ante todo se deben recuperar son: primero una masticación eficaz (eficiente trituración de los alimentos), sin que la prótesis interfiera en la deglución, puesto que ambas funciones influyen directamente en algo tan fundamental como lo es la alimentación, y segundo una fonética adecuada que permita al paciente una correcta comunicación, sin que la prótesis interfiera en ella si no todo lo contrario, que la posibilite. Además de esto, obviamente debe tenerse en cuenta que las prótesis no deben interferir en la respiración.

5.2.5.2. Retención

Toda prótesis, sea de tipo que sea, debe tener un sistema de retención eficiente, es decir, que la restauración se mantenga sujeta en la boca y no se aciaga o salga de su posición, ya que de no ser así la masticación, deglución y fonética, se verán afectadas e incluso imposibilitadas.

Si es una prótesis removible metálica la disposición de los ganchos metálicos, así como la eficacia de los mismos, debe ser la adecuada, puesto que básicamente la retención de la prótesis será producida por los mismos. Si se trata de una prótesis completa de acrílico, la más problemática al respecto se deberá tener en cuenta el buen diseño de la base de la dentadura así como su superficie, que deberá ser lo suficientemente amplia para lograr una mayor retención en boca (para mejorar la retención en este tipo de prótesis existen productos adhesivos como cremas y polvos). Si la prótesis es mixta, el atache deberá funcionar correctamente, pues es este el que facilita la retención.

5.2.5.3. Soporte

El soporte de las prótesis es decir las estructuras de la boca (dientes y periodonto), que soportarán las prótesis, deberán ser cuidadosamente escogidas ya que tanto la estabilidad como la retención, dependerán en parte de un buen soporte. Debe tenerse en cuenta las fuerzas oclusales para que el soporte sea, dentro de lo posible, el más amplio y mejor repartido en boca.

5.2.5.4. Estabilidad

La estabilidad de una prótesis es fundamental, ya que una prótesis inestable, que baila en la boca, entre otras cosas se balanceará al morder por uno u otro lado, por lo que no es una prótesis funcional ya que dificulta la masticación y fonética, además de ser ya de por sí incómoda en la boca. La estabilidad deberá ser observada mientras se buscan el soporte y la retención más adecuada, para lograr que los 3 principios fundamentales estén interrelacionados y conseguidos equilibradamente.

5.2.5.5. Salud

Es de mucha frecuencia observar que la sola funcionalidad de la prótesis ya significa calidad de vida y por tanto salud para el paciente, pero además de esto, otro objetivo fundamental es evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sufran deterioros, puesto que las prótesis reparan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así malas posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares. Cuando una boca carece de la totalidad o parcialidad de las piezas dentarias diferentes estructuras que

componen dicha cavidad oral van adaptando a la nueva situación, lo que producirá posibles situaciones inadecuadas para la salud de los dientes o para la salud oral en general. Las prótesis dentales deben tener en cuenta las fuerzas oclusales o masticatorias, que son las presiones que se realizan durante la masticación de alimentos, para que esta presión esté repartida y equilibrada, evitando así el sufrimiento mecánico de la boca y futuros problemas desencadenados.

5.2.5.6. Estética

Tal vez podría decirse que en la sociedad actual, como en tiempos pasados, la estética busca por necesidad y por ello, ya sea una necesidad, la estética y buena apariencia, se convertirá en otro objetivo más para las prótesis. La belleza algo cultural, un concepto abstracto y subjetivo, por ello tal vez no siempre el paciente tendrá el mismo criterio de 'prótesis estética' con respecto al de los profesionales sanitarios. Cuando se habla de estética en este campo, puede aparecer el error de relacionar lo mejor y más bello con lo más perfecto, dentaduras blancas, dientes alineados a la perfección y sin ningún tipo de desgaste, etc., no obstante, el objetivo protésico será conseguir una dentadura de aspecto estético, pero no tan perfecto como sí natural, teniendo en cuenta la edad del paciente, sexo del paciente, morfología facial del paciente, tamaño de la cara y la propia dentadura del paciente. Los dientes deberán colocarse del mismo color y forma que las piezas naturales, sobre todo si el paciente conserva parcialmente su dentadura. Estéticamente, una dentadura completa y sana es importante, sin embargo, las prótesis no se limitan a restaurar las

dentaduras, sino que también restauran la dimensión vertical de la boca y el aspecto global de la cara.

A la hora de confeccionar una prótesis, deberá tenerse en cuenta la línea media (que permite saber dónde va el primer central), la línea de sonrisa (que permite establecer la longitud de los dientes), y la línea de los caninos (que permitirá determinar la amplitud del grupo anterior).

5.2.5.7. Fijación

La Fijación no depende del aparato protésico, sino del terreno de soporte. De la misma manera que cada aparato protésico tiene sus propias unidades de retención, soporte y estabilidad; cada prótesis tendrá su propia unidad de fijación. En Prótesis Total, la unidad de fijación estará dada por la estabilidad de la mucosa adherida al hueso, vale decir que, una excelente soporte en cuanto a cantidad de superficie y a contorno fisiológico del reborde residual deberá depender de la cantidad de hueso remanente (que es en definitiva quien soportará las fuerzas oclusales) y no de un tejido blando móvil o pendular. En prótesis removible o fija estará dada por la relación de inserción periodontal en el hueso maxilar de las piezas pilares, con respecto a la corona clínica de las piezas dentales.

5.2.6. VENTAJAS DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLE

- “Higiene
- Sustitución de tejido blando en las zonas estéticas

- Soporte de labio superior en defectos grandes
- Reparación dental mínima
- Bajo costo¹²

5.2.7. USO, CUIDADO E HIGIENE DE LA PRÓTESIS

El dentista y el paciente comparten la responsabilidad en el éxito final de la prótesis parcial removible. Es absurdo esperar que el paciente conozca los beneficios de esta si no ha sido convenientemente informado. Es igualmente improbable que el paciente tenga los conocimientos suficientes para evitar el mal uso y cuidado de la prótesis o sea capaz de mantener una higiene adecuada tanto como para la cavidad bucal y las prótesis sin haber recibido las advertencias apropiadas.

La prótesis parcial removible mejor diseñada biológicamente está condenada a un éxito parcialmente limitado si el paciente no es capaz de ejercer los hábitos correctos de higiene oral e incumple las visitas de control, único modo de preservar las estructuras orales.

La educación de paciente debe comenzar en la primera toma de contacto y continuar durante todo el tratamiento. El protocolo educativo es especialmente importante al discutir el plan de tratamiento y el pronóstico con el paciente. La falta de responsabilidad del paciente limita el éxito del tratamiento, y todo debe quedar bien claro antes de comenzar el tratamiento definitivo. Los pacientes no acostumbran a retener toda la información que se les ofrece verbalmente por lo que se le debe dar por escrito.¹³

Las prótesis dentales acumulan placa bacteriana en diferentes grados, según el estado de conservación. Los depósitos se pueden eliminar enjuagando la prótesis con agua y frotándolas con una gasa suave y cepillándola. Esto se

¹² MISCH Carl., Implantología contemporánea, Capítulo 16: sustitución de un diente unitario: opción de tratamiento, pp. 328, editorial Elsevier, España, 2009.

¹³ CARR Alan B., Mc Cracken, Prótesis Parcial Removible, capítulo 2: Prótesis parcial retenida con ganchos, pp. 14, Editorial Elsevier, España, 2006.

debe realizar después de cada comida y por la noche al quitarse la prótesis para dormir.

“Si la prótesis tiene elementos metálicos no se debe usar ácidos ni hipocloritos con el fin de evitar la corrosión. Estos instrumentos relativos de higiene se los debe aplicar tanto en pacientes edéntulos como higiene bucal en general.”¹⁴

- Después de cada comida debe lavar las prótesis y la boca.
- Las prótesis se deben limpiar, al menos una vez al día, con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias) o un cepillo de uñas con cerdas de nailon, y un poco de pasta dentífrica o, mejor, jabón, para evitar la formación de sarro y el depósito de tinciones. Después, aclárelas muy bien con agua.
- Es especialmente importante la limpieza de las partes metálicas, sobre todo las que contactan con los dientes (cara interna o cóncava de los ganchos). Para ello, pueden frotarse con un bastoncillo empapado en alcohol, hasta que la superficie quede brillante. Si quedan mate o deslustradas, es que están cargadas de placa bacteriana, que puede producir caries y desgastes, debido a los ácidos que dicha placa produce. Sin embargo, si están libres de placa, es decir, brillantes, no producen ni lo uno ni lo otro.
- Conviene quitar las prótesis para dormir, para que los tejidos descansen diariamente unas horas de la presión a que pudieran verse sometidos.

¹⁴ GUTIÉRREZ LÓPEZ Enrique., Técnicas de ayuda Odontológica- Estomatológica, capítulo 1: El equipo de salud dental, pp. 15, Editorial Editex, 2009.

- Para evitar golpes y deformaciones mientras están fuera de la boca, conviene conservar las prótesis en agua, a la que puede añadir pastillas desinfectantes comercializadas para ese menester.
- Recuerde que es conveniente usar la seda dental para limpiar entre los dientes, y enjuagarse la boca con colutorios fluorurados, al objeto de prevenir la aparición de caries, sobre todo entre los dientes, donde el cepillo no limpia bien.
- Es aconsejable que dé masajes en las encías, para mejorar su riego sanguíneo y prevenir en lo posible su reabsorción. (ver anexos nº3, imagen #2)

5.2.8. LIMITACIONES

Con el tiempo, los dientes naturales remanentes en la boca se desplazan o cambian de posición, sobre todo los que resultan recargados o empujados por los aparatos de prótesis, y, además, el hueso sobre el que éstos se apoyan también cambia de forma, con lo que dichos aparatos se desadaptaran y podrán producir algunas molestias o ulceraciones que requieren la adecuación por el dentista, y la sustitución, al cabo de un tiempo variable, por otras nuevas. Además, los elementos metálicos (y también los plásticos) de los aparatos de prótesis removible pueden experimentar fracturas con el uso, debido a lo que se llama fatiga elástica (algo parecido a lo que ocurre con un alambre cuando se dobla para un lado y otro repetidas veces); tales fracturas requieren una reparación inmediata, para evitar problemas sobreañadidos causados por las estructuras rotas.

5.2.9. INSTRUCCIONES DE MANEJO, CUIDADO Y MANTENIMIENTO

Para conseguir un buen funcionamiento, deberá seguir detenidamente las siguientes instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento, que le facilitarán el empleo de los elementos protéticos de su tratamiento e incrementarán su duración en condiciones apropiadas.

5.2.10. ADAPTACIÓN Y ACOSTUMBRAMIENTO

Las prótesis removibles no son meros instrumentos mecánicos, sino que transmiten fuerzas a los dientes, a las encías y al hueso, por lo que requieren un especial cuidado de adaptación, cuya duración varía según las personas y las prótesis (normalmente, varias semanas). Al final, seguramente no tendrá consciencia de llevar prótesis, pero es necesario que tenga paciencia y que, durante este periodo de acostumbramiento, acuda a realizar las adaptaciones y correcciones que sean necesarias.

Al principio:

- Notará una sensación extraña, de ocupación, que irá desapareciendo paulatinamente.
- Producirá más saliva de lo normal, pero también se normalizará poco a poco.
- Inicialmente experimentará una disminución del sentido del gusto, que se recuperará al cabo de unas pocas semanas.

- Puede tener algunas dificultades en la pronunciación, debido al espacio que ocupa la prótesis. Para corregirlas más rápidamente, es aconsejable entrenarse a leer o hablar frente a un espejo, siempre en voz alta.
- Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas y la lengua, por su tendencia a introducirse en los espacios donde faltan dientes, pero en poco tiempo aprenderá a evitarlo.
- A veces se percibe opresión o dolor en dientes y encías (sobre todo al morder o cerrar la boca), que suelen desaparecer en poco tiempo, a medida que «encallecen» las mucosas y los dientes naturales remanentes se adaptan a las fuerzas que reciben.

5.2.11. RECOMENDACIONES

- Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado, para no morderse y no sobrecargar las encías y dientes doloridos.
- Por la misma razón, conviene que inicialmente mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos de mayor consistencia.
- Para tratar las heridas de las mordeduras (generalmente, muy dolorosas), puede utilizar colutorios, pomadas o geles calmantes y cicatrizantes.
- Si tiene dolor intenso al morder, o aparecen heridas, acuda inmediatamente a revisión.

5.2.12. COLOCACIÓN Y DESINSERCIÓN

La colocación y desinserción de las prótesis removibles es una cuestión de costumbre, que se aprende rápidamente, aunque al principio puede requerir un poco de paciencia, hasta aprender en qué dirección deben hacerse los movimientos de empuje y tracción:

- Para su colocación, debe utilizar siempre los dedos. Situará las zonas con ganchos sobre los dientes que sirven de sujeción, y seguidamente presionará con los dedos, hasta que alcance el lugar correcto, momento en que suele notarse un "click". No fuerce nunca la prótesis, ni muerda sobre ella para llevarla a su lugar, porque se hace tanta fuerza que pueden deteriorarse algunos elementos del aparato o dañar las mucosas.
- Para quitarse las prótesis, traccionará de ambos lados a la vez (nunca de un solo lado), trabando las uñas de los dedos índices de ambas manos en los ganchos o en los bordes de la prótesis (ponga especial cuidado en no arañar las encías).

5.2.13. REVISIONES E INCIDENCIAS

- Siempre que aparezcan ulceraciones, dolor o inestabilidad de la prótesis, deberá acudir de inmediato a revisión.
- Si surge algún problema, o en cualquier caso en que crea que se haya producido un hecho anormal, no intente resolverlo Ud. mismo.
- Se debe realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, detectar desgastes en los dientes y realizar las adaptaciones apropiadas para corregir los desajustes provocados por el cambio de forma de los maxilares y de la posición de los dientes, que siempre ocurren con el paso del tiempo.¹⁵

Es de mucha importancia tener en cuenta que los pacientes al momento de que ya tienen realizado su tratamiento protésico, no acuden a una revisión periódica donde el Odontólogo, produciendo diversos tipos de molestias solucionadas por ellos mismos, pero que a largo plazo ocasionarán problemas mayores.

¹⁵ www.clinicapatins.com/descargas/mantprótesisfelulas/prot_mixta.pdf

Con la colocación y ajuste de las prótesis no finaliza el tratamiento del paciente parcialmente desdentado. La reevaluación periódica del paciente es esencial para reconocer anticipadamente los cambios que se producen en las estructuras orales y poner en marcha los pasos necesarios para mantener la salud oral. En estos exámenes se debe controlar el estado de los tejidos orales, la respuesta de las restauraciones de los dientes, la prótesis, la aceptación del paciente, y su compromiso de mantener la higiene oral. Para la mayoría de pacientes es suficiente una llamada de recuerdo cada 6 meses, aunque en algunos casos se requiere controlar más frecuentemente¹⁶

5.2.14. LAS POSIBILIDADES ACTUALES DE LAS PRÓTESIS DENTARIAS

Prótesis dentaria estomatológica significa sustituir uno o varios dientes perdidos por uno o varios dientes artificiales, con objeto de restablecer la estética y la funcionalidad del aparato masticatorio. La prótesis dentaria tiene la finalidad de restaurar la fisonomía, la fonación, la masticación y el bienestar psíquico del paciente. Por cuanto respecta a la estética, hay que decir que, en general, con una prótesis el paciente se ve más joven y más atractivo y ello le ayuda en gran medida a adaptarse a ella. De hecho, el hombre de hoy en día tiende a sobrevalorar su propia imagen no por vanidad, sino por un mecanismo de adaptación a la opinión general.

Las justificaciones son múltiples:

- La prolongación de la vida media en el sentido de que actualmente incluso a los 50-60 años, se puede ser “joven aún”
- El considerable mayor bienestar económico, en el sentido de que quizá se ahorra menos y se gasta más en ropa y en cuidado del propio físico.

¹⁶ (CARR Alan B., Prótesis Parcial Removible, pp. 17.)

- Los recursos tecnológicos modernos aplicados en este campo específico en efecto, numerosos hallazgos recientes han encontrado aplicación en odontología
- La publicidad de los dentífricos que presenta bocas sanas y sonrientes de personas jóvenes y sin problemas.
- El cine y sus primeros planos de actores y actrices de sonrisa fácil y dientes resplandecientes.
- El carmín en los labios de la mujer, poniendo aún mas de relieve los dientes.
- La desaparición de la barba que bien o mal enmascaraba la boca.
- La exaltación del modelo – joven en todas las manifestaciones públicas y en televisión.¹⁷

Todo esto ha contribuido en definitiva a que la sonrisa se haya convertido en símbolo de la persona en perfecta forma psicofísica. Hoy en día la Odontología moderna nos ofrece tanta diversidad de productos en el que los dientes no llamen la atención por su artificialidad.

En la actualidad, el paciente es consciente de que su personalidad se refleja en la cara y en los dientes y por eso mismo no debe sorprender el hecho de que pretenda no verse diferente cuando se mira al espejo con la prótesis. Por otro lado, hay que tener en cuenta que en el tipo de sociedad actual el aspecto estético y el éxito se hallan estrechamente vinculados: a nadie le gusta causar mala impresión desde el principio.

La odontología moderna se halla en condiciones de ofrecer dientes muy similares a los naturales.

¹⁷ <http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/prótesis.html>

5.3. LESIONES BUCALES

5.3.1. GENERALIDADES

La pérdida de los dientes acarrea serios problemas estéticos y psicológicos, además de una considerable dificultad en la masticación y en la pronunciación de palabras. Por ello es necesario poner inmediatamente remedio si se quieren evitar alteraciones irreversibles de la función masticatoria.

La pérdida de todos los dientes da lugar a defectos estéticos muy graves. En efecto, en tales circunstancias el tercio inferior de la cara sufre un notable cambio: la barbilla se torna saliente y tiende a acercarse a la nariz; los labios pierden su turgencia y su parte rosada se ve reducida a una línea más o menos desdibujada; las comisuras de la boca se vuelven hacia abajo; todos los músculos se tornan flácidos por la pérdida de tono muscular; indirectamente, se produce también una disminución del espacio de la cavidad oral; la lengua se retrae hacia la garganta y, desplazándose de este modo, determina el cierre de las trompas de Eustaquio, lo cual podría afectar al oído y a las funciones auditivas.

No obstante, la pérdida parcial de dientes da también lugar a problemas estéticos: así, por ejemplo, la pérdida de los dientes frontales, sobre todo de los incisivos superiores, rompe de forma evidente la armonía del labio superior; la pérdida de los caninos da lugar a un aplanamiento de la zona bucal y resta agresividad a la expresión del rostro; la falta de los molares, sobre todo en ambas arcadas, da lugar a un hundimiento de las mejillas.

Pero no son sólo las razones de orden estético las que justifican la implantación de una prótesis dental. Existen también problemas de masticación y de fonética, quizá menos evidentes, pero con toda seguridad no menos importantes.

Por cuanto respecta a la masticación, no es correcto relacionar dicha función únicamente con los dientes, pues intervienen también en ella la lengua y los carrillos. Si éstos se encuentran hundidos porque la musculatura que los sostiene está flácida y si la lengua se encuentra retraída hacia atrás, estos dos elementos apenas serán capaces de cooperar con los dientes en una masticación eficaz.

En relación a la fonética (la articulación de las palabras) puede decirse que la falta de un incisivo frontal superior o inferior ocasiona notables trastornos, ya que provoca una pronunciación

silbante; la ausencia de todos los dientes determina esa típica forma de hablar mascullante.

Por cuanto respecta a la psiquis, la pérdida de los dientes se siente como una minusvalía vital, señal tangible de deterioro orgánico: en la mujer puede traducirse en desproporcionadas reacciones depresivas.¹⁸

Al realizarse la exodoncia de cualquier pieza dental, ya sea posterior o anterior es importante acudir al reemplazo de esta para no desencadenar problemas en la masticación y deglución de los alimentos, en la fonación, en la estética, y en la oclusión. Es primordial el consejo y guía del Odontólogo para la realización del tratamiento protésico, ya que los pacientes no tienen los conocimientos necesarios y una buena educación por parte de ellos los llevará a la preocupación por sus tejidos bucales.

Al perder un diente la cresta residual no se beneficia nunca más del estímulo funcional que recibía y, en consecuencia, se produce una pérdida del volumen de la cresta tanto en altura como en anchura.

Estos cambios anatómicos son desafíos para la construcción de la prótesis, tanto a la implanto soportadas como a las parciales removibles. Junto a la pérdida de los dientes aparece una transformación de la mucosa oral. La encía adherida del hueso alveolar se reemplaza con mucosa menos queratinizada y más fácilmente traumatizables, con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales, al quedar alterado el soporte labial y reducirse la altura facial como resultado de la disminución de la dimensión vertical oclusal.¹⁹

¹⁸ <http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/protesis.html>

¹⁹ CARR Alan B., Prótesis parcial Removible, Capítulo 1: Epidemiología, fisiología y terminología del edentulismo parcial, pp.5, Editorial Elsevier, España, 2006.

5.3.2. EDENTULISMO

El edentulismo parcial es una deficiencia que se da en todo el mundo, a pesar de que la prevención, los recursos y métodos de tratamiento han progresado considerablemente en las últimas décadas.

Las piezas dentarias se siguen perdiendo por diversas razones y alguno de los recursos para rehabilitar al edéntulo parcial son varias alternativas que van desde la restauración con implantes osteointegrados hasta la prótesis parcial removible con retenedores de alambres adaptados a la base de acrílico.²⁰

El objetivo de confeccionar una prótesis parcial removible terapéutica no solo es reemplazar las estructuras que faltan si no que promuevan la conservación y mejoramiento de los tejidos remanente de la boca.

5.3.3. CLASIFICACION DE KENNEDY

“Para la prótesis parcial removible existen varias clasificaciones descritas, pero la más comúnmente usada y la más práctica es la de Kennedy, descrita en 1925, la cual facilita el diagnóstico en cada caso con la simple visión del modelo de trabajo.

Dicha clasificación esta dividida en seis clases y cada una de ella se subdivide en cuatro clases distintas según el número de espacios desdentados que presenta, y que se denomina espacios de modificación.

La clasificación de Kennedy se divide en las siguientes clases:

Clase I: pertenece a ella los pacientes que presentan 2 extremos libres con permanencia del grupo anterior de los dientes. La prótesis que llevará serpa dentomucosoportada, es decir, que se apoyara tanto en los dientes como en la mucosa. Las subclases se denominaran según el número de espacios libres, en modificación I, II, III, IV.

Clase II: a esta clase pertenecen las bocas con solo un extremo libre, es decir, un extremo libre unilateral. En el otro lado existe la

²⁰ LOZA FERNÁNDEZ David., Diseño de Prótesis Parcial Removible, capítulo 3: Edentulismo, pp. 93, Editorial Ripano, España, 2007.

totalidad de los dientes salvo cuando ya se entra en las subclases en que también existirán las cuatro variantes mencionadas anteriormente, según el número de espacios desdentados, es decir, modificación I, II, III, IV. Es una prótesis dentomucosoportada.”²¹

“**Clase III:** la clase III es una prótesis dentosoportada, pues en un lado están todas las piezas dentarias y en el otro están ausentes varias piezas dentarias, salvo la última que podría ser el molar del juicio o el segundo molar. Si el tramo no es largo podría hacerse una prótesis fija.

Clase IV: esta clase es semejante a la anterior salvo que la zona desdentada es todo el grupo anterior de los dientes. Si la ausencia es de los 4 incisivos probablemente podrá hacerse una prótesis fija. También es una prótesis dentosoportada, pero el inconveniente es que prácticamente toda la guía incisal es removible, y para la boca es muy importante mantener una guía incisal potente que guíe los movimientos mandibulares y proteja a los premolares y molares. El ideal será transformar una prótesis removible en una fija mediante implantes. Si existen los caninos probablemente la solución será un puente fijo en metal cerámica. Desde luego habrá que valorar cada caso en particular y llevar a cabo un diagnóstico correcto, mediante una prótesis de acrílico provisional, para, a partir de ello, realizar el tratamiento definitivo.

Clase V: esta clase sólo posee un par de molares en una hemiarcada y el resto está completamente desdentado. Es una solución difícil y en muchos casos será aconsejable la extracción para una dentadura completa. Si se tuviera que hacer una prótesis parcial removible, sería una buena solución que sea totalmente mucosoportada. Debe considerarse una prótesis de transición a una completa.

Clase VI: en esta clase solo permanecen en boca los dos incisivos centrales. El hecho de que los dientes restantes estén en la línea media puede tener mayor duración que la clase V, pero se pierde la zona de reborde anterior para poder hacer una dentadura completa.”²² (ver anexos nº3, imagen #3)

²¹ MALLAT Ernest., Protésis Parcial Removible y sobredentaduras, capítulo 1: Protésis parcial removible: generalidades, pp. 2, Elsevier España, 2006.

²² (MALLAT Ernest., Protésis Parcial Removible y sobredentaduras, pp. 3.)

5.3.4. CLASIFICACIÓN DE LAS ATROFIAS DE LOS MAXILARES EDÉNTULOS

La condición de edentulismo, sea parcial y total, evoluciona progresivamente en procesos de reabsorción por cuenta de las crestas alveolares y de los tejidos blandos de revestimiento.

“Este fenómeno se relaciona principalmente con la pérdida de la función por parte del hueso alveolar y de los tejidos blandos peridentarios, de acuerdo con el conocido principio de la matriz funcional. Ha sido demostrado que estos procesos, a pesar de la gran variabilidad interindividual, siguen modelos bastantes similares entre si y, por lo tanto son clasificables en forma bastante precisa.”²³

El hueso basal, después de la pérdida de las piezas dentarias, si no es sometido a estímulos irritativos o incongruentes (por ejemplo, por parte de prótesis inadecuadas), no cambia en forma sustancial la propia morfología

5.3.4.1. CLASIFICACIÓN DE LAS ATROFIAS

Clase I: dentadura presente

Clase II: cresta alveolar postextractiva inmediata

Clase III: cresta alveolar postextractiva tardía con reosificación del alveolo postextractiva y proceso alveolar redondeado pero adecuado en altura y espesor.

Clase IV: cresta con altura adecuada pero de espesor insuficiente definida en <<filo de cuchillo>>

Clase V: cresta plana, insufiente tanto en altura como en espesor

Clase VI: cresta deprimida, con atrofia del hueso basal (solo para la mandíbula)

²³ CHIAPASCO Matteo, Tácticas y técnicas en cirugía oral, capítulo 11: Cirugía preprotésica menor, pp. 303, Actualidades Médicas Odontológicas, Italia, 2010.

Las crestas alveolares se reabsorben de acuerdo con esquemas bastante constantes y específicos de acuerdo con la zona afectada.

En el maxilar superior el proceso de reabsorción es principalmente horizontal tanto en el sector posterior como en el anterior. En la región interforaminal de la mandíbula se evidencia una mayor reabsorción horizontal en la zona vestibular; en los sectores posteriores de la mandíbula, por el contrario, se realiza una mayor reabsorción ósea de tipo vertical.

La atrofia ha sido subdividida en seis clases mandibulares y 5 maxilares que se asocian con morfologías óseas diferentes de acuerdo con la zona (zona anterior o posterior del maxilar superior, zona anterior o posterior del maxilar inferior) (ver en anexos imagen #4 y #5). Además, sectores diversos del mismo maxilar pueden presentar simultáneamente diferentes clases. Los tejidos blandos sufren notables alteraciones después de la reabsorción de las crestas alveolares:

- Las inserciones de los músculos del piso de la boca y de los músculos periorales se tornan más superficiales (con respecto a pacientes con dentaduras presentes) con reducción del fórnix.
- La banda de la encía adherida tienden a reducirse progresivamente ²⁴

En los casos en los que la reabsorción ósea es especialmente rápida puede crearse una situación de exceso relativo de los tejidos blandos con la formación de las denominadas crestas mucosas móviles.

Los cambios intraorales repercuten además sobre la morfología facial. Como es bien sabido, la musculatura perioral y los músculos mímicos faciales se imbrican en la comisura labial creando el denominado modeólo.

La pérdida de los dientes y la reabsorción de las crestas óseas lleva a un cambio de dirección y pérdida de tono de los músculos por lo que el modeólo colapsa hacia atrás y hacia abajo. Además, es necesario tomar en cuenta que la utilización de prótesis móviles incongruentes, debido a un estímulo irritativo crónico, tiende a acelerar la reabsorción ósea.

²⁴(CHIAPASCO Matteo., Tácticas y técnicas en cirugía oral, pp. 304.)

Así mismo, es posible agregar posteriormente factores endrinos y metabólicos, así como el tipo de alimentación.

La disminución progresiva del contenido mineral del hueso después de los 50 años y, especialmente en las mujeres menopaúsicas, una dieta sin calcio y vitamina D, el abuso de la cafeína y el tabaco acentúan la reabsorción fisiológica. Por último, no debe descuidarse el papel que la enfermedad crónica puede desempeñar en la determinación del grado de reabsorción. En efecto, sacos periodontales intraóseos y una difusa reabsorción horizontal antes de la pérdida dentaria pueden acentuar la pérdida sucesiva del tejido. (ver anexos n°3, imagen #6)²⁵

5.3.5. CAUSAS DEL DAÑO RELACIONADO CON EL HECHO DE LLEVAR PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Los efectos perjudiciales pueden deberse a la placa que fácilmente se acumulará alrededor de las prótesis, al trauma directo producido por cualquier componentes de estas, a las fuerzas funcionales transmitidas por prótesis mal diseñadas y a errores en la oclusión.

5.3.5.1. Aumento en la retención de placa.

Es posible que la presencia de la prótesis influya en la calidad de placa; desde luego, afecta a la cantidad. No solamente se acumula más placa alrededor de los dientes del maxilar que porta la prótesis, sino que, de no instruir al paciente en la ejecución de una higiene oral meticulosa, hay más en los dientes del arco opuesto.

5.3.5.2. Trauma directo a partir de los componentes

La mucosa oral es vulnerable al trauma directo producido por los componentes de la prótesis.

²⁵(CHIAPASCO Matteo., Tácticas y técnicas en cirugía oral, pp. 305.)

5.3.5.3. Transmisión de las fuerzas excesivas

Las fuerzas funcionales se transmiten a través de las dentaduras a aquellos tejidos con los que se hallan en contacto. Si una dentadura está principalmente soportada por dientes naturales, la mayor parte de las fuerzas se transmitirán al hueso alveolar a través de las fibras del ligamento periodontal. Es muy distinto cuando la dentadura está soportada únicamente por mucosa y hueso.

5.3.5.4. Error oclusal

Si la superficie oclusal de la prótesis no se ha diseñado bien, los contactos prematuros impedirán el arco normal de cierre. Hay 3 posibles consecuencias: 1) si el contacto prematuro ocurre sobre un diente natural, el ligamento de este diente puede resultar dañado. 2) si la silla recibe la mayor parte de la carga de cierre, puede haber inflamación de la mucosa local y reabsorción del hueso subyacente. 3) si el paciente intenta dirigir la mandíbula alejándola del contacto prematuro hasta encontrar una posición más confortable, este patrón anormal de cierre provoca aumento de actividad en ciertos músculos de la masticación y puede dar como resultado la aparición de dolor facial.²⁶

5.3.6. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE SUSTITUIR UN DIENTE PERDIDO?

Cuando se pierde un diente, se desencadenan una serie de trastornos de forma silenciosa:

1. Los dientes adyacentes y antagonistas invaden la zona de la pieza perdida, dificultándose la posterior colocación de una prótesis.
2. Se reabsorbe el hueso del espacio vacío, dificultando la posterior colocación de implantes.

²⁶DAVENPORT J.C., Prótesis Parcial Removible, capítulo 2: Diseño de Prótesis Parcial Removible, Editorial Labor S.A., 2006.

3. El paciente empieza a masticar por el lado opuesto sobrecargando ese lado de la boca. Esto provoca un desgaste dental acelerado y problemas musculares y articulares.

4. La dificultad para masticar genera problemas digestivos.

5. La estética se envejece progresivamente. Cuantas más piezas falten, más se aceleran estos procesos.

5.3.7. MIGRACIONES DENTARIAS

Se refiere a movimientos a lo largo del reborde alveolar

5.3.7.1. Rotaciones dentarias

Se refiere a movimientos del diente alrededor de su eje

5.3.7.2. Intrusiones

Se refiere a dientes que no alcanzan el plano oclusal.

5.3.7.3. Inclinaciones

Son movimientos que alteran la relación del eje longitudinal del diente con su hueso de soporte y ocurren por pérdida del diente proximal mesial. Tiene un componente de inclinación y con el tiempo implica movimientos de los dientes vecinos y antagonistas. Son patologías de gran frecuencia en pacientes geriátricos, especialmente en el sector posterior.

5.3.7.4. Extrusiones

Son erupciones por falta de contacto del diente antagonista ya sea por pérdida de restauración o por pérdida del diente. La erupción compensatoria continua hasta que encuentre un contacto que lo estabilice. Es un movimiento considerado vertical, pero puede tener componentes horizontales dependiendo de los contactos excursivos. Son muy frecuentes por la condición usual en desdentados parciales.²⁷ (ver en anexos n°3, imagen # 7)

²⁷ HERNÁNDEZ DE RAMOS Marilia, Rehabilitación oral del paciente geriátrico, capítulo 2: Diagnóstico y plan de tratamiento rehabilitador en el paciente geriátrico, pp. 46, Colombia, 2009.

5.3.7.5. Mesialización

Movimiento de los dientes hacia la línea media

5.3.7.6. Distalización

Movimiento de los dientes lejos de la línea media

5.3.8. MASTICACIÓN

La masticación es una conducta motora bucal muy compleja, con características propias de cada individuo. Consiste en una asociación de movimientos mandibulares y dentarios, ayudados por los labios, lengua y mejillas, con el objeto de aplastar, triturar y fragmentar los alimentos sólidos para prepararlos, junto con la insalivación, para su deglución y posterior digestión de los mismos. Por otra parte, la velocidad, la dirección y forma del ciclo de masticación cambia con el tipo de oclusión y con el tipo de alimentos que se mastican. Así, en los casos de ingestión de alimentos duros, el contacto oclusal es más largo, que si se trata de alimentos más preparados, como ocurre con la dieta de los países desarrollados. La fuerza de masticación es máxima en la oclusión central. El desplazamiento en sentido vertical en cada ciclo masticatorio viene a ser de 16,20 mm. y en sentido lateral, de 3,5 mm. durando cada ciclo entre 0,6 y 1 segundo dependiendo éste lógicamente del tipo de alimento.²⁸

5.3.8.1. TIPOS DE MASTICACIÓN

Los movimientos masticatorios son primero bilaterales y después muestran un predominio muscular unilateral alterno. En la primera fase de masticación el alimento es cortado por los incisivos, participando primero los músculos de cierre mandibular, masetero y pterigoide mediales. Los músculos temporales

²⁸ VELAYOS José Luis, Anatomía de la cabeza: para odontólogos, capítulo 6: sistemas motores: deglución, musculatura lingual, masticación, musculatura mímica, fonación, pp.180, Editorial Panamericana, España, 2009.

participan más activamente en la segunda fase, cuando el alimento es triturado por la acción de premolares y molares.

En esta segunda fase entran igualmente en juego los movimientos de lateralidad mandibular, como también de protección. En esta fase donde se producen los contactos oclusales entre los dientes. En la última fase de masticación, seguida por el inicio de la deglución, se producirán también contactos oclusales en retrusión. En la masticación hay movimientos de descenso mandibular que requieren una relajación de los músculos elevadores y una actuación de los depresores, existiendo una fijación del hueso hioides por parte de la musculatura infrahiodea.

La pérdida de la vía aferente (del diente) impide el control de la fuerza masticatoria, lo que provoca que las personas que han perdido todos los dientes, si estos se han sustituido por implantes dentales ejercen una gran fuerza masticatoria

La masticación sobre lo que son los tejidos blandos (encía) y sobre el hueso alveolar residual en pacientes que no usan prótesis, ocasionan la reabsorción de estos, impidiendo que en un futuro exista la sujeción adecuada para recibir al aparato protésico.

“Varios problemas de salud bucal en los ancianos pueden afectar su estado nutricional, como pérdida de los dientes, caries, ausencia de prótesis o prótesis mal adaptadas, enfermedad periodontal. Tanto la pérdida de los dientes como las prótesis dentales mal fijadas pueden causar dolor al masticar y dificultad para la trituración e ingesta de alimentos.”²⁹

²⁹ RIELLA Miguel C., Nutrición y Riñón, capítulo 20: Nutrición en el anciano con afección renal, pp. 233, Editorial Panamericana, España, 2007.

El envejecimiento está asociado con la reducción del apetito lo que se asocia, a una pérdida de peso, los cambios gastrointestinales y de control del apetito son producto también de alteraciones de la dentición (desdentados) condicionan cambio en la alimentación al no poder ingerir adecuadamente proteínas de origen animal o vegetales- frutas de consistencia dura. Estas personas comienzan a ingerir dietas blandas con la asociada reducción de la ingesta de proteínas polisacáridos y micronutrientes. La función de la saliva también se ve alterada (xerostomía) y se reduce las funciones de masticación y deglución³⁰

Los pacientes portadores de prótesis removibles defectuosas no mastican satisfactoriamente haciendo que escojan los alimentos blandos o simplemente ingieren solo líquidos, disminuyendo su estado nutricional, su condición física, y provocando que su organismo se torne débil.

“La pérdida de los dientes (edentulismo) requiere de un cambio en los hábitos de masticación. Esta discapacidad se intenta restaurar por medio de prótesis. Sin embargo, la eficacia de la masticación y el número de dientes presentes no están relacionados necesariamente. Muchas personas a pesar de tener todos sus dientes no mastican apropiadamente y degluten trozos muy grandes de comida por lo que esta circunstancia también influye en el estado nutricional del individuo, incluso puede llevar a producirse atragantamiento y asfixias por cuerpos extraños. El empleo de prótesis puede influir decisivamente en la masticación inadecuada y en la pérdida de sensibilidad en la cavidad bucal. Por otra parte estos cambios en la alimentación producen un desequilibrio nutricional”³¹

³⁰ DAMASCO Santiago, Biogerontología, capítulo 11: Bases biológicas del binomio envejecimiento- nutricional, pp. 277, Editorial Universidad de Cantabria, 2006.

³¹ GUTIÉRREZ Enrique, Técnicas de ayuda Odontológica- Estomatológica, capítulo 1: El equipo de salud dental, pp. 15, Editorial Editex, 2009.

5.3.9. DIMENSIÓN VERTICAL

En Odontología se denomina dimensión vertical al espacio intermaxilar de un individuo en el plano frontal. El término mismo ha sido definido, desde el punto de vista protésico, como aquella medición de la altura facial anterior, tomada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, coincidentes con la línea media, uno en el maxilar superior (subnasal o nasal) y otro en la mandíbula (mentoniano).

Los primeros que utilizaron este término fueron los completistas, que conocían la necesidad de dejar un espacio interoclusal que permitiera que los músculos estríados del sistema gnático pudieran trabajar con períodos de actividad y reposo.

Podemos clasificar la dimensión vertical según la literatura en tres grupos que se diferencian de acuerdo a la posición de la mandíbula con respecto al maxilar fijo en:

- ✓ Dimensión vertical oclusal
- ✓ Dimensión vertical postural o de reposo

5.3.9.1. DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL (DVO)

La dimensión vertical oclusal hace referencia a la posición vertical de la mandíbula con respecto al maxilar superior cuando los dientes superiores e inferiores intercuspidan (oclusión habitual), en su posición más cerrada.

La dimensión vertical de oclusión es también llamada dimensión vertical activa; esta denominación activa se debe a que la contracción de todos los músculos elevadores durante esta posición harán que los dientes se mantengan en oclusión; es decir, que el punto vertical en el que tiene lugar el contacto oclusal está directamente relacionado con la longitud repetitiva de contracción de estos músculos.

La dimensión vertical de oclusión es en principio una relación estática y es inicialmente determinada por la interacción del potencial de crecimiento genético de los tejidos craneofaciales, de los factores ambientales y por la dinámica de la función neuromuscular que sucede durante el crecimiento.

5.3.9.2. DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL (DVP)

La dimensión vertical postural hace referencia a la posición vertical de la mandíbula con respecto al maxilar superior cuando la mandíbula se encuentra en una posición de descanso o posición fisiológica postural.

Las posiciones posturales del cuerpo no son sólo el resultado de una longitud óptima de los músculos posturales y reflejos miotáticos o antigraedad; tales posiciones y funciones musculares están completamente interrelacionadas. Otra teoría es que la posición clínica de reposo de la mandíbula se mantiene mediante propiedades elásticas de los músculos masticatorios y tejidos adjuntos.

Actualmente ya existe un consenso entre los diversos investigadores de usar el término de posición postural mandibular en vez de posición de reposo mandibular, ya que durante esta posición siempre existe actividad elelctromiografica tónica de los músculos mandibulares, que como ya se mencionó, ayudan a contrarrestar la fuerza de gravedad que tiende a deprimir la mandíbula.

Los requisitos necesarios para obtener una posición postural son los siguientes:

- Mantener la cabeza en posición erguida y el plano de Frankfort paralelo al suelo. La cabeza no debe apoyarse en ningún lado.
- El paciente se encontrará relajado, de pie o sentado confortablemente.
- Los dientes no deberán estar en contacto o en inoclusión.
- Los labios estarán en contacto, pero sin tensión en un equilibrio muscular facial.³²

5.3.9.4. PÉRDIDA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL

La pérdida de la dimensión vertical es un signo clínico y funcional que puede aparecer solo o como parte integrante de patologías complejas. Siempre será necesario realizar el diagnóstico diferencial, ya que existen mecanismos compensatorios en los que, aunque se pierda altura dentaria, no hay pérdida de dimensión vertical por compensación alveolar; suele ocurrir a consecuencia de los siguientes casos:

- Atrición generalizada por bruxismo
- Colapso de mordida posterior
- Pérdida dentaria, parcial o total.

El diagnóstico de pérdida de dimensión vertical se lleva a cabo por varios métodos:

- Medición de los tercios faciales, con el paciente en oclusión.
- Medición del espacio libre con el paciente en posición de reposo postural, el cual no debe ser mayor a 2 mm.
- Medición del espacio fonético mínimo que corresponde al espacio que hay entre ambos arcos dentarios cuando se pronuncias sonidos sibilantes y que no debe superar 1 mm.
- Observación de la cara del paciente: acentuación de los surcos nasogeniano, mentilabial y nasolabial.³³ (ver en anexos nº3, imagen # 8)

³² <http://www.odontologia-online.com/php/phpBB2E/about1162.html>

³³(HERNÁNDEZ DE RAMOS Marilia, Rehabilitación oral para el paciente geriátrico, pp 49.)

5.3.9.5. Medición de la Dimensión Vertical

En la prostodoncia tradicional existía un abanico de técnicas descritas para establecer la Dimensión Vertical Oclusal. Los métodos objetivos utilizan mediciones de dimensiones faciales, mientras que los métodos subjetivos se centran en la estética, la posición de la arcada en reposo, y el espacio de dicción más cerrado. No existe acuerdo acerca del método ideal para obtener la dimensión vertical oclusal, por lo que esta dimensión es parte arte y parte ciencia, y tampoco es demasiado cítrico que no se haga un plan de tratamiento final hasta determinar esta dimensión.

5.3.9.6. Dimensión Vertical y Dolor Craneomandibular

La dimensión vertical, en oclusión, es la distancia entre el maxilar superior y la mandíbula cuando los dientes antagonistas se encuentran en contacto con las cúspides de apoyo o soporte, o cúspides céntricas, determinando también la altura vertical facial. Un estado oclusal correcto implica una dimensión vertical adecuada a ese estado. Sin embargo, los mecanismos que alteran la altura facial son diferentes a los elementos desequilibrantes en la armonía oclusal.

La pérdida de dimensión vertical ha sido considerada durante tiempo como un factor etiológico en los trastornos craneomandibulares. Fue Costen el que primero relacionó la pérdida de soporte molar con una compresión condilar y con la sintomatología dolorosa de la disfunción temporomandibular. Los estudios en cadáveres sugieren que existe una relación positiva entre la pérdida

de soporte molar posterior y la osteoartritis temporomandibular, aunque este dato habrá que valorarlo con cautela dado que la incidencia de artritis en población envejecida es también mayor. En algunos pacientes portadores de prótesis completa, también se aprecia que los síntomas dolorosos en el área temporomandibular remiten al modificar correctamente la dimensión vertical de esa prótesis gastada. Otros estudios también han sugerido que el sistema estomatognático tendría en otras ocasiones capacidad de adaptación a la pérdida molar y al soporte dental posterior.

5.3.10. Reborde alveolar

Las raíces de los dientes están sostenidas por la apófisis alveolar de la maxila y la mandíbula. Después de la extracción de todas las piezas, los rebordes alveolares sufren cambios óseos importantes, el mayor de los cuales se observa en el arco inferior. Los estudios indican que el reborde inferior se reabsorbe unas cuatro veces más que el arco superior. La dirección de la reabsorción mandibular es hacia abajo y afuera, mientras que la reabsorción superior es hacia arriba y adentro. El resultado de este patrón de reabsorción suele obligar a una mordida cruzada posterior de la prótesis para mantenerla sobre los rebordes residuales.

La tuberosidad del maxilar es la parte más posterior del reborde alveolar; se halla por distal del último molar. Es una masa abultada de mucosa que cubre una tuberosidad ósea. La tuberosidad del maxilar es importante desde el punto de vista protésico porque es considerada como una zona que soporta fuerzas y porque hay que hacer su eliminación quirúrgica cuando es demasiado grande y ocupa el espacio que necesita ocupar la prótesis antagonista. La estructura más distal del reborde residual mandibular es la almohadilla retromolar.³⁴

³⁴RAHN Arthur, Prótesis Dental Completa, capítulo 3: Anatomía de los Rebordes Edéntulos, pp. 30, Editorial Panamericana, Estados Unidos, 2009.

Llevar una prótesis puede contribuir también a la reabsorción del reborde alveolar por una adaptación inapropiada del reborde de la prótesis o una distribución inadecuada de las fuerzas oclusales.

“Las variaciones en la estructura facial pueden contribuir a los patrones de reabsorción de 2 modos. Primero, el volumen real del hueso presente en los rebordes alveolares varía con la forma facial. Segundo, los individuos con unos planos bajos en el ángulo mandibular y ángulos goniales más agudos son capaces de generar mayor fuerza de oclusión, con lo que se ejerce una mayor presión en las áreas del reborde alveolar.”³⁵

5.3.10.1. Características del reborde alveolar

Un reborde alveolar residual ideal debe ser aquel que pueda soportar adecuadamente las fuerzas verticales y horizontales que se generan durante el movimiento de la prótesis en función.

Las características de este tipo de reborde son:

- Una cresta alveolar ancha
- Vertientes bucales y linguales altas
- Recubierto por una mucosa fibrosa con un grosor aproximado de 1 mm., y firmemente adherido al hueso.

Sin embargo estas condiciones anteriores no se observan con frecuencia especialmente en la mandíbula; por el contrario los rebordes siempre están reabsorbidos y cubierto por una una delgada y atrófica. En algunos casos las reabsorción en sentido bucolingual es tan grande que da como resultado un reborde en “filo de cuchillo” cubierto por una mucosa blanda y fácilmente desplazable, que no ofrece ninguna resistencia a los movimientos de la prótesis transfiriendo toda la fuerza a los dientes pilares³⁶

³⁵ HUPP James, Cirugía oral y maxilofacial contemporánea, Capítulo 13: Cirugía preprotésica, pp. 213, Editorial Elsevier, España, 2010

³⁶ RENDÓN Roberto, Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño, capítulo3: diferencias entre la prótesis parcial removible dentosoportada y la dentomucosoportada, pp. 12, Editorial Médica Panamericana, México, 2006

5.3.10.2. Consecuencias de la pérdida de hueso en pacientes totalmente desdentados

1. Disminución de la anchura del hueso de soporte
2. Disminución de la altura del hueso de soporte
3. Cresta milohiodea y oblicua interna prominente, con aumento de puntos dolorosos
4. Disminución progresiva de la superficie de mucosa queratinizada
5. Inserciones musculares cerca de la cresta del reborde
6. Elevación de la prótesis ante la contracción de los músculos milohiodeo y buccinador que sirven como apoyo posterior
7. Movimiento hacia delante de la prótesis por inclinación anatómica .
8. Adelgazamiento de la mucosa, con sensibilidad a la abrasión
9. Pérdida del hueso basal
10. Influencia de la pérdida de hueso sobre el aspecto estético del tercio inferior de la cara.
11. Aumento del riesgo de fractura del cuerpo de la mandíbula por pérdida avanzada de hueso
12. Aumento del movimiento de la prótesis y de puntos dolorosos durante su uso, originados por la pérdida de reborde alveolar³⁷

5.3.11. MUCOSA ORAL

La cavidad bucal está tapizada con epitelio escamoso estratificado, que se divide en tres tipos de tejido:

- **La mucosa de revestimiento**

Cubre el suelo de la boca y las mejillas, los labios y el paladar blando. No actúa en la masticación y por lo tanto tiene una atrición pequeña.

³⁷ MISCH Carl, Prótesis dental sobre implantes, capítulo 1: Justificación de los implantes dentales, pp. 6, editorial Elsevier, España, 2006.

- **La mucosa masticatoria**

Cubre el paladar duro y las crestas alveolares y se lo denomina así debido a que entra en contacto primario con el alimento durante la masticación.

- **La mucosa especializada**

Que cubre la superficie de la lengua es totalmente diferente en estructura y apariencia a la de los 2 tejidos previos.

“La mucosa oral es un lugar de colocación fundamental de la base de la prótesis. La calidad de la mucosa oral y su capacidad de humedecerse y conservar la humedad resultan esenciales para la amortiguación mecánica y la resistencia frente a las sustancias químicas, tóxicas, microbiológicas y alérgicas. Además la resiliencia de la mucosa resulta esencial para la retención física de la prótesis porque posibilita la colocación de esta sobre la base.”³⁸

Una mucosa delgada, sensible y poco vascularizada se asocia a una mala capacidad de retención de la prótesis y facilita la aparición de lesiones por presión y signos inflamatorios. El tratamiento de estas lesiones se verá además dificultado por la mala situación metabólica en la mucosa adelgazada.

5.3.12. LESIONES A CAUSA DE PRÓTESIS

5.3.12.1. Hiperplasia papilar del paladar

“En ocasiones se observa un crecimiento nodular en la mucosa del paladar, especialmente bajo una prótesis completa en las personas mayores en quienes un leve traumatismo o una infección exacerbaban la proliferación. Las prótesis deben mantenerse limpias y no se deben colocar durante las noches.”³⁹

³⁸ ³⁸ KOECK Bernard, Prótesis Completas, Capítulo 1: diagnóstico, pp. 10, Editorial Elsevier, España, 2007.

³⁹ CAWSON, Fundamentos de Medicina y Patología oral, sección 2: enfermedades de los tejidos blandos, pp.317, Elsevier, España, 2009.

5.3.12.2. Estomatitis por el uso de dentaduras

Es la enfermedad más común que afecta al 50% de los portadores de prótesis extraíbles. Se caracterizan por eritema con minúsculas ulceraciones en la mucosa que están en contacto con las prótesis, y puede extenderse superficialmente hacia la cara interna de los carrillos y la lengua. (ver anexos n°3, imagen # 9)

5.3.12.3. Ulceras traumáticas

Son causadas por prótesis extraíbles con sobreextensiones u oclusión desequilibrada. Se localizan en el labio inferior, lengua y mucosa bucal. Se caracterizan por signos y síntomas de inflamación aguda, así como por lesiones cubiertas por un exudado blanco-amarillento y rodeadas por un halo eritematoso. La intensidad del dolor es variable y hay sensibilidad al contacto o la presión.⁴⁰

5.3.12.4. Tratamiento

- “Lavar la prótesis y dejar en una solución de 1 parte de cloro por 50 de agua
- Enjuagues de clorhexidina al 0,12%
- Utilización de miconazole en laca aplicado sobre la dentadura
- Remover la prótesis todas las noches o confección de nuevas en caso de un mal diseño.”⁴¹

5.3.13. TONO MUSCULAR

El tono muscular, es un estado permanente de contracción parcial, pasiva y continua en el que se encuentran los músculos. Durante el periodo de sueño el tono muscular se reduce por lo que el cuerpo está más relajado y durante las

⁴⁰ JIMÉNEZ MURILLO, Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, capítulo 18: Urgencias maxilofaciales no traumáticas, pp. 860, Elsevier, España 2010.

⁴¹MORALES Fernando, Temas prácticos en geriatría y Gerontología, Enfermedades pre y para protésicas en el adulto mayor, pp 105, Editorial Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica, 2007.

horas de vigilia se incrementa lo necesario para mantener la postura corporal adecuada para cada movimiento que se realiza.

5.3.13.1. IMPORTANCIA DEL TONO MUSCULAR

- Permite una adecuada succión y masticación, necesarias para la alimentación desde el nacimiento.
- Facilita la emisión de sonidos, base para el desarrollo del habla y el lenguaje.
- Estimula los músculos faciales, permitiendo la realización de gestos y muecas, que son medios para expresar emociones.
- Posibilita la elevación de los párpados y la movilidad de los ojos, necesarios para la exploración del entorno y más adelante para la lectura.
- Es indispensable para adquirir las posturas y los movimientos necesarios que llevan al logro de la marcha.
- Permite una evolución adecuada de la lectoescritura.
- Por tratarse de una función cognitiva, se encuentra íntimamente ligada a la atención, por lo tanto influye en los procesos de aprendizaje.

5.3.13.2. ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR

Entre los trastornos más comunes tenemos la Hipotonía y la Hipertonía. La Hipotonía es la disminución del tono muscular, aquí los músculos mantienen un

estado de flacidez, mientras que la Hipertonía es todo lo contrario, el aumento anormal del tono muscular que produce un estado de rigidez en los músculos.

“La pérdida de tono muscular se acelera en el paciente desdentado, por lo que el alargamiento del labio se produce a una edad más temprana. Las inserciones de los músculos mentonianos y buccinador en el cuerpo y la sínfisis de la mandíbula se ven afectados también por la atrofia ósea. Los tejidos se doblan, produciendo <<mofletes caídos>> o <<barbilla de bruja>>. Este efecto es acumulativo por la pérdida de tono muscular sumado a la pérdida de los dientes la disminución asociada en la fuerza de la mordida, y la pérdida de hueso en las regiones donde solían insertarse los músculos. Los pacientes no están al tanto de que estos cambios en los tejidos duros y blandos se deben a la pérdida de los dientes. Entre los portadores de dentaduras el 39% han estado llevando la misma prótesis durante más de 10 años”⁴²

La profesión es incapaz de evaluar a los pacientes si no vuelven antes a la consulta. Por ello las consecuencias de la pérdida de los dientes debe ser explicado a los pacientes parciales y completamente edéntulo durante las fases iniciales del tratamiento.

⁴² MISCH Carl., Implantología contemporánea, Capítulo 1: Fundamento de los implantes dentales, pp. 15, editorial Elsevier, España, 2009.

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Bibliográfica, porque la investigación se basará en bibliografías comprobadas extraídas de textos, de la web, artículos, etc.

De Campo, pacientes edéntulos que son atendidos en el subcentro de salud “El Limón”.

6.1.2. NIVELES O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratorio.- porque se conoce el área donde se realizará la investigación, se conoce que en ella existe el problema en el cual se trabajará.

Descriptiva.- se describirá la relación que existe entre la rehabilitación protésica y las lesiones bucales de los pacientes edéntulos.

Analítica.- porque por medio de la investigación se recopilará datos y se analizará como afecta el problema a la comunidad.

Sintética.- ya que toda la información recopilada, la cual medirá el alcance de los objetivos, será sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva.- porque al final de la investigación se diseñará una propuesta de solución al problema.

6.2. TÉCNICAS

Observación: Observación de lesiones bucales en los pacientes que asisten al Subcentro de Salud “El Limón”.

Encuesta: Encuesta dirigida a los pacientes que asisten al Subcentro de Salud “El Limón”.

6.3. INSTRUMENTOS

- Formulario de encuesta.
- Matriz de observación.

6.4. RECURSOS:

6.4.1. MATERIALES:

- Fotocopias
- Textos relacionados con el tema
- Libros

- Plumas
- Hojas
- Borradores
- Corrector

6.4.2. TALENTO HUMANO

- Directora de Tesis
- Investigador
- Pacientes del Subcentro “El Limón “.

6.4.3. TECNOLÓGICO

- Internet
- Laptop
- Impresora
- Cámara
- Scanner
- Pendrive.

6.4.4. ECONÓMICO

Esta investigación tendrá un costo aproximado de \$1.718,2

6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1. POBLACION

Para el análisis de la investigación se trabajará con el universo constituido por los 1982 habitantes mayores de 20 años que asisten a la consulta odontológica del subcentro de salud “El Limón”.

6.5.2. MUESTRA

El tipo de muestra es Estratificado. La muestra la constituyen 92 pacientes asistentes al Subcentro de Salud Limón.

CAPÍTULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

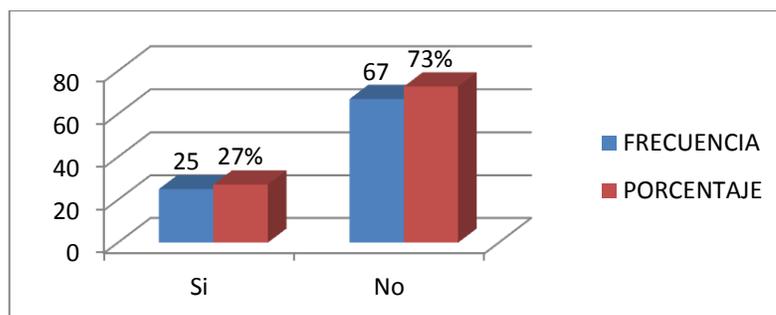
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE

FORMULARIO DE ENCUESTA A LOS PACIENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN.

GRAFICUADRO N°1

¿Sabía Ud. que luego de la extracción de un diente debe realizarse una prótesis?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	25	27
No	67	73
TOTAL	92	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del Subcentro de Salud El Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

De los 92 pacientes encuestados 25 contestaron que si sabían que luego de la extracción se deben realizar una prótesis correspondiendo al 27%, y 67 pacientes contestaron que no, correspondiendo al 73%.

Como lo indica la página web:

<http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/protesis.html>.

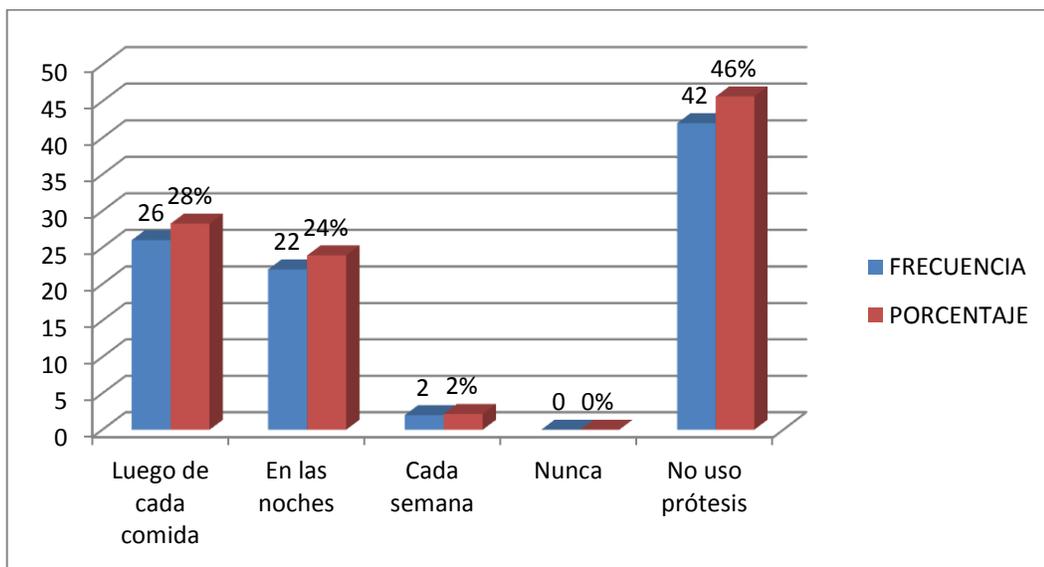
La pérdida de los dientes acarrea serios problemas estéticos y psicológicos, además de una considerable dificultad en la masticación y en la pronunciación de palabras. Por ello es necesario poner inmediatamente remedio si se quieren evitar alteraciones irreversibles de la función masticatoria. Pag. 32

Por lo tanto la mayoría de los pacientes desconocen el tratamiento de una prótesis dental removible después de realizarse una exodoncia, además desconocen de las consecuencias que trae consigo la extracción como por ejemplo la baja autoestima, falta de estética y dificultad en la masticación.

GRAFICUADRO N°2

¿Cuándo lava su prótesis dental?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Luego de cada comida	26	28
En las noches	23	24
Cada semana	2	2
Nunca	0	0
No uso prótesis	41	45
TOTAL	92	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del Subcentro de Salud El Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 92 pacientes encuestados, 26 pacientes lavan su prótesis después de cada comida correspondiendo al 28%, 23 pacientes la lavan en las noches con el 24%, 2 pacientes la lavan cada semana con el 2%, 0 pacientes la lavan nunca, y 42 pacientes no usan prótesis, es decir el 46%.

Como lo señala la página web:

<http://www.protesisdentaljc.com/protesisremovibles.htm>:

Después de cada comida debe lavar las prótesis y la boca. Las prótesis se deben limpiar, al menos una vez al día, con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias) o un cepillo de uñas con cerdas de nailon, y un poco de pasta dentífrica o, mejor, jabón, para evitar la formación de sarro y el depósito de tinciones. Después, aclárelas muy bien con agua.

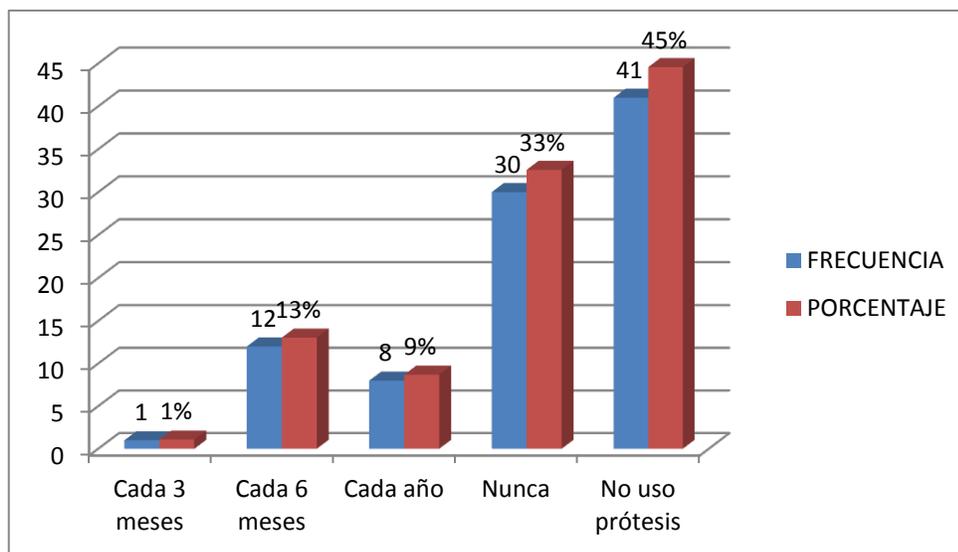
Es especialmente importante la limpieza de las partes metálicas, sobre todo las que contactan con los dientes (cara interna o cóncava de los ganchos). Para ello, pueden frotarse con un bastoncillo empapado en alcohol, hasta que la superficie quede brillante. Pag.25

Por lo tanto se demuestra que los pacientes no tienen una correcta higiene con sus prótesis dentales removibles ya que existe un poco interés en mantener un adecuado cuidado en su salud bucal y un buen estado de las prótesis.

GRAFICUADRO N°3

¿Cada qué tiempo realiza control de su prótesis dental?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada 3 meses	1	1
Cada 6 meses	12	13
Cada año	8	9
Nunca	30	33
No uso prótesis	41	45
TOTAL	92	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del Subcentro de Salud El Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 92 pacientes encuestados, 1 paciente realiza control de su prótesis cada 3 meses que corresponde al 1%, 11 pacientes realizan cada 6 meses con el 13%, 8 pacientes lo realizan cada año con el 9%, 30 pacientes nunca realizan control correspondiendo al 30%, 42 pacientes no usan prótesis el 45%.

Como lo indica el texto: Alan B. Carr, Mc Cracken Prótesis Parcial Removible, capítulo 2: Prótesis parcial retenida con ganchos, Editorial Elsevier, España, 2006.

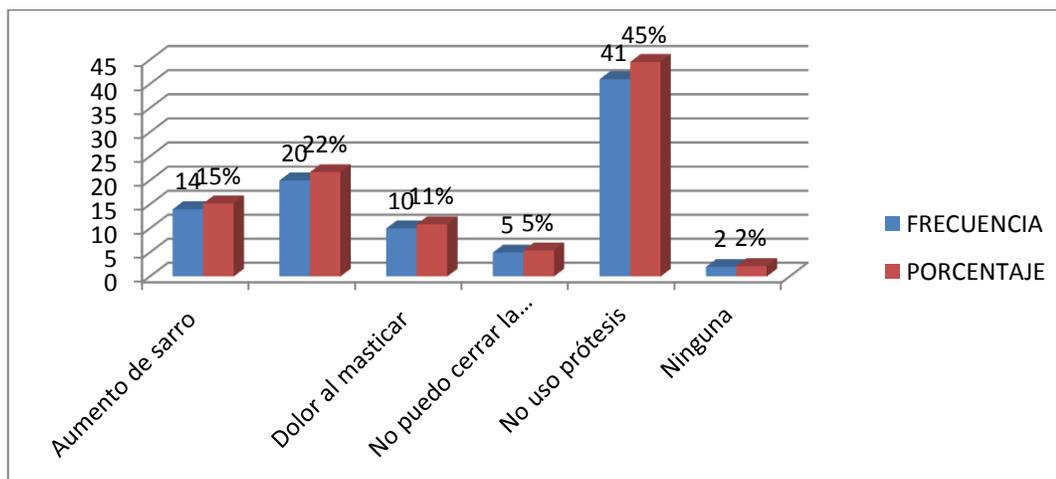
Para la mayoría de pacientes es suficiente una llamada de recuerdo cada 6 meses, aunque en algunos casos se requiere controlar más frecuentemente. Pag. 30

Por lo tanto los pacientes no realizan los controles periódicos para sus prótesis dentales removibles, no siguen la regla de la revisión cada tres meses al Odontólogo y por tal razón estas se deterioran y desgastan con mayor rapidez y facilidad.

GRAFICUADRO N°4

¿Qué molestias le causa su prótesis dental?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aumento de sarro	14	15
Inflamación de las encías	20	22
Dolor al masticar	10	11
No puedo cerrar la boca con facilidad	5	5
No uso prótesis	41	45
Ninguna	2	2
TOTAL	92	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del Subcentro de Salud El Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 92 pacientes encuestados, 14 contestaron que tienen aumento de sarro correspondiendo al 15%, 20 tiene inflamación de las encías correspondiendo a 22, 10 tienen dolor al masticar con el 11 %, 5 no cierran con facilidad con el 5%, 2 ninguno que es el 2%, 41 no usan prótesis correspondiendo al 45%.

Como lo indica el texto: J. C. Davenport, Prótesis Parcial Removible, capítulo 2: Diseño de Prótesis Parcial Removible, Editorial Labor S.A., 2006.

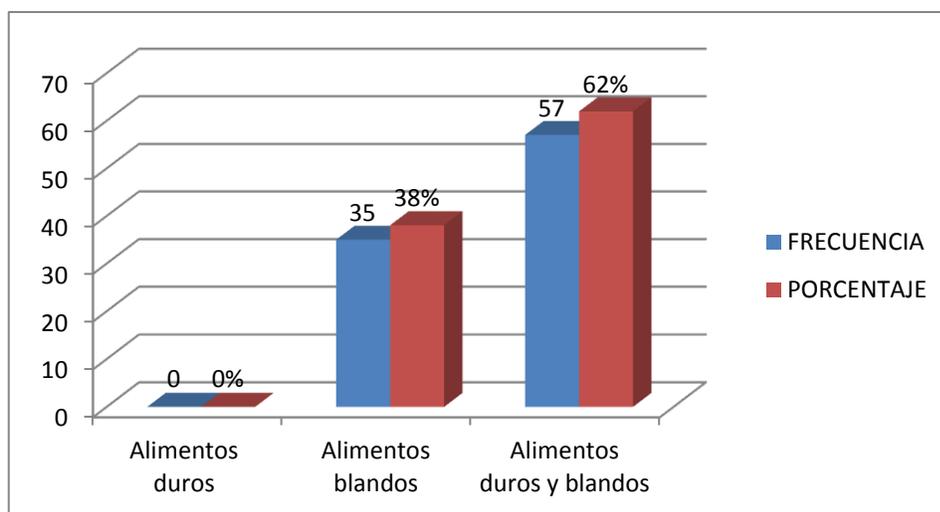
Los efectos perjudiciales pueden deberse a la placa que fácilmente se acumulará alrededor de las prótesis, al trauma directo producido por cualquier componentes de estas, a las fuerzas funcionales transmitidas por prótesis mal diseñadas y a errores en la oclusión. Pag. 38

Por lo tanto la mayoría de los pacientes del Subcentro de Salud El Limón no están satisfechos con su aparato protésico ya que tienen y sienten molestias, causando también daño a los demás tejidos bucales, y las piezas remanentes.

GRAFICUADRO N°5

¿Qué tipo de alimentos consume?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentos duros	0	0
Alimentos blandos	35	38
Alimentos duros y blandos	57	62
TOTAL	92	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del Subcentro de Salud El Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 92 pacientes encuestados, 0 comen alimentos duros correspondiendo al 0%, 35 comen solo alimentos blandos correspondiendo al 38%, 57 comen alimentos duros y blandos correspondiendo al 62%.

Como lo dice el texto: Damasco Crespo Santiago, Biogerontología, capítulo 11: Bases biológicas del binomio envejecimiento- nutricional, Editorial Universidad de Cantabria, 2006.

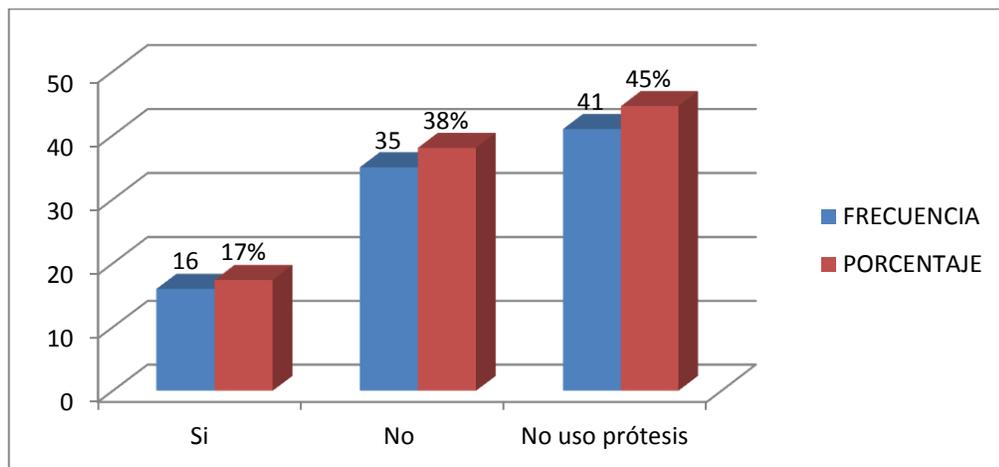
El envejecimiento está asociado con la reducción del apetito lo que se asocia, a una pérdida de peso, los cambios gastrointestinales y de control del apetito son producto también de alteraciones de la dentición (desdentados) condicionan cambio en la alimentación al no poder ingerir adecuadamente proteínas de origen animal o vegetales- frutas de consistencia dura. Estas personas comienzan a ingerir dietas blandas con la asociada reducción de la ingesta de proteínas polisacáridos y micronutrientes. Pag. 43

Por lo tanto los pacientes combinan sus alimentos duros y blandos, y un buen porcentaje puede comer solo alimentos blandos debido a que no presentan piezas dentales o tienen sus prótesis defectuosas que no les permite una buena masticación.

GRAFICUADRO N°6

¿Cree Ud. que su prótesis le ayude a triturar sus alimentos?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	17
No	35	38
No uso prótesis	41	45
TOTAL	92	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del Subcentro de Salud El Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 92 pacientes, 16 si pueden triturar los alimentos correspondiendo al 17%, 35 pacientes no pueden triturar que es el 38%, 41 no usan prótesis que corresponde al 45%.

Como lo indica el texto: Enrique Gutiérrez López, Técnicas de ayuda Odontológica- Estomatológica, capítulo 1: El equipo de salud dental, pp., Editorial Editex, 2009.

El empleo de prótesis puede influir decisivamente en la masticación inadecuada y en la pérdida de sensibilidad en la cavidad bucal. Por otra parte estos cambios en la alimentación producen un desequilibrio nutricional. Pag. 43

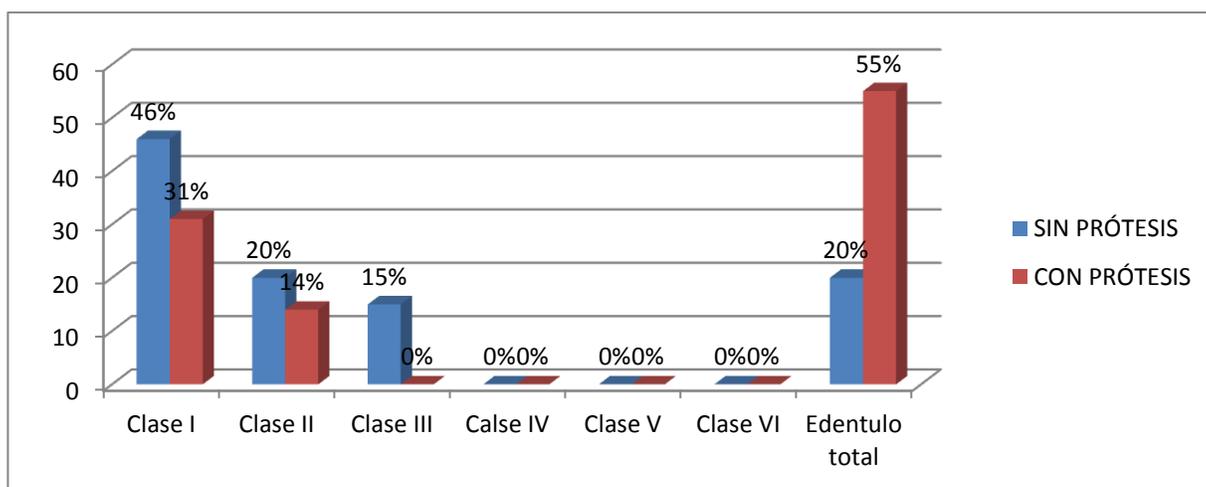
Por lo tanto se demuestra que los pacientes del Subcentro de salud El Limón no pueden triturar ni masticar eficazmente los alimentos, lo que hace que no se ingieran las comidas necesarias para una buena nutrición, o que, se quiten sus prótesis para comer, induciendo a la reabsorción del hueso alveolar.

**7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE
FORMULARIO DE MATRIZ DE OBSERVACIÓN A LOS PACIENTES CON Y
SIN PRÓTESIS DEL SUB CENTRO DE SALUD EL LIMÓN.**

GRAFICUADRO N° 7

Clasificación de Kennedy

OPCIONES	SIN PRÓTESIS		CON PRÓTESIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clase I	19	46	16	31
Clase II	8	20	7	14
Clase III	6	15	0	0
Clase IV	0	0	0	0
Clase V	0	0	0	0
Clase VI	0	0	0	0
Edéntulo total	8	20	28	55
TOTAL	41	100	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Sub Centro de Salud Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 92 pacientes a los que se les realizó ficha de observación 41 no usaban prótesis, 19 corresponden a la Clase I con el 46%, a la Clase II 8 pacientes con el 20%, la Clase III con 6 pacientes con el 15%, y 8 pacientes edéntulos totales con el 20%. Y 51 con prótesis correspondían 16 a la Clase I con el 16%, 7 a la clase II con el 14%, y, 28 Edéntulos totales correspondiendo al 55%.

Como lo indica el texto: Ernest Mallat Desplast, Protésis Parcial Removible y sobredentaduras, capítulo 1: Prótesis parcial removible: generalidades, Elsevier España, 2006.

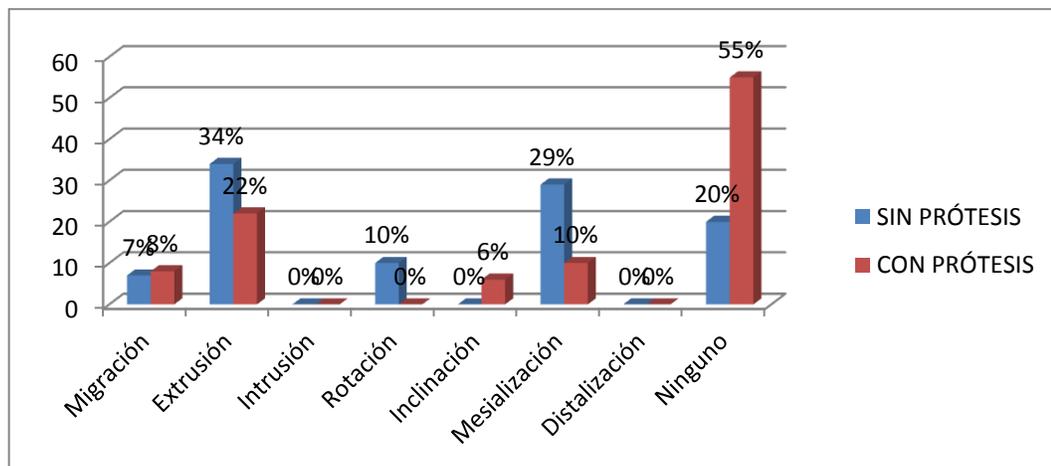
Para la prótesis parcial removible existen varias clasificaciones descritas, pero la más comúnmente usada y la más práctica es la de Kennedy, descrita en 1925, la cual facilita el diagnóstico en cada caso con la simple visión del modelo de trabajo. Dicha clasificación esta dividida en seis clases: CLASE I, CLASE II, CLASE III, CLASE IV, CLASE V, CLASE VI. Pag. 35

Por lo tanto la mayor clase de Kennedy que se encontró es la clase I, y la mayoría de pacientes son edéntulos totales unos con y otros sin prótesis.

GRAFICUADRO N° 8

Movimiento de las piezas dentales

OPCIONES	SIN PRÓTESIS		CON PRÓTESIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Migración	3	7	4	8
Extrusión	14	34	11	22
Intrusión	0	0	0	0
Rotación	4	10	0	0
Inclinación	0	0	3	6
Mesialización	12	29	5	10
Distalización	0	0	0	0
Ninguno	8	20	28	55
TOTAL	41	100	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Subcentro de Salud Limón
 POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 41 pacientes sin prótesis, 3 presentan migración con el 7%, Extrusión 14 con el 34%, Intrusión 0, Rotación 4 con el 10%, Inclincación 0, Mesialización 12 con el 29%, Distalización 0, y ninguno 8 con el 20%. De los 51 pacientes que usan prótesis, 4 presentan migración con el 8%, 11 extrusión con el 22%, Intrusión 0, Rotación 0, Inclincación 3 con el 6%, Mesialización 5 con el 10%, Distalización 0, y Ninguno 28 con el 55%.

Como lo indica el texto: Marilia Hernández de Ramos, Rehabilitación oral del paciente geriátrico, capítulo 2: Diagnóstico y plan de tratamiento rehabilitador en el paciente geriátrico, Colombia, 2009.

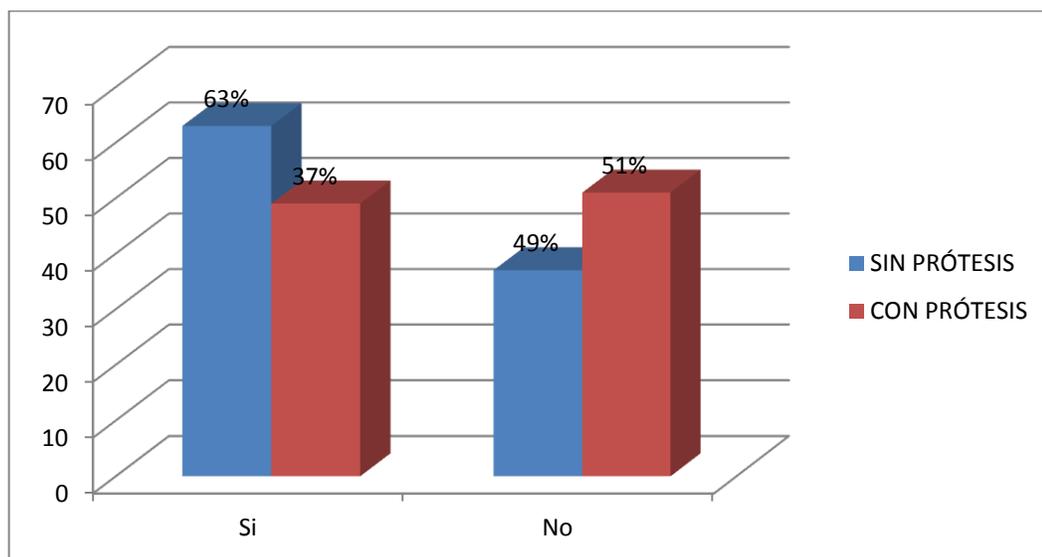
- ✓ **Rotaciones dentarias**
- ✓ **Intrusiones**
- ✓ **Inclinaciones**
- ✓ **Extrusiones**
- ✓ **Mesialización**
- ✓ **Distalización.** Pag. 40

Por lo tanto se demuestra que los pacientes del Subcentro de salud “El Limón” al no realizarse un tratamiento rehabilitador protésico hace que las piezas remanentes en boca comiencen a moverse de sitio, cambiando lo que es la oclusión dentaria y además cerrando espacio donde se deben reemplazar la pieza natural por a artificial.

GRAFICUADRO N° 9

Reabsorción del reborde alveolar

OPCIONES	SIN PRÓTESIS		CON PRÓTESIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	26	63	25	49
No	15	37	26	51
TOTAL	41	100	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Subcentro de Salud Limón
 ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 41 pacientes sin prótesis 26 presentan reabsorción del reborde alveolar que corresponde al 63%, 15 no presentan correspondiendo al 37%, de los 51 portadores de prótesis 2 presentan reabsorción correspondiente al 49% y 26 no presentan con el 51%.

Como lo indica: Arthur O. Rahn, Prótesis Dental Completa, capítulo 3: Anatomía de los Rebordes Edéntulos, Editorial Panamericana, Estados Unidos, 2009.

Después de la extracción de todas la piezas, los rebordes alveolares sufren cambios óseos importantes, el mayor de los cuales se observa en el arco inferior. Los estudios indican que el reborde inferior se reabsorbe unas cuatro veces más que el arco superior. Pag. 48

Y el texto: James R. Hupp, Cirugía oral y maxilofacial contemporánea, Capítulo 13: Cirugía preprotésica, pp. 213, Editorial Elsevier, España, 2010.

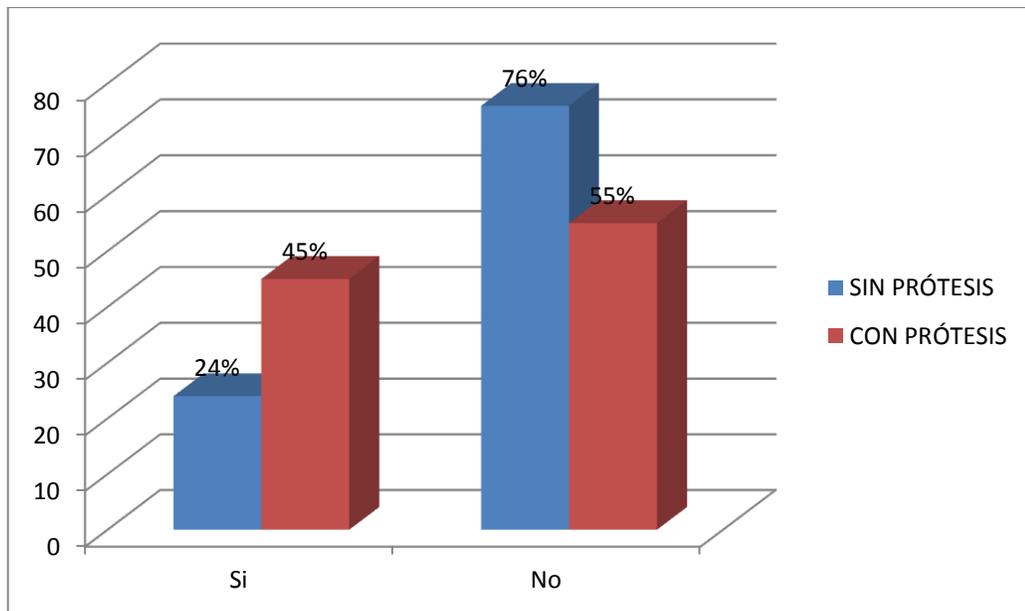
Llevar una prótesis puede contribuir también a la reabsorción del reborde alveolar por una adaptación inapropiada del reborde de la prótesis o una distribución inadecuada de las fuerzas oclusales. Pag. 49

Por lo tanto, se demuestra que los pacientes presentan reabsorción del reborde alveolar ya que no se han realizado tratamiento protésico correspondiente y también presentan la reabsorción por una inapropiada adaptación de sus prótesis dentales.

GRAFICUADRO N° 10

Pérdida de la dimensión vertical

OPCIONES	SIN PRÓTESIS		CON PRÓTESIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	10	24	23	45
No	31	76	28	55
TOTAL	41	100	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Subcentro de Salud Limón
 ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANAÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

De los 41 pacientes sin prótesis, 10 de ellos presentan pérdida de la dimensión vertical correspondiendo al 24%, 31 no presentan que corresponde al 76%. De los 51 pacientes portadores de prótesis 23 presentan pérdida de dimensión vertical que corresponde al 45%, y 28 no presentan con el 55%.

Como lo indica el texto: Marilia Hernández de Ramos, Rehabilitación oral para el paciente geriátrico, capítulo 2: Diagnóstico y plan de tratamiento rehabilitador en el paciente geriátrico, Colombia, 2009.

La pérdida de la dimensión vertical es un signo clínico y funcional que puede aparecer solo o como parte integrante de patologías complejas, suele ocurrir a consecuencia de los siguientes casos:

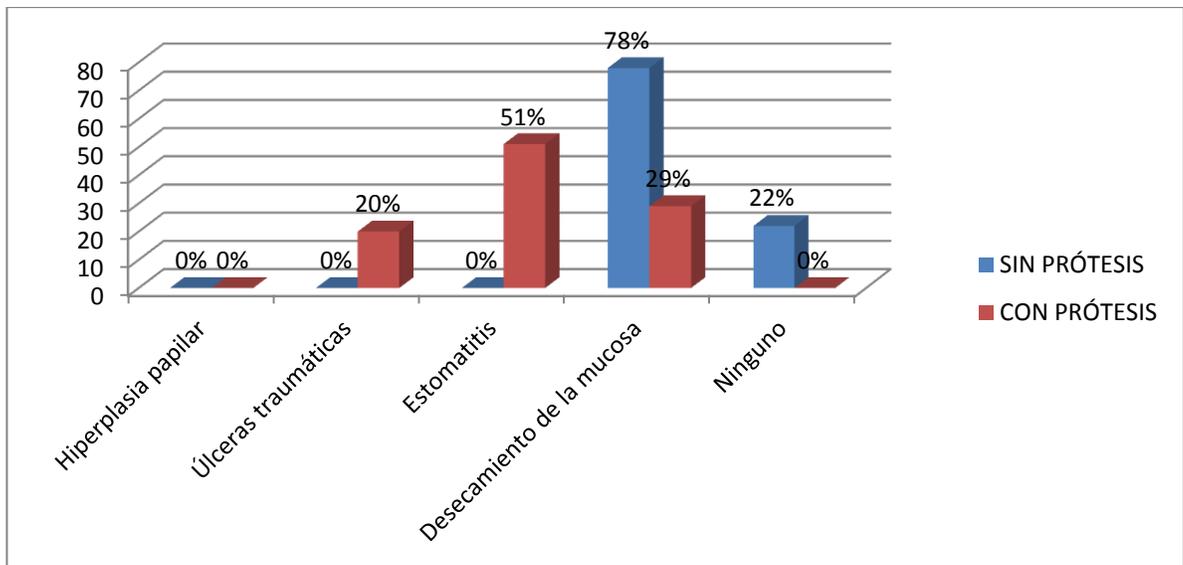
- **Atrición generalizada por bruxismo**
- **Colapso de mordida posterior**
- **Pérdida dentaria, parcial o total.** Pag. 46

Por lo tanto se demuestra que los pacientes han sufrido pérdida de la dimensión vertical por la falta de preocupación en confeccionarse una prótesis y otros que usan prótesis presentan la pérdida de dimensión vertical por el desgaste y tiempo que tienen sus prótesis sin los controles adecuados.

GRAFICUADRO N° 11

Lesión en la mucosa oral

OPCIONES	SIN PRÓTESIS		CON PRÓTESIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hiperplasia papilar	0	0	0	0
Úlceras traumáticas	0	0	10	20
Estomatitis	0	0	26	51
Desecamiento de la mucosa	32	78	15	29
Ninguno	9	22	0	0
TOTAL	41	100	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Subcentro de Salud Limón
 ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 41 pacientes sin prótesis, 32 de ellos presentan desecamiento de la mucosa que corresponde al 78%, ninguna de ellas 9 corresponde al 22%. De los 51 pacientes con prótesis 10 presentan úlceras traumáticas correspondiendo al 20%, 26 Estomatitis con el 51%, 15 desecamiento de la mucosa con el 29%.

Como lo indica el texto: Cawson, Fundamentos de Medicina y Patología oral, sección 2: enfermedades de los tejidos blandos, Elsevier, España, 2009.

Jiménez Murillo, Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, capítulo 18: Urgencias maxilofaciales no traumáticas, pp. 860, 861, Elsevier, España 2010.

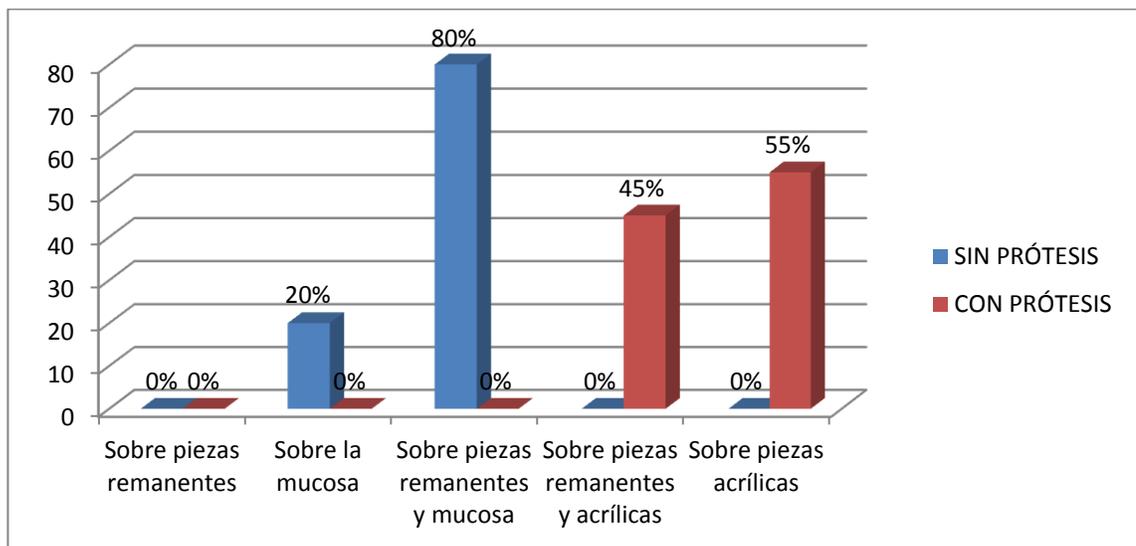
- **Hiperplasia papilar del paladar**
- **Estomatitis por el uso de dentaduras**
- **Úlceras traumáticas.** Pag. 51-52

Por lo tanto se demuestra que en pacientes que no se han realizado la prótesis removible la única lesión encontrada es el desecamiento de la mucosa, y en los pacientes con prótesis dentales la mayor lesión en la mucosa bucal, es la Estomatitis, siguiéndole las úlceras traumáticas.

GRAFICUADRO N°12

Tipo de masticación en pacientes

OPCIONES	SIN PRÓTESIS		CON PRÓTESIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sobre piezas remanentes	0	0	0	0
Sobre la mucosa	8	20	0	0
Sobre piezas remanentes y mucosa	33	80	0	0
Sobre piezas remanentes y acrílicas	0	0	23	45
Sobre piezas acrílicas	0	0	28	55
TOTAL	41	100	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Subcentro de Salud Limón
 ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 41 pacientes sin prótesis, 8 mastican sobre la mucosa con el 20%, 33 mastican sobre piezas remanentes y mucosa correspondiendo al 80%. De los 51 pacientes con prótesis, 23 mastican sobre piezas remanentes y acrílicas que representan al 45%, 28 sobre piezas acrílicas que representa al 55%.

Como lo indica el texto: Miguel C. Riella, Nutrición y Riñón, capítulo 20: Nutrición en el anciano con afección renal, Editorial Panamericana, España, 2007

Tanto la pérdida de los dientes como las prótesis dentales mal fijadas pueden causar dolor al masticar y dificultad para la trituración e ingesta de alimentos. Pag. 42

Enrique Gutiérrez López, Técnicas de ayuda Odontológica- Estomatológica, capítulo 1: El equipo de salud dental, Editorial Editex, 2009.

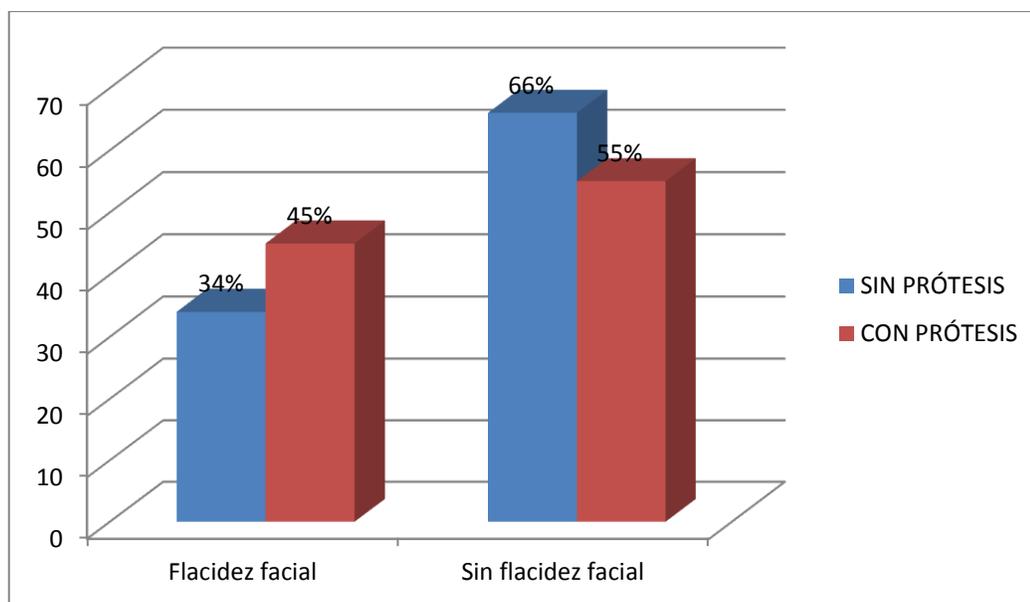
El empleo de prótesis puede influir decisivamente en la masticación inadecuada y en la pérdida de sensibilidad en la cavidad bucal. Pag. 43

Por lo tanto los pacientes no están masticando bien sus alimentos ya que no lo hacen con los dientes si no con las encías ayudando al desecamiento de estas y la reabsorción del reborde alveolar.

GRAFICUADRO N°13

Tono muscular en pacientes

OPCIONES	SIN PRÓTESIS		CON PRÓTESIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Flacidez facial	14	34	23	45
Sin flacidez facial	27	66	28	55
TOTAL	41	100	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Subcentro de Salud Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

De los 41 pacientes 14 de ellos tienen flacidez facial con el 34%, 27 de ellos no presentan flacidez facial con el 66%. De los 51 pacientes 23 presentan flacidez facial con el 45%, sin flacidez facial 28 con el 55%.

Como lo indica el texto: Carl E. Misch, Implantología contemporánea, Capítulo 1: fundamento de los implantes dentales, editorial Elsevier, 2009.

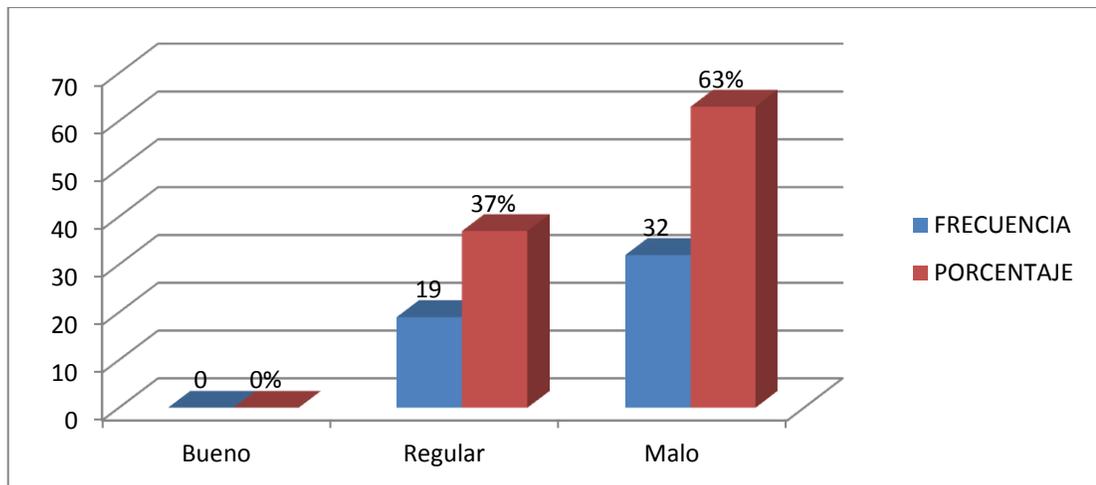
La pérdida de tono muscular se acelera en el paciente desdentado, por lo que el alargamiento del labio se produce a una edad más temprana. Las inserciones de los músculos mentonianos y buccinador en el cuerpo y la sínfisis de la mandíbula se ven afectados también por la atrofia ósea. Los tejidos se doblan, produciendo <<mofletes caídos>> o <<barbilla de bruja>>. Pag. 54

Por lo tanto se demuestra que los pacientes sin prótesis presentan pérdida del tono muscular y flacidez facial debido a la pérdida de los dientes sin el tratamiento protésico y los portadores de prótesis presentan también flacidez por la mala adaptación y desgaste pero en menor porcentaje.

GRAFICUADRO N° 14

Estado de la prótesis con pacientes portadores de prótesis

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	0	0
Regular	19	37
Malo	32	63
TOTAL	51	100



FUENTE: Matriz de observación a los pacientes del Subcentro de Salud Limón
ELABORADO POR: Fabián Cedeño Sandaño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 51 pacientes con prótesis, se encontró que 19 presentan un estado de prótesis regular correspondiendo al 37%, y un mal estado 32 representando al 63%.

Como dice el texto: Alan B. Carr, Mc Cracken Prótesis Parcial Removible, capítulo 2: Prótesis parcial retenida con ganchos, Editorial Elsevier, España, 2006.

La prótesis parcial removible mejor diseñada biológicamente está condenada a un éxito parcialmente limitado si el paciente no es capaz de ejercer los hábitos correctos de higiene oral e incumple las visitas de control, único modo de preservar las estructuras orales. Pag. 24

Por lo tanto los pacientes del Subcentro de Salud “El Limón”, no tienen sus prótesis dentales removibles en buen estado, ya que incumplen con las normas de higiene y además no realizan las revisiones periódicas al Odontólogo fomentando el desgaste y la acumulación de placa bacteriana y cálculo dental en estas.

CONCLUSIONES

Los pacientes del Subcentro de Salud El Limón desconocen del tratamiento rehabilitador protésico y además no presentan interés en remplazar sus piezas dentales perdidas por piezas artificiales, ocasionando mal oclusiones por los movimientos de las piezas dentales remanentes. Así mismo se encontró que existe falta de higiene y cuidado del aparato protésico.

Los pacientes del Subcentro de Salud El Limón presentan un deterioro en el estado de sus prótesis junto con aumento de sarro, molestias en la encía, dolor al masticar y desgates originando pérdida de la dimensión vertical. Además los pacientes no cumplen con los controles de su prótesis cada 6 meses.

La masticación que realizan los pacientes del Subcentro de Salud El Limón se da con mayor frecuencia en piezas remanentes y mucosa, esta masticación directa sobre encía provoca el desecamiento de la misma y la reabsorción del hueso alveolar. También se observó que la mayor lesión en mucosa causada por el aparato protésico es la Estomatitis.

Los alimentos que consumen los pacientes del Subcentro de Salud El Limón son duros y blandos, prefiriendo solo los blandos los pacientes que no tienen prótesis influyendo en el tono muscular colaborando en la flacidez facial ya que sus músculos faciales no funcionan de una manera adecuada en la masticación, además los que usan prótesis no gozan de una efectiva trituración de los alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. AVERY James K.; “Principios de histología y embriología bucal con orientación clínica”, España, (2007).
2. BLANCO J.; “Fundamentos de Salud Pública”; Colombia, (2006).
3. CARR Alan B.; “Prótesis Parcial Removible”, Editorial Elsevier; España, (2006).
4. CAWSON; “Fundamentos de Medicina y Patología oral”; Editorial Elsevier; España, (2009)
5. CHIAPASCO Matteo; “Tácticas y técnicas en cirugía oral”; Editorial Actualidades Médicas Odontológicas; Italia, (2010).
6. DAMASCO Santiago; “Biogerontología”, Editorial de Cantabria, México, (2006).
7. DAVENPORT J.; Protesis Parcial Removible, Editorial Labor S.A., Barcelona-España, (2006).
8. GUTIÉRREZ LÓPEZ Enrique; “Técnicas de ayuda Odontológica-Estomatológica”, Editorial Editex, México, (2009).
9. HERNÁNDEZ Marilia; “Rehabilitación oral del paciente geriátrico”; Colombia, (2009).
10. HUPP James R.; “Cirugía oral y maxilofacial contemporánea”, Editorial Elsevier, España, (2010).
11. KOECK Bernard; “Prótesis Completas”; Editorial Elsevier; España, (2007).

12. LOZA FERNÁNDEZ David; “Diseño de la prótesis parcial removible”, Editorial Ripano, España, (2007)
13. MALLATT Ernest; “Prótesis Parcial Removible y sobre dentaduras”, Editorial Elsevier; España, (2006)
14. MISCH Carl E. ; “Implantología contemporánea”, Editorial Elsevier, España, (2009)
15. MISCH E.; “Prótesis dental sobre implantes”; editorial Elsevier; España, (2006)
16. MORALES MARTÍNEZ Fernando; “Temas prácticos en geriatría y Gerontología”, Editorial Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica, (2007)
17. MURILLO Jiménez; “Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación”, Editorial Elsevier, España, (2010).
18. PALMA CÁRDENAS Ascensión; “Técnica de ayuda Odontológica y estomatológica”, Editorial Thompson Paraninfo, España, (2010).
19. PARADA Huberto; Investigación Formativa; Mod. 2 SBU.; Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador, (2005).
20. RAHN Arthur; “Prótesis Dental Completa”, Editorial Panamericana, Estados Unidos, (2009).
21. RENDÓN Roberto; “Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño”, Editorial Médica Panamericana, México, (2006).

22. RIELLA Miguel C.; “Nutrición y Riñón”, Editorial Panamericana, España, (2007).
23. RODÉS J; “Libro de la Salud del Hospital Clínica de Barcelona y la Fundación BBVA”, Editorial Nerea S.A., España, (2007)
24. ROSENSTIEL Stephen F; “Prótesis Fija contemporánea”, Editorial Elsevier, España, (2009).
25. VELAYOS José Luis; “Anatomía de la cabeza: para odontólogos”, Editorial Panamericana; España, (2009).
26. WOLFGANG Bengel;(2007); “Valoración y profilaxis”, Editorial Elsevier, España, (2007).

LINCOGRAFIA

http://www.odontologiasol.com.ar/odontologia_protesis.htm

<http://www.dentalinfo.es/protesis.html>

<http://www.protesisdentajc.com/protesisremovibles.html>

http://www.clinicapatins.com/descargas/mantprótesisfelulas/prot_mixta.pdf.html

<http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/protesis.html>

<http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/protesis.html>

<http://www.clinicamartinezcabruja.com/Tratamientos/Tratamiento.aspx?Id=11>

<http://www.odontologia-online.com/php/phpBB2E/about1162.html>

http://www.clinicafajardo.com/area-cientifica/detalle.php?id=102_0_14_0_C

<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-psico18.htm>

PROPUESTA ALTERNATIVA

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

TÍTULO:

“CAPACITACIÓN EN LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN
PROTÉSICA REMOVIBLE DIRIGIDA A LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL
SUBCENTRO DE SALUD “EL LIMÓN”

FECHA DE LA PRESENTACIÓN:

Enero del 2012

ENTIDAD A EJECUTAR

Sub Centro de Salud “El Limón”

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO:

Tipo social, de Orden Educativo.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:

El Subcentro de Salud “El Limón” está localizado en el sitio Limón, parroquia Simón Bolívar, al fondo del callejón Hólger Párraga del cantón Portoviejo, provincia de Manabí.

JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se pudo apreciar que los pacientes encuestados y observados, desconocen la importancia de un buen mantenimiento de sus prótesis dentales, y aquellos que no son portadores de una prótesis dental removible explicarles todas las lesiones bucales, que aparecen al no contar con este tratamiento, por tal motivo es de suma importancia esta propuesta para lograr que los pacientes conozcan los daños que pueden ocasionar la falta del tratamiento protésico y el descuido de las prótesis dentales a los tejidos orales y a las piezas remanentes.

MARCO INSTITUCIONAL:

La Comunidad El Limón se encuentra ubicada al este de la ciudad de Portoviejo en la Provincia de Manabí, Parroquia Simón Bolívar, sus límites son:

Al norte con el rio Portoviejo

Al sur Lomas de Portoviejo

Al este con el Guabito

Al oeste con El Naranjo

Cuenta con una extensión territorial de 2.5 km², sus áreas de influencia son la Parroquia Colón, El Naranjo, El Guabito, tiene una población total 4.521.

La Parroquia Simón Bolívar cuenta con el Sub centro de Salud “El Limón” que es del Ministerio de Salud Pública; durante los primeros años este S.C.S.

funcionó en instalaciones de la Cruz Roja, estando en ese entonces encargada la –Sra. Cristina Macías de Funes, una de las damas perteneciente a la Cruz Roja.

Actualmente el S.C.S. El Limón ya tiene edificación propia que fue construido en un terreno adquirido por la comunidad con recursos del Estado a través de la Dirección de Salud de Manabí.

Se inició con un Médico y un Auxiliar de Enfermería, en el año de 1979 incluyéndose a este trabajo personal que labora para el proyecto FASBASE con Médico, Odontóloga y Licenciada en Enfermería.

Actualmente tiene 32 años prestando servicios y funciona desde hace 12 años en edificación propia ubicada al fondo del callejón Holger Párraga.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Educar a los pacientes del Subcentro de Salud “El Limón” sobre la Rehabilitación Protésica Removible.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Incentivar a los pacientes, para que conozcan la importancia y las ventajas de la rehabilitación protésica removible.

- Concientizar a los pacientes de las lesiones bucales que causa una prótesis dental removible defectuosa.
- Instruir a los pacientes sobre el cuidado, controles e higiene de sus prótesis dentales removibles.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Este proyecto se realizará en dos fases.

PRIMERA FASE

En esta primera fase se realizará el cronograma de las actividades para la propuesta. Se reunirá con el personal del Subcentro de Salud El Limón para dar a conocer los resultados de la investigación y tener además apoyo en la ejecución de la propuesta al problema.

También se prepararán las charlas educativas a los pacientes que asisten a la consulta Odontológica con los siguientes temas:

- ***¿Qué es la Rehabilitación protésica removible?***
- ***¿Qué ocurre si no se realiza el tratamiento protésico?***
- ***Control, cuidados e higiene de su prótesis dental removible.***
- ***Lesiones bucales causadas por las prótesis dentales defectuosas y su tratamiento.***

Se elaborará los trípticos y las gigantografía para el Subcentro de Salud.

SEGUNDA FASE

En esta segunda fase se darán las charlas educativas y se hará la entrega de la gigantografía y los trípticos al departamento de Odontología del S.C.S. Limón, además se entregarán pastas y cepillos dentales para incentivar la higiene bucal y de las prótesis dentales.

BENEFICIARIOS

Pacientes edéntulos totales y parciales que asisten a la consulta odontológica del Subcentro de Salud “El Limón”

DISEÑO METOLÓGICO

PRIMERA FASE		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS
Reunión con el personal de S.C.S. Limón	Autor de tesis, Odontóloga, Directora, Licenciada, Estadística, Nutricionista, Auxiliar.	Laptop y material didáctico
Preparación de charlas educativas	Autor de tesis	Laptop, flash memory, internet, textos.
Elaboración de gigantografía	Autor de tesis	Laptop, flash memory, internet, textos
Elaboración de trípticos	Autor de tesis	Laptop, internet y textos.
SEGUNDA FASE		
Charlas Educativas	Autor de tesis y pacientes	Proyector, flash memory, prótesis y cepillo dental
Entrega de gigantografía	Autor de tesis y personal	Gigantografía
Entrega de trípticos	Autor de tesis, personal y pacientes	Trípticos
Entrega de pastas y cepillos dentales	Autor de tesis y pacientes	Pastas y cepillos dentales

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO			
	1ra	2da	3ra	4ta
Reunión con el personal			X	
Preparación de las charlas educativas		X		
Elaboración de gigantografía		X		
Elaboración de trípticos		X		
Charlas educativas		X	X	
Entrega de gigantografía				X
Entrega de trípticos				X
Entrega de pastas y cepillos dentales				X

SOSTENIBILIDAD

El proyecto se sostiene porque permanecerá todo el material educativo en el Subcentro de Salud El Limón, como es la Gigantografía y trípticos, todo ello muy importante para el personal del área de Odontología que trabaja en el Subcentro, en especial la Odontóloga del Subcentro ya que se compromete en continuar con la capacitación a los pacientes sobre la importancia de la Rehabilitación Protésica Removible mediante el material de apoyo, donados por el investigador.

FUENTE DE FINACIAMIENTO: El presupuesto es financiado por el investigador.

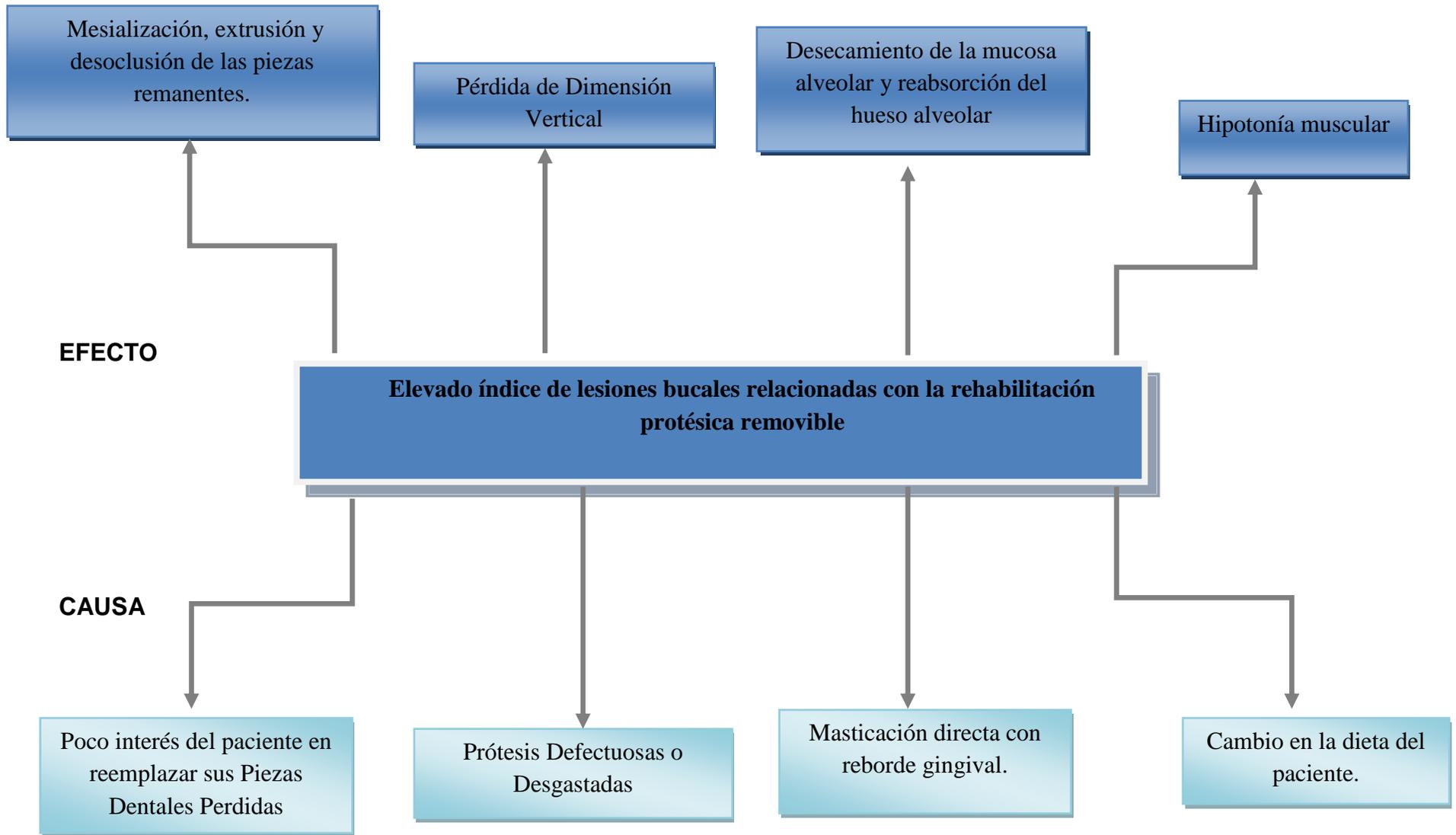
PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	AUTO GESTIÓN
Internet	1	mes	20,00	20,00	20,00
Memory	1	unidad	40,00	40,00	40,00
Trípticos	200	unidad	0,20	40,00	40,00
Gigantografía	1	unidad	50,00	50,00	50,00
Cepillos	100	unidad	0,50	50,00	50,00
Pastas	100	unidad	0,50	50,00	50,00
Imprevistos	5	unidad	1,00	5,00	5,00
TOTAL	255,00				

PROPUESTA

ALTERNATIVA

ANEXOS N°1



RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	APORTES EXTRAS
Fotocopia	500	Unidad	0.03	15	Autogestión	
Papel	4	Resmas	5	20	Autogestión	
Internet	6	Meses	25	150	Autogestión	
Tinta de impresión	4	Cartucho	35	140	Autogestión	
Encuadernación	4	Unidad	15	60	Autogestión	
Bolígrafo	2	Caja	5	10	Autogestión	
Carpeta	2	Unidad	0.50	1.00	Autogestión	
Pendrive	1	Unidad	35	35	Autogestión	
Computadora	1	Unidad	550	550	Autogestión	
Algodón	1	Caja	4.50	4.50	Autogestión	
Guantes	3	Cajas	7.50	22.50	Autogestión	
Mascarillas	3	Cajas	8	24	Autogestión	
Espejos Bucales	20	Unidades	1.50	30	Autogestión	
Movilización		Gasolina	200	200	Autogestión	
Material Didáctico		VARIOS		300	Autogestión	
SUBTOTAL				1562		
Imprevistos		10%		156.2		
TOTAL				1718.2		

CRONOGRAMA

Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Nombres de los recursos
ELABORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	153 días	26/09/2011	25/02/2012	Autor de tesis y tutor de tesis
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	25 días	26/09/2011	20/10/2011	Autor de tesis
Recopilación de textos acordes con el tema investigado	7 días	26/09/2011	02/10/2011	Autor de tesis
Selección de la información bibliográfica	15 días	03/10/2011	17/10/2011	Autor de tesis
Depuración de los contenidos	3 días	18/10/2011	20/10/2011	Tutor de tesis
REDACCIÓN DEL MARCO TEÓRICO	22 días	21/10/2011	11/11/2011	Autor de tesis
Redacción del marco teórico	18 días	21/10/2011	07/11/2011	Autor de tesis
Correcciones del marco teórico	4 días	08/11/2011	11/11/2011	Tutor de tesis
APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	40 días	12/11/2011	21/12/2011	Autor de tesis
Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	12/11/2011	12/11/2011	Autor de tesis
Aplicación de las encuestas	14 días	13/11/2011	26/11/2011	Autor de tesis
Aplicación de la observación	25 días	27/11/2011	21/12/2011	Autor de tesis
TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	15 días	22/12/2011	05/01/2012	Autor de tesis
Tabulación de los resultados	5 días	22/12/2011	26/12/2011	Autor de tesis
Graficación estadística de la información	2 días	27/12/2011	28/12/2011	Autor de tesis
Análisis e interpretación de los resultados	5 días	29/12/2011	02/01/2012	Autor de tesis
Evaluación del alcance de los objetivos específicos	3 días	03/01/2012	05/01/2012	Autor de tesis
REDACCION DE LAS CONCLUSIONES	4 días	06/01/2012	09/01/2012	Autor de tesis
Redacción de las conclusiones	1 día	06/01/2012	09/01/2012	Autor de tesis
DISEÑO DE LA PROPUESTA	5 días	10/01/2012	14/01/2012	Autor de tesis
Planificación de la propuesta	2 días	10/01/2012	11/01/2012	Autor de tesis
Elaboración de la propuesta	3 días	12/01/2012	14/01/2012	Autor de tesis
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	8 días	15/01/2012	22/01/2012	Autor de tesis y tutor de tesis
Redacción del borrador del informe final	8 días	15/01/2012	22/01/2012	Autor de tesis
CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	19 días	23/01/2012	10/02/2012	Autor de tesis
Presentación del borrador del informe final para correcciones	3 días	23/01/2012	25/01/2012	Autor de tesis
Correcciones finales del borrador del informe	16 días	26/01/2012	10/02/2012	Lectores de tesis
DEFENSA DEL INFORME FINAL	15 días	11/02/2012	25/02/2012	
Aprobación de la tesis	15 días	11/02/2012	25/02/2012	Autores de tesis, consejo académico de la carrera.

ANEXOS N°2

Formulario de encuestas



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
Carrera de Odontología
FORMULARIO DE ENCUESTAS
Dirigidas a los pacientes del Sub Centro de Salud El Limón
Sobre: Lesiones bucales y rehabilitación protésica

Indicaciones:

- a. Soy estudiante de la carrera de Odontología, de la Universidad San Gregorio requerimos por favor que me ayude con la siguientes preguntas para un trabajo de investigación.
- b. La encuesta es anónima para darle mayor libertad a sus opiniones.
- c. Requiere que responda a todas las preguntas del formulario con la mayor sinceridad.
- d. Por favor escoger únicamente a una alternativa en cada pregunta.
- e. Le agradezco infinitamente por su colaboración.

1. ¿Sabía Ud. que luego de la extracción de un diente debe realizarse una prótesis?

Si ()
No ()

2. ¿Cuándo lava su prótesis dental?

Luego de cada comida y en la noche ()
En las noches ()
Cada semana ()
Nunca ()
No uso prótesis ()

3. ¿Cada qué tiempo realiza control de sus prótesis dentales?

Cada 3 meses ()
Cada 6 meses ()
Cada año ()
Nunca ()
No uso prótesis ()

4. ¿Qué molestias le causa su prótesis dental?

Aumento de sarro ()
Inflamación de la encía ()
Dolor al masticar ()
No puede cerrar la boca con facilidad ()
Ninguno ()
No uso prótesis ()

5. ¿Qué tipo de alimentos consume?

Alimentos duros ()
Alimentos blandos ()
Alimentos duros y blandos ()

6. ¿Cree Ud. que su prótesis le ayude a triturar sus alimentos?

Si ()
No ()
No uso prótesis ()

Ficha de Observación.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
Carrera de Odontología
MATRIZ DE OBSERVACIÓN
Sobre Las Lesiones bucales y rehabilitación protésica
PACIENTES CON PRÓTESIS

Clasificación de Kennedy

Clase I	
Clase II	
Clase III	
Clase IV	
Clase V	
Clase VI	
Edéntulo total	

Movimientos de las piezas dentales

Migración	
Extrusión	
Intrusión	
Rotación	
Inclinación	
Mesialización	
Distalización	
Ninguno	

Reabsorción del reborde alveolar

Si	No

Pérdida de la dimensión vertical

Si	No

Estado de las prótesis

Bueno	
Regular	
Malo	

Lesión en la mucosa oral

Hiperplasia papilar	
Úlceras traumáticas	
Estomatitis	
Desecamiento de la mucosa	
Ninguno	

Tipo de masticación

Sobre piezas remanentes y mucosa	
Sobre piezas remanentes y acrílicas	
Sobre piezas acrílicas	

Tono muscular

Flacidez facial	
Sin flacidez facial	

Ficha de Observación.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
Carrera de Odontología
MATRIZ DE OBSERVACIÓN
Sobre Las Lesiones bucales y rehabilitación protésica
PECIENTES SIN PRÓTESIS

Clasificación de Kennedy

Clase I	
Clase II	
Clase III	
Clase IV	
Clase V	
Clase VI	
Edéntulo total	

Movimientos de las piezas dentales

Migración	
Extrusión	
Intrusión	
Rotación	
Inclinación	
Mesialización	
Distalización	
Ninguno	

Reabsorción del reborde alveolar

Si	No

Pérdida de la dimensión vertical

Si	No

Lesión en la mucosa oral

Hiperplasia papilar	
Ulceras traumáticas	
Estomatitis	
Desecamiento de la mucosa	
Ninguno	

Tipo de masticación

Sobre piezas remanentes y mucosa	
Sobre piezas remanentes y acrílicas	
Sobre piezas acrílicas	

tono muscular

Flacidez facial	
Sin flacidez facial	

ANEXOS N°3

Imagen #1



Imagen #2

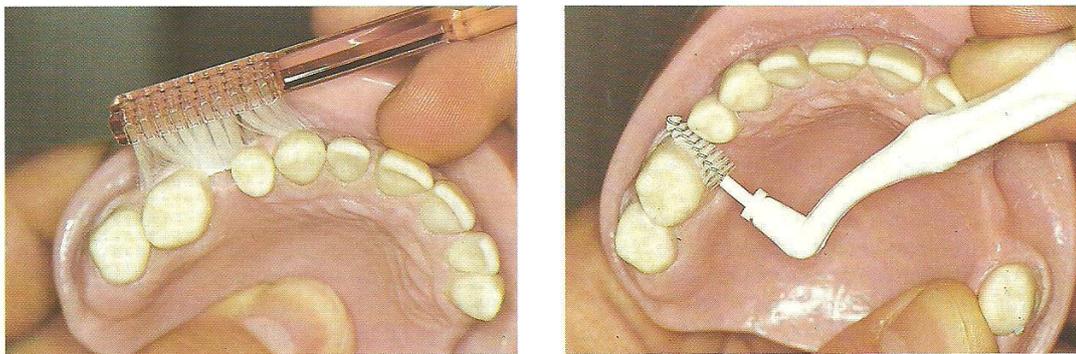


Imagen #3

<p>119</p> <p>119. Clase I. Zonas edéntulas bilaterales localizadas por detrás de los dientes naturales remanentes. Las sillas de las prótesis que han de restaurar estas zonas son descritas como <i>sillas libres</i>.</p>	<p>120</p> <p>120. Clase II. Una sola zona edéntula unilateral localizada por detrás de los dientes remanentes.</p>
<p>121</p> <p>121. Clase III. Una sola zona edéntula unilateral con dientes naturales situados por delante y por detrás de ella. Las sillas protésicas que habrán de restaurar estas zonas se llaman <i>sillas con límite</i>.</p>	<p>122</p> <p>122. Clase IV. Una única zona edéntula situada por delante de los dientes remanentes.</p>
<p>123. En las clases I-III cualquier zona desdentada adicional se menciona como modificación. Este ejemplo se describiría como una clase III modificación 2 (puesto que existen dos áreas adicionales desdentadas).</p>	
<p>123</p>	

Imagen # 4

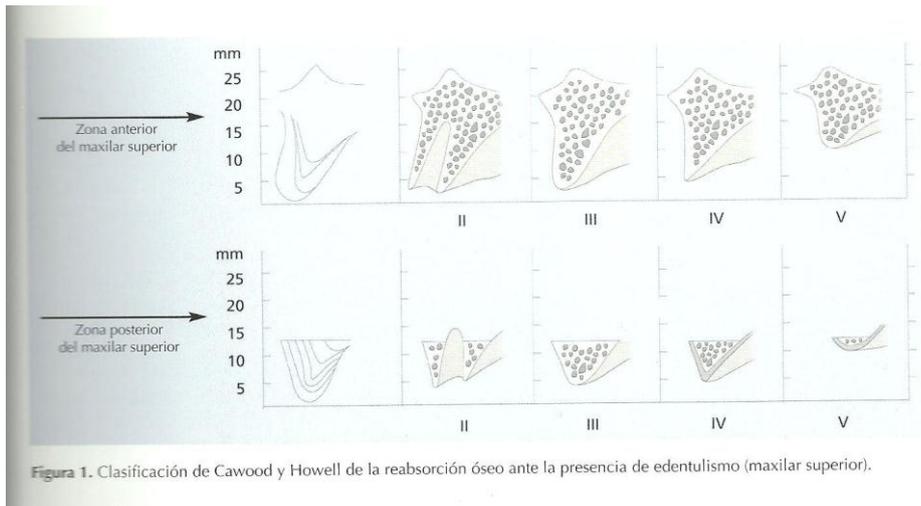


Figura 1. Clasificación de Cawood y Howell de la reabsorción ósea ante la presencia de edentulismo (maxilar superior).

Imagen # 5

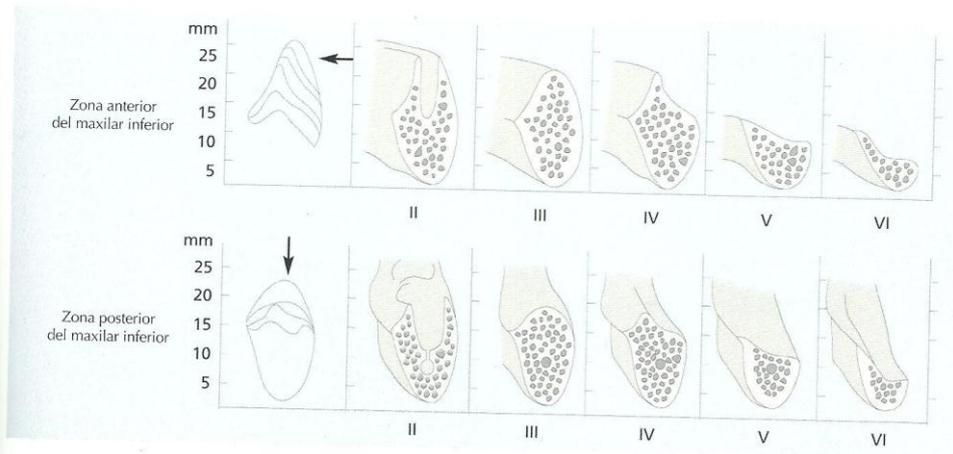


Figura 2. Clasificación de Cawood y Howell de la reabsorción ósea ante la presencia de edentulismo (maxilar inferior).

Imagen # 6

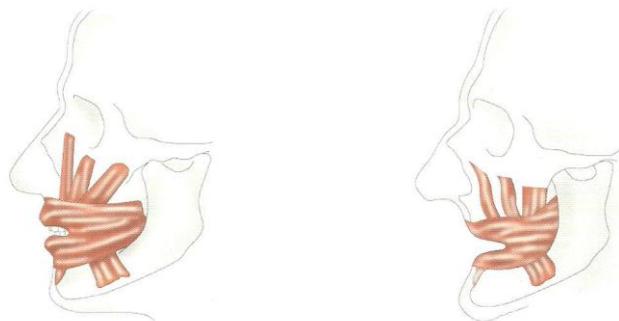


Figura 5. Alteraciones de la morfología facial (imagen extraoral).

Imagen # 7

8

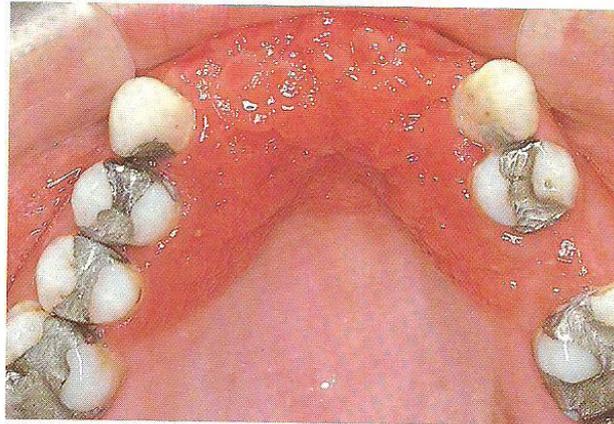


Imagen #8



Imagen # 9

12



ANEXOS N°4

ENCUESTAS REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN



**FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL
SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN**



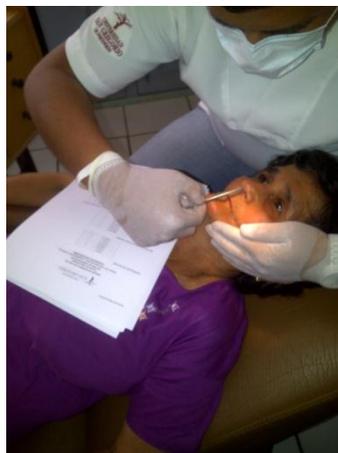
LESIONES BUCALES EN LOS PACIENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMON



EXTRUSIÓN DE LA PIEZA #26 POR FALTA DE ANTAGONISTA



ESTOMATITIS



PÉRDIDA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL

ESTADO DE LAS PRÓTESIS DE LOS PACIENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN



PRÓTESIS DENTAL CON HONGOS

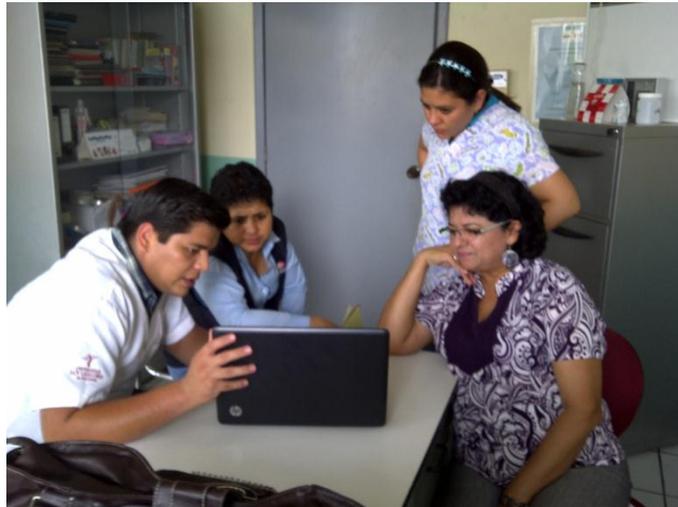


PRÓTESIS DENTAL CON PLACA BACTERIANA



PRÓTESIS DENTAL CON PLACA BACTERIANA Y DESGASTADA

**REUNIÓN CON EL PERSONAL DEL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN
PARA DAR A CONOCER LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**



CHARLA A LOS PACIENTES DEL SUB CENTRO DE SALUD EL LIMÓN SOBRE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA REMOVIBLE



ENTREGA DE PASTAS, CEPILLOS DENTALES Y TRIPTICOS A LOS PACIENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN



FRIMA DEL ACTA DE COMPROMISO Y ENTREGA DE LA GIGANTOGRAFÍA Y TRIPTICOS AL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA DEL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN



FIRMA DEL ACTA DE COMPROMISO



ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA Y TRÍPTICOS



GIGANTOGRAFÍA EN EL SUBCENTRO DE SALUD EL LIMÓN