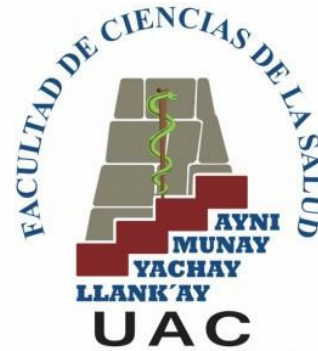




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I.

Tesis para obtener el Título de Cirujano
Dentista

Presentado por:

Bach.: Randy Palomino Palomino

Asesor: Mgt. Hugo L. Rosas Cisneros

CUSCO – PERU

2019



DEDICATORIA

El presente trabajo de grado va dedicado a Dios, como guía estuvo presente en mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas.

A mis padres que, con su apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional.

A mis padrinos, pues ellos son quienes han ofrecido su ayuda de todo corazón, para que se concrete con éxito la finalización de mis estudios, por su apoyo moral y material.

A mis hermanas por todo su apoyo, confianza y amistad.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis docentes de la Escuela Profesional de Estomatología, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión

A mi asesor de tesis Mgt. Hugo L. Rosas Cisneros, por su tiempo, su apoyo y por haberme guiado en la elaboración y culminación del presente proyecto de investigación

A los miembros del jurado por su experiencia, conocimientos y guiarme en el desarrollo del proyecto de investigación.



RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Determinar la necesidad de tratamientos con prótesis removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina, Ciclo 2018-I. La investigación tiene un diseño no experimental, alcance descriptivo y de tipo retrospectivo transversal. Para este proyecto de investigación se evaluaron 1255 historias clínicas y de los cuales 295 cumplieron con los criterios de selección. Para la recolección de datos se diseñó y validó el instrumento de medición.

Los resultados que se obtuvieron en mi investigación muestran que existe necesidad de tratamiento protésico en el maxilar superior 68.5% y en el maxilar inferior 76.0%. En relación a la necesidad de tratamiento protésico y sexo, existe mayor prevalencia del sexo femenino con necesidad de tratamiento con prótesis parcial en el maxilar superior 38.6% y en el maxilar inferior 42.7%. Además, se observó que hay mayor prevalencia de la clase II de Kennedy en el maxilar superior 36.2% y en el maxilar inferior 47.7%; También se observó que hubo mayor prevalencia del sexo femenino que necesitan de prótesis totales 70.3%.

Como conclusión; la clase con mayor prevalencia en el maxilar superior fue la clase II 36.2% modificación 1=59.3% y en el maxilar inferior la clase con mayor prevalencia fue la clase II 47.7% modificación 0=84.1%.

Palabras clave: Prótesis, necesidad, edéntulo.



ABSTRACT

The objective of this research was to determine the need for treatments with removable prostheses in adult patients who come to the Universidad Andina's Stomatology Clinic "Luis Vallejos Santoni" semester 2018-I. The research has a non-experimental design. descriptive scope retrospective type. For this research Project 1255 clinical histories were evaluated which 295 met the selection judgment, For data collection, the measuring instrument was design and valid.

The results that were obtained in my research show that there is a need for treatment in the upper maxillary 68.5% and in the lower maxillary 76.0%. In relation to the need for treatment and sex, there is a higher prevalence of female sex with need for treatment with partial prosthesis in the upper maxillary 38.6% and in the lower maxillary 42.7%. also It was observed that there is a higher prevalence of Kennedy's class II in the upper maxillary 36.2% and in the lower maxillary 47.7%; it was also noted that there was higher prevalence of female sex that need complete prosthesis.

As a conclusion; the class with the highest prevalence in upper maxillary it was class II 36.2% modification 1 = 59.3% and in the lower maxillary it was class II 47.7% modification 0 = 84.1%.

Keywords: Prosthesis, requirement, edentulous.



ÍNDICE

DEDICATORIA ii

AGRADECIMIENTOS iii

RESUMEN iv

ABSTRACT v

INTRODUCCIÓN ix

CAPITULO I: 1

 1.1. Planteamiento del problema 1

 1.2. Formulación del problema 3

 1.2.1. Problemas específicos 3

 1.3. Objetivos 4

 1.3.1. Objetivo general: 4

 1.3.2. Objetivos específicos 4

 1.4. Justificación 5

 1.5. Limitaciones de la investigación 6

 1.6. Aspectos éticos 6

CAPITULO II: Marco Teórico 7

 2.1. Antecedentes de investigación 7

 2.1.1. Antecedentes internacionales 7

 2.1.2. Antecedentes nacionales 11

 2.2. Bases teóricas 16

 2.2.1. Edentulismo: 16

 2.2.2. Edentulismo Total: 20

 2.2.3. Edentulismo Parcial: 23

 2.2.4. Clasificación de Kennedy: 25



2.2.5. Rehabilitación Protésica.27

2.2.6. Componentes de una Prótesis parcial removible.36

2.2.7. Logros con la rehabilitación.38

2.2.8 Medición de necesidad de prótesis.39

2.3 Marco conceptual.....42

2.3.1 Edentulismo:43

2.3.2 Prótesis:43

2.3.3 Sexo:43

2.3.4 Edad:43

2.4 Hipótesis:43

2.5. Variables e indicadores.....43

2.5.1 Identificación de las variables.43

2.5.2 Operacionalización de las variables.....44

CAPITULO III: Diseño Metodológico45

3.1. Tipo de investigación:45

3.2. Diseño de la investigación:45

3.3. Población y muestra.....45

3.3.1. Población.....45

3.3.2. Muestra.....45

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos.46

3.5. Procedimiento de recolección de datos.....46

3.6 Técnica de procesamiento de datos.47

CAPITULO IV: Resultados49

4.1. Análisis de resultados generales de la población.49

4.2. Análisis resultados resultados para la Necesidad de tratamiento con prótesis de acuerdo a los objetivos de la investigación.53



4.3. Análisis de resultados adicionales a los objetivos de la investigación para la Necesidad de tratamiento protésico	59
CAPITULO V.....	69
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES	72
SUGERENCIAS.....	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS.....	79



INTRODUCCIÓN

La población que padece de patologías estomatognáticas en su mayoría pierde piezas dentarias a corta edad; los problemas sociales, económicos, de género, de edad, intelectual, hábitos y costumbres se relacionan con esta situación. Para los adultos la importancia de conservar la salud oral no es de gran relevancia, que da como consecuencia el aumento del riesgo de la pérdida de piezas dentarias, es decir que estos pacientes pueden manifestar edentulismo ya sea parcial o total. (1)

Cuando se pierden piezas dentarias se produce una disminución de la función masticatoria, aun así, a pesar de que no son capaces de triturar el alimento perfectamente, las personas edéntulas buscan la manera de comer sin dificultades, por lo que traga un bolo alimenticio mal triturado. (2)

El edentulismo tiene consecuencias negativas que hacen que esta condición deba ser tratada de inmediato por un profesional odontólogo, sin embargo, los tratamientos de rehabilitación de la cavidad oral del paciente con prótesis totales o parciales son costosos y complejos. El sistema de salud pública del Perú dentro de su cartera de tratamientos no ofrece tratamientos rehabilitadores, condicionando a los pacientes a acudir a los servicios odontológicos privados y convirtiendo la salud oral en algo que se limita solo a las personas con capacidad de costear sus tratamientos, ya que para ciertos sectores de la población resulta imposible debido a las grandes diferencias económicas en nuestra nación. (3)

Entonces es necesario conocer lo que está sucediendo en nuestra realidad local, el presente estudio hace una descripción de la población adulta y su prevalencia en la necesidad de prótesis para así poder replantear o sugerir la continuación de programas estatales como “Vuelve a sonreír” por la importancia de rehabilitar la cavidad bucal como componente de la salud física del paciente.





CAPITULO I:

1.1. Planteamiento del problema.

El edentulismo se da a lo largo de la vida, es irreversible e involucra la pérdida de un órgano importante de la cavidad oral, en muchas situaciones en nuestra población se considera a las exodoncias como la única solución por el poco interés por la salud de la boca y el acceso limitado a los servicios de salud por parte de la población. (3)

Esta condición en el individuo se presenta como resultado de procesos multifactoriales que se relacionan con procesos biológicos como; enfermedad periodontal, patología pulpar, caries, cáncer oral, traumatismos dentales, y también los factores no biológicos relacionados con los tratamientos dentales como: el costo, las preferencias del paciente, acceso a la atención dental, y las opciones de tratamiento (3)

En el Perú la inversión en salud pública en el año 2013 (5,3% del producto bruto interno PBI), nos ubicó por debajo del promedio de América del Sur (Banco Mundial, 2016), (4). Actualmente el ministerio de salud (MINSa) redujo a 4.6% el presupuesto institucional modificados (PIM) para el año 2018 en relación con años anteriores, a pesar de los problemas del sector salud. El gasto público actualmente es de S/16.856 millones (2,40% del PBI), Cuando lo recomendable para la organización mundial de salud (OMS) es tener un gasto por encima del 6%. (5)

Por la presencia del edentulismo y de otras necesidades de salud bucal en el Perú, el ministerio de salud creó el Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 "Vuelve A Sonreír", pero que actualmente ya no está vigente lo que hace que se requiera de nuevas políticas públicas o replantear las actuales. (4)

Como consecuencia del edentulismo la calidad de vida se ve afectada por el estado de salud bucal del adulto mayor; en la estética facial y la comunicación oral los dientes son de gran relevancia, teniendo por efecto gran influencia en sus relaciones interpersonales y en consecuencia en su autoestima, la que se ve disminuida por la pérdida de los dientes. (2)



En países desarrollados a pesar del éxito de los cuidados dentales destinados a la prevención la demanda de tratamiento de este tipo sigue siendo alta. Las prótesis dentales seguirán siendo parte del ámbito de actividad de los odontólogos protésicos durante las próximas décadas. El ligero descenso del número de casos que necesitan tratamiento se verá proporcionado por la creciente dificultad de los casos de maxilares edéntulos. (6)

La odontología rehabilitadora se especializa en la realización de tratamientos de cualquier nivel de complejidad a través del uso de prótesis ya sean fijas o removibles (totales o parciales) lo cual va a reemplazar las piezas dentarias perdidas y devolviéndole al paciente la estética, armonía y función al sistema estomatognático tratando de encontrar una correcta oclusión siempre. (7)

Se puede considerar como rehabilitación ideal a las prótesis que restablecen la función y la estética satisfactoriamente, debido a que en algunos pacientes dicho tratamiento es la solución a problemas principalmente psicológicos; tales como, miedo al hablar o al sonreír, lo que motiva un estado de tensión e inseguridad, además del problema funcional como la eficacia masticatoria. (8)

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar la necesidad de tratamientos protésicos removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, esta información nos brindara una visión más cercana de la necesidad de tratamiento rehabilitador de la población cusqueña, Los datos estadísticos de una población son necesarios en las ciencias de la salud incluida la odontología ; y a la vez importantes para la enseñanza y el conocimiento. Así mismo al no existir investigaciones similares o relacionadas al tema en nuestra localidad la investigación tiene como propósito obtener datos del estado actual de la salud oral que sean confiables y proponer estrategias para tener una adecuada planificación en la prevención de enfermedades bucales y así mismo para satisfacer la demanda de tratamientos rehabilitadores de nuestra población.



1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la necesidad de tratamientos con prótesis removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco Ciclo 2018-I?

1.2.1. Problemas específicos

- ¿Cuál es la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, según sexo?
- ¿Cuál es la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, Según edad?
- ¿Cuál es la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, Según el maxilar?
- ¿Cuál es la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, Según sexo?
- ¿Cuál es la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, Según edad?
- ¿Cuál es la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, Según el maxilar?



1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Determinar la necesidad de tratamientos con prótesis removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina, Ciclo 2018-I.

1.3.2. Objetivos específicos.

Identificar la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco. según sexo

Identificar la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco. Según edad

Identificar la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco. Según el maxilar

Identificar la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco. Según sexo

Identificar la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco. Según edad



Identificar la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco. Según el maxilar.

1.4. Justificación

En los centros de atención públicos la oferta de tratamientos bucales ofrecidos para la rehabilitación oral es muy pobre, limitándose solo a los tratamientos básicos, dejando abierta una gran brecha en lo que respecta a las necesidades bucales de las personas edéntulas parciales y totales que conservan por años su condición dando lugar a diversas complicaciones para la salud bucal y general (3)

1.4.1 Relevancia Científica:

El presente trabajo servirá de referencia científica para futuras investigaciones sobre la necesidad de tratamiento protésico. Así mismo contribuirá de forma efectiva en informar a la sociedad sobre los beneficios de una rehabilitación oral.

1.4.2 Relevancia Social:

Existe muy pocas investigaciones referentes a la necesidad de prótesis de la población cusqueña, mediante este trabajo se contribuirá informando a los profesionales de la salud de la alta necesidad de tratamientos protésicos que requiere nuestra sociedad y que es consecuencia del edentulismo.

1.4.3 Implicancia Práctica:

Luego de los datos obtenidos se sugiere la creación de programas sociales o políticas estatales para la rehabilitación oral de personas edéntulas.



1.4.4 Utilidad Metodológica:

Con la investigación se pudo comprobar la necesidad de tratamiento protésico a través de un instrumento de recolección de datos que fue diseñado a partir de parámetros para identificar el edentulismo total o parcial; el instrumento utilizado fue validado por expertos y con ella se puede identificar el edentulismo y determinar la necesidad de prótesis oral y podrá ser utilizado en otras investigaciones.

1.5. Limitaciones de la investigación

A nivel local se encontró poca información sobre trabajos de investigación similares o referidos al tema.

1.6. Aspectos éticos

Se obtuvo la autorización del director de la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco para tener acceso a las historias clínicas de los pacientes atendidos.

Los datos personales de los pacientes que fueron tomados de las historias clínicas serán protegidos.



CAPITULO II: Marco Teórico

2.1. Antecedentes de investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Título: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo de los tratamientos realizados en la clínica de prótesis removible de la facultad de odontología de la universidad de chile, en el período 2009 al 2012 [tesis]

Autor: Pedro Nicolás Osorio Sánchez. Santiago – Chile.2015

Objetivo: Describir cuáles fueron los tratamientos realizados a los pacientes asistentes a la Clínica de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, durante el periodo comprendido entre los años 2009 y 2012.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo a través de la revisión de datos de fichas clínicas.

Resultados: Se alcanzó como resultados del estudio que un 26,4% fueron de género masculino y 73,5% de los casos de género femenino, el 4,9% planeó realizar sólo una prótesis inferior, el 7,3% planeó sólo realizar prótesis superior y el 87,8% planeó realizar un juego protésico. El 82% del total de la muestra se hizo un juego protésico. El 5% se hizo sólo una prótesis inferior, el 9% se hizo sólo una prótesis superior. Un 1% no se hizo prótesis.

Conclusiones: Los tratamientos planificados que fueron efectivamente realizados tienen un porcentaje alto. Hubo un porcentaje bajo de inasistencias. Existe un gran porcentaje de cumplimiento de las sesiones planificadas y las utilizadas en el tratamiento protésico. (9)

Título: Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar de la Universidad Católica de Cuenca. [revista]

Autor: Matute Bueno Xavier, Pacheco Arce María Gabriela.Cuenca-Ecuador.2017

Objetivo: Determinar la Frecuencia de Edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos entre 18 a 70 años de edad de la



clínica integral de la Carrera de Odontología en la Unidad Académica de Salud y Bienestar.

Metodología: La investigación tuvo el diseño descriptivo retrospectivo, en donde se evaluaron a 100 personas adultas, los datos generales y clínicos se recogieron mediante un formulario utilizado de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se consiguió evaluar la salud bucal del paciente, su situación y necesidad de tratamiento protésico.

Resultados: En la presente investigación de acuerdo a la edad nos da a conocer que existe una prevalencia del sexo femenino representado por un 58% que presenta necesidad de tratamiento protésico entre las edades de 31 a 50 años con un 35%, así mismo se halló el 100% de los pacientes estudiados que presentaban edentulismo parcial y total, obteniendo resultados de una mayor frecuencia el edentulismo bimaxilar con una menor frecuencia es parcial superior 5 % y un 87 %, edentulismo parcial inferior 8%.

Conclusiones: Se afirma que existe tratamiento protésico total del 1%, una necesidad de tratamiento protésico parcial inferior del 82 %, y el 17% de la población no necesitan un tratamiento protésico. (1)

Título: Caries dental y necesidad de tratamiento protésico en Adultos de la comuna de Macul, 2014. [revista]

Autor: Patricia Moya Rivera, Juan Carlos Caro Cassali.Santiago-Chile.2015

Objetivo: El objetivo del estudio fue determinar la historia de caries dental, necesidad de prótesis dental removible y uso en adultos entre 20 y 59 años de edad que viven en la comuna de Macul, durante el año 2014.

Metodología: Se realizó una tesis de tipo transversal en una muestra de 192 adultos.

Resultados: Los resultados en relación a la necesidad de prótesis dental arrojaron que Entre los pacientes que necesitan prótesis, en el maxilar inferior un 10,81%, en el maxilar superior se dio un 20,72%, y un 68,46% en ambos maxilares. Un 57,81% de los adultos requiere de prótesis dental removible, siendo ligeramente mayor en las mujeres y en los grupos de



mayor edad. El uso de prótesis removible fue menor en varones. Al examinar la frecuencia por grupo de edad, se pudo ver que a medida que aumenta la edad del grupo, la frecuencia de uso de prótesis fue mayor.

Conclusiones: En el componente perdido se presentó el mayor valor de los datos, sin diferencias por sexo. 57,81% requiere prótesis dental removible, principalmente en ambos maxilares. 31,25% es portador de prótesis dental removible, frecuencia que acrecienta a mayor edad. Se determinó que la población tiene un elevado daño por caries dental, que se caracteriza principalmente por pérdida de dientes, lo que se convierte en una mayor demanda de rehabilitación protésica. (10)

Título: Necesidad de rehabilitación protésica en una población seleccionada de un área de salud. [revista]

Autor: Evelyn Arencibia García. Cuba.2016

Objetivo: El objetivo de la investigación fue “determinar la necesidad de tratamiento protésico en una población correspondiente al área de salud Hermanos Cruz establecida al departamento estomatológico del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" en el tiempo comprendido entre septiembre 2013 a agosto 2014”.

Metodología: Se ejecutó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en la muestra participaron 6 680 pacientes de ambos sexos de 19 años y más.

Resultados: Se observó en el estudio que predominó el grupo de 60 años y más, donde el 45.5% de los examinados necesitaban rehabilitación con prótesis. La necesidad de rehabilitación fue de un 26.7% del total de la población, mientras que, el 96,5% pacientes presentaron necesidad de rehabilitación por afectación del maxilar superior, Además, existió mucha más necesidad de rehabilitación en el maxilar superior, sin distinción del grupo de edad.

Conclusiones: El estudio estableció que la necesidad de rehabilitación es alta en la población correspondiente al área de salud del departamento estomatológico del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" durante el período de septiembre 2013 a agosto 2014. (2)



Título: Necesidades de rehabilitación oral con prótesis en el hogar de ancianos "Santa Catalina Labouré" distrito metropolitano. periodo. noviembre 2015- enero 2016. [tesis]

Autor: Pamela Alexandra Asencio Palacios. Quito-Ecuador

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar las “necesidades de rehabilitación oral con prótesis en pacientes de la tercera edad que habitan en asilo de ancianos Santa Catalina Labouré”.

Metodología: A través de un estudio observacional y transversal en 47 pacientes a cada uno de ellos se les realizó un índice de rehabilitación oral, en donde se observó la ausencia o presencia de prótesis dentales ya sea Prótesis Total, Prótesis Fija y Prótesis Removible.

Resultados: En función a los resultados de la necesidad de prótesis se indagó sobre el tipo específico de prótesis, determinándose que el 42,6% requieren prótesis total inferior, el 40,4% prótesis total superior, el 31,9% prótesis removible inferior y el 23,4% prótesis removible superior, Finalmente el diagnóstico determinó que el 82,9% de las mujeres y el 75% de los varones requerían algún tipo de prótesis. En cuanto a la edad se determinó que el grupo de menor edad requería en mayor proporción prótesis total inferior (57,1%), prótesis total superior (42,9%) en el grupo de 70 a 80 lo más común fue prótesis removible inferior (36,4%) y prótesis total superior (36,4%) los de mayor edad requerían prótesis total inferior (50%).

Conclusiones: Se diagnosticó clínicamente edéntulos totales y edéntulos parciales, obteniendo en los resultados que el 80,9% de los pacientes investigados requieren prótesis dentales. (11)

Título: Necesidad real de prótesis estomatológica en un área de salud

Autor: Dr. Rómell Lazo Nodarse, Dr. Bismar Hernández Reyes. Camagüey, Cuba.2018 [revista]

Objetivo: El objetivo de la investigación fue determinar la necesidad real de prótesis estomatológica en el Área de Salud Norte del municipio Camagüey.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal en la población del Área de Salud Norte del municipio Camagüey desde octubre de 2013 hasta



abril de 2015. El universo de estudio estuvo constituido por 574 personas mayores de 18 años de edad y de ambos sexos.

Resultados: Al evaluarse la necesidad real de prótesis estomatológicas y las causas de la misma en toda la población analizada se llegó a la conclusión que de las 574 personas que conformaron la muestra, el 69,9 % tenía necesidad real de prótesis estomatológica y la falta de dientes fue la principal causa en el 82,2 % de los pacientes con dicha necesidad.

Conclusiones: La necesidad real de prótesis estomatológica prevaleció en pacientes del sexo femenino, mayores de 60 años y la principal causa fue la pérdida de dientes. (12)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Título: Situación y necesidad de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH durante el periodo julio a setiembre en el año 2015. [tesis]

Autor: Fátima Brunella Peralta Más. Lima – Peru.2017

Objetivo: Describir la necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Metodología: La tesis fue de tipo descriptiva, cuantitativa, transversal prospectiva, y observacional. 151 pacientes fueron examinados en el estudio entre 18 y 60 años de edad que acudieron a la Clínica Dental Docente de la UPCH durante el periodo Julio a Setiembre en el año 2015.

Resultados: Un total de 151 pacientes entre 18 y 60 años fueron evaluados, de los cuales 59 pacientes(39.1%) fueron de sexo masculino y 92 pacientes (60.9%) de sexo femenino, para la necesidad de prótesis se registraron los siguientes datos, el valor más bajo fue para la necesidad de prótesis combinada en el maxilar inferior con 0 pacientes (0%) y el valor más alto fue para ninguna necesidad de prótesis en el maxilar superior con 98 pacientes (64.9%). Sólo un 12.6% de los pacientes portaban prótesis, prótesis parcial removible en el maxilar inferior con 2% y siendo la prótesis parcial fija la que



más se usaba en el maxilar superior con 6%. El 53% de los pacientes tenían necesidad de algún tipo de prótesis, 27.8% (maxilar inferior) y la prótesis parcial removible fue la que más se necesitó con 20.5% (maxilar superior).

Conclusiones: Se halló baja frecuencia del estado de las prótesis dentales y una alta frecuencia de necesidad en pacientes adultos que acuden a la Clínica Dental Docente de la UPCH durante el periodo Julio a Setiembre en el año 2015. (13)

Título: Necesidad protésica y prevalencia de edentulismo parcial en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del periodo 2013 al 2014. [tesis]

Autor: Edson Michelson Avendaño Vera.Lima-Peru.2016

Objetivo: Identificar la Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Metodología: Descriptivo, transversal y observacional.

Resultados: Se halló en la investigación que, de un total de 363 maxilares edéntulos parciales, de acuerdo a la variable del género tuvo 132 (36.4%) maxilares pertenecieron al sexo masculino y mayor prevalencia el sexo femenino por maxila con 231 (63.6%). Asimismo, el edentulismo tuvo menor prevalencia en los maxilares superiores con 163 (44,9 %) que del maxilar inferior con 200 (55,1 %). Además de los 243 pacientes que se realizaron el tratamiento de prótesis parcial removible la necesidad protésica de la clase IV de Kennedy fue 5 pacientes (2,1 %), de la clase III de Kennedy fue 82 pacientes (33,7 %), de la clase II de Kennedy fue 91 pacientes (37,4 %), y de la clase I de Kennedy fue 132 pacientes (54,3 %).

Conclusiones: se demostró comparando los periodos que se mantiene un promedio constante de prótesis parciales removibles realizadas manteniéndose la clase I de Kennedy como la más prevalente. (14)



Título: Relación entre edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en personas adultas de la comunidad de “Aguada de Palos” en el distrito de Santiago - Ica, 2017. [tesis]

Autor: Sonia Geraldine Murguía Barrios.Ica-Peru.2018

Objetivos: Determinar la relación que existe entre el edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en personas adultas de la comunidad “Aguada de Palos” en el distrito de Santiago en el año 2017.

Metodología: Se realizó un estudio de nivel relacional tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico. El universo fue 460 con una muestra de 210. Previa firma del consentimiento informado se procedió al examen clínico.

Resultados: Se encontró que los edéntulos tienen necesidad de prótesis multi unitaria 51,4%; combinación prótesis unitaria y multi unitaria 15,2%, prótesis completa 12,4%: prótesis unitaria 6,7%. La necesidad protésica superior en los adultos fue multi unitaria 38,1%; femenino 24,3%; nivel de instrucción secundaria 23,3%. La necesidad protésica multi unitaria inferior fue prevalente en el adulto 28,6%; femenino 31,9%; instrucción secundaria 28,6%.

Conclusiones: Se concluyó que existe relación significativa entre edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico. (15)

Título: Necesidad de tratamiento protésico y edentulismo en adultos de ámbito urbano marginal [revista]

Autor: Roberto Antonio León-Manco, Vanessa Leila Gutiérrez-Vargas, Lima-Peru.2015

Objetivos: El objetivo de la investigación fue “determinar la frecuencia de la necesidad de tratamiento protésico y edentulismo en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla”

Metodología: Estudio transversal, descriptivo, observacional.

Resultados: Con respecto a la información recolectada, en cuanto a la necesidad de tratamiento protésico, se estableció que 67,3% (113 pacientes) para el maxilar inferior y 59,6% (100 pacientes) lo requieren para el maxilar



superior. Con relación a la variable edad se halló una mayor prevalencia de pacientes que requerían necesidad protésica entre las edades de 41 a 64 años, con 92,3% (36 pacientes) para el maxilar inferior y con 89,8% (35 pacientes) para el maxilar superior. En relación a la variable grado de instrucción con mayor necesidad protésica fue primaria completa e incompleta, habiendo para el maxilar inferior un 81,6% (44 pacientes) y para el maxilar superior un 64,9% (35 pacientes). Se halló una relación estadísticamente significativa entre la necesidad de tratamiento protésico y edad.

Conclusiones: Se halló una frecuencia de necesidad de tratamiento protésico y edentulismo en adultos de ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, en el año 2014, parecida a las tasas descritas en la literatura nacional e internacional. (16)

Título: Necesidad protésica de los alumnos de entre las edades 15 a 17 años, de la Institución Educativa 116 Abraham Valdelomar, distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2017 [tesis]

Autor: Adrián Gregori Pecho Quito. Lima-Peru.2018

Objetivo: El estudio tuvo el propósito de “determinar la necesidad protésica de los alumnos de entre las edades 15 a 17 años de edad, de la Institución Educativa 116 Abraham Valdelomar, distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2017”.

Metodología: Se ejecutó una investigación de tipo prospectivo y de corte transversal. La población del presente estudio estuvo conformada por 272 alumnos, entre 15 a 17 años de edad, según el registro de matrícula. La muestra del presente trabajo estuvo conformada por 159 alumnos de 15 a 17 años de edad, estudiantes del cuarto y quinto grado de educación secundaria, de la I.E. 116 Abraham Valdelomar.

Resultados: Los resultados encontrados mostraron de un total de 159 alumnos examinados, solo un 16,35% de los en alumnos de 15 a 17 años de edad requieren necesidad protésica y no requieren el 83,65%. La necesidad protésica según la edad presentó un 27,27% de los alumnos que tienen 17



años de edad, seguido por un 15,28% que tienen 16 años y por el 13,85% de los alumnos que tienen 15 años de edad.

Conclusiones: Se concluye que solo un 16,35% de los en alumnos de 15 a 17 años de edad requieren necesidad protésica, y el tipo de necesidad protésica que presentan los alumnos de 15 a 17 años de edad fue la prótesis fija en el 100% de los evaluados con necesidad protésica. (17)

Título: La calidad de vida, y el edentulismo parcial o total en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016 [tesis]

Autor: Susy Isabel Tantas Caldas. Lima-Peru.2017

Objetivo: La tesis tuvo como objetivo establecer la relación entre la “calidad de vida, y el edentulismo parcial o total en pacientes ancianos con presencia de edentulismo total o edentulismo parcial del area especializada de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del año 2016”.

Metodología: El presente trabajo de investigación fue un estudio descriptivo, observacional y transversal.

Resultados: La tesis muestra que el edentulismo total estuvo presente en 47 (30.9%) individuos, mientras que mayoritariamente el grupo de estudio estuvo constituido por edéntulos parciales 105 personas (69.1%). En relación a la variable edad el grupo de edad entre 81 – 91 años, fue 38 individuos (25%) seguido del grupo de edad comprendida entre 71 – 80 años por 51 individuos (33.6%), por último, la mayor parte de la muestra, 63 individuos (41.4%) se encuentran entre 60 – 70 años.

Conclusiones: Se concluyo en el estudio que en la mayor parte de la muestra la calidad de vida relacionada a la salud oral presento una autopercepción muy mala y que demanda atención odontológica por tal motivo este servicio tiene que formar parte del nivel primario de atención de salud en los programas integrales del estado. (18)

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Edentulismo:

Es la pérdida de piezas dentarias de forma irreversible y puede ser adquirido, lo que significa que, perder piezas dentarias a lo largo de nuestra vida es mucho más común que un edentulismo por problemas congénitos, y es consecuencia de procesos patológicos como: patología periodontal, caries o traumatismos. así mismo el edentulismo que se manifiesta en los síndromes congénitos muy graves y por lo general no compatibles con la vida; lo que se denomina edentulismo congénito (19)

2.2.1.1 Etiología:

- a) Patología Periodontal: Muchos autores señalan que la enfermedad periodontal se caracteriza por que implica y daña todas las estructuras de soporte de los dientes como son: el ligamento periodontal, hueso alveolar y encía; también se menciona que esta patología junto a la caries son las responsables principales de la pérdida de piezas dentarias en la boca. Se define como periodontitis al conjunto de patologías infecciosas que son causadas por bacterias que afectan a las encías y al periodonto de inserción que son estructuras que retienen, rodean y protegen a la pieza dentaria, es una de las enfermedades orales más comunes, existe una susceptibilidad genética de la población de cerca del 30% de padecer esta enfermedad; al mencionar enfermedad periodontal nos referimos científicamente tanto a la periodontitis conocida también como piorrea como a la gingivitis. Esta patología puede ser detectada por inspección clínica, es bastante conocida y acarrea diversas consecuencias. La enfermedad periodontal invasora es una de las causas principales de la pérdida de piezas dentarias, esta actúa destruyendo fibras del tejido gingival y el epitelio de revestimiento del surco gingival, y continúa dañando estructuras hacia apical hasta llegar a la raíz, a la vez que va formando bolsas de gran tamaño y dañando el hueso alveolar. Como un



dato importante, otras enfermedades sistémicas del paciente como enfermedades cardiovasculares y la diabetes muchas veces están directamente relacionadas a la enfermedad periodontal. (3)

b) Traumatismos: Martha Cristina Ramírez Díaz realizó un estudio en Cuba, Ciego de Ávila donde demostró que el 1,1% de 2609 piezas perdidas fueron a causa de traumatismos. A pesar de que no es un porcentaje significativamente alto debemos tenerlo en cuenta, pues es uno de los causantes de la pérdida dental. Las principales piezas dentales más afectadas son los incisivos centrales superiores, debido a que estos se localizan más vestibularizados en la arcada dental. Este tipo de edentulismo tiene distintas causas como puede ser: lesiones deportivas más frecuente en ciclistas, agresiones con un 20% debido a empujones o luchas y las caídas con un 80%. (3)

c) Caries: Según la organización mundial de la salud (OMS) es una patología que por lo general ataca a toda la población. se calcula que el 100% de los adultos en todo el mundo lo presenta, mientras, que en los escolares el 60% - 90% presenta esta patología. (4)

La caries es producida por bacterias que se encuentran en nuestra boca; en particular *Streptococos Mutans* y *Lactobacillus acidophilus*, estas bacterias durante su metabolismo generan ácidos que conllevan al debilitamiento de las estructuras dentarias de manera progresiva y produciendo huecos en los dientes, de tal manera que con el paso del tiempo si no se previene su avance generara una gran destrucción, dañando otros tejidos como la pulpa, produciendo dolor e infección y por último la pérdida de la pieza dentaria (3)

La mayor prevalencia a perderse la tiene el primer molar permanente porque durante el recambio de piezas dentarias



son los primeros en aparecer y así están más tiempo en contacto con los ácidos producidos por bacterias; así mismo influye la forma de su anatomía. (3)

2.2.1.2 Relación entre la edad y pérdida de los dientes: No hay duda de que existe la relación entre la edad y la pérdida de piezas dentarias. Se ha demostrado que hay una relación definida del incremento de la edad con la ausencia de piezas dentarias, y la presencia de dientes que permanecen en boca unos más tiempo que otros. Se afirma que la pérdida de piezas dentarias es diferente en las arcadas dentarias; los dientes del maxilar superior tienden a perderse primero en relación a los dientes de la arcada mandibular. Así mismo se sugiere que hay una prevalencia dentro de una misma arcada; que los primeros dientes en perderse son las piezas posteriores. Los dientes remanentes en la cavidad oral con frecuencia son las piezas dentarias anteriores mandibulares en especial los caninos, y es muy común la presencia de una arcada inferior con dientes anteriores enfrentado a una arcada superior edéntula. (20)

2.2.1.3 Fisiopatología: Luego de la extracción, las estructuras de sostén al dejar de recibir el estímulo funcional de la masticación la cresta ósea del espacio edéntulo; Empieza a perder volumen en ancho y alto. Este proceso se evidencia más en el maxilar inferior que en el superior. Por tal motivo se da que, el paciente que pierde gran número de piezas dentarias en un solo evento, presentará una disconformidad significativa entre la maxila y la mandíbula. La pérdida de dientes afecta el proceso de masticación, aumentado así, el tiempo en el que se llega al umbral de deglución, Es decir que al paciente le toma mucho más tiempo en llegar a conformar el bolo alimenticio para el inicio del proceso digestivo. (21)



2.2.1.4 Fisiología de la atrofia y reabsorción del maxilar tras la pérdida de piezas dentales. Tras la extracción de piezas dentales se pierde la función de las apófisis alveolares y se produce la reabsorción correspondiente. La cortical del maxilar superior es más delgada en la región vestibular que en la palatina, de forma que la reabsorción será más intensa a este nivel y por este mecanismo el arco del maxilar superior se reducirá y con él la superficie de la base proteica. La cortical vestibular del maxilar inferior es más delgada que la lingual, salvo en la región molar. Por tanto, la creta del maxilar inferior sufre cambios en su forma tras la pérdida dental por reabsorción y estos cambios alcanzan la región premolar en la vertiente lingual y el primer molar en la vestibular. No es raro que el grado de reabsorción del maxilar inferior sea tan importante que la creta maxilar en la región de los molares entre la línea oblicua externa y la línea milohioidea se vuelva convoca. (Tallgren) demostró que la desaparición de las apófisis alveolares se produce cuatro veces más rápidamente en el maxilar inferior que en el superior y que se ve afectada con más intensidad la región frontal que la de los dientes laterales, siendo máxima la reabsorción que se produce durante el primer año siguiente a la extracción. (6)

2.2.1.5 Consecuencias: La pérdida de piezas dentarias tienen numerosas consecuencias. Los clínicos señalan en su mayoría:

- La estética facial se altera.
- La eficacia de la masticación se ve disminuida.
- Se manifiesta la migración, inclinación y rotación de los dientes restantes.
- Extrusión de dientes antagonistas.
- Pérdida de las estructuras de soporte de los dientes adyacentes.
- Desviación de la mandíbula al área edéntula.
- Atrición dental.
- La dimensión vertical se pierde progresivamente.



- Disfunción y alteración de las estructuras de la articulación temporomandibular
- Disminución de los bordes remanentes y pérdida del hueso alveolar.
- Problemas a nivel periodontal en los dientes remanentes.
- Problemas fonéticos y psicológicos. (22)

2.2.2. Edentulismo Total:

El edentulismo total es catalogado como un estado de invalidez para la Organización Mundial de la Salud (OMS). La pérdida de dientes afecta la autoestima, la imagen de sí mismo se ve disminuida, la digestión, la fonarticulación, la comunicación, deglución y masticación. Un edéntulo total necesita de prótesis totales completas mio funcionales y estables. La estabilidad de una prótesis se logra con una base bien sellada que:

1. Tenga una relación intermaxilar horizontal fisiológica.
2. Para devolver al paciente una correcta dimensión vertical se requiere de dientes artificiales.
3. Permita la retención de la prótesis.
4. Una perfecta relación oclusal o inter dentaria. (21)

El término “Edentulismo” tiene como significado “sin dientes naturales”. De acuerdo al glosario de términos prostodónticos. Las patologías que afectan la estructura dental y los tejidos de soporte pueden llegar a desencadenar esta condición clínica, por tal motivo es que se debe considerar una opción de tratamiento adecuado. Consiguientemente, desde un punto de vista académico. Más que un diagnóstico, se puede considerar como un hallazgo la pérdida de dientes, que si no es tratado con anticipación ciertos elementos del sistema estomatognático podrían presentar alteraciones. así como los músculos de la cara y cuello y la articulación temporomandibular, El ministerio de salud define al edentulismo total como la pérdida de todos los dientes permanentes y deciduos. Esta condición en el individuo afecta sustancialmente en varios aspectos como la salud oral y calidad de vida, nutrición y el gusto por los alimentos. Estudios indican que el estado de



salud oral y la ingesta alimentaria del edéntulo total en particular, se ve seriamente afectada. El rendimiento masticatorio se ve reducido por la pérdida de todos los dientes, a pesar del uso de prótesis totales; también afecta los patrones de consumo, las preferencias y la percepción del sabor, de las comidas. Todas estas alteraciones en la calidad de vida perturban el estado de ánimo del individuo porque era diferente cuanto poseía completas sus piezas dentales. (21)

Un paciente edéntulo total sufre de problemas psicológicos y también problemas funcionales al mismo tiempo, y que antes de realizar un tratamiento protésico el odontólogo debe tener muy en cuenta, los factores anatómicos, psicológicos, fisiológicos, depresión y ansiedad influyen en el edéntulo total en la aceptación de su condición y la predisposición del uso de prótesis completas. (13)

2.2.2.1 Clasificación de maxilares edéntulos. Ackerman y otros autores definieron tres clases

a). Clases I

- Plano horizontal: La parte media de los rebordes alveolares superiores e inferiores son bien visibles y los triángulos retromolares son regulares, La papila incisiva se encuentra generalmente visible y desarrollada, el arco de la arcada anterior es redondeada y regular.
- Plano vertical: El eje del reborde alveolar superior se proyecta hacia abajo perpendicularmente, y el inferior puede estar inclinado hacia lingual. La parte media de los rebordes alveolares superiores son desplazados hacia la línea media respecto a los inferiores
- Plano sagital: La distancia entre rebordes comprende generalmente entre 36 y 44mm, en la parte lateral del sector posterior de las crestas alveolares se encuentran paralelas, la papila incisiva se proyecta verticalmente en el surco vestibular inferior. (23)



b). Clase II

- Plano horizontal: El área anterior del arco superior es amplio. El arco inferior es reducido a menudo en la zona de los caninos se presenta muy corto. Las crestas alveolares en la arcada superior son pronunciadas, y en la arcada inferior no se notan y están cubiertos por tejido flácido.
- Plano vertical: La parte media de las crestas alveolares inferiores son perpendiculares y rectos y con dirección hacia vestibular. La parte media de las crestas alveolares superiores son más vestibularizadas.
- Plano sagital: En el área lateral del sector posterior la posición de la cresta alveolar es comúnmente hacia distal, la papila incisiva se proyecta más adelante al reborde alveolar inferior, el espacio que se da entre los dos rebordes alveolares generalmente esta entre 36 a 40mm, el área que ocupaba el primer molar puede ser reabsorbida y profunda. (23)

c). Clase III

- Plano horizontal: Se presenta reabsorción a nivel de las crestas alveolares, pero no quedan flotando, los triángulos retro mandibulares no se aprecian con claridad y continúan la dirección de la cresta. En el maxilar superior las tuberosidades se ven reducidas, el reborde alveolar esta reabsorbida en el sector posterior como en el anterior.
- Plano vertical: La cresta alveolar de la arcada inferior presenta una inclinación hacia lingual de acuerdo al eje longitudinal, la parte media de la cresta alveolar se encuentra más vestibularizado, En la arcada superior las crestas alveolares se hallan desplazados hacia el paladar.
- Plano sagital: Las crestas alveolares en los sectores posteriores se encuentran paralelas y alineadas, El espacio entre los rebordes alveolares puede ser de los 28 a los 36mm,



La papila incisiva se proyecta sobre o detrás de la cresta alveolar inferior. (23)

2.2.2.2. Conceptos sobre la oclusión:

El objetivo terapéutico más buscado es una oclusión bilateral equilibrada. El término oclusión bilateral equilibrada alude al contacto regular de los dientes laterales en las dos mitades del maxilar durante la oclusión dinámica. En las prótesis se desea también un contacto adicional entre los dientes frontales, que contribuya a la estabilización, cuando resulte posible desde una perspectiva estética y funcional. Como ventajas de la oclusión bilateral equilibrada cabe mencionar:

- Estabilización de los dientes postizos en oclusión dinámica.
- Contacto regular entre los dientes y estabilidad de la posición de la prótesis durante la masticación en vacío.
- Aumento de la adherencia por vacío entre la prótesis y su base con el consiguiente incremento de la estabilidad de la posición durante la función.
- Evitación de la introducción de restos de alimento entre la base de la prótesis y su soporte.
- Favorecimiento de otros patrones de masticación que la simple mordida.
- Máxima salud de los tejidos de soporte mediante una distribución regular de las cargas.
- Evitación de las sobre cargas de determinadas regiones de la cresta maxilar y la reabsorción acelerada consiguiente. (6)

2.2.3. Edentulismo Parcial:

La organización mundial de la salud (OMS) cree que el edentulismo parcial además de ser definitivo, crónico e incapacitante, afecta la calidad de vida del individuo, además del estado de salud oral y general, también



considera que son consecuencia de los problemas en la salud pública. El edentulismo parcial no amenaza la vida, pero tiene un impacto significativo sobre el individuo. (14)

2.2.3.1 Clasificación de edentulismo parcial:

Las clasificaciones se realizan tomando diferentes criterios, por ejemplo; la clasificación desde el punto de vista topográfico que analiza el estado de las brechas edéntulas con relación a los dientes que aún permanecen en boca. Otro criterio es la clasificación por rendimiento masticatorio, en esta se considera el tipo de prótesis que se confeccionara y su rendimiento masticatorio. La clasificación funcional se caracteriza por considerar los dos criterios ya descritos anteriormente. Cuando se toma en cuenta los criterios biológico y mecánico y las posibles soluciones a los inconvenientes que pueda presentar el problema, nos referimos a la clasificación biomecánica. (3), Existe una gran variedad y complejidad en los casos de edentulismo parcial, por tal razón se tuvo que crear y establecer un sistema de clasificación que incluya todos los criterios mencionados, no referimos a la clasificación de Kennedy (24)

2.2.3.2 Bases para la clasificación de áreas edéntulas: Una clasificación puede llegar a tener un número indeterminado de combinaciones de las piezas dentarias remanentes de una arcada en la que haya ausencia de una o varias piezas dentarias. Para la confección de una prótesis parcial removible existen diferentes tipos de clasificación que tienen como objetivo hacer más simple la comprensión, diseño y descripción de las arcadas edéntulas. (3)

Para que un método sea aceptado es necesario que tenga requisitos indispensables:

- Debe permitir al odontólogo reconocer rápidamente la clase de arcada al que se afronta.
- Reconocimiento de si la arcada parcial es dento soportada o muco soportada.



- La definición escrita o hablada debe facilitar el diseño de la prótesis.
- Que nos permita tener un plan de tratamiento bien formulado.
- Que nos pueda anticipar de las dificultades más comunes que llegara a suceder en cada clasificación.
- Debe ser de aceptación mundial. (19)

2.2.4. Clasificación de Kennedy:

Edward Kennedy diseño su propio método de clasificación en el año 1925, este método basa sus principios en la ubicación de áreas edéntulas en la arcada relacionándolos con los dientes remanentes en boca, permitiendo así la clasificación de las arcadas edéntulas parciales, La clasificación que creo Edward Kennedy tiene criterios topográficos de los rebordes alveolares.

Al poseer este criterio, nos ayudara a hacer el diseño de manera correcta y facilitara a la solución del problema para la clase de edentulismo parcial del paciente de una forma propicia y rápida, El doctor Kennedy creo su clasificación con 4 clases, también creo modificaciones para cada clase lo que ayudara a una mejor diferenciación. (19)

- a) Clase I. Espacio edéntulo bilateral y con dientes remanentes anteriores: Esta clase se caracteriza por tener en ambos extremos de la arcada áreas edéntulas y piezas dentarias remanentes en la zona anterior. Por la presencia de estructuras remantes la prótesis será de tipo dento-muco soportada. De acuerdo a la presencia de espacios edéntulos adicionales se sub dividirán en modificaciones; I, II, III y IV. (19)
- b) Clase II. Espacio edéntulo terminal en un lado de la arcada y con dientes remanentes en la parte anterior: Esta clase se caracteriza por la presencia de un extremo libre extenso unilateral y con dientes remanentes delante de este; por la



presencia de estructuras remanentes la prótesis será de tipo dento-muco soportada. De acuerdo a la presencia de espacios adicionales se subdividirá la clasificación en modificaciones: I, II, III y IV. (19)

- c) Clase III: Espacio edéntulo extenso unilateral con dientes remanentes a cada lado: Esta clase tiene la característica de tener un espacio edéntulo unilateral extenso pero delimitada por dientes remanentes, por esta característica la prótesis será de tipo dento-muco soportada, ya que, al estar delimitada por dientes remanentes no dará lugar a movimientos rotacionales, de acuerdo a la presencia de espacios edéntulos adicionales se sub dividen en modificaciones: I, II, III y IV. (7)
- d) Clase IV. Espacio edéntulo único y bilateral: Esta clase se caracteriza por la presencia de un solo espacio edéntulo anterior y bilateral y no presenta modificaciones. Antes de realizar el diseño de la prótesis parcial removible se debe hacer un buen estudio biomecánico. (7)

2.2.4.1 Modificaciones de Applegate: En el año 1960 Applegate planteo incluir dos modificaciones de la clase III de Kennedy como nuevas clasificaciones con la idea de tener un sistema de clasificación más completo.

Para esta modificación Applegate evaluó la capacidad de los dientes antiguos al área edéntula para dar un buen apoyo a la prótesis parcial removible.

- Clase V: Espacio edéntulo unilateral con piezas remanentes delimitándolo, y en la que el incisivo lateral no es el indicado para funcionar como pilar.

Clase VI: Espacio edéntulo unilateral con piezas remanentes delimitándolo, y que estas piezas serán indicadas de dar soporte a la prótesis. (14)



2.2.5. Rehabilitación Protésica.

En los países de habla castellana la terminología correcta y de mayor difusión es: Prótesis (prothesis).

PRO: Antes, delante.

THESIS: Colocación, ordenación (8)

En la estomatología la prótesis tiene el objetivo fundamental de reemplazar las estructuras perdidas asociadas al diente principalmente la corona, de esta manera la boca del paciente recuperara la función de fonética, masticación y estética, los materiales usados serán artificiales. (13)

2.2.5.1 Prótesis total: Las prótesis totales son muy usados en la actualidad ya que para los pacientes edéntulos es un tratamiento económico y fácil. A pesar de que este tipo de rehabilitación pueda generar muchos inconvenientes o dificultades como las fracturas (68%). Con el paso del tiempo se puede ver que existe una disminución de los casos que requieren rehabilitación con prótesis totales. Esto se debe a que los pacientes optan por tratamientos que promueven la conservación de piezas dentarias. (13)

(Koeck, 2007) Afirma que, dentro de las intervenciones odontológicas, el tratamiento de los maxilares edéntulos con prótesis totales o completas es la más difícil, ya que tiene elevada frecuencia de complicaciones, debido a que después de las pérdidas dentarias, hay poco o ningún tipo de referencia sobre la forma y dimensión de los maxilares, así como la forma de oclusión del complejo masticatorio. Para el diagnostico protético se deberá evaluar al anciano de su tonicidad muscular, asimetrías, coordinación neuromuscular, apertura bucal, articulación temporomandibular, relación entre maxilares, estructuras de soporte, rebordes alveolares, condiciones de la mucosa, lengua, labios y cantidad de saliva. (11)

2.2.5.1.A Parámetros clínicos que debe cumplir una Prótesis Total.

- a) Retención. La oposición a las fuerzas extrusivas ante una desestabilización en sentido vertical es una capacidad que



tiene las prótesis para evitar su expulsión. La forma del reborde alveolar influye en la retención, así también, del tipo de la mucosa que la recubre, la adaptación de la prótesis a los tejidos basales, la cantidad y viscosidad de la saliva. (11)

- b) Estabilidad. Propiedad de las prótesis de regresar a su posición de reposo o conservarla después de realizar algún movimiento funcional; es decir, que las prótesis tienen la propiedad de contrarrestar a las fuerzas horizontales, La articulación y oclusión de los dientes conservan una relación muy estrecha con la acción realizada por las superficies lisas de las prótesis con la presión que generan la lengua, labios y carrillo. (11)
- c) Soporte: Capacidad que tienen las prótesis de resistir a las fuerzas de compresión. El fin de esta propiedad es evitar la impactación de la prótesis hacia las estructuras remanentes que funcionan como apoyo fibro mucosa y hueso subyacente. A medida que se reabsorbe el reborde residual la zona de soporte protésico va disminuyendo. Cuando las prótesis están desajustadas durante mucho tiempo, el reborde alveolar tiende a tener una gran reabsorción. Si las crestas están muy reabsorbidas, el área que soporta la prótesis se reduce y la mucosa que la rodea disminuye la elasticidad y el grosor. (11)
- d) Contorno del proceso alveolar. La forma ideal de un proceso edéntulo es la que ofrece una buena resistencia al desplazamiento de la dentadura en sentido vertical, lateral, anterior y posterior. Un buen reborde ofrece una mejor retención y resistencia. (11)
- e) Oclusión. Es muy importante que exista estabilidad cuando hay contacto con las superficies opuestas en la posición intercuspal, y no deben existir contactos prematuros que ocasionan el desplazamiento y la inestabilidad de las dentaduras. Por eso debe respetarse el principio de la oclusión balanceada bilateral, que nos indica, que en los movimientos



de protrusión y excéntricos en la zona posterior habrá dos puntos de contacto y en la zona anterior habrá solo uno. (11)

2.2.5.1.B. Contraindicaciones para el uso de prótesis. Podemos clasificar la exclusión de los pacientes para usar prótesis en sistémicas y locales.

Las contraindicaciones sistémicas absolutas se refieren principalmente a la disminución grave de la coordinación de movimientos, y que producen pequeños movimientos involuntarios y continuos; que no permiten que haya un buen sellado impidiendo que la prótesis este estable sobre la mucosa; también podemos mencionar a la demencia y la psicosis por el peligro que existe de que se pueden autolesionar o tragar la prótesis. Las contraindicaciones sistémicas relativas se refieren a la diabetes que se caracteriza por los estados metabólicos descompensados; estas anomalías metabólicas comprometen la reacción de los tejidos de la mucosa y la prótesis. Las contraindicaciones locales absolutas son los trastornos neurológicos que se caracterizan en boca por la presencia de movimientos vermiformes que son movimientos incontrolados de la lengua que hacen que la prótesis inferior se desestabilice. Las contraindicaciones locales relativas son por todas aquellas condiciones que puedan generar molestias al paciente al momento de confeccionar la prótesis como por ejemplo la toma de impresión de modelos. Podemos mencionar, La candidiasis o estomatitis que se caracteriza por la presencia de inflamación e infección de la mucosa; las ulceraciones causadas en la mucosa por prótesis mal adaptadas; la tuberosidad de los maxilares hipertróficos (síndrome de Kelly); la presencia de torus palatinos o mandibulares; los frenillos labiales superiores altos. (23)

2.2.5.1.C. Extensión de las bases protésicas. Algunos fenómenos físicos se evidencian debajo de la base protésica, como son; la cohesión este fenómeno se da entre la mucosa y las moléculas de saliva que están debajo de la prótesis, otro fenómeno es la adhesión esta se da entre las moléculas de saliva y la base protésica, que ayudaran a mantener la prótesis estable, y tiene una relación de proporción inversa al área que



cubre la prótesis; En conclusión podemos afirmar que para una mayor fuerza de retención será necesario una mayor extensión de la base de la prótesis. Durante nuestra práctica diaria, al momento de diseñar y durante la elaboración de la prótesis se debe considerar la extensión que tendrá la base protésica y sus límites para no alterar los movimientos funcionales de los músculos. (23)

- a) Maxilar superior. En una arcada superior la primera estructura que podemos ver en la parte más anterior es el frenillo labial. El borde vestibular de la prótesis se prolonga hacia el fondo de surco y estará limitada por los músculos mímicos. La siguiente estructura encontrarse es el frenillo lateral. Podemos encontrar el proceso cigomático detrás del frenillo lateral en la depresión del fórnix, en la parte distal, la tuberosidad del maxilar debe estar cubierta completamente por la base de la prótesis y debe terminar en la incisión pterigo palatina de cada lado. Ya no consideramos a las foveas palatinas como referencia del límite posterior de la prótesis, ya que se observó que no se encuentran en el paladar blando estrictamente. (23)
- b) Maxilar inferior. En el sector anterior se encuentra el frenillo labial con bastante frecuencia. Las fibras musculares del orbicular de los labios y del musculo mentoniano limitan la extensión del borde labial de la mandíbula; en ciertos casos es posible ver los tubérculos mentonianos que son estructuras que están al lado del frenillo, distal a estos se encuentra el frenillo lateral. Continuando; la parte terminal de la mandíbula tiene una forma triangular que está formada por tejido adiposo, tejido glandular y tejido conectivo, pero contiene también estructuras como el rafe pterigo mandibular, fibras del musculo bucinador, fibras del musculo constrictor superior. (23)



2.2.5.1.D. Determinación de la relación intermaxilar. Durante la elaboración de la prótesis total la determinación de la relación intermaxilar horizontal y la relación intermaxilar vertical es un paso muy importante. Si se realiza una correcta medición de la relación intermaxilar horizontal y vertical beneficiara en la retención de la prótesis, estética y fonética. A pesar de todo, el éxito del tratamiento protésico no depende solo de una correcta relación intermaxilar, se debe tener en cuenta que existen factores de mayor grado que influyen en el éxito de la prótesis como los biológicos y psicológicos. Para hacer la medición de la dimensión vertical existen criterios variados que se basan en la inspección clínica. La determinación de la dimensión vertical preferida, que se basa en la percepción neuromuscular del propio paciente es otra técnica para estimar la dimensión vertical y que elimina la subjetividad de la valoración por parte del odontólogo es el método de la deglución. Se basa en que los dientes suelen estar en contacto durante la deglución. (6)

La distancia intermaxilar de la prótesis que se confeccionara debe cumplir con algunas condiciones para poder establecer una correcta relación intermaxilar:

- Con la posición postural del maxilar inferior exista una distancia inter oclusal.
- Al cerrar el maxilar el tercio inferior de la cara tenga un aspecto armónico.
- No debe registrarse contactos oclusales al momento de la articulación del lenguaje. (6)

2.2.5.2 Prótesis parcial removible: La prótesis parcial removible está diseñada para suplantar el área de las piezas dentarias perdidas en la arcada parcial, tiene la característica de que el paciente es capaz de retirar la prótesis de su boca y así llevar un mejor control de la higiene. La prótesis parcial removible de acuerdo a las estructuras remanentes puede ser dento soportada o puede ser dento-muco soportada. (19)



2.2.5.2.A. Propósito de las Prótesis Parcial Removible.

Las prótesis parciales removibles tienen un propósito fundamental; Müller de Van en 1952 citó, “es más importante el cuidado y preservación de las estructuras remanentes que el reemplazo de las estructuras perdidas” este es el objetivo fundamental que debe cumplirse primero; adiciónateme se consideraran otros propósitos de la prótesis parcial removible como restaurar la estética, aumentar la eficiencia masticatoria y mejorar la fonética. (3)

2.2.5.2.B Indicaciones

- a) Jóvenes menores de 20 años de edad o personas de edad avanzada. En pacientes menores de 20 años no es recomendable indicar un tratamiento con prótesis fija ya que al momento de hacer el tallado se puede dañar la pulpa y desencadenar en una endodoncia, alargando el tiempo del tratamiento. En el caso de pacientes con edad avanzada no se recomienda un tratamiento con prótesis fija porque el tallado puede ser traumático debido a la reducida expectativa de vida y la fragilidad de su salud. (3)
- b) El uso de prótesis fijas no está indicado por la existencia de espacios edéntulos grandes. Las prótesis fijas soportan grandes fuerzas al momento de la masticación o por alguna patología, que podrían ocasionar que este se desprege y dejar expuesta la a la pulpa; de igual manera las estructuras de la prótesis se pueden dañar como el caso de la porcelana que es muy frecuente o también la base metálica. La ley de Ante es una de las reglas en odontología que plantea que para indicar una prótesis fija se debe realizar un cálculo; el área radicular total de los dientes pilares debe ser igual o mayor al área radicular de los dientes que se reemplazaran. Cuando existe un área edéntula bastante larga con presencia de dientes contiguos la prótesis parcial está indicada porque



- los dientes del lado opuesto de la arcada y el reborde alveolar le darán mayor estabilidad y soporte. (3)
- c) Disminución considerable de la altura del hueso alveolar. En los casos especiales como la disminución de la altura del reborde alveolar principalmente en el sector anterior causados por traumas, cirugías complejas o procesos de reabsorción anormal estará indicado la prótesis parcial removible. El propósito de la prótesis fija es reemplazar las piezas dentarias que se hayan perdido; la estructura protésica o pónico se asienta sobre la mucosa del reborde alveolar edéntulo devolviéndole la apariencia de ser dientes naturales. No obstante, si se indica el uso de una prótesis parcial removible tendrá un mejor beneficio para el paciente ya que la base de la prótesis ayudara a devolver la altura del reborde alveolar y así se podrá ubicar de mejor manera el diente artificial. (3)
- d) Después de una extracción es necesario reemplazar los dientes inmediatamente. Reemplazar de forma inmediata las piezas dentarias después de su extracción en áreas extensas no es lo recomendable ya que existen muchos inconvenientes como el largo proceso de cicatrización o la reabsorción excesiva del reborde alveolar. Lo recomendable es confeccionar una prótesis parcial provisional y esperar que termine el proceso de cicatrización y resorción; después de que área edéntula se haya establecido se puede confeccionar la prótesis definitiva. (3)
- e) Utilización de implantes en extracciones previas. En este tipo de tratamiento se espera tener una máxima integración entre el tejido óseo y la superficie del implante; este proceso es lento lo que prolongara el tiempo del tratamiento y esto nos obliga a hacer una prótesis temporal. (3)
- f) Dientes remanentes con soporte periodontal reducido. Este caso se da en pacientes adultos y adultos mayores o en pacientes con antecedentes de patologías periodontales, En



pacientes con estas patologías no está indicado el tratamiento con prótesis fija; ya que los dientes pilares han perdido una cantidad considerable de tejido óseo. (3)

2.2.5.2.C Contraindicaciones:

- En todos los casos donde una prótesis fija puede ser usada exitosamente.
- Cuando la higiene oral es pobre y existe gran susceptibilidad a caries.
- Falta de cooperación y apreciación por parte del paciente.
- Cuando el pronóstico de los dientes naturales remanentes es dudoso. (25)

2.2.5.2.D Biomecánica de la prótesis parcial removible: Este es un término de la mecánica aplicada a la odontología; las fuerzas ejercidas sobre la prótesis producirán un estrés sobre los tejidos que se transmitirá en toda la superficie a lo largo del área de contacto. Este estrés producido por fuerzas generara tensión sobre los tejidos de soporte, que se convertirán en fuerzas de desplazamiento. Los fenómenos mecánicos que se producen dentro de la biología se manifestaran de distintas maneras según el paciente; existen principios biomecánicos para el diseño de las prótesis parciales que ayudaran a mejorar la estabilidad y que son únicos en cada paciente. (20)

2.2.5.2.E Consideraciones biomecánicas. La presencia de fuerzas en la cavidad oral es inherente a esta, por eso es necesario estudiar sus dimensiones como son la frecuencia, magnitud, dirección y su duración. En último término, el soporte para la prótesis removible está dada por el hueso, es decir, las fibras del ligamento periodontal del hueso alveolar y la mucosa que recubre al reborde alveolar.

Las maquinas se pueden clasificar en dos clases generales: Una maquina compuesta está conformada por diferentes piezas que son muchas maquinas simples. Las primeras máquinas o maquinas



simples son la palanca, la cuña, el tornillo, la rueda con su eje, la polea simple o plano inclinado. Al momento de realizar el diseño de la prótesis parcial removible se recomienda evitar proyectar las maquinas simples como la palanca y el plano inclinado. Una palanca es una maquina simple que es representado por una barra el cual se apoya o puede girar en un determinado punto. El punto en el cual se apoya la barra se denomina como fulcro o punto de apoyo. (20)

2.2.5.3 Principios del diseño.

- Las fuerzas oclusales tienen que estar distribuidas sobre la mucosa y dientes remanentes.
- La prótesis parcial removible tiene que ser rígida.
- Es necesario el máximo soporte para el extremo libre.
- Es necesario que los retenedores tengan apoyos que dirijan las fuerzas oclusales sobre el eje mayor de los pilares.
- Es necesario que los retenedores estén lo más cerca del fulcro de los pilares.
- Al realizar el diseño, la retención no es un factor primario.
- Los conectores mayores nunca deben tener contacto con el margen gingival.
- Para el extremo libre se debe indicar la retención indirecta.
- Debe existir una armonía en la oclusión, entre los dientes naturales y la prótesis.
- Los conectores mayores solo tienen que cubrir las zonas que sean necesarias. (25)

2.2.5.3.1 Secuencia del diseño: Se recomienda diseñar con lápiz rojo sobre el modelo de estudio la estructura metálica que llevara la dentadura. Por encima del ecuador van las partes rígidas del retenedor y la porción retentiva por debajo del ecuador. Se recomienda usar siempre lápiz azul para dibujar las retenciones para el acrílico. El diseño se debe realizar en el siguiente orden:

- Apoyos oclusales



- Retenedores
- Bases (línea de unión entre el metal y el acrílico de las bases)
- Conectores mayores
- Conectores menores y placa de contacto proximal
- Retenedores para el acrílico de las bases
- Extensión de las bases. (7)

2.2.6. Componentes de una Prótesis parcial removible.

2.2.6.1 Soporte:

a) Apoyos: Un apoyo tiene la función de dilatar el estrés generado por fuerzas horizontales y verticales, también impedirá que la prótesis se desplace o se hunda en sentido apical; es una continuación de la base metálica de la prótesis parcial removible y que está en contacto con los pilares. Cuando existen áreas edéntulas de extensión distal el apoyo actúa de retenedor indirecto; el apoyo se puede ubicar delante o detrás del trazo de la línea de fulcro para que sirva de retenedor. Los apoyos se clasifican en:

- Apoyos Incisales
- Apoyos Cingulares
- Apoyos Oclusales

b) Bases protésicas: La base de una prótesis parcial descansa sobre la mucosa para dar soporte, retención y estabilidad.

Tipos de bases:

- Bases Acrílicas
- Bases Metálicas

c) Conector mayor: Tiene la función de unir todas las partes de la prótesis parcial y dar una mayor rigidez. Los tipos de conectores mayores son variados:

- Banda Palatina Antero Posterior



- Banda Palatina Simple
 - Placa Palatina Completa
 - Placa Palatina Parcial
 - Conector en forma de U
 - Barra Palatina Posterior
 - Barra Palatina Antero Posterior
- d) Conectores mayores palatinos: Estos conectores solo tiene la función de unir las estructuras de la prótesis parcial, porque no está indicado que exista contacto con la mucosa o los dientes.
- Barra Sublingual
 - Barra Lingual
 - Placa Lingual
 - Doble Barra Lingual. (7)

2.2.6.2 Estabilidad: Cuando se comienza con el diseño de la prótesis parcial se hace un trazo que se proyecta sobre los apoyos de los dientes que están al límite del área edéntula, que se denomina línea del fulcro. Con este trazo se podrá determinar los puntos en los que puede haber rotación de la prótesis luego de recibir cargas oclusales.

- a) Retención indirecta: Una retención indirecta se ubica por delante de la línea de fulcro que neutraliza mediante acción mecánica la separación de la base metálica de la prótesis y el reborde alveolar. Un retenedor indirecto se debe ubicar lo más distante a la base de la prótesis para que neutralice las fuerzas de desalajo mediante un brazo de palanca. El conector mayor va unido a sus conectores menores que contiene apoyos.
- b) Conectores menores: Es un componente de la prótesis parcial que une al conector mayor con el retenedor indirecto, retenedor directo y la base de la prótesis. Funciones:



- Brindar a la prótesis rigidez y unificación.
 - Tiene la función de dispersar las fuerzas que van desde el conector mayor hacia las demás partes de la prótesis y luego hacia los pilares.
 - Actúa de elemento recíproco porque está en relación con los planos guía de los brazos retentivos opuestos.
 - Impide la acumulación o retención de comida y generando retención por fricción.
- c) Placas proximales: Sobre los dientes contiguos a los espacios edéntulos se confeccionan los planos guía, donde se ubicarán las placas proximales; y nos sirven como guía al momento de retirar y colocar la prótesis parcial . (7)

2.2.6.3 Retención: Esta dada por la retención directa.

- a) Retenedores directos: Está conformada por Ganchos que son estructuras de la prótesis parcial que le confiere mayor resistencia a las fuerzas de expulsión, estos se dividen en:
- Ganchos circunferenciales o supra ecuatoriales: son aquellos que alcanzan el área de socavado del diente desde oclusal o incisal. Entre ellos están:
Gancho Doble Acker
Gancho Acker
Gancho en horquilla o de acción inversa
Gancho Anular
Gancho de acción posterior
 - Ganchos de proyección vertical o en barra: Son estructuras que están unidas a la base metálica de la prótesis parcial removible y se proyectan hacia gingival. (7)

2.2.7. Logros con la rehabilitación.



Tratar a un paciente que padece de edentulismo se considera como una labor médica. El objetivo es crear una homeostasis en la boca del paciente devolviéndole el equilibrio; creando ambientes sanos con una relación estable entre la articulación temporomandibular, el sistema nervioso central y la oclusión. Luego de la pérdida de dientes el paciente no presenta molestias, no obstante, a medida que pasa el tiempo se manifiestan modificaciones en los maxilares, la articulación temporomandibular y los músculos. Para lograr una rehabilitación ideal de un edéntulo total o parcial se necesitan conocimientos amplios de fisiología, anatomía, fisiopatología, patología, microbiología, radiología, farmacología, geriatría, psicología, otorrinolaringología y neurología. (14)

2.2.8 Medición de necesidad de prótesis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la cuarta edición de las encuestas de salud bucal, menciona la existencia de un índice que se utiliza para evaluar la necesidad de cada tipo de prótesis en cada paciente.

0 = Ninguna prótesis necesaria

1 = Necesidad de prótesis unitaria (Prótesis parcial fija)

2 = Necesidad de prótesis multiunitaria (Prótesis fija o prótesis parcial removible)

3 = Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria

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

9 = No registrado

Se escribe el número correspondiente en dos casilleros: izquierdo para maxilar superior, y derecho para maxilar inferior. (13)

2.2.9 Los Factores Definitivos de los Grandes Grupos de Edad de la Población

El hecho de que no haya una clasificación aceptada universalmente perjudica el rigor del análisis de la estructura por edad de la población.

En general, el análisis detallado por cada año de edad es innecesario, salvo excepciones, por lo que se suele acudir al establecimiento de intervalos de



clase o grupos de edad y generaciones (y en muchas ocasiones relacionándolos con los sexos), generalmente quinquenales y a veces decenales. El análisis por intervalos quinquenales es esencial, pero aun así resulta muy operativo, con la finalidad de poder establecer indicadores que permitan comparar en el tiempo y en el espacio, la agrupación en los denominados tres grandes grupos de edad, esto es, jóvenes, adultos y viejos. (27)

El grupo de los adultos: La plenitud de la generatividad; En realidad el desarrollo se produce de una forma continua sin que haya puntos de inflexión a una edad siempre determinada, aunque ciertos aniversarios puedan marcar hitos desde la percepción individual e incluso social. De ahí que sostenga que no hay una edad clara en que se produce el paso a la etapa adulta, aunque convencionalmente, y desde la perspectiva demográfica, ésta se puede fijar en los 20 años, en que de una forma manifiesta se evoluciona de la adolescencia a la juventud y adultez, de tal modo que a partir de ese aniversario y hasta una edad variable, que puede oscilar entre los 28 y 35 años, la mayoría de las personas se hallan en plena vitalidad fisiológica, biológica y cognitivo-intelectual. En resumen, el grupo de los jóvenes finaliza en torno a los 20 años, cuando la adolescencia tardía coincide con la fase juvenil iniciándose la adultez

1. Adultos jóvenes, desde los 20 a los 39, en promedio.
2. Adultos medios, desde los 40 a los 49.
3. Adultos maduros, desde los 50 años

1. Los adultos jóvenes:

La delimitación de esta fase, que se inicia en realidad con los adolescentes en sus edades tardías, cuando pasan a ser jóvenes o jóvenes adultos, es clave porque en ella se producen los hechos demográficos tal vez más relevantes y de más trascendencia: la edad de entrada en pareja, la edad de la paternidad y maternidad, la consumación de la preparación educativa y profesional, con los estudios superiores y universitarios, el acceso al mercado de trabajo en las mejores condiciones de cualificación, El principio de trabajo de Freud se traduce, en las sociedades avanzadas, en una incorporación relativamente tardía a la actividad productiva, tras el ciclo largo de formación educativo-profesional, pues a pesar de que los índices de actividad son elevados ya a los 20-24 años, aumentan algo a los 25-29



pero es sólo a partir de los 30 años cuando se alcanza la mayor integración en el mercado de trabajo, Casi todas las variables, sobre todo las relativas a los factores biológicos, fisiológicos, psicosociales y de salud general, indican que a partir del 35 aniversario en promedio se inicia un proceso de salida y pérdida de la juventud, para entrar progresivamente en una etapa intermedia que conduce a la madurez primero y a la vejez más tarde, y desde el 40 aniversario “las huellas fisiológicas del envejecimiento son cada vez más evidentes”. En definitiva, el grupo de los jóvenes adultos, desde los 20 hasta los 39 años, es el decisivo en las variables directamente relacionadas con la estructura por edad (y también por sexo) y por consiguiente del envejecimiento, esto es, la fecundidad y las migraciones. (27)

2. Los adultos intermedios.

No hay unanimidad ni en la denominación ni tampoco en los umbrales, pero parece claro que en todas las disciplinas que estudian el ciclo vital o la línea de vida se admite la existencia de una etapa o edad mediana, que para algunos va de los 35 a los 50, para otros de los 40 a los 55, y que de acuerdo con la clasificación que estudio, teniendo en cuenta todas las variables que se han mencionado, cabe situarla entre los 40 y 49, con unos años previos, del 35 al 39 aniversario, que suponen la transición de los adultos jóvenes a los de edad intermedia, que puede iniciarse con la denominada crisis de la edad mediana, en torno al 40 aniversario, señalado como de fuerte impacto particularmente en el sexo masculino, En la actividad no hay un declive significativo, aunque es cierto que debido a prejubilaciones, incapacidades por enfermedades crónicas y al impacto del desempleo ya en edades consideradas socialmente como avanzadas para reciclarse, el índice cae algo en los varones (en la mujer hay una caída progresiva desde los 25-29 años, por las pautas de una sociedad aún tradicional en ciertos aspectos de la vida familiar y el peso del pasado), Se produce del mismo modo una caída muy relevante de la fecundidad, no sólo por factores sociales sino también porque lo incuestionable es que el proceso de liberación de óvulos en la mujer inicia el camino definitivo hacia



su fin, iniciándose el climaterio, La mortalidad sigue su aumento, y las causas de defunción relacionadas con fenómenos endógenos y ligadas al envejecimiento y deterioro del organismo humano son cada vez más importantes, como las debidas a los tumores y al aparato circulatorio

3. Los adultos maduros.

Se inicia esta etapa en torno a los 50 años de edad, momento en que ya se tiene conciencia de que se ha traspasado la vida media, resta menos de la mitad de vida, comienza a fallar la salud, se manifiestan enfermedades crónicas, de índole genética y en muchas ocasiones derivadas también del ritmo de vida, algunas de las cuales, como tumores, cardiovasculares, etc., causan la muerte, o en caso de superarse, a pesar de una aceptable calidad de vida, dejan la huella psíquica del trastorno, del declive en el ciclo de vida... La tasa de actividad inicia su caída espectacular, de tal modo que ya en el intervalo de edad de 55-59 es de 75,8% en los varones y de 38,4% en las mujeres, debido a las prejubilaciones e incapacidades laborales, preámbulo de lo que ocurrirá inexorablemente a partir de los 60 años, En el hombre, aunque el umbral parece ser algo más extenso en la edad, sin que se presente en forma de límite sino de una forma gradual, pudiendo prolongarse incluso más allá de los 60 años, se manifiesta también la denominada andropausia, que engloba ciertas alteraciones que comienzan a afectar al varón desde alrededor de los 50 años, manifestándose con un descenso más o menos importante del nivel de andrógenos, esto es, de hormonas masculinas. La actividad de estas hormonas repercute en muchos procesos del organismo, y aunque sus consecuencias se perciben muy especialmente en la capacidad sexual y en la fertilidad, que desciende sobremanera, aunque sin llegar a desaparecer del todo, parece que también afecta a la masa muscular, que disminuye, aumentando la acumulación de grasas, lo que puede potenciar el riesgo de incremento del colesterol, la propensión a la obesidad y la aparición de enfermedades cardiovasculares. (27)

2.3 Marco conceptual.



2.3.1 Edentulismo:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera al desdentamiento como el resultado de la acumulación de patologías orales, representando un problema de salud pública. (11)

2.3.2 Prótesis:

El arte o ciencia del reemplazo de cualquier parte ausente del cuerpo se denomina prótesis; aplicados a la Odontología, se utilizan los términos prostodoncia y prótesis dental (3)

2.3.3 Sexo:

Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos. (14)

2.3.4 Edad:

Tiempo de existencia de alguna persona, desde su nacimiento, hasta la actualidad. Adulto Joven (20-39 años), Adulto Medio (40-49 años), Adulto Maduro (50 – 59 años) y Viejo (60 años a más) (14)

2.4 Hipótesis:

La investigación es de tipo descriptivo por lo que no requiere de una hipótesis.

2.5. Variables e indicadores.

2.5.1 Identificación de las variables.

2.5.1.1 Variables.

Variable principal: Necesidad de tratamiento protésico

2.5.1.2 Co-variables.

Edad

Sexo

Maxila



2.5.2 Operacionalización de las variables.

Operacionalización de variables									
Variable Principal	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Naturaleza	Escala	Instrumento de medición	Valor	Expresión final	Definición Operacional
Necesidad protésica	Paciente que presenta pérdida parcial o total de sus dientes y requiere de un tratamiento protésico.	Prótesis Parcial Removible / Prótesis Total	Clasificación de Kennedy / Edéntulo total	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si necesita / No necesita	No necesita =0, Necesita Prótesis parcial=1, Necesita Prótesis total=2	La variable necesidad protésica se expresa identificando la clase de edentulismo, edéntulos según la clasificación de Kennedy se expresa necesidad de tratamiento con prótesis parcial removible=1 y para los edéntulos totales se expresa necesidad de tratamiento con prótesis total=2.
Covariables									
Edad	Tiempo de existencia de alguna persona, desde su nacimiento, hasta la actualidad.	Edad cronológica en años	Adulto Joven Adulto Medio Adulto Maduro Viejo	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos	Adulto Joven (20-39 años) Adulto Medio (40-49 años) Adulto Maduro (50 – 59 años) Viejo (60 años a más)	20-39años=0, 40-49años=1, 50-59años=2, 60 a más =3	La co variable edad es el tiempo cronológico de existencia que se expresa en Años de vida cumplidos; se agrupan en grupos etarios: Adulto Joven=0, Adulto Medio=1, Adulto Maduro=2 y Viejo=3
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Características antropomórficas	Masculino / Femenino	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Masculino / Femenino	M= 1 / F= 0	La co variable sexo se expresa en características biológicas que caracterizan a los individuos de la especie humana. Masculino=M, y femenino=F
Maxilar	Maxilar inferior Hueso impar que forma la parte inferior de la cara / Maxilar superior Hueso par que forma la parte superior de la cara.	Dientes ausentes en los maxilares	Maxilar Superior / Maxilar Inferior	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Maxilar Superior / Maxilar Inferior	Maxilar superior=0 / Maxilar inferior=1	La co variable maxilar expresa la arcada de la cavidad oral con presencia de edentulismo parcial o total, se expresa Maxilar Superior=0 y Maxilar Inferior=1.



CAPITULO III: Diseño Metodológico

3.1. Tipo de investigación:

Enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y de tipo retrospectivo transversal

3.2. Diseño de la investigación:

No experimental

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Población.

La población lo conformaron todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco durante el semestre académico 2018-I. Durante el semestre se registraron un total de 1255 historias clínicas

3.3.2. Muestra.

Para la obtención de la muestra se hizo una selección probabilística de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco durante el semestre 2018-I que cumplan con los criterios de inclusión, siendo la cantidad de 295, cuyo cálculo se efectuó como se muestras a continuación:

$N = 1255$ tamaño poblacional

$Z_{1-\alpha}^2 = 1.96$ valor de la distribución normal estándar al 95% de confiabilidad

$p = 0.05$ probabilidad de éxito

$q = 0.05$ probabilidad de fracaso

$$E = 0.05$$

$$n = \frac{NZ_{1-\alpha}^2 pq}{(N-1)E^2 + Z_{1-\alpha}^2 pq}$$

$$n = \frac{1255(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(1255-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 295$$

3.3.2.1 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes mayores de 20 años.
- Historias clínicas de pacientes edéntulos parciales que cumplan con los criterios de la clasificación de Kennedy.
- Historias clínicas de pacientes edéntulos totales.

3.3.2.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas mal registradas.
- Historias clínicas de pacientes con brechas edéntulas cortas o con todas las piezas dentarias presente en boca.
- Historias clínicas incompletas.

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos.

Se utilizó la técnica observacional que consiste en captar con la vista cualquier hecho, para lo cual se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos que se validó previamente.

3.5. Procedimiento de recolección de datos.

El trabajo de investigación comenzará enviando una solicitud dirigida al director la clínica Luis Vallejos Santoni para el permiso correspondiente para la ejecución del proyecto (ANEXO), explicando el motivo de la investigación y los beneficios de la misma.



Para la recolección de datos se elaboró y validó una ficha de registro de datos validado por expertos en el área de prostodoncia (ANEXO), donde se anotará la información que está en las historias clínicas de los pacientes.

Se revisaron de forma aleatoria las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos durante el ciclo 2018-I en la Clínica estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco que cumplieron con los criterios de inclusión.

El llenado de la ficha de recolección de datos se realizó por el investigador, el número de historia clínica se anotó con letra impresa de forma clara y con lapicero de color azul, la edad se agrupa por grupos etarios; Adulto Joven (20-39 años), Adulto Medio (40-49 años), Adulto Maduro (50 – 59 años), Viejo o adulto mayor (60 años a más), el sexo (masculino o femenino) el cual fue marcada con un aspa, Para la evaluación de brechas edéntulas se tomaron en cuenta los datos registrados en el odontograma del paciente (dientes perdidos) estableciendo así la clasificación del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy o edéntulo total y que nos permitió medir la necesidad protésica que se marcara con un aspa con lapicero de color azul en la ficha.

3.6 Técnica de procesamiento de datos.

Se introdujeron los datos en tablas de Excel que seguidamente se pasan al programa SPSS 21

Se realizó un estudio individual de todas las variables lo que nos brindará datos sobre la media, mediana, desviación típica y rangos

El Test de Chi-Cuadrado se utilizó para comparar diferencias de porcentajes entre grupos establecidos

Para estudiar la relación entre variables cuantitativas se empleó el Test de correlación de Pearson y no paramétrico de Spearman

Para el conteo y tabulación se elaborarán tablas de doble entrada



3.7 Aspectos Administrativos.

3.7.1 Recursos materiales.

- Útiles de escritorio
- Hojas de recolección de datos
- Lapiceros
- Impresora
- Computadora
- Cámara fotográfica

3.7.2 Recursos financieros.

Los presupuestos para toda la investigación serán autofinanciados por el investigador.

3.7.3 Recursos humanos.

Investigador: Bach. Randy Palomino Palomino

Asesor: Mgt. Hugo L. Rosas Cisneros

CAPITULO IV: Resultados

4.1. Análisis de resultados generales de la población.

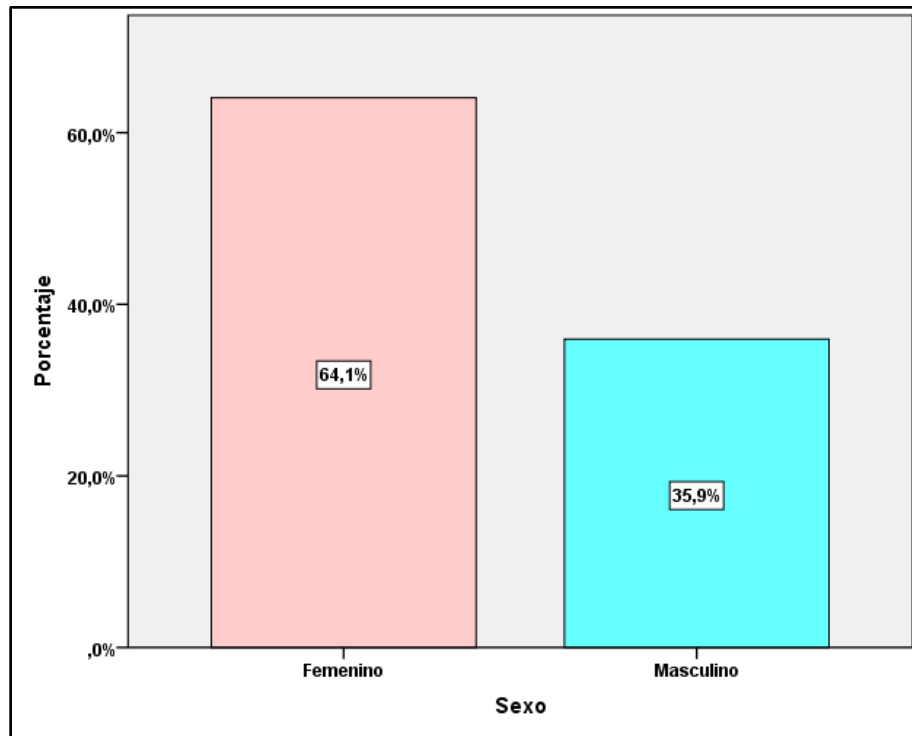
Tabla N° 1 Distribución de la muestra según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	189	64,1
Masculino	106	35,9
Total	295	100,0

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable sexo del total de la muestra, en la cual se tiene que el 64,1% de los integrantes de la muestra pertenecen al sexo femenino, en tanto que el 35,9% pertenecen al sexo masculino.

Gráfico N° 1 Distribución de la muestra según sexo

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable sexo del total de la muestra, en la cual se tiene que el 64,1% de los integrantes de la muestra pertenecen al sexo femenino, en tanto que el 35,9% pertenecen al sexo masculino.

Tabla N° 2 Distribución de la muestra según edad

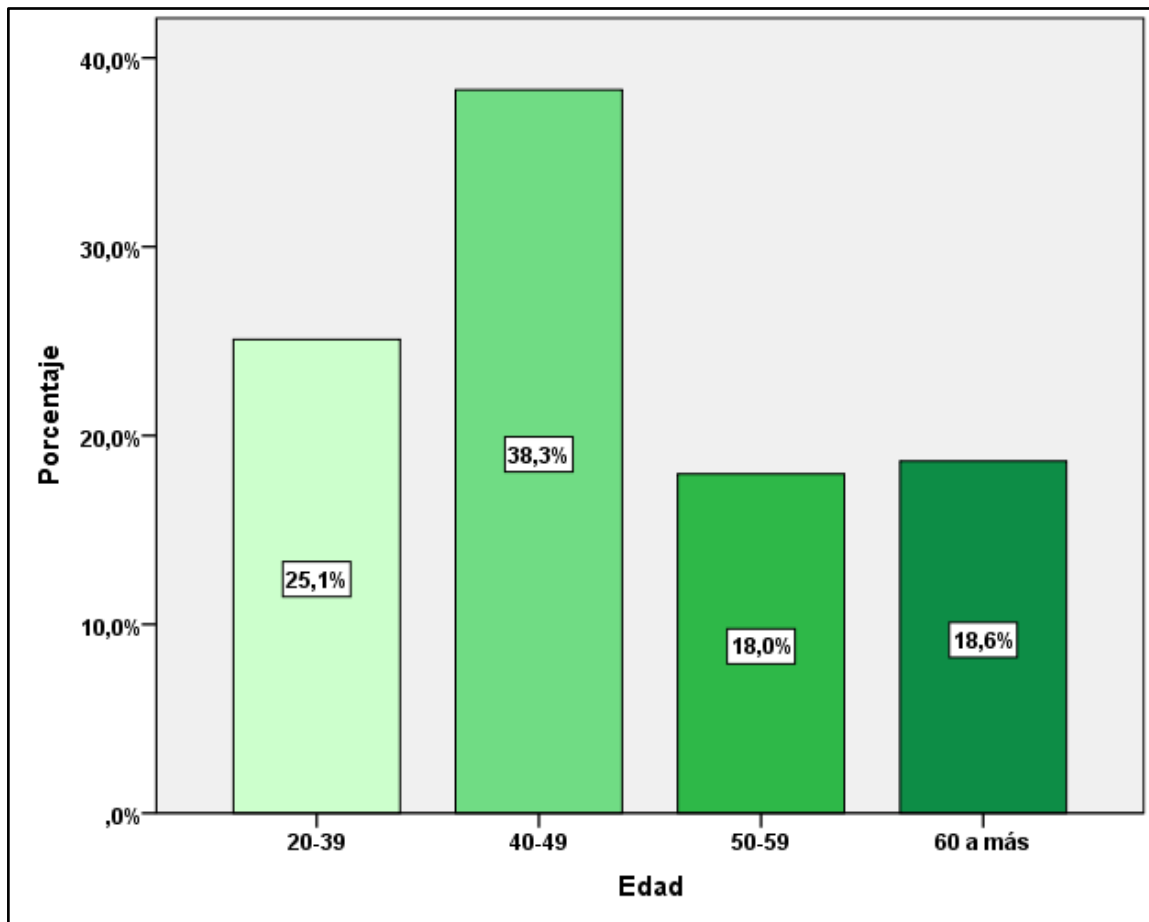
	Frecuencia	Porcentaje
20-39	74	25,1
40-49	113	38,3
50-59	53	18,0
60 a más	55	18,6
Total	295	100,0

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable edad del total de la muestra, en la cual se tiene que el porcentaje mayoritario que asciende al 38,3% de los encuestados posee edades comprendidas entre los 40 y 49 años de edad, mientras que el 25,1% tiene edades comprendidas entre los 20 y 29 años de edad, el 18,0% edades comprendidas entre los 50 y 59 años y el 18,6% tienen más de 60 años de edad.

Gráfico N° 2 Distribución de la muestra según edad



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable edad del total de la muestra, en la cual se tiene que el porcentaje mayoritario que asciende al 38,3% de los encuestados posee edades comprendidas entre los 40 y 49 años de edad, mientras que el 25,1% tiene edades comprendidas entre los 20 y 29 años de edad, el 18,0% edades comprendidas entre los 50 y 59 años y el 18,6% tienen más de 60 años de edad.

4.2. Análisis resultados resultados para la Necesidad de tratamiento con prótesis de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Tabla N° 3 Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según sexo

		Sexo			
		Femenino	Masculino	Total	
Necesidad	No requiere	Frecuencia	49	44	93
		Porcentaje	16,6%	14,9%	31,5%
Protésica en el Maxilar Superior	Prótesis Parcial	Frecuencia	114	49	163
		Porcentaje	38,6%	16,6%	55,3%
	Prótesis Total	Frecuencia	26	13	39
		Porcentaje	8,8%	4,4%	13,2%
Total	Frecuencia	189	106	295	
	Porcentaje	64,1%	35,9%	100,0%	
Necesidad	No requiere	Frecuencia	44	27	71
		Porcentaje	14,9%	9,2%	24,1%
Protésica en el Maxilar Inferior	Prótesis Parcial	Frecuencia	126	73	199
		Porcentaje	42,7%	24,7%	67,5%
	Prótesis Total	Frecuencia	19	6	25
		Porcentaje	6,4%	2,0%	8,5%
Total	Frecuencia	189	106	295	
	Porcentaje	64,1%	35,9%	100,0%	

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

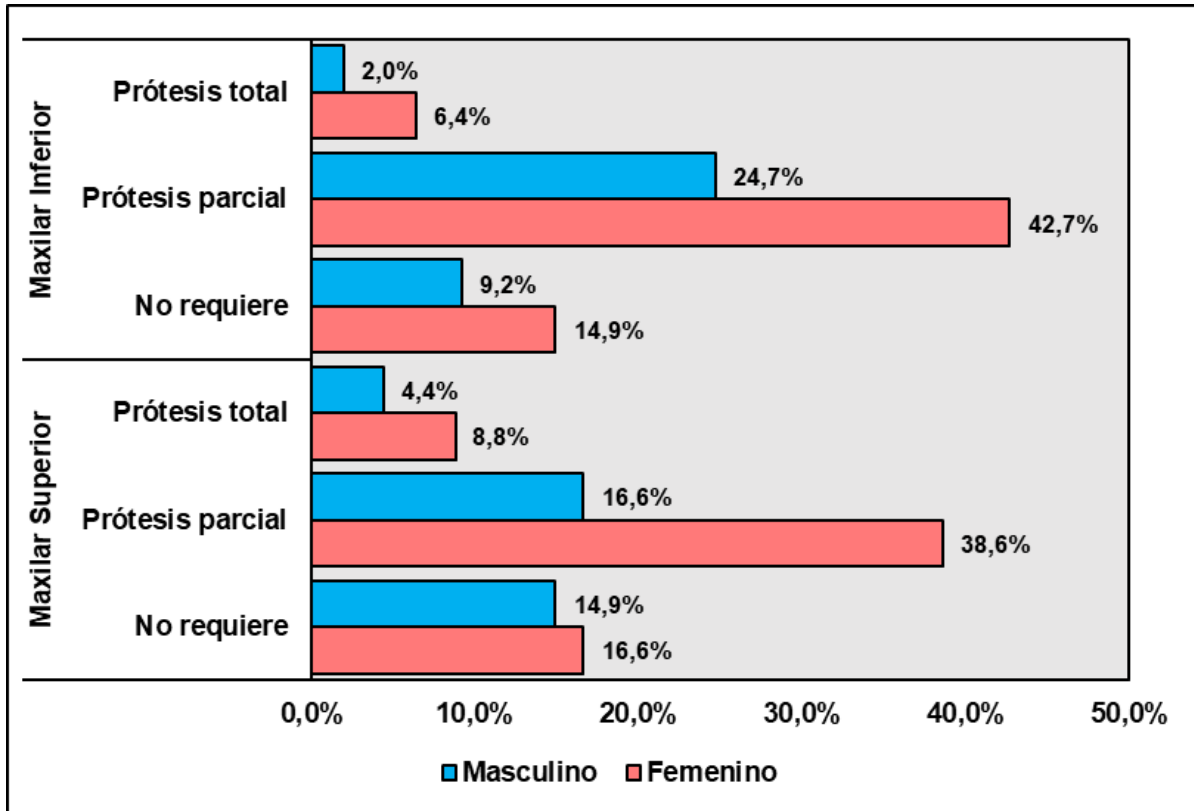
Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento protésico según sexo, es así que para el maxilar superior se evidencia que el mayor porcentaje se da en lo que se refiere a la prótesis parcial con un 55,3% del total de pacientes que conforman la muestra de estudio, de los cuales el 38,6% corresponden al sexo femenino, mientras que el 16,6% corresponden al sexo masculino.

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el sexo femenino el que presenta mayor requerimiento con un 42,7%.

Gráfico N° 3 Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis

Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I sexo



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento protésico según sexo, es así que para el maxilar superior se evidencia que el mayor porcentaje se da en lo que se refiere a la prótesis parcial con un 55,3% del total de pacientes que conforman la muestra de estudio, de los cuales el 38,6% corresponden al sexo femenino, mientras que el 16,6% corresponden al sexo masculino.

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el sexo femenino el que presenta mayor requerimiento con un 42,7%.

Tabla N° 4 Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según edad

		Edad				Total	
		20-39	40-49	50-59	60 a más		
Necesidad	No requiere	Frecuencia	34	42	14	3	93
		Porcentaje	11,5%	14,2%	4,7%	1,0%	31,5%
Protésica en el Maxilar Superior	Prótesis Parcial	Frecuencia	40	67	32	24	163
		Porcentaje	13,6%	22,7%	10,8%	8,1%	55,3%
	Prótesis Total	Frecuencia	0	4	7	28	39
		Porcentaje	0,0%	1,4%	2,4%	9,5%	13,2%
Total		Frecuencia	74	113	53	55	295
		Porcentaje	25,1%	38,3%	18,0%	18,6%	100,0%
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	No requiere	Frecuencia	30	26	10	5	71
		Porcentaje	10,2%	8,8%	3,4%	1,7%	24,1%
	Prótesis Parcial	Frecuencia	44	85	39	31	199
		Porcentaje	14,9%	28,8%	13,2%	10,5%	67,5%
	Prótesis Total	Frecuencia	0	2	4	19	25
		Porcentaje	0,0%	0,7%	1,4%	6,4%	8,5%
Total		Frecuencia	74	113	53	55	295
		Porcentaje	25,1%	38,3%	18,0%	18,6%	100,0%

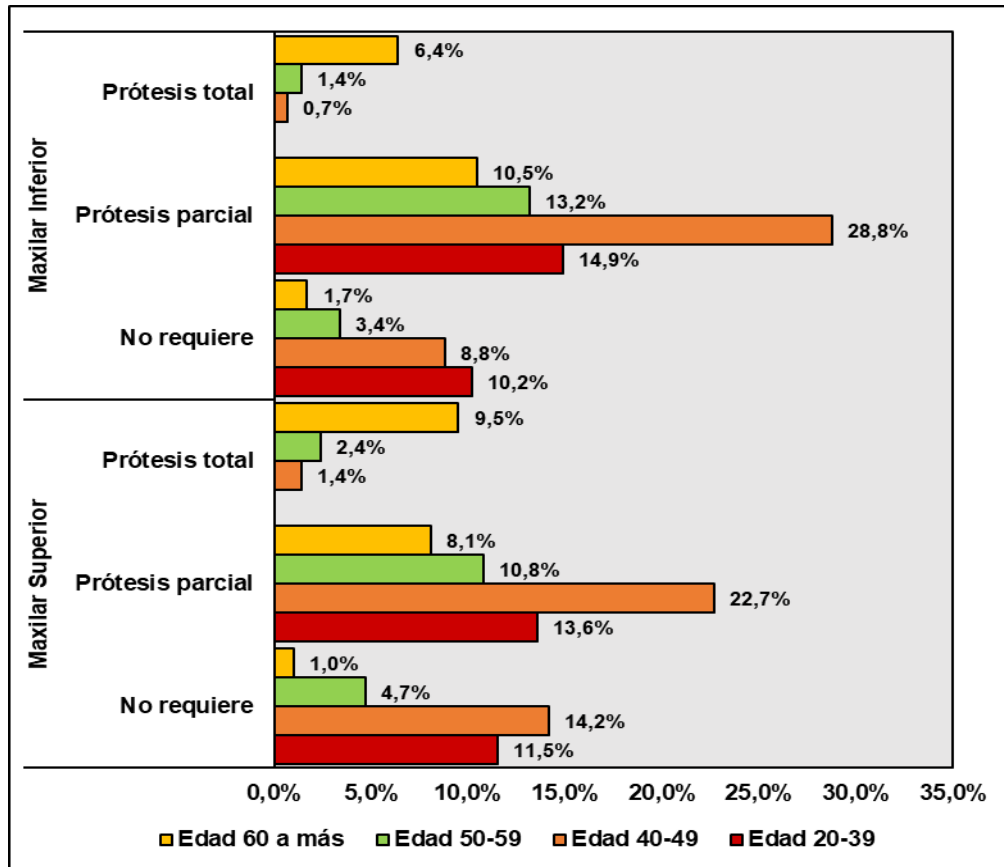
FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento protésico según edad, es así que para el maxilar superior se evidencia que el mayor porcentaje se da en lo que se refiere a la prótesis parcial con un 55,3% del total de pacientes que conforman la muestra de estudio, de los cuales el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de 40 a 49 años de edad, con un 22,7%, mientras que al grupo de 60 a más años, le corresponde un 8,1%

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el grupo etario de 40 a 49 años de edad, con un 28,8% el mayor, seguido del grupo etario de 20 a 39 años.

Gráfico N° 4 Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según edad



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento protésico según edad, es así que para el maxilar superior se evidencia que el mayor porcentaje se da en lo que se refiere a la prótesis parcial con un 55,3% del total de pacientes que conforman la muestra de estudio, de los cuales el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de 40 a 49 años de edad, con un 22,7%, mientras que al grupo de 60 a más años, le corresponde un 8,1%

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el grupo etario de 40 a 49 años de edad, con un 28,8% el mayor, seguido del grupo etario de 20 1 39 años.

Tabla N° 5 Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según arcada

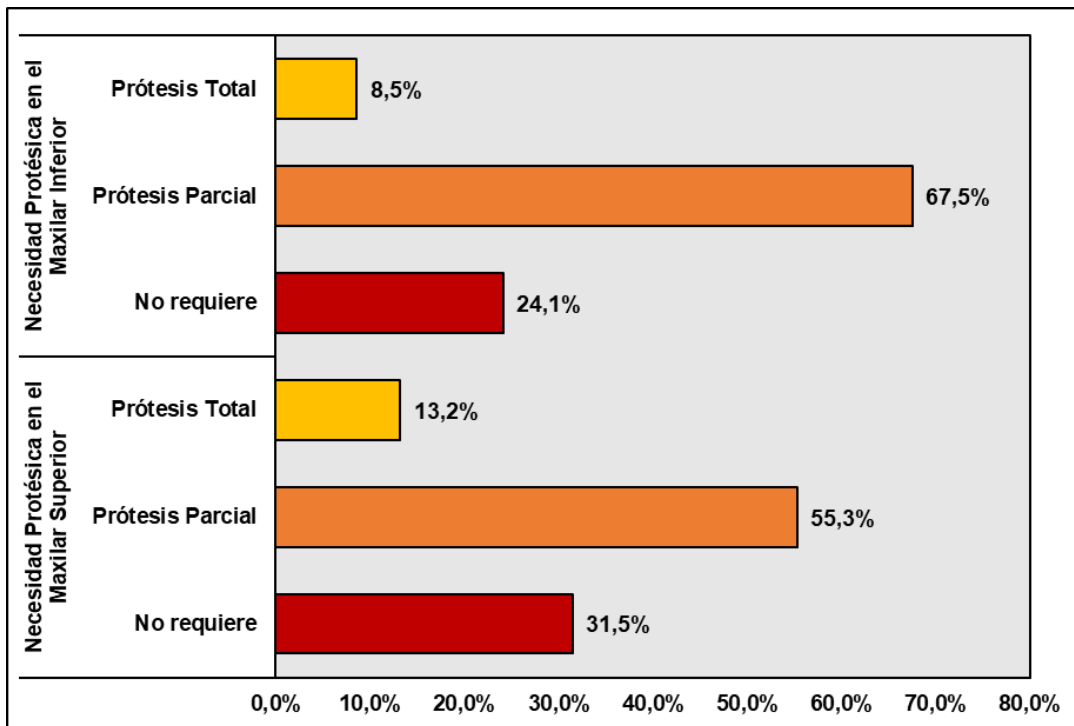
		Frecuencia	Porcentaje
Necesidad Protésica en el Maxilar Superior	No requiere	93	31,5%
	Prótesis Parcial	163	55,3%
	Prótesis Total	39	13,2%
	Total	295	100,0%
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	No requiere	71	24,1%
	Prótesis Parcial	199	67,5%
	Prótesis Total	25	8,5%
	Total	295	100,0%

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable necesidad protésica según arcada se evidencia que para el maxilar superior el mayor requerimiento se da para la prótesis parcial alcanzando el 55,3%, mientras que la prótesis total alcanza el 13,2%. De manera similar se tiene que en el caso del maxilar inferior el 67,5% de los casos corresponden a prótesis parcial, mientras que el 8,5% corresponde a prótesis total.

Gráfico N° 5 Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según arcada



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable necesidad protésica según arcada se evidencia que para el maxilar superior el mayor requerimiento se da para la prótesis parcial alcanzando el 55,3%, mientras que la prótesis total alcanza el 13,2%. De manera similar se tiene que en el caso del maxilar inferior el 67,5% de los casos corresponden a prótesis parcial, mientras que el 8,5% corresponde a prótesis total.

4.3. Análisis de resultados adicionales a los objetivos de la investigación para la Necesidad de tratamiento protésico

Tabla N° 6 Tabla de contingencia para necesidad protésica según arcada

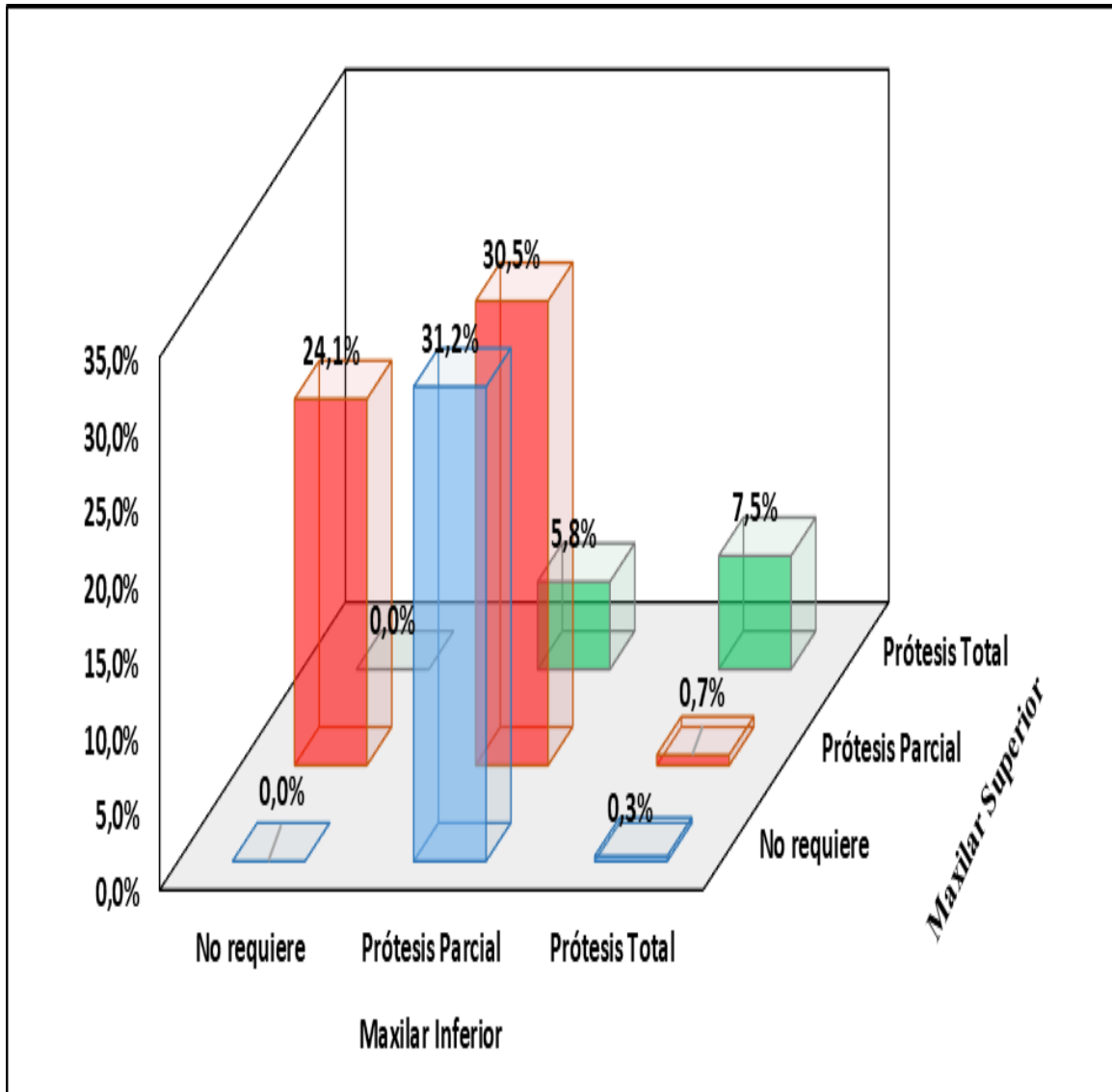
		Necesidad Protésica en el Maxilar Superior			Total
		No requiere	Prótesis Parcial	Prótesis Total	
No requiere	Frecuencia	0	71	0	71
	Porcentaje	0,0%	24,1%	0,0%	24,1%
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	Frecuencia	92	90	17	199
	Porcentaje	31,2%	30,5%	5,8%	67,5%
Prótesis Total	Frecuencia	1	2	22	25
	Porcentaje	0,3%	0,7%	7,5%	8,5%
Total	Frecuencia	93	163	39	295
	Porcentaje	31,5%	55,3%	13,2%	100,0%

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la tabla de contingencia para la necesidad protésica del maxilar inferior y del maxilar superior, en la que el 31,2% requiere prótesis parcial en el maxilar inferior y al mismo tiempo no requiere prótesis en el maxilar superior, mientras que un 30,5% de los pacientes requieren prótesis parcial en ambos maxilares y un 7,5% de los pacientes requiere prótesis total en ambos maxilares.

Gráfico N° 6 Contingencia para necesidad protésica según arcada



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla y gráfico anteriores se aprecian los resultados para la tabla de contingencia para la necesidad protésica del maxilar inferior y del maxilar superior, en la que el 31,2% requiere prótesis parcial en el maxilar inferior y al mismo tiempo no requiere prótesis en el maxilar superior, mientras que un 30,5% de los pacientes requieren prótesis parcial en ambos maxilares y un 7,5% de los pacientes requiere prótesis total en ambos maxilares.

Tabla N° 7 Necesidad de prótesis parcial removible según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones para el maxilar superior

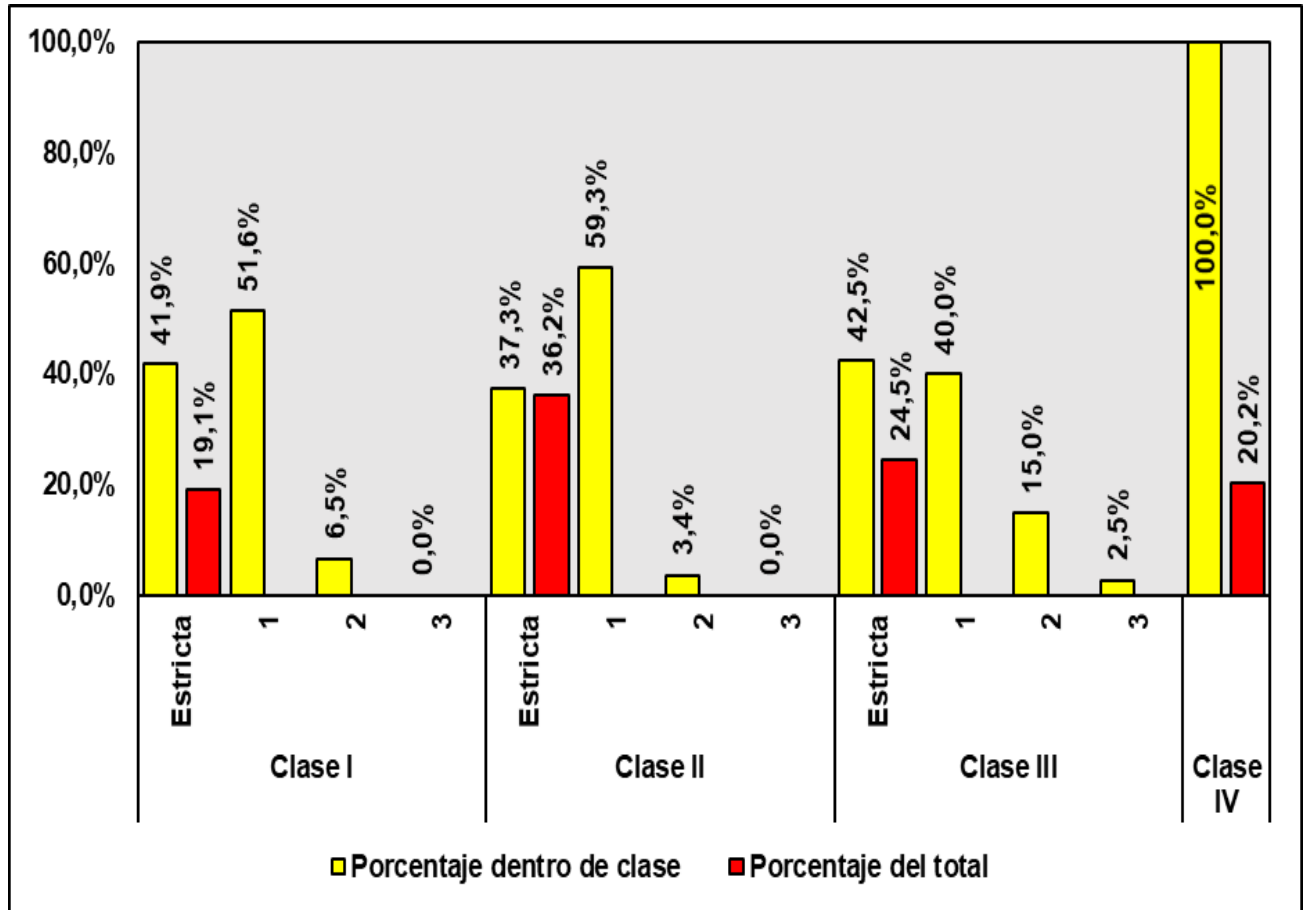
		Frecuencia	Porcentaje dentro de clase	Porcentaje del total
Clase I	Estricta	13	41,9%	19,1%
	1	16	51,6%	
	2	2	6,5%	
	3	0	0,0%	
	Sub Total	31	100,0%	
Clase II	Estricta	22	37,3%	36,2%
	1	35	59,3%	
	2	2	3,4%	
	3	0	0,0%	
	Sub Total	59	100,0%	
Clase III	Estricta	17	42,5%	24,5%
	1	16	40,0%	
	2	6	15,0%	
	3	1	2,5%	
	Sub Total	40	100,0%	
Clase IV		33	100,0%	20,2%
Total		163		100,0%

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable necesidad protésica según clase y modificaciones, en la que la clase II es la que presenta mayor frecuencia, alcanzando el 36,2% y con la modificación 1 con un 59.3%, seguido de la clase III que presenta un porcentaje de 24,5% y con la modificación estricta o sin modificación con un 42.5%.

Gráfico N° 7 Necesidad de prótesis parcial removible según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones para el maxilar superior



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable necesidad protésica según clase y modificaciones, en la que la clase II es la que presenta mayor frecuencia, alcanzando el 36,2% y con la modificación 1 con un 59.3%, seguido de la clase III que presenta un porcentaje de 24,5% y con la modificación estricta o sin modificación con un 42.5%.

Tabla N° 8 Necesidad de prótesis parcial removible según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones para el maxilar inferior

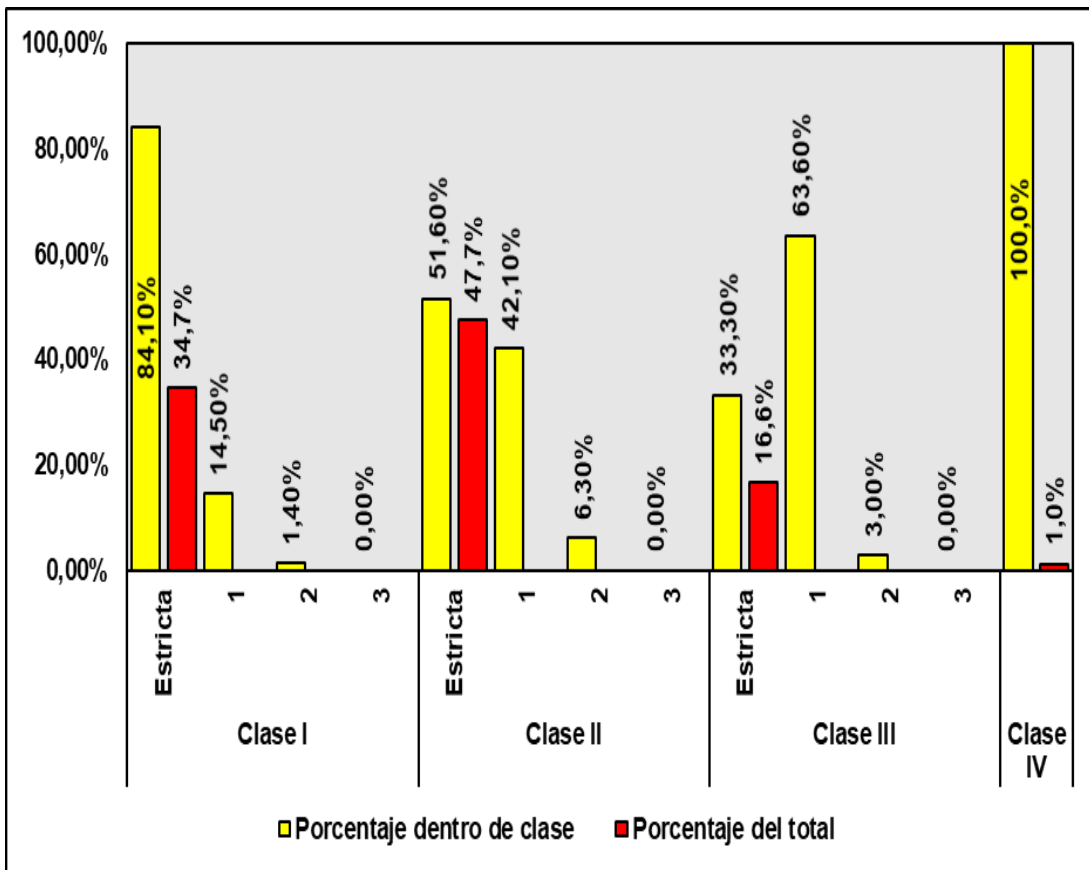
		Frecuencia	Porcentaje dentro de clase	Porcentaje del total
Clase I	Estricta	58	84,1%	34,7%
	1	10	14,5%	
	2	1	1,4%	
	3	0	0,0%	
	Sub Total	69	100,0%	
Clase II	Estricta	49	51,6%	47,7%
	1	40	42,1%	
	2	6	6,3%	
	3	0	0,0%	
	Sub Total	95	100,0%	
Clase III	Estricta	11	33,3%	16,6%
	1	21	63,6%	
	2	1	3,0%	
	3	0	0,0%	
	Sub Total	33	100,0%	
Clase IV		02	100,0%	1,0%
Total		199		100,0%

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable necesidad protésica según clase y modificaciones, en la que la clase II es la que presenta mayor frecuencia, alcanzando el 36,2% y con la modificación estricta o sin modificaciones con un 51.6%, seguido de la clase III que presenta un porcentaje de 24,5% con la modificación 1 con un 63.6%.

Gráfico N° 8 Necesidad de prótesis parcial removible según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones para el maxilar inferior



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable necesidad protésica según clase y modificaciones, en la que la clase II es la que presenta mayor frecuencia, alcanzando el 36,2% y con la modificación estricta o sin modificaciones con un 51.6%, seguido de la clase III que presenta un porcentaje de 24,5% con la modificación 1 con un 63.6%.

Tabla N° 9 Necesidad de tratamiento con prótesis total según sexo

		Sexo		
		Femenino	Masculino	Total
Necesidad Protésica total en el Maxilar Superior	Frecuencia	26	13	39
	Porcentaje	40,6%	20,3%	60,9%
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	Frecuencia	19	6	25
	Porcentaje	29,7%	9,4%	39,1%
Total	Frecuencia	45	19	64
	Porcentaje	70,3%	29,7%	100,0%

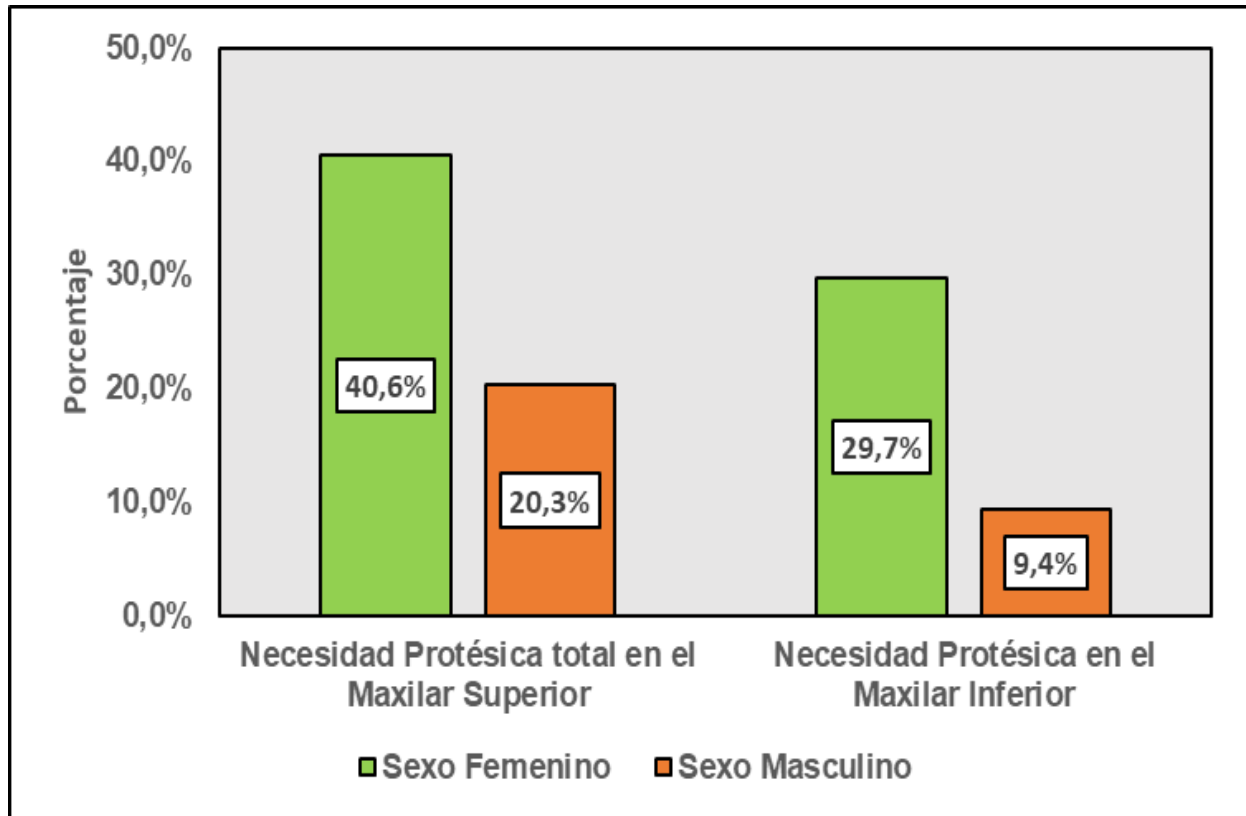
FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento con prótesis total según sexo, en la que los porcentajes mayoritarios corresponden al sexo femenino tanto en el maxilar superior como en el inferior, alcanzando los porcentajes de 40,6% y 29,7%, mientras que en el caso de los varones el 20,3% presentan necesidad protésica total en el maxilar superior, mientras que el 9,4% presentan necesidad protésica total en el maxilar inferior.

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el sexo femenino el que presenta mayor requerimiento con un 42,7%.

Gráfico N° 9 Necesidad de tratamiento con prótesis total según sexo



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento con prótesis total según sexo, en la que los porcentajes mayoritarios corresponden al sexo femenino tanto en el maxilar superior como en el inferior, alcanzando los porcentajes de 40,6% y 29,7%, mientras que en el caso de los varones el 20,3% presentan necesidad protésica total en el maxilar superior, mientras que el 9,4% presentan necesidad protésica total en el maxilar inferior.

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el sexo femenino el que presenta mayor requerimiento con un 42,7%.

Tabla N° 10 Necesidad de tratamiento con prótesis total según edad

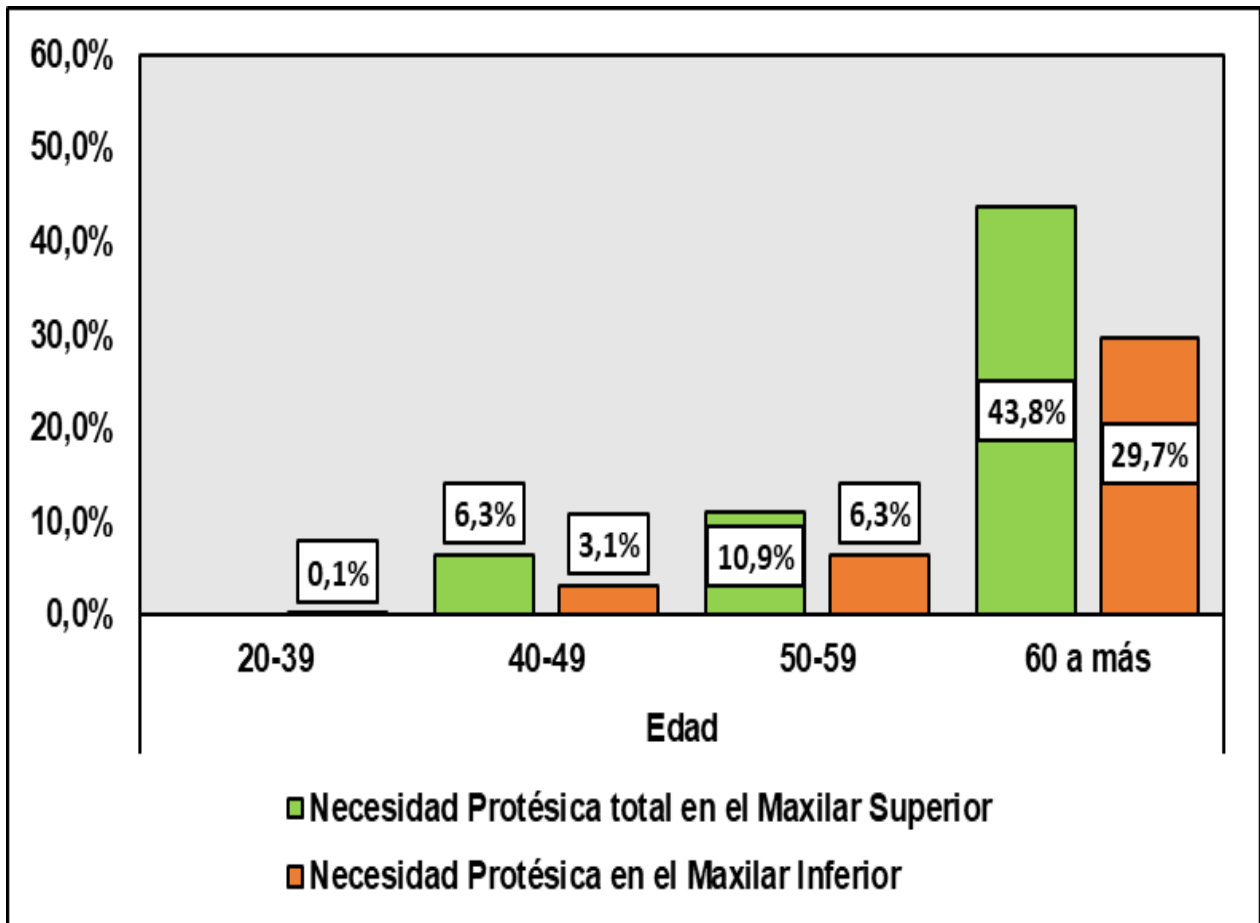
		Edad				Total
		20-39	40-49	50-59	60 a más	
Necesidad Protésica en el Maxilar Superior	Frecuencia	0	4	7	28	39
	Porcentaje	0,0%	6,3%	10,9%	43,8	60,9%
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	Frecuencia	0	2	4	19	25
	Porcentaje	0,0%	3,1%	6,3%	29,7%	39,1%
Total	Frecuencia	0	6	11	47	64
	Porcentaje	0,0%	9,4%	17,2	73,4	100,0%

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento con prótesis total según edad, en la que el porcentaje mayoritario de requerimiento de prótesis total en ambos maxilares se encuentra en el grupo etario de 60 a más años, mientras que el menor requerimiento se ubica en el grupo etario de 20 a 39 años

Gráfico N° 10 Necesidad de tratamiento con prótesis total según edad



FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En el gráfico anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento con prótesis total según edad, en la que el porcentaje mayoritario de requerimiento de prótesis total en ambos maxilares se encuentra en el grupo etario de 60 a más años, mientras que el menor requerimiento se ubica en el grupo etario de 20 a 39 años.



CAPITULO V

DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo determinar la necesidad de tratamientos con prótesis removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I, se tuvo una muestra de 295 historias clínicas que cumplían con los criterios de selección. El edentulismo es un problema que se da a nivel mundial y como consecuencia la necesidad de tratamientos rehabilitadores tiene una gran demanda; en nuestro país y específicamente en nuestra región existen pocos estudios, estas investigaciones deberían realizarse con frecuencia para determinar el estado de conservación de la salud bucal y su necesidad de rehabilitación.

Asencio Palacios, Ecuador, Realizo un estudio con el objetivo de describir las necesidades de rehabilitación oral en pacientes adultos mayores de un asilo, la muestra estuvo conformada por 47 pacientes de los cuales el 24.5% fueron varones y el 74.5% fueron mujeres. Los resultados muestran que en cuanto a la necesidad de tratamiento protésico el 42.6% necesita prótesis total inferior, el 40.4% necesita prótesis total superior, el 31,9% requiere prótesis parcial inferior y el 23,4% necesita prótesis parcial superior. Se concluyo que el 80.9% de los pacientes requieren de prótesis. Podemos observar que nuestros resultados no coinciden con el antecedente pues en la necesidad de tratamiento con prótesis en el maxilar superior el 55.3% requiere prótesis parcial y el 13.2% requiere prótesis total y en el maxilar inferior el 67.5% requiere de protesis parcial y el 8.5% requiere de prótesis totales (11).

Peralta Mas, Perú, Realizo una investigación en la que busco describir la necesidad y situación de protesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la universidad Peruana Cayetano Heredia de julio a setiembre en el año 2015, la muestra estuvo conformada por 151 pacientes de entre 18 a 60 años Los resultados demostraron que en el maxilar superior existe una necesidad de 20.7% de prótesis parcial y 1,3% de prótesis total y para el maxilar inferior 27.8% necesita prótesis parcial y el 1.3% necesita prótesis total.



Los datos obtenidos de la necesidad de tratamiento con prótesis en relación a la edad son ligeramente diferentes con respecto a los datos obtenidos por mi investigación; para el maxilar superior la necesidad de prótesis parcial superior fue 11.3% en el rango de edad de 40-49 años y mis resultados fueron un 22.7% en el rango de edad de 40-49 años mientras que para el maxilar inferior la necesidad de prótesis parcial fue 15.2% en el rango de edad 40 a 49 años y mis resultados fueron un 28.8% en el rango de edad de 40 a 49 años (13).

Osorio Sánchez, Chile, Realizo un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de determinar los tratamientos realizados en la clínica de prótesis removible de la Universidad de Chile, los resultados obtenidos de este antecedente y mi investigación coinciden en que la mayor prevalencia necesidad de prótesis en relación al género fue del género femenino con necesidad de prótesis parcial removible. Los datos del antecedente muestran que un 68.1% mujeres necesita prótesis parcial en el maxilar inferior y el 66.84% mujeres necesita prótesis parcial inferior, mientras que en mi investigación el 38.6% de mujeres necesita prótesis removible en la arcada superior y un 42.7% necesita prótesis parcial en la arcada inferior (9).

Avendaño Vera, Perú, Realizo un estudio descriptivo transversal con el objetivo de identificar la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica. Los resultados de la necesidad de prótesis parcial removible en relación a la clasificación de Kennedy y sus modificaciones. Los resultados indican que en el maxilar superior la clase II tuvo mayor prevalencia con 17.1% seguido de la clase III con 16.8%, la clase I con 9.4% y la clase IV con 1.7% y en el maxilar inferior la clase II tuvo un 32% seguida de la clase I con 14.9%, la clase III 8.3% y la clase IV con 0%. Podemos observar que nuestros resultados coinciden ya que se determinó que la clase II fue la más predominante en ambos maxilares pero en cuanto a sus modificaciones existen ciertas discrepancias pues en los resultados del antecedente para el maxilar superior la clase con mayor prevalencia fue la clase II 17.1% modificación 1=13.5% y el maxilar inferior la clase con mayor prevalencia fue la clase II 32% modificación 0=35% mientras que en mi resultados la clase con mayor prevalencia en el maxilar superior fue la clase II 36.2%



modificación 1=59.3% y en el maxilar inferior la clase con mayor prevalencia fue la clase II 47.7% modificación 0=84.1% (14).



CONCLUSIONES

Tras un profundo análisis de los objetivos generales y específicos previamente enunciados en capítulos anteriores y sustentados posteriormente en el marco teórico, procedemos a resaltar, resumir y resaltar los siguientes aspectos. Se determinó que la necesidad de tratamientos con prótesis removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina. Durante el periodo de febrero a junio del 2018, fue del 68% (202) en el maxilar superior y un 76% (224) en el maxilar inferior.

Se identificó que la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni". según sexo, en el maxilar superior el 38% femenino y el 16% masculino en el maxilar inferior el 42.7% femenino y 24.7% masculino.

Se identificó que la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni". Según edad, en el maxilar superior 13.6% (20-29años), 22.7% (40-49años), 10.8% (50-59años) y 8.1 (60 <) en el maxilar inferior 14.9% (20-29años), 28.8% (40-49años), 13.2% (50-59años) y 10.5 (60 <)

Se identificó que la necesidad de tratamientos con prótesis parciales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni". Según maxilar, en el maxilar superior 55.3% y en el maxilar inferior 67.5%

Se identificó que la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni". Según sexo, en el maxilar superior 8.8% femenino y 4.4% masculino en el maxilar inferior 6.4% femenino y 2.0% masculino.

Se identificó que la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni". Según edad, en el maxilar superior 0% (20-29años), 1.4% (40-49años), 2.4% (50-



59años) y 9.5 (60 <) en el maxilar inferior 0% (20-29años), 0.7% (40-49años),1.4% (50-59años) y 6.4 (60 <)

Se identifico que la necesidad de tratamientos con prótesis totales removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni”. Según maxilar, en el maxilar superior 13.2% y en el maxilar inferior 8.5%



SUGERENCIAS

Al Director Regional de la Red De Servicios de Salud Cusco se le sugiere evaluar el presupuesto para incluir en la lista de tratamientos que ofrece; a la rehabilitación oral con prótesis parcial debido a la alta prevalencia de edentulismo.

Al director de la “Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni” se sugiere incluir programas estadísticos para poder tener datos sobre las necesidades de tratamiento que tienen las personas que acuden a nuestra clínica.

Al director de la “Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni” debido a que hubo una alta prevalencia en la necesita de tratamiento con prótesis 68% en el maxilar superior y un 76% en el maxilar inferior; se sugiere mejorar los servicios y ampliar al récord de pacientes solicitado a cada alumno para poder atender a más pacientes en el área de rehabilitación oral.

A los alumnos de la escuela profesional de Estomatología se sugiere en futuras investigaciones complementar el presente estudio añadiendo: causas del edentulismo, lugar de procedencia y ejecutándolo en una mayor población.

A los alumnos y responsables de área de diagnóstico se sugiere cumplir con las normas establecidas para el llenado del odontograma ya que se encontraron deficiencias en la nomenclatura para asignar una pieza ausente.

A la sociedad cusqueña se sugiere tener en cuenta la importancia de un tratamiento con prótesis removible ya que el edentulismo afecta la salud oral, general y mental.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Matute Bueno Xavier, Pacheco Arce María Gabriela. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE 2016. revista activa universidad católica de cuenca. 2(1), 21-26, abril, 2017
2. Arencibia García Evelyn. Necesidad de rehabilitación protésica en una población seleccionada de un área de salud. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río.20(4), 452-457. agosto de 2016
3. Maxe Milian Anderson Iván. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor De Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 [tesis de titulación]. Pimentel – Perú. Universidad Señor de Sipán .2016
4. Azañedo Diego. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú, Rev. In Crescendo. Institucional Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 7(1) ,145-148,2016
5. Daniel Macera. ¿Cuánto dinero destina el estado en el sector salud? elcomercio.economia. [Internet]. [Consultado 2 may 2019]. disponible en: <https://elcomercio.pe/economia>
6. B. Koeck. Prótesis completas, práctica de la odontología. cuarta ed. Barcelona. Masson. 2007
7. Atarama Gutiérrez Magnolia Emperatriz. Relación entre la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. [Tesis de titulación]. Arequipa – Perú. Universidad Católica de Santa María.2016
8. Moreno Rodríguez Dinia Isabel. Necesidad De Prótesis Estomatológica, septiembre-diciembre, 2014. Revista Médica Granma, Universidad De Ciencias Médicas De Granma.21 (1). 2017



9. Osorio Sánchez Pedro Nicolás. Estudio descriptivo retrospectivo de los tratamientos realizados en la clínica de prótesis removible de la facultad de odontología de la Universidad de Chile, en el período 2009 al 2012. [tesis de titulación]. Santiago – Chile. Universidad de Chile.2015
10. Moya Rivera Patricia, Caro Cassali Juan Carlos. Caries dental y necesidad de tratamiento protésico en adultos. Comuna de Macul, 2014.Revista dental de Chile. Universidad Finis Terrae.106(3);25-28,2015.
11. Asencio Palacios Pamela Alexandra. Necesidades de Rehabilitación Oral en el Hogar de Ancianos "Santa Catalina Labouré" Distrito Metropolitano. Periodo. Noviembre 2015- Enero 2016. [Tesis De Titulación]. Quito-Ecuador. Universidad Central Del Ecuador.2016
12. Moreno Rodríguez Dinia Isabel. Necesidad De Prótesis Estomatológica, septiembre-diciembre, 2014. Revista Médica Granma, Universidad De Ciencias Médicas De Granma.21 (1). 2017
13. Peralta Mas Fátima Brunella. Necesidad y Situación de Prótesis Dentales en Pacientes Adultos que Acuden a la Clínica Dental Docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el Año 2015. [Tesis de Titulación]. Lima – Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia.2017
14. Avendaño Vera Edson Michelson. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. [Tesis De Titulación]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2016
15. Sonia Geraldine Murguía Barrios. Relación entre edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en personas adultas de la comunidad de “Aguada de Palos” En el Distrito de Santiago - Ica, 2017. [Tesis De Titulación]. Ica – Perú. Universidad Alas Peruanas. 2018
16. Gutiérrez-Vargas Vanessa Leila, León-Manco Roberto Antonio. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista estomatológica herediana, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 25(3), 179-86.2015



17. Adrián Gregori Pecho Quito. Necesidad protésica en alumnos de 15 a 17 años de edad, De la I.E. 116 Abraham Valdelomar, Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2017. [Tesis De Titulación]. Lima – Perú. Universidad Privada Norbert Wiener.2018
18. Susy Isabel Tantas Caldas. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016. [Tesis De Titulación]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2017
19. Poveda Amarfil Ana Paula. Prevalencia de Pacientes Edentulos Parciales según la Clasificación de Kennedy en Hospital: Jacobo & María Ratinoff. [Tesis De Titulación]. Guayaquil-Ecuador. Universidad Católica De Santiago De Guayaquil.2016
20. Corpuna Apaza Evelin Yanet. Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes que Acuden al Servicio de Odontología en el Centro de Salud de Belenpampa, Cusco-2012. [Tesis De Titulación]. Cusco-Perú. Universidad Nacional De San Antonio Abad del Cusco.2012
21. Glen P. McGivney. McCracken prótesis parcial removible. Undécima ed. Madrid. Medica Panamericana.2006
22. Rimachi Quiroz Delicia Benita, Rojas Marin Lorena Licet. Factores Asociados al Edentulismo en Pacientes Atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología UNAP 2004 – 2014.[Tesis De Titulación]. Iquitos-Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.2016}
23. Cargua Ríos José Napoleón. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito. [Tesis de Titulación]. Quito-Ecuador. Universidad de las Americas.2016
24. Lilia Bortolotti. Prótesis removibles Clásicas e innovaciones. Primera ed. Venezuela. ediciones Amolca.2006
25. Soza Rodríguez Rafael Pablo. Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en el Asilo San Ramón, Gestión 2014. [Tesis De Titulación]. La Paz – Bolivia. Universidad Mayor De San Andres.2015.



26. David Loza Fernandez. Prótesis Parcial Removible : Procedimientos Clínicos y de Laboratorio. Primera ed. Lima Peru. Savia editorial.2012
27. Juan-Francisco Martín Ruiz. Los Factores Definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. [Internet].08/04/18[fecha de consulta]. Vol. IX, núm. 190. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-190.htm>.
28. Marcos Rubén Calle Quispe. Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 “VUELVE A SONREÍR”. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas 2da. Ed.2011.
29. Bernal, C. Metodología de la Investigación Bogotá: Pearson 2016.
30. Bologna, E. Métodos Estadísticos de Investigación. Córdoba: Brujas. 2018.
31. Hernández, R., Fernández, R., & Baptista, P. Metodología de la Investigación Sexta ed. México: McGraw Hill.2014.
32. Landero, R., & González, M. Estadística con SPSS y metodología de la investigación. México: Trillas. 2014.
33. Pardo, A., & Ruiz, M. Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Madrid: Síntesis. 2012.
34. Polit, D., & Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud Sexta ed. México: Mc Graw Hill. 2005.
35. Sánchez, H., & Reyes, C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Lima: Business Support Aneth.2015.



ANEXOS