

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Policlínico Antonio Sánchez, Covadonga. Municipio Aguada de Pasajeros

**PÉRDIDA DENTARIA EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 19
AÑOS DEL CONSULTORIO 4 DE COVADONGA
AGUADA, CIENFUEGOS 2020**

Proyecto para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Estomatología General Integral

Autor: Dr. Orelvis Suárez Olivera

Tutora: Dra. Marieta Ibañez Viñet

Consultante: Dr. Diosky Ferrer Vilches

Cienfuegos, 2021

Dedicatoria

*A mis padres quienes con su ayuda ilimitada permitieron
mi educación y formación profesional.*

.

Agradecimientos

*A todos los profesores que impartieron sus módulos
con dedicación.*

Resumen



RESUMEN

Introducción: la pérdida dentaria continúa siendo un problema social siendo las causas más frecuentes la caries dental y la enfermedad periodontal, la cual aumenta con la edad. **Objetivos:** determinar las causas de la pérdida dentaria en pacientes mayores de 19 años del consultorio 4 de Covadonga municipio Aguada de Pasajeros, en el periodo enero a diciembre del 2020. **Método:** se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo constituido por 168 pacientes con pérdida dentaria. Se utilizaron métodos empíricos, de diagnóstico confeccionándole las historias clínicas individuales previos al examen clínico bucal y estadístico. Se utilizaron variables como: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, factores de riesgo y alteraciones o consecuencias. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010. **Resultados:** el 60.7% de los pacientes con pérdida dentaria correspondió al sexo masculino, el grupo de edad más representativo el de 35 a 59 años (58.9%), de nivel preuniversitario (29.2%) y ocupación trabajadora (43.5%). Predominaron el antecedente de caries (98.3%), las periodontopatías (33.9%) y la mala higiene bucal (39.9%) como factores de riesgo; y el 30.9% de las alteraciones o consecuencia de la pérdida dentaria correspondieron a la estética y la masticatoria (23.8%). **Conclusión:** la atención estomatológica deberá encaminarse a la modificación de conocimientos y hábitos inadecuados sobre salud bucal, así como valorar los tratamientos conservadores necesarios para lograr una disminución de la morbilidad y mortalidad dentaria.

Palabras clave: pérdida dentaria, factor de riesgo, consecuencias

Índice



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEÓRICO	9
DISEÑO METODOLÓGICO	26
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

Introducción



INTRODUCCIÓN

Perder las piezas dentarias, hace que un hábito tan cotidiano y tan habitual como sonreír se convierta en un dilema y un impedimento para relacionarse con las personas que nos rodean, representa un gran problema psicológico para los pacientes, debido a las implicaciones estéticas, fonéticas y funcionales que esto conlleva; sin embargo, gran cantidad de la población está completamente desdentada o parcialmente dentada.

Esto afecta directamente a la autoestima, creando insatisfacción del aspecto físico, tratan de hablar lo mínimo posible, y otros portadores de prótesis tienen gran dificultad para hablar. Algunos pacientes solo utilizan una prótesis, normalmente la maxilar, mientras que un 7% son incapaces de llevar nunca sus dentaduras y se vuelven “inválidos orales”. ⁽¹⁾

Entre las alteraciones buco dentales que favorecen la pérdida dentaria se encuentran, la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo un problema de salud bucal mundial, tienen una mayor incidencia en personas de nivel sociocultural más bajo, afecta considerablemente a la población escolar y adulta.

Estudios realizados enuncian que la pérdida de dientes es comparada con la muerte de un amigo o la pérdida de cualquier otra parte corporal, provocando una reducción en la confianza en sí mismo, llegando a tener intensos sentimientos de inferioridad o invalidez.

El estar desdentado es una agresión a la integridad del sistema masticatorio, que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas que el paciente percibe de diferentes maneras. Se define como paciente edéntulo, desdentado a la persona que perdió la totalidad o parcialidad de sus dientes. Por lo tanto, a este tipo de pacientes se los debe considerar un enfermo por cada una de las situaciones que conlleva su proceso de edentulismo total o parcial.

Con lo anterior se entiende que la falta de dientes en una persona es una alteración importante a considerar debido a que esto puede alterar su condición física en general, así como su estado anímico y estado general de salud.

Se considera además una agresión a la integridad del sistema masticatorio que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas que el paciente percibe de diferentes maneras, pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez.

Es una afección progresiva y lenta que propone una compleja problemática, y origina una cadena de alteraciones tanto locales como generales, provoca cambios en su relación afectiva, laboral y social, limitando la calidad de vida y el trato con sus semejantes, todo esto tiene gran significado para un individuo. Además, trae como consecuencia alteraciones: psicológicas como efectos psíquicos, cambios conductuales; en lo fisiológico: alteración de tejidos duros y blando; alteraciones estéticas; funcionalmente: modificaciones del habla, masticación, fonética y deterioro nutricional.

Las mujeres se ven más afectadas cuando presentan edentulismo siendo discriminativo pues la apariencia puede ser una señal de capital humano. La baja inserción laboral de la mujer, puede deberse “incluso a que éstas no tengan una buena salud dental, porque nadie contrata a mujeres sin dientes”. Impacta sus oportunidades laborales la sonrisa de una mujer, una mejor imagen puede permitir mejores relaciones sociales y productividad.

En los pacientes principalmente geriátricos que son los más afectados, van de mínimas depresiones hasta estados avanzados de neurosis. Aunque la colocación de dentaduras completas satisface el requerimiento estético de muchos pacientes, hay otros que por lo contrario ven su vida social significativamente comprometida y afectada. Besar se convierte en un grave problema principalmente cuando sus relaciones amorosas están empezando y no tienen conocimiento de su discapacidad oral.

Un estudio dental aplicado a pacientes edéntulos arrojó que el 66% experimentaron insatisfacción por el uso de prótesis totales principalmente, la poca retención y el riesgo psicológico de causar vergüenza, poca seguridad en el paciente portador de dentaduras completas es sin duda una de las más grandes preocupaciones. ⁽²⁾

En el caso de la población Odontopediátrica la pérdida prematura de dientes conlleva a la disminución de la longitud del arco y por tanto la instauración de maloclusiones. Un diente se mantiene en su relación correcta en el arco dental como resultado de una serie de fuerzas. Si se altera o elimina una de ella, se producirán modificaciones en la relación de los dientes adyacentes y habrá desplazamiento dental y creación de un problema de espacio, esta fuerza sería particularmente intensa si el diente se encuentra en una etapa de erupción

activa. Tras dichas modificaciones los tejidos de sostén padecerán alteraciones inflamatorias y degenerativas. ⁽³⁾

Una de las funciones principales de los dientes es la masticación, donde los alimentos son fragmentados en partículas para facilitar su deglución y posterior absorción en el organismo. La ausencia de los mismos favorece que una vez que son deglutidos los alimentos, éstos no solo serán más difíciles de digerir en el estómago y a su vez en el intestino debido a que no fueron fragmentados adecuadamente, sino que además carecen de un alto contenido de fibra, por lo cual la persona tendrá mucho más riesgo de padecer problemas digestivos - como el estreñimiento- impactando su condición de vida y su estado general. La alimentación es una actividad placentera que puede influenciar en el estado de ánimo de una persona, y para algunas de ellas el no poder comer cualquier alimento debido a la falta de dientes puede alterar su condición emocional y desarrollar un sentimiento negativo hacia la comida.

La OMS ha reportado que casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo y que la enfermedad periodontal grave, que puede llevar a la pérdida de dental, afecta a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años) y que aproximadamente del 30% de la población mundial con edades entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales

En Perú los datos epidemiológicos reportados por el MINSA en dentición permanente se limitan a la población de 12 años (CPO-D-12) que a nivel nacional fue 3.6, según datos obtenidos de una muestra de 7730 escolares de todo el país siendo evidente que la pérdida dentaria avanza con la edad. ⁽⁴⁾

En Cuba pocos han sido las investigaciones en los últimos cinco años sobre la temática. En Cienfuegos un estudio realizado por Ferrer Vilches y colaboradores ⁽⁵⁾ titulado “Caracterización de las enfermedades pulpares en pacientes pertenecientes al Área II del municipio Cienfuegos “ arrojó la caries dental fue el factor de riesgo que más incidió sobre la pérdida dentaria no existiendo discrepancias en cuanto al sexo, planteando además la importancia de conservar el primer molar permanente en el sistema estomatognático se debe a que es el motor que influye en el desarrollo de dicho sistema; de este molar depende la correcta posición de los demás órganos dentarios en armonía dentro de la cavidad bucal y el tipo de mordida que cada persona pueda tener, y es la base para el tratamiento de ortodoncia. La pérdida de los primeros

molares provoca disminución de la función masticatoria, mal posición dentaria de los dientes vecinos, disfunción oclusal, disminución del espacio interoclusal ya que su antagonista erupciona a mayor velocidad provocando extrusión; pero también afecta estructuras vecinas a los dientes como la lengua y el carrillo que cambia de posición, así también se ven afectados tejidos periodontales principalmente, la encía. Las disparidades socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un cuidado correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad.

No se concibe salud general sin salud bucal, el organismo humano es un sistema unitario que no admite “saludes parciales”. ^(6, 7)

Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida de los dientes. Las principales enfermedades que causan la pérdida dental son dos: las caries y las enfermedades periodontales (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además, existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un diente, tales como el desgaste de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconclusos, fracturas dentales, etc., sus consecuencias son graves para el sistema estomatognático. Las piezas dentarias, junto con los maxilares, son el sostén de los tejidos blandos de la cara; su ausencia origina alteraciones de la expresión y la fisonomía, dando aspecto de senectud, afectando la armonía, belleza y/o estimación de la persona. Las piezas dentarias, también colaboran en la articulación de las palabras por lo tanto al estar ausentes los dientes, se producen alteraciones de los sonidos. ⁽⁷⁾

Cada diente está especializado en su función. Las exactas relaciones interarco e intraarco de los dientes son de enorme importancia y tienen una gran influencia en la salud y la función del sistema masticatorio.

Hoy en día uno de los principales retos de la odontología es mantener en la boca mayor cantidad de dientes durante más tiempo; sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la pérdida de dientes y el edentulismo siguen teniendo una alta prevalencia alrededor del mundo. La pérdida dentaria es un resultado complejo que refleja la historia de la enfermedad dental, su tratamiento y los determinantes sociales de la salud en los individuos a lo largo del curso de la vida. También muestra las actitudes que toman tanto el paciente como el

dentista en relación con la enfermedad, así como la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios dentales, al igual que los procedimientos que se presentan en el momento de solicitar algún tratamiento. ⁽⁸⁾

El edentulismo total es el estado en el que todos los dientes han sido extraídos por cualquier causa, a través de un proceso multifactorial que incluye factores biológicos, ambientales y relacionados con el paciente. De acuerdo con la evidencia disponible, la pérdida dental y el edentulismo limitan las capacidades funcionales de la boca, lo cual afecta la calidad de vida de las personas.

La causa de la pérdida dental y del edentulismo total se atribuye a distintas razones, entre ellas la caries dental, siendo uno de los padecimientos bucales de mayor prevalencia e incidencia alrededor del mundo que, además de generar en los individuos una alta demanda de atención, representa una causa importante de morbilidad, lo que las convierte en uno de los principales problemas de salud bucal. ⁽⁸⁾

El número de pacientes desdentados difiere substancialmente en la mayoría de los países, en muchos, es mayor en mujeres que en hombres. Algunos de los índices más altos son encontrados en el Reino Unido y Nueva Zelanda, y los más bajos en Estados Unidos. En Suecia el 49% de las personas de 54 a 64 años de edad no poseen ningún diente, subiendo hasta un 65% en el grupo de 65 a 74 años de edad.

En América Latina estas cifras no varían mucho, en países como Chile, Perú y Uruguay más del 50% de la población mayor de 60 años son desdentados. ⁹

Pérez ⁽¹⁰⁾ registró un total de 166 pacientes con disfunción por desdentamiento en el periodo comprendido de enero- junio en comunidades extremas pobreza y urbanización en Venezuela.

Lazo ⁽¹¹⁾ en el área de salud Norte de Camagüey, el 13.1 % de su población joven presentaba perdida dentaria.

En Cuba en la provincia de Holguín y Santiago de Cuba el 73% y 69.5% de la población es desdentado total o parcial. ⁽⁹⁾

Un diente se mantiene en su relación correcta en el arco dental como resultado de una serie de fuerzas. Si se altera o se elimina una de las fuerzas se producirán modificaciones en la relación de los dientes adyacentes y habrá desplazamiento dental y creación de un problema de espacio. Tras dichas

modificaciones los tejidos sostén padecerán alteraciones inflamatorias y degenerativas. ⁽¹²⁾

La preservación de los dientes es un asunto de no poca importancia, de ellos depende en un grado bastante considerable la comodidad y salud del organismo en general. El desarrollo de la Estomatología en Cuba desde el triunfo de la Revolución en 1959 se ha orientado a incrementar el estado de salud bucal de la población y su grado de satisfacción. Para alcanzar estos propósitos la dirección Nacional de Estomatología ha ido adoptando formas organizativas de atención que se corresponden con el reto del Sistema Nacional de Salud. Actualmente se ejecuta la Estomatología General Integral que se articula con el Programa de Médico y la Enfermera de la Familia para lograr la salud de la población. ⁽¹²⁾

- **Fundamentación del estudio**

En Covadonga, municipio Aguada de Pasajeros constituye un problema de salud bucal la disfunción oclusal por la pérdida dentaria evidenciándose de igual manera en los pacientes mayores de 19 años que acuden a consulta estomatológica pertenecientes al consultorio 4, además que en la literatura consultada no se encontró ningún artículo científico publicado en el municipio o área de salud sobre la temática; por lo que el autor se vio motivado a realizar dicho estudio.

- **Problema práctico**

Incremento de la disfunción masticatoria por pérdida dentaria en pacientes mayores de 19 años del consultorio 4 de Covadonga municipio Aguada de Pasajeros detectados a través de la observación clínica en el trabajo diario y los resultados del Análisis de la Situación de Salud Bucal.

- **Problema de investigación**

¿Cuáles fueron las causas de pérdida dentaria en pacientes mayores de 19 años del consultorio 4 de Covadonga municipio Aguada de Pasajeros?

Actualidad

La investigación se relaciona con los objetivos 2, 3, 4 y 5 del Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población que plantean: “Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de la salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de

atención”, “disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención” , “realizar acciones de curación en todos los niveles de atención y desarrollar acciones de Rehabilitación en todos los niveles de atención.” ⁽¹²⁾

El estudio está en correspondencia con el Lineamiento 127 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021, aprobado en el 7mo Congreso del Partido en abril de 2016 y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en julio de 2016 que plantea: “Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población”.

Responde además a las Líneas de investigación de Estomatológica 2018-2019 y entre ellas las que plantean: “Estudio de variables de riesgo odontológico y de medidas de promoción de la salud bucodental en la población” y “Factores de riesgo de las enfermedades bucodentales”. ⁽¹³⁾

Novedad científica

Los referentes teóricos analizados correspondientes a la pérdida dentaria como objeto de estudio de la investigación, permitirán una aproximación científicamente documentada aplicada por primera vez en este territorio concreto y espacio dado, para precisar los principales aspectos a tener en cuenta en el proceso prevención, diagnóstico y tratamiento de la misma, contribuyendo a resolver de forma más adecuada este problema de salud. El estudio además de novedoso es necesario para la práctica social, la formulación de estrategias y la docencia.

Objetivos



OBJETIVOS

General

Determinar las causas de la pérdida dentaria en pacientes mayores de 19 años del consultorio 4 de Covadonga municipio Aguada de Pasajeros en el periodo enero-diciembre del 2020.

Específicos

1. Caracterizar la población de pacientes según edad, sexo, nivel de escolaridad y ocupación.
2. Identificar los factores de riesgo para la pérdida dentaria según determinantes del estado de salud de la población.
3. Determinar las alteraciones a consecuencia de la pérdida dentaria de la población objeto de estudio.

Marco Teórico



MARCO TEÓRICO

El sistema masticatorio es la unidad funcional del organismo que fundamentalmente se encarga de la masticación, el habla y la deglución. Sus componentes también desempeñan un importante papel en el sentido del gusto y en la respiración. El sistema está formado por huesos, articulaciones, ligamentos, músculos y los dientes; este sistema o también denominado unidad cráneo-cérvico-mandibular, depende de la interrelación funcional armónica de cada una de estas estructuras que lo componen. La dimensión, la extensión y otras características de las principales enfermedades bucales constituyen tópicos interesantes que se deben estudiar, teniendo en cuenta que, si se dejan evolucionar, sin interponer barreras en su historia natural, traen como consecuencia la pérdida de los dientes con sus consiguientes secuelas. El desdentamiento es una condición debilitante e irreversible que ha sido descrita como el marcador final de la salud bucal, y se conceptualiza como la falta de dientes en la fórmula dentaria, ya sean por ausencias o por pérdidas. ⁽⁷⁾

Los investigadores de todo el mundo coinciden en señalar a la caries dental y a las periodontopatías como las principales causas de pérdida dentaria. Así mismo se sostiene por la mayoría de los autores, que su alta prevalencia sólo puede reducirse por medio de la prevención.

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial y transmisible, muy prevalente durante la infancia; por su magnitud y trascendencia constituye un problema de salud pública. Ha sido y sigue siendo la enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno; entre los problemas estomatológicos, es la caries dental el que despierta mayor interés, tal vez por la noción intuitiva que constituye el problema que afecta a mayor número de individuos y el que ofrece más altas posibilidades de éxito al combatirlo. Cuando esta no se trata con medios preventivos y curativos sigue propagándose, lleva a una destrucción avanzada que afecta la pulpa del diente (nervio), produciendo infecciones. Cuando la destrucción e infección del diente es muy profunda y no puede ser tratado por los métodos conservadores existentes, se tendrá que realizar la extracción del mismo, constituyendo un factor importante de la causa de desdentamiento total o parcial en las poblaciones. ⁽⁷⁾

Las enfermedades periodontales afectan, en cambio, los tejidos que rodean y sostienen al diente, es una enfermedad progresiva que se inicia como una gingivitis (inflamación del borde de la encía que rodea al diente), y que puede avanzar hasta llegar a producir la pérdida del ligamento y del hueso que rodea al diente. Si no es tratada a tiempo, básicamente puede originar la pérdida de dientes porque avanzada su evolución producen movilidad dentaria que hace dolorosa la función o porque ocasionan abscesos a través de las bolsas periodontales, siendo esta la principal causa de pérdida dentaria en personas de mayor edad.

La ortodoncia requiere extraer dientes, que habitualmente son premolares como principal indicación cuando la discrepancia ósea dentaria es grande y se tiene que ganar espacio en los maxilares para una correcta alineación de los dientes. Otras causas de pérdida dentaria son los traumatismos, los desgastes dentarios severos, dientes con tratamientos odontológicos inconclusos, las tumoraciones, la falta de erupción (inclusión dentaria), la falta de formación (agenesia), entre otras.

Los traumatismos dentales son eventos que suceden frecuentemente, son de naturaleza compleja y están influenciados por diferentes factores, incluyendo la biología humana, comportamiento y el medio ambiente. ⁽⁷⁾

El desgaste de los dientes se produce por problemas de mordida (oclusión) o por bruxismo (apretar y hacer rechinar los dientes), lo que causa la pérdida de estructura dentaria en los bordes de los dientes o en las superficies con la que muerdes. Otro tipo de desgaste es el del cuello de los dientes, el que se origina por el uso de un cepillo duro o por una técnica incorrecta de cepillado. El bruxismo también puede ser causante de este tipo de deterioro. Si su causa no es tratada, estos desgastes progresan y de no tratarse a tiempo también pueden constituir causa de pérdida dentaria. Aquellos dientes que están en tratamiento estomatológico que no han sido finalizados pueden llegar a perderse, aun cuando no presenten molestias ni signos aparentes de problemas. El problema existente puede agravarse o bien se pueden originar nuevas caries o infecciones. Es posible también que se produzcan fracturas de los dientes por estar debilitados. Algunas situaciones son: dientes en que sólo se ha realizado la eliminación de caries sin restauración definitiva, dientes con tratamiento de endodoncia sin restauración definitiva adecuada y dientes con

coronas o restauraciones provisionarias. Una de las situaciones más temidas a nivel oral de la pérdida de dientes, es que afecta la estética de la cara, la sonrisa y la línea mandibular, dando una apariencia más envejecida ya que los pómulos se acentúan, la cara se estrecha y la sonrisa se hace más pequeña. En el caso de los pacientes desdentados totales el tercio inferior de la cara se altera, o sea, la distancia entre la base de la nariz y la parte inferior del mentón se encuentra disminuida por la falta de los dientes, o cuando queden algunos por la falta de apoyo posterior. La mandíbula tiende a acercarse al maxilar, propulsándose en mayor o menor cantidad. En relación con los tejidos blandos, la falta de dientes produce hundimiento de los mismos hacia adentro de la cavidad bucal por la falta de sostén que les proveen los dientes. ⁽⁷⁾

Para entender cada aspecto que arrastra consigo este problema es necesario conocer términos generales como la depresión, estudio psicológico del paciente, empatía con el paciente, aceptabilidad, integración del paciente a la prótesis, así como la adaptabilidad psicológica del paciente a la prótesis, buscando factores favorables como la confianza en el dentista, por otro lado la comprensión del tratamiento, capacidad de colaboración, coordinación física de movimientos, depresión o ansiedad, experiencias negativas, factores que influyen en menor o mayor medida a la psicología del paciente que tiene que adaptarse a su nueva condición. ⁽¹⁾

Pérdida Dentaria.

Se refiere a la pérdida parcial o total de los dientes deciduos y/o permanentes. Este puede afectar sustancialmente la salud oral y general como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición.

Migración: cuando se pierde un diente hay cambios que afectan la boca y la salud. Toda la cavidad oral se verá afectada directa o indirectamente por esta pérdida. La pérdida de uno o más dientes en un segmento de la boca puede causar migración de los dientes vecinos, en la que los dientes adyacentes se inclinan hacia el espacio vacío donde se perdieron los dientes. De modo semejante, la pérdida de un diente o dientes puede provocar el cambio de los dientes antagonistas cuando migran hacia abajo, al espacio abierto (sobrerupción). En general, los dientes tienen una tendencia constante a moverse tanto hacia el frente de la boca como hacia el maxilar opuesto, salvo

que algo como los dientes adyacentes o antagonistas, se interponga en su camino. La pérdida de dientes permite que esto ocurra de manera patológica. A medida que los dientes migran, crean discrepancias en cuanto a la altura y el contorno del tejido gingival que predisponen a los dientes adyacentes al avance de la enfermedad parodontal y/o a caries dental debido a la acumulación de alimentos y placa y a la dificultad para limpiar estas áreas con tejido gingival “apilado.” La migración de los dientes también puede afectar de manera adversa la oclusión (mordida) del paciente. ⁽⁷⁾

Pérdida ósea: cuando los dientes son extraídos, el hueso que los soporta tiende a encogerse con el tiempo. Este proceso se denomina resorción y es una consecuencia natural de la falta de estimulación al hueso por las fuerzas ejercidas sobre los dientes. La resorción del hueso alveolar (el hueso que soporta los dientes) comienza casi tan pronto se extrae el diente y continúa con el tiempo. El hueso pierde tanto altura como anchura por la resorción. Cuando se pierden múltiples dientes, con o sin prótesis que los remplace, puede presentarse pérdida significativa del hueso del maxilar. En ocasiones esto conlleva a la dificultad de usar una dentadura removible debido a la falta de una “cresta” adecuada sobre la cual la dentadura obtenga estabilidad. A medida que se resorbe el hueso, la encía que lo cubre también se encoge y se crea una concavidad (depresión a lo alto y ancho) que puede resultar antiestética y fomentar que los alimentos se impacten bajo los dientes adyacentes. ⁽⁷⁾

Capacidad Masticatoria

La función masticatoria subjetiva (definida como la capacidad masticatoria) es una auto-revisión del nivel de satisfacción oral percibida por el paciente a través de un cuestionario. La capacidad masticatoria está íntimamente relacionada con el número de dientes y el estado dental.

Calidad de Vida Oral

Está relacionado con el bienestar social, el cual depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas), se define como la percepción del grado de disfrute que una persona tiene respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas, y el sistema de valores

que su contexto social le inspira.

Varios estudios han afirmado que el edentulismo además de estar relacionado con el estado nutricional, también se asocia con los siguientes factores: calidad de vida, edad y género del paciente. (4, 14-15)

La prevalencia de la pérdida dentaria difiere substancialmente en la mayoría de los países del mundo. Algunos de los índices más altos son encontrados en el Reino Unido y Nueva Zelanda y los más bajos en Estados Unidos. En Suecia el 49% de las personas de 54 a 64 años de edad no poseen ningún diente, subiendo hasta un 65% en el grupo de 65 a 74 años de edad. En varios países la prevalencia de la pérdida dentaria es mayor en mujeres que en hombres. La situación real tanto en Cuba como en la provincia, sobre el uso de prótesis y la pérdida dentaria en la población no está visiblemente cuantificada. (16)

Cuando las personas pierden todos sus dientes se transforman en desdentados totales pierden también la capacidad de desarrollar ciertas actividades, comer, hablar, expresión facial y su apariencia se encuentra deteriorada. Su apariencia no sólo se deteriora por la pérdida de los dientes en sí, sino también por la pérdida del soporte de los tejidos faciales que yacen sobre aquellos. (1)

Factor fisiológico

Reabsorción Ósea. Uno de los principales objetivos de la odontología moderna es devolver la funcionalidad, confort, estética, habla y salud a aquellas personas que han perdido algún diente. Sin embargo, la pérdida de dientes no solamente causa pérdida de espacios por ausencia dentaria. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión y problemas en la boca que se van agravando de mayor a menor medida.

En la masticación se produce el impacto de los alimentos contra la encía, que pueden dañar y generar molestias. Esto dificulta e incómoda dicha función por lo que tiene que masticar únicamente con el otro lado, provocando desgaste en este último. La ausencia de puntos contactos provoca una movilización de los dientes adyacentes de los espacios vacíos que busca el contacto con los dientes perdidos inclinando y cerrando el espacio

Del mismo modo el diente contrario erupciona buscando el contacto correspondiente, esta movilización generalizada puede desencadenar a su vez

otros problemas , los contactos interdentes se vuelven irregulares inclusive se abren produciendo retención de alimento y ello la aparición de caries, además la nueva posición del diente dificulta la higiene y genera espacios en los que puede formarse con facilidad sarro apareciendo periodontitis, esto suele ser grave en el caso del diente contrario ya que el erupcionar excesivamente disminuye la porción de la raíz produciendo incluso movilidad del diente.

Cuando se van perdiendo los dientes comienza un proceso de reabsorción ósea, que en el edentado total de larga duración termina alcanzando un grado extremo, presentando el reborde alveolar un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular. Esta atrofia progresiva conduce a dificultades en la retención y estabilidad de una prótesis completa, creando al paciente problemas funcionales y psicológicos importantes. ⁽⁴⁾

Factor socio económico

La odontología en países pobres tiene muchas las carencias, el mal estado de los dientes de muchas personas y una salud muy débil. En países con fuerte poder capital o países bien desarrollados la odontología es una ciencia de sobra conocida y desarrollada, mejorada año tras año y que ocupa un lugar importante en la salud general del paciente. Pero en los países pobres evidentemente y al igual que otras ramas, todo funciona diferente, no existen diferentes clínicas a las que acudir, posiblemente evitan ir al dentista ya que cuando van es porque sus piezas se han deteriorado bastante o ya faltan piezas bastante importantes.

Las variables familiares: el número de personas por hogar y responsable del sustento familiar fueron significativos a la severidad de caries, explicándose probablemente a que la cantidad de individuos por hogar, así como en el tipo y cantidad de responsables del sustento familiar afectarían el nivel socio-económico, que al ser bajo se relacionaría con un aumento en la frecuencia y severidad de caries. ⁽⁴⁾

Factor psicológico

Los principales efectos ante la pérdida dentaria especialmente en aquellos casos en los que el diente altera la estética de la persona, va directamente relacionado con la pérdida de la autoestima y la insatisfacción del aspecto físico personal, hasta el punto que algunas personas evitan el contacto social,

salen poco de la casa, hablan lo mínimo posible, demostrando ansiedad, y timidez. La persona siente que “agrede incomoda” a su entorno por su falta de piezas dentarias. El temor a “ofender” por este motivo provoca el distanciamiento y aislamiento. ⁽⁴⁾

Alteraciones funcionales.

La falta de algún diente o incluso de la totalidad lleva consigo problemas de fonación, es decir, complicaciones a la hora de pronunciar correctamente algunos fonemas o sonidos. En los estudios de los sonidos articulados, hay letras que se pronuncian apoyando la lengua contra determinados grupos dentarios y al no estar estos presentes se producen incorrectamente la emisión de algunos vocablos. Se producen también problemas de la masticación, provocando complicaciones a la hora de la trituración de los alimentos, siendo en muchas veces insuficiente y forzando al estómago a realizar parte del trabajo que debería hacer nuestra boca, si existe falta de dientes en algún lado de la boca, se tiene que dejar de masticar por ese lado, forzando el resto de dientes y provocando un desgaste mayor en la zona las encías también sufren más cuando hay pérdida dentaria, puesto que el alimento se deposita en el espacio dejado por el diente y al masticar el apoyo y la fuerza la realiza completamente la encía, con el consiguiente desgaste de la misma. ⁽⁷⁾

Alteraciones de la Articulación Témporo Mandibular (ATM)

Un individuo con una oclusión normal, presenta un esquema masticatorio regulado y coordinado, con ritmo, amplitud de movimiento y una forma de trituración del alimento determinada. Este esquema oclusal, tiene cierto grado de tolerancia y ante ciertas variaciones, encuentra un nuevo equilibrio neuromuscular, pero si las variaciones son de medias a extremas, como sucede cuando hay pérdida de dientes, se rompe el equilibrio y aparecen movimientos masticatorios parafuncionales lesivos para la ATM y para todos los elementos del sistema, provocando episodios de disfunción muy dolorosos. ^(17, 18)

Alteraciones psicológicas.

Son especialmente importantes cuando la falta de dientes se produce en el sector anterior, la pérdida ósea que se produce ante la falta de dientes, lleva consigo una deformación de los rasgos faciales, provocando un hundimiento del labio y suponiendo en ocasiones la aparición de complejos en algunas

personas. Por tales motivos, la estomatología rehabilitadora se especializa en la realización de tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad devolviendo la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales en remplazo a las piezas dentarias perdidas; otorgándole al paciente comodidad y confianza para relacionarse libremente en su vida. ⁽¹⁷⁾

Alteraciones estéticas.

El edentulismo total o parcial conlleva importantes alteraciones estéticas, estas consecuencias se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al sector anterior. Los cambios derivados de la omisión en la restauración de las piezas ausentes los describió Kelly en 1972 y se han englobado en el síndrome combinado que lleva su nombre. Este Síndrome combinado de Kelly se manifiesta en aquellos casos donde la ausencia de piezas dentales naturales afecta al maxilar superior.

Ello conduce a una reabsorción acelerada en el mismo y, como consecuencia de ello, la mandíbula experimenta una rotación en sentido anti horario buscando reposicionarse respecto al maxilar superior. Esta reposición se ve cada vez más dificultada por la reabsorción ósea.

Las consecuencias finales son la protrusión del mentón mandibular, la disminución del tercio inferior de la cara, el hundimiento del labio superior y el aumento de la anchura de la boca. El hueso alveolar necesita estimulación para mantener su forma y densidad, una estimulación que desaparece en el momento que no existe ninguna raíz del diente que la transmita, esto causa una pérdida de la anchura del hueso, seguida de una disminución de la altura y, por último, del volumen del hueso. Esta reducción de hueso trae consigo una disminución de la encía, situación que puede comprometer la habilidad para masticar y hablar.

Una vez el hueso alveolar se ha perdido, el hueso base de la mandíbula también se empieza a reabsorber. La distancia desde la nariz hasta la barbilla comienza a disminuir y con ella se pierde no solo estética sino también funcionalidad. Aquellos pacientes con dientes perdidos tendrán dificultades para llevar a cabo tareas tan cotidianas como por ejemplo masticar o hablar, así como también es lo que más afecta a la estética de una persona. Cuando se pierde un diente las piezas adyacentes pueden sufrir desplazamientos hacia

el espacio libre, causando que la sonrisa tenga espacios abiertos entre los dientes. ⁽¹⁶⁾

Finalmente, el efecto más importante es que con el tiempo se va perdiendo hueso hasta el punto de imposibilitar una restauración. La pérdida de múltiples piezas ocasiona daños significativos en la estética de la cara, la sonrisa y la línea mandibular. Causa una imagen que aparezca envejecida ya que los pómulos se acentúan, la cara se estrecha y la sonrisa se hace más pequeña. Adicionalmente puede determinar cambios en el hablar y la pronunciación. Las prótesis parciales removibles siguen siendo hoy en día una opción válida para el tratamiento de pacientes parcialmente edéntulos, brindando beneficios que redundan desde el punto de vista funcional, estético y económico, puede ser el tratamiento de elección para la restauración de rebordes parcialmente edéntulos.

Aun cuando la prótesis parcial removible (PPR) es un medio para reemplazar dientes perdidos que puede volverse una amenaza para los dientes remanentes de los pacientes debido a que se incrementa la incidencia de caries, afectan el periodonto y aumentan la cantidad de fuerzas sobre los pilares. Estas alteraciones se atribuyen a una higiene oral deficiente, incremento de la placa bacteriana y acumulación de cálculos, además de la transmisión de fuerzas excesivas a las estructuras periodontales a partir de la estructura metálica de la PPR. Es posible reducir los efectos negativos de la PPR si se realizan medidas adecuadas de higiene bucal ya que solamente se han notado efectos dañinos menores en pacientes atendidos regularmente. ⁽⁴⁾

Pérdida de la longitud del arco: es el perímetro del arco desde la cara distal del último diente de un lado pasando por las zonas de contactos ínterproximales hasta la cara distal del último diente del lado opuesto. Clínicamente es más importante la longitud del arco, desde la cara mesial del primer molar permanente siguiendo el arco hasta la cara mesial del primer molar permanente del otro lado, lo que se denomina "longitud clínica del arco". Esta expresa la medida del perímetro del arco dentario y es el espacio disponible para ubicar los diez dientes anteriores. La diferencia de la longitud del arco y sumatoria de los dientes, es la discrepancia en la longitud de arcada o discrepancia hueso diente. ⁽¹⁶⁾

Un diente se mantiene en su relación correcta en el arco dental como resultado de una serie de fuerzas. Si se altera o elimina una de ellas, se producirán modificaciones en la relación de los dientes adyacentes y habrá desplazamiento dental y creación de un problema de espacio, esta fuerza sería particularmente intensa si el diente se encuentra en una etapa de erupción activa. Tras dichas modificaciones los tejidos de sostén padecerán alteraciones inflamatorias y degenerativas.

Factores de riesgo

- Pérdida prematura de dientes temporales y permanentes.
- Caries proximales de dientes temporales.
- Restauraciones deficientes de contornos proximales.
- Erupción ectópica de dientes.
- Secuencia de erupción alterada.
- Anquilosis de molares temporales.
- Dientes incluidos.
- Erupción demorada o prematura de dientes permanentes.
- Morfología dental anormal.
- Transposición dental.
- Curva de Spee acentuada.
- Hábito de succión digital.
- Estado no fisiológico de la musculatura bucal.

Entre las causas más comunes de pérdida de espacios se hallan:

- Pérdida prematura de dientes temporales y permanentes. Al perderse prematuramente un diente se producen migraciones de los dientes hacia el espacio creado. Además, según W. Proffit, la pérdida prematura de un diente temporal representa un problema de alineación en potencia. Estos dientes pueden perderse por caries, traumatismos o causas generales. La más frecuente es la pérdida prematura de dientes temporales.
- Restauraciones deficientes. Cuando no se realiza un contorno proximal correcto de las restauraciones ya sean obturaciones o coronas, pueden producirse migraciones e inclinaciones de los dientes contiguos.

- Ausencia congénita de dientes. La ausencia congénita de dientes es más frecuente en la dentición permanente que en la temporal. En esta última puede presentarse en niños con displasia ectodérmica hereditaria
- Anormalidad de la musculatura bucal. La hiperfunción del labio inferior puede ser dañina para la oclusión después de la pérdida de uno de los molares inferiores. El resultado es el colapso del arco dental y desplazamiento distal del segmento anterior. ⁽¹⁷⁾

Fisiopatología

La longitud del arco disminuye cuando hacen erupción los primeros molares permanentes por mesogresión de los segundos molares temporales; esta disminución parece ser más notoria en el arco inferior que en el superior, porque los molares inferiores migran más acentuadamente hacia la parte mesial para poder quedar en posición adelantada en relación con los superiores y ocluir en posición normal. Hay autores que plantean que en el cambio de la dentición mixta temprana a tardía puede ocurrir disminución en la longitud del arco por mesialización de los segmentos posteriores, pero la dimensión total puede no cambiar por la posición más labial de los incisivos permanentes, y si los molares permanentes se mantienen en posición, podría la longitud del arco aumentar. También en este período el ancho intercanino se incrementa en unos 3mm en el arco superior y de 2-3 mm en el inferior.

Baume explica el cambio de oclusión atribuyéndolo al cierre del espacio de primate de la mandíbula por presión hacia mesial del primer molar inferior, cuando éste hace erupción (corrimiento mesial temprano de Baume).

El próximo cambio importante en la longitud del arco ocurre durante la dentición mixta tardía, cuando los caninos y premolares sustituyen a caninos y molares temporales, ya que la suma de sus anchos es menor que la de los antecesores temporales y a esta diferencia de espacio se le denomina "Leeway space". En la mandíbula este espacio es de 3,4 mm según Nance y de 4,2 mm según Moorrees, En el arco maxilar el espacio Leeway es de 1,8 mm según Nance y de 2,4 según Baume.

Los problemas de salud bucal son el resultado de la acción de varios factores predisponentes o factores de riesgo, característica o atributo que le confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para padecer alguna enfermedad,

lesión o muerte. Para lograr mantener la salud de una persona, estos factores deben estar en equilibrio, o sea, mantenerse controlados, de esta forma se puede prevenir la aparición de la enfermedad, pues el control de los factores de riesgo, constituye una de las medidas de la prevención de gran importancia, en el nivel de atención primaria. ⁽⁶⁾

Problemas en la masticación: el edentulismo produce una serie de problemas que pueden alterar la condición general de salud del paciente mayor presentando: dificultad para fragmentar los alimentos, comer solo alimentos blandos, además toma más tiempo para triturar los alimentos antes de deglutirlos.

Problemas musculares y de la ATM (Articulación Témporo mandibular), la cual ayuda a mover nuestra mandíbula para llevar a cabo cualquier movimiento deseado de la misma. Silvia Montiel menciona que sí, consideramos que con la falta de dientes se alteró la dimensión vertical se afecta la posición de la ATM, podemos entender que la mayoría de los pacientes edéntulos, además de no poder disfrutar los alimentos y generar alteraciones digestivas, también presentaran crepitación y chasquidos al mover la mandíbula, dolores musculares en la región oral, dolores de cabeza e incluso hasta mareos debido a la localización cercana de la ATM con el oído. Por otro lado, la falta de dientes hace que se altere la altura que existe entre el maxilar superior y la mandíbula (dimensión vertical), la cual disminuye ocasionando que se modifique.

Problema de fonética: otra repercusión claramente evidenciada en pacientes edéntulos totales portadores de prótesis completas es la dificultada del habla, gran parte de los individuos siente la movilidad de sus prótesis, lo que no le permite desenvolverse de manera apropiada y articular adecuadamente sus palabras neutralizando de alguna manera el pensamiento constante que llevan consigo un aparato artificial.

Dentro los factores que favorecen la salud bucal de forma positiva o negativa en la salud de todos y cada uno de sus miembros, además, en su seno se forman los motivos y hábitos que se relacionan con el comportamiento implicado en la salud. Es por esto que cada día existen más profesionales de los servicios sanitarios que consideran que los problemas de salud de un

individuo no son solo un problema individual, sino también familiar y su solución no solo involucra al enfermo, sino a su familia. Se pueden mencionar:

- Hábitos correctos de higiene bucal.
- Alimentación saludable y balanceada que estimule el desarrollo de la musculatura bucofacial y aporte vitamínico necesario para conservar el estado de salud de las mucosas, encías y la lengua, minerales como el flúor, calcio, fósforo y potasio, importantes en el desarrollo y maduración de los dientes y huesos.
- Práctica de deportes, que propicia el desarrollo muscular, y hábitos correctos de respiración, que contribuyen al desarrollo de las estructuras dentomaxilofaciales.
- La búsqueda de información acerca de la salud bucal, que permita la detección precoz de problemas.
- La asistencia oportuna y frecuente a los servicios de salud, no solo con fines curativos, sino también para realizarse exámenes bucales preventivos.

La prevención de las enfermedades bucales es el conjunto de medidas, métodos y acciones que sirven para evitar que surja la enfermedad o, en caso de que ya exista, que continúe avanzando hacia estadios más severos, ocasionando daños irreparables y secuelas; pero también se ocupa de determinar y actuar sobre los factores de riesgo o causas que la provocan, lo que las elimina, atenúa o disminuye. Estas medidas, acciones o métodos preventivos, son indicados por el estomatólogo que está a cargo de la atención a un grupo de personas. ⁽⁶⁾

Factores que inciden en la morbilidad de las enfermedades bucales

1. La deficiente higiene bucal, factor predisponente de la caries y enfermedades gingivales y periodontales.
2. La ingestión frecuente de alimentos azucarados entre comidas que favorece la patogenicidad de la placa, dando lugar a la caries dental.
3. El hábito de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas, que constituye factores de riesgo del cáncer bucal.
4. El abandono de las necesidades afectivas de los niños que se traduce en trastornos emocionales, expresados mediante la aparición de hábitos bucales deformantes, tales como la succión digital, la

onicofagia y el bruxismo, entre otros.

5. Padres y abuelos permisivos y tolerantes que favorecen comportamientos perjudiciales como el consumo excesivo de dulces, caramelos y confituras que constituye factores de riesgo de la caries dental.
6. Otros padres asumen posiciones autoritarias e impositivas en el hogar que provoca un distanciamiento y frialdad en las relaciones familiares, limitándose la comunicación entre padres e hijos, obstaculizando la transmisión de valores positivos como el cuidado de la salud bucal, adoptando comportamientos insanos de otros grupos de referencia.
7. Padres y familiares con bajo nivel de educación para la salud.
8. Familias con trastornos en la dinámica que pueden generar alteraciones psicológicas en sus miembros que deben ser tratados por especialistas, indicándoles psicofármacos que causan xerostomía, uno de los factores de riesgo para la aparición de la caries dental, pues la cantidad de saliva está disminuida, reduciendo su acción de amortiguador de pH. ⁽⁶⁾

Determinantes del estado de salud de la población

- Modo y estilos de vida:
 - Nivel de ingreso: satisfacción de necesidades básicas.
 - Hacinamiento.
 - Ocupación.
 - Escolaridad.
 - Alimentación, hábitos alimentarios y dieta cariogénica.
 - Hábitos nocivos: tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.
 - Sedentarismo.
 - Obesidad.
 - Cultura sanitaria.
 - Otros hábitos.
 - Funcionamiento familiar.
 - Actitud de la familia ante la salud y la enfermedad.
 - Desempleo.
 - Organizaciones comunitarias.
 - Violencia.

- Personas solas o abandonadas.
- Mendicidad.
- Grupos de apoyo social.
- Respeto a las minorías.
- Instalaciones deportivas.
- Biología humana:
 - Edad.
 - Sexo.
 - Enfermedades hereditarias.
 - Predisposición a enfermedades.
 - Problemas congénitos.
 - Índices antropométricos.
- Medio ambiente:
 - Condiciones climáticas.
 - Suministro de agua.
 - Disposición de residuales líquidos y sólidos.
 - Contaminación atmosférica, suelos y agua.
 - Condiciones higiénico-sanitarias del entorno.
 - Condiciones urbanísticas.
 - Condiciones de la vivienda.
 - Presencia de animales domésticos.
 - Presencia de vectores.
 - Higiene y seguridad del medio laboral.
 - Higiene y seguridad del medio escolar.
 - Seguridad vial.
 - Industrias peligrosas.
 - Otras que se consideren.
- Organización de los servicios de salud:
 - Accesibilidad económica, jurídica, geográfica. Legislación sanitaria.
 - Instituciones de salud del área y su interrelación con los servicios estomatológicos.
 - Servicios de atención primaria.
 - Servicios de atención especializada.

- Cobertura de la atención estomatológica. ⁽⁶⁾

Tratamiento

El tratamiento o conducta terapéutica de la pérdida dentaria debe realizarse a partir del diagnóstico clínico, el cual debe establecerse a punto de partida de la existencia de una estrecha interrelación y coordinación de actividades con el Grupo Básico de Salud y el o los médicos de familia correspondientes, puesto que son los principales responsables de la salud de la población, incluyendo la salud bucal y deben mantener un absoluto dominio y control de los aspectos relativos a la salud general, medio ambientales y socioeconómicos de inciden en el estado de salud de su población. La conducta consistirá en la colocación de un aparato protésico que le permitirá al individuo realizar las funciones de masticación, fonación y estética.

La prótesis estomatológica tiene por objetivo restaurar los dientes perdidos con la colocación de dientes artificiales, y tejidos adyacentes, teniendo en cuenta los principios y leyes de la oclusión dentaria funcional, así como las curvas dentarias y pautas masticatorias, logrando una rehabilitación estética y funcional. Es por esta razón que adquiere un carácter terapéutico.

La colocación de un aparato protésico tiene función preventiva, pues limita el daño que se ha producido, con lo que evita que continúen ocurriendo cambios en las diferentes estructuras del aparato masticatorio como consecuencia de la pérdida de los dientes. ¹⁹

Las prótesis se clasifican en:

- Prótesis general.
- Prótesis estomatológica, la cual puede ser total, superior e inferior, y prótesis estomatológica parcial, fija o removible.
- Prótesis bucomaxilofacial.

La prótesis general es la que sustituye una parte del cuerpo que no interesa al macizo cráneo facial, por ejemplo, la prótesis de una pierna, de una mano, de cadera, entre otras. La prótesis estomatológica total superior e inferior rehabilita por medios artificiales todos los dientes naturales y sus partes asociadas perdidas. Pueden ser superiores o inferiores, o ambas a la vez, y se construyen con resinas acrílicas o con metal y resinas acrílicas. La mayoría son removibles, pero gracias al desarrollo de la implantología bucal existe una prótesis estomatológica total fija implantosoportada.

La prótesis estomatológica parcial rehabilita uno o más dientes naturales perdidos y sus partes asociadas, o parte de la corona de los dientes sin llegar a la totalidad. De acuerdo con la forma de retención y colocación las prótesis pueden ser parciales removibles o parciales fijas. La determinación del tipo de prótesis estomatológica parcial a utilizar se basa en las condiciones bucales, la higiene y el tipo de paciente.

La prótesis estomatológica parcial removible es aquella que puede ser retirada de su posición por el paciente o por el operador sin que sufra deterioro ni se dañen los dientes soportes.

La prótesis estomatológica parcial fija es aquella restauración que una vez confeccionada, colocada y fijada en su posición, no puede ser retirada por el portador ni por el operador sin que esta o los dientes de soporte resulten dañados. Es una opción rehabilitadora excelente de la función del aparato masticatorio, pero necesita zonas desdentadas intercaladas entre dientes en estado óptimo que sirvan como pilares y garanticen la duración del tratamiento, sacrificando la integridad anatómica de esos dientes para restaurar la función y la estética.

La rehabilitación con implantes dentarios representa hoy una especialidad bien definida en el campo de la rehabilitación protésica estomatológica y se indica en todos los tipos de desdentamiento. Estos implantes son elementos aloplásticos (sustancias inertes extrañas al organismo humano) que se alojan en pleno tejido óseo o por debajo del periostio para conservar dientes naturales o reponer dientes naturales ausentes. ¹⁹

Diseño Metodológico



DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el período de enero a diciembre del 2020, con el propósito de determinar la pérdida dentaria en pacientes mayores de 19 años del consultorio 4 de Covadonga municipio Aguada de Pasajeros en el periodo enero-diciembre del 2020.

El universo estuvo constituido por 168 pacientes con pérdida dentaria que cumplieron con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión.

- Pacientes con 1 o más dientes perdidos con o sin espacio para rehabilitar donde se muestrea la pérdida del equilibrio dentario.

Criterios de exclusión.

- Paciente cuya pérdida dentaria haya sido por indicaciones de ortodoncia como tratamiento de Maloclusión.

Métodos

Teóricos.

Histórico- lógico: permitió buscar la historia y antecedentes del problema que determina el nivel de conocimientos de salud bucal.

Análisis y síntesis: fueron utilizados durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.

Métodos empíricos.

Observación: se realizó el examen visual a los pacientes del consultorio.

Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de las intervenciones realizadas con anterioridad. Para la obtención de los datos se realizó revisión documental de las historias clínicas individuales de los pacientes seleccionados realizando el examen clínico bucal.

Método estadístico matemático.

Se empleó la estadística descriptiva

Obtención de la información.

Técnicas y procedimientos de la información.

La medición como método, el análisis documental como técnica o procedimiento y la Historia clínica como instrumento.

Fueron examinados por el estomatólogo en la consulta estomatológica, realizándoles una correcta anamnesis y examen físico.

Se procedió a llenar la historia clínica, donde serán incluidos todos los datos requeridos para dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos de la investigación, para lo cual se utilizó el set de clasificación que consta de espejo bucal, pinza para algodón y explorador, así como una buena fuente de luz.

Para el cumplimiento de los objetivos se utilizaron diferentes variables con su correspondiente operacionalización: sexo, edad, nivel de escolaridad, ocupación, factor de riesgo y alteraciones o consecuencias de la pérdida dentaria.

Operacionalización de las variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según género biológico.	1. Masculino 2. Femenino	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Edad	Cuantitativa discreta	Según último año cumplido por el número de carnet de identidad.	1. 19-34 años 2. 35-59 años 3. 60 y más años	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	1. Primaria sin terminar 2. Primaria terminada 3. Secundaria 4. Preuniversitario 5. Técnico medio 6. Universitario	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Ocupación	Cualitativa Nominal politómica	Según labor que desempeña en la sociedad	1. Ama de casa. 2. Jubilado. 3. Trabajador.	Frecuencia absoluta y porcentaje.

			4. Estudiante. 5. Desocupado.	
Factor de riesgo.	Cualitativa nominal politómica	Presencia de factores que hacen vulnerables al paciente para padecer una enfermedad bucodental. Los mismos serán agrupados por determinantes de salud.	Biológicos: antecedentes de caries, maloclusiones. Hábitos: hábito de fumar, deficiente higiene bucal, alimentación azucarada, bruxismo. Biología humana: parodotopatías, apiñamiento dentario, enfermedades endocrinas. Organización de los servicios de salud: prótesis desajustadas, obturaciones defectuosas.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Alteraciones o consecuencias por pérdida dentaria	Cualitativa nominal politómica	Cambio de las características, la esencia o la forma de los maxilares.	Pérdida de la longitud de arco. Maloclusión Alteración de: Estética Fonética Masticación Periodonto	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Procesamiento de la información

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis estadístico descriptivo según corresponde a la variable estudiada. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010.

Una vez recogidos los datos se procesaron en una computadora personal. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con análisis porcentual y estadístico.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tendrá en cuenta algunas consideraciones éticas como, el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 2), Aval del Consejo Científico (Anexo 3) y otras relacionadas con los pacientes objeto de estudio, a los cuales se le solicitará previamente su consentimiento informado o al tutor a cargo, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistirá el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización (Anexo 4). Además, se constatará con la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 5).

Resultados y Discusión



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de pacientes con pérdida dentaria del consultorio 4 de Covadonga según grupo de edades y sexo, municipio de Aguada de Pasajeros en el periodo enero a diciembre 2020.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
19-34 años	29	53.7	25	46.3	54	32.1
35-59 años	66	66.7	33	33.3	99	58.9
60 y más años	7	46.7	8	53.3	15	8.9
Total	102	60.7	66	39.3	168	100

Fuente: historia clínica individual

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes con pérdida dentaria según grupo de edades y sexo donde el 60.7% correspondió al sexo masculino y el 39.2% al femenino siendo el grupo de edad más representativo el de 35 a 59 años para un 58.9% seguidos por los grupos de 19 a 34 años y 60 años y más para un 32.1% y 8.9% respectivamente. Los resultados difieren con los alcanzados por Bermúdez ⁽²⁰⁾ y Díaz ⁽²¹⁾ quienes obtuvieron al sexo femenino como predominante con más del 55%, aunque con respecto al grupo de edad coincidieron con el de 35 a 59 años. También son similares a los obtenidos por Molina ⁽²²⁾ quien reportó un predominio del sexo masculino.

En la presente investigación el predominio del grupo de 35-59 años, evidencia la tendencia progresiva al envejecimiento de la población y la necesidad de búsquedas y establecimiento de estrategias para elevar la calidad de vida de esta población en aras de una mejor salud bucal.

Es opinión del autor que independientemente de la edad y sexo del paciente, se debe abordar la pérdida dentaria desde edades tempranas en las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades que permitan modo y estilos de vida saludables.

Tabla 2. Distribución de pacientes con pérdida dentaria según nivel de escolaridad.

Escolaridad	No	%
Primaria sin terminar	4	2.4
Primaria terminada	8	4.8
Secundaria terminada	23	13.7
Técnico medio	47	27.9
Preuniversitario	49	29.2
Universitario	37	22
Total	168	100

Fuente: historia clínica individual

El 29.2% de los pacientes con pérdida dentaria según escolaridad poseyó preuniversitario, seguidos por el técnico medio y el universitario para un 27.9% y 22% respectivamente como refleja la tabla 2. El autor considera que los resultados alcanzados, permitirán desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades que eleven nivel de conocimientos y el autocuidado de la población, contribuyendo a mejorar la salud bucal.

Tabla 3. Distribución de pacientes con pérdida dentaria según ocupación.

Ocupación	Pacientes (n=168)	
	No.	%
Ama de casa	15	8.9
Jubilado	8	4.3
Trabajador	73	43.5
Estudiantes	69	41.1
Desocupado	3	1.8

Fuente: historia clínica individual

En cuanto a la ocupación existió un predominio de los trabajadores para un 43.5% de pacientes con pérdida dentaria seguidos por el 41.1% de estudiantes y el 8.9% de las amas de casas como muestra la tabla 3.

Tabla 4. Distribución de pacientes con pérdida dentaria según factores de riesgo.

Factores de riesgo		Pacientes (n=168)	
		No.	%
Biología humana	Antecedentes de caries	165	98.2
	Periodontopatías	57	33.9
	Diabetes Mellitus	16	9.5
Modo y Estilos de vida	Ingestión de alimentos azucarados	14	8.3
	Mala higiene buccal	67	39.9
	Alcoholismo	12	7.1
	Tabaquismo	48	28.6
Medio ambiente	Trabajo de riesgo	14	8.3
Organización de los servicios de salud	Prótesis desajustadas	32	19
	Obturaciones deficientes	27	16.1

Fuente: historia clínica individual

El principal factor de riesgo que afectó a los pacientes con pérdida dentaria correspondiéndose a la determinante biología humana fue el antecedente de caries para un 98.3% de la población como refleja la tabla 4, seguido por las periodontopatías para un 33.9%. Dentro la determinante modo y estilos de vida, la mala higiene bucal constituyó el más representado para un 39.9% y el trabajo de riesgo representó la mayor proporción dentro del determinante medio ambiente para un 8.3%. El factor de riesgo que más incidió en la determinante de salud Organización de los servicios de salud fueron las prótesis desajustadas para un 19%.

Bermúdez ⁽²⁰⁾ constató que la higiene bucal deficiente fue el factor de riesgo más significativo (64,9 %) resultados que son similares a este estudio.

Molina ⁽²²⁾ reportó dentro los factores de riesgo biológicos el más prevalente fue el antecedente de caries (80,2%), mientras que los hábitos el más frecuente fue la deficiente higiene bucal (71,2%), resultados que coinciden con la investigación.

La higiene bucal deficiente continúa siendo un elemento crucial en el inicio y progresión de las enfermedades bucales con la consiguiente acumulo de la

placa dentobacteriana, cuando esta es deficiente existen acúmulos de ésta la cual, al envejecer, cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas y al no ser eliminadas se calcifican provocando el cálculo, que al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana. Es por ello, que el Sistema de Salud en Cuba incluye en el Programa Nacional de Atención Integral a la Población, para promover acciones saludables y para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones garantizando la integralidad de la atención estomatológica.

Díaz ⁽²¹⁾ obtuvo un alto porcentaje de los factores ambientales, lo cual difiere del estudio.

Los estilos de vida inadecuados que traen consigo el desarrollo de enfermedades, que, aunque no causan la muerte sí pueden provocar eventos incómodos y evitables. Siendo así nuestra tarea la de educar a la población en todos los temas referentes a factores de riesgo que provocan las enfermedades bucales para aumentar la percepción de riesgo en ellos y así poder modificar los modos y estilos inadecuados de vida.

Los resultados de esta investigación reflejan la caries dental como principal enfermedad bucal. Las deficiencias de la higiene bucal se traducen en mayor acumulación de placa dentobacteriana facilitando el proceso de desmineralización y el riesgo a caries dental. La complejidad de la etiología de la caries y de la respuesta individual a los diversos factores y el desafío cariogénico, se puede modificar a través de la transformación del paradigma de la práctica odontológica: curativa a preventiva, para lograr cambios en los perfiles de consumo de carbohidratos. ⁽²³⁾

El autor opina que la caries dental afecta a gran parte de la población mundial, por lo que independientemente de la edad, el proceso carioso continúa aun hasta la vejez; de ahí la importancia de realizar prevención en todas las etapas de la vida.

Tabla 5. Alteraciones o consecuencias de la pérdida dentaria.

Alteraciones de la pérdida dentaria		No	%
Pérdida de la longitud de arco		37	22
Maloclusión		25	14.9
Alteración	Estética	52	30.9
	Fonética	12	7.1
	Masticación	40	23.8
Periodonto		21	12.5

Fuente: historia clínica individual

El 30.9% de las alteraciones de la pérdida dentaria correspondió a la estética, la masticatoria y la pérdida de la longitud de arco para un 23.8% y 22% respectivamente. Estos resultados difieren de Bermúdez ⁽²⁰⁾, Inca ⁽²⁴⁾ y Delgado ⁽²⁵⁾ quienes reportaron las maloclusiones como principal alteración.

Si la longitud de la arcada es adecuada, la relación esquelética, apropiada, y el recambio dentario, normal, existirán una oclusión y un alineamiento ideales de los dientes permanentes; sin embargo, la práctica diaria demuestra que estas condiciones son muy difíciles de encontrar.

Así, conservar la longitud del arco resulta la premisa fundamental para prevenir maloclusiones futuras, las que afectan la salud bucal de pacientes en edades tempranas, donde un buen momento para realizar un análisis preventivo lo constituye la dentición mixta, debido a que es un período de particular importancia en la génesis de anomalías de la oclusión por las modificaciones que se reproducen, que deben ser observadas y controladas para evitar problemas de alineación. ²⁶

Es opinión del autor que la ausencia de dientes y de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria se originan trastornos en la nutrición. Además, se afecta la autorrealización, se genera baja autoestima y muchos pacientes aceptan que el deterioro de la boca y del aparato masticatorio constituyen un proceso inevitable del envejecimiento, pues no perciben adecuadamente la necesidad de tratamiento estomatológico y mantienen actitudes inequívocas hacia la salud, todo lo cual está causado por el desconocimiento sobre salud bucal y los factores de riesgo desencadenantes de esta entidad, implicada de forma

general en la calidad de vida. Por lo que el incremento de las campañas de educación para la salud y en las labores de la atención estomatológica integrada, deben encaminarse a la modificación de conocimientos y hábitos inadecuados sobre salud bucal, así como valorar los tratamientos conservadores necesarios para lograr una disminución de la morbilidad y mortalidad dentaria que ocasiona el desdentamiento y, por ende, la necesidad de rehabilitación protésica, para que esta población reciba una atención de calidad y mejore su nivel de vida dentario y de salud general.

Conclusiones



CONCLUSIONES

Como consecuencia de la pérdida dentaria en pacientes mayores de 19 años del consultorio 4 de Covadonga, hubo un predominio del sexo masculino, el grupo de edad más representativo el de 35 a 59 años, de nivel preuniversitario y ocupación trabajadora. Predominaron el antecedente de caries, las periodontopatías y la mala higiene bucal como factores de riesgo, y las alteraciones de la pérdida dentaria correspondieron a la estética y la masticatoria. Por lo que se hace necesario comprender la importancia de mantener los dientes en boca e identificar todos aquellos factores que estén asociados, con el fin de brindar tratamientos conservadores para lograr una disminución de la morbilidad y mortalidad de la pérdida dentaria.

Recomendaciones



RECOMENDACIONES

- ✓ Diseñar programas educativos y de intervención dirigidos a la población que contribuyan a elevar el nivel de conocimiento sobre la importancia de preservar los dientes en su alveolo dentario.
- ✓ Generalizar los resultados de la investigación en el territorio en presentación de jornadas científicas y revistas de impacto.

Referencias Bibliográficas



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Gómez PN Mazzini Torres MF, Romero Rojas K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Dom. Cien. [Internet]. 2017 [citado 3 feb 2020];3(2): 702-718. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.702-718>
2. Reinoso García, M. (2016). Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de las Américas durante septiembre 2015 febrero 2016. Quito: Universidad de las Américas.
3. Sosa Rosales M de la C. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.
4. Ríos Angulo CM. Relación entre la pérdida dental con la capacidad masticatoria y calidad de vida oral en adultos, hospital Florencia de mora es salud La libertad, 2017. [Internet]. 2018. [citado 2020 Dic 31] Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by.nc.sa/2.5/pe/>
5. Ferrer Vilches D, Hernández Millán AB, García Álvarez OL, Rodríguez Alonso Y, Pérez Morales MD, Liriano García RM. Caracterización de las enfermedades pulpares en pacientes pertenecientes al Área II del municipio Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 31]; 15(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3580>
6. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología general Integral. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. [citado 2021 abril 2]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/estomatologia_general_integral/estomatologia_general_completo.pdf.
7. Leyva Samuel L, Ledesma Céspedes N, Fonte Villalón M. La pérdida dentaria. Sus causas y consecuencias. REMIJ [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 2];19(2):1-13. Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/212>
8. Pérez Barrero BR, Enríquez Calas D, Perdomo Estrada C, González Rodríguez W de la C, Noriega Roldán SO. Morbilidad en ancianos con pérdida dentaria. MEDISAN [Internet]. 2020 [citado 2021 Mar

- 30];24(3):381-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192020000300381&lng=es.
9. Pérez Fuentes M, Torres Garate LC, Alonso Acosta R, Tarancón Aguilar R. Características de pacientes jóvenes con desdentamiento, consultorio 8, Santa Fé. Playa. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual). Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en:
10. Pérez Barrero BR, Ortiz Moncada C, Santana Corrales M, Gan Cardero B, Noriega Roldán SO. Realidades de la estomatología en comunidades de pobreza extrema y nuevas urbanizaciones del estado Carabobo. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 2];22(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1777>
11. Lazo Nodarse R, Hernández Reyes B, Rodríguez Alpízar R, Puig Capote E, Márquez Ventura Y, Sanfor Ricardo M. Necesidad real de prótesis estomatológica en un área de salud. AMC [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 2]; 22(1):17-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552018000100005&lng=es.
12. Sosa M, Toledo T, Barciela M de la C, García M, Rojas M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_nacional_de_atención_estomatológica-ca/programa_nacional_completo.pdf
13. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 – 2021. [Internet] 2017. [citado 2020 Ago 20]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%2020162021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>
14. Díaz Sánchez LS, Jiménez Castellanos MI, Páez Delgado D, Díaz Sánchez LH. Enfermedades bucales y factores de riesgo en la población geriátrica perteneciente a un consultorio médico. MEDISAN. 2018 [citado 2021 Mar 2];22(5):[Aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000500005
15. Faruh Abbott CA, Grasset Escobar NA. Falencias en la odontogeriatría actual. Revisión de la Literatura. [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad

- Finis Terrae; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uft.cl/bitstream/handle/20.500.12254/546/FarcuhGrasset%20%202017.pdf>
16. Pol L, Turcaz IM, Pérez Fariñas NA, Calzado ME. Estado de salud bucal en los adultos mayores de las Casas de Abuelos. 2015 [biblioteca virtual en línea]. Disponible en: http://www.scu/publicaciones_electronicas/articulos_cientificos.htm>
 17. Valdés Alvares R, Montero del Castillo ME, Valdés García P. Ortodoncia en Odontopediatría. En: Valdés Álvarez R. Manual de Odontopediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.210-273.
 18. Hernández Reyes B, Lazo Nodarse R, Bravo Cano O, Quiroz Aliuja Y, Domenech La Rosa L, Rodríguez Ramos S. Trastornos temporomandibulares en el sistema estomatognático del paciente adulto mayor. AMC [Internet]. 2020 [citado 2021 Mar 17];24(4):e7426. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10-2502552020000400003&lng=es.
 19. Gutiérrez Segura M. Prótesis estomatológica clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. p.36-42. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu>
 20. Bermúdez Núñez YI. Análisis de la situación de salud bucal de un consultorio médico del municipio Jobabo. Rev. Electrón. Zoilo [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 10];43(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1373>
 21. Díaz Couso Y, Jorge Mayedo D, Santos Velázquez T, Reyes Nieblas Y, Guerra García K. Análisis de la Situación de Salud Bucal de un Consultorio Médico de Familia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 9];23(1):22-31. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3728>
 22. Molina Triana M, Rojas Cruz NE. Análisis de situación de salud bucal en la población perteneciente al consultorio 20-30 del policlínico Marta Abreu. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018. [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 10]. Disponible en: <http://infomed.sld.cu>
 23. Padilla Sánchez ML, Saucedo Campos G, Ponce Rosas ER, González Pedraza A. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en

- adultos mayores. CES Odont. 2017 [citado 2021 Abr 2];30(2):16-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v30n2/0120-971X-ceso-30-02-00016.pdf>
24. Inca Guapulema CM. Pérdida prematura de dientes deciduos en escolares. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil facultad de odontología; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33748>
25. Delgado Galeano M, García Rueda A, Villamizar Carvajal B, Ibañez Alfonso LE, Alarcón Meléndez LJ. Factores relacionados al diagnóstico de enfermedad “deterioro de la dentición” en escolares. Rev. Cienc. Ciudad. [Internet]. 2020 [citado 2021 Mar 18];17(1):43-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7490921.pdf>
26. Ricardo Reyes M. Riesgos asociados a la pérdida de la longitud del arco dentario en la dentición mixta temprana. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 20];14(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029

Anexos



Anexo 1

**AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN
UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL**

El _____ que _____ suscribe:
_____, hago
constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:
_____, de los autores:

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de
problemas del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene
como propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe
del proyecto a los _____ días del mes de _____ del 20 _____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo:

_____, con categoría docente

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación
así como el asesoramiento científico metodológico al residente.

Autor: _____

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor

Firma y Cuño

Anexo 3

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar,
y discutir el proyecto titulado _____

presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____,
ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del
año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor
científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y
estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según
las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de
_____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo 3

Consentimiento Informado

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación

_ bajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema y no se divulgue en el orden personal. Y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor

Firma del estomatólogo
a cargo de la investigación

Anexo 4

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible]

MOD. 4702-4		HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA		FECHA _____	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA				No DE H. CLINICA:	
UNIDAD:		CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCION:					
EDAD:		SEXO: MASC. () FEM ()		ESCOLARIDAD:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL					
ANTECEDENTES					
PATOLOGICOS					
(Personal - Familiar)					
Hemorragicos (reac-					
ción a Medicamentos,					
HABITOS					
Succión Lengua					
Proctodi, Cepillado					
Bruxismo, Tabaquismo					
Cafe, Alcohol y otros.					
EXAMEN BUCAL					
(Señalar Afectaciones)					
EXAMEN FISICO					
(General					
Bucal y Mucosas,					
Módulo Externo)					

[illegible][illegible]