



**CARACTERÍSTICAS BUCALES DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN EN LOS  
PACIENTES ADULTOS QUE FUERON ATENDIDOS EN LA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINU EN EL PERIODO DEL 2010-I AL  
2021-II.**

**JESÚS DAVID HERRERA FLÓREZ  
JESÚS MANUEL BORJA NAVARRO  
YOSSI ESTEBAN BLANCO NAVARRO**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ  
ESCUELA DE ODONTONTOLOGÍA  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.**

**2022**

**Investigadores:**

**JESÚS DAVID HERRERA FLÓREZ**  
**JESÚS MANUEL BORJA NAVARRO**  
**YOSSI ESTEBAN BLANCO NAVARRO**

**Asesor disciplinar**

**LEIDYS PADILLA MONDOL**

Odontólogo especialista en rehabilitación oral, docente de la escuela de odontología de la universidad del Sinú.

**Asesor metodológico**

**LESBIA ROSA TIRADO AMADOR**

Odontóloga, especialista en estadística aplicada, coordinadora área de investigación escuela de odontología universidad del Sinú, docente escuela de odontología universidad del Sinú.

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ**

**ESCUELA DE ODONTOTOLOGÍA**

**PROYECTO II**

**CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.**

**2022**

**ACEPTACIÓN**

---

**Firma del presidente del jurado.**

---

**Firma del jurado.**

---

**Firma del jurado.**

## **ACTO DEDICATORIO**

### **A DIOS**

Por brindarnos sabiduría y entendimiento para culminar con éxito nuestro proyecto y por permitarnos llegar a donde estamos.

### **A NUESTROS PADRES**

A quienes les debemos nuestra formación y con quien hemos contado siempre y en todo momento, por creer en nosotros; agradeciendo el amor, la dedicación y el apoyo que siempre nos han brindado. Los amamos y respetamos mucho.

### **A NUESTROS HERMANOS**

Por su apoyo y cariño en todos estos años.

### **A NUESTROS TIOS**

Por el apoyo incondicional y la forma en que nos inspiraron a seguir adelante.

### **A NUESTROS AMIGOS**

Con quienes hemos compartido alegrías y tristezas en nuestra carrera y nuestra vida, agradecemos su amistad y amor incondicional.

# CONTENIDO

	Pág.
Resumen.....	
Introduccion .....	7
1.Planteamiento del problema .....	8
2. Justificación .....	10
3. Marco referencial .....	11
3.3 Marco conceptual.....	13
3.1 Marco teórico.....	16
3.2Marco legal.....	39
4. Objetivos .....	40
5.Metodologia .....	41
7. Resultados .....	47
8. Discusión.....	48
9. Conclusiòn .....	49
10. Bibliografia .....	
5	
0	

**LISTA DE TABLAS**

**Pág.**

Tabla 1. ....

Tabla 2. ....

Tabla 3. ....

## RESUMEN

**Contexto:** Los adultos constituyen en el mundo una de la población con mayor desafío debido a que en esta etapa, el impacto de las condiciones de vida y salud presentan gravedad a causa de las modificaciones morfológicas y funcionales tanto en salud general como en la cavidad bucal. Por ende, es indispensable identificar en esta población aquellas enfermedades sistémicas, hábitos, clasificación molar, clasificación de Kennedy superior e inferior, lesiones cariosas, no cariosa, uso de prótesis dental y tiempo, patologías orales, tercios antropomorfos, formas de rebordes, perfil de cara, forma de arcada edéntula, relación maxilofacial, cirugías preprotésicas, y tratamiento rehabilitador de los pacientes adultos, ya que nos va a ayudar a identificar aquellos aspectos más relevantes a nivel de cavidad bucal de este grupo de pacientes que fueron atendidos en el periodo del 2010- I al 2021- II, con el fin de analizar cada variable y conocer la incidencia de estas alteraciones que están afectando la salud bucodental. Su importancia radica en lograr tener datos más precisos y detallados sobre estas personas por medio de las historias clínicas. **Objetivo:** Identificar las características bucales del área de rehabilitación en los pacientes adultos que fueron atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú en el periodo del 2010- I al 2021- II. **Metodología:** Estudio descriptivo con enfoque retrospectivo, realizado en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú en el periodo del 2010- I al 2021- II, Se escogieron las historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección. Se utilizó una ficha de registro diseñada por los mismos estudiante y previamente validada en donde dos estudiantes son los encargados de revisar las historias clínicas y llenar los formatos a lapicero y los otros dos estudiantes son los encargados de pasar los códigos a la base de datos. los datos obtenidos posteriormente se tabularon en hojas de cálculo de Excel 2010 donde se analizó a través de estadísticas descriptiva por medio de frecuencia y proporciones para a si establecer cada variable.

**Resultado:** Luego de valorar las 1.463 historias clínicas se pudo observar que existe una mayor participación del sexo femenino en la consulta odontológica, aportando en

esta un 54,0%, predominando en el grupo de hábitos el alcohol y las patologías orales más frecuente la enfermedad periodontal.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Los adultos constituyen en el mundo una de la población con mayor desafío debido a que en esa etapa, el impacto de las condiciones de vida y salud presentan gravedad a causa de las modificaciones morfológicas y funcionales tanto en salud general como en la cavidad bucal. No obstante, las alteraciones oclusales y dentales en pacientes adultos son cada vez más notoria por lo que la intervención debe ser prioritaria para así devolver la funcionalidad, estética y autoestima en los pacientes y determinar la prevalencia de las características oclusales en esta etapa (1). por lo que estudios anteriores han demostrado, que es indispensable conocer los principales factores de riesgo de los pacientes adultos, especialmente sus hábitos ya que estos pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de las lesiones bucales, para así educarlos y que estos puedan prevenirlas (2). El adulto, sufre cambios a nivel bucal que le ocasionan molestias, después de cierta edad, por lo que se incrementa la posibilidad de adquirir enfermedades bucales como la enfermedad periodontal, la caries dental, lesiones no cariosas, las úlceras, la candidiasis e inclusive el cáncer oral. Esto sumado a diferentes factores que suelen favorecer la aparición de lesiones. Por lo que nos permiten considerar la mala calidad de la prótesis dental como una condicionante en el desarrollo de lesiones en la mucosa bucal. Por esto, se recomienda realizar un buen diligenciamiento de la historia clínica ya que este es un documento legal donde se describe todo lo correspondiente al paciente, permitiendo el conocimiento de las diferentes lesiones bucales que afectan a este grupo de paciente y posterior a esto, un buen examen clínico para intervenir en la parte de promoción y prevención de estas lesiones. Lo cual va a permitir profundizar en el problema y facilitar la planificación de las actividades de prevención y control implementado por los odontólogos para el beneficio del paciente adulto (3).

Por todo lo anterior, los investigadores se plantean el interrogante que se muestra a continuación.

## **1.2 PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuáles son las características bucales del área de rehabilitación en los pacientes adultos que fueron atendidos en la clínica odontológica de la universidad del sinu en el periodo del 2010-I al 2021-II ??

## **JUSTIFICACIÓN**

Dada la problemática previamente presentada y acorde a los objetivos misionales del programa de odontología de la Universidad del Sinú seccional Cartagena, la salud y bienestar de los pacientes es prioridad y es componente esencial dentro de la formación de los futuros odontólogos. Si bien es cierto dentro de los estudios locales y nacionales existen descripciones de las condiciones bucales de algunos grupos etarios, en la actualidad a la luz de los autores en la ciudad de Cartagena, no existen estudios que integren diversas variables alusivas a las características y lesiones bucales que se pueden encontrar en población adulta, de hecho mucha de la investigación existente se ha enfocado dentro de la odontología a la población escolar y preescolar, por lo que la presente investigación podría otorgar el punto de partida aportando datos basales en relación con el comportamiento epidemiológico de las condiciones bucales patológicas más frecuentes y que pueden ameritar tratamientos más extensos e incluso costosos por implicar la rehabilitación parcial o completa acorde al grado de severidad de los compromisos que se puedan presentar de la integridad de las estructuras dentales y tejidos de la cavidad bucal.

Por otro lado, dada la frecuencia notable de su distribución epidemiológica para el grupo de pacientes adultos y con los datos basales hallados se puedan realizar toma de decisiones para la formulación de los planes de tratamiento, tener proyecciones de los comportamientos de estas condiciones a futuro con la posibilidad de diseñar, proponer acciones enfocadas de manera preventiva que le permita al adulto mayor mejorar su condición bucal, por lo que es indispensable mediante este proyecto conocer la incidencia de alteraciones bucales de tejidos blandos y duros en este grupo de paciente. Finalmente, la presente investigación se soporta en la necesidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que se intervienen siempre considerando la estrecha relación entre cavidad bucal y salud sistémica. sabiendo que la etapa de adultez constituye hoy en día uno de los problemas sociales que reclaman la mayor atención, puesto a que en esta etapa de la vida ocurren cambios en el organismo que va afectando las funciones y condiciones que repercuten en el estilo de vida y la salud bucal.

Actualmente los cambios presentados en la etapa adulta es cada vez más notorio, haciendo que estos generen nuevos cambios e incrementen los problemas de salud tanto general como bucal, lo que trae un impacto negativo ante la sociedad, principalmente la condición bucal debido a las pérdidas de pieza dentales que afectan la alimentación, haciendo que estos eliminen el consumo de alimentos duros ya que son muy difícil de masticar. Los adultos hacen parte de aquella población de vulnerabilidad que tienen dificultad para conseguir un ingreso, por lo que sus problemas de salud bucal son cada vez más avanzados a tal punto de llegar a perder la mayoría de los dientes.

Por ello se deben tomar medidas que contribuyan al éxito de la política de salud bucal donde se centren en especial al adulto ya que es una población vulnerable con el fin de realizar una caracterización y verificar las diferentes condiciones.

Por lo que el presente proyecto busca caracterizar los hallazgos intraorales y extraorales de los pacientes adultos atendidos en este periodo por medio de las historias clínicas y bases de datos donde se identificara la edad, sexo, enfermedades sistémicas, patologías de tejidos blandos y duros, hábitos, prótesis dentales y tiempo, medición de tercios antropomorfos, forma de los rebordes, perfil facial, forma de la arcada edéntula, relación máxilo-facial de los pacientes ya sean parcial o totalmente edéntulos y tratamiento rehabilitador requerido ya que esto va permitir la caracterización y el conocimiento de las variables sobre la incidencia de estas alteraciones que afectan la salud bucodental en este grupo de pacientes.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 ESTADO DEL ARTE**

Con referencias a estudios previos relacionados con adulto algunos estudios a destacar son:

María Teresa Calzada en el 2000 aplicó una historia clínica odontogerítrica, dirigida a los pacientes mayores de 60 años que acuden a las clínicas de esta Universidad, el propósito de este estudio fue analizar los conocimientos acerca de la vejez, de los estudiantes que iban a iniciar el curso en Odontogeriatría. Se quería también averiguar sobre las actitudes que tenían sobre los ancianos y el proceso de envejecimiento (4).

Por otro lado, cabe resaltar López-Jornet en el 2002, puedo referenciar que Los adultos principalmente en etapas avanzadas son más propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades (5).

Así mismo García y Benet en 2005 (Cuba) señalo que los conocimientos que se tengan sobre las diferentes lesiones bucales que afectan a este grupo poblacional, es de gran importancia porque permite profundizar en el problema y facilitan las planificaciones de las actividades de prevención y de control, así como la implementación de servicios médicos más adecuados en beneficio del adulto (6).

No obstante Hortensia en el 2017 encontraron que una de las observaciones más importantes al evaluar clínicamente a los pacientes portadores de prótesis total fue la presencia de lesiones localizadas y generalizadas en los tejidos blandos de soporte puesto que el 84,8% de los participantes presentaban prótesis dentales y debido a esto generaban lesiones en mucosa oral como estomatitis protésica con 77,77%, épulis con 33,33% (7).

Álvarez y Ulloa en 2010 (cuba) describen que los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal, que se debe y es importante indicar que algunos cambios bucales al transcurrir la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. Y que existen otros cambios que son resultados de la acción de la enfermedad (periodontitis), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos (8).

Rebolledo en 2018 evaluó las enfermedades vasculares y afirma que se presentan repercusiones sobre la cavidad bucal, sobre todo en el periodonto ya sea en su fisiología y anatomía. Como lo es el caso de la HTA genera extravasiones la cual se le denominan petequias o hemorragias petequiales, considerándose como una

manifestación patognomónica cuya razón de ser son atribuidas por el aumento severo y súbito de la presión arterial (9).

Otro estudio es de Pilatasig en 2013 (Ecuador) donde manifestó que es importante educar al adulto para prevenir las lesiones bucales clínicas, conociendo sus principales factores de riesgo, especialmente sobre sus hábitos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de las lesiones bucales, por lo que recomienda educar a los abuelos por lo que afirma que nunca es tarde para aprender (10). Este mismo autor manifestó que en el Ecuador en el campo de la salud oral, el desarrollo de la Odontogeriatría es muy incipiente, existiendo escasas investigaciones sobre la salud oral de los adultos, las cuales nos indican que de los individuos mayores de 60 años en su mayoría son desdentados totales y se observa una alta prevalencia de lesiones bucales (10).

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **HISTORIA CLINICA**

La historia clínica es un documento, formato o expediente legal que sirve para recolectar de forma ordenada los datos de identidad, antecedentes personales y familiares, síntomas, signos y otros elementos que permitan plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que en el primer momento puede ser provisional, el cual se respaldara con los resultados de los análisis de laboratorio clínico, radiográfico u otro tipo realizados al paciente (11).

El registro de la historia clínica construye un documento principal en un sistema de información sanitario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal (12).

### **Vías de recolección de información de las historias clínicas**

-Anamnesis: es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente o familiar en caso de ser menor de edad

-Exploración clínica: a través de la inspección, palpación, percusión del paciente se debe registrar hallazgos extraorales e intraorales

-Exploración complementaria: pruebas o exámenes complementarios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizados en el paciente.

-Diagnósticos presuntivos: basados en la información extraída del interrogatorio y exploración física, calificados de presuntivos ya que están sujetos a resultados de laboratorio o pruebas de gabinete, así como a la propia evolución natural de la enfermedad

-Juicios de valor que el propio profesional extrae o de documentos que el elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y finalmente dejar constancia del curso de la enfermedad

-Tratamiento instaurado (13).

### **Características de las historias clínicas**

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio (14).

## **Generalidades de la historia clínica**

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de esta (15).

## **ADULTEZ**

la etapa del adulto comienza desde los 20 años hasta los 60 años etapa en que la persona adquiere estabilidad tanto biológica, psicológica y social, también es cierto que dentro de los adultos no todos llegan a desarrollar la madurez adecuada, generalmente debido a factores ya sea familiares y/o sociales que no permiten que la persona adquiera la maduración respectiva de acuerdo a su edad, cumpliendo su rol dentro de la sociedad.

Es la etapa en que se obtiene la plena madurez física e intelectual del individuo, y se obtiene la plenitud de los derechos y deberes sociales y legales y se entiende como una meseta intermedia en la vida humana (16).

En términos biológicos, la adultez se corresponde con el estado de imago de los animales, es decir, con la madurez sexual, fisiológica y social del individuo. Sin embargo, dada la complejidad vital del ser humano, estas equivalencias son siempre tentativas. La adultez de los seres humanos llega luego de la etapa de cambios vertiginosos de la adolescencia. No sólo trae consigo esta plenitud biológica y fisiológica, sino también una estabilidad emocional y psicológica relativa, junto a una mayor carga de responsabilidades y autonomías de cara a la cultura y la sociedad.



imagen obtenida de: <https://www.etapasdesarrollohumano.com/etapas/aduldez/>

## **Etapas de la adultez**

- Adultez temprana: (desde los 20 años hasta los 40 años)
- Adultez media (desde los 40 años hasta los 60 años)
- Adultez tardía (de los 60 años en adelante) (17).

## **ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

### **Hipertensión Arterial**

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada (18).

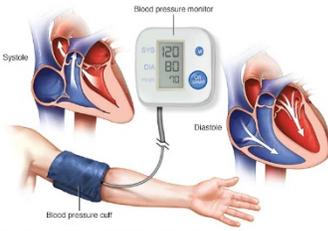


imagen obtenida de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/diagnosis-treatment/drc-20373417>

## Diabetes

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. Existen 2 tipos de diabetes en donde en la tipa 1 el cuerpo no produce insulina y en la tipa 2 que es la más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada (19).



imagen obtenida de: <https://mejorconsalud.as.com/complicaciones-agudas-cronicas-diabetes/>

## Enfermedad respiratoria

Tipo de enfermedad que afecta los pulmones y otras partes del aparato respiratorio. Las enfermedades respiratorias se producen por infecciones, consumo de tabaco o inhalación de humo de tabaco en el ambiente, y exposición al radón, amianto u otras formas de contaminación del aire. Incluyen el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la fibrosis pulmonar, la neumonía y el cáncer de pulmón. También se llama enfermedad pulmonar y trastorno pulmonares (20).



imagen obtenida: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000066.htm>

## **Alergias**

Una alergia es una reacción de su sistema inmunitario hacia algo que no molesta a la mayoría de las demás personas. Las sustancias que suelen causar reacciones son: polen, ácaros del polvo, esporas de moho, caspa de animales. Las alergias pueden provocar una serie de síntomas como goteos nasales, estornudos, picazón, sarpullidos, edema (hinchazón) o asma. Las alergias van de leves a severas. Una reacción severa llamada anafilaxia puede resultar fatal (21).



imagenobtenida: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000812.htm>

## **Cáncer**

El cáncer es una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células. En condiciones normales, las células humanas se forman y se multiplican (mediante un proceso que se llama división celular) para formar células nuevas a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y las células nuevas las reemplazan. El tratamiento del cáncer se fundamenta en cuatro pilares: cirugía,

quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia. Otras posibilidades de tratamiento incluyen la hormonoterapia y el trasplante de médula ósea (22).

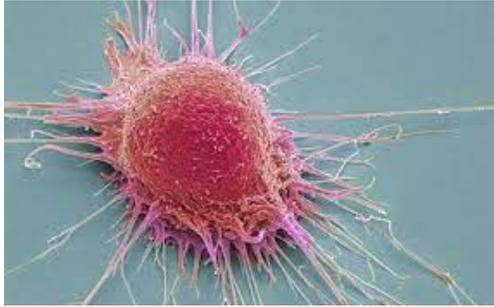


Imagen obtenida de: <https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer>

## **HÁBITOS**

Constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura orofacial que traen como consecuencia el compromiso en diferente grado, de procesos tan importantes en el ser humano como: la respiración, masticación, deglución, succión, articulación y la fonación. Dentro de los hábitos del adulto mayor se encuentra el tipo de alimentación, el consumo de alcohol, tabaco y café (23).

### **Alcohol**

El trastorno por consumo de alcohol es una enfermedad que causa: Ansia que se refiere a una fuerte necesidad de beber, Pérdida de control debido a la Incapacidad para dejar de beber una vez que se comenzó y el estado emocional negativo ya que se Siente ansioso e irritable cuando no se está bebiendo (24).



Imagen obtenida de: <https://medlineplus.gov/images/Alcohol.jpg>

## **Tabaco**

El hábito de fumar constituye una de las costumbres más nocivas y peligrosas para la salud del hombre, tanto para el fumador como para los que conviven con él y no fuman (los llamados fumadores pasivos). Fumar es un hábito difícil de abandonar porque el tabaco contiene nicotina, que es una sustancia química muy adictiva. Al igual que ocurre con la heroína y otras drogas adictivas, el cuerpo y la mente se acostumbran fácilmente a la nicotina presente en los cigarrillos. En poco tiempo, una persona necesita esa sustancia para sentirse normal (25).



Imagen obtenida de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Tabaco>

## **Café**

La cafeína del café, el té, el mate y bebidas estimulantes con cola crea adicción (como toda droga, en este caso legal) y su ausencia produce "mono" o síndrome de abstinencia. Un síntoma es el dolor de cabeza intenso, proporcional a la dosis habitual y la tolerancia personal a la cafeína. Suele durar unos dos días y luego desaparece para no volver. El exceso de cafeína tiene consecuencias para la salud (26).



Imagen obtenida de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Caf%C3%A9>

## CLASIFICACIÓN MOLAR DE ANGLE

-**Clase I:** la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye con el surco bucal del primer molar inferior. La oclusión Clase I puede ser dividida adicionalmente en oclusión normal y maloclusión.

- **Clase II:** cuando la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior. Existen dos subtipos de la oclusión Clase II. Ambos presentan una relación molar Clase II, pero la diferencia radica en la posición de los incisivos superiores. En la maloclusión Clase II división 1, los incisivos superiores están inclinados labialmente, creando una sobremordida horizontal significativa. Por el contrario, los incisivos centrales superiores están inclinados lingualmente y los incisivos laterales están labialmente inclinados en la maloclusión Clase II división 2.

- **Clase III:** la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye más posterior que el surco bucal del primer molar inferior (27).



Imagen obtenida de: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-21/>

## CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

La clasificación de Kennedy plantea las diferentes situaciones del edéntulo parcial y permite hacer al clínico un reconocimiento e identificación del problema, así como el planteamiento del diseño más favorable para solucionar el caso. Este método permite clasificar condiciones edéntulas basándose en la localización de las zonas edéntulas en relación con las piezas restantes. Kennedy basa su clasificación en el aspecto topográfico, o sea, la relación existente entre las zonas edéntulas y los dientes remanentes.

Existen diferentes clases con sus respectivas subclasificaciones tales como:

**Clase I: Desdentado Bilateral Posterior.**

Es decir que presenta ambas zonas posteriores desdentadas permaneciendo el grupo anterior. Según el número de brechas provocadas en el grupo anterior por las piezas dentarias ausentes, nos va a dar como resultado las diferentes subdivisiones de la clase (modificación 1,2,3,4).

**Clase II: desdentado unilateral posterior.**

Presenta la zona posterior de un solo de un lado, desdentada. Esta clase admite también subdivisiones según el numero espacios desdentados existentes (modificación 1,2,3,4) aparte de aquel que nos de la clase.

**Clase III: desdentado unilateral con pilar posterior.**

La característica de esta clase es, que el espacio desdentado se encuentra entre piezas dentarias remanentes, es decir que hay una brecha posterior de un solo lado, pero esta empieza con una pieza dentaria a la que llamaremos diente pilar. Esta clase también tiene subdivisiones (modificación 1,2,3,4).

Aclaración: cuando las brechas son múltiples, debemos considerar la brecha más posterior, la cual nos determinara la clase y las restantes nos darán la subdivisión.

**Clase IV: Desdentado bilateral anterior.**

Esta clase no admite subdivisiones. Porque sí presentara más de una brecha desdentada estaría encuadrada dentro de las clases I, II, III.

Aclaración: esta clase debe tener una brecha que anterior que comprometa ambas hemiarquadas (28).

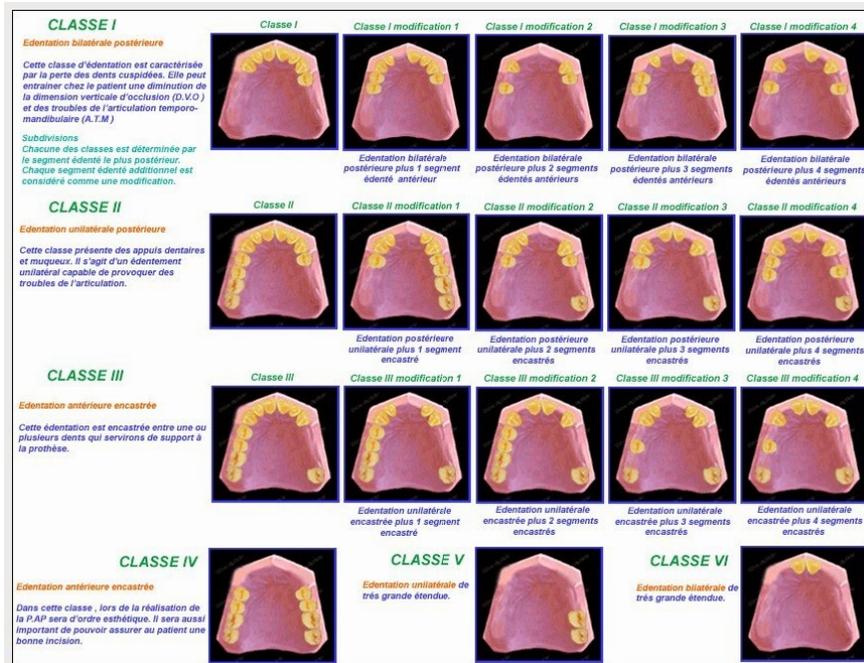


Imagen obtenida de: <http://ale071920.blogspot.com/2014/07/clasificacion-de-kennedy-reglas-de.html>

## 8 Reglas de Applegate

1. La clasificación será hecha después de las exodoncias dentales.
2. Si el tercer molar estuviera ausente, su espacio no entrará en la clasificación.
3. Si hubiera un tercer molar y puede ser utilizado como soporte, debe ser incluido en la clasificación.
4. Si el segundo molar estuviera ausente y no se planea restituirlo, no debe tenerse en cuenta en la clasificación.
5. Las áreas posteriores rigen la clasificación.
6. Las otras áreas desdentadas y que son secundarias dan origen a las modificaciones o subclases.
7. La extensión de las subclases no interesa, solamente el número de estas áreas.
8. No hay modificaciones en la clase IV, porque si hubiera un tramo posterior el regiría la clasificación de acuerdo a la regla número 5 (29).

## LESIONES NO CARIOSA

### Abrasión

Se da a causa del contacto de los dientes con sustancias abrasivas (propias de ambientes laborales donde se trabaja con sílice, cemento...), la interposición de objetos entre los dientes (costureras, músicos.) o un cepillado demasiado vigoroso, frecuente o prolongado junto con el uso de cepillos demasiado rígidos o dentífricos abrasivos. La apariencia inicial es la de un pequeño surco que en estado avanzado adquiere forma de cuña con paredes limpias, pulidas y brillantes de una coloración amarillo-marrón (30).



Imagen obtenida de: <https://www.proclinic.es/blog/ques-es-la-abrasion-dental-causas-y-tratamiento/>

### **Abfracción**

la pérdida del tejido dentario se debe a fuerzas biomecánicas como la masticación. La fuerza ejercida tiene un componente vertical y otro horizontal que generan tensión y compresión. Mientras que durante la compresión la estructura del esmalte es fuerte, en las áreas de tensión resulta vulnerable, pudiendo inducir microfracturas que a largo plazo resulten en una pérdida del esmalte, dentina y cemento. Este tipo de lesiones de superficie áspera son profundas y estrechas, con bordes muy afilados y un ángulo cavosuperficial muy marcado (31).



imagen obtenida de: <https://www.odontoespacio.net/noticias/abfraccion-dental-signos-clinicos/>

## **Atrición**

El contacto de las superficies dentales entre ellas mismas también puede provocar una pérdida progresiva de tejido dentario que puede producir una mínima incidencia en nuestra dentadura o bien volverse patológica en el caso de las personas con bruxismo, en los que se produce, entre otras consecuencias, una excesiva destrucción dentaria. Las zonas de desgaste aparecen lisas y pulidas y en los casos más extremos queda expuesta la cámara pulpar (32).



imagen obtenida de: <https://bq dentalcenters.es/odontologia-general/atricion-dental/>

## **Erosión/corrosión**

La erosión también destruye gradualmente la superficie dental por la acción de agentes físicos no mecánicos (radiación) o químicos no bacterianos (alimentos ácidos, carbonatados, excesivamente ricos en frutas, fármacos como la vitamina C, el ácido acetilsalicílico, el hierro, los ácidos del tracto digestivo asociados a vómitos o reflujo). La apariencia de unos dientes erosionados es mate y lisa y pueden aparecer cavidades redondeadas sin la rugosidad característica de la caries. En los casos más severos, se produce sensibilidad persistente. Técnicamente las lesiones causadas por agentes ácidos deberían denominarse corrosión en vez de erosión. Consumir moderadamente algunas sustancias, realizar un correcto cepillado con los elementos adecuados y usar férulas de descarga para el bruxismo pueden minimizar el riesgo de sufrir lesiones por desgaste (33).

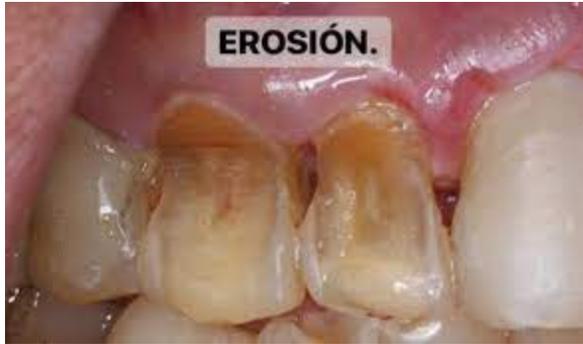


imagen obtenida de: <https://www.clinicadentalmontane.com/blog/causas-erosion-dental/>

## **LESIÓN CARIOSA**

La caries es considerada un problema de salud pública, se asocia a los patógenos como: streptococcus mutans, S sobrinus y actinomicetes spp y lactobacillus spp. Estas especies cariogénicas están presentes independientemente de la edad la cual empieza con la desmineralización del esmalte.

En el adulto mayor la caries radicular es más frecuente, la presencia de esta supone una atención inmediata debido a que puede presentarse recesión gingival, exposición radicular (34).



imagen obtenida de: <https://www.avodent.com/tipos-de-caries-habituales/>

## **PATOLOGÍAS ORALES**

Dentro de las patologías orales más frecuente en paciente adulto encontramos:

**Candidiasis bucal**

La candidiasis es muy frecuente en los adultos mayores, ciertos factores predisponen a la aparición de esta, tales como: quimioterapia, radioterapia de cabeza y cuello, leucemia, VIH, uso de corticoides inhalado o sistémico, diabetes avanzada, mal nutrición, prótesis bucales desajustadas, xerostomía.

Caracterizada por placas blanquecinas que se desprende al raspado de la misma, suele presentarse en la mucosa del labio, paladar, lengua y orofaringe, esta suele ser asintomática, sin embargo, pueden tener sensación de lengua algodonada, halitosis, disfagia (35).



imagen obtenida de: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/candidiasis-oral>

### **Estomatitis subprotésica**

La estomatitis subprótesis es una de las lesiones de la mucosa bucal que se diagnostica con frecuencia y se considera un proceso inflamatorio congestivo de la mucosa, que se relaciona estrechamente con el uso de un aparato protésico removible parcial o total. Se caracteriza por una proliferación fibroepitelial, causada por la base acrílica o metálica desajustada, asociada generalmente a una deficiente higiene bucal y hábitos personales. Las características clínicas varían de acuerdo con la gravedad de la lesión, puede modificar su aspecto clínico (36).



imagen obtenida de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2004000600004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000600004)

### **Queilitis angular**

Consiste en una lesión erosiva de la comisura labial, esta puede ser unilateral o bilateral, las fisuras pueden sangrar y causar dolor al abrir la boca o provocar úlceras poco profundas. Puede estar asociado a infecciones como herpes simple, deficiencias nutricionales de vitamina B2 (riboflavina), anemia por deficiencia de hierro, mal nutrición, deficiencia de zinc. La queilitis angular es por lo general más frecuente en los adultos mayores que sufren alteración en la dimensión vertical a causa de la pérdida de sus piezas dentarias, provocando así un cierre en exceso, otra causa también puede ser por hongos, medicamentos que resecan la piel (37).



imagen obtenida de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Queilitis\\_angular](https://es.wikipedia.org/wiki/Queilitis_angular)

### **Exostosis**

Son protuberancias óseas de crecimiento lento y limitado. La mucosa oral que lo recubre se mantiene intacta. Se manifiesta en la superficie vestibular de ambos maxilares específicamente en la tabla ósea en la región de los premolares y molares. Es de etiología desconocida, pero tiene cierta predisposición genética. Las exostosis pueden ser muy pequeñas, siendo en algunos casos casi puntiforme o pueden ocupar completamente un cuadrante, consistencia dura y asintomática a la palpación de base sésil en donde generalmente no requiere tratamiento (38).



imagen obtenida de: <https://www.dentalnavarro.com/blog/torus-y-exostosis/>

### **Xerostomía**

Consiste básicamente en la disminución del flujo salival, se denomina también como boca seca o hipersalivación. Sus principales consecuencias son: disminución del sentido del gusto, dificultad en la masticación, incapacidad para deglutir, riesgo de desnutrición en el paciente geriátrico, presencia de úlceras, inflamación, caries radicular, candidiasis, dificultad para retener la prótesis, dolor de glándulas salivales (39).



imagen obtenida de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Xerostom%C3%ADa>

### **Enfermedades periodontales**

Las enfermedades periodontales comprenden una causa importante de la pérdida dental. Habitualmente se conoce que la pérdida de inserción epitelial y hueso alveolar eran cambios periodontales como consecuencia del envejecimiento.

El periodonto frente al proceso de envejecimiento reacciona de dos formas, si se tiene una higiene deficiente acumula placa bacteriana, provocando así gingivitis, si esta no

es tratada se producen cálculos, bolsas periodontales, recesión dando como resultado periodontitis (40).



imagen

obtenida

de:

<https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/tratamientos/item/1548-informacion-sobre-periodoncia.html>

### **Lengua saburral**

Es una capa de revestimiento engrosada de color blanca, amarilla o parda que aparece en el dorso de la lengua. Se trata de una elongación de las papilas filiformes de la lengua de más de 3 milímetros. La etiología o causas de la lengua saburral son desconocidas, pero existen factores favorecedores a que exista esta alteración tales como Una falta de arrastre mecánico, es decir la autolimpieza bucal fisiológica y una excesiva descamación epitelial o una longitud aumentada de las papilas filiformes. El tratamiento de la lengua saburral se centra, más que en eliminar la capa de color blanquecina que aparece en el dorso de la lengua, sino que en tratar directamente la causa productora e etiopatogénica (41).



imagen obtenida de: <https://www.tuasaude.com/es/lengua-saburral/>

### **Movilidad dental**

Es un signo clínico importante que puede reflejar el grado de destrucción periodontal, todos los dientes presentan un grado de desplazamiento fisiológico, pero cuando la movilidad dentaria supera el límite normal es signo de patología. Se observa mediante

el desplazamiento del diente de forma objetiva, al utilizar dos instrumentos (suelen emplearse los extremos posteriores de los mangos de espejos intraorales), uno situado por vestibular y el otro por palatino del diente (42).



imagen obtenida de: <https://www.martinezcanut.com/movilidad-dental/>

## TERCIOS FACIALES

Para realizar una correcta evaluación estética debemos colocar al observador frente al paciente, que deberá tener una posición natural, y a partir de ahí analizaremos todas las líneas de referencia

- **Tercio superior:** es el área entre el nacimiento del pelo y la línea interorbital.
- **Tercio medio:** es el área que va desde la línea interorbital a la línea interalar.
- **Tercio inferior:** se extiende desde la línea interalar al extremo de la barbilla.

Éste último desempeña un papel significativo en la determinación del aspecto estético total (43).

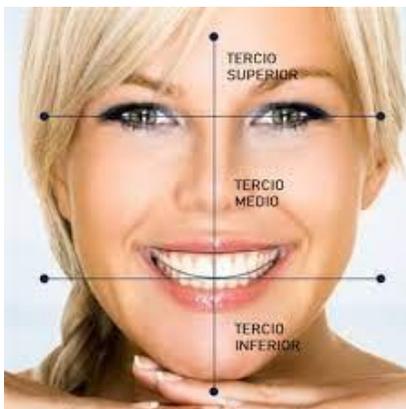


imagen obtenida de: <https://cirugiafacialbenidorm.com/cirugia-de-menton-o-mentoplastia/>

## PERFIL DE LA CARA

Para analizar y determinar que tipo de perfil tiene la persona en cuestión se utiliza una medición conocida como el “plano estético de Ricketts” que consiste en trazar una línea que pase por la punta de la nariz y la punta del mentón. Luego se mide la distancia entre el labio inferior y el plano estético, esta debe ser menor a 2 mm.

Los perfiles existentes son:

-**Convexo:** Se refiere a cuando el maxilar superior se encuentra algo adelantado con respecto a la barbilla y de esta manera forma un ángulo convexo con la punta de la nariz. Puede decirse que esto ocurre por falta de desarrollo en el maxilar inferior o que el maxilar superior ha crecido de manera desmedida.

- **Recto:** se forma una línea casi recta entre los maxilares y la barbilla. Se considera que los maxilares han crecido adecuadamente y se han posicionado de manera correcta. Si una persona encaja con estas características no es necesario la intervención quirúrgica ni ortodoncia.

- **Cóncavo:** Las líneas que unen la punta de la nariz con el maxilar y el maxilar con la barbilla se juntan formando un signo menor “<”. Se refiere a cuando el maxilar superior se encuentra retrasado con respecto al maxilar inferior. Las personas que cuentan con estas características se determina que han tenido un podrecimiento del maxilar superior o un hipercrecimiento del maxilar inferior (44).



imagen obtenida de: <https://es.dreamstime.com/imagen-de-archivo-cara-del-perfil-de-una-mujer-joven-image33924571>

## EDENTULISMO

Puede ser parcial o total, definida como la pérdida de uno o varios órganos dentales, aproximadamente el 90% de los adultos mayores presentan edentulismo. Entre las causas más comunes están: la caries dental y la enfermedad periodontal. Cuando se presenta edentulismo se afecta la autoestima, la estética y la fonación. Además, afecta

la dimensión vertical que es la medición de la altura facial que va desde la punta de la nariz a la punta del mentón y por lo tanto puede provocar dolor de la articulación temporomandibular, colapso posterior de la mordida y deformaciones estética facial por lo cual se recomienda colocar prótesis dentales (45).

### **Edentulismo parcial**

El Edentulismo parcial, es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en la cavidad bucal. El edentulismo parcial es una patología irreversible, que conlleva la pérdida de piezas dentarias y afecta a un gran número de la población mundial. Las personas que sufren esta patología ven disminuida su calidad de vida y afectan inclusive su autoestima.

### **Causas del edentulismo parcial**

Existen diferentes factores que provocan un sin número de enfermedades en la cavidad bucal las cuales ocasionan la pérdida de piezas dentales por tal motivo se eleva el índice de edentulismo ya sea de forma parcial o total, existen diferentes causas de la pérdida dental como: Deficiencia de higiene bucal, caries dental, enfermedad periodontal, traumatismos, tratamientos de rehabilitación deficientes, bruxismo, enfermedades sistémicas y farmacoterapia.

### **Edentulismo total**

Se define como paciente edéntulo o desdentado total a la persona que perdió la totalidad de sus dientes permanentes. El mismo que a su vez puede ser edéntulo total superior, edéntulo total inferior o edéntulo total bimaxilar. Esta condición puede afectar sustancialmente la salud oral y general, así como la calidad de vida incluido el gusto por las comidas y la nutrición entre otros.

El edentulismo total es una afección progresiva y lenta que provoca cambios en el individuo en su relación afectiva, laboral y social, limitando la calidad de vida y el trato con sus semejantes. Por otro lado, la pérdida de dientes se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades, es un factor de riesgo para la pérdida de peso y con la salud mental (46).

## FORMA DE ARCADAS

Se trata de identificar los diferentes cambios que se suceden en los arcos dentarios durante el período de la dentición mixta, lo que nos permitirá predecir, dentro de ciertos límites, ya que siempre hay que considerar la variabilidad individual, las expectativas de incrementos o disminuciones en sus diferentes dimensiones durante ese período y con ello, conocer el futuro de un problema por instalarse.

Los arcos dentarios se clasifican en: redondo, cuadrado, cuadrado-redondeado y triangular o en V:

**-Arco redondo:** El arco redondo es característico de los alemanes y nórdicos, de huesos anchos y fuertes. Se caracteriza por presentar en su parte anterior un segmento de arco perfecto, y sus dos ramas terminales, tanto derecha como izquierda, siguen una curva que converge hacia la parte posterior de la boca. Es el arco más frecuente.

**-Arco cuadrado:** Está representado por una recta extendida entre los caninos, y las ramas posteriores que, extendidas hacia atrás, son casi paralelas. Es un arco característico de los sajones y es el menos frecuente.

**- Arco triangular:** Arco también llamado de la belleza por verse más frecuentemente en las mujeres, se caracteriza porque su forma general, representa una V abierta hacia atrás. Es característico de los respiradores bucales por padecer de lesiones nasales (adenoides, etc.) y también es producido por hábitos de la infancia o lesiones de las vías respiratorias en general. Su frecuencia se encuentra en el 10,5 % (47).

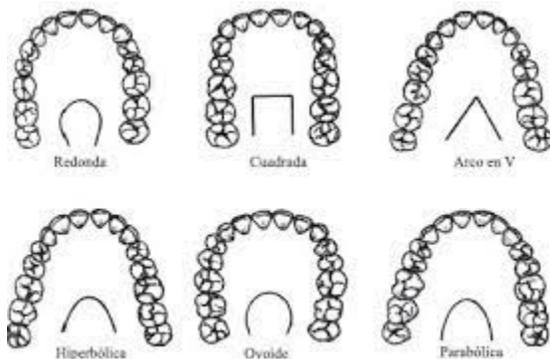


imagen obtenida de: <https://www.pinterest.com.mx/pin/760193612098439105/>

## FORMAS DE REBORDES

Un reborde alveolar parcialmente edéntulo puede conservar en parte la morfología del reborde alveolar. Tradicionalmente, un reborde que ha conservado las dimensiones vestibulolinguales y mesiodistales de la apófisis alveolar tras la pérdida o extracción dentaria se define como reborde alveolar normal. Sin embargo, las eminencias radiculares y las papilas interdentes ya no existen lo que plantea dudas en cuanto si verdaderamente puede considerarse un reborde alveolar "normal".

### **Clasificación de los defectos del reborde**

Seibert, en 1983 , clasifica los defectos del reborde alveolar en 3 clases atendiendo al componente horizontal y vertical del defecto:

- Clase I: Pérdida de la dimensión vestibulolingual, conservando una altura (dimensión apicocoronaria) normal de la cresta.
- Clase II: Pérdida de la dimensión apicocoronaria, conservando una anchura (dimensión vestibulolingual) normal de la cresta.
- Clase III: Pérdida tanto de la dimensión vestibulolingual como apicocoronaria. Pérdida de la altura y anchura normal de la cresta (48).

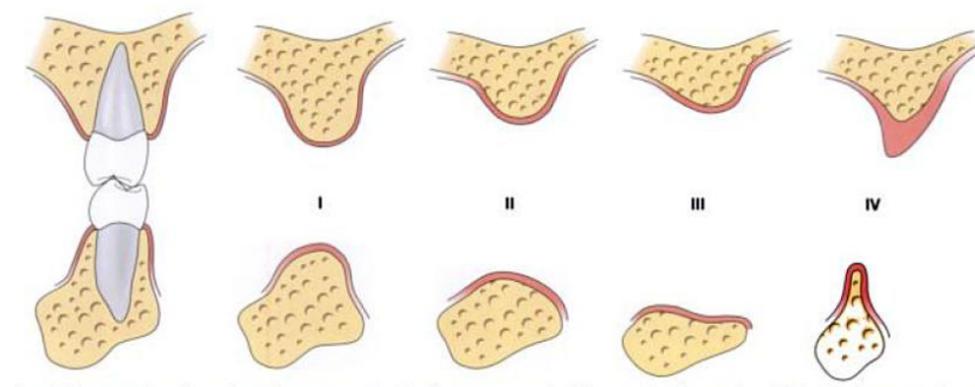


imagen obtenida de: <http://seminarioprotosisi.blogspot.com/2012/08/clasificacion-de-las-areas-edentulas-y.html>

### **RELACION MAXILO-MANDIBULAR**

La relación maxilomandibular en el plano sagital se refiere a la posición anteroposterior del maxilar y la mandíbula en el complejo craneofacial. En los análisis cefalométricos

se obtiene por medio de la determinación de la discrepancia de puntos que representan el maxilar y/o la mandíbula sobre un plano base (49).

## **OPCIONES TERAPÉUTICAS O TRATAMIENTOS FRECUENTES EN EL PACIENTE ADULTO**

### **CIRUGÍAS PREPROTESICA**

Es el área de la cirugía bucal y maxilofacial que engloba todas aquellas técnicas o procedimientos quirúrgicos cuyo fin es preparar a los tejidos duros y blandos, para la colocación adecuada y duradera de prótesis dentales, con el objetivo de: Mejorar la efectividad del Tx protodontico, Obtener estabilidad y retención adecuada, Función masticatoria, Estética, Calidad (50).

### **Exodoncias múltiples**

Es cuando la indicación de la exodoncia se extiende a un grupo de dientes contiguos en el mismo cuadrante, en lugar de efectuar las extracciones de cada diente de forma aislada, es decir, en diferentes sesiones, se aconseja el abordaje conjunto de los mismos en una única intervención quirúrgica. pueden efectuarse: Por separado, todos los dientes a los que se les ha indicado la extracción, por cuadrantes, extracciones de los segmentos posteriores en un primer tiempo y con posterioridad se extraen los dientes anteriores

(51).

### **Extirpación de torus**

Es un procedimiento quirúrgico consistente en la resección de una excrescencia ósea congénita (aumento localizado de volumen) denominada torus, que suele aparecer centralmente en el paladar y por lingual, bilateralmente, en la mandíbula impidiendo el asiento de prótesis removibles y/o causando ulceraciones o irritaciones crónicas en la encía. No tienen importancia patológica, cuando se adapta una prótesis provoca irritación dolorosa crónica. Provocando infección o fracaso de la prótesis, Puede volverse un factor etiológico de una enfermedad bucal maligna. Existen 2 tipos de extirpación del torus de los cuales se encuentra: Remoción torus palatino y el mandibular.

### **Regularización del reborde alveolar**

Procedimiento quirúrgico que consiste en la resección de irregularidades del hueso alveolar que impidan el asiento y soporte de prótesis o que causen ulceraciones o irritaciones crónicas en la encía con el uso de las mismas. Las irregularidades pueden deberse a:

- Pérdida de varios dientes o exodoncias múltiples.
- Alteraciones óseas congénitas (torus, crestas, apófisis).

### **Vestibuloplastia**

Es un procedimiento quirúrgico dirigido a corregir la altura de los vestíbulos (espacio situado entre el labio y la encía) bucales o labiales. El paciente refiere incomodidad para llevar una prótesis removible, generalmente dentaduras completas, ya que se le mueve al hablar o al comer.

técnicas quirúrgicas más utilizadas tenemos:

#### **-Profundización vestibular submucosa:**

Técnica para aumento de la profundidad del surco vestibular mediante la tuberización y suspensión de tejidos blandos de la cresta alveolar. Está indicada cuando los pacientes presentan pequeños rebordes clínicos y mucosa de recubrimiento sana, sin fibrosis submucosa excesiva, hiperplasia o cicatrices. Prueba para determinar si hay suficiente mucosa para la extensión.

#### **-Vestibuloplastia con epitelización secundaria:**

Indicada, en pacientes con cicatrices extensas o épulis fisurado en el surco, o aquellos con un recubrimiento mucoso de buena calidad disponible sin altura suficiente.

#### **-Vestibuloplastia con injerto cutáneo o mucoso:**

Se emplean para evitar los problemas de fibrosis y contracción cicatrizal, que se asocian a procedimientos que ocurren a la epitelización secundaria. No siempre se tiene una cantidad suficiente de mucosa para toda la zona. Los injertos pueden aumentar 9 veces el tamaño original pero la relación es la más utilizada (52).

### **Frenilectomía**

La frenilectomía es un procedimiento quirúrgico odontológico por el cual se elimina una brida o frenillo que une la lengua o el labio inferior a la encía, afectando a la posición dentaria, protésica o a la movilidad lingual o labial. La frenilectomía más común se realiza corrigiendo el frenillo lingual para solucionar un problema de anquiloglosia.

También existen frenillos laterales que pueden estar implicados en una mala retención protésica. La frenilectomía es una técnica que se engloba dentro de la denominada cirugía preprotésica (53).

## TRATAMIENTO REHABILITADOR

### Protesis fija

Restauración indirecta de cubrimiento completo de una o varias unidades realizadas sobre dientes naturales o implantes de óseointegración que provee protección, estabilidad, función y estética . De acuerdo al Diccionario de términos prostodónticos, se define como una prótesis dental que es cementada, atornillada o retenida mecánicamente o de otra forma asegurada a dientes naturales, raíces dentales y a implantes para soportar una prótesis dental. Puede incluir el reemplazo de uno a dieciséis dientes en el arco dental. De acuerdo al material de la prótesis dental fija puede ser metal cerámica, libre de cerámica ó con collar cerámico (54).

consta de las siguientes partes:

- Póntico:** diente artificial que se sustenta en los dientes pilares. El póntico está conectado con los retenedores de la prótesis parcial fija
- Retenedores:** son restauraciones extracoronarias cementadas a los dientes pilares
- Conectores:** unen el póntico con el retenedor, pueden ser rígidos (colados o soldados) o no rígidos (ajustes de precisión o rompiefuerzas)
- **Pilar:** diente que sirve como elemento de unión para una prótesis parcial fija.



imagen obtenida de: <https://bqidentalcenters.es/protesis-dentales/protesis-fija/>

### Protesis removible

La prótesis parcial removible se define como un aparato protésico removible que reemplaza artificialmente dientes en un paciente edéntulo parcial de uno o ambos arcos

dentales. Kaiser, también la define como una estructura metálica fundida que soporta dientes artificiales. Los elementos que constituyen una prótesis parcial removible son: los apoyos, los retenedores, los conectores mayores, los conectores menores, las retenciones para las bases acrílicas y la extensión de las bases (55).

### **Objetivos que deben cumplir la prótesis parcial removible**

- Restablecer masticación. Restablecer estética.
- Restablecer fonética.
- Prevenir la migración, inclinación y obstrucción de dientes remanentes.
- Estabilizar los dientes debilitados.
- Preservar los dientes remanentes.
- Cumplir con los principios biomecánicos de estabilidad, retención, reciprocidad y fijación.
- Restablecer un adecuado plano oclusal.
- Recuperar el balance muscular y articular en el complejo orofacial.
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Recuperar dimensión vertical



imagen obtenida de: <https://clincatafur.com/protesis-parcial-removible/>

### **Prótesis total**

La prótesis total o dentadura completa reemplaza la dentición completa y las estructuras asociadas del maxilar o la mandíbula. También llamada prótesis total removible completa. Con frecuencia más del 50% de las personas mayores de 60 años son edéntulos totales, y para su rehabilitación requieren prótesis funcionales, estéticas y estables que permitan recuperar la fonética, la capacidad masticatoria y por consiguiente mantener su actividad social. Por lo cual se hace indispensable tener claros los objetivos de la rehabilitación con prótesis total, como son: Reemplazar los

tejidos perdidos, en busca de restablecer el equilibrio del sistema estomatognático, Obtener retención y sellado de la base protésica, Recuperar estética dental y facial, fonación, masticación en un 40% Recuperar el plano oclusal y dimensión vertical (56).



imagen obtenida de: <https://soluciondental.pe/protesis/removibles/total/>

### **3 MARCO LEGAL**

-Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud. (57)

-Ley 80 de 1989 Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos. (58)

- Resolución número 1995 de 1999 Establece normas para el manejo de la Historia Clínica, señala las características que debe contener, apertura e identificación de esta, numeración consecutiva, componentes, identificación del usuario, registros específicos y anexos. Dicta disposiciones sobre la organización y manejo del archivo de historias clínicas, tales como la obligatoriedad del archivo, custodia, acceso, retención y tiempo de conservación, seguridad del archivo y condiciones físicas de conservación. (58)

- Ley 100 DE 1993 el cual describe el Sistema de Seguridad Social Integral el cual tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. (59)

- Ley 35 de 1989 Código de Ética del Odontólogo Colombiano, que rige la profesión y que declara, que el ejercicio de la odontología utilización de medios y conocimientos para el examen diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de estos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema Estomatognático (60).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.2 Objetivo General**

Identificar las características bucales del área de rehabilitación en los pacientes adultos que fueron atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú en el periodo del 2010- I al 2021- II.

### **4.3 Objetivos Específicos**

- o Identificar por medio de historia clínica las variables demográficas de edad promedio y sexo de los pacientes que han sido atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú.
- o Establecer mediante las historias clínicas el tipo de enfermedad sistémica y hábitos presentes en los pacientes intervenidos.
- o Identificar los diagnósticos para tejidos duros y blandos correspondientes a los pacientes intervenidos en el periodo de estudio.
- o Determinar los tratamientos instaurados a los adultos valorados en la clínica odontológico durante el periodo de estudio.

- o Asociar los variables demográficas con el tipo de enfermedad sistémica, los hábitos, los diagnósticos para tejidos duros y blandos y los tratamientos instaurados en los sujetos de estudio.

## 5 METODOLOGÍA

### TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo con enfoque retrospectivo

### POBLACIÓN

pacientes adultos que fueron atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú en el periodo en el periodo del 2010- I al 2021- II.

### MUESTRA

De las historias clínicas disponibles, se seleccionarán a conveniencia las que cumplan con los criterios de selección.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### Inclusión

1. Historias clínicas que sean del periodo 2010- I al 2021- II.
2. Pacientes que tengan 18 o más años de edad

#### Exclusión

1. Historia clínica del paciente no se encuentra en buen estado.
2. Historias clínicas que no contengan el consentimiento informado

### VARIABLES DE ESTUDIO

#### Operacionalización de variables

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Indicadores
Edad	Determinar segun la edad cuantos pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cuantitativa	Intervalo	Años cumplidos

Sexo	Determinar según el sexo cuántos pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Enfermedad sistémica	Identificar qué tipo de enfermedad sistémica presentan los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Hipertensión arterial Diabetes Enfermedad respiratoria alergias cáncer
Año de valoración	Determinar el año de valoración de los pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica.	Cualitativa	Ordinal	2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
Hábitos	Determinar los hábitos de los pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Alcohol Café Fumar
Clasificación molar derecha e izquierda	Determinar la clasificación molar derecha e izquierda de los pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Clase I Clase II Clase III
Clasificación de Kennedy superior e inferior	Determinar la clasificación de Kennedy superior e inferior de los pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Clase Kennedy I Clase Kennedy II Clase Kennedy III Clase Kennedy IV Clase Kennedy V Clase Kennedy VI
Lesión cariosa	Identificar lesiones de caries en los pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Si No

Lesión no cariosa	Identificar lesiones no cariosas de los pacientes adultos fueron atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominales	Abfracción Abrasión Atrición Erosión
Protesis dental	Identificar que pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II presentan protesis	Cualitativa	Nominal	Si No
Tiempo de protesis	Identificar el tiempo de uso de protesis en los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	no presenta 5 años 10 años 10 años
patologías orales	Identificar las patologías orales presentes en los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	No presenta Candidiasis Estomatitis protésica queilitis angular Torus exostosis xerostomía enfermedad periodontal lengua saburral movilidad dental
medición de tercios superior, medio, inferior	Determinar la medición de los tercios en los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cuantitativa	Discreta	Milímetros
formas de rebordes superior e inferior	Evaluar forma de los rebordes superior e inferior en los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	normal alto reabsorción excesiva
perfil de cara	Evaluar perfil de la cara en los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Recto Convexo Cóncavo
Forma de arcada superior e inferior	Detallar forma de la arcada superior e inferior en los pacientes adultos atendidos en la	Cualitativa	Nominal	Cuadrada triangular ovalada

	clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II			
Relación máxilo-mandibular	Determinar la relación máxilo-mandibular en los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Normal Protusiva retrusiva
cirugía Preprotésicas	Evaluar si los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II requieren cirugía Preprotésicas	Cualitativa	Nominal	Exeresis de Torus Regularización de reborde profundización de vestíbulo exodoncias múltiples Frenilectomia
tratamiento rehabilitador	Determinar el tipo de tratamiento rehabilitador realizado en cada paciente adultos atendido en la clínica odontológica en el periodo de 2010-I a 2022-II	Cualitativa	Nominal	Corona individual Protesis removible Protesis total

## INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron para el registro de datos fueron: ficha de registro la cual cuenta con 22 ítems cada uno especificando las variables de estudio con su respectiva Respuesta de la cual se debe marcar con una X. dentro de las variables encontramos edad, sexo, enfermedades sistémicas (Hipertensión arterial, Diabetes Enfermedad respiratoria, alergias, cáncer ), año de valoración (2015,2016, 2017, 2018, 2019 , 2020 , 2021) hábitos (Alcohol , Café, Fumar), clasificación molar derecha e izquierda ( Clase I, Clase II, Clase III ) , clasificación de Kennedy superior e inferior (Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV, describiendo su respectiva Modificación) , lesiones cariosas, no cariosa (Abfracción , Abrasión, Atrición, Erosión ) uso de prótesis dental y tiempo (5 años , 10 años , más de 10 años ), patologías orales (No

presenta, Candidiasis Estomatitis protésica, queilitis angular, Torus , exostosis, xerostomía, enfermedad periodontal, lengua saburral, movilidad dental, u otras ) tercios antropomorfos ( superior medio , inferior, esos se describen en milímetros ) , formas de rebordes superiores e inferiores (normal, alto, reabsorción excesiva) , perfil de cara (recto, cóncavo, convexo ) forma de arcada edéntula superior e inferior (Cuadrada, triangular, ovalada) , relación maxilofacial (Normal, Protusiva, retrusiva) , cirugías preprotésicas (Exeresis de Torus , Regularización de reborde, profundización de vestíbulo, exodoncias múltiples, Frenilectomia ) , y tratamiento rehabilitador ( protesis fija, protesis removible, protesis total)

## **RECOLECTORES DE INFORMACIÓN**

Se dispuso de 4 estudiantes del área de odontología, de los cuales 2 realizaron la revisión de las historias clínicas y el respectivo registro en la ficha para recolección y almacenamiento de datos. Los otros 2 se someterán a un ejercicio de pilotaje para identificar el curso del proceso y realizar las adecuaciones y adaptaciones requeridas ante el protocolo de revisión de historias, utilizando historias clínicas procedentes del periodo del 2010- I al 2021- II. Definir el rol de los otros dos miembros del equipo.

## **PROCESO DE RECOLECCIÓN**

Se procedió a iniciar proceso de recolección en diversas jornadas del 1 de abril del 2022 al primero de mayo del mismo año en periodos de 5 horas de lunes a viernes las

cuales se comprendías 3 horas en las horas de la mañana de 8 a 11 am y 2 horas en la tarde de 2 a 4 este fue el horario estipulado por disponibilidad de la zona de archivos.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación plantea diversos problemas éticos tales como la Realización del consentimiento informado el cual es un documento legal respaldara la confidencialidad de las respuestas y hallazgos presentados en los pacientes atendidos en el programa con el fin de garantizar que el paciente ha decidido participar voluntariamente en la investigación. Los resultados previamente obtenidos solo se podrán utilizar con fines académicos por lo tanto es responsabilidad de los investigadores mantener la información para evitar futuras manipulación de datos.

## **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información posteriormente fue tabulada en hojas de cálculo de Excel 2010 conformando una matriz de datos y luego se trasladó al software estadístico stata® versión para Windows 11.0. En el que se procederá con un análisis descriptivo, utilizando frecuencias, porcentajes y proporciones, permitiendo la caracterización de las variables valoradas en la muestra de estudio y obteniendo la respuesta al objetivo general.

## **6. RESULTADOS**

Respecto a la distribución por año, el mayor número de historias fue reportado para el año 2015 aportando un 15,1%, seguido del año 2016 (**ver tabla 1**)

**Tabla 1. Distribución de historias de los pacientes adultos valorados en el área de rehabilitación de la clínica odontológica de la Universidad del Sinú en el periodo de 2010IP-2022IP.**

	Frecuencia	Porcentaje
2010	85	5,8
2011	98	6,7
2012	140	9,6
2013	168	11,5
2014	136	9,3
2015	221	15,1
2016	209	14,3
2017	132	9,0
2018	196	13,4
2019	56	3,8
2021	21	1,4
2022	1	,1
Total	1463	100,0

Luego de valorar las 1.463 historias clínicas se puede observar que existe una mayor participación del sexo femenino en la consulta odontológica, aportando en esta un 54,0% (ver tabla 2)

**Tabla 2: distribución por sexo**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No reporta	1	,1
	Femenino	790	54,0
	Masculino	672	45,9

	Total	1463	100,0
--	-------	------	-------

Con referencia a la edad promedio de los sujetos valorados en la clínica odontológica durante el periodo incluido en el estudio fue 39,3 años (DE=13,2). (ver tabla 3)

Tabla 3. Descriptivo resumen edad de pacientes valorados en el periodo de estudio					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	1462	13	87	39,30	13,235
N válido (por lista)	1462				

Respecto a las enfermedades sistémicas un 78 % de los pacientes atendidos no refieren enfermedad sistémica. Así mismo la que más prevalece es la hipertensión arterial con 7,5%, seguido la enfermedad respiratoria con 4,1% (ver tabla 4)

Tabla 4. ENFERMEDADES SISTEMICAS			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	sin enfermedad sistémica	1141	78,0
	Hipertensión arterial	110	7,5
	Diabetes	56	3,8
	enfermedad respiratoria	60	4,1
	alergias	59	4,0
	hipertensión arterial, alergias	2	,1
	diabetes e hipertensión	19	1,3

	hipertensión arterial, enfermedad respiratoria	12	,8
	cáncer	4	,3
	Total	1463	100,0

Con referencia a los hábitos el 60,1% de los pacientes no presentan hábitos, así mismo el hábito reportado con frecuencia es el alcohol con un 20,4%, seguido de fumar con un 11,0% (**ver tabla 5**)

<b>Tabla 5 HABITOS</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presentan hábitos	879	60,1
	Alcohol	299	20,4
	Fumar	161	11,0
	café	118	8,1
	Alcohol, fumar, café	5	,3
	Alcohol, café	1	,1
	Total	1463	100,0

Con referencia a la clase molar derecha el 72,7% no aplicaban para la clasificación molar y el 13,7% presenta clase I. (**ver tabla 6**)

<b>tabla 6. CLASE MOLAR DERECHA</b>		
	Frecuencia	Porcentaje

Váli do	No aplica	1063	72,7
	Clase I	201	13,7
	Clase II	142	9,7
	Clase III	57	3,9
	Total	1463	100,0

Respecto a la clase molar izquierda el 69,1% no aplicaban para la clasificación molar y el 15,6% presenta clase I. (**ver tabla 7**)

<b>tabla 7 CLASE MOLAR IZQUIERDA</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Váli do	No aplica	1011	69,1
	Clase I	228	15,6
	Clase II	158	10,8
	Clase III	66	4,5
	Total	1463	100,0

El 93,6% de los pacientes no presentan clasificación de Kennedy superior y solo el 1,3% presentan una Clase I con 1 modificación. (**ver tabla 8**)

<b>tabla 8 CLASIFICACION DE KENNEDY SUP</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Váli do	No presenta clasificación de Kennedy	1370	93,6
	Clase I sin modificación	17	1,2
	Clase I con 1 modificación	19	1,3
	Clase I con 2 modificaciones	8	,5
	Clase I con 3 modificaciones	6	,4
	Clase II sin modificaciones	7	,5
	Clase II con 1 modificación	6	,4

	Clase II con 2 modificaciones	7	,5
	Clase II con 3 modificaciones	2	,1
	Clase III sin modificaciones	11	,8
	Clase III con 1 modificación	2	,1
	Clase III con 2 modificaciones	4	,3
	Clase III con 3 modificaciones	1	,1
	Clase III con 4 modificaciones	1	,1
	Clase IV	2	,1
	Total	1463	100,0

El 92,1% de los pacientes no presentan clasificación de Kennedy inferior y solo el 1,8% presentan una Clase I sin modificación. **(ver tabla 9)**

<b>tabla 9 CLASIFICACION DE KENNEDY INF</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta clasificación de Kennedy	1347	92,1
	Clase I sin modificación	27	1,8
	Clase I con 1 modificación	16	1,1
	Clase I con 2 modificaciones	5	,3
	Clase II sin modificaciones	12	,8
	Clase II con 1 modificación	17	1,2
	Clase II con 2 modificaciones	7	,5
	Clase II con 3 modificaciones	1	,1
	Clase III sin modificaciones	19	1,3
	clase III con 1 modificación	5	,3
	Clase III con 2 modificaciones	4	,3
	Clase IV	2	,1
	Total	1462	99,9

Perdidos	Sistema	1	,1
Total		1463	100,0

Con respecto a las lesiones no cariosa, se reporta que el 69,3% de los pacientes no presentan lesión no cariosa y que el 13,0% presentan abfracciones (**ver tabla 10**)

<b>tabla 10. LESION NO CARIOSAS</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	1014	69,3
	Abfracción	190	13,0
	Abrasión	135	9,2
	Atrición	123	8,4
	Erosión	1	,1
	Total	1463	100,0

Con respecto las lesiones cariosas, se reporta que el 51,9% de los pacientes si presentan lesión cariosa y que el 47,8% no reportan (**ver tabla 11**)

<b>tabla 11. LESION CARIOSAS</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presentan	700	47,8
	Si presentan	760	51,9
	11	1	,1
	Total	1463	100,0

Con referente a las protesis dentales, se reporta que el 98,2% de los pacientes no presentan (**ver tabla 12**)

<b>Tabla 12. PROTESIS DENTAL</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presentan	1436	98,2
	Si presentan	24	1,6
	Total	1460	99,8
Perdidos	Sistema	3	,2
	Total	1463	100,0

El tiempo de uso de las protesis dentales se obtuvo que el 98,3% de los pacientes no refieren el tiempo de la protesis (**ver tabla 13**)

<b>Tabla 13. TIEMPO DE PROTESIS</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	1438	98,3
	1-5 años	8	,5
	5-10 años	11	,8
	>10 años	1	,1
	Total	1462	99,9
Perdidos	Sistema	1	,1
Total		1463	100,0

Las patologías orales más frecuente encontrada en este grupo de paciente corresponde a la enfermedad periodontal con un 23,7% (**ver tabla 14**)

Tabla 14. PATOLOGIAS ORALES			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	578	39,5
	Candidiasis	4	,3
	Estomatitis protésica	13	,9
	Queilitis angular	11	,8
	torus	41	2,8
	Exostosis	4	,3
	Enfermedad periodontal	347	23,7
	Lengua saburral	91	6,2
	Movilidad dental	9	,6
	Enfermedad periodontal, lengua saburral	61	4,2
	Enfermedad periodontal, torus	3	,2
	Enfermedad periodontal, torus exostosis	19	1,3
	Torus enfermedad periodontal, exostosis	111	7,6
	torus, lengua saburral	16	1,1
	torus, enfermedad periodontal, movilidad	138	9,4
	Xerostomía, enfermedad periodontal	1	,1
	Estomatitis protésica, exostosis, xerostomía, enfermedad periodontal, movilidad	5	,3
	torus, exostosis, enfermedad periodontal	5	,3
	Enfermedad periodontal, lengua saburral, exostosis	2	,1
	Torus, movilidad dental	3	,2
Movilidad, exostosis	1	,1	
Total	1463	100,0	

La medición del tercio superior que más predominó fue la de 70mm con un 1,0% (**ver tabla 15**)

**Tabla 15. MEDICION DE TERCIOS  
ANTROPOMORFOS SUPERIOR**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	1366	93,4
	15mm	1	,1
	27mm	1	,1
	28mm	1	,1
	35mm	1	,1
	40mm	1	,1
	41mm	1	,1
	47mm	3	,2
	48mm	2	,1
	49mm	2	,1
	50mm	8	,5
	55mm	2	,1
	56mm	4	,3
	58mm	2	,1
	59mm	1	,1
	60mm	13	,9
	61mm	2	,1
	62mm	2	,1
	63mm	2	,1
	64mm	5	,3
	65mm	3	,2
	67mm	2	,1
	68mm	3	,2
69mm	3	,2	
70mm	15	1,0	
71mm	1	,1	

	72mm	1	,1
	74mm	2	,1
	75mm	1	,1
	78mm	1	,1
	80mm	3	,2
	82mm	1	,1
	85mm	2	,1
	87mm	2	,1
	93mm	1	,1
	95mm	1	,1
	Total	1462	99,9
s	Perdido Sistema	1	,1
Total		1463	100,0

<b>MEDIO</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
do	Váli	No presenta	1367 93,4
		26mm	1 ,1
		30mm	1 ,1

	35mm	1	,1
	46mm	1	,1
	47mm	1	,1
	48mm	2	,1
	49mm	2	,1
	50mm	6	,4
	52mm	6	,4
	54mm	2	,1
	56mm	1	,1
	57mm	2	,1
	58mm	3	,2
	59mm	1	,1
	60mm	9	,6
	61mm	1	,1
	62mm	2	,1
	63mm	1	,1
	64mm	2	,1
	65mm	6	,4
	66mm	2	,1
	67mm	4	,3
	68mm	3	,2
	70mm	16	1,1
	71mm	2	,1
	72mm	2	,1
	73mm	2	,1
	75mm	2	,1
	77mm	2	,1
	80mm	5	,3
	82mm	1	,1
	87mm	1	,1

	89mm	1	,1
	93mm	1	,1
	94mm	1	,1
	Total	1463	100,0

La medición del tercio inferior que más predominó fue la de 70mm con un 0,9% (**Tabla 16**)

La medición del tercio inferior que más predominó fue la de 70mm con un 0,9% (Tabla 17)

Tabla 17 INFERIOR			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	1368	93,5
	28mm	1	,1
	30mm	2	,1
	35mm	1	,1
	44mm	1	,1
	45mm	2	,1
	46mm	1	,1
	47mm	2	,1
	48mm	1	,1
	49mm	3	,2
	50mm	4	,3
	51mm	2	,1
	52mm	1	,1
	53mm	2	,1
	55mm	6	,4
	56mm	4	,3
	57mm	3	,2
	58mm	2	,1
	59mm	3	,2
	60mm	11	,8
	62mm	2	,1
	64mm	5	,3
	65mm	5	,3
66mm	1	,1	
67mm	2	,1	

	68mm	1	,1
	69mm	6	,4
	70mm	13	,9
	73mm	3	,2
	75mm	1	,1
	78mm	1	,1
	80mm	1	,1
	82mm	1	,1
	87	1	,1
	Total	1463	100,0

<b>Tabla 18 FORMA DE REBORDE SUPERIOR</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	1365	93,3
	Normal	61	4,2
	Alto	31	2,1
	Reabsorción ósea	5	,3
	Total	1463	100,0

La forma de reborde superior que más predominó fue la normal con un 4.2%  
**(Tabla 18)**

La forma de reborde inferior que más predominó fue reborde normal con un 4.0%  
**(Tabla 19)**

<b>Tabla 19. FORMA DE REBORDE INFERIOR</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	1359	92,9
	Normal	59	4,0
	Alto	29	2,0
	Reabsorción ósea	16	1,1
	Total	1463	100,0

El perfil de la cara que mas predomino fue el convexo con un 2,7%, seguido el cóncavo con un 2,4%. (**Tabla 20**)

<b>Tabla 20. PERFIL DE LA CARA</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	1356	92,7
	Recto	32	2,2
	Cóncavo	35	2,4
	convexo	40	2,7
	Total	1463	100,0

La forma de la arcada edéntula superior que más predomino en este grupo de paciente es la ovalada con un 3.1%, seguido la triangular con 1. 6% (**Tabla 21**)

<b>Tabla 21. FORMA DE LA ARCADA EDENTULA SUPERIOR</b>		
	Frecuencia	Porcentaje

Váli do	No presenta	1373	93,8
	Cuadrada	20	1,4
	Triangular	23	1,6
	Ovalada	46	3,1
	Total	1463	100,0

La forma de la arcada edéntula inferior que más predomino en este grupo de paciente es la ovalada con un 3. 5%, seguido la triangular con 1. 4% (**Tabla 22**)

<b>Tabla 22. FORMA DE LA ARCADA EDENTULA INFERIOR</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Váli do	No presenta	1380	94,3
	Cuadrada	11	,8
	triangular	21	1,4
	ovalada	51	3,5
	Total	1463	100,0

La relación maxilo-facial predominantes es la normal con un 3,2%, seguida la Protusiva con un 1,3% (**ver Tabla 23**)

<b>Tabla 23. RELACION MAXILO-FACIAL</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Váli do	No presenta	1394	95,3
	Normal	47	3,2
	Protusiva	19	1,3
	Retrusiva	3	,2
	Total	1463	100,0

La cirugía preprotésicas que más requieren los pacientes son las exodoncias múltiples con un 3,2%, seguido la Exeresis de torus con un 3,1% (**ver Tabla 24**)

<b>Tabla 24. CIRUGIA PREPROTESICA</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No requiere	1302	89,0
	Exeresis de torus	45	3,1
	Regularización de reborde	48	3,3
	Profundización de vestíbulo	5	,3
	Exodoncias múltiples	47	3,2
	Frenilectomia	11	,8
	Exodoncia múltiple, regularización de reborde	1	,1
	Exeresis de torus, regularización de reborde	3	,2
	Total	1463	100,0

El manejo rehabilitador que más requieren estos pacientes es la prótesis fija correspondiente a un 22,3%, seguido a la prótesis removible con un 13,5% (**ver Tabla 25**)

<b>Tabla 25. MANEJO REHABILIDADOR</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No requiere	804	55,0
	Prótesis fija	326	22,3
	Prótesis removible	197	13,5

	Protesis total	69	4,7
	Protesis fija, removible	62	4,2
	Protesis total, removible	5	,3
	Total	1463	100,0

Al relacionar las variables demográficas con las variables clínicas reportadas en la historia solo se reportó asociación estadísticamente significativa para hábitos con p valor menor a 0,05 y para año de valoración, aunque esta última es una asociación espuria es decir sin lógica. Más bien la afluencia de pacientes si ha sido más marcada en el sexo femenino para los diferentes años de valoración.

Tabla cruzada sexo y hábitos

		HABITOS							Chi	P
		0	1	2	3	4	5	Total		
SE		0	0	1	0	0	0	1	27,17	0,002
XO	F	511	139	76	63	1	0	790		
	M	368	160	84	55	4	1	672		
Total		879	299	161	118	5	1	1463		

Tabla cruzada sexo y año de valoración

		AÑO VALORACIÓN												Tot	Chi	p	
		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	al		
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	21	22				
S		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	37,	0,0	
EXO	F	44	50	77	75	68	14	11	65	11	23	16	1	790	25	2	
	M	41	48	63	93	68	81	94	66	80	33	5	0	672			

<b>Total</b>	85	98	14	16	13	22	20	13	19	56	21	1	146
			0	8	6	1	9	2	6				3

---

## 7.DISCUSIÓN

En el presente estudio se pudo evidenciar que muchas de las historias clínicas presentaban inconsistencias tales como:

- Falta de documento de identificación
- Falta de consentimiento informado
- Falta de firmas de docentes
- Falta de firmas de los pacientes y testigos.
- Falta de especialidades como rehabilitación

De acuerdo a la ley 23 de 1981, es un documento médico legal que es sometido a reserva y donde se registran las condiciones de salud del paciente. (61)

Existen diversos estudios que relacionan las características bucales de los pacientes adultos entiendo los diferentes cambios a nivel funcional, morfológico, por eso en cuanto a nuestro estudio pudimos evidenciar que existe una alta prevalencia de patologías orales, en este caso enfermedad periodontal en un 23,7%, contrastando con un estudio realizado por Reyes en el año 2013 en la Universidad del Salvador sobre la prevalencia de las enfermedades periodontales en pacientes adultos donde se pudo apreciar que presenta también una alta incidencia de enfermedad periodontal en un 98.0%. Por ende, se concluye que un gran porcentaje de los pacientes necesitan tratamiento para este tipo de patologías (62).

En esta investigación los datos obtenidos con respecto al sexo muestran claramente que el sexo femenino fue el mas frecuente en nuestra investigación con un 54,0%, esto se podría analizar en que las mujeres se preocupan mas por el estado de su salud oral, estos datos son comparados con la investigación realizada por Rojo Botello en el año

2011, en México, se puede decir que en el estudio mostro que también existe una mayor prevalencia del sexo femenino (63).

Se pudo evidenciar que la mayoría de los participantes de la investigación se le realizaron diferentes tipo de tratamiento, de acuerdo a su condición, en el cual el tratamiento mas prevalente fue de un 22,3% como manejo rehabilitador que corresponde a prótesis fija; mientras que en el estudio realizado por Reyes se puede evidenciar que a los pacientes se le realizaron tratamientos preventivos, por ende no tiene mucha relación con los porcentajes de nuestro estudio (64).

En el presente estudio se presenta una alta prevalencia de lesión cariosa que corresponde a un 51,9% entendiendo los factores que con llevan a que esta se presente, en el estudio realizado por Leon Rodriguez en el año 2018 en el país de peru, se evidencia que la prevalencia de caries dental fue de un 93,9%, se concluye que tienen mucha relación debido al tamaño de la muestra presentan una alta incidencia de caries dental (65).

Analizando el presente estudio se pudo evidenciar que la lesión no cariosa mas frecuente corresponde a la abfraccion con un 13,0%, en el estudio realizado por Ceron Bastidas en el año 2016 en colombia, la lesión no cariosa mas prevalente fue la abrasión con un 49,2% entendiendo que esta puede variar por diversos factores .

Se puede evidenciar que en el presente estudio la variable correspondiente a enfermedad sistémica mas prevalente es la hipertensión arterial con un 7,5; en comparación con el estudio realizado por Salazar Gomez en el año 2017 en Ecuador, la hipertensión arterial presenta una prevalencia de un 20,5%, por ender se evidencia que en ambos estudios se muestra un alto porcentaje correspondiente a esta enfermedad sistémica (66).

## **8. CONCLUSIÓN**

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir que la necesidad de rehabilitaciones de las piezas dentales aumenta en relación con la edad, siendo prevalente en todos los periodos de la vida adulta, principalmente en el género femenino, pudiendo estar relacionado este hecho a condiciones culturales y socio-económicas de este grupo poblacional.

Las lesiones orales que afectan la salud bucal de los pacientes cobran importancia por el impacto que tienen en su calidad de vida, así como también por su complejidad, en donde se requiere de una atención odontológica de especialidad, con un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya otros factores capaces de comprometer el bienestar.

#### **REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

1. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev. Estomatológica Hered [Internet]. 2012; 22(4):197–202.
2. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adulto mayores. Rev. Clin. Med. fam. Cartagena, Colombia, 2012; 5(1): 9-16.
3. Sánchez, M., Román, M., Dávila, R., & González, A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida 15 de abril de 2011 de
4. Calzada M. Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el Adulto Mayor. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000. 15 - 19 p.
5. López-Jornet P. Alteraciones de las glándulas salivales. Murcia: Universidad de Murcia 2002 p.17-25.

6. García, B., Benet, M., & Castillo, E. (15 de enero de 2010). Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n1/v8n1a1052>
7. Marcia Hortensia, Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales, artículo original MEDISAN 2017;21(7):834
8. Álvarez. O, Ulloa. B, Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor MEDISAN v.14 n.4 Santiago de Cuba 1/Mayo-9/jun. 2010
9. Rebolledo Cobos M, De la Cruz Villa A, Hernández Miranda K, Núñez B. Lesiones bucales en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de una institución geriátrica de Barranquilla. Cienc y Salud. 2018; 10(1):4–
10. Pilatasig, D. (2013). Patología Oral en pacientes geriátricos del hogar del adulto mayor San Ignacio de Loyola del Cantón Rumiñahui, Parroquia Sangolqui-Cashapamba, septiembre-noviembre 2012. Quito, Ecuador
11. Brito, N., Bioanalista, La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas, Acta Odontológica Venezolana, Volumen 52, No. 2, Año 2014
12. González A. M.: La historia clínica documento indispensable para la salud. RevElect PortalesMedicos.com otras especialidades. (2007) agosto 13; 602
13. Giménez D.: La historia clínica: aspectos éticos y legales. Rev Calidad Asistencial. (2001), 1 (16): 66-69
14. Barreto J.: La historia clínica: documento científico del médico. Rev Ateneo.(2000); 1 (1): 50-55.
15. Martínez Hernández, Juan, Historia clínica. Cuadernos de Bioética 2006;XVII(1):57-68.
16. fuente, J., Sumano, Ó., Sifuentes, M., & Zelocuatecatl, A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. 30 de septiembre de 2010.
17. Carrasco .M, Martínez. identificación y caracterización del adulto mayor saludable. Rev. med chile 2010; 138: 1077-1083 artículo de investigación
18. Rodrigo Tagle, DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Vol. 29. Núm. 1. Tema central: Fronteras de la cardiología 2017

19. antón Chirivella, Enrique, & Domingo Tarín, Amparo. (2008). Diabetes insulino dependiente y depresión: análisis de la investigación reciente. *Liberabit*, 14(14), 41-48.
20. Sepúlveda M. Ricardo. Las enfermedades respiratorias del adulto mayor en Chile: un desafío a corto plazo. *Rev. chil. enfermo respirar [Internet]*. 2017 Dic ; 33(4): 303-307
21. González LM. Alergias y el sistema inmune: una revisión desde el aula. *Rev Fac Cien Salud UDES*. 2014;1(1):43-51.
22. Carolina Wiesner, La investigación en cáncer, Vol. 21. Núm. 1. 2017
23. Castrejón R. Salud Bucal En Los Adultos Mayores Y Su Impacto En La Calidad De Vida. *Inst. geriatría [Internet]*. 2014; 259–70
24. Figuero Ruiz Elena, Carretero Peláez M<sup>a</sup> Ángeles, Cerero Lapiedra Rocío, Esparza Gómez Germán, Moreno López Luis Alberto. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. *Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.)* 2004
25. Cristóbal Araya, Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral, *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2018; 29(4) 411-418
26. Mesa-Rodríguez N, Medrano-Montero J, Martínez-Pérez M, Grave-de-Peralta M, Cabrera-Hechavarria Y. Efecto anticariogénico del café. *Correo Científico Médico [Internet]*. 2017 21 (3)
27. Francisco Javier Ugalde, lasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal *Revista ADM* 2007;LXIV(3):97-109
28. Enrique Fernández, Rehabilitación de maxilares clases I y II de Kennedy mediante prótesis removibles, *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* Vol. 10(2); 96-100, 2017
29. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil* 2010; 37:143-156
30. Dan Romero, Lesiones no cariosas, *O ral*. Año 12 No . 38. Septiembre, 2011 revisión d e literatura
31. Ferrer, T. Prevención y tratamiento de la erosión, abrasión y atrición dental. *Acófar* 433 JULIO -AG O STO 2014.

32. -G rippo, J., Simring, M., Schreiner, S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited A new perspective on tooth surface lesions. J Am Dent Assoc 2014;135;1109-1118
33. Cesar E. Ramírez, lesiones dentales no cariosas: etiología y diagnóstico clínico. revisión de literatura, Rev.Cient.Univ.Cienc.Salud.2020;7(1): 42-55
34. Cueto Rostom, Verónica, Diagnóstico y tratamiento de lesiones cariosas incipientes en caras oclusales ODONTOESTOMATOLOGÍA, vol. XI, núm. 13, noviembre, 2009, pp. 4-15
35. Otero Rey E., Peñamaría Mallón M., Rodríguez Piñón M., Martín Biedma B., Blanco Carrión A.. Candidiasis oral en el paciente mayor. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015 Jun [citado 2022 Abr 21] ; 31( 3 ): 135-148.
36. Hoyo Rodríguez L. Estomatitis subprótesis y sus diferentes etiologías, Revista Universidad Médica Pinareña 12(1): 81-87 2008.
37. Jaramillo Correa, M. R. . (2019). Prevalencia de estomatitis subprotésica, queilitis angular e hiperplasia fibrosa asociadas al uso de prótesis dental en una clínica universitaria de Medellín, 2017. Revista Nacional De Odontología, 15(29), 1–14.
38. Rodríguez Lolymar; Santos Marina; Medina Adriana, Torus y Exostosis óseas. Revisión de la literatura, Acta Odontológica Venezolana, Volumen 37, No. 2, Año 2019
39. Chávez. B, Manrique. Odontogeriatría y gerontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Rev. Estomatol Herediana. 2014 jul-Set; 24(3).
40. Correa E, Kurt D, Espinoza D, Ariza T, Alarcón M. Enfermedad periodontal y disfunción eréctil. Rev. Clínica Periodoncia, Implanto y Rehab Oral [Internet]. 2015;8(1):93–7
41. Díaz L, Jiménez M. Enfermedades bucales y factores de riesgo en la población geriátrica perteneciente a un consultorio médico MEDISAN 2018; 22(5):483 artículo original
42. Carvajal P. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. 2016; 9(2):2–8.

43. Carlos F. Navarro, Proporciones del equilibrio facial. El acondicionamiento seguro y sencillo de supraestructuras Vol. 22. Núm. 2. páginas 80-95 2018.
44. Rodríguez M, Rodríguez M, Barbería E, Durán J, Muñoz M, Vera V, et al. Evolución histórica de los conceptos de belleza facial El concepto de estética. *Ortod Clínica*. 2000;3(3):156–63
45. Gutierrez L. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal *Rev Estomatol Herediana*. 2015 Jul-Set;25(3):179-86
46. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009
47. Cano D. Determinación de piezas dentarias pérdidas y brechas edéntulas a restaurar en una población adulta de trabajadores de una empresa petrolera de la provincia de Talara en el año 2009. Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010
48. García Gargallo M, Yassin García S, Bascones Martínez A. Técnicas de preservación de alveolo y de aumento del reborde alveolar: Revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol*. 2016; 28, 2: 71-81
49. Cleofás Rodríguez, Tratamiento en paciente adulto mayor con edentulismo total 2017
50. Bryan Barrante, Exodoncias múltiples en paciente hipertenso y colocación de prótesis acrílica inmediata. Reporte de un caso clínico, *Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT – Costa Rica*, Vol. 7, No.2, 2014
51. Díaz Calle, Roberto torus mandibular bilateral, eliminación quirúrgica para prótesis parcial removible *Revista Científica Odontológica*, vol. 6, núm. 1, marzo, 2010, pp. 38-41
52. Sapp, P., Eversole, L.R. y Wysocki G. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Editorial Harcourt. Segunda Edición. 2003. Pág. 106
53. Izolani Neto, Orlando; Molero, Vanessa Cristine; Goulart, Rhuana Marques. frenectomia: revisão de literatura. *Uningá Review Journal*, [S.I.], v. 18, n. 3, june 2014. ISSN 2178-2571. Available at

54. Vilarrubí Alejandra, Prótesis fija convencional libre de metal: tecnología CAD CAM-Zirconia, descripción de un caso clínico , Odontoestomatología / Vol. XIII. N° 18 / Noviembre 2011
55. Ayuso-Montero R., Martori López E., Brufau de Barberá M., Ribera Uribe M.. Prótesis removible en el paciente geriátrico. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015 Jun [citado 2022 Abr 21]; 31( 3 ): 191-201.
56. Diaz Torreblanca, Fiorella; Quintana Del Solar, Martin Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento. Revista Estomatológica Herediana, vol. 23, núm. 1, enero-marzo, 2013
57. Artículo 35 de la Ley 23 de 1981 Ministerio de Salud
58. Ley 80 de 1989
59. Resolución número 1995 de 1999
60. Ley 100 DE 1993
61. Ley 23 de 1981
62. reyes z, “prevalencia de alteraciones periodontales y necesidad de tratamiento asociado a factores sociodemográficos en pacientes que asisten al servicio público de salud de san miguel tepezonte, trabajo de graduacion .2013
63. Rojo Botello Norma Rebeca, Flores Espinosa Arturo, Arcos Castro Mónica. Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. Rev. Odont. Mex 2011.
64. reyes z, “prevalencia de alteraciones periodontales y necesidad de tratamiento asociado a factores sociodemográficos en pacientes que asisten al servicio público de salud de san miguel tepezonte, trabajo de graduacion .2013.
65. Suárez Zúñiga E, Velosa Porras J. Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia. Univ Odontol. 2013 Ene-Jun; 32(68): 117-124.
66. Rodríguez-Chala H, Hernández-Pampim Y, González-Fernández C. Lesiones cervicales no cariosas en pacientes del área de salud "Eléctrico", municipio Arroyo Naranjo, 2015. Rev Cubana Estomatol

