



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
POLICLÍNICO DOCENTE “ DAVID MORENO DOMÍNGUEZ”
SANTA RITA, MUNICIPIO JIGUANÍ
PROVINCIA GRANMA**

TÍTULO: NECESIDAD DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA. POLICLÍNICO DE SANTA RITA. MAYO 2008- 2009.

AUTOR: Dr. ABDEL MOHAMED RODRÍGUEZ MORENO
Residente de segundo año de Estomatología General Integral.
Profesor Instructor

TUTOR: Dra. DINIA ISABEL MORENO RODRÍGUEZ
Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Asistente.

ASESOR: Dr. JOSÉ ROLANDO ALCOLEA RODRÍGUEZ
Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Master en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL.**

2009

“AÑO DEL 50 ANIVERSARIO DEL TRIUNFO DE LA REVOLUCIÓN”

PENSAMIENTO

“La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica”

Aristóteles.

DEDICATORIA
y
AGRADECIMIENTOS

- A mi madre la Dra. Dinia Isabel Moreno Rodríguez: Máxima razón de mis esfuerzos, sin su amor nada soy.
- A mi difunta abuela Francisca Eloísa Rodríguez Despaigne: por guiarme en el camino del conocimiento.
- A mi esposa Marisleydis Arias Flores: por su apoyo incondicional, comprensión y estímulo en todo momento.
- A mis profesores: por su contribución a mi formación integral.

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	7
DISEÑO METODOLÓGICO	8
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	28

ANEXOS

RESUMEN

RESUMEN

En el Análisis de la Situación de Salud del área la necesidad de prótesis estomatológica representó el principal problema de salud. Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el período de mayo 2008 a mayo 2009 para determinar la necesidad de prótesis estomatológica en el Policlínico Docente David Moreno Domínguez de Santa Rita, municipio Jiguaní, provincia Granma con una población de 15 y más años de edad, de 11192 habitantes y una muestra constituida por 1254. Se aplicó el formulario por el investigador en el hogar de los pacientes en condiciones de luz natural, utilizando espejos bucales o depresores linguales. Para dar salida a los objetivos se tuvieron en cuenta diferentes variables como la edad, el sexo, tipo de prótesis necesitada, necesidad de prótesis estomatológica sentida y no sentida. Se obtuvo como resultado que la necesidad de prótesis estomatológica en el área de salud objeto de estudio fue elevada; el sexo femenino y el grupo de edad de 60 y más años constituyeron los de mayor necesidad de prótesis estomatológica; el tipo de prótesis estomatológica más necesitado resultó la parcial removible inferior y la necesidad sentida predominó sobre la no sentida.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La lucha del hombre por preservar, mejorar su salud, recuperarse de las enfermedades, protegerse de ellas y prevenirlas, ha sido una constante cuyos enfoques fundamentales de acción para ser adecuadamente comprendidos tienen que ser analizados en su contexto histórico social concreto. Resulta indiscutible que la determinante de estos enfoques de acción ha sido siempre la interpretación que el hombre ha tenido de las causas y los factores que provocan las enfermedades y preservan o promueven la salud.

El fomento de la salud es visto como el proceso social que orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, lo que conlleva a elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, organizaciones y comunidades; al reducir los riesgos y tratar enfermedades (1).

El proceso salud-enfermedad es el resultado de la interacción permanente de características genéticas, sociales y culturales, así como de la aportación que a la salud prestan los servicios sanitarios y no únicamente un proceso biológico individual.

El sentido de la atención de salud individual se encuentra cuando hay que valorar las demandas y los problemas que plantean los pacientes. El término problema de salud supera el ámbito clínico y debe entenderse como cualquier problema que se produce en la comunidad con consecuencias, tanto para la salud como sociales y económicos. El propósito de esta valoración es dar una respuesta adecuada a los problemas detectados (2).

La vigilancia epidemiológica es el seguimiento y recolección sistemática, análisis e interpretación de los datos de salud en el proceso de descripción y monitoreo de un evento de salud. Esta información resulta provechosa para planificar, aplicar y evaluar las intervenciones y los programas de salud pública. Los datos de vigilancia se utilizan tanto para determinar la necesidad para la acción de salud pública como para evaluar la efectividad de los programas (3).

La vigilancia del estado de salud bucal constituye un complejo de medidas educativas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas dirigidas a detectar las formas precoces de las enfermedades, estudiar y eliminar las que favorecen o determinan su origen, y así contribuir a disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria (4). Se realiza de manera más directa al conocer la totalidad de la población, permitiendo ello su clasificación epidemiológica, en lo que se basa el diagnóstico epidemiológico, el que tiene como principio la valoración bio-psico-social del paciente, elemento imprescindible para la atención integral, los procesos de vigilancia y solución definitiva de los problemas de salud del individuo.(5)

Ninguna parte del cuerpo revela el carácter de la persona en igual proporción que el rostro; ninguna parte es capaz de expresar las sensaciones, sentimientos y emociones del hombre como la cara (6).

De ahí que generalmente el que padece de lesiones en esta zona del cuerpo sienta limitaciones psíquicas y se considere expuesto a la crítica sobre todo del que lo rodea, lo que motiva una disminución de su personalidad, se afectan sus relaciones interpersonales y se genera temor a ser rechazado (7).

La salud bucodental es un constituyente inseparable e importante de la salud general del hombre, la cual influye a su vez en ella. Al triunfar la Revolución en 1959 el Estado cubano se preocupó por dar atención primaria de salud a la población, incluyendo las regiones más apartadas, donde prácticamente nunca habían tenido un profesional de la salud. Mantener una buena salud bucal es crucial para mantener la calidad de vida. Se incrementan los recursos humanos como respuesta al déficit existente y a las necesidades acumuladas. Se inició la construcción de nuevas unidades de salud para garantizar una asistencia médica óptima e integral, obteniéndose cuantiosos logros en lo que la Estomatología está incluida (8-11).

Nuestro sistema de salud se encuentra en constante perfeccionamiento. A pesar de todas las preocupaciones de nuestro gobierno para mantener y preservar la salud, todavía no se ha podido satisfacer la demanda de prótesis estomatológica,

dado por la prevalencia de caries y periodontopatías, que constituyen las primeras causas de mortalidad dentaria (12).

La Caries Dental afecta alrededor del 90% de los seres humanos en el mundo a pesar de las medidas profilácticas y curativas que se ejecutan contra esta enfermedad, su comportamiento presenta variaciones entre países en el cual influyen factores como: sistema de salud, cultura, hábitos de alimentación, economía y medio ambiente, por lo que se define como una enfermedad de masas producida por un proceso de destrucción progresiva de la estructura dental, iniciado por la actividad microbiana en la superficie del diente, por lo que es considerada una enfermedad infecciosa y transmisible (13-17).

Las Periodontopatías son la segunda causa de pérdida dentaria, esta enfermedad prevalece y está relacionada con la mala higiene bucal y con el acúmulo de irritantes locales de los cuales la placa dentobacteriana se considera el factor etiológico primario (18).

En la actualidad se sabe, sin embargo, que es posible mantener la salud bucodental hasta edad avanzada, y que la estructura no se pierde a causa del envejecimiento sino debido a enfermedades bucodentales asociadas con diversos factores de riesgo, factores sistémicos crónicos que comienzan a edad temprana, estilos de vida malsanos, iatrogenias repetidas y mal estado nutricional (8-11, 19).

La pérdida de los dientes equivale a perder una parte del cuerpo y su tratamiento se dirige a solucionar diversos problemas biomecánicos que abarcan una amplia gama de tolerancias y percepciones individuales (20).

El tratamiento de la pérdida dentaria ha sido uno de los pilares fundamentales de la odontología desde tiempos remotos. Cuando vamos a referirnos a ello tenemos que decir que es a partir del siglo XVIII que se puede hablar de aparatos protésicos. Podemos decir que antes de esta época existían elementos que mostraban evidencias de prótesis, estos fueron encontrados en excavaciones y tumbas de fenicios, etruscos, egipcios y griegos, ósea que siglos atrás, mediante la utilización de hilo y bandas, sujetos a los dientes remanentes, se encontraban prótesis parciales muy rudimentarias. Todas estas civilizaciones anteriores al siglo

XVIII usaron dientes artificiales de marfil, de humanos y de huesos de animales fijados con ligaduras. Los egipcios también practicaban la prótesis dental con sentido estético trataban de reponer las piezas perdidas, se han descubierto momias con rasgos de incrustaciones en los dientes utilizando oro, plata y diamantes. Esta tendencia continua usándose, no solo como estética sino como tratamiento para las afecciones bucales de ahí que comenzaron a valorarse en este campo conceptos de belleza como sinónimo de bienestar y salud bucal. (21) En la actualidad el tratamiento del edentulismo, es colocarle al paciente prótesis ya sean removibles o fijas. Estas prótesis restablecen la función y la estética satisfactoriamente a muchas personas, estas pueden considerarse como rehabilitaciones ideales, debido a que en algunos pacientes dicho tratamiento es la solución a problemas principalmente psicológicos, es decir, miedo al hablar o al sonreír, lo que origina un estado de tensión e inseguridad, además del problema funcional como la eficacia masticatoria (20-28).

El objetivo general de la rehabilitación bucal se extiende más allá de la del diente individual o del área desdentada única. La rehabilitación bucal comprende la restauración de la normalidad de las relaciones de los músculos y dientes, de modo que se devuelva la salud bucal. Sabemos que el daño que resulta de la pérdida de uno o más dientes no se detiene ahí sino que extiende su influencia perjudicial a toda la boca y otras partes del organismo (29).

La prótesis estomatológica tiene como objetivos la sustitución adecuada de las porciones coronaria, la sustitución de estos y de sus partes asociadas, cuando se encuentran perdidos o ausentes, por medios artificiales capaces de restablecer la función masticatoria, estética y fonética. (30)

Es la rehabilitación dentro de la estomatología una tarea del sistema nacional de salud por lo que la prótesis estomatológica con sus diferentes complejidades constituye una necesidad asistencial de enorme trascendencia (31).

El reciente énfasis impuesto en la Odontología con el advenimiento de diferentes materiales y los progresos en procedimientos restauradores, han ampliado la longevidad de la dentición natural. Sin embargo gran cantidad de la población está

completamente desdentada o parcialmente dentada en el mundo. Si bien estos datos son menores en relación a épocas pasadas, el edentulismo continúa siendo un problema social en nuestros países, que debemos resolver a través de prótesis completas o parciales, fijas o removibles, variables en su diseño y función sin olvidar la educación y prevención de la pérdida dentaria (20, 22).

La prevalencia del edentulismo difiere substancialmente en la mayoría de los países del mundo. Algunos de los índices más altos son encontrados en el Reino Unido y Nueva Zelanda, y los más bajos en Estados Unidos. En Suecia el 49% de las personas de 54 a 64 años de edad no poseen ningún diente, subiendo hasta un 65% en el grupo de 65 a 74 años de edad. En varios países la prevalencia de edentulismo es mayor en mujeres que en hombres (20, 32).

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el período Enero-Febrero de 1995 en una población de 1107 personas adultas mayores de 15 años de edad, las cuales asistieron al Departamento de Diagnóstico Clínico a recibir tratamiento odontológico, 739 (68.9%) requerían algún tipo de tratamiento protésico; el 30.3% son de sexo masculino y el 69.7% del sexo femenino. Es importante recalcar que entre los 25 y 44 años de edad se encuentra el 48% de la población con necesidades protésicas (20, 33).

En una encuesta realizada a 60 pacientes que acudieron a esta misma facultad por requerir tratamiento odontológico se arrojaron los siguientes resultados: (48 hembras y 12 varones) 13 acudieron por caries (21.6%), 2 acudieron por sangramiento de encías (3.3%), 1 acudió por movilidad dental(1.6%), 11 por dolor dental y/o articular (18.3%) y 33 por restauración protésica (55%). Predominando siempre las hembras sobre los varones, destacando que la restauración protésica fue la causa por la que mayormente acudieron a consulta (20, 34).

Nuestro país no se ha quedado al margen de estos estudios, entre los efectuados en el territorio se encuentran: el realizado en la provincia de Holguín, en la provincia de Santiago de Cuba ambos en el 2006 con 75% y 69,5% respectivamente y en la provincia de Granma en el 2005 con 73%.

El estudio realizado en 1998 por los doctores Zacca González, Sosa Rosales y Mojáiber de la Peña, un análisis comparativo según provincias del estado de salud bucal, la provincia Granma resultó la más necesitada de prótesis dental (1).

Considerando la situación existente en el país y en especial en nuestra provincia y teniendo en cuenta los datos obtenidos en el estudio realizado en el 2007 en el 50% de los consultorios del área de salud del Policlínico Docente David Moreno Domínguez de Santa Rita, hemos decidido realizar una investigación en el total de los consultorios del área antes mencionada con el propósito de determinar la necesidad de prótesis estomatológica.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

General:

Determinar la necesidad de prótesis estomatológica en pacientes de 15 y más años pertenecientes al Policlínico Docente “David Moreno Domínguez” de Santa Rita.

Específicos:

- Determinar la necesidad de prótesis estomatológica según edad, sexo y tipo.
- Clasificar la necesidad de prótesis estomatológica en sentida y no sentida.

*DISEÑO
METODOLÓGICO*

DISEÑO METODOLOGICO

A)- Contexto y clasificación de la investigación.

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal con la finalidad de determinar la necesidad de prótesis estomatológica en el Policlínico Docente David Moreno Domínguez de Santa Rita, municipio Jiguaní, Granma, en el período comprendido de mayo 2008-mayo 2009.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todas las personas de 15 y más años de edad del área estudiada.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron todas las personas menores de 15 años de edad.
- Se excluyeron aquellos que no se encontraban en su hogar el día de la visita.
- Se excluyeron aquellos que se negaron a realizarse el examen.

B)- Universo y muestra.

El universo de estudio estuvo constituido por 11192 personas de 15 años y más edad, correspondientes a los 10 consultorios del área de salud antes señalada, a partir del cual se calculó el tamaño muestral significativo realizado por el programa de Epi- Info quedando conformada la muestra por 1254 personas, mediante un diseño muestral probabilístico estratificado bietápico.

1ra Etapa.

Se seleccionaron en cada consultorio o estrato, un número de pacientes que fue proporcional al tamaño de la población total de 15 años y más de edad de cada consultorio.

Consultorio	Población de 15 años y más	Tamaño proporcional	Muestra
1	803	0,07	90
2	669	0,06	75
3	2044	0,18	229
4	750	0,07	84
5	2347	0,21	263
6	491	0,04	55
7	268	0,02	30
8	2017	0,18	226
9	1678	0,15	188
10	125	0,01	14
TOTAL	11192	1,00	1254

2da etapa.

Por muestreo aleatorio simple se seleccionaron al azar las personas necesarias, a partir del listado de los consultorios con los nombres comprendidas en esas edades; quedando conformada la muestra de la siguiente manera.

Edad (años)	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
15-29	101	102	203
30-44	169	181	350
45-59	102	108	210
60 y mas	242	249	491
TOTAL	614	640	1254

C)- Operacionalización de variables.

Para dar salida al objetivo 1: determinar la necesidad de prótesis estomatológica según edad, sexo y tipo

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Necesidad de prótesis estomatológica	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Es aquel paciente que tiene pérdida parcial o total de sus dientes	Por ciento
		No		
Edad	Cuantitativa Continua	15-29	Según la edad cumplida	
		30-44		
		45-59		
		60 y más		
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino	Según sexo biológico	
		Masculino		

Tipo de prótesis necesitada	Cualitativa Nominal Politómica	Total	<ul style="list-style-type: none"> - Aquellas personas con ausencia de todos los dientes naturales del arco dental - Que presentaron dientes en la cavidad bucal, pero con valoración clínica de extracción. - Portadoras de prótesis total bien confeccionadas, pero que no la utilizaban en el momento del examen. - Mantenían la prótesis en uso pero no cumplían los requisitos estéticos y funcionales adecuados. - La prótesis cumplía los requisitos estéticos y funcionales adecuados pero el paciente no logró adaptarse psicológicamente 	Por ciento
		Parcial removible	<ul style="list-style-type: none"> - Presentaron brechas múltiples largas o cortas. - Prótesis parcial removible bien confeccionada, pero no la utilizaba en el momento del examen. - Prótesis que no cumplía los requisitos estéticos funcionales adecuados. - Los que presentaron dientes en la cavidad bucal, pero con valoración clínica de extracción. - La prótesis cumplía los requisitos estéticos y funcionales adecuados pero el paciente no logró adaptarse psicológicamente 	
		Parcial fija	<ul style="list-style-type: none"> - Brechas cortas y dientes soportes con condición biológica saludable clínicamente. - Pérdida de tejido coronario cambio brusco de coloración y otras patologías dentarias que no puedan ser tratadas por medios conservadores. - Prótesis que no cumplía requisitos estéticos y funcionales adecuados. 	

		Superior	- El tipo de prótesis necesitada es en el maxilar.	
		Inferior	-El tipo de prótesis necesitada es en la mandíbula.	

Para dar salida al objetivo 2: Clasificar la necesidad de prótesis estomatológica en sentida y no sentida.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Necesidad De prótesis Estomatología	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sentida	Es aquel paciente que tiene pérdida parcial o total de sus dientes y que siente que la pérdida de estos dificulta las funciones vitales (fonación, masticación y estética); y que en algún momento ha solicitado o piensa solicitar su rehabilitación	Por ciento
		No sentida	Es aquel paciente que tiene pérdida parcial o total de sus dientes y que no siente que la ausencia de ellos dificulta las funciones vitales (fonación, masticación y estética); y por tanto no solicita su rehabilitación	

D)- Aspectos éticos.

Desde el punto de vista ético, la ejecución de la investigación se justifica dado que:

- Esta investigación se diseñó y ejecutó según los Principios Éticos para la investigación medica con sujetos humanos, establecidos en la actualización de la Declaración de Helsinki en la WMA General Assembly Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.
- En la fase de organización de la investigación se sostuvo un encuentro con el Consejo de Dirección del Policlínico, con la finalidad de explicarles los objetivos

del trabajo, establecer coordinaciones, participación y el apoyo intersectorial para la obtención de la información.

- Se contó con el consentimiento de todos los pacientes seleccionados, se les explicaron los objetivos del estudio, así como la importancia de la realización del mismo, se les comunicó que podían abandonar el estudio cuando lo estimaran conveniente sin que ello causara ningún tipo de discriminación o de afectación sobre su atención médica. Además se mantuvo la confidencialidad de los datos que se obtuvieron (Anexo 1).

E)- Técnicas y procedimientos:

- Obtención de la información.

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva del tema objeto de estudio en la Biblioteca del Policlínico Docente “David Moreno Domínguez”, utilizando los servicios de Infomed.

Se confeccionó una planilla de recolección de datos (Formulario anexo 2) por un equipo de trabajo constituido por 1 especialista en Prótesis Estomatológica, 1 especialista y 1 residente en Estomatología General Integral y un estudiante de Tecnología en Atención Estomatológica.

Se llenó con la información que se recogió en visitas realizadas en el hogar, empleando la técnica de observación mediante el interrogatorio y el examen bucal; este último se realizó en el hogar, los pacientes fueron examinados sentados y frente al investigador con la luz natural y el espejo bucal o el depresor lingual.

-Análisis y elaboración.

Después de recogida la información fue revisada, vaciada en una sábana y procesada a través de una calculadora. Las estadísticas fueron presentadas en forma de tabla, utilizando como medida resumen el porcentaje.

- Discusión y síntesis.

Una vez que se realizó el análisis y discusión de los resultados se compararon con los de otros autores a través de un método inductivo-deductivo, lo que nos permitió alcanzar los objetivos propuestos y emitir las conclusiones y recomendaciones.

*ANÁLISIS
Y DISCUSIÓN
DE LOS
RESULTADOS*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Necesidad de prótesis estomatológica según grupo de edades.

Grupos de edades(años)	Examinados	Necesitados de prótesis estomatológica	%
15-29	203	69	33.99
30-44	350	207	59.14
45-59	210	184	87.61
60 y más	491	487	99.18
Total	1254	947	75.51

Después de realizado el estudio, de 1254 pacientes examinados 947 requerían tratamiento protésico, lo que representa 75.51% y la población más afectada es la de 60 y más años de edad con 99.18% (Tabla 1).

Al comparar estos resultados encontramos semejanza con los obtenidos por Sánchez Samón N. (35) con 74.3% y Rivera Liens P. (36) con 77.6%. Todos estos trabajos realizados en nuestra provincia.

Resultados similares a este se obtuvieron en estudios realizados en el Departamento de Prótesis Turku, Finlandia, con 65%(37) y el doctor Benjamín Herazo Acuña (Director Académico, Presidente de la Comisión Científica y Asesor de la Federación Odontológica Colombiana) obtuvo una necesidad de prótesis en su país de 60%.(38)

Prieto Ramos obtuvo resultados similares aclarando que la pérdida elevada de dientes está dada entre otros factores a la situación heredada antes del triunfo de la Revolución y como consecuencia de ello hace unos años la realización de un número indiscriminado de extracciones dentarias. (39)

En cuanto al grupo de edad más afectado, las investigaciones realizadas en el municipio Guisa por la doctoras Aguilar Escobedo M. (40) y Jiménez Benítez M. (41) tienen similitud en los resultados obtenidos a los nuestros.

El tamaño de la población de edad avanzada, tanto en cifras absolutas como en porcentaje del total de la población, aumenta rápidamente en casi todas las partes

del mundo. El envejecimiento, que antes se consideraba una tendencia incipiente, principalmente en los países industrializados, se considera ahora un fenómeno mundial. (42)

La población geriátrica tiende a la pluripatología, se señalan enfermedades como las cardíacas, cerebro vasculares, neoplasias, diabetes mellitas y otras donde se hace referencia a los daños que producen en la cavidad bucal. (43)

La mala higiene bucal y la dieta rica en azúcares refinados contribuyen al incremento de la Caries Dental, lo que se agrava por la Xerostomía o sequedad de la boca, común en los ancianos; que contribuyen al deterioro de la dentadura al disminuir el flujo salival. (44)

Todos estos pacientes nacieron antes del 1ro de enero de 1959, su niñez transcurrió carente de medidas preventivas y limitadas las curativas, ya que no existían los programas de atención a grupos priorizados que existen ahora, todo esto ha traído consigo que la pérdida elevada de dientes esté dada, entre otros factores, por esta situación heredada antes del triunfo de la Revolución.

Investigadores españoles de salud oral geriátrica, encontraron 41% de desdentamiento en los ancianos y consideraron deficiente la salud bucal de los mismos. Similares a esta investigación fueron los resultados en Gavelston, universidad de Jordán; universidad de Turín, Italia. (45, 46)

Tabla 2. Necesidad de prótesis estomatológica según sexo.

Sexo	Examinados	Necesitados de prótesis estomatológica	%
Femenino	614	497	80.94
Masculino	640	450	70.31
Total	1254	947	75.51

Al analizar la necesidad de prótesis estomatológica según sexo, el 80.94% de los pacientes del sexo femenino requerían tratamiento (tabla 2) resultado este que coincide con la mayoría de los obtenidos en estudios realizados. Entre ellos podemos citar Jiménez Benítez M. (41) en el Municipio Guisa.

Lo anterior puede atribuirse a los cambios fisiológicos que sufre la mujer por procesos como el embarazo donde se requiere suplemento vitamínico y mineral puesto que se produce una disminución de los mismos entre ellos el calcio que en ocasiones trae consigo la descalcificación de los huesos y en los dientes una afección similar puede ocurrir durante el periodo post parto. (45)

Diferentes investigaciones demuestran que el sexo femenino presenta más dientes afectados que el sexo masculino, relacionado con el hecho de que la dentición inicia más temprano en la mujer que en el hombre por lo que los dientes han estado mayor tiempo expuestos al medio bucal y mayor oportunidad de estar afectados. (47,48)

Además en un análisis de regresión logística realizado en Estados Unidos de América, Universidad de Texas, se demostró que ser del sexo femenino tenía una relación significativa con la pérdida dentaria. (49)

La mujer juega un rol decisivo en el seno de la familia, ellas son las más preocupadas por los problemas familiares, entre ellos los de salud, hábitos de alimentación, higiene, educación social, responsable máxima de la educación de los hijos, tareas que restan tiempo muchas veces al cuidado de su salud. (50)

Tabla 3. Necesidad de prótesis estomatológica según tipo de prótesis.

Tipo de prótesis	Necesitados de prótesis según tipo	%
Total superior y total inferior	132	13.93
Total superior	135	14.26
Total inferior	92	9.71
Total superior y parcial inferior	130	13.72
Parcial superior y parcial inferior	118	12.47
Parcial superior	128	13.52
Parcial inferior	204	21.54
Prótesis fija	8	0.85
Total	947	100

Al analizar en número de necesitados de prótesis estomatológica según su tipo, el mayor por ciento correspondió a la prótesis parcial removible inferior con 21.54% (tabla 3).

Nuestro resultados coinciden con Sánchez Samón N. (35) y con los obtenidos por Espinosa González L. en un estudio realizado en el Vedado, Habana 2004. (51).

Estos resultados están directamente relacionados con la erupción de los dientes inferiores que generalmente ocurre primero que los superiores, como es caso de los primeros molares que muchas veces los padres los confunden con los temporales por lo que no le dan la debida importancia a la higiene y el cuidado de los mismos, por tanto mayor tiempo de estar expuestos a factores de riesgo que provocan la pérdida de los mismos. (52)

También lo podemos atribuir a que para la mejor rehabilitación de los pacientes desdentados parciales se requiere en su mayoría de prótesis parcial removible metálica, dada la escasez de recursos que ha existido la confección de esta aparatología se ha limitado.

Tabla 4. Distribución de pacientes según necesidad sentida y no sentida de prótesis estomatológica.

Necesidad de prótesis estomatológica	Número de pacientes	%
Sentida	839	88.59
No sentida	108	11.41
Total	947	100

Al analizar la distribución de pacientes según necesidad sentida y no sentida de prótesis estomatológica, un total de 839 pacientes sintieron necesidad de algún tipo de tratamiento protésico, que representa el 88.59% y 108 no sintieron necesidad lo que representó 11.41% (tabla 4).

En estudios realizados de estado de salud bucal en los adultos mayores de las casa de abuelos por Pol Samalea L. (53), Estado de Salud Bucal en Gerontes

Institucionalizados en el Hogar de Ancianos “América Labadi” por Hing Amiot R. (54) y Necesidad de Rehabilitación Protésica en ancianos institucionalizados de Núñez Antúnez Leonardo (55), sus resultados arrojaron un por ciento de necesidad sentida mayor al de la no sentida a pesar de estar realizados en pacientes geriátricos, coincidiendo con nuestro estudio.

Esto nos demuestra que la población a través de los programas de Educación para la Salud y las acciones de promoción ha incrementado su nivel sanitario, interiorizando la necesidad de restituir sus dientes perdidos por dentaduras artificiales que le devuelvan la estética, función, comodidad y salud, añadiendo a lo anterior el desarrollo social y cultural adquirido.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La necesidad de prótesis estomatológica en el área estudiada resultó elevada.
- El sexo femenino y el grupo de edad de 60 y más años constituyeron los de mayor necesidad de prótesis estomatológica.
- La prótesis estomatológica parcial removible inferior resultó el tipo de prótesis más necesitado y La necesidad sentida predominó sobre la no sentida

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Habilitar un Servicio de Prótesis Estomatológica en el área de salud estudiada que satisfaga o al menos disminuya la alta demanda de este tipo de tratamiento.

*REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zacca González G, Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A. Situación de Salud Bucal de la Población Cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998 [En línea] disponible en URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_2_01/esto3201.htm Consultado en abril del 2008.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 4ª ed. Madrid:Harcourt Brace de España;1999.
3. INFOMED. Vigilancia en salud. Página Web del MINSAP. Ciudad de la Habana 2003.
4. Rodríguez A, Delgado L. Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucal. Método de observación y control. Revista Cubana de Estomatología 1995;32(1):9-15.
5. Sosa Rosales MC, Mojáiber de la Peña A, González Ramos RM, Gil Ojeda E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba; 2002.
6. Janklelewicz I. Prótesis buco máxilo facial. Madrid:Quintessense;2003.p.35-60.
7. Álvarez Rivero A, Alfonso Travieso M. Conceptos y principios generales en prótesis buco máxilo facial. Madrid:Quintessense;2003.p. 57-60.
8. Mario R. La salud bucodental de los ancianos: realiadad, mitos y posibilidades. Bol. Of Sanit. Panam. 1994;116(5):419-26.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Hechos y cifras. La Habana: MINSAP; 1999 [En línea] disponible en URL: <http://www.facest.sld.cu/hitoria/estomatología.html> (consultado en mayo del 2008).
10. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. Revista Panamericana de Salud Pública 2000;7(1):60-7.

11. La vejez. Una edad para vivir. Revista del Ateneo Argentino de Odontología 1998;23(1):80-91.
12. Ministerio de Salud Pública. Documentos presentados por el Ministro sobre los daños causados por el Bloqueo a la salud del pueblo cubano. Ciudad de La Habana;2000.
13. Barrancos Money J. Operatoria Dental. 4ª ed. Buenos Aires:Editorial Médica Panamericana;2004.
14. Rodríguez Rodríguez MC, Pimentel EC. ¿Puede la leche humana llegar a producir caries? ¿Por qué y cómo?. Acta Odontológica Venezolana 2004;42(2)(on-line). URL disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2> (consultado 25/01/08).
15. Adriano Anaya MP, Caudillo Joya T, Gómez Castellanos A. Epidemiología estomatológica. México DF:Facultad Facultad Odontológica Universidad de Zaragoza;2006.
16. Ticket G. Las tres fases de la medicina preventiva en América. Bol Of Saint. Panam. 2005;90(3):397-405.
17. Pérez MA, Traebert J, Marcenes W. Calibracao de examinadores para estudios epidemiológicos do carie dentaria. Saude Pública 2006;22(2):153-9.
18. Sancho Díaz L. Consejo de salud bucal. Revista del Colegio Oficial de Odontología y Estomatología de Las Palmas 2006;9(3):54-7.
19. Tabeada Aranza O, Mendoza Núñez VM, Hernández Palacio RD, Martínez Zambrano IA. La prevalencia de caries dental en pacientes de la tercera edad. Revista de la Asociación Dental Americana 2007;64(4):188-92.
20. Lambertini A, Prospero A, Guerra ME, Tovar V, Brito F. Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagias "Dra. Elsa de la Corte" (CAPEI) de la Universidad Central de Venezuela entre noviembre 2003 y noviembre 2004. Acta Odontológica Venezolana 2006;44(3)(on-line). URL disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3> (consultado 26/01/08).

21. Saizar P. Prótesis a placa. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1970. p. 766.
22. Stonski E. Medicina Geriátrica. Edentulismo y estado nutricional en una muestra biracial de ancianos autoválidos. 2004(on-line). URL disponible en: <http://www.medicinageriátrica.com.ar> (consultado 17/02/08).
23. Ramsey W. The relation of emotional factors to prosthodontic service. Journal of Prosthodontic Dentistry 2006;65(3)(on-line). URL disponible en: <http://www.ada.org> (consultado 13/01/08).
24. Conny D, Tedesco L, Brewer J. Changes of attitude in prosthodontics patients. Journal of Prosthodontic Dentistry 2006;65(7)(on-line). URL disponible en: <http://www.ada.org> (consultado 13/01/08).
25. Epstein S. Tratamiento del paciente geriátrico con fobia dental. Clínicas Odontológicas de Norteamérica 2005;14(2):751-57.
26. Chaar C. Avaliação nutricional e alimentar de idosos matriculados do Centro de Saúde. Revista de Área de Ciências Biológicas e da Saúde 2007;12(1):12-15.
27. Rubin G, Slovin M. Psicodinámica de la fobia y ansiedad dental. Clínicas Odontológicas de Norteamérica 2005;15(3):679-688.
28. Moinaz S, Tanaka H, Harbin C, Saliba T. Prótese dentária. Avaliação do uso e necessidade em população adulta. Revista Paul. Odontologia 2002;24(5):31-44.
29. Tylman Stanley D. Fixed Denture. 6ª ed. New York:Delmar Publishers;2003.
30. González González G, Ardanza Zulueta P. Rehabilitación Protésica Estomatológica. 1ra Ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
31. Rebosio AD. Prótesis Parcial Removible. La Habana:Ediciones de Ciencia y Técnica;1972.
32. Spanish Geriatric oral Health Research Group. Oral Health sigues of Spanish adults aged 65 and over. International Dentistry Journal 2005;51(3):228-234.

33. Sánchez AE, Troconis I, Di Gerónimo M. Necesidades protésicas de los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana* 2005;36(2):92-99.
34. Arrichi P. Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana* 1998;36(2):62-69.
35. Sánchez Samón N. Necesidad de Prótesis Estomatológica en el Policlínico Docente “David Moreno Domínguez. Santa Rita. Granma. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral). 2007.
36. Rivera Liens P. Necesidad de Prótesis Estomatológica en el Policlínico “René Vallejo Ortiz” Bayamo. Granma (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral). 2006.
37. Risk indicator of edentulism, partial tooth loss and prosthetic among black and white middle age and older adults. *Comm. Dent. Oral Epidemiol.* 2006;29(5):329-31.
38. Herazo Acuña D. Propuestas de adecuación de la reforma de la seguridad social [En línea] disponible en: <http://www.encolombia.com> (consultado 12/05/08).
39. Prieto Ramos O. Temas de Gerontología y Geriátría. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1996. p.28-32.
40. Aguilar Escobedo M. Necesidad de Prótesis Estomatológica en el Consultorio 3 de Guisa. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral). 2006.
41. Jiménez Benítez M. Necesidad de Prótesis Estomatológica en la población mayor de 15 años. Guisa. Granma (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral). 2006.
42. UNESCO. Tercera edad: La vida por delante. *Rev. Correo de la UNESCO.* Enero 2000: 17-36.

43. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2000. Washington, DC. OPS. OM.
44. Llamas CR, Jiménez PA. Odontología Conservadora en el paciente geriátrico. En: Bullon FP, Velazco DE. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Editorial JM&C, 2006: 337-99.
45. Jankielewicz I. Prótesis Bucomaxilofacial. Barcelona: Ed. Quintessence SL. 2005.
46. The Spanish Geriatric oral health research group. Oral health issues of Spanish adults age 65 and over. *Aut. Dent. J.* 2005; 51(3 supl): 228-34.
47. Vega García E. ¿Hacia dónde vamos? *RESUMED* 1999; 12(1):55-8. *Acta. Odontol. De Ven.* [En línea] Sept. 2006 Vol.4 No. 1 [citado 5 de mayo del 2008] disponible en: <http://www.comv.es/web/profesio/Formaci/Program/Estomat.pdf>
48. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1998.
49. Prevalence of tooth loss and dental service use in older Mexican Americans. *J. Am. Geriatric* 2001; 49(5): 585-9. *Acta. Odontol. de Ven.* [En línea] Sept. 2006 Vol. 4 No. 1 [citado 8 de junio del 2009] disponible en: <http://www.comv.es/web/profesio/Formaci/Program/Estomat.pdf>
50. Toledo Curbelo GJ, Caraballo Hernández M, Cruz Acosta A. Generalidad de la Salud de la Población. La habana: Ed. Ciencias Médicas; 1999. p. 75-82.
51. Espinosa González Leticia. Comportamiento de las enfermedades bucales y necesidades de tratamiento en un consultorio médico del Vedado. *Rev. Cubana Estomatol.* [Periódico en la Internet]. 2004 Dic [citado 2009 junio 30]; 41(3): disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-7507200400030001&ing=es&nrm=iso.

52. Jonson DC. Desarrollo y alteraciones de los dientes. En Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AM, Nelson. Tratado de Pediatría. 5ta edición. V 2. La Habana: Ciencias Médicas; 1998. p. 1308.
53. Pol Samalea L, Turcaz Castellano IM, Pérez Fariñaz NA, Calzado de Silva ME. Estado de salud bucal en los adultos mayores de las casas de abuelos[biblioteca virtual en línea] disponible en: http://www.scu.publicaciones_electronicas/articulos_cientificos.htm [Consultado 10 de junio 2009].
54. Hing Amiot R, Pol Samalea R, Duarte Escalante ABV, Vicente Botta BL, Hung Vázquez FC. Estado de salud bucal en gerentes institucionalizados “América Labadi” , (2003-2004)[Artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(1) [ftp://172.16.10.9/pub/intranet/articulos\[consulta 16 de julio 2009\]](ftp://172.16.10.9/pub/intranet/articulos[consulta 16 de julio 2009]).
55. Núñez Antúnez Leonardo, Corona Carpio Marcia Hortensia, Camps Mullines Idalia, González Heredia Eugenia, Álvarez Torres Isabel María. Necesidad de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. Rev. Cubana Estomatol. [Periódico en la Internet]. 2007. Sept. [citado 2009 mayo 06]; 44(3): disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=s0034-75072007000300005&lng=es&nrm=iso.

*BIBLIOGRAFÍA
CONSULTADA*

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Díaz Reyes A. Necesidad de prótesis estomatológica en área de salud de la Clínica de Especialidades. Bayamo. Granma (Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica) 2002.
- González González DM. Necesidad de Prótesis buco máximo facial en el municipio Bartolomé Masó. Granma. Noviembre 2003-noviembre 2004(Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica). 2005. Facultad de Estomatología de Bayamo, Granma.
- Milanés Zambrano D. Análisis de la Situación de Salud de 80 familias del consultorio # 18. Policlínica Carlos J. Finlay(Trabajo de Curso). Santiago de Cuba. 2000- 2001.
- Moreno Rodríguez DI. Necesidades de Prótesis Estomatológica Real y Sentida en el área de salud del Policlínico Comunitario Eder Reyes Martínez de Jiguaní. Granma (Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica). 1986. Facultad de Estomatología de Bayamo, Granma.
- Rabanal Ballester W. Necesidad de prótesis estomatológica en área de salud Pedro Pompa. Municipio Bayazo. Granma (Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica) 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio le comunico a usted que necesitamos su aprobación para que forme parte de una investigación con el objetivo de determinar la necesidad de prótesis estomatológica no constituyendo ningún riesgo para su salud.

Firma del investigador

Firma del paciente

Firma de testigo 1

Firma de testigo 2

ANEXO 2

FORMULARIO DE NECESIDAD DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA

No. de Orden_____

Grupo de edad : 15-29 años_____

Sexo: Femenino_____

30-44 años_____

Masculino_____

45-59 años_____

60 y más años_____

No necesitado_____

Necesitado_____

Prótesis Total_____

Superior_____

Inferior_____

Prótesis Parcial_____

Removible_____

Superior____

Inferior____

Fija_____

¿Ha sentido alguna vez la necesidad de usar prótesis estomatológica?

Sí _____

No_____