



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN INSTRUCTIVO PARA LA ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL EN
PACIENTES CON REBORDE RESIDUAL ATROFIADO DIRIGIDO A LA CLÍNICA DE
REHABILITACIÓN PROTÉSICA II
DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autoras:

Carmen López

Daniela Durán

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN INSTRUCTIVO PARA LA ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL EN
PACIENTES CON REBORDE RESIDUAL ATROFIADO DIRIGIDO A LA CLÍNICA DE
REHABILITACIÓN PROTÉSICA II
DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autoras:

Carmen López

Daniela Durán

Tutor de Contenido:

Od. Martín Correa

Tutora Metodológica:

Od. Gladys Orozco

San Diego, Julio de 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN INSTRUCTIVO PARA LA ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL EN
PACIENTES CON REBORDE RESIDUAL ATROFIADO DIRIGIDO A LA CLÍNICA DE
REHABILITACIÓN PROTÉSICA II
DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 20.698.563

Carmen López

2. 19.443.622

Daniela Durán

Tutor Propuesto: _____

Firma: _____

Cédula de Identidad N° _____

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
López Rojas	Carmen Orlanda	V-20.698.563
Dirección: Parapara		Tel éfo no: 041 4- 427 077 8
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Carmen López	Teléfono: 0414-4270778
Título Del Trabajo: DISEÑO DE UN INSTRUCTIVO PARA LA ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL EN PACIENTES CON REBORDE RESIDUAL ATROFIADO DIRIGIDO A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicación: Se creó un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a los alumnos de Clínica de Rehabilitación Protésica II		
Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 4 meses		

Tutor Académico Propuesto:
Martín Correa

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y
TRABAJO DE GRADO

Erny Leifer
NOMBRE FIRMA 03/08/18
FECHA

Rodolfo
NOMBRE FIRMA 03/08/18
FECHA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
Durán Manosalva	Daniela Alejandra	V-19.443.622
Direccion: Paraparal		Tel éfo no: 042 4- 437 169 1
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE		

GRADO		
Autor		
Nombre	Daniela Durán	Teléfono: 0424-4371691
Título Del Trabajo: DISEÑO DE UN INSTRUCTIVO PARA LA ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL EN PACIENTES CON REBORDE RESIDUAL ATROFIADO DIRIGIDO A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicacion: Se creó un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a los alumnos de Clínica de Rehabilitación Protésica II		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 4 meses		
Tutor Académico Propuesto: Martín Correa		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO


<u>Erny Rojas</u> NOMBRE	 FIRMA	<u>03/08/18</u> FECHA
<u>Rodolfo Páez</u> NOMBRE	 FIRMA	<u>03/08/18</u> FECHA



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Martin Correa**, portador (a) de la Cédula de Identidad N° V-6.138.509, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el (la) ciudadano(a) **Carmen Lopez**, portador(a) de la Cédula de Identidad N° V-20.698.563, titulado “**Diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez**”. Presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 17 días del mes de Enero del año dos mil dieciocho.


(Firma autógrafa)
Martin Correa
Nombres y apellidos
C.I. 6.138.509



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Martin Correa**, portador (a) de la Cédula de Identidad N° **V-6.138.509**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el (la) ciudadano(a) **Daniela Duran**, portador(a) de la Cédula de Identidad N° **V-19.443.622**, titulado **“Diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez”**. Presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.


En San Diego, a los 17 días del mes de Enero del año dos mil dieciocho.


(Firma autógrafa)
MARTIN CORREA
Nombres y apellidos
C.I. 6.138.509

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“Diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez”**, realizado por **Daniela Durán C.I. V-19.443.622** Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


Tutor de Contenido
Nombre: Martín Correa
C.I.: 6.138.509


Jurado
Nombre: Melba Oviedo
C.I.: 5.385.110


Jurado
Nombre: Delbia Terán
C.I.: 7.089.070



Fecha: 13/08/2018



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“Diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez”**, realizado por **Carmen Lopez C.I. 20.698.563** Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


Tutor de Contenido
Nombre: Martín Correa
C.I.: 6.138.509


Jurado
Nombre: Melba Oviedo
C.I.: 5.385.110


Jurado
Nombre: Delbia Terán
C.I.: 7.089.070



Fecha: 13/08/2018

Dedicatoria

A Dios todo poderoso, quien me ha dado las fuerzas para poder afrontar todas las vicisitudes y lograr más objetivos de vida.

A mis padres, por ser los mis guías de mi vida, con su amor, apoyo y gran ayuda que me han dado, pude culminar otra etapa, no existe palabras, ni forma como decirle que los amos, por siempre estar a mi lado dándome fuerza para seguir adelante.

A mi hijo Francisco, por ser la luz de mis ojos, darme esos abrazos en los momentos que más los necesitaba, tener paciencia en aquellos días especiales que no pude estar con él, lo hice con un solo motivo poder darle el mejor ejemplo de salir adelante y que sintiera orgulloso de su mama, el me dio el primer título de mi vida, que ser madre, ahora yo le doy mi título de Odontólogo. Mi vida entera es para ti.

A mis hermanos Javier, Carlos y Rafael que a pesar de estar lejos, siempre están conmigo, dándome su apoyo, ayuda y sus mejores consejo. Mi hermano José Francisco por estar a mi lado ayudándome con los pacientes de un lado a otro y teniendo paciencia en tantas esperas fuera de la universidad. Además de su cariño incondicional.

Mi Abuela Ana Julia, que a pesar de ya no estar físicamente estuvo parte de mi carrera, dando sus mejores consejos de vida, y su gran amor. Mis abuelos Manuel, María Isabel y Rafael que no están conmigo desde hace mucho tiempo, esto es por ellos también porque sé que en todo momento estuvieron conmigo.

Carmen Lopez

Agradecimiento

A Dios sobre todas las cosas, por permitir a cumplir mi sueño, y darme fuerza para seguir adelante.

Mis Padres por su gran ayuda, por ellos me estoy convirtiendo en la profesional quien soy hoy en día. Que siempre creyeron en mí, nunca me dejaron sola y siempre estar a mi lado.

Mi Hijo Francisco por quererme tanto, crecer conmigo y convertirse en una de las personas que me acompañó en este largo camino.

A mis Hermanos que de una forma u otra siempre me ayudaron, me acompañaron, y estuvieron siempre dando ánimo en todo momento.

A mi compañera de tesis que más que compañera es mi hermana Daniela Duran por aguantarme en aquellos momentos de estrés en las clínicas, siempre dándome apoyo para cumplir nuestra meta. Y ser Odontólogas.

Mis amigos de la carrera Stefany, Migle, Jesús, Oswaldo, Jhonkell, Fabiola y Manuel. Con quienes compartí muchas experiencias y momentos especiales, lo cual formamos una pequeña familia, que nos apoyábamos unos con otros.

A mis compañeras Kely, Rosmary, Ronayris, Darly por siempre darme ánimo, estar a mi lado y acompañarme en mi carrera, y ser mis próximas colegas.

A Manuel Cedeño en darme apoyo en los momentos que más necesite, ayudarme a conseguir los pacientes, y escucharme en todos esos momentos de crisis que entraba, darme tranquilidad y claridad al tomar mis decisiones.

A mis Profesores Orlando Moreno, Martin Correa, Melba Oviedo, de quienes aprendí lo mejor, me guiaron en este largo camino, el cual llegue gracias ellos, ya que me enseñaron grandes cosas, y lo más importante de siempre tener el mejor ánimo de trabajar y una gran sonrisa al atender paciente.

A todos mis pacientes, a los que asistieron a su tratamiento y a los que no también, ya que por ellos aprendí afrontar grandes cosas.

Carmen Lopez

Dedicatoria

Primeramente a Dios mi señor todo poderoso por darme la fuerza y sabiduría para afrontar todo este largo camino, el cual no fue fácil, pero con su ayuda pude lograrlo.

A mi madre del alma Carmen Alicia Manosalva que estuvo conmigo hasta que mi Dios así lo quiso y partió de este mundo dejando un gran vacío en mi corazón, pero mami querida sé que sigues a mi lado como siempre TE AMO y EXTRAÑO.

A mi padre querido Freddy Durán con tu amor, educación, rectitud y bondad siempre diciéndome que lo más impórtate son los estudios, le doy gracias a dios por permitir que vieras que logre terminar y tú fuiste ese susurró en mi oído diciendo no dejes de estudiar hija te amo papá gracias.

A mi hermano Freddy Antonio Durán, un pilar en mi vida, se me vino en mundo encima con tu partida pero logre levantarme, no imaginas cuan fuerte es el que no puedas leer estas palaras solo para ti, un día te dije que sería odontólogo para acomodarte el diente que te partí hermano lo logre pero no pude cumplirte porque dios así lo quiso y los tiempos de dios son perfectos. TE AMO y TE EXTRAÑO.

A mi esposo Gabriel Omar Mosquera González, amor le doy gracias a dios por ponerte en mi camino eres el mejor hijo, esposo y padre que pude escoger para mis hijas el apoyo incondicional en todo mi vida me la has dado tú, siempre a mi lado en todo momento, me escuchabas cada día algo diferente que si los pacientes, la clínica, los profesores la casa etc. levantándome cuando ya no tenía fuerza, estabas tú, recordándome que si podía, ahora estas lejos pero mi familia y lo que soy te lo debo a ti, TE AMO esposito te extraño espero verte ponto.

A mis hijas Mónica Alejandra Mosquera Duran y Verónica Antonella Mosquera Durán todo este sacrificio que hice mis reinas fue por ustedes, sé que deje de compartir momentos de sus vidas por estudiar y muchas veces no teníamos tiempo de jugar porque mayormente llegaba de noche y mamá siempre cansada. Pero todo esto mis niñas siempre fue pensando en poder brindarles un mejor futuro son mi vida y

todo mi mundo gira alrededor de ustedes, no se quien le dio la vida a quien, si yo a ustedes o ustedes a mí LAS AMO Y ADORO con todo mi corazón.

A todos mis sobrinos que los amo mucho Camila Prieto, Alessandro Durán especial a mi reina de la tía Ariana Durán que es como otra hija para mí el regalo más grande que me dejó mi hermano junto a su hermanito Diego Durán.

Al resto de mi familia hermanos, tías, primos y en especial a mis abuelas Carmen Manosalva y Maximina Fonseca las amo mis viejitas.

Daniela Duran

Agradecimiento

Te doy gracias mi DIOS por todo, permitiéndome vivir para poder tener mi familia y formarme profesionalmente, toda mi vida te la debo, mil gracias y no me cansare de dártela todos los días de mi vida.

A mi esposo Gabriel Mosquera, porque sin él no podría haber terminado mi carrera a mi lado con su amor, apoyo incondicional no tengo palabras para describir lo agradecida que estoy con dios por darme la oportunidad de tenerte en mi vida te amo hemos logrado muchas cosas y las que nos fatal porque envejeceremos juntos mi amor.

A mis suegros Omar Mosquera y Miguelina González con su apoyo incondicional en todo momento, gracias a Dios porque mis princesas tienen a su abuelita que hizo el papel de madre mientras que yo estaba en la universidad, no les falto ese amor y calor de madre. Gracias conchas eres como otra madre para mis hijas y para mí.

A unos primos muy especiales como lo son ustedes Dennis Mendoza y Yesibel González porque me apoyan en todo a pesar de que no somos primos de sangre el amor y el cariño es el mismo, aunque están lejos siempre se mantiene con nosotros los extrañamos, espero verlos de pronto los quiero mucho.

A mi compañera Carmen Lopez, una gran amiga y el cariño de hermana gracias porque eres un apoyo incondicional, hemos vivido tantas cosas durante la carrera, y lo que nos falta por vivir Dios mediante. Gracias amiga por estar siempre a mi lado y aguantarme te quiero.

A mi grupo de amigos Jhonkell bello, Fabiola Milano, Carmen Lopez, Oswaldo Ruiz, Johana Gutiérrez, Manuel Solano, Jesús Martínez, por el apoyo durante la carrea no solo compañeros de estudio, sino formamos una amistad muy linda que siempre permanecerá aunque tomemos rumbos diferentes los quiero mucho.

A un paciente muy especial como Pedro Betancourt, mi pedris fue mi primer paciente de niño, con un comportamiento único el paciente perfecto de clínica como el no hay dos se te quiere y recuerda siempre.

A mis profesores Martin Correa, Orlando Moreno, Ervy Weffer, Blasmir Jimenez, Melba Oviedo, Leonard Bustamante. Muchos me dieron clase otros no pero le agradezco por formarme como profesional, dedicando parte su tiempo para mí, apoyándome en todo momento más que profesores son personas que admiro y quiero mucho gracias de corazón.

A un grupo de amigos muy especiales que formé durante mis pasantías en el Comando Aéreo de la Guardia Nacional Bolivariana, el Cnel. Carlos Morales, el Tcnel. Antonio Obispo, el May. Dumar Aular, la May. Yuraima Suarez, la Cnel. María Esther Molina, los Ttes. Ramón Pineda y Cristopher Pereira. Gracias por tratarme como parte del grupo de trabajo y por cada día que compartimos en el Centro de Capacitación y Evaluación Aeronáutica GNB y Destacamento de Apoyo Aéreo Nro. 41 GBN.

Daniela Duran

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	11
AGRADECIMIENTO	12
DEDICATORIA	14
AGRADECIMIENTO	16
ÍNDICE GENERAL	18
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	21
RESUMEN INFORMATIVO	22
CAPÍTULO I.....	26
EL PROBLEMA	26
1.1.- Planteamiento del Problema.....	26
1.1.1.- Formulación del Problema	31
1.2.- Objetivos	31
1.2.1.- Objetivo General.....	31
1.2.2.- Objetivos Específicos	31
1.3.- Justificación	31
CAPÍTULO II	33
MARCO TEÓRICO	33
2.1.- Antecedentes	33
2.2.- Bases Teóricas.....	35
2.2.1. Instructivo	35
2.2.2. Reborde Alveolar Atrofiado.	38
2.2.3.- Adaptación de Prótesis Dental Total	43
2.3.- Bases Legales.....	44
2.4.- Definición de Términos	45
CAPÍTULO III.....	47
MARCO METODOLÓGICO	47
3.1.- Tipo de investigación.	47
3.2 Diseño de la investigación	48
FASE I Diagnóstica:.....	49

FASE II Factibilidad:	49
FASE III Diseño de la propuesta:.....	49
3.3. Población	49
3.4. Muestra.....	50
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	50
3.6.- Técnica de análisis de datos.	51
3.8.- Cuadro de Operacionalización de Variables	52
CAPÍTULO IV	53
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Nivel de Conocimiento en adaptación de prótesis total con reborde residual atrofiado	29
Tabla 2: Sabe cuándo un Reborde residual esta Atrofiado	30
Tabla 3: Constitución del Hueso Alveolar tras una pérdida dentaria	31
Tabla 4: Formas de Reborde más comunes	32
Tabla 5: Clasificación de Seibert Clase II cuando existe	33
Tabla 6: Criterio Diagnóstico PDI de prótesis total	34
Tabla 7: Considera Ud. de utilidad un instructivo	35
Tabla 8: Tiene Ud. Conocimiento de la existencia de un instructivo	36
Tabla 9: Es pertinente un tratamiento Quirúrgico en paciente con reborde atrofiado para instalar una prótesis	37
Tabla 10: En instalación de prótesis total debe considerarse el Retención, Soporte y Estabilidad	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN INSTRUCTIVO PARA LA ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS
TOTAL EN PACIENTES CON REBORDE RESIDUAL ATROFIADO
DIRIGIDO A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II
DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autor (a): Carmen Orlinda López Rojas C.I: V-20.698.563

Autor (a): Daniela Alejandra Durán Manosalva C.I: V-19.443.622

Tutor: Od. Martín Correa.

Fecha: Julio 2018.

RESUMEN INFORMATIVO

Este estudio tiene por objetivo aportar información a los alumnos de Clínica de Rehabilitación Protésica II, con la finalidad de facilitar el trabajo a la hora de elaborar la prótesis total en pacientes con reborde atrofiado. Para ello se realizó un estudio tipo Proyecto Factible en sus tres fases: la diagnóstica con un diseño de campo, transversal y descriptivo; la de estudio de factibilidad y la propuesta de un instructivo. La técnica de muestreo fue la no probabilística quedando constituida de 54 alumnos. En cuanto a las técnicas y procesamiento de datos se empleó el programa estadístico SPSS presentando los resultados a través de tablas de distribución de frecuencias y gráficos. Se determinó déficit en el nivel de conocimiento de los alumnos de Clínica de Rehabilitación Protésica II sobre la adaptación de prótesis total con reborde residual atrofiado, al ser bajo en un 68,51%, el 31,48% medio y un 0% alto. Como resultados de la encuesta se observó que la respuesta con mayor selección fue incorrecta o desconocían del tema. Estos valores se tomaron en cuenta y se elaboró un instructivo que servirá de guía a los estudiantes para que al momento que se presente un paciente con estas condiciones, sepa el protocolo a seguir y se rehabilite correctamente, para obtener los resultados esperados y la satisfacción completa del tratamiento.

Palabras Clave: Prótesis Total, Reborde Atrofiado, Instructivo, Rehabilitación

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN INSTRUCTIVO PARA LA ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS
TOTAL EN PACIENTES CON REBORDE RESIDUAL ATROFIADO
DIRIGIDO A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II
DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autor (a): Carmen Orlinda López Rojas C.I: V-20.698.563

Autor (a): Daniela Alejandra Durán Manosalva C.I: V-19.443.622

Tutor: Od. Martín Correa.

Fecha: Julio 2018.

INFORMATIVE SUMMARY

The purpose of this study is to provide information to the students of the Prosthetic Rehabilitation Clinic II, in order to facilitate the work at the time of elaborating the total prosthesis in patients with atrophied rim. For this, a feasible Project study was carried out in its three phases: the diagnosis with a field design, transversal and descriptive; the feasibility study and the proposal of an instruction. The sampling technique was the non-probabilistic one, consisting of 54 students. Regarding the techniques and data processing, the statistical program SPSS was used, presenting the results through tables of frequency distribution and graphs. Deficit was determined in the level of knowledge of the students of Clinic of Prosthetic Rehabilitation II on the adaptation of total prosthesis with atrophied residual rim, being low in 68.51%, medium 31.48% and 0% high. As a result of the survey, it was observed that the response with the greatest selection was incorrect or unaware of the topic. These values were taken into account and an instruction was prepared that will guide students so that when a patient with these conditions presents themselves, they know the protocol to follow and rehabilitate correctly, to obtain the expected results and complete satisfaction of the treatment.

Key Words: Total Prosthesis, Atrophied Rend, Instructive, Rehabilitation

INTRODUCCIÓN

La edad es un reto que enfrenta el organismo propiciada por los cambios inherentes en cada individuo a lo largo de la historia. Con ellos ocurren desgastes fisiológicos afectando cada persona. Por el cual se debe brindar el bienestar en la vida social para la comodidad y satisfacción personal. En el adulto mayor es común la ausencia dentaria conjuntamente con la pérdida de hueso debido a diferentes factores, la degeneración del mismo propicia irregularidad en los rebordes residuales.

Debido a estos cambios que ocurren tras la ausencia dentaria y con el reborde alveolar atrofiado presentándose estos casos a diario en la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez, surgió la necesidad de implementar un instructivo para que el estudiante pueda rehabilitar un paciente con reborde residual atrofiado que amerite la instalación de una prótesis total, permitiendo la adaptación correcta de la misma, devolviendo la función masticatoria, estética, vida social y satisfacción completa al paciente.

Para ello se procedió a estructurar el trabajo de investigación de la siguiente manera:

El primer capítulo, corresponde al problema, en el que se desarrollan los aspectos relacionados con el planteamiento del problema, objetivos de la investigación y su justificación.

El segundo capítulo, en el cual se amplían los distintos aspectos que giran en torno al eje temático de la investigación. En este sentido, se encuentran marco teórico, referido a los antecedentes, bases teóricas, fundamentos legales entre otros.

El tercer capítulo, abarca el marco metodológico, se expone el diseño de la investigación, así como la población y la muestra, el instrumento de recolección de datos y la descripción de los procedimientos, finalmente se operacionalizaron las variables.

El cuarto capítulo, contiene el análisis cuantitativo de cada uno de los ítems del instrumento aplicado, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, en el quinto capítulo se presenta de la propuesta (instructivo) para la rehabilitación de pacientes con reborde residual atrófico.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.- Planteamiento del Problema

El envejecimiento, es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática debido a las modificaciones, morfológicas, fisiológicas y bioquímicas progresivamente en cada individuo a medida que el tiempo.

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de los 90, empezó a hablar del envejecimiento activo, refiriéndose al proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida a los individuos como a los grupos de población, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Sus principios permiten delinear los componentes del envejecimiento activo para la actividad social que ha de contribuir al bienestar individual, familiar, comunitario y social.

En relación a los tejidos duros, el esmalte del paciente geriátrico sufre un desgaste natural, como resultado de la masticación sin ocasionar molestia. Se observa opacamiento del esmalte, lo que ocasiona que los órganos dentales se vean de color mate, sin brillo y más oscuros. De igual modo, en la dentina hay un cambio de coloración debido al propio proceso de envejecimiento y se produce un cambio muy notorio producido por la sustitución de la dentina original por la denominada “dentina de reparación”, lo que ocasiona que los dientes adopten un tono amarillo. Estos cambios generan que las piezas dentarias se vuelven más frágiles por aumento de la mineralización dentinaria.

Ahora bien, como consecuencia de los problemas en los tejidos duros y periodontales podemos evidenciar serios cuadros de edentulismo. Cuando un adulto

mayor presenta edentulismo se ve afectada no sólo la función masticatoria, sino también la fonación, autoestima y estética. Debido a que la pérdida de dientes se suele acentuar durante el envejecimiento; la tendencia común es asociar la degeneración dental con el clásico cuadro de senilidad. Se puede inferir que el estado de salud bucal de la población geriátrica es el reflejo de los cuidados odontológicos que durante toda la vida se recibió; sumado a las posibles consideraciones sistémicas que condicionan su estado de salud.

En líneas generales, un porcentaje bastante alto de la población de adultos mayores presenta ausencia de por lo menos la mitad de las piezas dentales, y otro porcentaje es desdentado total. Por otro lado, la totalidad de la población geriátrica sufre algún grado de enfermedad periodontal lo que conlleva a la pérdida de soporte, pérdida de inserción, severos cuadros de movilidad dentaria y finalmente, la pérdida de piezas dentarias. (Chávez B., Manrique J.E., Manrique J.A., 2014).

Por otra parte, el objetivo principal de la rehabilitación bucal es mejorar la función del sistema estomatognático en los pacientes que han tenido experiencias de disfunciones en la masticación, el habla o en la deglución como consecuencia de la pérdida dentaria o por otras razones. Según Koyano (2012) El sistema masticatorio es un complejo sistema neuro muscular y esquelético que involucra la actividad de los músculos, nervios, huesos y los tejidos periodontales. Los edéntulos poseen alteraciones tales como la disminución de la fuerza masticatoria, disminución de la sensación propioceptiva de los objetos y alimentos, además de los desfavorables efectos estéticos en la cara.

Aunado a esto, el autor establece su principio de conservación de estructuras orgánicas según su función. Dicho principio establece que las estructuras biológicas están presentes cuando existe una función asociada a ellas. Si dicha función no está presente, el organismo no invertirá recursos estructurales ni energéticos en su conservación, iniciando un proceso de reabsorción.

Ahora bien, el tratamiento del edéntulo total consiste básicamente en devolver las estructuras dentarias perdidas a través de medios artificiales como las prótesis

totales, pese a que la terapia de los implantes ha provisto una solución para el edentulismo, las prótesis completas convencionales continúan siendo la mejor opción para la mayoría de pacientes especialmente cuando existen limitaciones económicas.

En este sentido, para la realización de un tratamiento protésico existen diversos pasos clínicos y de laboratorio, y uno que requiere de cierta dedicación y conocimiento por parte del profesional y del paciente que requiere el tratamiento, lo constituye la instalación y el control, e incluso es una obligación aún para aquellos casos que no reporten molestias; en ocasiones, por falta de comunicación e intercambio con el profesional, no existe la debida orientación que justifique el retorno de un paciente que se haya instalado una prótesis dental.

Hay que recordar que la prótesis dental tiene como objetivo la colocación de dientes artificiales y es una de las responsabilidades importantes de la Odontología, que conlleva 3 requisitos esenciales: servir para la masticación, restaurar la estética en los casos que lo requiera y producir un mínimo de molestias en el portador. Según Castro y Fernández, (2013), "...las bases protésicas de las prótesis totales deberán ofrecer tres aspectos fundamentales: soporte, retención y estabilidad, las bases acrílicas aún continúan siendo una opción aceptable para cumplir con los tres requisitos", sin embargo, algunas veces la retención y la estabilidad son un problema en rebordes muy atrofiados en los cuales los implantes endoóseos son alternativas muy aceptables para fijar una sobredentadura.

La oclusión en la rehabilitación de prótesis total es primordial pues permitirá cumplir con la retención y estabilidad de las bases protésicas, el esquema balanceado bilateral aún continúa siendo el principal objetivo a utilizar en la mayoría de los casos de edentulismo total. Para lograr la satisfacción del paciente edéntulo total luego de la rehabilitación protésica es cómo se debería definir el éxito del tratamiento, muchos ven mejoradas su vida social, bienestar y calidad de vida luego de utilizar una prótesis total bien adaptada y estética.

Por lo anterior, la prótesis dental, con sus diversas variedades, es una necesidad asistencial en la atención a nivel primario. Por tal razón, se deben conocer las causas

que producen la pérdida de los dientes, y trabajar para limitar el número de tratamientos protésicos, mediante la prevención, único medio eficaz y económico.

La satisfacción del paciente es afectada por factores neurofisiológicos y psicosociales, muchas veces los pacientes edéntulos se preocupan más por el aspecto funcional que por el aspecto estético; con lo cual se podría decir que la mejora en la capacidad masticatoria y por ende una mejora en la alimentación, deglución y absorción de los nutrientes se ve reflejada en el éxito del tratamiento. (Castro y Fernández, 2013).

Ahora bien, este proceso puede sufrir inconvenientes, lo cual es claramente identificado en el ámbito odontológico, donde al realizar una exodoncia vemos que inevitablemente se produce un colapso del reborde. Este puede ser tan marcado que incluso puede inhabilitar la posibilidad de insertar implantes o su rehabilitación ser un fracaso desde el punto de vista estético y/o funcional.

Por otra parte, proporcionar una terapia completa de prótesis a pacientes con crestas alveolares residuales atróficas es un reto. Debido a que estos pacientes sufren una disminución continua de la base de la prótesis, los enfoques modernos a menudo implican la terapia de implantes dentales como un medio para mejorar la base de la prótesis y complementar la mecánica del soporte, la retención y la estabilidad de la prótesis.

Independientemente de la disponibilidad del implante, se deben lograr contornos de prótesis totales fisiológicamente óptimos y una disposición de dientes protésica y fisiológicamente apropiada para maximizar la estabilidad, la comodidad y la función de la misma para los pacientes.

Para Moreno, Carreño y Castillo (2015), el tratamiento convencional del edéntulo total mediante prótesis completas mucosoportadas es aceptable cuando existe suficiente reborde alveolar para soportar la dentadura; además es un tratamiento relativamente sencillo y accesible a la gran mayoría de la población. El problema surge cuando el reborde alveolar está atrofiado y la retención de las prótesis inferiores es pequeña.

A causa de las extracciones dentales, ocurre la reducción fisiológica de las apófisis alveolares, hasta que al llegar a determinado punto se habla de atrofia alveolar, por lo general, cuando se dificulta la construcción de una dentadura completa a causa de la pérdida de hueso extrema. La atrofia alveolar se considera de etiología multifactorial.

Según Mish (1995) Existen diversos factores relacionados con este problema. Se han factores tales como enfermedad periodontal preexistente, trastornos sistémicos y endocrinos, factores dietéticos, consideraciones anatómicas, mecánicas, sexo y morfología facial. Es quizás una de las condiciones bucales más incapacitantes, la razón reside en que es crónica, progresiva, acumulativa e irreversible.

En realidad, la atrofia suele empezar en la edad media de la vida, con los dientes todavía presentes; se acelera cuando se hacen extracciones y se retarda nuevamente una vez terminado el remodelado, pero mientras en algunos sujetos, con o sin prótesis, los maxilares parecen estabilizar su forma ósea durante largos períodos después del remodelado, en muchos (en la mayoría, si se observa con suficiente minuciosidad) el proceso de atrofia en sentido vertical y horizontal no llega a detenerse.

Con la pérdida de los dientes, se inicia un proceso natural de reabsorción de la cresta alveolar, que es casi siempre independiente de la edad, sexo o el estado de salud del paciente. Esta reabsorción es cuatro veces mayor en mandíbula que en el maxilar superior, y es más rápida entre los primeros 6 meses y dos años post extracción, aunque puede prolongarse durante el resto de la vida. En casos extremos se produce una severa atrofia de las crestas con los consiguientes problemas protésicos y estéticos

El tratamiento de la atrofia severa se describe como difícil y frustrante, tanto para pacientes como protesistas. La atrofia altera las relaciones maxilomandibulares, reduce la cantidad de hueso del área portadentadura y la profundidad del surco. Los pacientes tienden a experimentar excesiva movilidad de las prótesis mucosoportadas, ulceraciones persistentes y neuralgias, y la instalación de implantes requiere de

cirugías de gran morbilidad tales como desviaciones de nervios o injertos para incrementar el reborde alveolar. El compromiso funcional más importante suele estar en la mandíbula, donde la retención de una dentadura completa es difícil hasta en las mejores circunstancias. (García-Roco y Arredondo, 2002).

1.1.1.- Formulación del Problema

¿Qué beneficios genera el diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad “José Antonio Páez”?

1.2.- Objetivos

1.2.1.- Objetivo General

Diseñar un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a los alumnos de la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

1.2.2.- Objetivos Específicos

1. Determinar la necesidad de diseñar un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado.
2. Determinar la factibilidad de realizar un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado.
3. Elaborar un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antoni Páez.

1.3.- Justificación

La importancia de este trabajo reside en proporcionar la herramienta necesaria a los operadores para poder enfrentar estos casos y solucionar a cabalidad las

necesidades de los pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II en la Universidad “José Antonio Páez”, presentando reborde residual atrofiado.

A nivel social, porque le brinda a los interesados en el área de la rehabilitación protésica conocimientos sobre el abordaje más conveniente a pacientes con esta condición.

Además, a nivel institucional, la intención de este protocolo es suministrar el conocimiento necesario a los estudiantes a cerca de esta afectación y como deben abordarla, para que, en el futuro, al encontrarse en el campo de ejercicio profesional no tengan obstáculos a la hora de afrontar casos similares. Al tener ese conocimiento, es posible combatir el problema y otorgar herramientas a los estudiantes para mejorar las técnicas usadas y obtener mejor resultados en la adaptación de las prótesis totales en Clínica Protésica II de la Universidad José Antonio Páez. Se debe destacar que en este momento en la institución no existe un instructivo por el cual el estudiantado pueda orientarse a la hora de presentarse un paciente con estas características.

Por último a nivel de metodología investigativa el estudio servirá de antecedentes para investigaciones venideras en el área.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico de la investigación, puede ser definido como el compendio de una serie de elementos conceptuales que sirven de base a la indagación por realizar. Está estructurado en tres secciones: antecedentes

2.1.- Antecedentes

Esta sección se centra en aquellos estudios previos y tesis de grado relacionadas con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan relación con la investigación realizada.

Uno de estos trabajos es el de Alemán O, Lenin Y. MediSan (2018) **“Técnica de Aleman y Pico para la profundización del surco Vestibular inferior”**. A pesar de los avances en la tecnología para preservar la dentición, aun se requiere la rehabilitación del sistema masticatorio en pacientes desdentados parcial o totalmente, lo que resulta difícil y frustrante tanto para los afectados como para los protesistas si existe atrofía grave del hueso alveolar. Este problema se puede solucionar mediante una intervención quirúrgica denominada “profundización del vestíbulo, dirigida a lograr el aumento de la cresta alveolar y, con ello, el soporte de las prótesis dentales.

En otro trabajo realizado por Maldonado, C. Andrea, K (2015). **“Rehabilitación protésica en paciente de la tercera edad previo a extracciones múltiples con alveoloplastia”**. La rehabilitación protésica en paciente de tercera edad es un procedimiento importante para mejorar su estilo de vida, el equilibrio en el sistema estomatognático y sus componentes, que se ve afectado por la pérdida de

las estructura dentales, y esta a su vez da como resultado déficit en la masticación, con consecuencia, tanto funcionales como orgánicas. El objetivo de esta investigación es determinar la información de la Rehabilitación protésica en paciente de la tercera edad previo a extracciones múltiples con alveoloplastia.

Por lo siguiente la rehabilitación previo a extracción en pacientes de la tercera edad, es importante ya que un edentulo hay que devolver la función, y la estética, para

Igualmente en el trabajo desarrollado por Arcia Y, Piñero Y, Galvez M. **"Estomatitis protésica en paciente ancianos del Estado Bolívar, Venezuela."** Medicentro (2017). La rehabilitación protésica es necesario cuando ocurre la perdida de los dientes; esto constituye una agresión mecánica no fisiológica, que puede causar lesiones como estomatitis protésica y sus reacciones crónicas pueden genera fenómenos profiláctivos; como resultado, se realizó un estudio en paciente de edad avanzada con protesis dental que, fueron atendidos en la clínica dental de para paragua, municipio heres, estado Bolívar Venezuela. Para identificar este afecto según sexo y edad, el grado más común en el cual se presenta y los principales factores de riesgo asociado a ella.

Tomando en cuenta el siguiente artículo de la estomatitis protésica en anciano, lo relacionamos, ya que habla de la perdida de los dientes no fisiológica, causando diferentes tipos de atrofiás, lo cual asociamos a nuestro trabajo, por presentar el manejo en pacientes edéntulos.

Igualmente está el trabajo desarrollado por Castro y Fernández (2013), intitulado **"Secuencia clínica de la rehabilitación del Edéntulo total Bimaxilar. Reporte de caso clínico"**, el cual es reporte de caso presenta la secuencia clínica y los procedimientos técnicos de laboratorio en la confección de la prótesis total como tratamiento para mejorar la estética, la función y la fonética que se presentan en los pacientes edéntulos totales bimaxilares.

La utilidad fundamental que lo relaciona con la propuesta de este estudio, radica en que en esta investigación se hace un recuento exhaustivo de todo el proceso

que conlleva a la adaptación de una prótesis total a un paciente edéntulo bimaxilar con reborde alveolar atrofiado, en cualquiera de sus características, desde la confección hasta la rehabilitación final del paciente.

2.2.- Bases Teóricas

2.2.1. Instructivo

Toda unidad administrativa debe documentar sus procedimientos; es decir, establecer por escrito, implementarlos y mejorarlos. Los procedimientos documentados se agrupan en una carpeta llamada Instructivo de procedimientos, en la cual se constituye en un documento independiente del manual de calidad, pero complementario. (Ávila y cols., 2014).

Mientras que el manual de calidad describe el sistema de gestión de calidad de la organización, el instructivo de procedimientos considera la descripción de las actividades y métodos de trabajo como parte del sistema. Los manuales de procedimientos son instrumentos administrativos que apoyan el que hacer institucional y están considerados como documentos fundamentales para la coordinación, dirección, evaluación y el control administrativo, así como para consulta en el desarrollo cotidiano de actividades. Aportada por Institución politécnico nacional.

Para documentar los procedimientos es necesario cumplir con los aspectos siguientes:

- a. Que se justifiquen
- b. Que tengan antecedentes históricos consolidados
- c. Que tengan alcances y límites precisos
- d. Que contribuyan al desarrollo de un proceso
- e. Que existan responsables de su ejecución
- f. Que identifiquen registros para obtener evidencias de su cumplimiento.

Las ventajas de contar con procedimientos documentados y agrupados en el manual permiten:

- a. Disminuir la improvisación y los errores;
- b. Contribuir a precisar las funciones y responsabilidades de los miembros de la organización;
- c. Dar una visión global y sistemática del trabajo administrativo de los servicios públicos;
- d. Ser documentos de consulta;
- e. Vincular la realidad con los procesos documentados; y
- f. Emprender acciones de mejora.

El reglamento interior, el manual de organización y el instructivo de procedimientos tienen diferencias en cuanto a sus propósitos. Sin embargo, los tres tienen una relación estrecha, toda vez que lo normado en el primero sirve de base para elaborar los segundos. Para su adecuada comprensión, formulación y aplicación, es conveniente señalar algunas características que los distinguen.

El contenido de los manuales de procedimientos es diferente en cada organización; varía según su ámbito de aplicación y su alcance. No obstante, se recomienda adoptar, en su caso, el modelo siguiente: Presentación; Objetivo General; Identificación e integración de procesos; Relación de procesos y procedimientos;

2.2.1.1.- Descripción de los procedimientos.

Según Ávila y cols., (2014), el proceso de implantación de procedimientos requiere, en la mayoría de los casos, considerar tiempos de capacitación o adiestramiento del personal responsable de realizar las actividades. Así también, resulta de gran importancia que las personas directamente involucradas en el uso de los manuales conozcan al detalle su contenido, con el objeto de que tengan el conocimiento general de la acción institucional y puedan consultar dichos documentos siempre que sea necesario. La utilidad de los manuales de procedimientos y organización radica en la veracidad de la información que contienen, por lo que es necesario mantenerlos permanentemente actualizados, a través de revisiones periódicas.

En cuanto al análisis y diseño de procedimientos, a través del conocimiento de los procedimientos puede tenerse una concepción clara y sistemática de las operaciones que se realizan en la dependencia o unidad administrativa; es importante que, al emprender un estudio de esta naturaleza, se aplique una metodología que garantice la descripción de los procedimientos, de acuerdo con la realidad operativa y con las normas jurídico administrativas establecidas al efecto. En tal virtud se presentan las etapas necesarias para desarrollar la identificación, el análisis y el diseño de los procedimientos. El primer punto que debe concretarse cuando se investigan uno o varios procedimientos, ya sea para describirlos, implantarlos, mejorarlos o sustituirlos, es el definir con la mayor precisión posible los siguientes aspectos.

2.2.1.2.- Delimitación del procedimiento

¿Cuál es el procedimiento que se va a analizar?, ¿Dónde se inicia?, ¿Dónde termina? Una vez contestadas las preguntas anteriores, se fija el objetivo del estudio; éste servirá de guía para la investigación, el análisis y la propuesta de los procedimientos en estudio.

2.2.1.3.- Recolección de la Información

Según los autores antes citados, consiste en recabar los documentos y los datos, que una vez organizados, analizados y sistematizados, permitan conocer los procesos tal y como operan en el momento, y posteriormente proponer los ajustes que se consideren convenientes.

Para recabar la información, es necesario acudir a diversas fuentes, entre las que destacan los archivos documentales, en los que se localizan las bases jurídico-administrativas que rigen el funcionamiento y actividades; los funcionarios y empleados quienes pueden aportar información adicional para el análisis, diseño e implantación de procedimientos; y las áreas de trabajo que sirven para tener la visión real de las condiciones, medios y personal que operan los procedimientos. Entre los

elementos que integran el manual, se puede señalar que en la actualidad existe una gran variedad de modos de presentar un instructivo de procedimientos, y en cuanto a su contenido no existe uniformidad, ya que éste varía según los objetivos y propósitos de cada dependencia, así como con su ámbito de aplicación; por estas razones, resulta conveniente que en la Autoridades Administrativas se adopten normas generales que uniformen tanto el contenido de los manuales, como su forma de presentación.

A continuación, se mencionan los elementos que se considera, deben integrar un instructivo de procedimientos, por ser los más relevantes para los objetivos que se persiguen con su elaboración

- Identificación
- Índice
- Introducción
- Objetivo(s) del Manual
- Desarrollo de los procedimientos

2.2.2. Reborde Alveolar Atrofiado.

De acuerdo con Surco (2013), el reborde alveolar está atrofiado cuando se encuentra disminuido de tamaño en longitud y anchura. Este cuadro se debe a diferentes causas, entre las que se destacan al mal manejo de exodoncias, que en muchas ocasiones suelen ser traumáticas para el hueso que los sostiene.

El reborde alveolar está constituido por las tablas externas e internas en cada maxilar y los tabiques intra-alveolares que se extienden de una a otra cara, delimitándose los alvéolos que, a nivel de las piezas multirradiculares, se hallan divididos por los septum o tabiques interradiculares. La atrofia ósea y especial mente la que se deriva de la pérdida de las piezas dentarias, provoca la paulatina pérdida ósea y se origina el reborde residual del desdentado.

El reborde puede tener diversas formas, entre las más comunes tenemos: triangular, cuadrada y ovoide. El hueso alveolar, tras la pérdida dentaria, estará constituido casi exclusivamente por hueso esponjoso de trama ancha, con escasa o

nula capa compacta en su parte coronal y que muestra una elevada tendencia a la reabsorción.

Se han generado a lo largo del tiempo diferentes clasificaciones y descripciones del reborde residual o vano desdentado dependiendo del fin que se persigue, ya sea diagnóstico general, para rehabilitación con implantes o con fines meramente académicos. Según Lindhe (2000) en la literatura se puede encontrar las siguientes clasificaciones:

Clasificación de Atwood:

- I. Pre Extracción
- II. Post Extracción
- III. Alto bien redondeado
- IV. Filo de cuchillo
- V. Bajo bien redondeado
- VI. Deprimido

Clasificación según Clase

- I.0 – 1/3 Escasa pérdida de altura
- II. 1/3 – 2/3 Pérdida moderada de altura
- III. 2/3 – 3/3 Intensa pérdida de altura
- IV. Eminencia alveolar afilada con degradación principalmente lateral

Clasificación de Seibert:

Según Seibert (1983) el reborde residual se clasifica según el tipo de defecto en:

Clase I: Defectos de anchura: Habitualmente debidos a la pérdida progresiva de la pared vestibular.

Clase II: Defectos de altura: Suelen ir asociados a los primeros, si bien son típicos de exodoncias antiguas en las que están asociadas las pérdidas de la pared

vestibular y palatina, asociadas tanto al hecho de la exodoncia como a la involución senil.

Clase III: Defectos combinados: Son habituales cuando están asociados a exodoncias ya antiguas.

2.2.2.1. Clasificación de los maxilares edéntulos

Según Bortolotti (2007), las búsquedas de Ackermann, retomadas después por otros autores, se pueden resumir en la descripción de tres clases principales:

Clase I

- a) Plano sagital. La papila incisiva cae perpendicularmente en el surco vestibular inferior; la posición de las crestas, en los sectores lateroposteriores, se presentan paralela. La distancia interrebordes generalmente está comprendida entre 36 y 44 mm
- b) Plano horizontal. La papila incisiva se presenta generalmente bien desarrollada y visible; las rugosidades palatinas son simétricas; los centros de las crestas superiores e inferiores son bien visibles y triángulos son regulares; los arcos anteriores son redondeados y regulares.
- c) Plano vertical. Los centros de las crestas superiores son desplazados hacia la línea media respecto a los inferiores; el eje de la cresta superior se dirige perpendicularmente hacia abajo, mientras el inferior puede estar inclinado hacia lingual.

Clase II

- a) Plano sagital. La papila incisiva cae más adelante con respecto al reborde inferior; la posición de las crestas, en los sectores lateros posterior, puede ser convergente hacia distal, con la consiguiente estrecha cercanía de la tuberosidad y del triángulo retromolar: la cresta inferior sube en repecho, el

área del primer molar puede ser profunda y reabsorbida. La distancia interrebordes esta generalmente comprendida entre 36 y 40 mm

- b) Plano horizontal. La papila incisiva está perfectamente localizada; las primeras rugosidades palatinas son poco visibles y a menudo asimétricas; los centros de las crestas superiores son más pronunciados respecto a los inferiores que son poco identificables, a menudo constituidos por tejidos flácido, y sede de grandes reabsorciones; el arco anterosuperior es amplio. El inferior es restringido, a menudo se presenta muy restringido en la zona de los caninos que resultan por ende difícil de posicionar respecto a los superiores.
- c) Plano vertical. Los centros de las crestas superiores son vestibularizados respecto a los inferiores; los inferiores son rectos y casi perpendiculares, a veces pueden también estar orientados hacia vestibular.

Clase III

- a) Plano sagital. La papila incisiva cae sobre la cresta inferior o detrás de ella; los sectores posteriores presentan posiciones de las crestas lineares y paralelas, a veces puede haber convergencia hacia mesial, con el consiguiente espacio distal amplio, que requiere una cuidadosa colocación de los dientes artificiales posteriores. La distancia inter rebordes puede variar de los 28-36 mm en los bruxómanos (Clases III adquiridas), hasta 36-40 mm (Clases III verdaderas).
- b) Plano horizontal. El maxilar se presenta reabsorbido, sea en el arco anterior o en los sectores posteriores; las tuberosidades generalmente son escasamente representadas; los centros de las crestas son fácilmente localizadas; la arcada mandibular presenta un arco anterior amplio, mientras que, en los sectores posteriores, las crestas pueden estar reabsorbidas, pero no flojas o fluctuantes; los triángulos retromandibulares pueden ser poco evidentes y prosiguen la dirección de la cresta.

- c) Plano Vertical. Los centros de las crestas superiores están más desplazados hacia el centro del paladar, los centros de las crestas inferiores son más vestibularizados; el eje de la cresta inferior tiene una inclinación hacia lingual.

2.2.2.2- *Índice de Diagnóstico Prostodóntico (PDI) Para Edentulismo Completo.*

De acuerdo con el Índice de Diagnóstico Prostodóntico (PDI) para edentulismo completo desarrollado por el Colegio Americano de Prostodoncistas, (Universidad Nacional de Colombia, 2013), existen cuatro criterios diagnósticos para el edentulismo total: a) altura de hueso mandibular, b) relación maxilomandibular, c) morfología del reborde residual maxilar y d) inserciones musculares. Estos cuatro criterios permiten clasificar los pacientes como clase 1 (mínimamente comprometidos), clase 2 (moderadamente comprometidos), clase 3 (sustancialmente comprometidos), clase 4 (severamente comprometidos)

Paciente parcialmente edéntulo Clase 1 puede ser tratado exitosamente con técnicas prostodónticas convencionales. Este tipo de paciente presenta las siguientes características: a) altura de hueso mandibular mínima de 21 mm medida en el área de menor altura vertical, b) relación maxilo mandibular que permite una articulación dental normal y una relación de rebordes ideal, c) morfología de reborde maxilar que resiste el movimiento vertical y horizontal de la base protésica, y d) inserciones musculares que contribuyen a la estabilidad y retención de la base protésica

Clase 2: presenta a) una altura de hueso mandibular residual de 16 a 20 mm medida en el área de menor altura vertical, b) relación maxilo mandibular que permite una articulación dental normal y una relación de rebordes apropiada, c) morfología de reborde maxilar que resiste el movimiento vertical y horizontal de la base protésica, y d) inserciones musculares que comprometen mínimamente la estabilidad y retención de la base protésica

Clase 3: exhibe a) un espacio interarco limitado de 18 a 20 mm y/o desordenes temporomandibulares, b) altura mandibular residual de 11 a 15 mm medida en el área

de menor altura vertical, una relación maxilo mandibular de Angle clase I, II o III; d) inserciones musculares que ejercen un compromiso moderado en la retención y estabilidad de la base protésica, y e) morfología del reborde maxilar residual que ofrece mínima resistencia al movimiento de la base protésica

Clase 4: aquel paciente que presenta la forma más grave del edentulismo completo, donde la reconstrucción quirúrgica es usualmente indicada y las técnicas prostodónticas especializadas son requeridas para mejorar aceptablemente la situación. Presenta a) altura mandibular residual de 10 mm o menos, b) relación maxilo mandibular de Angle clase I, II o III; c) morfología del reborde maxilar residual no ofrece resistencia al movimiento de la base protésica y d) las inserciones musculares comprometen significativamente la estabilidad y retención de la base protésica.

2.2.3.- Adaptación de Prótesis Dental Total

Según el Glosario de Términos Prostodónticos (The Academy of Prosthodontics. (2005). La prótesis total o dentadura completa (también llamada prótesis total removible completa), reemplaza la dentición completa y las estructuras asociadas del maxilar o la mandíbula. 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:

- 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
- Obtener correcto enfilado dentario
- Lograr axialización de fuerzas
- Lograr estabilidad protésica.

- Lograr balance oclusal
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente

2.3.- Bases Legales

Se trata del conjunto de documentos de naturaleza legal que sirven de testimonio referencial y de soporte a la investigación que se ha de realizar. Estos documentos lo encontramos regularmente en: la Gaceta Oficial a la cual hay que indicarle su número y fecha de edición, las leyes aprobadas por el ente legislativo.

La salud es un derecho fundamental inherente a toda persona, y como tal está expresada en uno de los preceptos de la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)**, la cual dispone, en su artículo 83, el reconocimiento de la misma de la siguiente manera:

***Artículo 83:** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p.22).*

Por otra parte, es evidente el avance científico de los métodos y técnicas aplicadas al área de la odontología con el transcurso del tiempo, situación que deben prever los especialistas en dicha área, a los fines de garantizar mayor eficacia en el desempeño de su labor con los nuevos avances. Es por ello que el **Código de Deontología Odontológica (1992):**

Artículo 17º: *El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.*

Artículo 18º: *El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.*

El odontólogo debe prestar debida atención para el diagnóstico adecuado del paciente, recurrir a los procedimientos científicos a su alcance y debe procurar que se cumplan sus indicaciones terapéuticas. El odontólogo al prestar su servicio se obliga a:

- a) Conservar la salud del paciente.
- b) Asegurarle al paciente todos los cuidados profesionales.
- c) Actuar con serenidad y delicadeza; como una obligación profesional.

2.4.- Definición de Términos

Atrofia alveolar: Reducción fisiológica de las apófisis alveolares, causa de la pérdida de hueso extrema.

Axialización: Aplicación de fuerza produciendo tensión en ligamento periodontal generando posición ósea.

Edentulismo: El edentulismo es un estado de la salud bucal que implica la ausencia de piezas dentarias.

Estomatognático: es el conjunto de órganos tejidos que permiten las funciones fisiológicas de: comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír incluyendo todas las expresiones faciales, respirar, besar o succionar.

Injerto autólogo: Es un trasplante de hueso del propio individuo, de una zona a otra del esqueleto óseo. Es el material más biocompatible que existe. Está compuesto por tejidos tomados del mismo individuo. Es el tipo de injerto que proporciona mejores

resultados ya que evita la transmisión de enfermedades y el rechazo inmunológico. El autoinjerto óseo es el único que cumple con los tres mecanismos de regeneración ósea (osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción).

Prótesis dental: Es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone los dientes.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Es importante considerar, que, según Balestrini, M. (1997) “Toda vez que se ha formulado el problema de la investigación, delimitados sus objetivos y asumidas las bases teóricas que orientaran el sentido de la misma de manera precisa, para indicar el tipo de datos que se requiere indagar, deben seleccionarse los distintos métodos y las técnicas que posibilitaran obtenerla información requerida.” (p.125). Por tal sentido, el presente capítulo contiene el tipo y diseño de investigación, población, muestra, validez, confiabilidad, técnicas e instrumentos de recolección de datos y análisis del mismo.

3.1.- Tipo de investigación.

El tipo de investigación que se implementó se encuentra enmarcado dentro de la modalidad de Proyecto Factible o Investigación Proyectiva, que de acuerdo con Hurtado (2008) consiste en “la elaboración de una propuesta, un plan, un programa o un modelo como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social, o de una institución” (p. 9). O, según el Modelo de Proyecto Factible de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2002);

El proyecto factible consiste en la elaboración de una propuesta de un modelo operativo variable, o una solución posible a un problema de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social. La propuesta debe tener apoyo, bien sea en una investigación de campo, o en una investigación de tipo documental; y puede referirse a la formación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. (p.7)

Es de hacer notar, que la investigación está orientada a diseñar un programa de formación académica en investigación educativa dirigida a los estudiantes de la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez, y así lograr de una forma óptima los objetivos establecidos por la unidad curricular de esa área de estudio. En tal sentido, es importante indicar, que el desarrollo de la propuesta tiene como propósito solventar la situación problemática de la institución en estudio con respecto a la comprensión de los aspectos metodológicos-teóricos, integración de los diversos tutores de trabajos de grados, entre otros aspectos.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la Investigación es de campo, debido a que, en este caso particular, consistió en un proceso sistemático y riguroso de recolección de datos a través de una estrategia que permitirá recopilar la información necesaria para el estudio. En tal sentido, Tamayo, (2003), define la investigación de campo como: “un proceso donde los datos se recogen de manera directa de la realidad en su ambiente natural, con la aplicación de determinados instrumentos de recolección de información”. (p. 111). Por ello se recabará la información tal y como se presenta en la realidad sin manipulación de variable alguna. Igualmente, el estudio se fundamentó en una investigación documental, por cuanto permitió indagar en base a consulta de libros, tesis, revistas, y otros documentos que hacen referencia a la investigación (Hernández, y otros. 2004, p. 303).

Cabe destacar, en el diseño de la propuesta se describe cada uno de los elementos que la comprende por el cual está estructurada de la siguiente manera: Diagnóstico de la situación del estudio, factibilidad de la propuesta (económica, operativa y técnica.), y administración de la propuesta en concordancia con los requisitos de proyecto factible basado en las tres primeras fases del modelo de Kaufman, que consisten en la identificación del problema en función de lo que es y lo que debe ser e implica dar respuesta (citado por Dubs, 2002), desarrollándose en las siguientes fases:

FASE I Diagnóstica:

En esta fase se realizó un estudio diagnóstico a objeto de conocer la situación con respecto a la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado a través de un estudio descriptivo de tipo transversal ya que se realizó la recolección de datos en un solo momento, información que fue procesada y analizada, según lo plantea Balestrini (ob. cit.) como “aquellos que se proponen la descripción de las variables, tal como se manifiestan y el análisis de estas, tomando en cuenta su interrelación e incidencia. En estos diseños la recolección de los datos se efectúa solo una vez y en un tiempo único” (p. 133).

Adicionalmente se efectuó un análisis FODA para determinar las causas principales del problema y las posibles estrategias de solución.

FASE II Factibilidad:

Una vez realizado el diagnóstico se procedió a hacer los análisis correspondientes de la información. En la misma se determinó la importancia y la necesidad de desarrollar la propuesta. Así mismo se estudiaron las condiciones que permitieron la elaboración de la misma, tomando en cuenta su relevancia y su viabilidad, concebida esta como el potencial de la realización por medio de los aspectos técnicos y económicos.

FASE III Diseño de la propuesta:

En esta fase se diseñó la propuesta basada en la metodología para la elaboración de un programa de formación que presenta Tobón (2005).

3.3. Población

Tamayo (2003) refiere que: “Población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluso la totalidad de unidades o totalidades que integran dichos fenómenos”. (p. 176). Entonces, una población es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones. En este sentido la población quedó conformada por 168 alumnos pertenecientes a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

3.4. Muestra

La muestra, según Tamayo, (2003) es: “Una porción de la población que se toma para hacer el estudio, la cual se considera representativa de la población” (p. 160). Por lo tanto, descansa en el principio de que las partes representan al todo y, por tal, refleja las características que definen la población de la que fue extraída, lo cual nos indica que es representativa.

Al respecto, autores como Busot y Sierra Michelena (citados por Corral, 2015) consideran que una muestra de 30% de la población es suficientemente representativa, para muestras aleatorias (al azar) en investigaciones que se ubiquen en el área de las ciencias sociales. Para este estudio, tomando en cuenta que la población de estudiantes que cursan la Clínica de Rehabilitación Protésica II es de 168 personas, se obtiene por resultado una muestra de 50 personas.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. Las técnicas de recolección de datos, para Hurtado (2008), “tienen que ver con los procedimientos utilizados para la recolección de los datos, es decir el cómo, los instrumentos representan la herramienta con la cual se va recoger, filtrar y codificar la información, es decir, el con qué” (p.153).

En esta investigación se utilizó como técnica la encuesta que según Palella y Martins, (2010), “es una técnica destinadas a obtener datos de varias personas cuyas opiniones interesan al investigador.” (p.123). Y el instrumento aplicado fue el cuestionario donde el mismo autor establece que “es un instrumento de investigación que forma parte de la técnica de la encuesta. Es fácil de usar, popular y con resultados directos. El cuestionario, tanto en su forma como en su contenido, debe ser sencillo de contestar”. (p.131), el instrumento utilizado constó de cinco (5) preguntas

dicotómicas SI – NO, y cinco (5) preguntas múltiples con cuatro opciones de respuesta para seleccionar una (1). (Ver anexo A).

Cabe destacar, que para la recopilación de información es necesaria la utilización de este recurso, así mismo, el instrumento se derivó del cuadro de operacionalización de las variables el cual quedó estructurado por ítems.

3.6.- Técnica de análisis de datos.

El análisis de datos consiste en la realización de las operaciones a las que el investigador someterá los datos con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio. “Analizar significa establecer categorías, ordenar, manipular y resumir los datos,” (Kerlinger, 1982). En esta etapa del proceso de investigación se procede a racionalizar los datos colectados a fin de explicar e interpretar las posibles relaciones que expresan las variables estudiadas.

En la investigación presente se utilizaron las técnicas cuantitativas para el análisis de los datos recolectados, en estas, los datos son presentados de manera organizada en tablas o gráficos haciéndose imprescindible la aplicación de herramientas estadísticas, en este sentido Tamayo y Tamayo (2007) señalan que a través de la estadística se procesan los datos obtenidos para describir, organizar, analizar e interpretar de forma apropiada los resultados.

3.7.- Procedimiento.

Para determinar la problemática de los alumnos sobre su conocimiento de los rebordes residuales atrofiados en pacientes que requieren prótesis total en la Clínica de Rehabilitación Protésica II, se utilizaron las encuestas, donde se observaron los conocimientos y debilidades de ellos. Por último, para determinar los resultados se empleó la observación directa y posteriormente se graficaron los resultados obtenidos.

3.8.- Cuadro de Operacionalización de Variables

Con respecto a este punto, Sabino (2007) manifiesta “la operacionalización de variables hace manejables los conceptos y elementos que corresponden con el problema de la investigación”. Este paso es indispensable en la investigación ya que permitirá visualizar todos los elementos que se quieran conocer, especificar, medir y registrar para llegar a posibles conclusiones. (Ver Anexo B).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo tiene como finalidad mostrar los resultados obtenidos luego de revisar el instrumento de recolección de información, el cual fue por medio de encuestas a los alumnos de Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

En base a lo anterior, el análisis se realizó tomando en consideración los propósitos definidos en el estudio, presentando las interrogaciones con sus respectivas respuestas. Para una mejor percepción de los resultados, se elaboraron gráficos de barras, con el fin de lograr una visualización precisa de los resultados obtenidos, de esta manera presentar de una forma más exacta los datos alcanzados.

4.1. Análisis de los Resultados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de aplicar las encuestas formuladas por 10 preguntas a los alumnos que se encontraban en la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

Tabla N° 1.

Nivel de Conocimiento en adaptación de prótesis total con reborde residual atrofiado	Frecuencia	%
Alto	0	0
Medio	17	31,48
Bajo	37	68.51
Total	54	99.99

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 1. Nivel de Conocimiento en adaptación de prótesis total con reborde Residual atrofiado. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de los resultados: al consultar a 54 estudiantes de la clínica de Rehabilitación Protésica II sobre su nivel de conocimiento en adaptación de prótesis total con reborde residual atrofiado, se obtuvo un 0% de conocimiento Alto, un 31,48% Medio y el 68.51% de conocimiento Bajo. Este resultado es significativo ya que refleja el desconocimiento en lo que adaptación de prótesis total se refiere para los pacientes con esta condición, siendo importante el aporte de Castro y Fernández (2013), quienes hacen un recuento exhaustivo de todo el proceso que conlleva a la adaptación de una prótesis total a un paciente edéntulo bimaxilar con reborde alveolar atrofiado.

Tabla N° 2

Sabe cuándo un Reborde residual esta Atrofiado	N	%
Si	35	64,81
No	19	35,18
Total	54	99,99

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 2. Sabe cuándo un Reborde residual esta Atrofiado. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de los resultados: el resultado de la investigación muestra que 35 personas, es decir el 64.81% de los estudiantes saben cuándo un reborde residual esta

atrofiado, lo cual es importante ya que de acuerdo con Surco (2013), el reborde residual está atrofiado cuando se encuentra disminuido de tamaño en longitud y anchura. Este signo se debe a diferentes causas, entre las que se destacan al mal manejo de exodoncias, que en muchas ocasiones suelen ser traumáticas para el hueso que los sostiene, generando un problema adicional para la adaptación de la prótesis total.

Tabla N° 3

Constitución del Hueso Alveolar tras una pérdida dentaria	N	%
Hueso esponjo de trama ancha con escasa o nula capa	23	42,59
Hueso esponjo de trama delgada con abundante capa	18	33,33
Hueso esponjo de trama ancha con una capa	10	18,51
Desconoce	3	5,55
Total	54	99,98

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 3. Constitución del Hueso Alveolar tras una pérdida dentaria Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: estos datos de la investigación indican que el 42,59% están de acuerdo que el hueso alveolar tras una pérdida dentaria está constituido por un hueso esponjoso de trama ancha, con escasa o nula capa; el 33.33% por hueso esponjoso de trama delgada con abundante capa; 18,51% por hueso esponjoso de trama ancha con una capa, y solo el 5,55% desconoce. De acuerdo con Surco (2013), el reborde alveolar está constituido por las tablas externas e internas en cada maxilar

y los tabiques intra-alveolares que se extienden de una a otra cara, luego de la extracción dentaria está constituido por un hueso esponjoso de trama ancha, con escasa o nula capa en su parte coronal que muestra una elevada tendencia a la reabsorción, no respondida por el 57% de los consultados.

Tabla N° 4

Formas de Reborde más comunes	N	%
Redonda, Hexagonal y Ovoide	2	3,7
Triangular, Cuadrada y Ovoide	27	50
Redonda, Ovoide y Triangular	25	46,29

Desconoce	0	0
Total	54	99,99

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 4. Formas de Reborde más comunes. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: de acuerdo a la investigación el 50% indicó que los rebordes más comunes son los de forma triangular, cuadrada y ovoide; un 46,29% que son redonda, ovoide y triangular; 3,7% que son redonda, hexagonal y ovoide. Estos datos coinciden con la literatura ya que la forma ovoide y triangular son las más frecuentes en pacientes edéntulos.

Tabla N° 5

Clasificación de Seibert Clase II cuando en el reborde existe	N	%
Defecto de Anchura	14	25,92
Defecto de Altura	15	27,77
Defecto Combinado	16	29,62
Desconoce	9	16,66
Total	54	99,97

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 5. Clasificación de Seibert Clase II. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: según lo mostrado en la gráfica nos indica que 29,62% de los estudiantes dicen que la Clase II de Seibert es defecto combinado; el 27,77% defecto de altura; un 25,92% defecto de anchura y el 16,66% desconoce esta clasificación. Seibert (1983) indica que la Clase II es un defecto de altura. Abrams y

cols., en 1987, estudiaron pacientes parcialmente desdentados, y encontraron defectos del reborde residual en el 91% de los casos. Siendo mayor a menor frecuencia: Clase III, Clase I y Clase II. (Citados por García, Yassin y Bascones, 2016)

Tabla N° 6

Criterio Diagnóstico PDI de prótesis total	N	%
3	22	40,74
5	10	18,51
4	16	29,62
Desconoce	6	11,11
Total	54	99,98

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 6. Criterio Diagnóstico PDI de prótesis total. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: según lo basado en los resultados el 40,74% responden que existen tres (3) diagnósticos Prostodónticos para edentulismo total; el 29,62% que son cuatro (4); un 18,51% que es cinco (5), y el 11,11% desconoce este tipo de diagnóstico Prostodónticos para edentulismo total. De acuerdo con el Índice de Diagnóstico Prostodóntico (PDI) para edentulismo completo, desarrollado por el Colegio Americano de Prostodoncistas, es importante diagnosticar al paciente dentro

de un de los cuatro criterios para guiar el tipo de rehabilitación a ser aplicada, ya que los pacientes de clase 1 están mínimamente comprometidos, de clase 2 moderadamente comprometidos, clase 3 sustancialmente comprometidos y en clase 4 están severamente comprometidos.

Tabla N° 7

Considera Ud. de utilidad un instructivo	N	%
SI	46	85,18
No	8	14,81
Total	54	99,99

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico 7. Considera de utilidad un instructivo. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: lo recolectado en la investigación para este ítem, indica que el 85,18% de los estudiantes consultados está de acuerdo con que es de utilidad un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado, dado que en la Escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez no se cuenta con el mismo para la rehabilitación protésica de ese tipo de pacientes, lo cual aporta sustento a la propuesta a ser presentada por las autoras.

Tabla N° 8

Tiene Ud. Conocimiento de la existencia de un instructivo	N	%
SI	13	24,07
No	41	75,92
Total	54	99,99

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 8. Tiene conocimiento de la existencia de un instructivo. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: estos datos de la investigación nos muestra que el 75,92% no tienen el conocimiento que existe un instructivo bien sea basado en la web o en algún medio tradicional referente a la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado. Estos resultados contradicen lo planteado por Ávila y cols., (2014), sobre las ventajas de contar con procedimientos documentados y agrupados un manual o instructivo ya que permiten disminuir la improvisación y los errores; ser documentos de consulta; vincular la realidad con los procesos documentados y emprender acciones de mejora.

Tabla 9

Es pertinente un tratamiento Quirúrgico en paciente con reborde atrofiado para instalar una prótesis	N	%
Si	36	66,66
No	18	33,33
Total	54	99,99

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 9. Es pertinente un tratamiento quirúrgico en paciente con reborde atrofiado para instalar una prótesis. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: se puede observar en este gráfico que para el 66,66% les parece pertinente un tratamiento quirúrgico en paciente con reborde residual atrofiado para la instalación de una prótesis, coincidiendo con el Colegio Americano de Protopodoncistas quienes establecen que en los pacientes de Clase 4, por presentar la forma más grave del edentulismo completo, la reconstrucción quirúrgica es usualmente indicada y las técnicas protodónticas especializadas son requeridas para mejorar aceptablemente la situación.

Tabla N° 10

En instalación de prótesis total debe considerarse el Retención, Soporte y Estabilidad	N	%
Si	48	88,88
No	6	11,11
Total	54	99,99

Fuente: Durán, López (2018)

Gráfico N° 10. En instalación de prótesis total debe considerarse el Retención, Soporte y Estabilidad. Fuente: Duran, Lopez (2018)

Análisis de resultados: Se puede observar que el 88,88% de los consultados está de acuerdo que se debe considerar para una prótesis total con reborde residual atrofiado el soporte, la retención y la estabilidad, tal como se establece en el Índice de Diagnóstico Prostdontico (PDI) para edentulismo completo desarrollado por el Colegio Americano de Prostdoncistas, citado por Sánchez, 2009.

4.2. Conclusiones

- De las encuestas analizadas se demuestra que un 31,48% poseen un nivel de conocimiento medio sobre los rebordes residuales atrofiados, teniendo en cuenta que un alto porcentaje, tiene un conocimiento bajo para identificar cuando los rebordes residuales del paciente edéntulo no están en su normalidad.
- Respecto a la constitución del hueso alveolar tras una pérdida dentaria y a las diversas formas más comunes se evidenció que los alumnos están con total claridad de cómo está constituido el hueso alveolar post extracción y los tipos de arcos dentales más comunes según sus formas.
- Con relación a la clasificación de Seibert es notoria la duda sobre esta, ya que un 29,62% indicó que la clase II es un defecto combinado, cuando realmente es defecto de altura, el cual solo el 27,77% respondió correctamente, y 16,66% desconoce de esta. Es importante este hallazgo ya que evidencia una de las problemáticas que afecta al estudiante a la hora de hacer una adaptación de prótesis total, porque debe tomar en cuenta qué defecto de reborde residual presenta su paciente.
- Con respecto al índice de Diagnóstico Prostdontico para edentulismo completo desarrollado por el Colegio Americano de Prostdoncista, se demuestra un alto porcentaje de alumnos que no poseen el conocimiento claro de esta clasificación, además de un 11,11% que admitió desconocer este índice.

- En relación al instructivo los alumnos consideran de utilidad un formato en digital apropiado para la ayuda de adaptación de prótesis con reborde residual atrofiado ya que no se cuenta con este tipo de instrumentos.
- Según los factores encontrados para los alumnos, un tratamiento quirúrgico para paciente con reborde residual atrofiado es lo más indicado, además que se debe considerar el soporte, retención y estabilidad para lograr el éxito en la rehabilitación con prótesis total en estos pacientes.

4.3. Recomendaciones

En cuanto a las recomendaciones que se proponen con este estudio se tienen las siguientes:

- Crear el diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.
- Por otra parte, es recomendable que los estudiantes se dediquen un poco más al estudio de este tipo de deformidades que ocurren a diario en pacientes, ya que al no tener un conocimiento previo de los tipos de reborde alveolar se puede fracasar en el proceso de rehabilitación con prótesis total en los mismos.
- Es importante conocer el pronóstico de las deformidades antes de empezar el tratamiento para conocer las limitaciones que existen y seleccionar la técnica idónea para obtener el mejor resultado posible, además de brindarle una comodidad y confiabilidad al paciente a la hora de su cita.

CAPITULO V

LA PROPUESTA

5.1. Introducción

El diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez, es un instrumento creado para la ayuda y disposición del estudiante con la función de que adquiera mejor conocimiento a la hora de atender un paciente con este tipo de problema. El mismo incluye información y los pasos a seguir para la instalación de la prótesis total en reborde residual atrofiado.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo General

Se diseñó un instructivo para la clínica de habilitación protésica II, dirigida a los estudiantes para la instalación de una prótesis total en rebordes residual atrofiados, devolviendo la función y conservando en óptimas condiciones todos los tejidos adyacentes.

5.2.2. Objetivos Específicos

1. Es factible un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado.
2. Se elaboró un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antoni Páez.

5.3. Justificación

La importancia de este trabajo es proporcionar la herramienta necesaria a los operadores para poder enfrentar estos casos y solucionar a cabalidad las necesidades de los pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II en la Universidad “José Antonio Páez” presentando reborde residual atrofiado.

Asimismo, con la información aportada se resolverá la problemática de los pacientes que presentan esta irregularidad y se le podrá dar una solución satisfactoria al motivo por el cual acuden a consulta a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad “José Antonio Páez”, ya que en este momento en la institución no existe un instructivo por el cual el estudiantado pueda orientarse a la hora de presentarse un paciente con estas características.

Además, la intención de este protocolo es suministrar el conocimiento necesario a los estudiantes a cerca de esta afectación y como deben abordarla, para que, en el futuro, al encontrarse en el campo de ejercicio profesional no tengan obstáculos a la hora de afrontar casos similares. Al tener ese conocimiento, es posible combatir el problema y otorgar herramientas a los estudiantes para mejorar las técnicas usadas y obtener mejor resultados en la adaptación de las prótesis totales en Clínica Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

5.4. Factibilidad de la propuesta

5.4.1. Factibilidad Operativa

La propuesta a desarrollar se considera operativamente factible, ya que orienta la elaboración de las prótesis totales en pacientes con reborde alveolar residual

atrófico, condición frecuente entre la población que asiste a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la UJAP.

Por otro lado, los Docentes que han sido formados en el área de la rehabilitación protésica en la Escuela de Odontología, contarán con un recurso de primera mano para hacer llegar a los estudiantes de manera complementaria, conocimientos específicos para el tratamiento de dichos pacientes.

5.4.2. Factibilidad Técnica

La Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, no requiere de recursos técnicos adicionales ya que cuenta con computadores en el área de biblioteca y medios audiovisuales, entre otros, para la implementación de la propuesta, por lo tanto desde el punto de vista técnico, la factibilidad de la propuesta queda garantizada, al no requerir inversiones motivadas por cambios tecnológicos y disponer de las herramientas adecuadas para llevar a cabo la misma.

5.4.3. Factibilidad Económica

En cuanto al aspecto financiero la institución educativa en estudio no requiere de desembolso alguno, que pueda interferir en su flujo monetario para la implementación de la propuesta, por cuanto cuenta con los recursos técnicos y personal necesario, por tal motivo, se puede decir que la propuesta es económicamente factible.

5.5. Presentación

En el presente documento se realizó un instructivo con el procedimiento para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado, así el estudiante tiene a su disposición y puede abordar el caso que se presente. Esta investigación se hizo en la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

El presente diseño surge en función del diagnóstico realizado a los estudiantes de la clínica de rehabilitación protésica II en la universidad José Antonio Páez. En

dicho diagnóstico como resultado se encontró que existen debilidades sobre todo en lo concerniente al conocimiento sobre la instalación de prótesis total en rebordes alveolares atrofiados. Por otra parte se indica, que se hace necesario fomentar los medios para una mejor comunicación y difusión sobre esta materia.

El diseño de un instructivo para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado dirigido a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez, implica la elaboración de una presentación (Power Point CD) que esté a disposición a los estudiantes.

Diseño de la Propuesta

Se elaboró una presentación en Power Point digitalizado en un CD para la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez, que cuenta con la finalidad de brindar un aporte educativo a los estudiante y le sirva de apoyo al momento de realizar el procedimiento de la instalación de una prótesis total, dicho instructivo cuenta con una información precisa y visual de los siguiente temas:

- Tipo y Forma de Reborde Alveolar
- Reborde Alveolar Atrofiado
- Clasificación de Seibert
- Clasificación de Atwood
- Índice de Diagnóstico Prostodónticos (PDI) para edentulismo completo.
- Adaptación de Prótesis Dental Total

BIBLIOGRAFÍA

- Academy of Prosthodontics. (2005). **Glossary of Prosthodontics Terms**. Ed 8. *J Prosthet Dent* 2005;94(1): 10-92.
- Aleman MO. Lenin PY. Técnica de Aleman y Pico **para la profundización del surco vestibular inferior. MediSan 2018 No. 04**. Documento en línea. Disponible en: www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?DARTICULO=79359.
- Arcia GY, Piñero YY, Galvez MM. (2017) **Estomatitis protésica en paciente ancianos del Estado Bolívar, Venezuela**, *Medicentro*; 21 (3). Documento en línea. Disponible en: http://www.medigraphie.com/cgi_bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=7596
- Arias, F. (2006). **Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica**. Caracas: Editorial Espíteme.
- Ávila, E., Martínez, E., Quezada, M., Pérez, E. (2014). **Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos**. Documento en línea. Disponible en: <file:///C:/Users/Jose%20Daniel%20Oviedo/Downloads/ANEXO%201%20DGI%20GUIA%20DE%20PROC%202014.pdf>. Consulta: Marzo, 20 de 2018.
- Ballestrini Acuña, M. (2002). **Como se elabora el proyecto de investigación**. (6ta. ed.). Caracas: BL Consultores Asociados.
- Bortolotti, L. (2007). **Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones**. Bogotá: Amolca.

- Castro Rodríguez, Y., & Paz Fernández, J. J. (2013). **Secuencia clínica de la rehabilitación del Edéntulo total Bimaxilar. Reporte de caso clínico.** *Acta odontológica venezolana*, 51(3).
- Chancusing Maldonado, Karem Andrea (2015) **Rehabilitación protésica en paciente de la tercera edad previo a extracciones múltiples con alveoloplastia.** Documento en línea. Disponible en: https://scholar.google.es/sholar?hl=es&as_sdt=0%2c5&as_ylo=2014&q=rehabilitacion+en+pacientes+de+la+tercera+edad+previo+a+extraccion&oq=rehabilitacion+protesis+en+paciente+d+la+tercera+edad+previo+a+extra#d=gs_qabs&p&u=%23p%3D4QC_bGKcuWgJ
- Chávez B., Manrique J.E., Manrique J.A., (2014). **Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura.** *Rev Estomatol Herediana*. 2014 Jul-Set;24(3):199-207.
- Código de Deontología Odontológica** (1970). Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Número 29.288. p.1.
- Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.** (1.999). Segunda Versión: Gaceta Oficial 5.453 del 24 Marzo-2000, p: 46.
- Corral Y., Corral I., Franco, A. (2015). **Procedimientos de muestreo.** *Revista Ciencias de la Educación*. Vol 26, Nro. 46. Documento en línea. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/46/art13.pdf>. Consulta: Enero, 17 de 2018.
- Dubs de Moya, R. (2002). **El proyecto factible: una modalidad de investigación.** *Revista Universitaria de Investigación*, 3(2).
- García Gargallo, M., Yassin García, S., & Bascones Martínez, A.. (2016). **Técnicas de preservación de alveolo y de aumento del reborde alveolar: revisión de la literatura.** *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 28(2), 71-81. Recuperado en 08 de marzo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852016000200003&lng=es&tlng=es.
- García-Roco O. y Arredondo M. (2002). **Evolución en el tratamiento de la atrofia alveolar.** Recuperado en 08 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-750720020002&lng=es&tlng=es. *Revista Cubana de Estomatología*. 39(2), 234-249.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2004). **Metodología de la Investigación**. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana.
- Hurtado de Barrera, J. (2007). **El Proyecto de Investigación. Metodología de la Investigación Holística**. (5ta edición ampliada ed.). Caracas, Venezuela: Sypal-Quiron ediciones.
- Kerlinger, F. (1983). **Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología**. 2ª ed., Ed. Interamericana, México.
- Koyano, K., Tsukaiyama, Y, Kuwatsuru, R. (2012). **Rehabilitation of occlusion-Science or art**. *Journal of oral rehabilitation*. 39(7):513-21.
- Lindhe, J. (2000). **Periodontología Clínica e Implantología Odontológica**. 3ra. Edición. Editorial Médica Panamericana. 22:689-715.
- Martins, F., & Palella, S. (2003). **Análisis de las estrategias instruccionales empleadas por los profesores del área de matemática. Caso: Universidad Simón Bolívar**. Sede Litoral. *Investigación y Postgrado*, 18(1), 71-85.
- Mish C. (1995). **Implantología contemporánea**. Madrid: Mosby/Doyma.
- Moreno J., Carreño M. y Castillo R. (2015). **Estabilización de prótesis completas inferiores con mini implantes**. Documento en línea. Disponible en: <https://docplayer.es/70561873-Estabilizacion-de-protesis-completas-inferiores-con-mini-implantes.html>. Consulta: Diciembre 12 de 2017.
- Organización Mundial de la salud. (2001). **Campaña de la OMS por un envejecimiento activo**. Documento en línea. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf. Consulta: Diciembre 12 de 2017.
- Palella, S. y Martins, F. (2010). **Metodología de la Investigación**. (3ª ed.). Caracas: FEDUPEL.
- Sabino, C. (2007). **El Proceso de Investigación**. Caracas: Editorial Panapo.
- Sánchez, A. (2009). **Clasificación del paciente parcialmente edéntulo según el método del Colegio Americano de Prostodoncia y su relación con el estado periodontal en sujetos tratados en la Universidad Central de Venezuela**. *Acta odontol. venez* v.47 n.3.

- Surco Luna, V. J., & Calderón Poma, M. I. (2013). **Reconstrucción Alveolar de Maxilar Atrofico con Injerto de Calota**. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, v,28.
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). **El Proceso de la Investigación Científica**. México: Editorial Limusa.
- The Academy of Prosthodontics. (2005). **Glossary of prosthodontic terms**. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 94(2), 10-92.
- Tobón, S. (2007). **El enfoque complejo de las competencias y el diseño curricular por ciclos propedéuticos**. *Acción pedagógica*, 16(1), 14-28.
- Trujillo, M. (1990). **Diseño de Encuesta**. Caracas: Ediciones JMT.
- Universidad Nacional de Colombia. (2013). **Guía de atención en rehabilitación oral**. Documento en línea. Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_atencion_rehabilitacion_oral_abril_2013.pdf. Consulta: Marzo 17 de 2018.

Anexos

ANEXO A



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

Cuestionario diseñado para ser contestado por los alumnos de la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez que han de realizar una adaptación de prótesis total en pacientes con Reborde Residual Atrofiado.

1. ¿Cuál considera que es su nivel de conocimiento en cuanto a la adaptación de prótesis con reborde alveolar atrofiado?

<input type="checkbox"/>	Alto
<input type="checkbox"/>	Medio
<input type="checkbox"/>	Bajo

1. ¿Sabe cuándo un reborde alveolar está atrofiado?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

2. ¿Cómo está constituido el hueso alveolar tras una pérdida dentaria?

- Hueso esponjoso de trama ancha, con escasa o nula capa compacta en su parte coronal
- Hueso esponjoso de trama delgada, con abundante capa compacta en su parte coronal
- Hueso compacto de trama ancha, con una capa compacta en su parte coronal

4.- El reborde puede tener diversas formas, entre las más comunes tenemos:

- Redonda, hexagonal y ovoide
- Triangular, cuadrada y ovoide
- Redonda, ovoide y triangular

5.-Según la Clasificación de Seibert, la Clase II es cuando en el reborde hay:

- Defectos de anchura.
- Defectos de altura
- Defectos combinados

6.- De acuerdo con el Índice de Diagnóstico Prostodóntico (PDI) para edentulismo completo desarrollado por el Colegio Americano de Prostodoncistas, ¿cuántos criterios diagnósticos para el edentulismo total existen?

- 3
- 5
- 4
- Desconoce

7.- ¿Considera Ud. de utilidad un instructivo en formato digital (presentación en Power Point) para la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado?

- Si No

8.- ¿Tiene Ud. Conocimiento de la existencia de un instructivo, bien sea basado en la web, o en algún medio tradicional (impreso) referente a la adaptación de prótesis total en pacientes con reborde residual atrofiado?

- Si No

9. ¿Es pertinente un tratamiento quirúrgico en paciente con reborde residual atrofiado para la instalación de una prótesis?

Si No

10. ¿En la instalación de una prótesis total en paciente con reborde residual atrofiado debe considerarse el soporte, retención y estabilidad?

Si No

ANEXO B

Operacionalización de las Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Items
Reborde Residual Atrofiado.	Alteraciones producidas	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento • Hueso Alveolar • Forma • Defectos • PDI 	1, 2, 7 3 4 5 6
Instructivo de Adaptación De Prótesis Total	Teórico - Práctico	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia • Instrucciones para instalación • Característica de reborde residual atrofiado. • Indicaciones protésicas y quirúrgicas. • Soporte, retención y Estabilidad 	8 9 10

Anexo C