



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS**

**“Motivaciones del paciente adulto mayor para requerir
rehabilitación oral a través de prótesis dentales
removibles y factores asociados al tratamiento”**

Jaime Antonio Araneda Schuda

**TRABAJO DE INVESTIGACION
REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL
José Matas Colom**

**TUTORES ASOCIADOS
Christian Rochefort Quiroz**

**Santiago – Chile
2005**

I. INTRODUCCIÓN

En Chile la esperanza de vida ha aumentado en las últimas décadas, pasando de 54 años en la década de 1950 a 76 años en la actualidad, según los datos arrojados por el último Censo nacional del año 2002. El mismo indica que la población adulto mayor es de 1.717.478 personas, lo que representa el 11,4% del total país. Esto equivale a un incremento de un 1.6% con respecto al porcentaje anterior del censo de 1992. Las proyecciones establecidas el mismo año indican que, ya para el año 2025, este grupo poblacional constituirá cerca del 18%, es decir, 3.000.000 de habitantes. Como referencia, solo en la región metropolitana existe una población de adultos mayores cercana a los 700.000 habitantes. (1)

¿Quiénes son considerados adultos mayores en Chile?

A toda persona de más de 60 años de edad para la mujer y 65 para el varón, puesto que a esta edad jubila el chileno y por ello se cree que deja de llevar una vida laboralmente activa

La barrera estadística por jubilación, que es de 65 años para los hombres y de 60 años para las mujeres, es arbitraria, ya que el cese en la actividad laboral de las personas no implica necesariamente variaciones en los aspectos físicos, psicológicos y sociales de estas, es decir, lo anterior puede acontecer en cualquier momento de la vida del adulto. En efecto, a los 65 años existe un considerable número de personas que gozan de buena salud, tanto física como mental, que laboran intensamente y que poseen una relación importante con el medio social. Por el contrario, existen personas de menos de 65 años que presentan problemas serios de salud y están imposibilitados para trabajar y relacionarse.

La vida de todo individuo está condicionada por 3 factores íntimamente ligados e

interdependientes: bienestar físico, social, y equilibrio emocional. El bienestar físico consiste, en general, en poseer buena salud, esto es, vivir sin las complicaciones y sufrimientos derivados de las enfermedades e incapacidades. A su vez, el bienestar social, permite conservar la autonomía de la vida. El equilibrio emocional es consecuencia de los dos anteriores. Por tal razón, si alguno de ellos falla, puede originarse una alteración en la relación del individuo con su entorno. Al afectarse el equilibrio emocional como consecuencia de lo anterior, los factores causantes, sean físicos o sociales, tienden a perpetuarse. En la medida que una persona mantenga estos 3 factores nivelados, va a continuar su vida sin mayores contratiempos y en forma normal. (2)

Dentro de este esquema, la ausencia de piezas dentarias afecta el equilibrio emocional, en especial si estas no son repuestas en forma artificial, debido a que se altera el bienestar físico, por no poder cortar ni triturar los alimentos, y el bienestar social, al tener impedimentos estéticos para relacionarse con su entorno. (3)

Otro factor a considerar es la “calidad de vida”, que se refiere a una evaluación global de todos los aspectos de la vida y que con relación a la salud abarca aquellas facetas que están dominadas o influenciadas de modo significativo por la salud personal. (4)

Los adultos mayores presentan una gran predisposición a las patologías orales: de acuerdo a los catastros realizados en Chile, más del 20% de los individuos mayores de 60 años son desdentados totales, con alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y enfermedad periodontal. (5, 6).

Frente a la carencia de piezas dentarias que presenta el adulto mayor, sobreviene la interrogante de cuando es necesario sustituirlas (7). Con relación a esto,

lo anterior no implica necesariamente una restitución dentaria inmediata, por lo que se ha propuesto un enfoque dental racional, para adultos mayores, que se centra en afrontar las necesidades fisiológicas y funcionales de cada paciente, más que restaurar de forma automática todas las bocas al estándar ideal de 28 dientes (8).

Existen estudios que demuestran que la sustitución de las piezas dentarias ausentes con prótesis removibles, no restaura la capacidad masticatoria de un individuo como la de otro completamente dentado (9). En efecto un estudio reciente (10) determinó que las prótesis removibles pueden ser consideradas como una dificultad para la ingestión de alimentos duros, no así en la de aquellos blandos.

Finalmente son los pacientes, de acuerdo a sus expectativas de vida, y principalmente, según la capacidad que tengan de conservar su autonomía, quienes deben tomar la decisión sobre reemplazar o no sus piezas ausentes, con una adecuada información por parte del odontólogo sobre las ventajas y desventajas de todas las opciones posibles.-

¿Qué buscan los pacientes cuando deciden efectuarse un tratamiento de rehabilitación basado en prótesis removible?

II. ASPECTOS TEÓRICOS

Envejecimiento y salud

El envejecimiento es un evento irreversible, progresivo e irremediable que ocurre en todos los organismos biológicos. Además, el concepto de envejecimiento está ligado a múltiples aspectos de la vida, tales como asumir pérdidas (seres queridos, trabajo, etc), elaborar duelos necesarios para superar dichas pérdidas, reconocimientos de logros propios y ajenos, y la autosatisfacción con el deber cumplido en cuanto a las metas fijadas por la persona en su vida. En la medida que este proceso avanza, los individuos se ven afectados por un deterioro progresivo de sus sistemas orgánicos, tanto por el número de sistemas involucrados, como por su interacción con múltiples procesos patológicos que los aquejan. Asimismo demandan el uso de muchos fármacos. Por otra parte, el compromiso psicológico es frecuente, lo que determina una baja autoestima y depresión. (11)

Existen diversas formas de analizar el fenómeno del envejecimiento. Desde una perspectiva biológica se han tratado de postular varias hipótesis, tendientes a la explicación del proceso de envejecimiento en el organismo humano. Sin embargo,

ninguna es concluyente. Estas teorías, no excluyentes entre sí, se diferencian en la identificación de una causa como el origen del deterioro progresivo de la función del organismo:

1. Acumulación de radicales libres, que dañarían las proteínas y el DNA, alterando el metabolismo celular.
2. Aparición de mutaciones progresivas en el DNA y en la síntesis de RNA que producirían proteínas anómalas y deterioro de la función celular.
3. Deterioro progresivo de la función celular con repercusión en la capacidad de reparar continuamente alteraciones producidas en componentes celulares básicos como el DNA
4. Existencia de un “marcapasos” vital, desconocido y diferente para cada especie animal, que limitaría la capacidad de duplicación de las células de determinados órganos.
5. Reducción, con el tiempo, de la capacidad del sistema inmune para reconocer como propias las células del organismo con la consiguiente autodestrucción.
6. Deterioro de mecanismos de retroacción neuroendocrinos

Se distinguen 2 tipos de envejecimiento; el primario, que es inmutable y está determinado genéticamente, siendo responsable de la supervivencia máxima potencial, y el secundario, atribuible a factores personales, sociales y ambientales, susceptibles de modificación y responsable de la expectativa de vida o media de supervivencia esperada al nacer de los individuos de cada sociedad. (12)

Investigaciones de las últimas décadas indican que el envejecimiento no es el resultado de un cambio biológico automático, sino que es un proceso que afecta a la totalidad del individuo, teniendo lugar también en muy diversos niveles; sociales, mentales y anímicos. También el cuidado físico y la actitud interior hacia los cambios de la vida repercuten en el proceso, facilitándolo o inhibiéndolo. Por lo tanto, el envejecimiento es siempre un proceso individual, por más características comunes que puedan señalarse en sus dimensiones interna y externa. (13)

Sin negar que envejecer es un fenómeno natural, inherente a la finitud biológica del organismo humano, cabe subrayar que son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de años de sus habitantes, como su calidad de vida durante los años de vejez. De hecho gran parte de las penurias físicas, económicas y psicosociales que acompañan el envejecimiento, no son atribuibles a la edad per se, sino que son producto de la forma en que está estructurada la sociedad. Envejecer no es solo una condición social, sino también un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas. (14)

En cuanto a las problemas de salud de los ancianos, se puede decir que están ocasionados por factores intrínsecos (genéticos y derivados del proceso mismo de envejecimiento) y extrínsecos (ocasionados por la acción del ambiente sobre las personas). Estos trastornos aumentan con la edad. En Latinoamérica dos tercios de los ancianos consideran su salud entre muy buena y regular. Más de la mitad declara que sus problemas generales de salud les dificulta realizar algo que deseaban hacer. Entre los problemas más frecuentes de los adultos mayores se

encuentran los de la visión, audición, y dentición. El aislamiento producido por la dificultad para la comunicación es uno de los factores que más influye en la pérdida de capacidad física y mental. (15)

Desde el punto de vista de la salud general, las patologías más frecuentes que afectan hoy en día a las personas de la tercera de edad, son las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas destacan las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer, constituyendo el 27.6% y el 22.5% respectivamente, del total de muertes en Chile. Seguidas en tercer lugar por las defunciones debido a patologías del sistema respiratorio. (16)

Cambios en la salud bucal en los adultos mayores

Las estructuras orales y periorales sufren las consecuencias del envejecimiento al igual que el resto de los tejidos, órganos y sistemas del organismo. Los cambios que se producen a este nivel son diferentes para cada individuo en particular, y están ligados a las repercusiones del deterioro sistémico manifestado en los tejidos orales, a los efectos atribuidos a los medicamentos o terapias utilizados en los pacientes y a las variaciones propias de cada tejido bucal. (17)

Muchos adultos mayores ven restringida la posibilidad de elegir distintos tipos de alimentos debido a la carencia de piezas dentarias. Esto especialmente se hace evidente en aquellas personas que son portadoras de prótesis totales. La función sensorial otorgada por las piezas dentarias hace que los músculos de la masticación respondan a los estímulos generados por ellas durante el contacto con los

alimentos. Al no existir piezas dentarias, se ve reducida considerablemente la habilidad para masticar. Esto conlleva a trastornos nutricionales, al tener estos pacientes que seleccionar su dieta. (18)

El adulto mayor comienza a experimentar una serie de cambios en sus tejidos orales. Entre ellos se produce atrofia de la mucosa oral, haciendo vulnerables dichos tejidos a las presiones fisiológicas propias del proceso de la masticación, así como a cualquier trauma, originando dolor o molestias que también hacen que el adulto mayor seleccione alimentos menos duros. (19)

Otros cambios se dan a nivel del tejido óseo: normalmente en los individuos debe existir un balance entre lo que es reabsorción y aposición ósea, y esto dado fundamentalmente por un equilibrio a nivel hormonal y celular. Sobre los sesenta años, se producen alteraciones a este nivel, predominando la reabsorción sobre la formación de hueso. (20)

En este aspecto, los cambios más evidentes se dan en los hombres sobre los 70 años y en las mujeres posmenopáusicas. En estas últimas van disminuyendo la cantidad de estrógenos circulantes. También se producen alteraciones en los procesos de absorción de calcio y en su metabolismo, incrementándose los niveles de hormonas paratiroideas, generando esta última una reabsorción ósea con el fin de conservar el calcio plasmático en los niveles normales. La enfermedad manifestada se denomina osteoporosis, entre cuyas características destacan, el aumento de posibilidad de fracturas en los huesos largos y la reducción del tamaño de los cuerpos vertebrales, debido a la disminución de la masa ósea. (21)

En los huesos maxilares esta condición se evidencia a través de una progresiva reabsorción de la cresta alveolar, disminuyendo la altura del reborde

óseo. Si a ello sumamos las presiones ejercidas por las prótesis mucosoportadas, este proceso se ve incrementado, situación que explica las pérdidas prematuras de soporte en prótesis recientemente instaladas en estos pacientes. Estudios radiográficos realizados en adultos mayores, avalan esta situación.

Como se mencionó anteriormente, las mucosas de la cavidad bucal, suelen encontrarse atrofiadas y adelgazadas, siendo más frágiles, presentando un aspecto cerúleo, esto como resultado de los cambios metabólicos que en este grupo se producen, incluyendo una variación en el equilibrio de agua. El progresivo adelgazamiento de la capa epitelial y el descenso en las propiedades elásticas del tejido conectivo, se traducen, clínicamente, en una reducción de la elasticidad de los tejidos sujetos a presión. Lo que sumado a la reabsorción ósea de los huesos maxilares originan una respuesta biológica disminuida de las estructuras orales al uso de prótesis. (22)

Cambios a nivel de las piezas dentarias: con la edad, los dientes cambian de forma y color. Su forma cambia, fundamentalmente, por el proceso llamado atrición; la cual es el desgaste natural de los dientes producto de la masticación. El cambio de color es provocado por el desgaste del esmalte y la desaparición de detalles en su superficie, así como también, por la aposición de dentina secundaria. La alteración en la superficie del esmalte produce diferentes patrones en la reflexión de la luz, lo que asociado a cambios en la dentina, dan una coloración amarillenta y una falta de translucidez características de la edad. Adicionalmente, el esmalte puede presentar microfracturas, las que fácilmente se colorean o tiñen por pigmentos exógenos, tales como té, café, tabaco, etc.

Otra característica frecuente de encontrar en los adultos mayores, es la recesión gingival. Esto origina, al estar expuesta la raíz, mayor incidencia de caries cervicales y sensibilidad dentaria.

Cambios en la secreción salival: en este grupo etáreo es frecuente que los individuos manifiesten diversos grados de disfunción salival. Esto puede comprometer, tanto la calidad, como la cantidad de saliva producida. En cuanto a la cantidad de saliva, se sabe que la tasa normal de producción es de 1,0 a 1,5 litros diarios. La alteración puede estar dada, ya sea por disfunción de los acinos glandulares producto del envejecimiento, o por el uso excesivo de medicamentos. Muchos medicamentos tienen como efecto colateral la disminución del flujo salival. Un estudio realizado en Estados Unidos, reveló que de un total de 3.217 adultos, mayores de 65 años, el 77% de ellos ingería algún medicamento que afectaba su salud oral, y un 51% de estos medicamentos, originaba disminución de la saliva.

(23)

Atención en salud del adulto mayor:

En nuestro país, la preocupación por el tema de los adultos mayores es reciente. No existe política social destinada a los adultos mayores en Chile sino hasta 1996. Conceptualmente, el principal cambio es la concepción del envejecimiento no únicamente como deterioro, sino como una etapa diferente de la vida, en la que los adultos mayores tienen desiguales oportunidades sociales. Aparece un énfasis en la autovalencia, en el envejecimiento activo y el rol protagónico que les cabe a los adultos mayores para mejorar su calidad de vida. Ello implica un mayor énfasis en las acciones de prevención y promoción, no sólo

en el ámbito de la salud física, sino también en términos de su bienestar psicosocial. Pese a estos avances, aún falta mucho por hacer, permaneciendo los temas de salud y pensiones como los mayores desafíos. (24)

Precisamente, con relación a la atención en salud, se puede afirmar que se da una desigualdad en el acceso a este servicio. En efecto, en la población adulto mayor, existen mayores riesgos de muerte en los grupos económicos más desfavorecidos. En aquellos de 65 años y más las diferencias son más marcadas en las mujeres. La educación y el ingreso están generalmente muy correlacionados y se asocian en los niveles más altos con buena nutrición, vivienda, ocupación segura y mejor acceso a la atención de salud. El hecho que el grupo de adultos mayores con educación superior tenga la mitad de la mortalidad que aquellos grupos con menor educación, sugiere que la iniquidad en la atención de salud contribuye claramente a estas tasas exageradas de mortalidad en la tercera edad. (25)

Actualmente este grupo etéreo puede ser atendido, según su nivel de ingresos y cotizaciones, en el sistema público de salud correspondiente a Fonasa (Fondo Nacional de Salud), en el sistema privado de salud administrado por las Isapres o en instituciones de las Fuerzas Armadas. Sin embargo el acceso en la atención es desigual para los grupos en cuestión. Los servicios públicos de salud requieren de una mayor inversión por parte del estado para financiar las necesidades de salud de la población. Por otra parte los grupos medios y acomodados, también se ven perjudicados en el acceso a la atención en salud, ya que a medida que se avanza en edad, suben las primas de los seguros de salud para las personas en las Isapres, especialmente al momento en que los beneficiarios jubilan y sus ingresos

disminuyen, lo que impulsa el acceso a Fonasa. Por esta razón se detecta que el 75.9% de los adultos mayores en Chile están ahora en Fonasa. (26)

Puesto que la mayor parte de los adultos mayores utiliza los servicios públicos de salud, es importante que estos desarrollen planes específicos para el adulto mayor, que consideren su propia problemática social y de salud. (27)

Para suplir dichas necesidades en la atención, el Ministerio de Salud ha implementado un programa de salud para el adulto mayor, sobre la base tradicional del programa del adulto, existente desde que se han organizado los servicios públicos de salud en el país. Este programa tiene como propósito mantener o aumentar la autovalencia del adulto mayor, disminuir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo a prolongar la vida, incrementar acciones en las áreas de promoción, prevención, atención curativa y rehabilitación específica, dentro de la perspectiva del envejecimiento activo. Además, otorgar programas complementarios de alimentación, dispensación de alimentos, capacitación de personal y atención directa de pacientes. (28)

Ahora bien, ¿Qué acontece con la atención odontológica del adulto mayor en nuestro país?

La atención odontológica en el ámbito público es la actividad con menor cobertura, con relación a la demanda sentida por la población general. Se evidencia en el grupo de adultos mayores una demanda más baja en los servicios otorgados en la atención dental que los individuos menores de 60 años, en tanto que los hombres hacen un menor uso de los recursos que las mujeres. Un 9.3% del total de adultos mayores utiliza el sistema público de salud en atención odontológica. (29)

Estudios realizados en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo en Chile, muestran que existe entre un 35% a un 50% de desdentados totales, siendo el resto de la población parcialmente desdentada. En cuanto a las condiciones bucales que se detectaron en estos pacientes, la mayor parte presentó mala higiene, caries, alta prevalencia de enfermedad periodontal y una frecuencia muy baja de visitas al dentista. Según el INTPCI (índice de necesidad terapéutica periodontal de la comunidad), el 70.9% de los individuos que conservaban sus dientes requerían tratamiento periodontal de mediana o alta complejidad y el 91.5% necesitaban instrucción de higiene oral. (30)

La rehabilitación oral del adulto mayor en el sistema público se basa en la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, ya sea para reemplazar un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir las piezas dentarias perdidas. Sólo en 1998 se realizaron en la Región Metropolitana, 20.718 prótesis removibles superiores e inferiores. (31)

Luego que se instalan las prótesis en los pacientes que son atendidos por el sistema público, no existe un programa de controles y vigilancia del tratamiento, por lo que no hay información que permita evaluar el número de pacientes que requieren de nuevo tratamiento.

Desde la perspectiva de la planificación estratégica en salud, los problemas de atención dental del adulto mayor no están claramente establecidos, debido a un diagnóstico incompleto; tanto en salud oral del adulto mayor, como en el funcionamiento de los servicios de atención odontológica en el ámbito público.

En definitiva, no existe actualmente un programa integrado destinado exclusivamente a la atención en salud oral en adulto mayor, lo que hace pensar que

el acceso a este recurso es difícil, debiendo competir por la atención con los adultos más jóvenes, y sobre todo con los niños y embarazadas cuyos programas de atención son prioritarios. (32)

Calidad de vida

La calidad de vida es, en primer término, subjetiva, ya que las expectativas son siempre individuales. Lo que externamente puede observarse como una mejor o peor calidad de vida, es una apreciación dada por elaboraciones que desconocen al otro como agente autónomo, pudiendo estar profundamente erradas. En segundo término la calidad de vida es multidimensional, por lo que no puede evaluarse atendiendo solamente a los bienes materiales o al estado de salud. Debe comprender el estado físico, la espiritualidad, la capacidad de desplazarse, la independencia, la satisfacción etc. Otra característica, es que la calidad de vida es compleja, producto de su heterogeneidad. Además es un concepto dinámico, por lo tanto, varía con el paso del tiempo.

Se puede advertir, entonces, que si se compara dos grupos de senescentes, de un mismo rango de edad, estos se caracterizarán por ser en extremo diversos entre sí, ya que no todos los sistemas orgánicos y atributos psicológicos envejecen al mismo tiempo. (33)

Con relación a los problemas de salud oral, diversos estudios señalan que la calidad de vida de cualquier individuo se ve afectada por el estado de salud bucal, situación que se hace más evidente en el adulto mayor, por cuanto el proceso de

envejecimiento determina cambios tisulares y una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo

La capacidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol importante en la ingestión de alimentos y en la percepción de distintos fenómenos orales asociados, de esta manera una salud dentaria en malas condiciones hace que decrezca el interés del anciano por alimentarse. (34)

La atrofia muscular propia de la edad deriva en que se requiera mayor tiempo de masticación, lo que redundaría en una restricción en la variedad de alimentos en la dieta, de modo adverso para la salud. De esta forma la alimentación inadecuada y la dieta baja en fibras del adulto mayor desdentado predisponen a constipación, obstrucción intestinal aguda e irritación intestinal crónica y otros trastornos digestivos. (35)

Un estudio hecho en nuestro país, indica que la calidad de vida relacionada con la salud oral mejora después de un tratamiento protésico. Sin embargo, este cambio no es atribuible a la calidad técnica de las prótesis. El sexo y la edad tampoco son variables asociadas a la autopercepción del nivel de salud oral. Gran parte de la población adulta mayor percibe su salud bucal como deficiente. Muchos de ellos son portadores de prótesis antiguas o en mal estado, sin embargo, el reemplazo de éstas no produciría diferencias significativas en el nivel de salud oral. (36)

Otro estudio nacional de Misrachi C y colaboradores, avalan lo anterior, determinando que los adultos mayores rehabilitados mediante prótesis removibles no logran mejorar cualitativamente su condición inicial. Un 60% no reporta impacto positivo con el tratamiento. Ello podría estar asociado con la frecuencia de uso de

las prótesis, mostrando un mejoramiento en el estado de salud oral los pacientes que usan siempre sus prótesis y un empeoramiento aquellos que no la usan o lo hacen solo en forma ocasional. (37)

Aspectos psicológicos y del autocuidado

El adulto mayor sufre las consecuencias del deterioro físico, social y psíquico. Es frecuente encontrar pacientes deprimidos aislados y con pocos recursos para mantener una vida independiente y activa

Para mantener su salud física y mental, el adulto mayor necesita sentirse amado y valorado, por ello es importante que conserve una vida afectiva y de relación con su familia, con personas de su misma edad, de su mismo sexo y del sexo opuesto.

La nutrición juega un papel fundamental en mantener el buen estado de salud de estos pacientes. El deterioro en la calidad de la alimentación puede relacionarse con múltiples factores, además de los ya mencionados, atribuibles a la carencia de piezas dentarias. Destacan entre estos: la pérdida del olfato y del gusto, los problemas económicos, el aislamiento, la dificultad para moverse, la imposibilidad de manipular los alimentos adecuadamente, falta de estímulo para alimentarse (ya que lo hacen sin compañía), problemas del tracto digestivo, etc.

La presencia de piezas dentarias con relación a la autopercepción juega un rol importante en términos de mejorar la calidad de vida, ya que les permite una buena función masticatoria, y favorece las relaciones interpersonales del adulto mayor, permitiéndole compartir con su entorno, familia y amistades.

Sin embargo, el deterioro en la salud oral, en este grupo etáreo, no implica necesariamente un compromiso del bienestar psicológico del paciente, ya que estudios sugieren que muchos de ellos se encuentran satisfechos con su condición. (38)

Muchos pacientes buscan la devolución de la estética a través del tratamiento protésico. La estética es un fenómeno del intelecto que engendra una emoción que implica una connotación de placentero o no placentero. De hecho, los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, generalmente, contribuyen a una mejor autoimagen y una autoestima fortalecida. Según los resultados de estudios psicológicos, las personas atractivas son consideradas más calificadas y confiables, por ello los pacientes demandan una apariencia más juvenil como un elemento esencial de la terapia. Además se han observado unas correlaciones elevadas, entre juventud y belleza, por una parte, y vejez y no atractivo por otra parte. La satisfacción corporal contribuye significativamente a la adaptación personal y social, a la estimación favorable de las propias capacidades, al equilibrio emocional y a la salud, es decir, a unos aspectos adaptativos de la personalidad muy diferentes. (39)

Inclusive, la sonrisa puede determinar si una persona nos agrada o disgustará. La falta de armonía en esa sonrisa podría ser interpretada como algo desagradable. En este sentido, la devolución de la sonrisa a un adulto mayor genera una serie de aspectos positivos: mejora la autoimagen, el anciano que se ve a sí mismo bien se siente bien; produce una mayor autoestima; al sentirse bien se proyecta bien. Esto trae como consecuencia que se establezcan buenas relaciones con las demás personas, pues en ellas una sonrisa hace la diferencia; con ello

mejoran las relaciones interpersonales, al ser estas últimas gratas, el adulto mayor puede integrarse mejor y participar en actividades recreativas, sociales, familiares o de trabajo; por último mejoran las relaciones afectivas, tanto con el sexo opuesto como con el núcleo familiar. (40)

Expectativas y satisfacción con el tratamiento

Los objetivos del tratamiento en base a prótesis removibles son en general: la eliminación de enfermedades bucales en todo lo posible, la preservación de la salud de los tejidos orales y periorales y de los dientes cuando estos están presentes, y la restauración de la función del sistema estomatognático. Todo lo anterior, posibilita la obtención de un resultado final que sea cómodo, estéticamente agradable y que no interfiera con la funcionalidad del paciente

Asimismo, en los adultos mayores, los objetivos de la rehabilitación oral, consisten, de manera general, en mejorar los aspectos nutricionales, funcionales y estéticos, que están disminuidos debido al deterioro de la condición oral, y además mejorar la autoestima y relaciones personales, siendo objetivos parciales en el tratamiento, el logro de estabilidad, soporte, retención y la mejora en la fonoarticulación, masticación, deglución y confort de los pacientes entre otros. (41)

Las expectativas de resultados, pronóstico, plan de tratamiento y satisfacción posterior al uso de los dispositivos protésicos, pueden llegar a variar en gran medida entre los individuos, lo que hace necesario que el profesional a cargo del paciente haga una planificación en conjunto con cada paciente en particular, utilizando el máximo de cuidado y respeto hacia estos, tomando en cuenta las expectativas individuales de cada uno con respecto al tratamiento.

En cuanto a la satisfacción de los adultos mayores con sus prótesis, existen estudios que avalan que una gran cantidad de estos se sienten satisfechos con sus aparatos. De hecho, a medida que se avanza en edad, comienzan a ser cada vez más conformistas con las prótesis, incluso si estas no cumplen satisfactoriamente con los requisitos funcionales y estéticos necesarios para su uso.

Un estudio que relacionó la salud mental con la satisfacción producto de la rehabilitación oral basada en prótesis removibles, determinó que no existe un impacto, ni una influencia positiva en la salud mental de los individuos rehabilitados al usar las prótesis, presentando solo una correlación débil con el estado de salud mental. (42)

Otros estudios realizados en individuos de 65 años y más, revelan que aquellos que se encuentran satisfechos en los aspectos del diario vivir, que tienen pareja y además no presentan trastornos sistémicos graves, por lo general están satisfechos con sus prótesis dentales. (43)

Se puede afirmar que, el éxito en el tratamiento protésico en los adultos mayores, medido en término de satisfacción del usuario, no sólo dependerá de la calidad técnica de la prótesis, sino que además, estará influenciado por factores tales como género, edad, nivel socioeconómico y todas las experiencias positivas y negativas en cuanto al uso de dispositivos protésicos por parte del paciente y a las relaciones previas durante el tratamiento con otros odontólogos; en cuanto a una adecuada comunicación que establezca en forma clara para el paciente las ventajas y desventajas del tratamiento propuesto, para que así el adulto mayor manifieste expectativas reales con relación a éste, y se cree un clima de buen rapport entre dentista y paciente. (44, 45, 46)

III. HIPÓTESIS:

La principal razón que determina la utilización de prótesis removibles en la población adulto mayor, es la necesidad estética que estos consideran, producto de la pérdida de piezas dentarias en los sectores anteriores maxilar o mandibular, de canino a canino.

IV. OBJETIVO GENERAL:

Conocer la razón fundamental por la cual los adultos mayores que presentan algún grado de desdentamiento, desean rehabilitarse mediante prótesis dentales removibles

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer el número de piezas remanentes que en promedio presenta la población adulto mayor en estudio.
2. Determinar en orden jerárquico las vías de carga protésica más frecuente en la población adulto mayor y la clasificación de Kennedy de los arcos parcialmente desdentados.
3. Determinar el uso y la necesidad de cambio de prótesis en los adultos mayores.
4. Determinar el tiempo de utilización de los aparatos protésicos.
5. Determinar si existe un hábito de uso nocturno de las prótesis y establecer si existe una relación significativa entre ello y el estado civil del paciente adulto mayor.
6. Establecer una comparación por género en cada uno de los objetivos específicos antes señalados.

VI. MATERIAL Y MÉTODO:

A una muestra de 100 adultos mayores, (considerados con fines prácticos, sobre los 60 años para ambos sexos) que concurrieron a las clínicas de rehabilitación oral de distintos centros de atención odontológica, en la provincia de Santiago, Región Metropolitana, durante el periodo correspondiente entre los meses de Julio y Octubre del año 2004, se les realizó una ficha clínica especialmente confeccionada para este estudio, llevada a cabo por un único operador calibrado. Estas fichas constaban de una anamnesis estadística, un motivo de consulta, antecedentes clínicos y evaluación clínica propiamente tal, de acuerdo al modelo que se presenta (anexo N° 1)

Los registros realizados en los pacientes, fueron efectuados en cualquiera de las distintas etapas del tratamiento en que estos se encontraban.

En el ítem motivo de consulta, se preguntó oralmente al paciente por su principal razón para reemplazar sus piezas dentarias ausentes; si esta era estética, funcional, o una combinación de ambas, pero con preponderancia de una sobre otra, con el fin de saber a qué factor el paciente adulto mayor le da más importancia.

En el examen clínico se detalló con precisión el número de dientes remanentes y su ubicación en los maxilares.

Se preguntó a los pacientes portadores de prótesis por el tiempo transcurrido desde la instalación de sus aparatos y los hábitos relacionados: uso nocturno de la(s) prótesis. También se indagó sobre la conformidad con la(s) prótesis. En cuánto al uso nocturno de las prótesis, se considero la variable de casados y solteros,

entendido como casados, a todos aquellos individuos que poseían una pareja con la que compartían su lecho durante la noche.

Por último, se examinó el estado de las mucosas del reborde desdentado en ambos maxilares, se registró el número y las piezas afectadas por caries, y aquellas que presentaban algún grado de movilidad. Aunque si bien es cierto, estos últimos datos no formaron parte de los objetivos de este trabajo, podrían servir como referencia para posteriores estudios relacionados con el tema.

En el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado para determinar si existían diferencias en los distintos parámetros medidos con relación al género y a ambos maxilares.

En la determinación del tiempo de utilización de los aparatos protésicos en ambos géneros, se ocupó el test de Student para muestras pareadas.

VII. RESULTADOS

Características de la muestra:

La muestra estudiada consideró una población total de 100 adultos mayores, de los cuales el 68% correspondieron a mujeres, y el 32% a hombres. El rango de edad de la muestra fluctuó entre los 60 y 92 años, siendo el promedio de edad de ésta 68,71 años. El promedio de edad por sexo fue de 68,6 años para los hombres, y de 68,9 años para las mujeres.

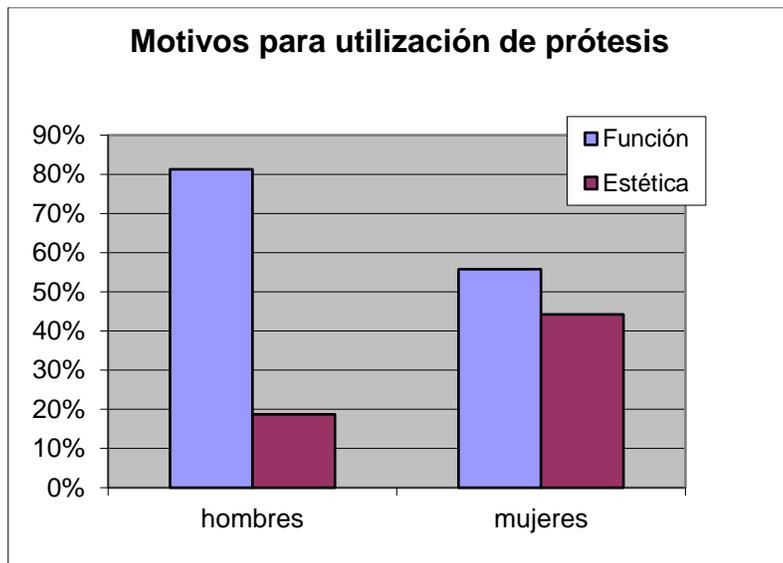
TABLA N° I: PRINCIPAL MOTIVO PARA UTILIZAR PRÓTESIS POR GÉNERO

MOTIVACIÓN	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Funcional o con predominio de la función	26	81,3	38	55,8
Estética o con predominio de la estética	6	18,7	30	44,2
Total muestra	32	100	68	100

$X^2= 5,027$ $p = 0,02$

GRÁFICO 1.

MOTIVOS (FUNCIÓN O ESTÉTICA) PARA LA UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES EN 100 PACIENTES ADULTOS MAYORES.



La tabla I y el Gráfico 1 señalan que, en cuanto a las razones que relataron los pacientes para la utilización de prótesis dental, se obtuvo que un 64% del total de la muestra considera de mayor relevancia el aspecto funcional, y que solo el 36% restante opta por el estético, observándose diferencias significativas entre los hombres y las mujeres ($p = 0,02$). Se observa que la principal razón que justifica el uso de prótesis en la población masculina es funcional, con un amplio margen de diferencia sobre los que atribuyen mayor relevancia a motivos estéticos, en cambio en las mujeres se obtuvo solo una leve diferencia entre las que optan por el aspecto funcional sobre el estético para la confección de prótesis.

TABLA II: DISTRIBUCIÓN DE LAS VÍAS DE CARGA PROTÉSICA POR ARCADA EN HOMBRES

VIA DE CARGA	MAXILAR		MANDIBULA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
MUCOSA	15	46,88	15	46,88
DENTO MUCOSA	13	40,63	13	40,63
DENTARIA	4	12,50	3	9,38
IMPLANTARIA	0	0	1	3,13
TOTAL	32	100	32	100

$X^2= 1,143$ $p = 1.00$

n= Número de arcadas

La tabla II indica que, con respecto a la distribución de las vías de carga protésica en hombres, se obtuvo, para ambas arcadas, que la vía de mayor frecuencia es la mucosa, seguida de la dentomucosa y en último lugar de la dentaria. No se observaron diferencias significativas entre ambos maxilares ($p=1,00$)

TABLA III: DISTRIBUCIÓN DE LAS VÍAS DE CARGA PROTÉSICA POR ARCADA EN MUJERES

VIA DE CARGA	MAXILAR		MANDIBULA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
MUCOSA	23	33,82	15	22,05
DENTO MUCOSA	31	45,58	48	70,58
DENTARIA	14	20,58	5	7,35
IMPLANTARIA	0	0	0	0
TOTAL	68	100	68	100

$X^2= 9,606$ $p=0,008$

$n=$ Número de arcadas

La tabla III muestra que, con relación al grupo de mujeres, se obtuvo, a diferencia de los hombres, para ambas arcadas, que la vía de carga que se presenta en la mayoría de los casos es la dentomucosa, siguiéndole la mucosa, y por último la dentaria. Encontrándose diferencias significativas entre ambos maxilares ($p=0,008$).

TABLA IV: DISTRIBUCIÓN DE LAS VÍAS DE CARGA PROTÉSICA POR ARCADA EN EL TOTAL DE LA MUESTRA

VIA DE CARGA	MAXILAR		MANDIBULA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
MUCOSA	38	38	30	30
DENTO MUCOSA	44	44	61	61
DENTARIA	18	18	8	8
IMPLANTARIA	0	0	1	1
TOTAL	100	100	100	100

$X^2=8,540$ $p=0.047$

La tabla IV señala que, con relación a la distribución de las vías de carga protésica por arcada en el total de la muestra, la vías encontradas de mayor a menor frecuencia son la dentomucosa, la mucosa y la dentaria respectivamente, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos maxilares ($p= 0,047$)

TABLA V: DESDENTAMIENTO EN EL SECTOR ANTERIOR (CANINO A CANINO) POR ARCADEA EN HOMBRES

SECTOR ANTERIOR	MAXILAR		MANDIBULA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
AUSENCIA DE UNA O MAS PIEZAS	23	71,87	18	56,25
PRESENCIA DE TODAS LAS PIEZAS	9	28,12	14	43,75
TOTAL HOMBRES	32	100	32	100

X²= 1,086 p=0,297

n= Número de pacientes

La tabla V señala la presencia de piezas dentarias en el sector anterior, entre caninos, tanto en maxilar como en mandíbula en hombres. Se obtuvo, que existe mayor pérdida de piezas en el maxilar que en la mandíbula, no observándose diferencias significativas de pérdida de piezas entre ambos maxilares ($p = 0,297$)

TABLA VI: DESDENTAMIENTO EN EL SECTOR ANTERIOR (CANINO A CANINO) POR ARCADEA EN MUJERES

SECTOR ANTERIOR	MAXILAR		MANDIBULA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
AUSENCIA DE UNA O MÁS PIEZAS	50	73,52	27	39,70
PRESENCIA DE TODAS LAS PIEZAS	18	26,47	41	60,29
TOTAL MUJERES	68	100	68	100

X²= 10,862 p= 0,0005

n= Número de pacientes

La tabla VI muestra la presencia de piezas dentarias en el sector anterior, entre caninos, tanto en maxilar como en mandíbula en mujeres. Se obtuvo, que existe mayor pérdida de piezas en el maxilar que en la mandíbula, observándose a diferencia de los hombres, diferencias estadísticamente significativas de pérdida de piezas entre ambos maxilares (p =0,0005).

TABLA VII: RELACIÓN ENTRE LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS EN EL SECTOR ANTERIOR Y LA PRIORIZACIÓN DEL ASPECTO FUNCIONAL O ESTÉTICO EN EL TOTAL DE LA MUESTRA.

<i>PRIORIDAD</i>	<i>HOMBRES</i>		<i>MUJERES</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
FUNCIÓN	21	91,3	29	53,7
ESTÉTICA	2	8,6	25	46,29
PACIENTES CON PÉRDIDA DENTARIA EN SECTOR ANTERIOR	23	100	54	100

$X^2= 8.432$ $p= 0,004$

$n=$ Número de pacientes

La tabla VII expresa que, con relación a la pérdida de dientes en el sector anterior, en el caso de los hombres, los motivos funcionales son bastante más relevantes que el aspecto estético, como razón principal para realizar sus prótesis; en cambio las mujeres consideran tanto el aspecto estético como funcional en forma mas o menos similar, encontrándose diferencias significativas entre ambos géneros ($p =0,004$)

TABLA VIII: PROMEDIO DE PIEZAS POR GÉNERO EN EL TOTAL DE LA MUESTRA

<i>Ubicación de piezas remanentes</i>	<i>Promedio de piezas dentarias por Género</i>			
	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>Promedio</i>	<i>DS</i>	<i>Promedio</i>	<i>DS</i>
<i>Maxilar</i>	4,19	5,26	5,06	4,51
<i>Mandíbula</i>	5,44	5,22	6,88	4,21
<i>Total boca</i>	9,63	9,91	11,94	7,86
<i>Total pacientes</i>	32		68	

$X^2= 0,003$ $p=0,999$

La tabla VIII muestra que el promedio de dientes presentes en hombres fue de 4,1 y 5,4 para el maxilar y la mandíbula respectivamente. En las mujeres se obtuvo un promedio de 5,0 y 6,8 para el maxilar y la mandíbula respectivamente. El promedio del total de piezas presentes en boca fue de 9,63 para los hombres y 11,94 para las mujeres. No existen evidencias clínicas de diferencias entre el promedio de piezas por género en la muestra considerada ($p= 0,999$).

El total de desdentados totales (bimaxilares) que se obtuvo, corresponde a un 16% de la muestra en estudio. Del total de la población masculina un 21,8% pertenecen a esta categoría, en cambio, en el grupo femenino se observa que los desdentados totales alcanzan un 13% del total de mujeres.

TABLA IX: CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL TOTAL DE LA MUESTRA AMBOS MAXILARES

Género	Clase 1 (superior e inferior)		Clase 2 (superior e inferior)		Clase 3 (superior e inferior)		Totales	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Hombres	22	56,41	6	15,38	11	28,2	39	100
Mujeres	43	42,15	35	34,31	24	23,52	102	100
Total arcadas	65	46,09	41	29,07	35	24,82	141	100

$X^2=4,96$ $p = 0,083$

$n=$ Número de arcadas

Con respecto a la clasificación de Kennedy como se muestra en la tabla IX, tanto en hombres como en mujeres la clase 1 es la que se da en mayor proporción. Luego encontramos, en los hombres las clases 3 y finalmente las clases 2. En las mujeres en cambio se obtuvo una mayor cantidad de clases 2 que de 3. Finalmente no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la clasificación de Kennedy ($p = 0.083$)

Cabe señalar que, para el análisis estadístico, no se consideró la clase 4 ya que había solamente dos pacientes, un hombre y una mujer. Tampoco aparecen las arcadas desdentadas totales: 36 maxilares y 20 mandíbulas en el total de la muestra.

TABLA X: NECESIDAD DE PRÓTESIS NUEVA

<i>Género</i>	<i>Necesidad de prótesis nueva</i>		<i>Sin necesidad</i>		<i>Total que usa prótesis</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Mujeres</i>	42	76	13	24	55	100
<i>Hombres</i>	18	85	3	15	21	100

X²= 0,336 p=0,562

n= Número de pacientes

En cuanto a la utilización de prótesis por parte de la población adulto mayor, como lo indica la tabla X, un 76% de la muestra usa prótesis dental, de estos 55 son mujeres, correspondiente a un 80.8% del total de ellas, y 21 son hombres, equivalente a un 65.6% de la población masculina. Además se obtuvo que la mayor parte de la muestra señaló necesitar nuevas prótesis, siendo mayor la necesidad en la población masculina, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas (p= 0,562) entre ambos géneros en este sentido.

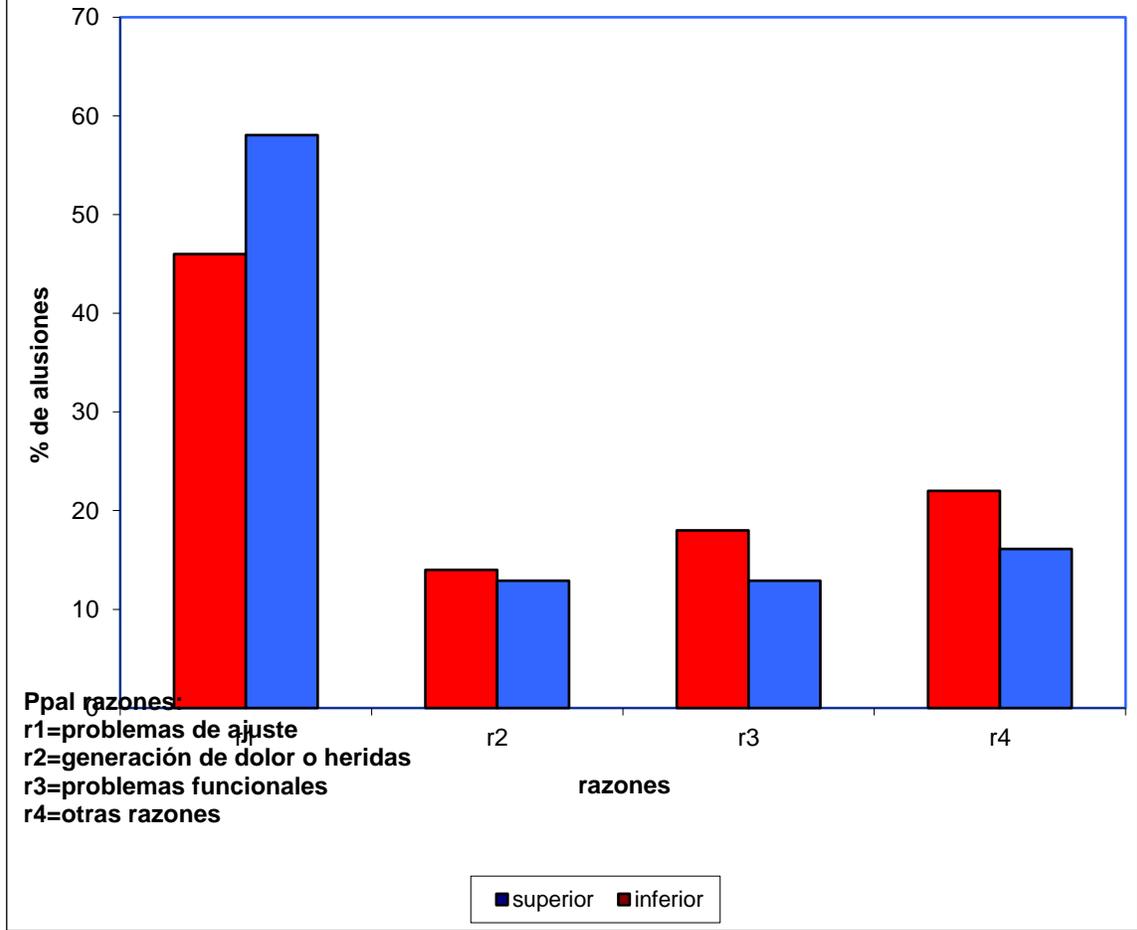
TABLA XI: TIPO DE PRÓTESIS USADA Y NECESIDAD DE REEMPLAZO POR GÉNERO

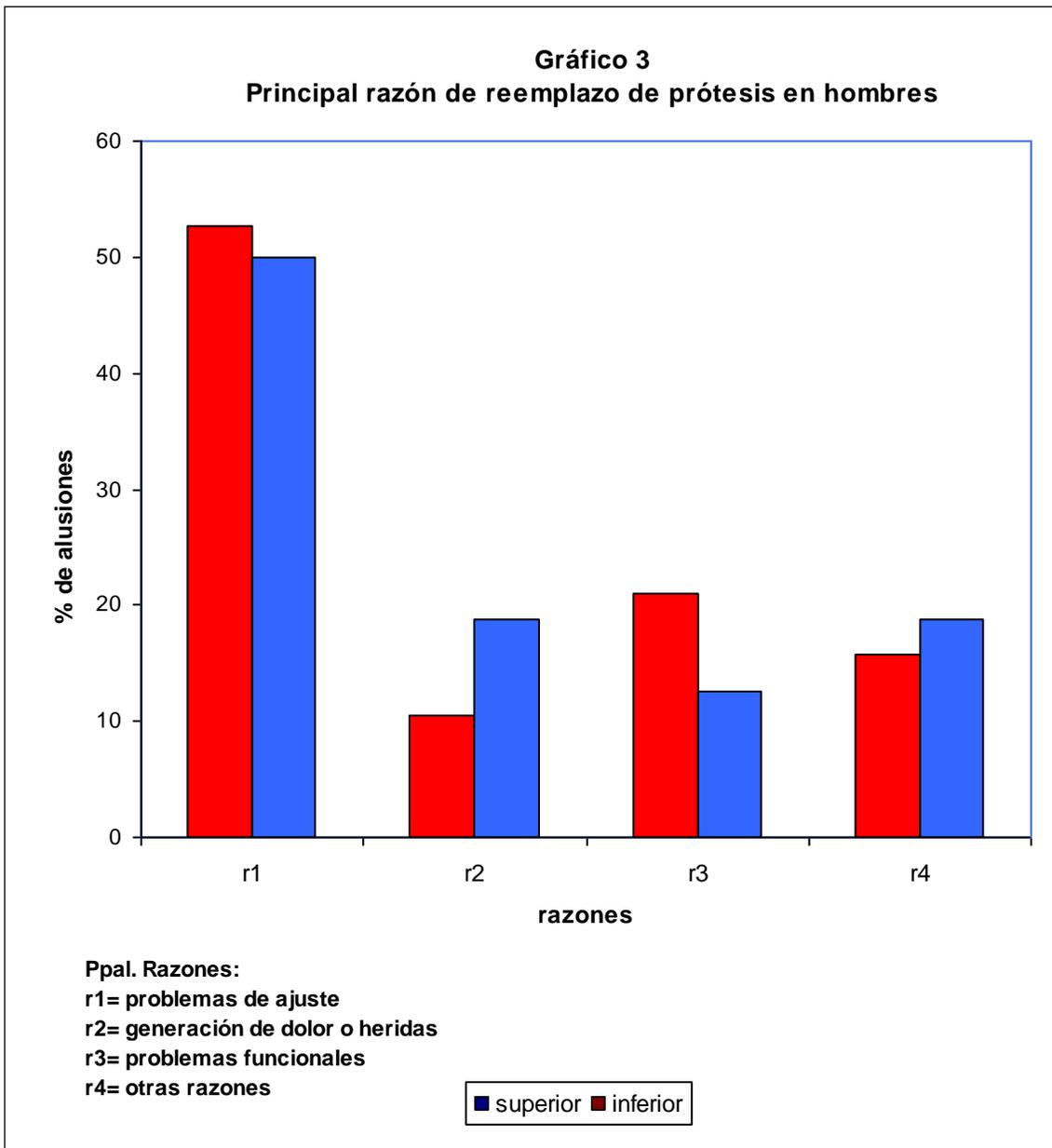
Uso de prótesis	Uso de prótesis por género				Necesidad de reemplazo de prótesis por género			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Solo superior</i>	8	38,09	23	41,81	8	44,44	20	47,61
<i>Solo inferior</i>	0	0	1	1,81	5	27,77	4	9,52
<i>Ambas</i>	13	61,9	31	56,36	5	27,77	18	42,85
Total	21	100	55	100	18	100	42	100

$X^2= 3,574$ $p=0,167$

La tabla XI, señala que, con relación al uso de prótesis dentales y la necesidad de reemplazo de estas, por arcada, con relación a ambos géneros, la mayor cantidad de los pacientes usa ambas prótesis. En menor grado, usan sólo la prótesis superior y en el último lugar, sólo la inferior. Además, se observa que la prótesis con mayor necesidad de reemplazo en relación a su uso, fue la inferior, tanto en hombres como en mujeres, no apreciándose evidencia clínica de diferencia en la necesidad de reemplazo de los dispositivos protésicos por género ($p= 0,167$)

Gráfico 2
Principal razón de reemplazo de prótesis en mujeres





Los gráficos 2 y 3 muestran que la principal razón que justifica el reemplazo de los dispositivos protésicos tanto superior como inferior, en ambos géneros, son los problemas de ajuste, (entendido esto como la falta de adaptación o retención de las prótesis) constituyendo más del 50% de las razones mencionadas por los pacientes (excepto para la prótesis superior en el grupo de mujeres con un 46%) Ahora bien,

en el grupo de los hombres, para la prótesis superior la segunda razón de mayor peso es la funcional, es decir los problemas para masticar, deglutir o fono articular, ubicándose como tercera causa la mención a otras razones (problemas estéticos, cambio de prótesis por antigüedad entre otras), y en último término la mención a los problemas relacionados con las heridas o dolores generados por las prótesis. En cuanto al reemplazo de la prótesis inferior, como segunda razón en importancia, se ubican por igual la generación de dolor o heridas por parte de la prótesis y el actor otras causas, ya descrito anteriormente, y en último lugar las razones funcionales. En las mujeres, la mención a otras razones es la de segunda mayor importancia para ambas prótesis (superior e inferior), seguida de la alusión a los problemas funcionales y la generación de dolor o heridas para la prótesis superior, y las últimas dos razones en igual medida para la prótesis inferior.

Del total de hombres, 8, correspondiente a un 25%, nunca ha usado prótesis, por diferentes razones, entre las que destacan: la poca relevancia que tiene para ellos el uso de los dispositivos desde el punto de vista funcional, en segundo término le son incómodas y en menor medida por presentar problemas económicos para acceder al tratamiento. Otros 3 pacientes, equivalentes a un 9,37% de éstos, tiene prótesis pero no la usa por diferentes razones, dentro de la que destaca la fractura o exodoncia de pilares protésicos y los problemas de adaptación que presentan las prótesis.

Al efectuar el análisis anteriormente descrito en el grupo femenino se obtiene que 11 de estas, es decir, un 16,1%, nunca a utilizado prótesis removibles. Dentro

de las razones de mayor relevancia mencionadas para tal efecto, caben destacar: el no considerarlas necesarias desde la perspectiva de la función, y la dificultad económica para poder costear el tratamiento. Por último, 2 mujeres, equivalentes a un 5,8% del total de éstas, tiene o tuvo prótesis, pero dejó de usarla por problemas de confort con los aparatos.

Con relación al uso nocturno de los dispositivos protésicos, un 56,5% de los pacientes ocupa sus prótesis durante las noches. Un 56,3% de las mujeres y un 57,1% de los hombres poseen este hábito. (Los porcentajes están tomados con respecto al total de pacientes que usa prótesis, es decir, 76 pacientes)

TABLA XII: RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL USO NOCTURNO DE LOS APARATOS PROTÉSICOS POR GÉNERO

Género	Casados						Solteros					
	Uso nocturno		Sin uso nocturno		Total		Uso nocturno		Sin uso nocturno		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres	10	62,5	6	37,5	16	100	2	40	3	60	5	100
Mujeres	15	65,21	8	34,7	23	100	16	50	16	50	32	100

Casados $X^2= 0,027$ $p=0,869$

Solteros $X^2=0,004$ $p=0,948$

Con relación al estado civil y el uso nocturno de los aparatos, como se aprecia en la tabla XII, tanto en el grupo de casados como en el de solteros, no existen diferencias estadísticamente significativas ($p =0,869$ para casados y $p=0,948$ para solteros) con relación a este hábito.

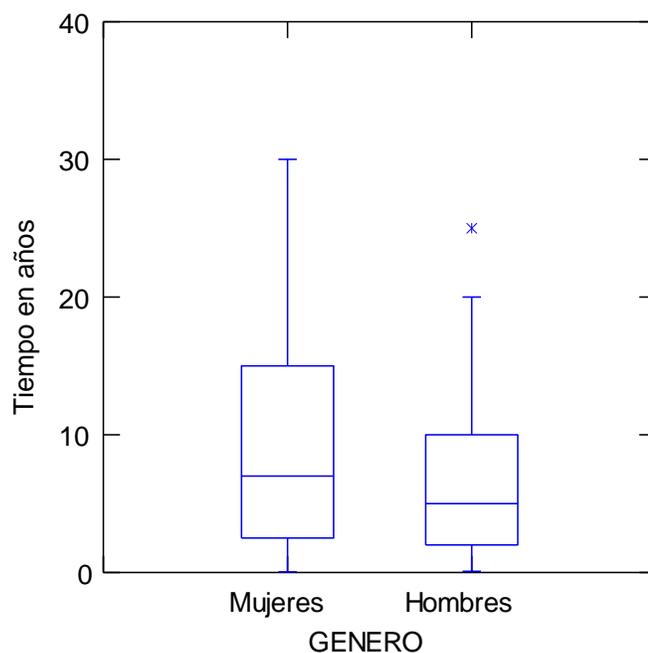
TABLA XIII: PROMEDIO DE TIEMPO DE USO (EN AÑOS) DE LAS PRÓTESIS POR GÉNERO

<i>Género</i>	<i>n</i>	Promedio	DS
Mujeres	55	9,32	8,39
Hombres	21	7,09	6,74

Test t no pareado, $t = 1,088$ $p = 0,280$

La tabla XIII muestra que, al comparar el promedio de tiempo de utilización en años, de los dispositivos protésicos entre ambos géneros, se obtiene un promedio mayor en las mujeres que en hombres (9,32 años para las mujeres y 7,09 años para los hombres). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0.280$). Se observa además, una mayor desviación estándar en las mujeres.

FIG.1: PROMEDIO DE TIEMPO DE USO DE LAS PRÓTESIS (EN AÑOS) EN 100 PACIENTES ADULTOS MAYORES



La figura 1 expresa el tiempo de utilización, en años, de los dispositivos protésicos, por género. Los cuadriláteros (en azul), indican donde se concentra el 50% de los pacientes en cuanto al tiempo de uso de las prótesis, observándose que el 50% de las mujeres usan éstas entre 2 a 15 años, en cambio el 50% de los hombres las usan entre 2 a 10 años. Las líneas que se desprenden de dichas figuras, indican la distribución de tiempo de uso de las prótesis para el resto de la muestra en estudio. Las líneas que dividen las figuras, indican el promedio, en años, de uso de las prótesis en hombres y mujeres.

VII. DISCUSIÓN

En cuanto al número de pacientes que recurrieron a los distintos centros odontológicos en que se realizaron los exámenes clínicos pertinentes a este trabajo de investigación, se obtuvo un porcentaje de demanda claramente superior de mujeres (68%) que de hombres (solo un 32%). Estudios (47) señalan que estas diferencias de género, estarían correlacionadas con la forma de vivir la propia vejez y la salud: en primer lugar, encuestas realizadas en Chile, muestran que las mujeres adultas mayores manifiestan una mayor preocupación por su salud. Un 70% de la consulta de atención primaria es realizada por mujeres. Contribuyen a esta situación factores afectivos relacionados con el rol e identidad de la mujer, los que la hacen ser mas participativa en los programas de atención. Además, influye en lo anterior, la búsqueda por parte de la mujer de ampliar sus redes de apoyo social, y el menor impacto, en comparación con los hombres, que tiene en la autoimagen de ellas el alejarse del mundo laboral.

De los resultados obtenidos en este trabajo se desprende que la principal razón para utilizar prótesis removibles en los adultos mayores es la obtención de la funcionalidad, en términos de lograr una masticación confortable luego de la instalación de las prótesis. La recuperación de la estética es considerada de menor importancia. Aunque si bien es cierto, esta realidad se ve evidenciada tanto en la población masculina como femenina, existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros, observándose un porcentaje mayor de mujeres (44,2%) con respecto a hombres (18,7%) en optar al tratamiento protésico por razones estéticas.

Estos resultados concuerdan con otro estudio nacional (48) realizado en una población de 228 adultos mayores entre 60 y 87 años, de nivel socioeconómico bajo, donde el 25,9% eran hombres y el 74,1% mujeres. Dicho estudio determinó mediante una pregunta con opciones múltiples, la razón más importante que para este grupo tenía cuidarse los dientes. Obteniendo que el poder masticar (74,2%) era más importante que la estética (59,9%). Dicho estudio indica resultados similares a este trabajo en cuanto al género, mostrando un mayor porcentaje de mujeres (67,1%) que de hombres (40,7%) que se inclinan por el aspecto estético. El mismo estudio señala que, a medida que se avanza en el nivel educacional, dicha tendencia tiende a reducirse, mostrando tanto hombres como mujeres una preocupación similar por el aspecto estético, estableciendo además, que ello puede deberse a que las personas de mayor nivel educacional mantienen un nivel de relaciones laborales y sociales de mayor exigencia en cuanto a la presentación personal.

Estudios internacionales reportan resultados discordantes con respecto a la importancia atribuida a los factores estéticos y funcionales en la realización de prótesis removibles. Un estudio (49) donde participaron un total de 60 pacientes entre 18 y 70 años, determinó que la mayor parte (53,3%) decidió realizar el tratamiento para recuperar aspectos funcionales y solo el 30% por razones estéticas, el resto opta por otras razones. En otro estudio (50) que involucró un total de 80 ancianos, la funcionalidad de los dientes fue considerado de mayor importancia que el factor emocional como elementos relacionados con la autopercepción de la salud bucal y calidad de vida. Por otro lado, un gran número de estudios internacionales (51) concuerdan en que las personas se preocupan más por la pérdida de piezas anteriores que posteriores, estableciendo que para la mayoría de las personas, las razones estéticas son más importantes que las funcionales en el reemplazo de dientes. Sugiriendo además, que factores sociodemográficos como la edad, pueden influenciar estos aspectos.

Con relación a lo anterior, cabe destacar que, los pacientes podían señalar como razón para reemplazar sus piezas ausentes, tanto la funcionalidad como la estética como opción conjunta. Debido a esto, se observó que, cuando se les preguntaba oralmente a los pacientes sobre este aspecto, muchos de ellos respondieron que tanto la estética como la función eran importantes, apreciándose una dificultad en ocasiones para inclinarse por uno u otro aspecto. Sin embargo, otros pacientes, mostraron un nivel de seguridad bastante mayor, correspondiendo en su mayoría al grupo de hombres. Se podría inferir que para muchos pacientes adultos mayores que acuden a solicitar atención les cuesta discernir su principal motivación, quizás ello se explique porque un gran número de pacientes no tienen educación en salud oral, y muchos de ellos asisten a los servicios de atención odontológicos por indicación de terceros, ya sea por su círculo de amistades, o por la opinión de sus familiares.

Con respecto a la distribución de las vías de carga protésica en el total de la muestra, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos maxilares ($p= 0,047$). La vía de carga observada en menor medida fue la dentaria (18% maxilar y 8% mandíbula). En contraposición, la más frecuente en el total de la muestra fue la dentomucosa (61% mandíbula y 44% maxilar), la mucosa se da en un 30% para el maxilar inferior y en un 38% para el superior. Existen diferencias entre ambos géneros en la vía de carga más preponderante; en los hombres fue (para ambos maxilares) la vía mucosa, en cambio en las mujeres (también en ambos maxilares) la vía dentomucosa. No existen diferencias significativas desde el punto de vista estadístico, entre las distintas vías de carga protésica por arcada en los hombres ($p= 1,00$), pero sí en las mujeres ($p= 0,008$). Otro estudio nacional, (52) realizado en un total de 173 pacientes, con un promedio de edad de 73,3 años para los hombres y 53,5 para las mujeres, correspondiendo cada género a un total de 19,08% y 80,92 % pacientes respectivamente, determinó, al igual que este trabajo, que la vía de carga protésica observada con mayor frecuencia era la dentomucosa. Además estableció que, en cuanto a la clasificación de Kennedy, la clase I fue la más frecuente. Estos resultados concuerdan con un estudio longitudinal (53), de 11 años, realizado en un total de 629 pacientes, que determinó que la distribución de arcos desdentados encontrados según la clasificación de Kennedy fue en orden decreciente las Clases I, II, III, V y IV respectivamente, estableciendo un promedio de 6,5 dientes por maxilar, similar al encontrado en este trabajo como se detallará posteriormente.

En el presente trabajo, la clase I de Kennedy también fue la más frecuente de observar, tanto en hombres como en mujeres (46% en el total de arcadas).

En lo que respecta al resto de las vías de carga encontradas en este estudio, la clase II es la segunda más observada y finalmente la clase III. No se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto al género en cuanto a la clasificación de Kennedy ($p= 0,083$). Las clases IV de Kennedy no se consideraron estadísticamente por existir un número muy reducido de pacientes que la presentaban.

Todo lo anterior sugiere que la rehabilitación protésica del paciente adulto mayor se ve complicada aun más por las características biológicas de su patrón de desdentamiento. Al ser la vía dentomucosa la más frecuente, el comportamiento biomecánico que van a tener las prótesis una vez instaladas, podría ser, en algunos casos, deficiente. Esto debido al diferente grado de resiliencia que presentan mucosa y dientes, por lo que muchos de estos pacientes pueden eventualmente no ver satisfechas sus necesidades, ya sea funcionales o estéticas, una vez concluido el tratamiento y dado el paciente de alta. El fracaso en el tratamiento podría correlacionarse con una constante disconformidad de los pacientes en el uso de estos dispositivos protésicos.

Llama la atención, que la cantidad de desdentados totales (bimaxilares) que requirieron tratamiento mediante prótesis removibles (16%) es menor que en otros estudios realizados (26, 48) en nuestro país. Sin embargo, la cantidad de arcos desdentados completos es bastante elevada (36% maxilares desdentados y 20% de mandíbulas en el total de la muestra). Un estudio internacional, (54) realizado en

234 adultos mayores, 71,4% mujeres y 28,6% hombres, con un promedio de edad de 81,4 años, seleccionados por randomización, determinó que el 59,8% fueron desdentados completos y un 13% fue desdentado en un maxilar. Además, dicho estudio estableció que un incremento en la prevalencia de desdentados fue correlacionado con el aumento de la edad. Un 44% de estos pacientes eran portadores de prótesis removibles.

El análisis de las piezas remanentes en boca que presentaba la muestra, no mostró evidencia clínica de diferencia entre arcadas y género ($p= 0,999$). Tanto en mujeres como en hombres, el promedio de piezas presentes en boca fue mayor en la mandíbula que en el maxilar, siendo para el caso de la mandíbula de 5,4 piezas en el grupo de hombres y de 6,8 en las mujeres; es decir las mujeres presentan mayor número de piezas remanentes en la mandíbula que los hombres. En el caso del maxilar, se da la misma situación, observándose un promedio de 4,1 y 5 dientes para hombres y mujeres respectivamente. Además, cuando se analiza el total de piezas presentes en la cavidad bucal en ambos géneros, se observa que los hombres presentan también un promedio menor de dientes que las mujeres (9,6 los hombres y 11,9 las mujeres). Con relación a esto, un trabajo a nivel nacional (55) realizado en una muestra de 563 adultos mayores, entre 60 y 89 años, de nivel socioeconómico bajo y alto, reportó valores distintos al respecto. Dicho estudio comparó el promedio de piezas presentes en boca por género, edad y nivel socioeconómico, destacando que en los distintos niveles socioeconómicos el promedio de dientes presentes en boca era mayor en los hombres que en las mujeres.

Siguiendo con el análisis de los resultados, si comparamos ambos maxilares con relación a la ausencia de piezas dentarias en el sector anterior, se observa que en ambos géneros, existe un mayor número de pacientes que tiene ausencia de dientes en el maxilar que en la mandíbula, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos maxilares en el caso de las mujeres ($p = 0,0005$). La hipótesis de este trabajo, se apoya en investigaciones previas (56). Mediante un estudio de tipo longitudinal y otro seccional, en un total de 227 personas entre 45 y 54 años y 657 entre 35 y 54 años respectivamente, se determinó que los dientes anteriores son los predictores más importantes en la satisfacción de las personas con relación a su estatus bucal. Sorprende entonces que un 65% de los adultos mayores, de éste estudio que presentan ausencia de dientes en una zona donde el aspecto estético es de gran peso, establecen que para ellos la función es más prioritaria que la estética. Esta situación se da en ambos géneros, pero es mucho más marcada en los hombres (91%), que en las mujeres (53,7%), observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($p = 0,004$). Este hecho se puede explicar en parte porque muchos pacientes tanto hombres como mujeres, que tenían ausencia de piezas dentarias en el sector anterior, además presentaban un reducido número de piezas posteriores, sobre todo primeros y segundos molares, por lo que muchos de estos usaban prótesis removibles, conjuntamente por una razón funcional y estética, sin embargo los problemas presentados por las prótesis eran en su mayoría funcionales, por lo que el aspecto estético quedaba relegado a un segundo plano. Es generalmente considerado que la reducción de la dentición consistente en 20 dientes remanentes otorga una aceptable función (57). Numerosos estudios (58, 59) sugieren que los problemas funcionales (referido a la

masticación principalmente) aumentan con la disminución de unidades funcionales oclusales, independiente del número, la ubicación y condición de las piezas dentarias. Por lo tanto es esperable, en el presente trabajo, la mayor inclinación por el aspecto funcional que el estético, al ser el promedio de dientes de los hombres (9,6) y de las mujeres (11,9), mucho menor de lo considerado como aceptable funcionalmente. Esto se evidencia más aún, si pensamos en la cantidad de desdentados totales (bimaxilares) hombres (21,8%), la cual es ostensiblemente mayor que en el caso de las mujeres (13%). Existen otras situaciones que podrían explicar que los hombres se inclinen en mayor medida que las mujeres por el aspecto funcional que el estético, a pesar de presentar ausencia de dientes en el sector anterior. Estos podrían estar asociados a factores socioculturales y conductuales sujetos al género. En efecto, se observó en este estudio que, una gran parte de los adultos mayores hombres, a pesar de que valoran la importancia de la estética, validan como respuesta final la funcionalidad, estando quizás condicionado aquello por un componente machista, en el que mecánicamente atribuyen a la funcionalidad una mayor importancia por ser esta socialmente más aceptada que la estética dentro de su género. Además otros factores tales como ocupación del adulto mayor, en términos de exigencia de presentación personal en puestos de trabajo, expectativa de vida y conductas sociales pueden influenciar esta condición. En cuanto al rol social, para los hombres el aspecto de mayor relevancia en el que interviene la salud bucal es la alimentación mientras que para la mujer es la confianza y autovaloración (60). Es por ello que el acto de comer se podría vincular con la alta mención a la funcionalidad por parte de los adultos mayores hombres. En el caso de la mujer, además influye todo su componente psico afectivo y los

estándares de belleza sociales. Basta recordar, por ejemplo, la campaña impulsada por el gobierno en nuestro país, llamada “sonrisa de mujer”, la que favoreció sólo a este género, en la que dicho lema (“sonrisa de mujer”), deja de manifiesto lo expuesto anteriormente.

Al realizar el análisis del uso de prótesis y necesidad de reemplazo por género, se observa que la mayor parte de los hombres (85%) y de las mujeres (76%) necesitan cambiar sus prótesis, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($p= 0,562$). Esto evidencia a grandes rasgos, que la conformidad con el tratamiento protésico es en general baja. Estudios (61) sugieren que factores tales como sensibilidad al dolor y la subjetividad de los pacientes en los efectos sobre la salud oral debido al uso de prótesis removibles, pueden explicar la inconformidad con los dispositivos protésicos y su necesidad de reemplazo. También llama la atención, que existan muy pocos pacientes que usen solo la prótesis inferior en ambos géneros, ya que la mayor cantidad de ellos usan ambas, o en menor grado sólo la superior. Esto podría explicarse por la dificultad técnica que involucra el diseño y el manejo por parte del paciente de las prótesis inferiores, ya que muchas arcadas correspondían a la vía de carga dentomucosa (61%). Avala lo anterior el hecho de que a pesar de que ningún hombre ocupaba solo la prótesis inferior, el 27,7% de ellos, que usaban ambas, solo requería reemplazo de la inferior, así como en el caso de las mujeres, en que de solo un 1,8% de pacientes que ocupaban sólo la prótesis inferior, el 9,52 % deseaba sustituirla por otra nueva. No observándose esta situación en el caso de las prótesis superiores, en las que siempre la necesidad de reemplazo fue menor al uso exclusivo de dichas prótesis. En este estudio no existen evidencias clínicas que indiquen diferencias en la

necesidad de reemplazo de los dispositivos protésicos por género ($p= 0,167$). Al respecto, un estudio (62), realizado en una población de 68 pacientes adultos mayores, la mayor parte entre 60 y 65 años de edad, estableció que la necesidad protésica más prevalente fue la prótesis parcial inferior, seguida de la parcial superior y en menor grado la total superior.

Entre las principales razones señaladas por los pacientes para el reemplazo de sus prótesis, claramente destacan del resto, y en más del 50% (excepto para la prótesis superior en mujeres con un 46%) los problemas de ajuste de los dispositivos protésicos. Debe quedar claro que los pacientes pudieron hacer alusión a más de una alternativa entre las razones para reemplazar sus prótesis, por lo que los porcentajes obtenidos corresponden al número de menciones a una alternativa en particular y no al total de pacientes que se inclinaron por dicha opción.

Con relación a este punto, un estudio (63) que evaluó los 10 problemas de mayor prevalencia, reportado con frecuencia por pacientes que usaban dispositivos protésicos removibles, determinó que entre las razones más aludidas por los pacientes, antes y luego de uno y seis a doce meses después del tratamiento protésico, se encontraban las molestias y dificultades para masticar provocadas por las prótesis, así como en menor medida los problemas de ajuste. Estableció que luego de los doce meses posteriores al tratamiento dichas dificultades disminuyeron notoriamente. Sin embargo, el ajuste de los dispositivos protésicos fue uno de los problemas más señalados a lo largo de los controles.

Se puede deducir que la alta mención a los problemas de ajuste que presentaban las prótesis, en el caso de este trabajo de investigación, se debe a que la vía de carga de estas eran en su mayoría mixta, implicando como ya se mencionó,

una dificultad para lograr una estabilidad de los dispositivos protésicos, sobre todo para la prótesis inferior (58% mujeres señalaron problemas de ajuste). Además es probable que muchos pacientes no hayan tenido control odontológico en bastante tiempo, por lo que no habían rebasado sus prótesis cuando era oportuno. Se desconoce además la procedencia de los dispositivos protésicos de los pacientes.

Es importante señalar que, el presente trabajo de investigación no estableció diferencias por tipo de prótesis (totales o parciales) con relación a las razones de reemplazo. Sin embargo, un estudio (64) que comparó satisfacción de los pacientes que usaban prótesis completas y parciales (en pacientes clase I de Kennedy) señaló que existen diferencias con relación a diversos parámetros. Siendo las prótesis completas superiores más confortables para hablar, masticar y con mayor retención que las parciales superiores, en cambio las parciales inferiores presentaban mayor retención y confort para el paciente que las totales inferiores.

Por último, cabe destacar que el 25% de los hombres nunca había tenido experiencia protésica, en cambio solo un 16,1% de las mujeres se encontraba en esta condición. Quizás ello refleje la mayor preocupación de las mujeres por su salud oral que los hombres. Entre las razones más señaladas para nunca haber utilizado prótesis destacan para ambos géneros la dificultad económica para acceder al tratamiento y la poca importancia atribuidas a las prótesis como elementos necesarios para una buena calidad de vida, ya que mucho de estos pacientes, establecieron que las prótesis no le eran indispensables para alimentarse. Por otro lado, un 12.5% de los hombres tenía prótesis pero no la usaba, en cambio solo un 5,8% de las mujeres aludía a esta causa. Si se analizan las razones para la no utilización de sus prótesis, encontramos que en general los

problemas de adaptación o ajuste de las prótesis son los más señalados, traduciéndose en un bajo confort para el paciente en el uso de estos aparatos.

Con respecto al tiempo de utilización de los dispositivos protésicos removibles, la literatura mundial difiere. Un trabajo de revisión bibliográfica (65), indica que el promedio de vida de las prótesis removibles es de 10 años para las parciales y de 11 años para las completas. Un 62,3% de los individuos de más de 60 años usan sus prótesis por sobre los 10 años. Sin embargo, el mismo estudio establece que la necesidad de reemplazo de las prótesis percibida por los pacientes, se sitúa por debajo de la establecida por el profesional, indicando que aquellos no son concientes de la verdadera necesidad de reemplazo protésico. Otros autores (66) sitúan el tiempo de vida útil de las prótesis en 5 años encontrándose en este tiempo un 58,9% de las prótesis en mal estado. Vermeulen *et al* (67) en cambio, establecen la longevidad de las prótesis, según criterios de falla, en una tasa de sobrevida de 75% después de 5 años y un 50 % después de 10 años. En el presente trabajo se obtuvo que en las mujeres el promedio de tiempo de utilización es mayor (9,32 años) que en los hombres (7,09 años), no siendo estadísticamente significativa esta diferencia ($p= 0,280$). La desviación estándar en las mujeres es mayor que en los hombres, encontrándose mujeres que habían ocupado sus prótesis hasta por 30 años. El análisis estadístico muestra además, que el 50% de éstas ocupan sus prótesis entre un margen que va de 2 a 15 años, en cambio en los hombres este margen es menor, ya que el 50% las ocupa entre 2 a 10 años solamente. En definitiva se deduce que las mujeres alargan más que los hombres el tiempo de utilización, considerado como clínicamente aceptable, de sus dispositivos protésicos. Esto resulta un tanto difícil de explicar, según lo expuesto con antelación,

si consideramos que las mujeres consultan más que los hombres a los servicios de salud. Quizás, se podría atribuir como razón a este comportamiento, el hecho de que, en nuestro país, los varones en su mayoría perciben mayores ingresos que las mujeres, teniendo la posibilidad económica de reemplazar sus prótesis en mal estado antes que estas.

Por último, en lo que dice relación con el uso nocturno de las prótesis, este trabajo arrojó resultados inesperados. Estudios han determinado que grandes variaciones individuales en el grado de reabsorción del reborde residual han sido reportado por un diferente número de pacientes, incluso en una misma persona en distintos tiempos y sitios (68) Es sabido que los tejidos bucales deben ser liberados de presión durante ciertas horas al día, para permitir la recuperación metabólica del hueso y disminuir así su proceso de reabsorción. En efecto, investigaciones han demostrado que las personas que utilizan prótesis completas durante el día y la noche, tienen una pérdida mayor de reborde alveolar que aquellos que la usan solo durante el día (69). Además muchos otros estudios (70) han determinado que entre los efectos adversos del uso de prótesis en forma continua, se encuentran el riesgo diez veces mayor de inflamación e hiperplasia de las mucosas orales, (hiperplasia de la papila palatina principalmente), 74% de estomatitis subprotésica asociada al uso nocturno de las prótesis y mayor grado de reabsorción ósea del reborde residual. Es por ello que a los pacientes se les aconseja no usar las prótesis durante la noche. Una investigación (71) realizada en un total de 150 individuos desdentados parciales encontró que, cuestionados los pacientes sobre el uso nocturno de sus prótesis, solo el 12% declaró inaceptable retirarlas durante la noche, en cambio la mayor parte (74%) afirmó como tolerable su retiro nocturno, el porcentaje restante

era indiferente. En el presente trabajo de investigación, un 56,5% del total de pacientes que usa prótesis duerme con ellas. Un 56,3% de las mujeres y un 57,1 % de los hombres poseen este hábito, es decir, no existen diferencias entre ambos grupos con relación a esta conducta. Según lo expuesto, cabe preguntarse porqué razón, pese a que reiteradamente se le advierte al paciente sobre la inconveniencia del uso nocturno de sus prótesis, la mayoría hace caso omiso a esta indicación. Dentro de este marco, este trabajo plantea que dicho fenómeno puede estar asociado al hecho de que los pacientes convivan con sus parejas, por lo que eventualmente podrían experimentar incomodidad ante su cónyuge al momento de retirar sus prótesis durante la noche. Sin embargo, al realizar el análisis por sexo y estado civil (entendido como convivencia de pareja) se obtuvo que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a esta conducta ($p=0,869$ casados y $0,948$ solteros). De lo anterior se infiere que quizás esta conducta tenga su explicación en otros factores, como por ejemplo la falta de educación en salud oral en este grupo etáreo.

Resumiendo, de los resultados de este trabajo se desprende que los adultos mayores presentan una mala condición de salud bucal, debido a la gran ausencia de piezas dentarias. Lo anterior lo evidencia la elevada cantidad de desdentados totales y pacientes clase I de Kennedy. Además factores como una alta disconformidad de los pacientes con el uso de los dispositivos protésicos, (el 60% del total del adultos mayores experimenta necesidad de reemplazo de sus prótesis y un 8% tiene prótesis pero no la usa) el prolongado tiempo de utilización de las prótesis, los hábitos desfavorables de uso de los dispositivos, la baja capacidad de acceso al tratamiento y poca importancia atribuida a las prótesis como elementos

necesarios para una buena calidad de vida, hacen necesario una mayor incorporación e intervención en estrategias educativas y de atención en salud oral para los adultos mayores. Además se necesita una mayor cantidad de estudios en nuestro país que relacionen calidad de vida del adulto mayor con salud oral, para determinar los beneficios reales de la terapia prostodóntica. Evaluación por medio de instrumentos de medición como el “Perfil de impacto en la salud oral” (OHIP) (72), el cuál es uno de los técnicamente más sofisticados para medir calidad de vida relacionada con salud oral, son necesarios de incorporar para la determinación de estos parámetros en el adulto mayor.

IX. CONCLUSIONES:

La muestra de adultos mayores estudiada dice considerar más prioritaria la función que la estética en la rehabilitación a través de prótesis dentales removibles. En los hombres esta predilección es mucho más marcada que en las mujeres, aunque éstas, en menor medida, también priorizan la función.

Las personas que presentan ausencia de piezas dentarias en el sector anterior maxilar y mandibular, entre ambos caninos, sorprendentemente dicen también priorizar la función sobre la estética.

La vía de carga protésica mayormente observada en el total de la muestra, fue la dentomucosa, seguida de la mucosa y en último lugar la dentaria. En las mujeres se obtuvo la misma distribución, en orden de frecuencia, que para el total de la muestra. En el caso de los hombres, la vía de carga más preponderante fue la mucosa, seguida de la dentomucosa y de la dentaria finalmente.

El promedio de piezas remanentes por género fue mayor para las mujeres que los hombres, observándose un total de piezas en boca de 11,9 y 9,6 respectivamente. En ambos grupos se encontró un promedio mayor de piezas en la mandíbula que en el maxilar. Un 16% de la muestra es desdentada completa (bimaxilar). Un 21% de los hombres y un 13% de las mujeres pertenecen a esta categoría.

La clasificación de Kennedy para el total de la muestra, mostró que la distribución de clases, en orden decreciente, corresponde a las clases I, II, III y IV respectivamente. En ambos géneros se observa la misma distribución de clases que para el total de la población, solo que en el caso de los hombres, las clases III, fueron más frecuentes que las clases II.

Un 76% de los adultos mayores usa prótesis removibles (total o parcial). Un mayor número de mujeres (80,8%) que hombres (65,6%) utiliza prótesis. La necesidad de reemplazo es elevada en ambos grupos, siendo levemente mayor en los hombres (85% hombres y 76% las mujeres). Las prótesis inferiores son las menos usadas y las que presentan mayor necesidad de reemplazo. En este sentido, los problemas de ajuste fueron los más aludidos por el total de la muestra, tanto para la prótesis superior como para la inferior.

Un elevado número de pacientes (56,5%) duerme con sus prótesis, no existiendo diferencias en este hábito por género. Además, no una existe relación significativa entre el estado civil y el uso nocturno los aparatos protésicos.

El tiempo de utilización de las prótesis en ambos géneros es elevado, situándose por encima de lo aconsejable clínicamente. Las mujeres alargan más el

tiempo de vida útil de las prótesis que los hombres. Siendo el promedio para ambos grupos de 9,3 y 7 años respectivamente.

X. SUGERENCIAS

El presente trabajo de investigación es de tipo seccional, por lo que sería interesante la aplicación de nuevos estudios de tipo longitudinales, que aportaran información adicional acerca del comportamiento de este grupo etáreo en el tiempo y determinar así, en que medida, estos ven resueltas sus necesidades.

Además existen muy pocas investigaciones en nuestro país que relacionen calidad de vida del adulto mayor y salud oral, por lo que nuevas líneas de investigaciones que desarrollen la aplicación de instrumentos de medición estandarizados son necesarias.

La inyección de recursos por parte del estado destinados a la mejoría de la salud bucal del adulto mayor, solo es posible en la medida que dichas líneas de investigación establezcan con claridad, la necesidad real de tratamiento en este grupo poblacional.

XI. RESUMEN

Este trabajo intenta conocer cuál es la razón prioritaria por la cual los adultos mayores, deciden utilizar prótesis dentales removibles. Para ello se tomó una muestra aleatoria de 100 pacientes que asistieron por diferentes requerimientos a distintos centros de atención odontológica en la Provincia de Santiago, Región Metropolitana. La muestra obtuvo un total de 68 mujeres y 32 hombres, con un promedio de edad de 68,9 y 68,6 años respectivamente. Los resultados indican que la principal razón que declaran los pacientes, tanto hombres como mujeres, para el uso de prótesis removibles, es funcional. Lo anterior se aprecia incluso en quienes presentan pérdida de dientes en el sector anterior. En este sentido, se observó en los hombres, una mayor inclinación por el aspecto funcional que en las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros ($p=0,004$). Un 16% de la población era desdentada completa bimaxilar (21,8% de los hombres y 13% de las mujeres). El promedio de piezas remanentes fue de 11,9 para las mujeres y 9,4 para los hombres. Se obtuvo además, para el total de la muestra que, la vía de carga protésica más frecuente fue la mucosa y la menos frecuente la dentaria. La clase I de Kennedy fue la más observada y la clase IV la menos; existe un 85% de hombres y un 76% de mujeres que necesitan reemplazar sus prótesis por otras nuevas, siendo la prótesis inferior la que presenta mayor necesidad de cambio. En este sentido el desajuste protésico, constituyó, para ambos géneros y la mayor parte de las prótesis, el porcentaje más elevado de alusiones a problemas que presentaban estos dispositivos. Un 56,5% de los pacientes duerme con sus prótesis, no existiendo una relación entre el estado civil

y este hábito. Por último, el tiempo de utilización de las prótesis es elevado para ambos géneros, siendo mayor en las mujeres (9,3 años) que en los hombres (7 años).

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Índice general: censo 2002. Resultados. Vol 1. Población país-región. Impresión empresa periodística la nación. S.A. Stgo Chile. Marzo 2003. Págs. 45-49
- 2.- Matas J; Rochefort C. ¿Quién es el adulto mayor? Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Vol 13 N° 2, Julio- Diciembre de 1995. Págs 27-30
- 3.- Misrachi C; Gaete J; Espinoza I. "Calidad de vida y salud, instrumentos de medición" Magazine Internacional College of Dentist Section Four, Vol 10, 2002. N°1, Págs 94-107
- 4.- Grift H; Redford M "Oral Health and the quality life" Clin Geriatric Med. 1992; (8): 673-683
- 5.- Espinoza I, "Prevalencia de enfermedades periodontales y caries dental en la población de 35 a 44 años y de 65 a 74 años de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo de la Provincia de Santiago, región Metropolitana y determinación de los recursos necesarios para su tratamiento" Tesis para optar al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas con mención en Periodontología Oral. Universidad de Chile. 2001

- 6.- Zwetchkenbaum SR; Shay K "Prosthodontic considerations for the older patient" Dent. Clin. North AM. Oct 1997, 41 (4): 817-845
- 7.- Ettinger R; Kambhu P "Selected issues on care and management of the ageing patient; Utilitation and decision making" Dent Update, Junio 1992, 19(5): 208-212
- 8.- Wayler a; Chauncey H. "Impact of complete dentures and impaired natural dentition on masticatory performance and food choice in Healthy aging men" J. Prosthet Dent. 1983, 49(3): 427-433
- 9.- Baxter J. "The nutritional intake of geriatric patient with varied dentitions" J. Prosthet Dent. 1984, 51(2):164-168
- 10.- Birgitta Liedberg, Kaj Stoltza; Bengt Owall "The masticatory handicap of wearing removable dentures in elderly men" Gerodontology 2005; 22:10-16
- 11.- Hernández M. "Rehabilitación oral para el paciente geriátrico". Editorial Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología. 2001. Págs 17-18
- 12.- A. Salgado Alba; JJ Gonzalez Montalvo "Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano" Editorial Masson, 1996. Págs 8-9
- 13.- Alfons Auer "Envejecer bien un estímulo ético Teológico" Editorial Herder S Barcelona. 1997, Pág 26-27
- 14.- Anzola E; Galinsky D; Morales F; Sánchez M. "La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa". Organización Panamericana de la salud, Edición N° 546. Editorial Washington D.C. 1994. Págs 57-66

- 15.- "El adulto mayor en América latina sus necesidades y sus problemas médicos sociales" Centro Interdisciplinario de estudios de seguridad social México (DF) CIESS/OPS/OMS. 1995. Págs 134-137
- 16.- Anuario de estadísticas vitales. INE, 2001. Págs 180-181
- 17.- Chaucey HH. "The effect of the loos teeth on diet and nutrition. Int. Dent. J. 1984; 34: 98-104.
- 18.- Terezinha R. Maria L. "Association between nutrition and the prosthetics condition in edentulous elderly" Gerodontology December 2004. 21 (4) 205-208
- 19.- Nishumara Y, Atwowood D. " Knife-Edge residual ridges: a clinical report" J Prosthetic Dentistry 1994; 71:231-234
- 20.- Baxter C. "Relationship of osteoporosis to excessice residual rigde resorption. J. Prosthetic Dentistry 1981; 46: 123-125
- 21.- Harrison, Principios de Medicina interna. Edición N° 14 Vol 2. 2000. Págs 2557-2563.
- 22.- Matas J; Rochefort C. "Prótesis removible en la rehabilitación bucal del adulto mayor" Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile / Vol. 15 N°2. 1997. Págs 24-27
- 23.- Marín P. "Tiempo nuevo para el adulto mayor, enfoque multidisciplinario" Pontificia Universidad Católica de Chile: 1993. Págs 166-170
- 24.- Herrera S "Vejez y Familia una aproximación socioeconómica" Memoria de investigación. Pontificia Universidad Católica de Chile. Stgo, Chile 1996.

- 25.- Revista de estudios médicos humanísticos año 2003 N° 8. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Editorial Ars Médica. Págs 101-103
26. Fonasa. Subdepartamento Estudios. Serie de documentos de trabajo N° 1. Junio 2005. 81 . Págs. 35-52
27. Misrachi C; Biotti J; Cabargas J; Soto R “La salud oral y el adulto mayor; desafíos para la odontología. Revista de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile.1995. Págs 51-85.
- 28.- Ministerio de salud. Norma de la atención integral de salud, del adulto mayor. 2002. 85. Pág. 19. Salud del adulto mayor. [www.minsal.cl, en línea] 2005.
- 29.- Situación de la salud en Chile, análisis de la VIII encuesta de caracterización socioeconómica nacional (Casen 1999-2000), documento número 5 Mideplan. [Http. www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)
- 30.- Gamonal, J. “Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la región metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento”. Tesis para postular al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas con mención en Periodontología. Facultad de Odontología Universidad de Chile.1996
- 31.- Anuario estadístico. Resumen de las actividades profesionales efectuadas en los servicios de salud del área metropolitana, I.N.E. 1998. Pág. 333

- 32.- Barrientos M; Péric K; Sepulveda R; Von Martrens. “¿En consultorios? Implantes y prótesis removible en la tercera edad” Revista de Tecnología dental. 2002. Págs. 71-79
33. Zorrilla S “Envejecimiento y calidad de vida” Acta Bioética Año VII N° 1. Editorial OPS/OMS. 2001. Págs. 84-85
- 34.- Knapp a. “Nutrition and oral health in the elderly”. Geriatric Dentistry. Dental Clin. Of North Am. 1989;33 (1) : 109-125
- 35.- Brodeur, J. “Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in edentulous elderly” J. Prosthet Dent. 1993; (70) 468-473
- 36.- Jiménez P; Sandoval N “Influencia de la calidad técnica del tratamiento protésico removible en la autopercepción de la salud oral del adulto mayor” Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano dentista. Universidad de Chile. Facultad de Odontología, Área de Ciencias del Comportamiento.2004
37. Misrachi CV; Ponce M; Sepulveda H “Influencia de la Rehabilitación protésica en la salud oral del adulto mayor” Rev Dental de Chile, 2004;95 (3) 3-10
38. Niessen L, Jones J. “Facing the challenge: The graying of America” Geriatric Dentistry 1991:3-13
39. González O; Solorzano A; Balda R; “Esthetic in Dentistry. Part I. Psychological aspects related to oral esthetics” Acta Odontológica Venezolana; 36(2)1998, 92-99
40. Shay K. “Dental management considerations for institutionalized geriatric patients” The Journal of Prosthetic Dentistry Vol 72 1994:510-516
41. McCracken; Prótesis parcial removible, Décima edición, Editorial Panamericana. 2004. Págs 1-2

42. Perez D. "Relación entre satisfacción con la rehabilitación oral basada en prótesis removible y salud mental del adulto mayor" Trabajo de Investigación. Requisito para optar al título de cirujano dentista. Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Dpto. del niño y ortopedia dentomaxilar. 2004
43. Muller F, Wahl G, Fuhr K " Ages related satisfaction with complete denture, desire for improvement and attitude to implant treatment" Gerontology 1994; 22:315-8
44. "Variables affecting denture satisfaction in Israeli elderly. A one year follow-up" Gerontology 1995;12(12).89-94.
45. Mira JJ; Aranaz J. "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria". Med. Clin(Barcelona) 2000; 114(3):26-33
46. Holm-Pedersen P; Loe H. "Text Book of geriatric dentistry" Communication in the practitioner aged patient relationship, second edition. Munksgaard, Copenhagen.1996 (10):150-161
47. Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de sociología "La relevancia de los factores Psicosociales en la atención primaria, el caso de la participación en el programa de control sano del adulto mayor" Stgo. Chile 1998. 59. Págs.
48. Conocimientos, creencia y conductas en salud oral en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo zona norte de Santiago. Cuad. Med. Sociales. XLI, 3-4. 2000. Págs. 15-13
49. Arrighi P " Attitude of patient about the prosthetic treatment in the Odontology" Acta odontológica Venez. Vol. 36 (2) 1998 : 62-69

50. Jiménez Pérez, Juana; Esquivel Hernández, Rosa Isabel; González-Celis Rangel, Ana Luisa. "La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos" Rev. ADM. 60(1):19-24, ene.-feb. 2003.
51. A.C Elias; A Sheiham " The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth" Journal of oral Rehabilit. 1998, 25 (9) : 649-661
52. Rochefort C; Ocaranza D; Biotti J; Espinoza M; Marín J. "Distribución de las vías de carga protésica en pacientes desdentados parciales de acuerdo a la clasificación de Kennedy" Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Vol. 16 N° 2, Julio-Diciembre de 1998. Págs 49-54
53. C. Vanzeveren*; W.D'Hoore, P. Bercy; G. Leloup " Treatment with removable dentures: a Longitudinal study. Part I. Journal of Oral Rehabilitation 2003. 30: 447-458
54. Angelillo IF; Sagliocco G; Hendriks SJ; Villari P. "Tooth loss and dental caries in institutionalized elderly in Italy."Community Dent Oral Epidemiol. 1990 Aug;18(4):216-8.
55. Misrachi C; Sepúlveda H, Lamadrid S. " Situación protésica y conductas asociadas en adultos mayores de nivel socioeconómico Medio-Alto y Bajo" Rev. Dental De Chile. 93 (1) 2002: 10-16
56. A.C Elias; A Sheiham " The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth" Journal of oral Rehabilit. 1999, 26 (1) : 53-71
57. Witter D J; Van Palenstein "The shortered dental arch concept and its implications for health care" Community Dent Oral Epidemiology 1999 27 :249-258

58. L. M Rosenoer A. Sheiham “ Dental Impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults. Journal of oral Rehabilitation. 22 (7) 1995: 469-480.
59. J.L Leake; R Hawkins; D Locker “Social and functional impacts of reduced posterior dental units in older adults” Journal of oral Rehabilitation 21 (1) 1994:1-10
60. Mcgrath C; Bedi R “ The importance of oral health in older peoples quality of life” Gerodontology, 16 (1) 1999 :59-63
61. Ulrich K; Markus E; Henrich W “Oral health impact in patients wearing removable prostheses: Relations to somatization, pain sensitivity, and body Consciousness” Int J Prosthodont 18 (2) 2005:106-11
62. Torres M; MatildeA; García R, Juliana K; Marín Z; Dairo J. “Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la U.N. durante el primer semestre del año 2000 y cuál es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal” Revista. Federación. Odontológica. Colombiana; Oct. 2001-feb. 2002. (201):4-22,
63. Andrés G; Szentpetery “ Problems reported by patient before and after prosthodontic treatment” Int. J. Prosthodont 18 2005: 124-131
64. Asta C; Dubrauka K “ A comparison of patients satisfaction between complete and partial removable denture wearers “ Journal of Dentistry 31 (7) 2003: 445-451
65. Randall David Mazurat, B. Sc; DDS Winnipeg “ Longevity of partial, complete and fixed prostheses: A literature review. Journal Can Dent Association, June/Juin 1992 Vol. 58 (6)500-5004

66. Wetherell; J.D. Smales; R.J “Partial denture failures; a long-term clinical survey” *Journal of dentistry*. 1980; 8: 333
67. Vermeulen, A.H.B.M; Keltjens. H.M.A.M; Van’t Hof; M.a; Kayser A.F “ Ten – year evaluation of removable partial dentures: Survival rates based on retreatment, not wearing and replacement” *Journal of Prosthetic Dentistry*. 1996. 76:267
68. Konstantinos K; Henny J “Posterior mandibular residual ridge resorption in patient with conventional dentures and implant overdentures”. *Int. Journal Maxillofac Implants*. 2003; 18 (3) 447-452
69. Qiufei X; Timo O; Närhi, J “ Oral status and prosthetic factor related to residual ridge resorption in elderly subjects”. *Acta Odontol. Scand*. 1997; 55 (5):306-313.
70. Francis S; Tautin, D.D.S.* “Should dentures be worn continuously?” *Journal Prosthet Dent*; April 1978, 39 (4) 372-374
71. Janice Fiske; David M; Katherine C.M. Leung; Anne S. McMillan; Brendan J.J. Scott “The emotional effects of tooth loss in partially dentate people attending prosthodontic clinics in dental schools in England, Scotland and Hong Kong : A preliminary investigation” *Int. Dental Journal*. 2001; 51 (6) 457-462
72. Mike T. András Szentpetery; Jürgen M. Setz “ Oral health-Related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 month after treatment” *Int. Journal Prosthodont* 2004; 17:503-511

FICHA CLÍNICA

N° _____

**Departamento de Prótesis
Universidad de Chile**

Examinador: _____

Fecha del examen: _____

I) Identificación del paciente

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Rut: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Comuna: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____

Estado civil: _____

II) ¿Toma algún Medicamento? Indique cuáles y para qué:

III)Cuál es el motivo de su consulta entre las siguientes opciones:

- 1) Estética
- 2) Función
- 3) Estética y en menor grado función
- 4) Función y en menor grado estética

IV) Antecedentes clínicos:

IV.1) Clasificación de Kennedy: (Marcar con una cruz)

Maxilar:	Clase I _____	Subdivisión _____
	Clase II _____	Subdivisión _____
	Clase III _____	Subdivisión _____
	Clase IV _____	Subdivisión _____

Desdentado Total:_____

Mandíbula:

Clase I _____ Subdivisión _____

Clase II _____ Subdivisión _____

Clase III _____ Subdivisión _____

Clase IV _____ Subdivisión _____

Desdentado Total:_____

IV.2) Anotar Piezas dentarias ausentes:

Maxilar:

Mandíbula:

IV.3) Usa prótesis Removibles parcial o total (Marcar con una cruz)

Si: _____

No: _____

Si la respuesta es afirmativa, marcar con una cruz tipo de prótesis que usa:

Superior: _____ Inferior: _____ Ambas: _____

Tiempo(en años), desde su instalación: _____

¿Se saca sus prótesis para dormir o durante la noche?

Si: _____

No: _____

¿Siente necesidad de reemplazarlas por otra(s) nueva(s)?

Si: _____

No: _____

Si la respuesta es afirmativa consignar motivo de reemplazo:

- A) Le provoca dolor o heridas
- B) No se ajusta bien a su boca (se suelta sola, se le mueve, no le entra bien, etc)
- C) Le molesta para comer o hablar con las demás personas
- D) otra(s) Razón(es)

Si la respuesta es negativa:

- A) Nunca ha usado prótesis removibles;
Motivo: _____
- C) Tiene prótesis pero no la usa
En el último caso especificar si es superior o inferior la prótesis
Superior:____
Inferior:____
Motivo: _____

V) Evaluación clínica:

V.1) Oclusión antagonista:

Arcada superior: _____

Arcada inferior: _____

V.2) Estado de la mucosa del reborde desdentado (marcar con una cruz)

Estado:	Superior	Inferior
▪ Firme	_____	_____
▪ Sana:	_____	_____
▪ Color normal:	_____	_____
▪ Enrojecida o anémica:	_____	_____
▪ Móvil:	_____	_____
▪ Ulcerada:	_____	_____

V.3) Impresión de la base de la mucosa: _____

Sin impronta: _____

VI) Estado de las piezas remanentes:

- Consignar con un círculo las piezas con caries.
- Marcar con una cruz las piezas con movilidad.

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16

17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32