

**ANODONCIA PARCIAL EN LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN
EL MUNICIPIO DE MADRID CUNDINAMARCA**

TRABAJO DE GRADO

CHRISTIAN FERNANDO RUBIANO RINCON

AGOSTO 2015

UNICOC.INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

POSTGRADO ADMINISTRATIVO

ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

RESUMEN

Con base a la población de régimen subsidiado asegurado a las ARS Convida y Cafam del municipio de Madrid Cundinamarca (MATILDE, 2014) presentan una gran demanda en la consulta odontológica en la parte terapéutica en el área de la cirugía simple ya que no tienen un autocuidado de su salud oral y una posterior rehabilitación de las piezas dentales a las que les realizan exodoncias, ya que la rehabilitación es una parte de la odontología que es muy costosa y no esta incluidas en el POS, la mayoría de esta población no tiene los medios para realizar tratamientos de medio y alto costo para rehabilitar su salud oral y mejorar tanto su autoestima como su funcionabilidad en la parte masticatoria

ABSTRACT

In dentistry, anodoncia, also called anodoncia is a strange genetic disease characterized by congenital absence of primary or permanent teeth. It is associated with the group of syndromes of the skin and nerves, called ectodermal dysplasia. Anodoncia usually part of a syndrome, and rarely occurs as an isolated entity

PALABRAS CLAVE

Anodoncia, oligodoncia, prótesis parciales, anodoncia parcial, exodoncia, prostodoncia.

Contenido

ANODONCIA PARCIAL EN LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE MADRID CUNDINAMARCA	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	2
PALABRAS CLAVE	2
<i>Lista de figuras</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Lista de tablas</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
Capítulo 1	8
ANODONCIA PARCIAL EN LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE MADRID CUNDINAMARCA	8
INTRODUCCION	8
Capítulo 2	10
JUSTIFICACION	10
Problema de Investigación	10
PREGUNTA DE INVESTIGACION	12
MARCO TEORICO	12
La anodoncia total verdadera.	16
La anodoncia parcial verdadera.	16
ETIOLOGÍA	16
EPIDEMIOLOGÍA	18
OBJETIVOS QUE DEBEN CUMPLIR LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	20
DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE EDENTULISMO PARCIAL	21
El edentulismo parcial indica la pérdida de algunos dientes en uno o ambos arcos A continuación se presenta el Índice del Diagnóstico Prostodóntico para el paciente parcialmente edéntulo.	21
FACTORES DE RIESGO PARA EL EDENTULISMO PARCIAL	21
OBJETIVOS	22
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
MARCO METODOLOGICO	23
OBLIGACIONES DEL PROYECTO	24
MATERIALES	25
PROCEDIMIENTO CLÍNICO	27
EDUCACIÓN AL PACIENTE	28
PERSONAL HUMANO	28
CRONOGRAMA	29

Capítulo 3	31
DISCUSION DE RESULTADOS	31
UBICACIÓN	31
CARACTERIZACION DEMOGRAFICA DE LA POBLACION	32
RECURSOS FISICOS Y HUMANOS DEL PROYECTO	42
RECURSO HUMANO	42
RECURSO FISICO	42
VIABILIDAD FINANCIERA DEL PROYECTO	42
PRESUPUESTO DE INVERSION	43
RETORNO DE LA INVERSION	44
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
Referencias	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 flujo grama prótesis parcial removible	25
Figura 2 plano político Madrid	29
Figura 3 hospital santa Matilde Madrid	30
Figura 4 pirámide poblacional	32
Figura 5 pirámide poblacional	32

LISTA DE TABLAS

Tabla1 población Madrid	31
Tabla 2 población de Colombia	30
Tabla 3 población subsidiada Madrid	34
Tabla 4 diagnostico dental 15 44 anos	35
Tabla 5 diagnostico dental 60 mas	36
Tabla 6 diagnostico dental 45-59 años	37
Tabla 7 flujo de caja prótesis dentales	40

Capítulo 1

ANODONCIA PARCIAL EN LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE MADRID CUNDINAMARCA

INTRODUCCION

El proyecto quiere disminuir la anodoncia parcial en el municipio de Madrid Cundinamarca en la población con riesgo social como la que está en el aseguramiento subsidiado de la salud en personas que presenten alteraciones de número de piezas dentales.

La anodoncia en este municipio está de la mano con la parte cultural de las personas de la tercera edad ya que ellos transmiten el estilo de su vida a sus descendientes y en este modo de vida el autocuidado de la salud oral está muy lejano si observamos las bases de datos y de los rips del Hospital Santa Matilde de Madrid (MATILDE, 2014) encontramos un alto índice de prevalencia de anodoncia parcial y total.

Esta incidencia de la anodoncia parcial hace que cree un problema al futuro ya que el sistema digestivo en su parte masticatoria no esté funcionando óptimamente ni completamente y a un mediano y largo plazo la falta de nutrientes absorbidos durante nuestra vida se vea reflejado a un futuro en nuestra vejez como la falta de vitaminas y nutrientes para nuestro cuerpo.

Este proyecto mejorara la calidad de vida de los beneficiados ya que no se aislaran de la sociedad por timidez a l sonreír porque en la mayoría de personas se ve implicada la parte anterior por la ausencia de incisivos incrementara la participación y ellos serán gestores para la convocatoria de nuevos beneficiarios a estos programas sociales.

El grupo socioeconómico al que pertenecen estas personas (Madrid, 2012) su interés es el de trabajar por su dinámica económica y los tratamientos de rehabilitación oral son muy costosos ya que son eventos no contemplados en el plan de beneficios de salud.

Lamentablemente nuestra cultura nos impide ser visionarios de la prevención en salud nunca le prestamos la atención suficiente y esperamos a la parte de los tratamientos largos y cuando ya son irreversibles, en la parte de la salud oral como no es algo vital siempre dejaremos y postergaremos la asistencia al personal de la salud para la corrección de estas afecciones de la nuestro cuerpo.

Se realizara la identificación de los pacientes por medio de una base de datos y una canalización de estos a través de una caracterización de la población que consulta en el Hospital santa Matilde en Madrid con esta base de datos empezaremos una valoración para diagnosticar la clase de anodoncia presente en ellos.

Luego se diseñaran planes de tratamiento para aliviar esta incidencia de la anodoncia parcial en estos pacientes para mejorar la parte funcional del sistema masticatorio y optimizar su calidad de vida para que participen mejor en la sociedad.

En este proyecto se dará un cupo piloto de 380 pacientes que presenten este diagnóstico y estos beneficiarios serán los que ya están identificados Para la recolección de información y alimentación de las ya mencionadas bases de datos¹, y que presenten una anodoncia parcial severa ya que nos mostrara el plan de tratamiento la necesidad de utilizar prótesis parciales.

Vulnerable y por ende es difícil acceder a ellos y llevarles la información, es más eficaz usar el método del voz a voz, informando primeramente a unos pocos, que accedan o se acerquen a los centro de salud, los cuales serán los encargados de dar a conocer y ampliar el proyecto.

La prestación de servicios de salud consistirá en la valoración odontológica y suministro de prótesis parciales dentales removibles en acrílico a la población beneficiada en el Municipio de Madrid 650 prótesis.

¹ **Madrid** es uno de los 116 municipios del departamento de Cundinamarca, Colombia. Se encuentra ubicado en la provincia de Sabana Occidente a 21 km de Bogotá. 77789 habitantes 10 mil zona rural

Capítulo 2

JUSTIFICACION

Problema de Investigación

Madrid es un municipio Cundinamarca ubicado a 45 minutos de la ciudad de Bogotá es uno de los 116 municipios del departamento de Cundinamarca se encuentra ubicada en la provincia de sabana de occidente a 21 kilómetros de Bogotá².

Limitada en el norte con Subachoque y Rosal y Tenjo en el occidente con Facatativá y Bojaca y oriente con Funza Mosquera. La población del municipio es de un 82% urbana y un 18% rural, la población actual es de 77.627 habitantes en la parte rural es de 12.565 habitantes y el restante es urbano la densidad poblacional es de 151 a 300 habitantes por kilómetro cuadrado en la parte urbana y de 50 a 70 habitantes por kilómetro cuadrado en la población rural (madrid, pagina web) .

La tasa de crecimiento de la población es del 5.6%, (dane, 2012) generada por el desplazamiento interno, la presión demográfica del Distrito Capital de Bogotá y la oferta de plazas de trabajo para mano de obra no calificada. En este municipio se encuentran las floras y empresas de cultivos los cuales son promotoras de trabajo temporales las cuales no dan una estabilidad económica pero si oportunidad a un gran número de personas y se está convirtiendo este municipio en una ciudad multicultural pero de un nivel socioeconómico bajo esto nos hace alertarnos al área de salud a mejorar cada vez más los programas de prevención y promoción.

La identificación de estos pacientes que están comprometidos con este diagnóstico de anodoncia parcial ya están siendo localizados en este Hospital ya que por medio de las historias clínicas se consigna su estado dental, con estos datos lograremos una caracterización de la población y con esto posteriormente la canalización de estos pacientes para luego obtener nuestra base de datos de pacientes que realmente necesitan esta rehabilitación oral.

²Alcaldía de Madrid informe sociopolítico

Teniendo identificado a los pacientes posteriormente iniciaremos a realizar una buena historia clínica con una excelente anamnesis y así poder diagnosticar acertadamente para posteriormente diseñar un plan de acción a esta anomalía presente en la cavidad oral que se basara en la prostodoncia parcial de los mismos.

El tratamiento final para esta población que presenta anodoncia parcial o severa es el de realiza la rehabilitación oral por medio de prótesis parciales en acrílico para aliviar un poco el daño causado por esta anomalía y devolver su parte funcional y posteriormente su aumento en la autoestima y así participar o incrementar su vida social.

En el Hospital Santa Matilde de Madrid se atiende a la población vulnerable con sisben o encuesta y asegurados a régimen subsidiado como cafam ars y convidad y unos convenios del régimen contributivo como famisanar o Golden group nuestra población objeto en este momento es la de la población afiliada al régimen subsidiada de cafam ARS y convida.

Número de usuarios que se encuentran en la base de datos del municipio es de 6355 usuarios afiliados a Convidad y de 6265 afiliados a Cafam con una población objeto de 12.620 pacientes el cual la población al cual va a llegar nuestra propuesta será del 70 % de estos usuarios. Asistir al hospital es cuando nos sucede o nos adolórese algún tipo de trauma leve o moderado y en el área de odontología ya cuando acuden a consulta un 70 % de estas urgencias terminan con un diagnostico reservado o malo y el plan de tratamiento es la exodoncia dental y la rehabilitación de estas piezas dentales no están incluidas en el plan obligatorio de salud y como estamos en una población con dificultad económica se olvidan de su salud ora (MATILDE, 2014)l.

Esta problemática incide en varios aspectos ya que el sistema masticatorio es muy importante en la vida cotidiana del ser humano ya que por medio de la digestión obtenemos los nutrientes esenciales para nuestra vida el mayor problema de este es si no obtenemos una dieta adecuada no obtendremos los nutrientes suficientes, en la parte de salud oral la anodoncia hace que comience la desarmonía oclusal ya que faltando piezas dentales ocurre migración de estas mesializacion, palatinizacion, lingualizacion, distalizacion y vestibularizacion en el cual se evidencian que ya no están en el plano oclusal optimo esto nos lleva a presentar anomalías en la ATM articulación temporo mandibular problemas al masticar como dolor muscular y evolucionan hasta cefaleas, la disminución de la dimensión vertical y algunos problemas sociales por baja de la autoestima por falta de estas piezas dentales en especial cuando son anteriores ya q se dificulta por

timidez de mostrar que presentan ausencia de los dientes al sonreír esto hace un problema psicológico y rechazo en la sociedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Anodoncia parcial en pacientes de régimen subsidiado en la población de Madrid Cundinamarca?

MARCO TEORICO

Madrid es un municipio de gran importancia para el departamento ya que está ubicado en el occidente de Bogotá y viendo la dinámica de crecimiento de Bogotá en la parte residencial como en la parte industrial

Queriendo aportar una solución a una problemática de salud oral queremos enfocar este proyecto en la parte de la rehabilitación en pacientes que presentan anodoncia parcial para mejorar su calidad de vida.

Para tener un tratamiento correctivo para la presencia de anodoncia parcial es necesario diseñar un plan de tratamiento para la población afiliada al régimen subsidiado de la población de Madrid Cundinamarca esto con el fin de disminuir los efectos que implica la anodoncia parcial en su entorno funcional y en su parte estética.

Por medio de las historias clínicas se obtendrán el número de pacientes que consultaron en un periodo determinando, en estas historias clínicas obtendremos la información necesaria porque en ella contiene el odontograma que nos indicara el estado dental del paciente y la ausencia de piezas dentales.

Creando una base de datos se podrá determinar la cantidad de pacientes que se ven afectados por tener un diagnóstico de anodoncia parcial el cual se verán identificados por medio de una canalización de pacientes.

El plan de acción que se establecerá es el de incluir a estos pacientes en la lista de beneficiarios de este proyecto para realizar una historia clínica adecuada para observar el tipo de incomodidad generado por esta anodoncia parcial.

La anodoncia parcial se disminuirá por medio de la realización de prótesis parciales removibles dentales en acrílico de alto impacto lo cual disminuirá

En la salud oral encontramos que la agenesia dental es la ausencia de uno o más dientes, es una anomalía del desarrollo común entre ambas denticiones, como resultado de un trastorno de la salud oral que en embriología humana es la que impide que la lámina deje formar el germen dental de cualquier diente.

Para un diagnóstico de cualquier anomalía como la ausencia de alguna pieza dental esto se debe realizar una buena anamnesis de una historia clínica dental detallada y una radiografía como ayuda diagnóstica, es indispensable clasificar al paciente por su edad para así tener un buen diagnóstico un plan de tratamiento y así realizar este tratamiento adecuado para estos pacientes.

Dependiendo las piezas dentales faltantes sabremos el daño causado en la oclusión y la asociación con otras entidades

Anodoncia en el municipio de Madrid en el régimen subsidiado que asiste en el servicio de odontología en el Hospital Santa Matilde de Madrid en la mayoría de pacientes que ingresan a este servicio evidenciamos un alto índice de prevalencia de anodoncia parcial en adulto joven y adulto mayor ya que esto es un problema en el sistema ortognático del cuerpo humano.

El servicio de rehabilitación oral en la parte no incluida en el plan obligatorio de salud es muy costoso para cualquier tipo de tratamiento este oscila en un valor de un salario mínimo mensual y si partimos que los ingresos de una familia entera es entre un salario o salario y medio mensual no pueden acceder a este tratamiento.

Nos enfrentamos a una problemática social en la cual preferimos dejar pasar el tiempo y amoldarnos al problema de salud oral y como no es de una urgencia vital la dejamos como un tratamiento no vital, esperan hasta que se pierdan la mayoría de piezas dentales para tomar una decisión y realizar un tratamiento que no es el adecuado ya que se podría haber evitado con una buena promoción y prevención.

La parte cultural es muy importante ya que la mayoría de usuarios beneficiados de estas EPS subsidiadas son población rural la cual está acostumbrada a su modo de crianza donde los abuelitos se sacaban todas las piezas dentales en un mínimo porcentaje observar pacientes de la tercera edad con sus piezas dentales completas la gran mayoría presentan prótesis totales o parciales ya que es un problema de cultura es muy difícil entrar a modificar este comportamiento, en el

año 2006 fui participante activo en un proyecto de salud a su hogar que contemplan las necesidades sociales en la población vulnerable y con una gran caracterización de la población estudio de las necesidades y una gran incertidumbre nos causó como cambiar la cultura de los mayores en cada hogar y es muy difícil que de una charla de 10 minutos cambiemos la mentalidad de toda una vida con sus costumbres la reflexión a la que llegue es que podemos dar un giro con las nuevas generaciones y si en nuestro hogar es donde aprendemos los valores y una vida con valores ejemplares en el colegio aprendemos a educarnos y formarnos y ahí es donde aprendemos las costumbres y los hábitos en una sociedad cambiante si les cambiamos la mentalidad a estos niños en los cursos iniciales de primaria y en un jardín les educamos a una autocuidado importante del cuerpo humano podemos realizar una prevención y promoción de la salud oral se van cambiando estos hábitos y estos niños son los portadores de conocimientos y los implementaran en sus casas.

Anodoncia es la ausencia congénita de los dientes y puede ocurrir en algunos o todos los dientes, implicar dos denticiones o sólo los dientes de la dentición permanente. Muchas denominaciones se atribuyen a esta anomalía: parcial anodoncia, hipodoncia, oligodoncia, la ausencia congénita, anodoncia, aplasia bilateral. Anodoncia es el término utilizado en el vocabulario Medical Subject Headings controlados de MEDLINE que fue desarrollado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados³. El Anodoncia de al menos un diente permanente es la anomalía dental más común y puede contribuir a la disfunción masticador, deterioro del habla, problemas estéticos, y la mal oclusión. La ausencia de incisivos laterales representa un estereotipo importante. Las personas con esta condición se perciben como socialmente más agresivo en comparación con las personas sin anodoncia.

Anodoncia parcial, conocido como hipodoncia u oligodoncia, es la ausencia congénita de uno o más dientes. Ausencia congénita de una muela del juicio o terceros molares, es relativamente común.

Se pretende establecer mediante un análisis apoyado en una base de datos, un número aproximado de personas pertenecientes al régimen subsidiado de la población de Madrid, que requieren prótesis parciales debido a su anodoncia parcial.

³ <http://lasaludfamiliar.com/caja-de-cerebro/conocimiento-9594.html>

Dichas bases de datos contendrán información de los pacientes y la necesidad que presentan del uso de prótesis parciales removibles. Las personas que pertenecen al régimen subsidiado son personas de escasos recursos, sin la posibilidad económica de acceder a un tratamiento que les permita recuperarse, en el caso de este proyecto, de su anodoncia parcial. Se pretende acceder a un número aproximado de 380 pacientes, siendo este el tope admitido para el proyecto.

Para la recolección de información y alimentación de las ya mencionadas bases de datos⁴, se dará a conocer el programa mediante publicidad en los centros de salud, con el objetivo de incitar a la población que asista y se haga participe del programa. Debido a que la población perteneciente al régimen subsidiado de salud es muy vulnerable y por ende es difícil acceder a ellos y llevarles la información, es más eficaz usar el método del voz a voz, informando primeramente a unos pocos, que accedan o se acerquen a los centro de salud, los cuales serán los encargados de dar a conocer y ampliar el proyecto.

La prestación de servicios de salud consistente en la valoración odontológica y suministro de prótesis parciales dentales removibles en acrílico a la población beneficiada en el Municipio de Madrid 650 prótesis.

El beneficio principal para esta comunidad, es darles una solución y mejorarles su calidad de vida en la parte de su salud oral y funcional en el sistema estomatológico ya que las estructuras dentarias son importantes para la masticación y deglución de alimentos y sistemas neuromusculares. Lenguaje Oral y gestual, fonética, el procesamiento de los alimentos, barrera física y otras funciones como, precepción táctil, gustativa y auxiliar de la respiración. Todas estas funciones del sistema se modifican en ciclos regulares que reaccionan con el entorno del sistema para mantener su homeostasis o equilibrio como el resultado de la integración funcional de sus componentes.

El procesamiento de alimentos es la principal función, la segunda función en importancia es la del lenguaje fonación, luego la función de barrera física. Las funciones que más producen cambios en el medio ambiente bucal son el procesamiento de alimentos y la de barrera física.

⁴ **Madrid** es uno de los 116 municipios del departamento de Cundinamarca, Colombia. Se encuentra ubicado en la provincia de Sabana Occidente a 21 km de Bogotá. 77789 habitantes 10 mil zona rural

Revisando algunas bases de datos, algunos autores y publicaciones para tener un mejor conocimiento en la anodoncia su origen las causas y factores de riesgo como también factores sociales y culturales.

La hipodoncia o anodoncia parcial verdadera es la ausencia de uno o más dientes temporales o permanentes, ya que la ausencia congénita de 6 o más dientes se conoce con el nombre de oligodoncia

Existen dos tipos de anodoncia dental.

La anodoncia total verdadera.

En la cual faltan todos los dientes, puede afectar tanto a la dentición temporal como a la permanente. Esta una alteración poco frecuente, es de carácter recesivo, es más frecuente en varones que en hembras, y suele asociarse a un trastorno generalizado, como la displasia ectodérmica hereditaria (e, 1986).

La anodoncia parcial verdadera.

Es la ausencia congénita menor a 6 dientes, ya sean temporales o permanentes.

Existe otro tipo de anodoncia la cual es la inducida o falsa, esta es el resultado de la extracción de los dientes.

ETIOLOGÍA

La base etiológica de la anodoncia no ha sido claramente establecida, aunque se han sugerido factores hereditarios, evolutivos, ambientales, factores pre y post natales y síndromes y alteraciones pro genéticas como posibles causas.

El factor hereditario una de las posibilidades etiológicas con más crédito. Los estudios efectuados en familias y gemelos muestran generaciones sucesivas con la misma condición. La anodoncia se ha asociado a un gen autosómico dominante, presentándose homocigotos con oligodoncia y heterocigotos con microdoncia. Con respecto a la herencia ligada al sexo, se asocia al cromosoma X. La oligodoncia se presenta generalmente solo en varones y las hembras portadoras generalmente la padecen en menor número y severidad. (carson, 1985) Carlson en 1985 describe condiciones poli genéticas o heterocigóticas dobles que podrían explicar la variabilidad entre hermanos.

Moller, en 1981 (moller, 1981), mostró una variación en la expresión de la anodoncia entre una madre y sus trillizas, lo cual pudo haber sido influenciado por factores ambientales.

Entre los factores ambientales propuestos como causales de agenesia dental están: el trauma dental o facial, múltiples agentes de quimioterapia y radioterapia durante etapas críticas del desarrollo, infecciones maxilofaciales durante la formación de los gérmenes dentales, enfermedades sistémicas como disfunción endocrina, sífilis, raquitismo, disfunción glandular; medicamentos como la talidomina, e infecciones como el sarampión y la rubéola durante el embarazo además de algunas patologías intrauterinas severas.

Desde el punto de vista evolutivo, la etiología de la anodoncia parcial verdadera se basa en 2 teorías: una tendencia evolucionista, la cual se basa en una progresiva reducción del tamaño de los maxilares, no equiparada con la disminución en el tamaño y en el número de los dientes. Se ha observado que los dientes ausentes suelen ser los dientes más distales por grupo dado, es decir, si un molar está ausente congénitamente, casi siempre será el tercer molar. Si es un incisivo, el ausente será el lateral y si es un premolar, será el segundo en vez del primero.

Segunda teoría está basada en la fusión de los procesos nasales medios con los procesos maxilares (estudiada en un embrión de 7 a 8 semanas intrauterina), pudiendo resultar de una fusión incompleta, una fisura primaria, la cual se manifiesta por la ausencia del incisivo lateral superior.

DISPLASIA ECTODÉRMICA.

Este término engloba un grupo de trastornos congénitos, los cuales comparten una alteración de la organización celular en al menos dos tejidos derivados de la capa embrionaria ectodérmica, como neuroectodermo y mesoectodermo 2, 14, esta puede ser una condición ligada al sexo o autosómica dominante. Las características clínicas más relevantes incluyen hipohidrosis, hipotricosis e hipodoncia, entre otras; por lo tanto, el diagnóstico exige un examen clínico sistematizado y procedimientos para-clínicos (pruebas sanguíneas, dérmicas, radiográficas, etc.).

SÍNDROME DE RIEGER TIPO I.

Se caracteriza por hipodoncia o forma cónica de los incisivos mandibulares y ocasionalmente agenesia de premolares. Suele aparecer hipoplasia maxilar.

SÍNDROME DE BÖÖK

Presenta agenesia de premolares asociada con blanqueamiento prematuro del cabello y aumento en la sudoración. Es autosómico dominante.

HENDIDURA DE LABIO Y PALADAR

Estos pacientes tienen alta prevalencia de agenesia (37%) comparada con el resto de la población y aumenta con la severidad de la hendidura. El área del incisivo lateral superior es la más afectada en ambas denticiones. El incisivo contralateral también se ve afectado, estando ausente o de tamaño disminuido.

SÍNDROME DE DOWN

Estos pacientes tienen una alta prevalencia de agenesia, que se ha reportado entre el 38,6 y el 63%. El incisivo lateral superior es el diente más afectado.

EPIDEMIOLOGÍA

La anodoncia parcial en la dentición temporal ha sido reportada por diversos autores. Es en general baja, 0,1 a 1,2%, se presenta en mayor proporción en niñas, siendo los dientes más afectados los incisivos centrales inferiores (RAWN, 1991). reporto que pacientes con ausencias dentarias en dentición temporal, mostraron ausencia en dentición permanente con una frecuencia de 80%.

En dentición permanente es difícil precisar, encontrándose valores muy dispares en los estudios realizados que oscilan entre 3.5 % a 12 %. Hickel en 1996, en una muestra de 1118 pacientes entre 10 y 20 años, registró anodoncia dental en el 9.4 %. Muller, Hill, en 1992, reportaron una incidencia de 3.49% sobre 14.940 estudiantes negros y blancos provenientes de Illinois, cuyas edades oscilaban entre 11 y 15 años, el incisivo lateral superior fue el diente con mayor frecuencia de ausencia, seguido de los segundo premolares inferiores. En cuanto al sexo, las mujeres son afectadas más frecuentemente que los hombres, en una proporción de 3:2.

Quintero en 2002, realizó un estudio sobre la agenesia dental y su mecanismo de herencia en / grupos familiares en Colombia, encontrando que la anodoncia predominó en el sexo femenino en forma bilateral, siendo los incisivos laterales superiores los dientes más frecuentemente afectados (46.1%), seguido por los terceros molares inferiores (38.4%) y finalmente los segundos premolares inferiores (7.6%). El análisis genealógico, indicó un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia incompleta y expresividad variable, donde predominó la presentación bilateral y solo en dientes permanentes (94%).

En cuanto a la raza, se ha documentado mayor frecuencia en la raza negra, a pesar de no haberse realizados estudios de etnias específicas.

Según los estudios realizados por Hankel en 1993, en los que recalca que los incisivos laterales superiores fueron los que tuvieron mayor porcentaje de

ausencia (12.79%), en segundo lugar los premolares superiores e inferiores (12.64%) los cuales tuvieron el mismo porcentaje, y por último los incisivos centrales superiores.

La formación de los órganos dentales constituye un hecho trascendental para el ser humano, en este proceso intervienen factores de crecimiento, factores de transcripción y proteínas que determinan las posiciones, número y forma de los diferentes dientes aproximadamente entre el quinto mes de vida intrauterina y el nacimiento. Este proceso de organogénesis dental, puede sufrir alteraciones que impiden la configuración y consolidación de los dientes temporales o permanentes.

Diversas investigaciones han señalado una considerable incidencia de algunas anomalías del desarrollo de la dentición como causales de consecuentes alteraciones del sistema estomatognático.

La agenesia dental es un término utilizado para describir la ausencia de uno o más dientes deciduos o permanentes. La oligodoncia, se aplica en situaciones clínicas de ausencia de seis o más dientes. Mientras que la anodoncia es la expresión extrema de la oligodoncia que denota ausencia completa de dientes.

En general, estas anomalías no tienen un factor etiológico definido. Diversos autores han documentado a los factores genéticos, ambientales, hereditarios, factores pre y post natales y síndromes y alteraciones progenéticas como posibles causas. La rehabilitación oral en odontología es un área encargada de la rehabilitación bucal de las estructuras normales en la cual devuelve la función estética y armónica oral mediante prótesis dentales donde hay pérdida de dientes, grandes destrucciones o de solucionar problemas estéticos, siempre buscando una oclusión adecuada y función correcta.

La prostodoncia es una especialidad dentro de la odontología que combina en forma integral las áreas de prótesis removible, operatoria, oclusión, que realiza un diagnóstico, diseñando un plan de tratamiento adecuado al paciente de alta complejidad o baja complejidad que requiere recuperar su salud oral a través de las técnicas más recientes de rehabilitación.

Las prótesis reemplazan piezas dentales ausentes y pueden quitarse y volver a colocarse en la boca. Si bien a algunas personas les lleva cierto tiempo acostumbrarse a su uso y nunca la sienten exactamente como a la propia

dentadura, las prótesis actuales tienen un aspecto muy natural y se toleran mejor que en el pasado.

Los materiales más utilizados hoy en día en la realización de prótesis parciales dentomucosoportadas son los acrílicos de alto impacto que disminuye el riesgo de fractura en la prótesis al momento de una caída de esta al piso.

Según su colocación y fijación en la boca estas se pueden clasificar en:

- **Prótesis Fijas:** se sujetan a los dientes restantes en la boca o a implantes, se desgastan los dientes en su corona para recibir una corona protésica que puede ir en diferentes materiales (Solo metal, metal y porcelana, todo porcelana, acrílico para las temporales y otros).
- **Prótesis removibles:** se pueden quitar de la boca, según el caso tienen una base o estructura (metálica o acrílica) en la cual se acondicionan unos ganchos o aditamentos que sostienen la prótesis de los dientes, los dientes pueden ser elaborados en porcelana o en acrílico. Nosotros nos basaremos en este tipo de rehabilitación oral con las prótesis removibles en acrílica o también llamadas dentomucosoportadas.
- **Prótesis totales:** se utilizan cuando no existen dientes en los maxilares o anodoncia total. Son elaboradas en acrílico de termo curado. Es importante primero acondicionar los tejidos que reciben estas prótesis para que tengan mejor adaptación cuando no hay suficiente hueso, es necesario primero algún tipo de procedimiento quirúrgico reconstructivo o la fijación de implantes para que la prótesis tenga mejor retención.

La prótesis parcial removible se define como un aparato protésico removible que reemplaza artificialmente dientes en un paciente edéntulo parcial de uno o ambos arcos dentales. Kaiser, también la define como una estructura metálica fundida que soporta dientes artificiales. (odontología, 2013)

OBJETIVOS QUE DEBEN CUMPLIR LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Restablecer masticación.

Restablecer estética. Restablecer fonética.

Prevenir la migración, inclinación y obstrucción de dientes remanentes.

Estabilizar los dientes debilitados. Preservar los dientes remanentes.

Cumplir con los principios biomecánicos de estabilidad, retención, reciprocidad y fijación.

Restablecer un adecuado plano oclusal.

Recuperar el balance muscular y articular en el complejo oro facial.

Contribuir a la salud oral y general del paciente

Mejorar la calidad de vida del paciente.

Recuperar dimensión vertical, si este fuese el caso (Frank, 2002).

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE EDENTULISMO PARCIAL

El edentulismo parcial indica la pérdida de algunos dientes en uno o ambos arcos. A continuación se presenta el Índice del Diagnóstico Prostodóntico para el paciente parcialmente edéntulo.

FACTORES DE RIESGO PARA EL EDENTULISMO PARCIAL

La literatura reporta dentro de las principales causas de pérdida dentaria la caries, la enfermedad periodontal, el trauma y la iatrogenia. Desencadenando la sobrecarga en los dientes remanentes, alteraciones del plano oclusal, pérdida del reborde alveolar y la pérdida de otros dientes creándose un círculo vicioso de deterioro.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Formulación de plan de tratamiento en salud oral por anodoncia parcial en adultos del régimen subsidiado de la población de Madrid Cundinamarca.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el estado de salud oral en población afiliada a régimen subsidiado en la población de Madrid
- Determinar el número de pacientes que presentan anodoncia parcial
- Establecimiento de un plan de atención y ayuda de la anodoncia en la población de Madrid, Cundinamarca
- formular un plan para el control de la anodoncia por medio de prótesis parciales removibles en acrílico

MARCO METODOLOGICO

Se realizara este proyecto en conjunto con el Hospital Santa Matilde en un grupo poblacional afiliado a régimen subsidiado de las EPS subsidiadas como Cafam y Convida en el municipio de Madrid Cundinamarca sin importar la edad pero si con unos requisitos fundamentales como la anodoncia parcial que comprometa su salud a un futuro y su desarrollo con la sociedad.

Tendrá un alcance completo en la recepción de pacientes por medio de divulgación y su respectiva canalización de pacientes con su selección en el diagnóstico, plan de tratamiento y tratamiento en rehabilitación oral para la realización de prótesis removibles mínimo 5 o más dientes a reemplazar de la población en el municipio de Madrid.

Esta población que se beneficiara de este proyecto se reflejara en la ayuda de la recuperación funcional de la cavidad oral en su aparato ortognatico tanto en su función oclusal como en su parte social ya que levantara la autoestima de cada persona.

Este proyecto será dirigido a un grupo poblacional con las siguientes características

- Población pobre no afiliada al Sistema de seguridad Social en Salud, identificada con SISBEN en los niveles 1, y 2 y Listado Censal.
- Población afiliada al régimen subsidiado.
- Población especial conformada por las víctimas del conflicto armado interno, personas del programa de protección de testigos, habitante de calle, desmovilizados, habitantes de la tercera edad bajo protección, indígenas, personas del programa de protección a testigos, población desmovilizada certificada por organismo competente.
- Población víctima del conflicto armado en condición de desplazamiento residenciada en Cundinamarca.
- Personas que residan en el Departamento de Cundinamarca, afiliada al Régimen Subsidiados por el traslado territorial actualizado en las EPSS de su elección y que opera en cada municipio.

OBLIGACIONES DEL PROYECTO

Se garantizara el cumplimiento de los siguientes lineamientos durante la elaboración de las prótesis dentales parciales en acrílico.

1. Garantizar que el mínimo de dientes para remplazares de igual o mayor a cinco (5) dientes por cada maxilar, dando respuesta al restablecimiento de la funcionalidad biológica y no la estética.
2. El paciente tendrá que tener previamente realizados los tratamientos de adecuación oral, operatorias, exodoncias simples (teniendo en cuenta el tiempo prudente para la cicatrización de mínimo de tres meses para la toma de impresiones endodoncia y periodoncia), este proceso se prestara por parte del hospital.
3. Garantizar que para el cambio de las prótesis dentales que traiga el usuario, que no cumplan con la funcionalidad oral requerida, se considerará un tiempo mínimo de cinco (5) años para el cambio de las mismas, dicha situación será descrita en la historia clínica.
4. En la historia clínica debe relacionarse la pertinencia del tratamiento de rehabilitación debido a la funcionalidad requerida para la adecuada nutrición, masticación, deglución y fonación por el odontólogo tratante.
5. Garantizar que la provisión de las tecnologías en salud a la población beneficiaria, se cumpla con los estándares de calidad, de conformidad con la normatividad vigente.
6. Prestar el servicio en el punto de atención ofertados.
7. Garantizar la prestación de las tecnologías en salud contratadas a la población beneficiaria de acuerdo a estándares de calidad y sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
8. Garantizar la prestación de las tecnologías en salud a la población beneficiaria, en la secuencia apropiada y sin interrupciones, desde el momento en que se presenta el evento que origina la atención hasta la resolución del mismo, basada en el conocimiento científico.
9. Prestar las tecnologías en salud contratadas a la población, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y cuyos efectos secundarios sean menores que los beneficios potenciales
10. Prestar las tecnologías en salud contratadas a la población beneficiaria, con los elementos, estructura, instrumentos y métodos aceptados científicamente minimizando los riesgos y mitigando consecuencias, de acuerdo a la política de seguridad del paciente emitida por el Ministerio de Protección Social.
11. Debe ser diligenciado de manera completa y con firma del odontólogo tratante el formato de justificación de tecnologías fuera del POS, el cual debe ser anexado a la historia clínica y presentado como soporte a la factura.

12. Garantizar que la tecnología en salud contratada a la población beneficiaria, se presten por parte del talento humano con respeto y consideración con el usuario y su familia
13. Brindar la atención odontológica con personal graduado, calificado y con experiencia
14. Prestar los servicios durante el tiempo de duración del contrato sin interrupción y de acuerdo con la oferta presentada, la cual forma parte integral del mismo
15. Responder oportunamente por las irregularidades o reclamaciones que se presenten en el desarrollo de la atención y tomar los correctivos pertinentes.
16. Permitir el acceso a las historias clínicas, soportes y demás documentos relacionados con la atención a pacientes, y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados así como eventualmente el acceso a los pacientes o a los familiares para verificar la calidad y calidez de los servicios
2021. Reporte de los registros individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en el sistema de información que se tenga establecido, garantizando su debida calidad como soporte de la prestación del servicio, de acuerdo a lo establecido en la resolución 3374 de 2000 del MPS o las que lo modifiquen o sustituyan.

MATERIALES

A continuación se relacionaran los materiales e insumos para realizar este proyecto:

Bases de datos del Hospital de Madrid
Ripss de atención en el servicio de odontología
Canalización de pacientes
Historia clínica de pacientes
Equipo humano
Registros fotográficos

Insumos para toma de impresiones

Alginato siliconado (odontología, 2013)
Yeso tipo 3
18) Micro motor Contra ángulo
Espejo facial
Mechero con alcohol industrial
Calentador de agua.
Espejo de Boca plano No 5

Pinza algodонера
Papel de articular
Espátula llana o de estucar.
Espátula Con torneadora de cera
Espátula Siete A
Espátula para mezclar cemento
Espátula de alginato
Pimpollos gruesos
Vasos Dappen plásticos
Rodetes de cera rosada
Loseta de vidrio
Cubetas plásticas desechables para toma de impresión
Tasa de caucho
Espátula de alginato
Platina de Fox
Puntas siliconadas para acrílicos, de tres tipo de abrasión alta, media y baja
Regla flexible
Carta para selección de dientes.
Guía de color dental de la referencia a utilizar (Dura toné, Súper C, Biodent, etc.)
Guía de color acrílica para la base protésica.
Materiales para elaboración de prótesis parciales dentales

PROCEDIMIENTO CLÍNICO

3.4.14. FLUJOGRAMA DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

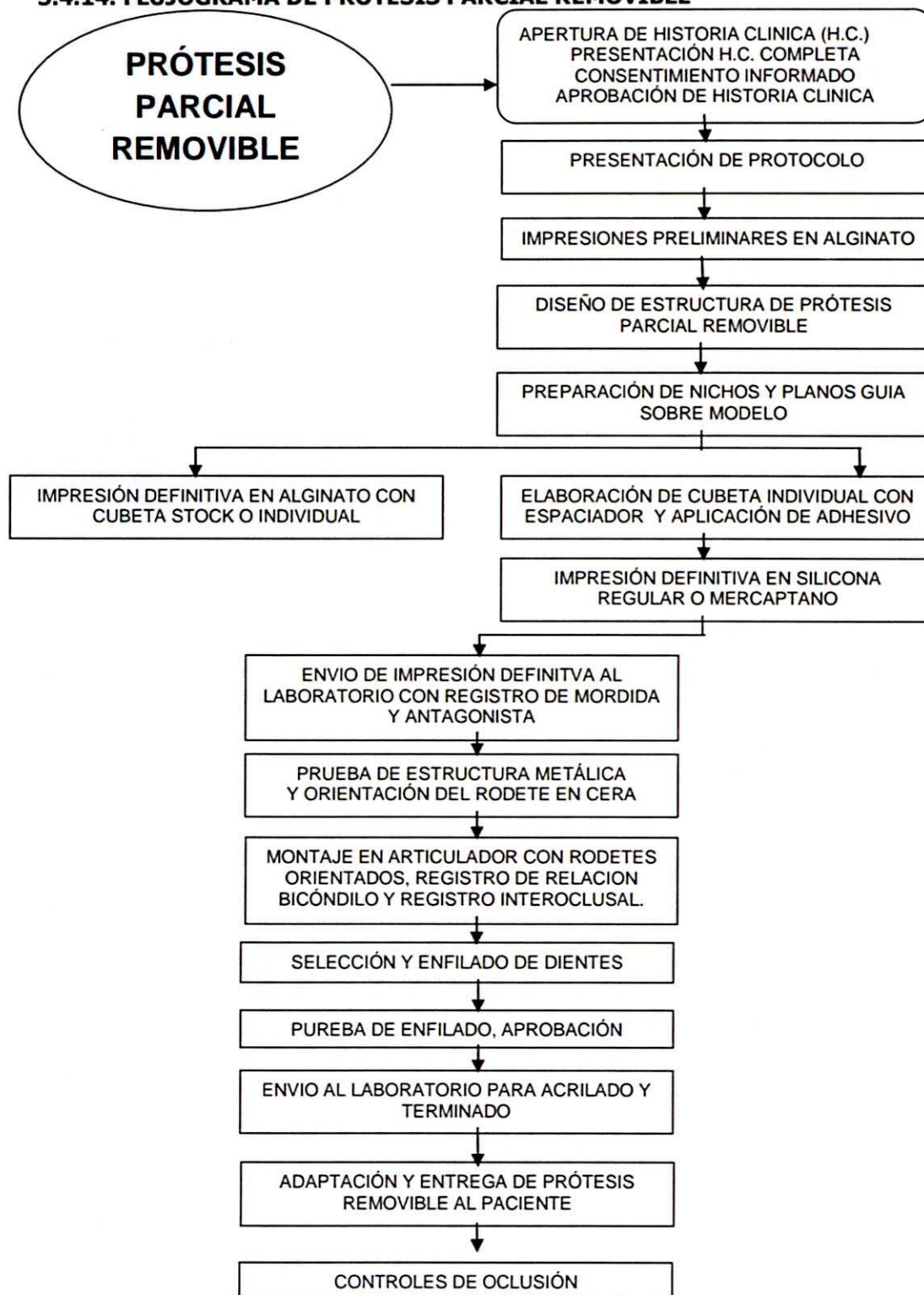


Figura 1 flujo grama prótesis parcial removible

Como lo indica la figura es un protocolo que rige en este momento para la elaboración de las prótesis parciales removibles en acrílico y seguiremos estos pasos para realizar nuestro tratamiento

Se deben realizar controles inmediatos y periódicos luego de la colocación de la prótesis para hacer los ajustes necesarios. Si se deben hacer ajustes o desgastes selectivos se pueden lograr superficies lisas y brillantes con el uso de puntas siliconadas abrasivas de baja velocidad puliendo progresivamente de la más abrasiva a la menos abrasiva. Seguidas por cepillos duros impregnados con tiza francesa o felpas que van a dar el brillo fina (odontología, 2013)

EDUCACIÓN AL PACIENTE

Se requiere explicar al paciente que la etapa de adaptación a las nuevas prótesis puede tardar hasta 8 semanas, por lo cual es necesario que asista a los controles de oclusión programados en donde se harán los alivios y ajustes oclusales requeridos, con el objeto de facilitar este proceso. En caso de presentar aftas o úlceras, será necesario utilizar enjuagues bucales farmacéuticos o naturales como la caléndula y adelantar la cita de control. En cuanto a la higiene, se debe indicar el cepillado de los dientes remanentes y de los rebordes residuales con un cepillo de cerda suave tres veces al día con crema dental y seda dental donde esté indicado, la prótesis debe ser cepillada con igual frecuencia, o en su defecto dos veces al día. Ésta debe cepillarse con un cepillo de cerda dura y jabón. Durante la noche se recomienda dormir sin las prótesis y sumergirlas en un vaso con agua y un poco de enjuague bucal o unas gotas de vinagre, o en medio vaso de agua con 1 tableta disuelta de Corega Tabs. Cuando por razones estéticas y sociales el paciente se resiste a retirarse las prótesis durante la noche, se le indica que debe descansar de ellas mínimo 4 a 6 horas por días, en un horario que él mismo deberá establecer, para mantener la salud de la mucosa subyacente.

PERSONAL HUMANO

Se pondrá a disposición de este proyecto un equipo interdisciplinario adecuado para llevar a cabo el diagnóstico, diseño de plan de tratamiento, y tratamiento en rehabilitación oral incluyendo el equipo de laboratorio dental idóneo para realizar tal fin y así mismo garantizar el mejor insumo en materiales y tecnología para la finalidad de un producto adecuado con la necesidades y especificaciones técnicas para la realización de prótesis dentales en acrílico parciales, se cuenta con un equipo de odontólogos generales y con especialidad junto a un laboratorio de mecánica dental idóneo para tal fin el cual suministrara los mejores insumos para realizar estas prótesis.

Auxiliares técnicos

Auxiliares de salud oral

Odontólogos

Rehabilitadores orales

Mecánicos dentales calificados

CRONOGRAMA

Para la población que se beneficiara en este proyecto se destinaran un equipo humano para realizar diversas funciones e integrado con funcionarios del Hospital Santa Matilde de Madrid se llevara a cabo el proceso en tres meses a partir de la firma y legalización del contrato en la que se incluye el diagnóstico, plan de tratamiento y tratamiento en rehabilitación oral para la realización de prótesis removibles de cinco o más dientes a reemplazar de la población del Municipio de Madrid 650 prótesis. Parciales en acrílico.

Se iniciara con un convenio con la parte administrativa del Hospital Santa Matilde de Madrid después de esto se destinara un equipo interdisciplinario y con funcionarios del Hospital que conocen la necesidad de la población y tiene identificado el grupo de personas que se beneficiara.

Por medio de una campaña de divulgación se dará inicio al proyecto por medio de pancartas colocadas en las carteleras del Hospital Santa Matilde de Madrid, mensajes radiales y por medio de las juntas de acción comunal y el voz a voz de pacientes a pacientes esto dará la base de datos de posibles pacientes canalizados.

Los pacientes seleccionados en este filtro seguirán a una valoración con el profesional de odontología que dará una valoración preliminar si el paciente es apto para este proyecto.

Se citaran a estos pacientes con el profesional para realizar la valoración inicial y su respectiva historia clínica donde se registrara sus antecedentes familiares y personales como sus datos personales, a esta derivara un diagnóstico acertado con el fin de dar un tratamiento, diseñando un plan de atención que se adecue a este periodo,

Realizada la historia clínica se dará inicio al tratamiento diseñado anteriormente y que su primera actividad será la toma de impresiones dentales en su. Cita inicial de plan de tratamiento.

Segunda cita Registro de mordida con su respectivo prueba de enfilados donde nos dará una guía para orientar los dientes protésicos.

Tercera cita de prueban los enfilados que se da cuando en un modelo de prueba este ya trae los dientes protésicos orientados en la cavidad oral. Se realizaran las correcciones pertinentes ya pasando la prueba se citara de nuevo al paciente.

Cuarta cita al paciente se le entregan las prótesis dentales las cuales se adaptaran en esta cita tratando de aliviar al máximo las molestias de los pacientes.

Quinta cita se realizaran alivios posteriores a la entrega de prótesis los cuales las personas informaran donde se radica la molestia de estos.

Sexta cita se realizara un control final para verificar que el paciente está a gusto con su tratamiento y hacer realizar un seguimiento posterior a su entrega.

El informe final se hará sujeto a la población atendida tanto en número como en calidad de este trabajo entregado a los usuarios de Hospital Santa Matilde de Madrid el alcance que obtiene este proyecto los comentarios de los usuarios sus anécdotas y las dificultades o facilidades que se obtienen para realizar estos proyectos en una forma ágil concisa y correcta.

Capítulo 3

DISCUSION DE RESULTADOS

UBICACIÓN

Madrid es un municipio de gran importancia para el departamento ya que está ubicado en el occidente de Bogotá y viendo la dinámica de crecimiento de Bogotá en la parte residencial como en la parte de bodegas grandes o parques industriales y por empresas de cultivos tanto de flores como de verduras.

Madrid está compuesta por 17 veredas y el casco urbano la parte rural del municipio es extensa sentido norte ya que colinda o limita con tenjo y Subachoque en el costado occidental limita con el rosál y Facatativá una de los municipios más importantes de Cundinamarca, en el sentido sur limita con bojaca, y costado oriental con los municipios de Mosquera y Funza (madrid, pagina web).

Figura 2 plano político madrid



Este crecimiento genera ofertas laborales en gran cantidad no fijas pero si por temporadas hace que mucha gente llegue a Madrid buscando un futuro mejor para ellos y sus familias.

Teniendo en cuenta que el nuevo aeropuerto el dorado está diseñado para ubicarse en el municipio de Bojaca y Madrid esto hará que la región cada vez se industrialice y deje parte de sus raíces de agricultura en un segundo plano todo en la vida tiene una dinámica de crecimiento hacia la industrialización.

CARACTERIZACION DEMOGRAFICA DE LA POBLACION

La población del municipio es de un 82% urbana y un 18% rural, la población actual es de 77.627 habitantes en la parte rural es de 12.565 habitantes y el restante es urbano la densidad poblacional es de 151 a 300 habitantes por kilómetro cuadrado en la parte urbana y de 50 a 70 habitantes por kilómetro cuadrado en la población rural (dane, 2012).

La tasa de crecimiento de la población es del 5.6% como lo indica la pirámide poblacional.

Número de usuarios que se encuentran en la base de datos del municipio es de 6355 usuarios afiliados a Convidad y de 6265 afiliados a Cafam con una población objeto de 12.620 pacientes⁵ el cual la población al cual va a llegar nuestra propuesta será del 70 % de estos usuarios. Asistir al hospital es cuando nos sucede o nos adolórese algún tipo de trauma leve o moderado y en el área de odontología ya cuando acuden a consulta un 70 % de estas urgencias terminan con un diagnostico reservado o malo y el plan de tratamiento es la exodoncia dental y la rehabilitación de estas piezas dentales no están incluidas en el plan obligatorio de salud y como estamos en una población con dificultad económica se olvidan de su salud ora (MATILDE, 2014)l.

El hospital santa Matilde es el que nos va a suministrar toda la logística de los pacientes en la caracterización canalización y formar la base de datos de los pacientes que presentan la anodoncia parcial esto nos da un gran número de usuarios que pueden ser beneficiados del proyecto además de la infraestructura y los consultorios donde se atenderán los pacientes suministraran las historias clínicas.

⁵ FUENTE HOSPITAL SANTA MATILDE MADRID



Índice demográfico	Año		
	2005	2014	2020
Población total	42.888.592	47.661.787	49.269.081
Población masculina	21.169.835	23.531.670	24.130.117
Población femenina	21.718.757	24.130.117	25.138.964
Relación hombres:mujer	97,47	97,52	95,99
Razón niños:mujer	38	34	34
Índice de infancia	31,01	27,01	26,24
Índice de juventud	26,28	26,27	25,87
Índice de vejez	6,25	7,32	8,79
Índice de envejecimiento	20	27	33
Índice demográfico de dependencia	59,41	52,26	51,27
Índice de dependencia infantil	49,44	41,12	38,41
Índice de dependencia mayores	9,97	11,14	12,86
Índice de Friz	156,97	139,37	128,50

Tabla.2. Indicadores Demográficos 2005-2020

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Información a junio 30 de 2012

Figura 4 pirámide poblacional

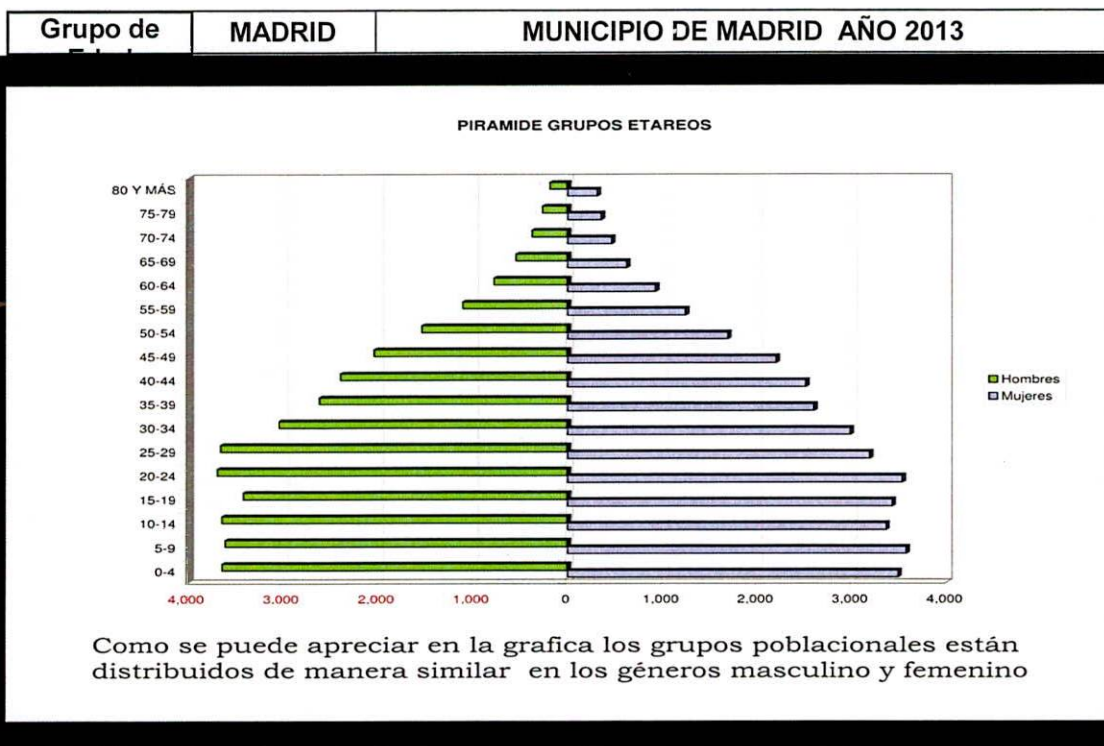


Figura 5 pirámide poblacional

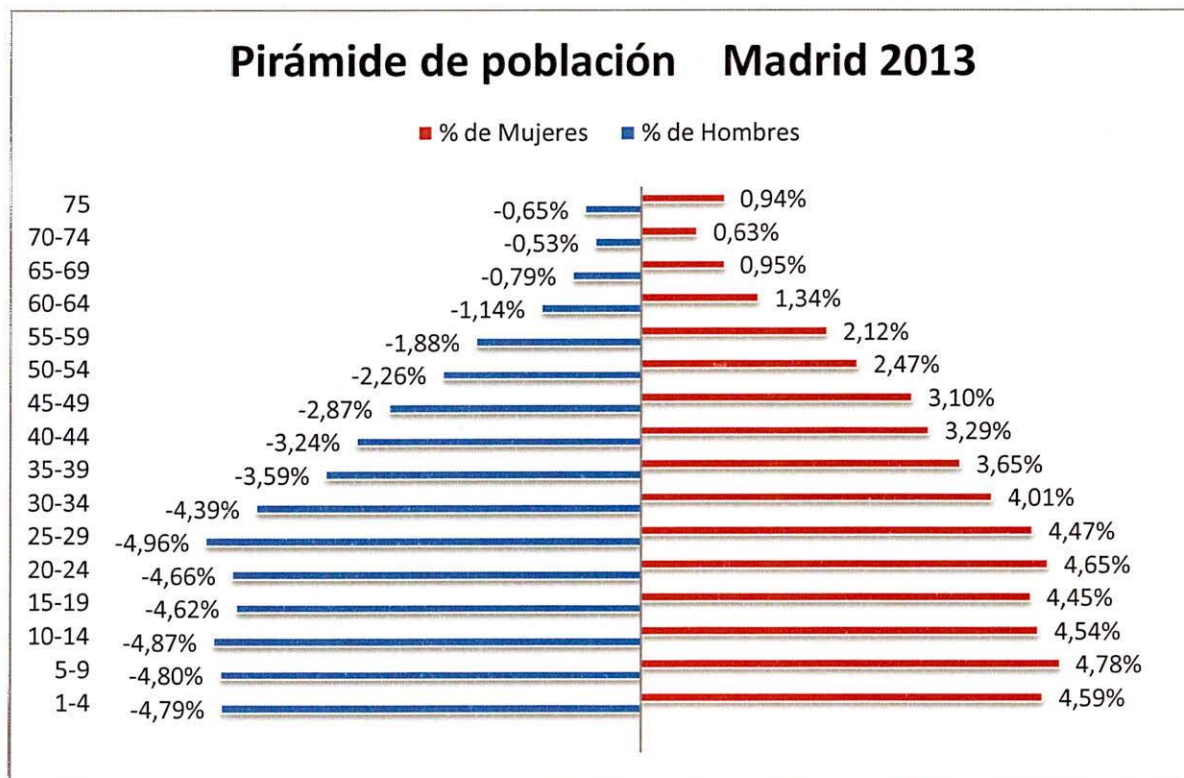


Tabla1 población Madrid

		Hombres	% de Hombres	Mujeres	% de Mujeres
0-4	7034	3592	4,79%	3442	4,59%
5-9	7187	3599	4,80%	3588	4,78%
10-14	7061	3657	4,87%	3404	4,54%
15-19	6802	3463	4,62%	3339	4,45%
20-24	6983	3498	4,66%	3485	4,65%
25-29	7074	3721	4,96%	3353	4,47%
30-34	6296	3291	4,39%	3005	4,01%
35-39	5434	2697	3,59%	2737	3,65%
40-44	4899	2434	3,24%	2465	3,29%
45-49	4479	2156	2,87%	2323	3,10%
50-54	3551	1697	2,26%	1854	2,47%
55-59	3002	1411	1,88%	1591	2,12%
60-64	1857	854	1,14%	1003	1,34%
65-69	1298	589	0,79%	709	0,95%
70-74	871	398	0,53%	473	0,63%
75-79	560	220	0,29%	340	0,45%
> 80	635	267	0,36%	368	0,49%
	75023	37544	0,5004332	37479	0,4995668

En la tabla y en la figura nos muestra la dinámica de la población colombiana y esto nos indica el crecimiento del municipio de Madrid Cundinamarca se observa que ha disminuido un poco la población neonatal del municipio. Pero se mantiene la tendencia piramidal esto se debe a un leve cambio cultural y un enfoque más escolar.

La gran incidencia de escolaridad porque ha disminuido la deserción escolar ya que en otras tablas del municipio en el ámbito escolar va creciendo el porcentaje de bachilleres y de técnicos junto a un crecimiento leve en el de estudios superiores esto hace que la dinámica de la población se estanque en la parte neonatal.

0	MADRID SUBSIDIADO	Hombres	%	Mujeres	%
1-4	1.813	941	4,44%	872	4,11%
5-9	1.842	929	4,38%	913	4,30%
10-14	1.962	1.017	4,80%	945	4,46%
15-19	1.918	818	3,86%	1.100	5,19%
20-24	1.724	625	2,95%	1.099	5,18%
25-29	1.432	654	3,08%	778	3,67%
30-34	1.236	557	2,63%	679	3,20%
35-39	1.233	574	2,71%	659	3,11%
40-44	1.319	616	2,90%	703	3,31%
45-49	1.367	622	2,93%	745	3,51%
50-54	1.358	644	3,04%	714	3,37%
55-59	1.130	513	2,42%	617	2,91%
60-64	839	412	1,94%	427	2,01%
65-69	613	267	1,26%	346	1,63%
70-74	493	219	1,03%	274	1,29%
75 - 79	420	170	0,80%	250	1,18%
> 80	510	204	0,96%	306	1,44%
TOTAL	21.209	9.782	46,12%	11.427	53,88%

Tabla3

población subsidiada Madrid

En esta tabla nos muestra la población en la cual vamos a incidir en nuestro proyecto y nuestro rango de edad que es desde los 15 años hasta los mayores de 80 años es un porcentaje muy alto del casi el 77 % y en cuanto la población por género no muestra mayor diferencia (MATILDE, 2014).

Con esta población se puede formular el plan de tratamiento para los pacientes con anodoncia parcial en este régimen subsidiado.

Con la ayuda del hospital se lograra contar el número exacto de población afiliada a los regímenes subsidiados de este municipio con ayuda de la bases de datos suministradas por convida EPS y cafam subsidiado.

Identificados estos pacientes procederemos para levantar la línea base de la población que presenta esta anomalía de anodoncia parcial por medio de la

revisión de las historias clínicas en la parte de la historia odontológica con su respectivo odontograma.

Se citaran a estos pacientes para la valoración clínica y así mismo determinar la severidad de anodoncioa parcial y así diseñar el plan de tratamiento óptimo para cada usuario.

Ya diseñado el plan de tratamiento e identificados estos pacientes se procederá a realizar las prótesis parciales removibles en acrílico de alto impacto y así se atacara la anodocia parcial en estos pacientes disminuyendo la incidencia de esta.

Se les devolverán a los pacientes su parte funcional del sistema ortognatico en la masticación y se levantara un poco la autoestima ya que los pacientes volverán a sonreír sin preocupar la timidez por la falta de estas piezas dentales

En esta tabla de población evidenciamos que nuestro proyecto es novedoso y puede ser un modelo para el departamento ya que si logramos ser el modelo para los demás municipios.

Tabla 4 diagnostico dental

Municipio de Madrid año 2010

15-44 AÑOS							
No	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	M	H	TOTAL	%	TASA 1000
1	K021	CARIES DE DENTINA	2240	1255	3495	49%	112,27
2	K051	GINGIVITIS CRÓNICA	556	233	789	11%	25,34
3	K040	PULPITIS	423	301	724	10%	23,26
4	K020	CARIES DE ESMALTE	501	212	713	10%	22,90
5	K083	RAÍZ RETENIDA	200	88	288	4%	9,25
6	K044	PERIODONTITIS APICAL	122	88	210	3%	6,75
7	S025	FRACTURA DE LOS DIENTES	43	21	64	1%	2,06
8	K050	GINGIVITIS AGUDA	39	22	61	1%	1,96
		RESTO	515	322	837	12%	26,89
		TOTAL	4639	2542	7181	100%	230,67

Fuente: RIPS Hospital Santa Matilde-CAFAM-CORVESALUD año 2010

En estas tablas nos demuestran los factores de riesgo para llegar a tener anodoncia parcial la mayoría de estos diagnósticos repercuten o terminan en la exodoncia de las piezas dentales y esta es la ideología que por cultura tenemos que cambiar ya que los pacientes en este municipio consultan en el servicio de odontología ya en cuestiones terapéuticas y no en la parte de la prevención oral.

Se observa que a medida de más años baja la incidencia de caries y esto se debe a que en cavidad oral ya no hay dientes presentes y en pacientes jóvenes la incidencia de caries es mayor en un número grande esto hace que de estos dientes con caries terminen perdiendo varias piezas dentales.

Tabla 5 diagnóstico dental

Municipio de Madrid año 2010

60 Y MÁS							
No	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	M	H	TOTAL	%	TASA*1000
1	K021	CARIES DE DENTINA	33	36	69	35%	25,48
2	K020	CARIES DE ESMALTE	11	20	31	16%	11,45
3	K083	RAÍZ RETENIDA	15	16	31	16%	11,45
4	K040	PULPITIS	23	5	28	14%	10,34
5	K051	GINGIVITIS CRÓNICA	6	4	10	5%	3,69
		OTRAS	15	12	27	14%	9,97
		TOTAL	103	93	196	100%	72,38

Fuente: RIPS Hospital Santa Matilde-CAFAM-CORVESALUD año 2010

Tabla 6 diagnostico dental

Municipio de Madrid año 2010

45-59 AÑOS							
No	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	M	H	TOTAL	%	TASA 1000
1	K021	CARIES DE DENTINA	336	127	463	53%	93,05
2	K051	GINGIVITIS CRÓNICA	63	52	115	13%	23,11
3	K020	CARIES DE ESMALTE	86	22	108	12%	21,70
4	K040	PULPITIS	45	29	74	8%	14,87



5	K083	RAÍZ RETENIDA	39	25	64	7%	12,86
		RESTO	26	29	55	6%	11,05
		TOTAL	595	284	879	100%	176,65

Fuente: RIPS Hospital Santa Matilde-CAFAM-CORVESALUD año 2010

Socialmente su entorno como mejoro ya que la mayoría de pacientes que ingresan a estos proyectos en la parte social se sentían discriminados por su falta de dentadura en especial cuando la anodoncia es parcial en la parte anterior y

esto disminuye su participación ante la sociedad el no reír y no poder comunicarse con naturaleza hace que estas personas se aíslen o creen una barrera de entrada ante la sociedad por dicho problema.

El proyecto busca que se mejore su autoestima ya que para todos no es importante la falta de dientes pero cuando ven rehabilitado su salud oral estas personas volverán a formar parte de la comunidad y serán gestoras para promover nuevos proyectos similares a estos.

Evaluar la cantidad de personas beneficiadas en el programa en comparación de las personas que no se les realiza las prótesis y de esta cantidad llevar a un nuevo proyecto para conseguir fondos para seguir realizando estos proyectos.

Los pacientes serán gestores para difundir estos programas y sabemos que ellos serán los que divulguen a la población más alejada del hospital de Madrid a que se acerquen para ser beneficiarios a estos proyectos.

Gestionar recursos para que un programa de tal envergadura sea modelo y sea una solución para mejorar esta problemática de la incidencia de oligodoncia o anodoncia parcial en la población vulnerable o de escasos recursos.

Este programa tiene que ser un modelo para que se adopten otros similares en el departamento ya que si logramos que sea exitoso podemos hacer que estos proyectos sean a nivel nacional.

Este proyecto tiene que ser un modelo de salud a nivel de la región de sabana de occidente y este a su vez que se del departamento y ojala se lograra que llegara a nivel nacional y se posicionara como un programa protésico no POS y un modelo nacional e internacional.

Fomentar en nuestros niños o población joven la importancia de tener autocuidado por su salud oral, así ellos no esperara a un tratamiento terapéutico y menos invasivo ya que cambiándoles la mentalidad estarán enfocados en la prevención y promoción de la salud oral.

Programas de prevención y promoción o realizar estrategias como las de IAMI IAEPI mejoraran las consultas de prevención y disminuirá la terapéutica y esto lograra que sea más económico nuestro modelo de salud.

RECURSOS FISICOS Y HUMANOS DEL PROYECTO

RECURSO HUMANO

El proyecto requiere de un equipo interdisciplinario adecuado para llevar a cabo el diagnóstico, diseño de plan de tratamiento, y tratamiento en rehabilitación oral incluyendo el equipo de laboratorio dental idóneo para realizar tal fin y así mismo garantizar el mejor insumo en materiales y tecnología para la finalidad de un producto adecuado con las necesidades y especificaciones técnicas para la realización de prótesis dentales en acrílico parciales,

Auxiliares técnicos

Auxiliares de salud oral

Odontólogos

Rehabilitadores orales

Mecánicos dentales calificados

RECURSO FISICO

La infraestructura donde se atenderá los pacientes será suministrada por el hospital Santa Matilde de Madrid por motivos de calidad y habilitación ya que es un proyecto que involucra directamente al hospital este suministrará los consultorios del área de odontología, esto es en la parte asistencial, en la parte del laboratorio se contratará un laboratorio que se encuentre habilitado y que cuente con la capacidad humana y tecnológica para la envergadura de este proyecto.

VIABILIDAD FINANCIERA DEL PROYECTO

De acuerdo a los datos obtenidos se realiza una cotización de los insumos, materiales obra de mano, transporte, alimentación, logística compra de equipos

odontológicos y hasta de una unidad vehicular se genera un flujo gram de caja con la inversión necesaria y teniendo tres proyectos en los siguientes tres años.

La elaboración de del estudio de viabilidad financiera fueron: ingresos de cada proyecto, gastos de la elaboración de prótesis costos de la elaboración de prótesis, compra de vehículo, inversión inicial para efectuar proyecto

PRESUPUESTO DE INVERSION

Se hace un presupuesto de inversión a tres años con una inversión \$250`000.000, y unos gastos fijos por \$110`925.000 y unos costos de ventas de \$9`000.000 para iniciar el proyecto la inversión inicial cubren todos los gastos.

Tabla 7 flujo de caja prótesis dentales

FLUJO DE CAJA PROTESIS DENTALES

	AÑO 0	AÑO1	ANO2	AÑO3
INGRESO POR VENTAS		273.000.000	273.000.000	273.000.000
COSTOS DE VENTAS		9.000.000	9.000.000	9.000.000
COSTOS FIJOS		110925000	110925000	110925000
DEPRECIACION		10.000.000	10.000.000	10.000.000
INTERESES POR PRESTAMOS		25.000.000	15.000.000	5.000.000
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	0	118.075.000	128.075.000	138.075.000
IMPUESTOS		11.807.500	12.807.500	13.807.500
UTILIDAD CON IMPUESTOS	0	106.267.500	115.267.500	124.267.500
DEPRECIACION		10.000.000	10.000.000	10.000.000
INVERSIONES TOTALES	250.000.000			
VALOR RESIDUAL				0
RECUPERACION DEL CAPITAL DE TRABAJO				0
PRESTAMOS	0			
AMORTIZACION		100.000.000	100.000.000	50.000.000
FLUJO DE CAJA INVERSIONISTA	-250.000.000	16.267.500	25.267.500	84.267.500
TIR	-23% ES LA TASA CON LA Q PODEMOS SACAR DIVIDENDO-			

Como son proyectos una vez ejecutados cancelan el valor del contrato desde el primer año se verán dividendos pagando intereses y amortizando la deuda de la inversión inicial.

RETORNO DE LA INVERSION

El retorno de esta inversión se verá reflejado cada año con una amortización a capital de \$100`000.000 al año generando ganancias para el inversor del 10% anual adicionalmente el proyecto es rentable ya que deja ganancias desde el primer año de \$16`267.500 en el primer año.

El pago es después de auditado este proyecto y su duración no es mayor de 75 días esto baja costos administrativos durante el año.

CONCLUSIONES

- Conforme al gran número de afiliados al sistema subsidiado de salud en el municipio de Madrid Cundinamarca que observamos en los resultados se estima tener un gran porcentaje de pacientes que presentan anodoncia parcial para realizar este proyecto
- Por medio de la gran cantidad de consultas en el servicio de odontología del hospital santa Matilde de Madrid se identificó el número de pacientes que han asistido a este servicio.
- Logramos tener acceso a las historias clínicas para identificar los pacientes que presentan anodoncia parcial en la población adulta mayor y adulta joven.
- Una vez canalizados y en una base de datos de procederá a realizar la valoración para determinar el diagnostico, diseñando un plan de tratamiento adecuado para a cada paciente.

- De acuerdo a los planes de tratamiento se realizara la elaboración de prótesis parciales removibles dentales para los pacientes que padecen anodoncia parcial disminuyendo los problemas al sistema masticatorio, y mejorando su calidad de vida.
- Este proyecto requiere personal técnico y profesional para brindar una óptima calidad en el servicio y así será un éxito este proyecto
- De acuerdo con el análisis financiero este proyecto económicamente es rentable y auto sostenible.

RECOMENDACIONES

- Fomentar más la base de datos con la población que casi no consulta al hospital al servicio de odontología que son la población rural que está alejada del casco urbano.
- Para la formulación de un tratamiento para disminuir la anodoncia es necesario implementar programas de prevención y promoción de la salud oral como tratar de cambiar la cultura en nuestros pacientes.
- El crecimiento de la población en la sabana hace que no podamos enfocarnos en un solo grupo de pacientes ya que cuando consiguen trabajo salen del régimen subsidiado y quedaría fuera de estos programas
- Debido al gran número de pacientes se sugiere que la historia clínica de odontología sea sistematizada ya que esto aceleraría el proceso de identificación de pacientes con anodoncia
- Gestionar nuevos recursos para tener alcance total en la población afiliada al régimen subsidiado de la población de Madrid Cundinamarca que este afectada por la anodoncia parcia (dane, 2012)l.
- Establecer protocolos para estos procedimientos que no se encuentran en el plan de beneficios de salud.

Referencias

MATILDE, R. H. (2014). *RIPS*. MADRID.

- www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od102c.pdf

- www.actaodontologica.com › EDICIONES › VOLUMEN 41 N° 3 / 2003
- www.actaodontologica.com › EDICIONES › VOLUMEN 51 N° 4 / 2013
- www.scielo.org.ve/s

MATILDE, R. H. (2014). *RIPS*. MADRID.

- cielo.php?pid=s0001-63652003000300007
- bibliotecadigital.univalle.edu.co/.../Taurodontismo,%20amelogenesis%2
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE (2.012). Informe Anuario Estadístico 2.012. Imprenta Nacional.
- Gobernación de Cundinamarca. (2014). Estadísticas de Cundinamarca 2011-2013. Capítulo 2. Aspectos Demográficos
- Alcaldía de Madrid informe demográfico diagnostico por sectores 2012
- Barragán J, Villamizar M, Barragán F y cols. Manual de prótesis total. Facultad de Odontología Universidad Nacional Bogotá; 1992.
- Mallot E. La Prótesis Parcial Removible en la Práctica Diaria: Labor; 1986.
- Cantona H. Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal: HACHEACE; 1999
- Gross M. La oclusión en odontología restauradora: Labor; 1987.
- Alonso, Albertini y Bechelli. Oclusión y diagnostico en rehabilitación oral: Medica. Panamericana; 1999.
- Protocolo de prótesis parcial removible. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Primera Versión Bogotá.
- Káiser Frank. PPR en el laboratorio Brasil: MAIO; 2002.
- Bascones Antonio. Clínicas dentales de Norteamérica. Prótesis dentales removibles: Interamericana; 1984.
- Loza y Valverde. Diseño de prótesis parcial removible: Ripano.
- Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria: Labor; 1986.
- Carr y cols. McCracken Prótesis Parcial Removible: Elsevier; 2006.
- Echeverri E y Sencherman G. Neurofisiología de la oclusión; 1995. http://www.odontocat.com/protesis/prot1_1.php. [Online].
- Tobón, Gabriel; Vélez, Francisco. Endodoncia simplificada. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 1998
- Preti, Giulio. Rehabilitación protésica. Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A.; 2007. Mc Graw Hill. Vol. 3/1997. Reconstrucción Bucal completa: fija y removible.
-