



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TÍTULO:

**Calidad de Vida Relacionada a Salud Oral en Pacientes
Portadores de Prótesis Total, Clínica UCSG 2014**

AUTORA:

Velásquez Ponce Lizani Cristina

**Trabajo de titulación previo a la Obtención del Título de:
ODONTÓLOGA**

TUTOR:

Juan Carlos Gallardo Bastidas

**Guayaquil, Ecuador
2015**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Lizani Cristina Velásquez Ponce** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontóloga**.

TUTOR

Juan Carlos Gallardo Bastidas

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Juan Carlos Gallardo Bastidas

Guayaquil, a los 22 días del mes de Septiembre del año 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Lizani Cristina Velásquez Ponce**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Calidad de vida relacionada a Salud Oral en pacientes portadores de prótesis total Clínica UCSG 2014** previa a la obtención del Título **de Odontóloga**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 22 días del mes de Septiembre del año 2015

LA AUTORA

Lizani Cristina Velásquez Ponce



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Lizani Cristina Velásquez Ponce**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Calidad de vida relacionada a Salud Oral en pacientes portadores de prótesis total Clínica UCSG 2014**, contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 días del mes de Septiembre del año 2015

LA AUTORA:

Lizani Cristina Velásquez Ponce

AGRADECIMIENTOS

Empiezo agradeciendo a Dios quien ha sido mi guía.

A mi familia, Tamara Ponce, Belisario Velásquez, Nicole y Melanie Velásquez por su ejemplo de lucha y superación, por confiar siempre en mí y por no dejarme caer en los momentos más difíciles.

A Carlos Ubillús por su apoyo incondicional y por siempre alentarme para ser mejor cada día.

A mis profesores que han sido un pilar fundamental durante mi etapa universitaria. A mi tutor, Dr. Juan Carlos Gallardo por el tiempo que dedico durante este periodo, por compartirme todos sus conocimientos, por ser un amigo y por sus consejos para ser una mejor persona y profesional.

A Ma. De los Ángeles Serrano, Andrea Vélez, Alejandra Acosta, Melissa Astudillo, Sofía Suarez, Cynthia Mena, Karla Plaza, Dominique Dueñas, Carolina Barrios, Laura Mosquera, Franklin Quezada y Gregorio Caballero con los que he compartido mis mejores momentos durante esta etapa y siempre han estado cuando las he necesitado.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis padres Tamara Ponce y Belisario Velásquez quienes son los merecedores de todos mis logros y de manera especial a mi abuelita Letty Zambrano quien fue mi mayor motivación durante mis años de estudio.



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Juan Carlos Gallardo Bastidas
PROFESOR GUÍA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CALIFICACIÓN

Juan Carlos Gallardo Batidas
PROFESOR GUÍA O TUTOR

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	V
DEDICATORIA.....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
1. INTRODUCCIÓN.....	19
1.1. JUSTIFICACIÓN	21
1.2. OBJETIVOS	21
1.2.1. Objetivo general	21
1.2.2. Objetivos Específicos.....	21
1.3. Hipótesis	22
1.4. Variables.....	22
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 Salud oral	24
2.1.1 Definición.....	24
2.2 Calidad de vida	24
2.2.1 Definición.....	25
2.3 Calidad de vida relacionada a salud oral	25
2.3.1 Definición.....	27
2.3.2 Instrumentos de medición	27
2.3.2.1 Perfil de impacto de Salud Oral (OHIP)	29
2.4 Envejecimiento.....	31
2.4.1 Envejecimiento demográfico.....	33
2.4.2 Cambios orales en pacientes geriátricos.....	35
2.4.2.1 Los maxilares.....	35
2.4.2.2 Articulación temporomandibular.....	36
2.4.2.3 Músculos.....	36
2.4.2.4 Glándulas salivales.....	36
2.4.2.5 Mucosa bucal.....	36

2.4.2.6 Lengua	36
2.4.2.7 Labios	37
2.4.2.8 Piezas dentales	37
2.5 Edentulismo	38
2.5.1 Impacto de la pérdida dental.....	39
2.5.1.1 Dieta.....	39
2.5.1.2 Aspectos psicológicos y sociales	40
2.6 Rehabilitación de pacientes edéntulos.....	41
2.6.1 Prótesis implantosoportadas.....	41
2.6.2 Prótesis total removible	44
2.7 Patologías relacionadas a prótesis total.....	45
2.7.1 Estomatitis subprotésica	46
2.7.1.1 Características clínicas y síntomas.....	46
2.7.1.2 Tratamiento.....	47
2.7.2 Hiperplasia fibrosa inflamatoria.....	47
2.7.2.2 Tratamiento.....	48
2.7.3 Candidiasis	48
2.7.3.1 Características clínicas y Síntomas	48
2.7.3.2 Tratamiento.....	48
2.7.4 Úlceras	49
2.7.4.1 Características clínicas y síntomas.....	49
2.7.4.2 Tratamiento:.....	49
2.7.5 Eritroplasia.....	49
2.7.5.1 Características clínicas y síntomas.....	49
2.7.5.2 Tratamiento:.....	50
2.7.6 Leucoplasia	50
2.7.6.1 Características clínicas y síntomas.....	50
2.7.6.2 Tratamiento.....	51
2.8 Satisfacción protésica	51
3. MATERIALES Y MÉTODOS	56
3.1. Materiales:	56
3.1.1. Lugar de la investigación:	56
3.1.2. Período de la investigación:.....	56

3.1.3.	Recursos empleados:	56
3.1.4.	Universo:	57
3.1.5.	Muestra:	57
3.2.	Métodos:	58
3.2.1.	Tipo de investigación:	58
3.2.2.	Diseño de investigación:	58
4.	RESULTADOS.....	61
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
5.1.	Conclusiones	83
5.2.	Recomendaciones.....	84
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	85
7.	ANEXOS	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Distribución de pacientes por edad	61
Tabla N°2. Distribución de pacientes por género	61
Tabla N°3. Distribución de pacientes por uso de prótesis entregadas en la UCSG	62
Tabla N°4. Distribución de pacientes por experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.	63
Tabla N°5. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar superior	64
Tabla N°6. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar inferior	65
Tabla N°7. Distribución de pacientes por presencia de patologías orales.	66
Tabla N°8. Distribución de pacientes por satisfacción protésica del maxilar superior.	67
Tabla N°9. Distribución de pacientes por satisfacción protésica en el maxilar inferior.	68
Tabla N° 10. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica general	69
Tabla N° 11. Distribución de pacientes por satisfacción prótesis superior con edad.	70
Tabla N° 12. Distribución de pacientes por satisfacción prótesis superior con género	71
Tabla N° 13. Distribución de pacientes por satisfacción prótesis inferior con edad.	72
Tabla N° 14. Distribución Distribución de pacientes por satisfacción prótesis inferior con género	73

Tabla N° 15. Distribución de pacientes por satisfacción general con edad.	74
Tabla N° 16. Distribución de pacientes por satisfacción general con género ...	75
Tabla N° 17. Agrupación de respuestas según el Perfil de impacto de Salud oral (OHIP-49Mx) en relación al impacto y no impacto.	76
Tabla N° 18. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.	78
Tabla N° 19. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica superior.....	79
Tabla N° 20. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica inferior.....	80
Tabla N° 21. Distribución del tipo de prótesis removible en el maxilar inferior con el impacto en la calidad de vida.	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1. Distribución de pacientes por edad.....	61
Tabla N°2. Distribución de pacientes por género	62
Tabla N°3. Distribución de pacientes por uso de prótesis entregadas en la UCSG	63
Tabla N°4. Distribución de pacientes por experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.	64
Tabla N°5. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar superior	65
Tabla N°6. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar inferior	66
Tabla N°7. Distribución de pacientes por presencia de patologías orales.	67
Tabla N°8. Distribución de pacientes por satisfacción protésica del maxilar superior.	68
Tabla N°9. Distribución de pacientes por satisfacción protésica en el maxilar inferior.	69
Tabla N° 10. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica general	70
Tabla N° 11. Distribución de pacientes por satisfacción prótesis superior con edad.	71
Tabla N° 12. Distribución de pacientes por satisfacción prótesis superior con género	72
Tabla N° 13. Distribución de pacientes por satisfacción prótesis inferior con edad.	73
Tabla N° 14. Distribución Distribución de pacientes por satisfacción prótesis inferior con género.....	74
Tabla N° 15. Distribución de pacientes por satisfacción general con edad.	75

Tabla N° 16. Distribución de pacientes por satisfacción general con género ...	76
Tabla N° 17. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.	79
Tabla N° 18. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica superior.....	80
Tabla N° 19. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica inferior.....	81
Tabla N° 20. Distribución del tipo de prótesis removible en el maxilar inferior con el impacto en la calidad de vida.	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1. Reabsorción de maxilares.....	35
Figura N°2. Colapso del tercio inferior	37
Figura N°3. Envejecimiento de piezas dentales	37
Figura N°4. Edentulismo total y parcial.	38
Figura N°5. Sobredentadura	42
Figura N°6. Estomatitis subprotésica	46
Figura N°7. Hiperplasia Fibrosa Inflmatoria.	47
Figura N°8. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria.	47
Figura N°9. Candidiasis.	48
Figura N° 10. Úlceras traumáticas	49
Figura N° 11. Eritroleucoplasia.	50
Figura N° 12. Leucoplasia Homogénea.	50
Figura N° 13. Leucoplasia no Homogénea.	50

RESUMEN

Existen varios efectos positivos y negativos que están asociados al uso de prótesis total removible los cuales varían entre los pacientes por lo que el objetivo del estudio fue analizar el impacto de las prótesis totales removibles sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes edéntulos atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Se realizó un estudio de tipo analítico y descriptivo en 72 pacientes edéntulos que acudieron a la clínica odontológica de la UCSG en el 2014 para realizarse prótesis total removible. La validación de los datos estadísticos se realizó por medio de la prueba chi cuadrado, con un grado de significancia de 0,05 para 95% de confiabilidad.

Los resultados obtenidos demostraron que los problemas más frecuentes con las prótesis totales removibles fueron prótesis mal ajustadas y no confortables en un 18,06%, modo de hablar poco claro en 13,89%. Sin embargo la mayoría de los pacientes se mostraron satisfechos con las prótesis totales removibles representando un 65% del total de la muestra.

Se demostró que al reemplazar las piezas ausentes se devolvió la función y estética necesaria a los pacientes, por lo que se logró comprobar que las prótesis totales removibles mejoraron la calidad de vida de los pacientes edéntulos que fueron atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el 2014.

Palabras Clave: Salud oral, Calidad de vida, Prótesis total removible, Satisfacción protésica.

ABSTRACT

There are several positive and negative effects that are associated with the use complete removable dentures which vary between patients so the aim of the study was Analyze the impact of complete removable dentures in Oral Health-Related Quality of Life on edentulous patients treated at the dental clinic of Universidad Católica de Santiago de Guayaquil in 2014.

This was an analytical and descriptive study performed in 72 edentulous patients attending at the dental clinic of UCSG in 2014 in order to replace their complete dentures or received for the first time a complete removable denture. The validation of statistical data was performed using chi-square test, with a significance level of 0.05 for 95 % confidence.

The results showed that the most frequent problems with complete removable dentures weredentures uncomfortable and not fitting properly with a 18.06%, unable to speak clearly in 13.89%. However most of the patients were satisfied with their dentures representing 65% of the total sample.

It was demonstrated that by replacing missing teeth function and aesthetics required for patients returned, so we were able to verify that complete removable dentures improved the oral health-quality of life of edentulous patients who were treated at the Dental Clinic of Universidad Católica de Santiago de Guayaquil during 2014

Keywords: Oral Health, Quality of Life, Complete Removable Dentures, Denture Satisfaction

1. INTRODUCCIÓN

La salud oral es considerada como una parte esencial e integral de la salud, la cual puede influir en las condiciones sistémicas¹. Se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de garganta o boca, defectos congénitos, llagas orales, enfermedad periodontal, caries, pérdida dental, y otras enfermedades que puedan afectar a la cavidad bucal (OMS, 2007). La salud oral es importante en tal medida que puede obstaculizar la habilidad o capacidad de una persona para concentrarse y realizar su trabajo diario. Los problemas dentales pueden afectar el bienestar físico y psicológico de una persona especialmente en los adultos mayores, en los que los problemas suelen ser más crónicos y severos debido al descuido en su salud oral.²

La población a nivel mundial está en constante crecimiento y su salud relacionada con la calidad de vida es un problema de salud pública.⁵ El envejecimiento es parte del ciclo de vida, es un proceso natural e irreversible que ocurre en todos los seres humanos. En Ecuador según las cifras del INEC existe una cantidad de 1'341.664 personas mayores de 60 años, cifra que ha incrementado desde el 2011. En todo el mundo por lo menos el 10% de la población son personas mayores de 60 años y se estima que para el 2030 la población envejecerá aún más.^{1,3,4,9}

El edentulismo es un problema que va relacionado con la edad el cual tiene consecuencias negativas sobre la salud oral; afecta a las actividades funcionales normales, el poder disfrutar de los alimentos y a la nutrición en general del paciente que conlleva a una disminución en los niveles de calidad de vida,^{3,4} cuya definición (OMS, 1991) es la manera en la que un individuo percibe su situación de vida en el ámbito sociocultural en relación con sus expectativas e intereses que va a influir en su estado de salud física, nivel de dependencia, estado psicológico y en su relación con el entorno.⁶ Actualmente las personas exigen una mejor calidad de vida y se ha observado que a pesar de que se les aumenta el estándar de vida, esto no es suficiente para alcanzar su satisfacción o felicidad.⁷

Al perder los dientes estos deben ser reemplazados mediante una prótesis, dependiendo si la pérdida dental es parcial o total se procederá a realizar el tipo de tratamiento adecuado. El tratamiento más recomendado siempre será un tratamiento fijo, y a pesar que el uso de implantes dentales está creciendo, en muchos países al igual que el nuestro las prótesis completas removibles siguen siendo un tratamiento muy requerido por los pacientes debido a su bajo costo, y buena estética.¹ Una prótesis total removible es aquella que reemplaza una dentición completa y las estructuras asociadas del maxilar y de la mandíbula (Glosario de términos prostodónticos, 2005). Este tratamiento protésico va a contribuir manteniendo la apariencia estética y una eficiencia masticatoria.⁸ Sin embargo los pacientes que utilizan prótesis removibles pueden experimentar grandes problemas relacionados a los aspectos sociales y emocionales de su vida comparado con los pacientes que presentan sus dientes naturales.⁹

El término calidad de vida relacionada a la salud oral (OHRQoL) fue introducido por Gift y Redford en 1992 para capturar el impacto funcional, social y psicológico de las enfermedades orales¹⁰. Se ha definido como un elemento multidimensional que refleja el confort de las personas al dormir y su participación en las interacciones sociales; su autoestima; y su satisfacción en relación a la salud oral.¹¹ Hace 40 años los investigadores rechazaban la idea de que las enfermedades orales pudieran tener una relación con el estado de salud general como (Davis, 1976) y (Dunnell y Gerson, 1972) quienes aseguraron que las enfermedades orales solo están vinculadas con problemas estéticos y que fueron percibidos como problemas sin importancia.¹⁰

La calidad de vida se ha relacionado tanto a la salud oral como a la salud general. Los impactos del estatus de la salud oral en la vida diaria de los pacientes; consecuentemente la evaluación de las necesidades dentales deberían asociarse con la evaluación del estado clínico y las dimensiones psicológicas.¹² Estudios previos han demostrado que todos los tratamientos rehabilitadores pueden mejorar la calidad de vida relacionada a la salud oral¹³, y en otros específicamente que el uso de prótesis total tiene una

relación directa con el mejoramiento de la calidad de vida relacionada a la salud oral.¹⁴⁻¹⁶

1.1. JUSTIFICACIÓN

Debido a que la ausencia de piezas dentales suele presentarse con mayor frecuencia en los pacientes que acuden a diario a la clínica odontológica buscando mejorar su salud oral, las prótesis totales removibles suelen ser el tratamiento recomendado para devolverles salud y bienestar a los pacientes. Si bien los pacientes firman al recibir sus prótesis y estar de acuerdo con ellas, no se hace un seguimiento de estos pacientes para evaluar los efectos que se producen luego de que usen sus prótesis a diario, por tal motivo es importante realizar una evaluación si los pacientes edéntulos pudieron mejorar su calidad de vida luego de haber recibido prótesis total removible realizadas en el 2014 en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

Analizar el impacto de las prótesis totales removibles sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes edéntulos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el 2014.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Establecer las lesiones orales más frecuentes en pacientes portadores de prótesis total.
2. Distinguir que prótesis total removible que presenta mayores problemas de satisfacción según la arcada en la que se encuentren.
3. Identificar los problemas relacionados al uso de prótesis total que producen un mayor impacto sobre la calidad de vida los pacientes.

4. Determinar si la experiencia con prótesis anteriores influye en la percepción de la satisfacción protésica de los pacientes del grupo de estudio.
5. Evaluar el impacto del tipo de prótesis removible en el maxilar inferior sobre calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes portadores de prótesis total.

1.3. Hipótesis

El uso de las prótesis totales mejora la calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes edéntulos

1.4. Variables

Variable Dependiente:

- **Pacientes edéntulos:** Pacientes que a lo largo de su vida han perdido sus piezas dentales.

Variable Independiente:

- **Calidad de Vida relacionada a Salud Oral:** Elemento multidimensional que refleja el confort de las personas y su participación en las interacciones sociales; su autoestima; y su satisfacción en relación a la salud oral.

Variables Intervinientes:

- **Tipo de prótesis:** Reemplazo artificial que dependiendo de la ausencia total o parcial de los dientes podemos encontrar: prótesis total removible, prótesis parcial removible, prótesis total fija y prótesis parcial fija.
- **Uso previo de prótesis:** Haber recibido el mismo tratamiento protésico anteriormente.

- **Lesiones orales:** Presencia de alteraciones patológicas de la mucosa oral por el uso de prótesis total.
- **Edad:** Tiempo de vida transcurrido desde su nacimiento.
- **Género:** Término que identifica a las personas como hombre o mujer, partiendo de rasgos biológicos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Salud oral

2.1.1 Definición

La salud ha evolucionado a través de los años pasando de una preocupación individual a una meta social a nivel mundial que abarca la calidad de vida. La definición de salud aceptada a nivel mundial es aquella dada por la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo a su constitución, que es: “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁷

Salud oral significa mucho más que solo tener dientes sanos, la salud oral es parte integral de la salud general.¹⁸

(Sanchez-García, 2007) propone que la salud bucodental se debe definir como bienestar físico, social y psicológico relacionado con el estado los tejidos duros y tejidos blandos de la cavidad bucal. Las enfermedades orales afectan a las actividades diarias como la masticación, las relaciones interpersonales, relaciones laborales y la apariencia física. El estado de salud oral también afecta a la salud general. Uno de los problemas más comunes de una deficiente salud oral es la pérdida de piezas dentales que impiden que los individuos puedan consumir todo tipo de alimentos y se limiten a alimentos suaves que van a provocar una alimentación deficiente, ya que los alimentos que evitan suelen contener más fibra y proteína.¹⁹

2.2 Calidad de vida

En las últimas décadas se ha hecho común el estudio de la calidad de vida, motivado por una concepción más amplia del proceso de salud y

enfermedad, tomando en cuenta la percepción de los individuos en el contexto de sus valores, expectativas y preocupaciones.²⁰

El realizar solo la evaluación clínica se ha convertido insuficiente para permitir a los profesionales ofrecer el mejor diagnóstico y plan de tratamiento para sus pacientes, ya que del auto informe de los pacientes respecto a sus resultados de salud no siempre coinciden con la evaluación clínica realizada por los profesionales. Por lo tanto, es esencial incorporar las variables físicas, sociales y psicológicas de los pacientes en el manejo clínico con el fin de promover el mejor proceso terapéutico para ellos.²⁰

2.2.1 Definición

La definición de Salud de la OMS introduce el concepto de “bienestar”. En realidad, no hay una definición satisfactoria del término “bienestar”. Recientemente, los psicólogos han señalado que el “bienestar” de un individuo o grupo de individuos tiene componentes objetivos y subjetivos. Los componentes objetivos se refieren a tales preocupaciones conocidas generalmente por el término “estándar de vida” o “nivel de vida”. El componente subjetivo de bienestar (según lo expresado por cada individuo) se conoce como “Calidad de vida” que fue definida por la OMS como: “la percepción de cada individuo sobre su vida dentro de los aspectos culturales y sistema de valores en los cuales vive y con respecto a sus expectativas, objetivos e intereses.” Este concepto es basado en aspectos objetivos y subjetivos, el aspecto subjetivo se da por la satisfacción de cada individuo y la valoración de su calidad de vida de acuerdo a sus propios criterios, el aspecto objetivo son los indicadores evaluados por otras personas.¹⁹

2.3 Calidad de vida relacionada a salud oral

La calidad de vida relacionada a salud oral es un fenómeno relativamente nuevo que ha crecido rápidamente en las últimas 2 décadas. CVRSO

apareció alrededor de 1980 mientras que la calidad de vida relacionada a la salud apareció en 1960. Una de las razones del retraso de desarrollo de la CVRSO puede ser por la mala percepción de los efectos de las enfermedades orales en la calidad de vida. ¹¹

El término calidad de vida relacionada a salud oral fue introducido por Gift y Redford en 1992 para evaluar los impactos funcionales, psicológicos y sociales de las enfermedades orales. Debido al concepto de calidad de vida relacionada a salud oral se realizaron varios instrumentos para evaluar a personas con buenas y malas condiciones orales. Luego de que se realizaran las debidas validaciones estos instrumentos se empezaron a usar como indicadores de resultados terapéuticos. ¹⁰

La calidad de vida relacionada a la salud oral es un concepto multidimensional que se refiere a como las condiciones orales pueden afectar el funcionamiento normal de un individuo. ²¹

La calidad de vida relacionada a salud oral es reconocida por la OMS como una parte importante del programa global de salud oral. Este concepto trata con la calidad de vida relacionándola a la salud oral y a enfermedades. Ha sido usado alrededor del mundo en campos teóricos y prácticos incluyendo investigaciones odontológicas, ensayos clínicos y otros estudios para evaluar los resultados de programas preventivos y terapéuticos. ^{5,22}

La calidad de vida relacionada a salud oral es una variable de resultado importante asociada con el tratamiento protésico y complementa más fácil a las variables medibles como la cantidad de dientes perdidos, las condiciones clínicas de los rebordes edéntulos y prótesis o implantes. Aunque asociado con factores clínicos y anatómicos, la CVRSO está fuertemente condicionada por la percepción subjetiva de los pacientes y es fundamental para entender el nivel en que los clínicos están logrando su objetivo final que es mejorar la vida de los pacientes. ²³

2.3.1 Definición

La calidad de vida relacionada a salud oral puede definirse como un concepto multidimensional que refleja el confort de las personas al momento de dormir, comer, en sus relaciones sociales, autoestima y su satisfacción respecto a su salud oral. La CVRSO está asociada con factores funcionales, psicológicos, sociales y la experiencia con dolor o incomodidad. ^{11,22}

2.3.2 Instrumentos de medición

Desde que Cohen y Jago en 1976 comenzaron a desarrollar indicadores socio-dentales, varios investigadores se han esforzado en realizar instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a salud oral y empezaron a considerar como la salud oral podía afectar a los aspectos de la vida social incluyendo la autoestima, las interacciones sociales, el trabajo, la escuela, etc. ²²

Los instrumentos de medición de la calidad de vida puede ser utilizado en la práctica clínica para:

- Identificar y priorizar los problemas
- Detectar problemas ocultos
- Facilitar la comunicación entre profesional y paciente
- Facilitar la toma de decisiones clínicas
- Revisar los cambios y la respuesta al tratamiento²²

Se ha reconocido la importancia de la calidad de vida relacionada a salud oral por lo que los investigadores han empezado a realizar varios instrumentos de medición. Existen tres categorías para medir la calidad de vida relacionada a salud oral. Están los indicadores sociales, la autoevaluación global de la calidad de vida relacionada a salud oral y varios cuestionarios. ^{24,5}

Los indicadores sociales son usados para evaluar las condiciones orales en la comunidad pero tienen limitaciones para evaluar la calidad de vida relacionada a salud oral.²⁵

En la autoevaluación global se les realiza una pregunta general sobre su salud oral, la cual puede ser contestada mediante una escala visual analógica. Las respuestas van en una escala de 5 puntos desde excelente hasta muy mal. Sin embargo, este proceso varía de individuo a individuo ya que por ejemplo, las personas pueden decir que tienen una salud oral excelente debido a que no han experimentado ningún tipo de dolor dental, pero otros pueden decir que tienen una pésima salud oral debido a que han perdido varias piezas dentales.²⁵

Lo más utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada a salud oral son los cuestionarios que están compuestos por múltiples ítems.²⁴

Las preguntas de los cuestionarios varían desde 3 hasta 56. El formato de las preguntas y respuestas varían de preguntas sencillas con respuestas de sí o no, a preguntas más complejas en donde se requiere información acerca de la frecuencia, gravedad y la importancia de un problema específico.²⁵

Existe una variedad de cuestionarios que han sido realizados para evaluar la calidad de vida de los pacientes. Entre los más utilizados para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores y portadores de prótesis están el GOHAI, OHIP-EDENT- OHIP-14 Y OHIP-49.²⁶

El GOHAI es un cuestionario realizado para reportar los problemas orales y los impactos psicosociales asociados a enfermedades orales. Este cuestionario consta de 12 ítems y tiene 3 dimensiones que son función física, dolor y malestar y función psicosocial y está recomendado para evaluar a calidad de vida de los adultos mayores.²⁶⁻²⁸

El OHIP-EDENT es una versión adaptada del OHIP-49 que tiene las mismas dimensiones del OHIP-49 pero con las preguntas más significativas de cada dimensión. Está indicado para evaluar la calidad de vida en los pacientes

edéntulos después de reemplazar dientes perdidos pero algunos autores indican que le falta propiedades para la evaluación post-tratamiento. ^{14,28}

De los instrumentos diseñados para la evaluación de la CVRSO, el Perfil de Impacto De Salud Oral (OHIP) debido a sus propiedades psicométricas satisfactorias, ha sido usado en estudios clínicos y epidemiológicos. Su desarrollo incluye un proceso riguroso de validación. El OHIP ha probado ser útil como un instrumento en ensayos clínicos de tratamiento con implantes y prótesis convencionales. ²³

La creación de estos instrumentos se basa en las teorías de Locker el cual adoptó para Odontología la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud sobre las deficiencias, discapacidades y minusvalías y constituyó tres niveles según el grado de afectación a cada individuo. El primer nivel trata sobre las deficiencias orales, el segundo nivel son los impactos provocados por el deterioro del estado bucal, el dolor, la incomodidad, limitaciones funcionales y la insatisfacción con su apariencia y el tercer nivel que son los impactos finales son aquellas actividades físicas, psicológicas y sociales que se pueden producir por el deterioro de la salud bucal. ¹⁹

La percepción de los pacientes sobre las condiciones de salud oral ha sido considerada por los prostodoncistas como uno de los factores de mayor relevancia al momento de elegir el tipo de tratamiento. ²⁹

De acuerdo a (John y col 2004), el índice de calidad de vida relacionada a salud oral caracteriza una percepción de los pacientes en relación a su salud oral. Por lo tanto, este índice puede ser utilizado para medir los beneficios creados por los tratamientos protésicos. ²⁹

2.3.2.1 Perfil de impacto de Salud Oral (OHIP)

El concepto de calidad de vida relacionada a salud bucodental describe el impacto de las condiciones orofaciales percibidas por el paciente y el efecto

de las intervenciones dentales. El Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP), desarrollado en 1994 por Slade y Spencer, es un instrumento ampliamente utilizado. Basado en el modelo conceptual de Locker de la salud oral, las 49 preguntas fueron originalmente agrupadas en siete dimensiones, cada una representado por 5 a 9 ítems. El perfil resultante de las 7 dimensiones caracteriza el impacto más amplio de los trastornos y enfermedades orales.^{30,31}

Estudios recientes demuestran que el OHIP tiene las 4 dimensiones principales de la calidad de vida relacionada a salud oral que son la función oral, dolor y apariencia orofacial y los impactos psicosociales.³²

Este instrumento tiene como objetivo determinar si los dientes naturales o las prótesis dentales tienen un efecto positivo o negativo en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y calidad de vida de los individuos. Este va a evaluar con qué frecuencia los pacientes se ven afectados para realizar sus actividades diarias debido a problemas orales.¹⁹

Las respuestas de cada pregunta son registradas en una escala del Likert como 0: nunca; 1: casi nunca; 2: algunas veces; 3: frecuentemente y 4: casi siempre. Para que se considere que tiene un impacto negativo debe tener como respuestas frecuentemente y casi siempre.³³ Valores más altos indican un mayor impacto.³⁴

El perfil de impacto de salud oral consta de 49 ítems el cual ha sido validado en varios países como España, Chile, México, Taiwán, Macedonia, Brasil, entre otros.¹⁹

(Castrejón-Pérez y cols. 2010) realizaron una publicación en México para evaluar la calidad este instrumento en adultos mayores de la Ciudad de México. Primero realizaron la traducción al español del instrumento original que se encuentra en inglés y se lo denominó OHIP-Mx-49 y luego se realizó la validación del mismo.¹⁹

Slade además creó una versión abreviada del OHIP-49, la cual la realizó a partir de un análisis de 14 ítems, conformada por las siete dimensiones, con la diferencia de que cada una solo tiene dos ítems.^{21,34} Los resultados se cuantifican de la misma manera en la escala de Likert y con los mismos valores. Esta versión también ha sido validada en varios países como Hong Kong, Australia y México.^{4,19,31}

La medición de la CVRSO es cada vez más aceptada como un componente esencial para la investigación sobre la salud oral. Una de las evaluaciones más utilizadas para medir la CVRSO es el perfil de impacto de salud oral (OHIP).³⁵

Se han realizado varios estudios sobre la calidad de vida relacionada a salud oral en pacientes portadores de prótesis totales. En la mayoría de los estudios concuerdan que comparando los pacientes que son parcialmente o totalmente dentados, aquellos usan prótesis total muestran un grado más alto de deterioro. Por lo que los pacientes portadores de prótesis total presentan una menor calidad de vida relacionada a la salud oral.³⁵

(Bae y cols. 2006) reportaron que los pacientes sufren cambios a hasta llegar al edentulismo pasando por prótesis parciales removibles, por lo que el carecer de dientes y el malestar son características típicas de este proceso y permite que los pacientes puedan adaptarse de una mejor manera y acepten mejor la situación ya que lo ven como una consecuencia inevitable.³⁵

Por lo tanto, los pacientes portadores de prótesis completa puede que tengan mejor aceptación de las limitaciones de las prótesis y tienen un mejor funcionamiento que aquellos que usan prótesis parcial removible.³⁵

2.4 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que ocurre en todos los seres vivos, pero no de la misma manera en todas las personas, este depende de varios factores como la alimentación, la educación, los pasatiempos, el trabajo y un

conjunto de situaciones que producen estrés.³⁶ Es un ciclo normal de vida que se produce de manera lenta en el transcurso de los años.¹

El envejecimiento puede definirse como el suceso de modificaciones fisiológicas, morfológicas y psicológicas que son irreversibles y se producen antes de las manifestaciones que dan el aspecto anciano a un individuo.³⁶

La Organización Mundial de la Salud utiliza el término envejecimiento activo como una manera de ver el envejecimiento como una experiencia positiva para así poder aumentar la esperanza de vida y promover la salud con el fin de que los adultos mayores puedan ser independiente y productivos.¹⁹

El envejecimiento produce varios cambios en el estilo de vida de cada individuo, que va a contribuir en la distribución de varias enfermedades las cuales en la vejez las que predominan son los padecimientos crónicos degenerativos que van a repercutir en la calidad de vida.¹⁹

Hay tres de percibir en envejecimiento: normal, patológico y exitoso. El envejecimiento normal es aquel en el cual se produce una serie de cambios de manera lenta, gradual y continua que se dan a nivel biológico, psicológico y social. El envejecimiento patológico es aquel en el que se producen cambios de manera más rápida, repentina y acelerada. El envejecimiento exitoso es aquel en el cual a pesar de presentarse pérdidas, también se presentan ganancias ya que se fomenta a que los adultos mayores aprendan a reducir sus pérdidas y aumentar sus ganancias.¹⁹

La calidad de vida de los adultos mayores está íntimamente relacionada con la capacidad y condiciones que les concede participación en su cuidado propio, en la vida social y familiar, reorganizando su vida de acuerdo a sus limitaciones y capacidades, viendo y disfrutando de su vejez.¹⁹

En los últimos años ha aumentado de manera significativa la expectativa de vida, lo que ha provocado más problemas de salud ya que hay mayor cantidad de adultos mayores los cuales por el efecto del envejecimiento

pueden llegar a tener pérdida de funcionalidad lo que conlleva dependencia, vulnerabilidad e incapacidad.¹⁹

En los países industrializados es considerada anciana a una persona de 65 años o más, pero en los países en vías de desarrollo se considera anciano a las personas de 60 años.¹⁹

La población de la tercera edad, así como el número de personas mayores dependientes, está en constante aumento. Es importante saber las medidas para mejorar la Calidad De Vida, llevando consuelo y comodidad en sus vidas. La salud de las personas mayores da una perspicacia de su calidad de vida mientras que la salud dental también juega un papel muy importante, ya que los problemas dentales interfieren con las necesidades primarias de vida tales como la masticación de alimentos, estética, expresión etc. lo que conduce a irritabilidad y la pérdida de la estabilidad mental. Al mismo tiempo, provoca vergüenza cuando la apariencia es afectada.²

En las personas de avanzada edad, el estado de salud bucal en general es muy pobre debido a varios causales y controvertidos factores de riesgo, y por lo general se caracteriza por un aumento de la pérdida de piezas dentales, enfermedad periodontal, y mala higiene bucal. Diversos factores tales como problemas emocionales, condiciones financieras débiles, la falta de cooperación familiar y varios medicamentos pueden empeorar la salud oral.²

2.4.1 Envejecimiento demográfico

El envejecimiento afecta no solo a las personas sino también a las poblaciones, a lo que se lo llama envejecimiento demográfico. Es aquí donde se resta importancia a los menores debido a la disminución de la natalidad y se aumenta importancia a los adultos mayores. Este cambio ocurre en Ecuador y en América Latina de manera más rápida.³⁷

En Ecuador los adultos mayores en el 2010 representaban el 7% de la población general y para el 2050 representarán el 18% de la población. Al aumentar los adultos mayores también aumenta el índice de enfermedades. La esperanza de vida en Ecuador mejoro pasando de 48,3 años en 1955 a 75,6 en la actualidad (CEPAL, 2012)³⁷

Según las proyecciones del INEC en el 2010, en Ecuador en el 2014 existían 1'077.587 personas de 65 años o más, que representan el 6.7% de la población general. (INEC,2010)³⁷

En varios países desarrollados, la población adulta está creciendo; en Lebanon, las estadísticas locales indican que los individuos de 65 o más años de edad son alrededor del 10% de la población general.²⁶

India tiene una gran población de pacientes geriátricos comprendiendo el 7.7% de la población general. Una de las mayores discapacidades de los adultos mayores es la pérdida de piezas dentales, afectando su masticación, dieta y estado nutricional. De acuerdo con la encuesta nacional de salud oral del 2002-2003, aproximadamente el 29% de la población en el rango de edad de 65 a 74 años requieren prótesis totales.³

En Taiwán, la población adulta mayor de 65 años ha aumento de 8.3% en 1998 a 10.4% en 2008, y se espera que aumente a 20.6% para el 2026. En el 2008, el 12.6% de los adultos mayores en Taiwán eran edéntulos, y el 11.9% de estos fueron tratados con prótesis totales.⁴

En México, en 1950 existían 25.8 millones de habitantes y hasta el 2005 eran 103.3 millones de habitantes. Por lo que para el 2050 se estima que el 24.6% de la población serán adultos mayores.¹⁹

Se espera un aumento en el número de pacientes geriátricos en todo el mundo en las próximas décadas. Un número considerable de pacientes de edad avanzada probablemente experimente algún tipo de pérdida de dientes a pesar de los esfuerzos por mejorar los programas de cuidado dental

preventivo. La Organización Mundial de la Salud considera el edentulismo una forma de discapacidad física porque los pacientes desdentados tienen en cierto grado, un impedimento en su capacidad para realizar las tareas esenciales para su vida como comer y hablar.³⁸

Dado el impulso y el alcance que tienen este crecimiento, el cuidado de los adultos mayores es esencial para que ellos puedan envejecer saludables y con una buena calidad de vida. Se ha reconocido que la salud orales esencial y parte integral de la salud sistémica y puede influenciar en la misma. Un pobre salud oral, incluyendo el edentulismo, influye en la calidad de vida de los adultos en una manera substancial.¹

2.4.2 Cambios orales en pacientes geriátricos

El envejecimiento produce cambios en todos los tejidos del organismo y por lo tanto también se producen cambios a nivel bucal y estos cambios pueden agravarse por malos hábitos.³⁶

2.4.2.1 Los maxilares

En los pacientes dentados, la atrofia de los rebordes se da de manera lenta, pero se acelera si existe enfermedad periodontal y pérdida dental y va a producir una reducción de la altura, reabsorción centrípeta en vestibular del maxilar superior y reabsorción centrifuga en lingual del maxilar inferior.³⁶



Fig. N°1 Reabsorción de maxilares

Fuente: Telles D, 2011⁴⁸

2.4.2.2 Articulación temporomandibular

La actividad de la articulación temporomandibular depende de la información de los músculos, ligamentos y terminaciones nerviosas, por lo que al producirse el envejecimiento hay una reducción en la actividad de los mismos que va a provocar una disminución en el control de los movimientos. Generalmente si existe algún tipo de dolor en la articulación es provocado por la mala oclusión de las prótesis.³⁶

2.4.2.3 Músculos

Se produce una disminución en la acción de los músculos de la masticación, prolongándose el tiempo para masticar. Con el paso de los años hay una disminución de número y tamaño de las fibras musculares que van a ser reemplazadas por tejido conectivo fibroso y grasa.³⁶

2.4.2.4 Glándulas salivales

Existe una disminución en la actividad de las enzimas de la saliva y de los acinos de las glándulas salivales provocando menor flujo salival y aumento de la viscosidad que puede ser influenciado por la ingesta de medicamentos.³⁶ La disminución del flujo salival afecta a la neutralización de la baja del pH y favorece a la aparición y progresión de caries.³⁹

2.4.2.5 Mucosa bucal

Se produce una disminución del espesor de la queratinización en el paladar y en las encías y aumento en los labios y los carrillos, el epitelio se adelgaza, hay una disminución de la sensibilidad térmica. La encía se atrofia y se vuelve más frágil por lo que se observa más brillante y con pérdida de punteado.³⁶

2.4.2.6 Lengua

Puede observarse una atrofia de las papilas filiformes, disminución del gusto y lengua saburral debido a la disminución de la saliva y de la actividad muscular.^{36,40}

2.4.2.7 Labios

Se estrecha la semimucosa del labio y pueden aparecer lesiones en las comisuras.³⁶



Fig. N°2. Colapso del tercio inferior.

Fuente: Telles D, 2011

2.4.2.8 Piezas dentales

En el esmalte, se va dando un cambio en el color generalmente llegando a tonos amarillos y marrón. Generalmente se puede observar más en el borde incisal ya que se ha disminuido de manera considerable el esmalte por lo que es más fácil la fácil la visualización del color de la dentina.³⁹

En la dentina, hay menos hidratación, se vuelve más opaca, más frágil y menos permeable debido al depósito continuo de la dentina peritubular.³⁹

El cemento aumenta de espesor generalmente en la zona apical.³⁹

En la pulpa, hay una disminución de su función sensitiva,³⁹ disminución del tamaño de la cámara y del ancho de los conductos, se produce aposición de dentina secundaria que se va a depositar en el techo y en el piso de la cámara pulpar.³⁶



Fig. N°3 Envejecimiento de piezas dentales

. Fuente: Chávez-Reátegui, 2014³⁹

2.5 Edentulismo

Las enfermedades que con mayor frecuencia afectan a los adultos mayores son la caries y la enfermedad periodontal que se ven influenciadas por varios factores como la edad, el género, consumo de fármacos, enfermedades sistémicas, factores sociodemográficos, psicológicos y sociales y como consecuencia de estas enfermedades se produce una gran cantidad de pérdida dental.¹⁷

El edentulismo corresponde a la ausencia de dientes que dependiendo del caso puede ser parcial o total y va a producir efectos innegables en todos los individuos.^{41,42}



Figura N°4 .Edentulismo total y parcial

Fuente: Lizani Velásquez

El edentulismo es un término que refleja una deficiencia que generalmente es observada en adultos mayores y que tiene un impacto en la calidad de vida. La transición al edentulismo se está dando de manera más lenta debido a que ha aumentado la esperanza de vida.⁴²

La ausencia de todos los dientes contribuye a la discapacidad y para la mayoría de los pacientes edéntulos el tratamiento más asequible es la rehabilitación con prótesis completas convencionales. Por lo tanto, es

posible que el edentulismo y el uso de prótesis completas convencionales puedan afectar a la calidad de vida y satisfacción de los pacientes.^{16,43}

2.5.1 Impacto de la pérdida dental

La pérdida dental es un problema relacionado con la edad. A medida que avanza la edad, la capacidad de las personas a mantener sus dientes se ve afectada debido a su capacidad física reducida.³

La pérdida dental afecta la función de las actividades normales resultando en una serie de reacciones en los individuos edéntulos que tiene consecuencias funcionales y psicológicas, y debido a que los pacientes edéntulos siempre están conscientes sobre su apariencia general, en algunos casos, puede ser rectificado mediante el uso de prótesis completas. Aunque la prevalencia del edentulismo ha disminuido, muchos adultos mayores se mantienen edéntulos. Estos pacientes tienen una capacidad de adaptación a las limitaciones de las prótesis disminuidas.⁴⁴

La Organización Mundial de la Salud ha descrito el edentulismo como un problema de salud pública que afecta tanto a la salud oral como a la salud general, el placer con la comida y la nutrición afectando así la calidad de vida.^{8,45}

2.5.1.1 Dieta

Las condiciones orales pueden afectar a la nutrición y la nutrición a la cavidad bucal, ya que el tener una mala salud oral va a disminuir el deseo y la capacidad de comer contribuyendo a la disminución del consumo de alimentos.⁴⁶

En la literatura se ha descrito la relación entre la función de masticatoria y la discapacidad para ingerir alimentos en los pacientes edéntulos.³

La habilidad masticatoria y la selección del alimento son mayormente afectadas por la pérdida de los dientes obligando a los adultos mayores desdentados a elegir alimentos suaves y fáciles de masticar comparados

con los individuos dentados. Los pacientes desdentados con frecuencia reportan más dificultades de masticación que los dentados, y por lo tanto, constituyen el grupo más probable que cambie su dieta.³

2.5.1.2 Aspectos psicológicos y sociales

Estudios cualitativos han resaltado el punto de vista de los pacientes y los problemas al comer con las prótesis, proporcionando de manera más profunda la opinión de los pacientes que los resultados por sí solos o las opiniones de los clínicos. Estas entrevistas cualitativas han demostrado que los problemas sociales y emocionales debido a comer con prótesis son importantes para los pacientes, por lo tanto para cualquier procedimiento práctico. Las limitaciones físicas de las prótesis generalmente detienen a las personas de comer los alimentos que ellos quisieran comer en compañía de otras personas, y puede ser el resultado de su restricción de contacto social. Mientras los pacientes van desarrollando mecanismos para poder comer con sus prótesis en sus casas ellos generalmente refieren que esos mecanismos no son aceptables en otros entornos sociales. Esto puede llevar a una falta de confianza al comer y evitar comer en público o a situaciones sociales en general. Se ha reportado que existe una relación entre el aislamiento social y problemas como la depresión, enfermedades cardíacas e incluso la mortalidad en adultos mayores.⁴⁷

La pérdida total de dientes se interpreta como una condición que requiere tratamiento. La discapacidad es un símbolo de estatus negativo multifacético evaluado como una aflicción causada directamente por traumas o enfermedades que requieren atención médica; sin embargo, se evaluará en el marco del modelo social como un resultado que impide la integración personal, pues afecta la salud psicosomática y la vida activa.⁸

Las investigaciones han revelado que los dientes ausentes pueden tener consecuencias negativas en la autoestima, interacción social y salud psicológica. El interés por la apariencia y el deseo del atractivo físico no disminuyen con la edad; por consiguiente, el envejecimiento activo requiere el mantenimiento del estado de salud oral.⁸

2.6 Rehabilitación de pacientes edéntulos

A través de los años, ha habido una disminución en la proporción de pacientes edéntulos en los países desarrollados. Aunque el edentulismo está disminuyendo alrededor de 1% por año en la mayoría de los países industrializados, esto se compensa con el aumento de la esperanza de vida media, por lo que, en general, el número de pacientes desdentados se mantiene estable o aumenta ligeramente.^{8,45}

El tratamiento más utilizado durante el último siglo para rehabilitar a los pacientes edéntulos era la prótesis total soportada por mucosa.⁴⁸ Tratamiento que puede lograr buenos resultados en términos de estética y las necesidades de mantenimiento, aunque los problemas más comunes de este tratamiento son la retención y la estabilidad que pueden ser influenciados por varios factores como la calidad y cantidad de saliva, los músculos y la oclusión.^{1,48,49}

La prótesis total convencional se ha mantenido como la opción de tratamiento más utilizada en la mayoría de los pacientes edéntulos a pesar de que existen otras alternativas debido a varias razones que influyen en la preferencia de los pacientes.¹⁵

2.6.1 Prótesis implantosoportadas

Las prótesis sobre implantes tienen varios nombres siendo el más común sobredentadura la cual es definida en el glosario de términos protéticos como una prótesis removible ya sea parcial o total que se apoya en uno o varios dientes remanentes, raíces y/o implantes dentales.⁴⁸

Este tipo de prótesis constituye una alternativa para los pacientes edéntulos debido a su sencillez ya que en muchos casos la prótesis total que el paciente está usando se la puede utilizar como sobredentadura.⁴⁸

Hasta la fecha, la mayoría de estudios que evalúan el impacto de las restauraciones protésicas en CVRSO se han centrado en la comparación de

la calidad de vida proporcionada por sobredentaduras retenidas por implantes frente a las dentaduras completas.²¹

En varios estudios se ha demostrado que las prótesis implantosoportadas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes; sin embargo, debido al alto costo del tratamiento con implantes, las prótesis removibles siguen siendo la opción para reemplazar los dientes perdidos especialmente en los adultos mayores.⁹

Este tipo de tratamiento ha sido utilizado como una alternativa para solucionar los problemas originados por las prótesis totales mucosoportadas. Sin embargo existe una serie de limitaciones financieras, psicológicas, anatómicas y quirúrgicas para la colocación de una prótesis sobre implantes.^{48,50}



Fig. N°5 Sobredentadura
Fuente: Zarb, 2013⁷⁰

2.6.1.1 Limitaciones financieras

El aspecto económico suele ser uno de los mayores problemas al momento de elegir el tipo de tratamiento especialmente en la colocación de prótesis sobre implantes ya que el costo de tratamiento aumenta debido a que los procedimientos aumentan. Sin embargo, se espera una reducción de los costos de los implantes para que así pueda ser ofrecida a una mayor cantidad de personas.⁴⁸

2.6.1.2 Limitaciones psicológicas

La mayoría de las personas que utilizan prótesis total se suelen habituar al uso de las mismas, pero existe un número de pacientes que no logran acostumbrarse a las prótesis y se muestran insatisfechos por lo que buscan alternativas como los implantes para que ayuden a mejorar su función, pero debido a los fracasos muchas personas se resisten al procedimiento quirúrgico ya que saben que les va a producir incomodidad y no les garantizan el 100% de éxito.⁴⁸

2.6.1.3 Limitaciones anatómicas

En la mandíbula no existen muchas limitaciones y ya que el padrón de reabsorción es predominantemente vertical se puede colocar implantes con un diámetro adecuado y en buena posición para retener la sobredentadura; pero en el maxilar son más las limitaciones. En el reborde anterior la reabsorción horizontal es el doble de lo que observamos en sentido vertical por lo que se puede formar una región estrecha entre la cortical vestibular y la palatina dificultando la colocación de implantes. En aquellos que presentan reabsorciones severas la distancia entre la cortical alveolar y la base de la cavidad nasal es reducida por lo que va a limitar la colocación de implantes igual que la distancia vertical entre el seno maxilar y la cresta alveolar.⁴⁸

2.6.1.4 Limitaciones quirúrgicas

Existe una serie de condiciones que va a restringir la colocación de implantes como pacientes con discrasias sanguíneas, uso prolongado de medicamentos que inhiben la coagulación, uso de drogas, enfermedades que puedan afectar a la reparación tisular como la osteoporosis, diabetes y enfermedades cardiovasculares que no se encuentren controladas; no se puede realizar entre tratamiento mientras el paciente se encuentre recibiendo quimioterapias para el cáncer.⁴⁸

A pesar del éxito a largo plazo de los implantes dentales, las tasas de crecimiento de la población mundial, junto con la esperanza de vida prolongada puede conducir a un aumento de la demanda de las prótesis convencionales ya que este tipo de tratamiento permite evitar los riesgos quirúrgicos, dificultades y costos asociados con las prótesis sobre implantes.⁴⁸

2.6.2 Prótesis total removible

La prótesis total es un componente de tipo artificial cuya finalidad es restablecer la anatomía de los dientes y la relación entre maxilares, al mismo tiempo que reemplaza las piezas ausentes devolviéndole la función a la boca.⁵¹

Las prótesis totales deben cumplir ciertos parámetros que son soporte, retención y estabilidad. El soporte es la capacidad de la prótesis de oponerse a las fuerzas de intrusión. La retención es la propiedad de la prótesis de oponerse a las fuerzas extrusivas y verticales de desplazamiento evitando el movimiento durante la masticación y fonación. La estabilidad es la cualidad de la prótesis de oponerse a las fuerzas horizontales.⁵²

Al perderse los dientes y ser reemplazados con prótesis están van a ayudar a los pacientes en varios aspectos como:⁵³

- Masticación: al colocar las prótesis mejora la habilidad para masticar.⁵³
- Estética: se recupera el soporte de los labios y mejillas y se corrige el colapso de los tejidos que fue provocado por la pérdida dental.⁵³
- Pronunciación: al reemplazar los dientes anteriores principalmente, ayuda al paciente a mejorar la pronunciación de ciertas palabras.⁵³
- Autoestima: aumenta la confianza en los pacientes al mejorar su aspecto.⁵³

2.7 Patologías relacionadas a prótesis total

Las prótesis son un cuerpo extraño en la cavidad oral y al interactuar con los tejidos pueden producir efectos secundarios.⁴⁶

Generalmente en las primeras 12 a 24 horas de haber recibido las prótesis los pacientes experimentan un exceso de salivación ya que el cerebro lo interpreta como comida.⁵³

Las prótesis pueden causar algunas patologías en la mucosa si es que no se hace los ajustes necesarios en días posteriores, pueden sentir náuseas debido a que las prótesis no están ajustadas, están muy largas o muy gruesas.⁵³

Las lesiones de la mucosa oral afectan la salud de los individuos ocasionando problemas al comer y en la comunicación.⁵⁴

Las prótesis removible son una buena alternativa para reemplazar la pérdida dental pero, uno de los factores más asociados a la presencia de estas lesiones que pueden provocar inflamación de la mucosa, el paladar y tejidos blandos son el uso prolongado de las mismas, una mala higiene, trauma por un desajuste de la prótesis, mala calidad y susceptibilidad de los tejidos blandos como consecuencia del envejecimiento por lo que las lesiones orales se encuentran con mayor frecuencia en los adultos mayores.⁵⁴⁻⁵⁶

El diagnóstico de los tipos de lesiones que se producen en la cavidad oral es una parte esencial de la práctica dental. El odontólogo tiene la responsabilidad de instruir a sus pacientes para que mantengan una correcta salud oral y luego de colocar las prótesis tener citas de control. La edad constituye un factor importante en la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral.^{55,57,58}

Las lesiones orales asociadas al uso de prótesis se pueden clasificar en dos tipos: agudas y crónicas. Las agudas son producidas por nuevas prótesis mal ajustadas que van a provocar presión sobre los tejidos blandos dando

como resultado isquemia, ulceración y dolor. Las lesiones crónicas son provocadas por alteraciones de los tejidos de soporte por lo que las prótesis se vuelven inestables y producen roces sobre el tejido que provocará una inflamación crónica.⁵¹

2.7.1 Estomatitis subprotésica

Es una inflamación de la mucosa del paladar caracterizada por una proliferación fibroepitelial que afecta a pacientes de edad avanzada. Suele estar causada por mala higiene de las prótesis, alergia al material de la prótesis, infección micótica o factores sistémicos.^{51,59}

2.7.1.1 Características clínicas y síntomas: Esta lesión generalmente es asintomática pero puede provocar halitosis, inflamación, sangrado, xerostomía, ardor y disgeusia.^{51,59} Al examen clínico se observa una lesión eritematosa con la forma de la base protésica. Moreira y Bernal (1989) la dividieron en tres grados:⁵⁹



Fig. N°6 Estomatitis Subprotésica

Fuente: Lizani Velásquez

- Grado I: lesión generalmente asintomática que se presenta de aspecto rojo brillante y se pueden observar puntos hiperémicos.⁵⁹
- Grado II: presencia de un área eritematosa difusa y que tiene forma del contorno de la prótesis.⁵⁹
- Grado III: la lesión se encuentra más definida y está compuesta por gránulos irregulares.⁵⁹

2.7.1.2 Tratamiento: Enseñar al paciente la correcta higiene de la prótesis, tratamiento antifúngico y en algunos casos reemplazar las prótesis actuales.⁵⁹

2.7.2 Hiperplasia fibrosa inflamatoria

Lesión benigna de crecimiento lento más prevalente en los adultos caracterizada por un aumento de tejido conectivo, también llamada hiperplasia fibrosa inducida por prótesis o *épulis fissuratum* que suele estar relacionada a prótesis total o parcial desajustadas o sobreextendida, presencia de cálculo o de tratamiento ortodóntico.^{51,60}

2.7.2.1 Características clínicas y síntomas: En las primeras etapas se produce la formación de tejido de granulación que luego pasa a un proceso de fibrosis. Puede aparecer en la mucosa vestibular, labios, lengua y paladar. Se ha observado con mayor frecuencia en el surco vestibular. Se observa de color rosado pálido, varía de 1cm a lesiones que pueden cubrir todo el vestíbulo. Su consistencia puede ser de firme a flácida de superficie lisa que sangra al cepillado o a la palpación. Suele ser asintomática pero si presenta sintomatología puede estar asociado a ulceraciones.⁶⁰



Fig. N°7. Hiperplasia F.Inflamatoria Fig. N°8 Hiperplasia F. Inflamatoria
Fuente: Chávez-Reátegui, 2014³⁹ Fuente: Lizani Velásquez.

Según su localización se puede clasificar en:⁶⁰

- Papilar: afecta solo a la papila interdental⁶⁰

- Marginal: en la encía marginal⁶⁰
- Difusa: afecta a la encía marginal y papilar⁶⁰

2.7.2.2 Tratamiento: Va a depender de la severidad y la cantidad de tejido que haya sido afectado. Las lesiones pequeñas se resuelven eliminando el agente causal. En lesiones extensas se necesitará excisión quirúrgica y biopsia.⁶⁰

2.7.3 Candidiasis

La prevalencia de la candidiasis es mayor en las personas de edad avanzada portadoras de prótesis removible. El envejecimiento como ya se mencionó está asociado con enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, cambios en la calidad y cantidad de saliva y una mala higiene oral; estos factores sumados al uso de las prótesis van a facilitar los cambios en el medio ambiente bucal provocando el desarrollo de infecciones por *Cándida*.⁵⁸

2.7.3.1 Características clínicas y Síntomas: sequedad en la boca, dolor o sensación de ardor en la lengua, las lesiones pueden presentarse difusas o localizadas con superficie lisa o papilomatosa.^{48,58}



Fig. N°9 . Candidiasis

Fuente: Telles D, 2011⁴⁸

2.7.3.2 Tratamiento: controlar los factores locales y sistémicos, mejorar la higiene bucal y la higiene de la prótesis, se puede colocar la prótesis en hipoclorito sódico diluido luego de ser lavada correctamente.⁵⁸

2.7.4 Úlceras

Es muy frecuente encontrar úlceras en pacientes que recién hayan recibido sus prótesis. Suelen ser causadas por bordes sobreextendidos, inestabilidad oclusal o de alguna irregularidad de las bases de las prótesis.⁶¹

2.7.4.1 Características clínicas y síntomas: Suelen ser pequeñas y con áreas rojizas que van a producir dolor.⁶¹



Fig. N°10 . Úlceras traumáticas

Fuente: Zarb, 2013⁷⁰

2.7.4.2 Tratamiento: Eliminación de irregularidades, ajuste de las prótesis y hacer seguimiento.⁶¹

2.7.5 Eritroplasia

Es definida como una mancha roja que es propensa a la progresión de carcinoma. Suelen ser más prevalentes en la mucosa de los carillos, lengua, bucofaringe y en el piso de la boca, y pueden estar relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco y prótesis mal ajustadas. Se encuentra mayormente en pacientes de edad avanzada.^{62,63}

2.7.5.1 Características clínicas y síntomas: Generalmente son asintomáticas. Su color rojo se da como resultado de la mucosa atrófica que se encuentra sobre una submucosa inflamada y muy vascularizada. Se conocen tres formas de la eritroplasia. La homogénea que se caracteriza por ser roja, la eritroleucoplasia que se presenta como manchas rojas con áreas blancas y la eritroplasia moteada que son manchas o gránulos blancos situados en toda la lesión roja.^{62,63}



Fig. N°11. Eritroleucoplasia

Fuente: Escribano-Bermejo, 2009

2.7.5.2 Tratamiento: Extirpación de la lesión y realizar controles periódicos.⁶²

2.7.6 Leucoplasia

Es una lesión blanca de la mucosa bucal que puede volverse maligna. Suele estar asociada a prótesis mal ajustadas y consumo de tabaco.⁶³⁻⁶⁵

2.7.6.1 Características clínicas y síntomas: Existen dos tipos de leucoplasia que son las homogéneas y las no homogéneas. Las homogéneas son lesiones blancas y planas que pueden presentar ciertas grietas. Las no homogéneas pueden ser lesiones blancas o rojas de superficie irregular. Suelen ser asintomáticas o puede presentarse ardor.⁶³⁻⁶⁵

65



Fig. N°12 Leucoplasia Homogénea Fig. N°13 Leucoplasia no homogénea

Fuente: Escribano-Bermejo, 2009⁶⁴ Fuente: Escribano-Bermejo, 2009⁶⁴

2.7.6.2 Tratamiento: Primero se debe eliminar los factores causantes de la lesión como prótesis mal ajustadas o superficies rugosas de los dientes y suspender el consumo de alcohol y tabaco si es que el paciente tiene este tipo de hábitos. Si existe infección por *Cándida* se debe administrar un tratamiento antimicótico al paciente con nistatina por 15 días hasta la nueva revisión del paciente para realizar la biopsia.⁶³⁻⁶⁵

2.8 Satisfacción protésica

Existe una variedad de factores que pueden predecir el éxito de un tratamiento protésico en pacientes desdentados. Estos factores pueden ser: el tipo de tratamiento realizado, la calidad de las técnicas de fabricación, la anatomía oral, la personalidad y adaptación del paciente⁶⁶, pero ningún tratamiento puede ser considerado exitoso si el paciente no está satisfecho.⁴⁶

Se ha reportado que el éxito terapéutico basado en los resultados de los pacientes sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral puede ser influenciado por el sentido de coherencia.⁶⁶

El sentido de coherencia es definido por Antonovsky como una orientación global de la salud que funciona como un recurso psicológico. Así, los individuos que tienen un fuerte sentido de coherencia consideran la vida menos estresante y pueden lidiar mejor con los problemas, lo que va a resultar en una mejor percepción de la calidad de vida relacionada a salud oral.⁶⁶

Se ha encontrado que un mayor sentido de coherencia está asociado a una mejor calidad de vida relacionada a salud oral que se ve representado con mayor fuerza en las dimensiones de malestar psicológico, discapacidad y minusvalía. Esto sugiere que las personas pueden responder de diferentes maneras a las medidas de evaluación no solo a causa del tipo de tratamiento

realizado, sino porque tienen diferentes grados de comprensibilidad, motivación y capacidad para hacer frente a los factores de estrés.⁶⁶

La adaptación de las bases de las prótesis a los tejidos subyacentes es importante para lograr una respuesta biomecánica adecuada y por lo tanto es importante el método fabricación de la prótesis para que sea comfortable para el paciente.^{12,45}

La adaptación de los pacientes a las prótesis depende de factores psicológicos y emocionales y de sus expectativas del tratamiento.^{12,45}

La rehabilitación de los pacientes edéntulos con prótesis totales es un reto y no solo los factores anatómicos, clínicos y técnicos son los que van a determinar el éxito del tratamiento. Varios estudios han revelado que factores psicogénicos, por ejemplo una buena relación entre el paciente y el dentista puede ser más importante en la satisfacción del paciente con el resultado del tratamiento.¹³

Factores relacionados al uso de prótesis que afectan específicamente a la CVRSO de los adultos mayores portadores de prótesis removible incluye el estatus de la prótesis, la satisfacción de la prótesis, presencia de dolor, presencia de úlceras orales, halitosis, y la sensación de boca seca. (Kuo y col., 2013) encontraron que un aumento de la satisfacción protésica estaba significativamente relacionada con un aumento de la CVRSO en los pacientes adultos mayores.⁹ Adicionalmente, (Komagamine y col, 2012) mostraron una relación positiva entre la retención de la prótesis inferior y la CVRSO, usando el Perfil de Impacto de Salud Oral en pacientes edéntulos.⁹

La satisfacción protésica está seguramente relacionada con la calidad de la prótesis, que, por su parte, parece directamente relacionada al área en donde irá colocada la prótesis, experiencia existente, la calidad de la interacción entre el paciente y el dentista y las expectativas del paciente

junto con personalidad y bienestar psicológico. Según la literatura, la satisfacción protésica todavía no es exactamente predecible.⁶⁷

Se ha reportado en varios estudios un alto nivel de satisfacción de pacientes portadores de prótesis completas aunque existen pacientes edéntulos que necesitan un período más largo de adaptación o incluso algunos que no pueden adaptarse a las prótesis.¹³

El efecto de nuevas prótesis totales en la calidad de vida relacionada a salud oral y los factores que afectan a la satisfacción protésica han sido evaluados en varios estudios. (Hassel y cols, 2007) describieron la asociación entre la puntuación de la calidad de vida relacionada a salud oral y las prótesis completas en diferentes grupos de edad y se reportó una relación positiva entre la satisfacción protésica y la CVRSO, existía un alto nivel de satisfacción lo que demostraba un bajo deterioro de la CVRSO en los adultos mayores.¹³

El resultado del tratamiento con prótesis completa se ha basado solo en las evaluaciones clínicas de los odontólogos, incluyendo la estética, el soporte, retención, estabilidad, la oclusión, la dimensión vertical y la extensión de las bases de la prótesis. Las evaluaciones generalmente ignoran la perspectiva del paciente sobre su salud oral y calidad de vida. La satisfacción de los pacientes con las prótesis totales necesita ser medidas en los términos de calidad de vida relacionada a salud oral.¹ En estudios se ha reportado una significativa reducción en los niveles de disfunción, incomodidad, y discapacidad asociada con el edentulismo después de un mes de haber recibido las prótesis. Sin embargo, en otros estudios no se ha reportado mejoría después de 6 semanas y que se necesita por lo menos 3 meses para que se pueda evaluar un aumento en la calidad de vida relacionada a salud oral.¹

Las preferencias de los pacientes en un tema importante en la planificación del tratamiento rehabilitador. Las preferencias que el paciente refiere en la

consulta son el resultado de varios factores subjetivos, culturales y socioeconómicos, experiencias previas, y creencias sobre la prostodoncia.⁶⁸

Por alrededor de 100 años solo existía un tipo de tratamiento para el edentulismo que eran las prótesis totales.⁴⁸ La rehabilitación de estos pacientes con prótesis total convencional, no importa que tan bien realizadas, no resolvían la totalidad de sus problemas, fueran de tipo funcional o psicológico. Además, entre el 5% y 20% de los pacientes permanecían insatisfechos una vez que el tratamiento hubiera concluido. La estética de la prótesis superior y la falta de estabilidad de la prótesis inferior eran las mayores quejas de los pacientes. Uno de los factores de la insatisfacción relacionada a las prótesis puede ser atribuida al nivel de percepción de salud oral de cada paciente. Los pacientes con un nivel más alto de percepción de salud oral pueden ser más intolerantes a las limitaciones de las prótesis totales en general. El éxito de la rehabilitación con éste tipo de prótesis es variable, y depende de la capacidad de adaptación de las limitaciones del tratamiento. El nivel de satisfacción de los pacientes está influenciado por varios factores como ya se ha descrito anteriormente, incluyendo la calidad de la prótesis y el área de colocación, la calidad de interacción entre el paciente y el odontólogo, experiencias previas con prótesis total y la personalidad.²⁹ En armonía, estos factores pueden promover una mejor masticación, el habla y la estética de los dientes, produciendo menos incomodidad y dolor, favoreciendo la trituración de alimentos duros.²⁹ Las funciones masticatorias de estos individuos son cualitativamente peores en comparación con los individuos dentados. Aquellos pacientes que usan prótesis total tienen su función masticatoria reducida entre 1/4 y 1/7 comparado con adultos con dientes naturales, dependiendo de la edad y el tipo de comida. (Smith, 1976) llegó a la conclusión de que no hubo correlación entre la calidad de fabricación de las prótesis y la satisfacción del paciente, pero (Van Waas, 1990) y (Fenlon y col. 2000) observaron una asociación significativa entre estos factores.²⁹

La información de la experiencia de los pacientes con la comida y masticación puede proporcionar un mejor y más sensible método para evaluar y explorar el impacto que producen las prótesis sobre la vida de los pacientes que solo las opiniones y los resultados clínicos. Además, proporciona información útil que ayuda a diferenciar el impacto que provocan los diferentes tipos de prótesis en los pacientes y a entender de manera completa como la pérdida dental influye en la masticación para así poder brindarles a los pacientes una dieta adecuada.⁴⁷

Estudios previos indican que la satisfacción protésica de los adultos mayores está asociada con la Calidad de vida relacionada a la Salud. Sin embargo, (Inoue y col, 2011) demostraron que la Calidad de vida relacionada a Salud en pacientes con prótesis removibles estaba mediada por la CVRSO.⁹

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Materiales:

- Historias clínicas de pacientes a los que se le realizó prótesis total
- Espejo No. 5
- Bioseguridad (Guantes de Nitrilo, Mascarilla, Gorro, Gafas, Mandil)
- Baberos
- Portababero
- Espejos intraorales
- Sillón odontológico
- Fundas para esterilizar
- Pluma azul
- Impresora
- Laptop
- Hojas de registro
- Encuestas
- Consentimiento informado
- Cámara Fotográfica

3.1.1. Lugar de la investigación:

El estudio se llevó a cabo en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.1.2. Período de la investigación:

La investigación se realizó entre los Semestres A-2014 y B-2014.

3.1.3. Recursos empleados:

3.1.3.1. Recursos humanos:

- Investigador: Lizani Velásquez Ponce

- Tutor del Trabajo de Graduación: Juan Carlos Gallardo
- Tutor (a) metodológico: Dra. María Angélica Terreros de Huc, MSc

3.1.3.2. Recursos físicos:

- Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

3.1.4. Universo:

Pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante los semestres A-2014 y B-2014 a los que se les realizó prótesis total removible.

3.1.5. Muestra:

Formaron parte del estudio los pacientes con prótesis total removible que asistieron para la evaluación clínica y que cumplieron con los criterios de inclusión, dando una muestra de 72 pacientes (n=72).

3.1.5.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes edéntulos que se hayan realizado prótesis total en la Clínica Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante los semestres A-2014 y B-2014.
- Predisposición de participar en el estudio.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

3.1.5.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten dentición completa.
- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

- Pacientes que no hayan terminado el tratamiento protésico.
- Pacientes con discapacidad física y mental.

3.1.5.3. Criterios de eliminación:

- Pacientes que no asistieron a la evaluación clínica.
- Pacientes fallecidos.
- Pacientes que cambiaron de domicilio a otras provincias.

3.2. Métodos:

3.2.1. Tipo de investigación:

Fue un estudio de tipo Observacional y Transversal realizado en pacientes portadores de prótesis total removible atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.2.2. Diseño de investigación:

Fue un estudio de tipo analítico y descriptivo en donde se analizó el impacto que producen las prótesis totales removibles sobre la calidad de vida de los pacientes edéntulos.

3.2.2.1. Procedimientos:

1. Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en los semestres A-2014 y B-2014 en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a los que se le realizó prótesis total removible

para obtener según los criterios de inclusión y exclusión la muestra de los pacientes.

2. Se realizó la explicación de la investigación a los pacientes.
3. Se les entregó el consentimiento informado el cual firmaron si desearon participar del estudio.
4. Se llenó una hoja de registro el rango de edad, género, el uso previo de prótesis y el nivel de satisfacción con sus prótesis totales de acuerdo a la escala visual analógica.
5. Se realizó un examen intraoral para determinar si existe algún tipo de lesión provocada por la prótesis y se anotó que tipo de prótesis usan en cada arcada en la hoja de registro.
6. Se les tomó fotos intraorales y extraorales de los pacientes que tenían patologías orales
7. Se les entregó una encuesta sobre calidad de vida la cual es un cuestionario de perfil de impacto de salud oral de Slade y Spencer-versión en español validada por Castegrón-Pérez y colaboradores, en la cual respondieron 49 preguntas las cuales presentan 5 opciones para saber con qué frecuencia se han producido los problemas descritos a partir del uso de las prótesis totales.
8. Cada paciente firmó las hojas de las encuestas para que el documento sea legítimo.
9. Una vez que se recopilaron todos los datos, se registró los resultados y se procedió a analizar la información.
10. Se establecieron los resultados y conclusiones sobre el impacto de las prótesis totales sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes edéntulos atendidos en la clínica odontológica UCSG en el 2014.

3.2.2.2. Análisis estadístico:

Para realizar el análisis de los datos se realizó la elaboración de tablas en el programa Microsoft Office Excel 2010, en donde se registraron todos los datos de los pacientes como nombre, edad, uso previo de prótesis, tipo de prótesis en cada arcada, patologías presentes, satisfacción protésica superior e inferior y el resultado del cuestionario del Perfil de Impacto de Salud Oral. Primero se realizó un análisis de las univariadas estableciendo distribuciones porcentuales las cuales se pueden observar en los gráficos y se utilizó el intervalo de confianza del 95%. Luego se realizó la relación entre las variables y se buscó la significancia para lo cual se utilizó la fórmula Chi cuadrado y valor p que es el coeficiente de Pearson el cual nos aproxima a cumplimiento de la independencia de las variables demostrando que: si el valor p es menor que 0,05 las variables no son independientes por lo que existe relación significativa entre ellas y si el valor p es mayor que 0,05, la relación entre las variables es independiente es decir que no existe relación significativa entre ellas.

4. RESULTADOS

4.1. Distribución de pacientes por edad y género:

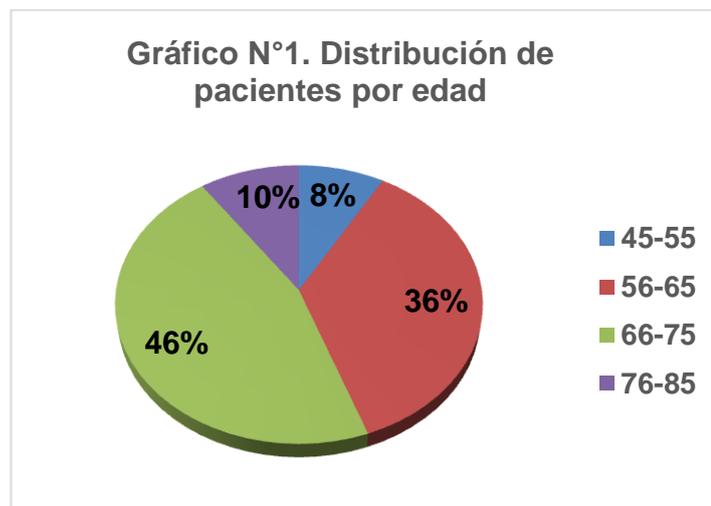
4.1.1. Distribución de pacientes por edad:

Tabla N°1. Distribución de pacientes por edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
45-55	6	8%
56-65	26	36%
66-75	33	46%
76-85	7	10%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica odontológica UCSG

Análisis y discusión.- La muestra estuvo constituida por 72 pacientes de los cuales el 46% tenían entre 66-75 años, el 36% tenía entre 56-65 años, el 10% de los pacientes tenía entre 76-85 años y el 8% tenía entre 45-55 años de edad.



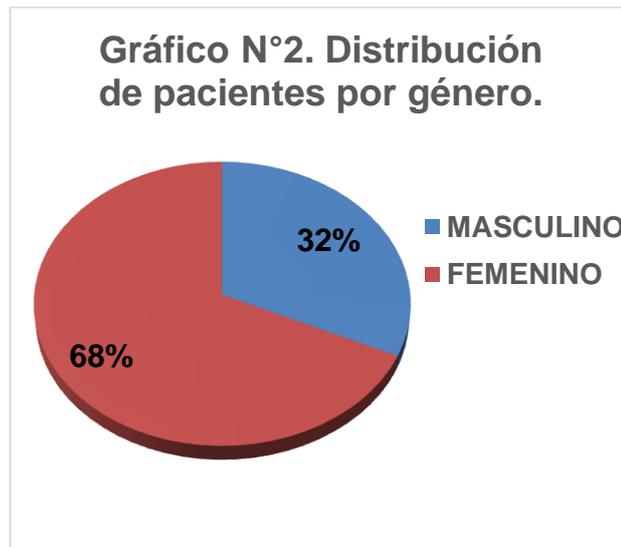
4.1.2. Distribución de pacientes por género:

Tabla N°2. Distribución de pacientes por género.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	23	32%
FEMENINO	49	68%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- De una muestra de 72 pacientes, los pacientes femeninos representaron en 68%, mientras que el género masculino representó el 32% del total de la muestra.



4.2. Distribución de pacientes por uso de prótesis entregadas en la UCSG y uso previo de prótesis.

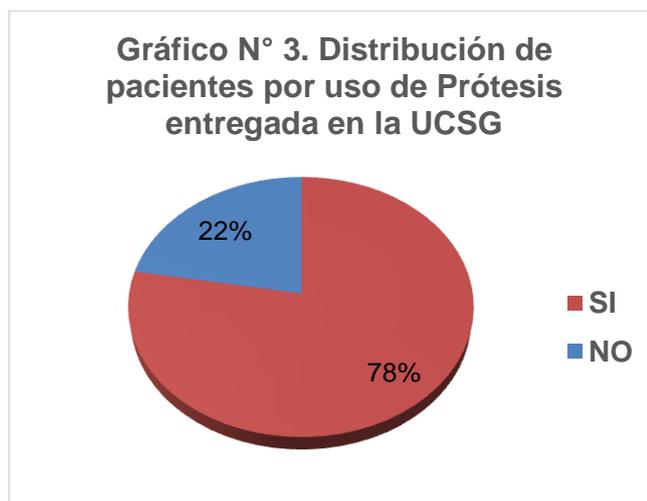
4.2.1. Distribución de pacientes por uso de prótesis entregadas en la UCSG

Tabla N°3. Distribución de pacientes por uso de prótesis entregadas en la UCSG

PROTESIS UCSG	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	56	78%
NO	16	22%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica odontológica UCSG

Análisis y discusión.- De los pacientes entrevistados, se observó que el 78% de ellos siguen utilizando las prótesis que se les entregó en la Clínica Odontológica, mientras que el 22% de los pacientes ya no la utilizan.



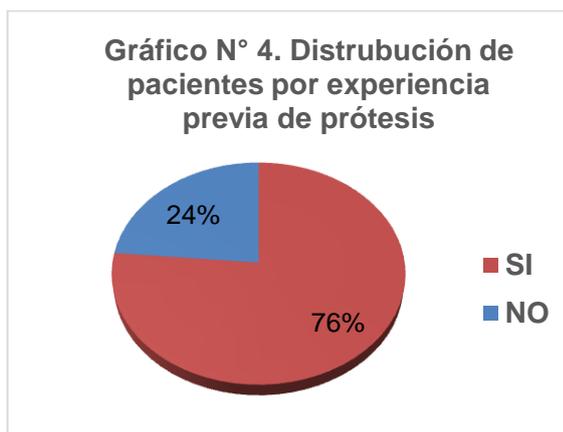
4.2.2. Distribución de pacientes por experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.

Tabla N°4. Distribución de pacientes por experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.

PROTESIS PREVIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	55	76%
NO	17	24%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica odontológica UCSG

Análisis y discusión.- Del total de la muestra, el 76% de los pacientes a los que se le realizó prótesis total removible en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ya habían utilizado prótesis total por lo menos una vez, y el 24% de los pacientes nunca había utilizado ningún tipo de prótesis.



4.3. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en maxilar superior e inferior

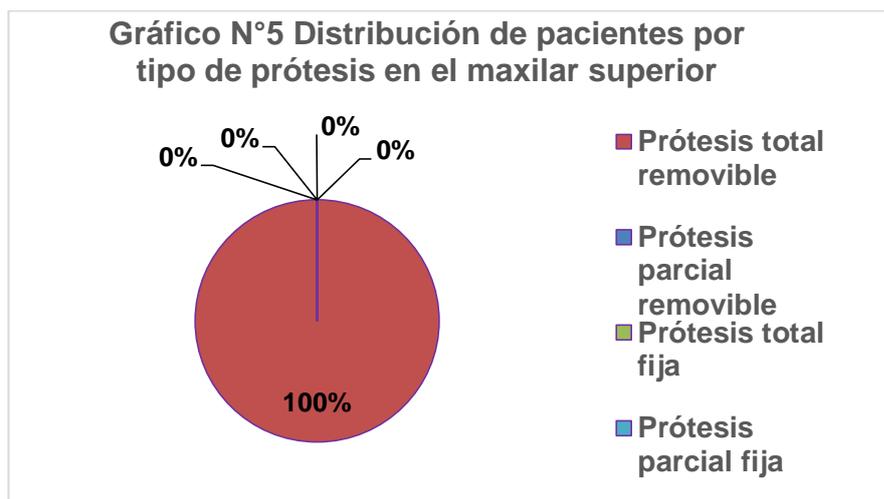
4.3.1. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar superior

Tabla N°5. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar superior

PROTESIS SUPERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prótesis total removible	72	100%
Prótesis parcial removible	0	0%
Prótesis total fija	0	0%
Prótesis parcial fija	0	0%
Ninguna	0	0%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica odontológica UCSG

Análisis y discusión.- En el maxilar superior, todos los pacientes presentaban algún tipo de prótesis; la prótesis total removible fue la que se presentó con mayor frecuencia representado el 100% de la muestra, mientras que las prótesis parcial removible, prótesis total fija y la prótesis parcial fija se presentaron en un 0% del total de la muestra.



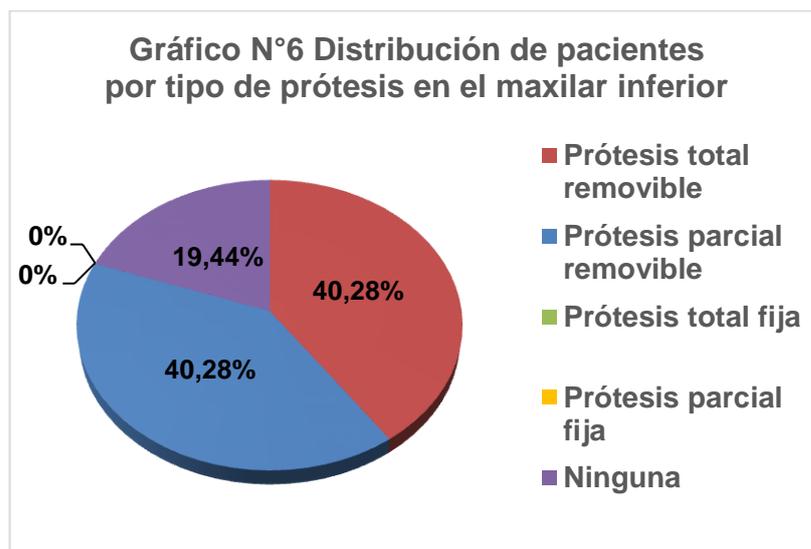
4.3.2. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar inferior

Tabla N°6. Distribución de pacientes por tipo de prótesis en el maxilar inferior

PROTESIS INFERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prótesis total removible	29	40,28%
Prótesis parcial removible	29	40,28%
Prótesis total fija	0	0%
Prótesis parcial fija	0	0%
Ninguna	14	19,44%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- En el maxilar inferior, el 40,28% utiliza prótesis total removible, el 40,28% utiliza prótesis parcial removible, el 19,44% no utiliza ninguna tipo de prótesis y el 0% de los pacientes utilizan prótesis total fija y prótesis parcial fija. En un estudio realizado por Carmen P, y col. El 49% de los pacientes presentaron prótesis total removible, el 43.1% sobredentadura retenida por implantes, el 5.9% prótesis parcial removible y el 2% prótesis fija implantosportada.⁴³



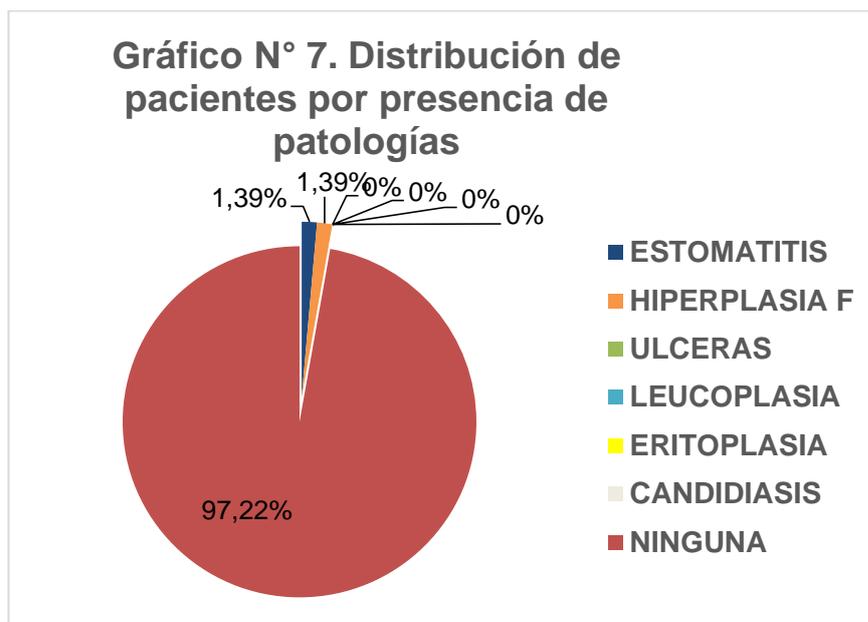
4.4. Distribución de pacientes por presencia de patologías orales.

Tabla N°7. Distribución de pacientes por presencia de patologías orales.

PATOLOGÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS	1	1,39%
HIPERPLASIA F	1	1,39%
ULCERAS	0	0%
LEUCOPLASIA	0	0%
ERITOPLASIA	0	0%
CANDIDIASIS	0	0%
NINGUNA	70	97,22%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- De los pacientes a los que se les realizó prótesis total removible, el 70% de los pacientes no presentaron ninguna patología. Las únicas patologías que se presentaron al hacer el examen clínico fueron la estomatitis subprotésica representado el 1% y la hiperplasia fibrosa en un 1%; la leucoplasia, eritroplasia, candidiasis y las úlceras se presentaron en el 0% de la muestra. En un estudio realizado por Carmen P. y col se encontró que el 5.9% de los pacientes presentaron estomatitis subprotésica. ⁴³



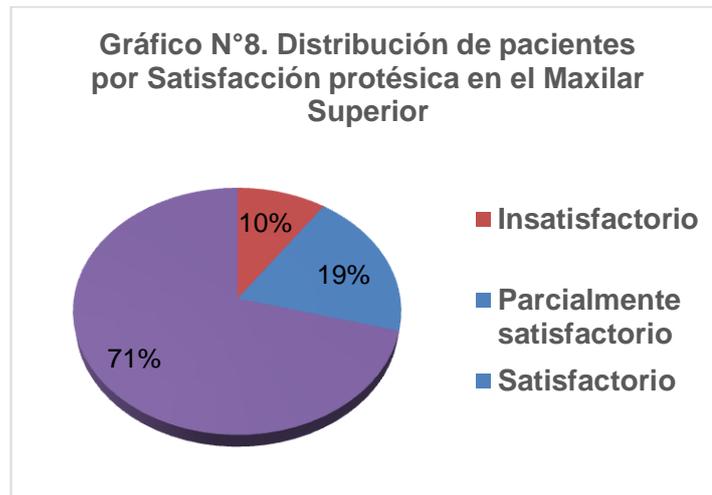
4.5. Distribución de pacientes por satisfacción protésica del maxilar superior.

Tabla N°8. Distribución de pacientes por satisfacción protésica del maxilar superior.

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insatisfactorio	7	10%
Parcialmente satisfactorio	14	19%
Satisfactorio	51	71%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- Al analizar la satisfacción de los pacientes con las prótesis totales removibles en el maxilar superior se observó que el 71% de los pacientes estaban satisfechos con sus prótesis, el 19% estaban parcialmente satisfechos mientras que el 10% de los pacientes estaban insatisfechos.



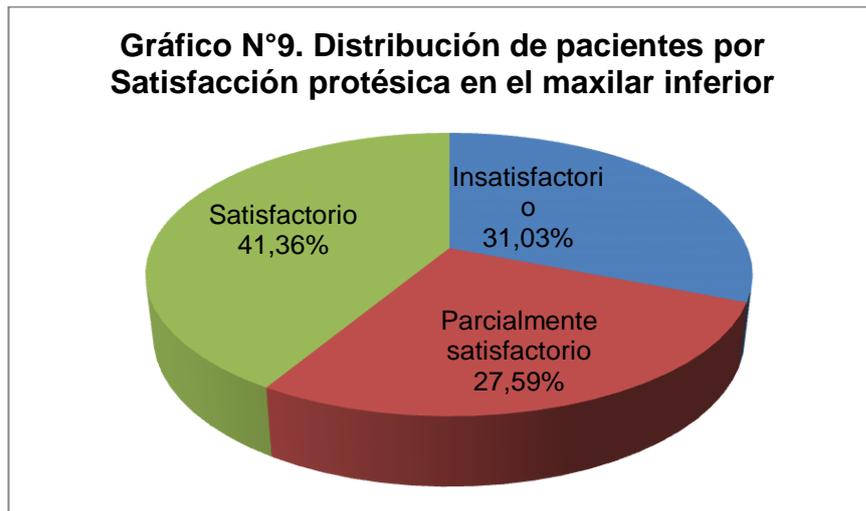
4.6. Distribución de pacientes por satisfacción protésica en el maxilar inferior.

Tabla N°9. Distribución de pacientes por satisfacción protésica en el maxilar inferior.

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insatisfactorio	9	31,03%
Parcialmente satisfactorio	8	27,59%
Satisfactorio	12	41,38%
TOTAL	29	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- De los pacientes que presentaban prótesis total removible en el maxilar inferior, el 41,36% refirieron estar Satisfechos, el 31,03% de los pacientes se mostraron insatisfechos y el 27,59% estaban parcialmente satisfechos con las prótesis realizadas en la clínica odontológica.



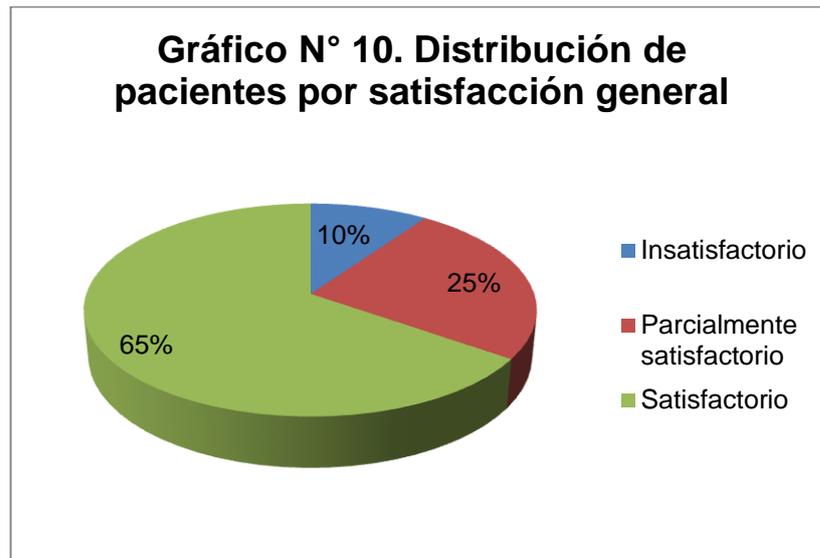
4.7. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica general

Tabla N° 10. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica general

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insatisfactorio	7	10%
Parcialmente satisfactorio	18	25%
Satisfactorio	47	65%
TOTAL	72	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- Al analizar la satisfacción de los pacientes que presentaron prótesis total removible superior e inferior se puede observar que el 65% de los pacientes se consideran satisfechos, el 25% parcialmente satisfechos y apenas un 10% de los pacientes se sentían insatisfechos con las prótesis total removibles que se les realizaron en la clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. En un estudio realizado por Viola y col. Se observó que después de realizarles las prótesis removibles con una muestra de 70 pacientes, el 77,1% se mostraron satisfechos con su prótesis total inferior y el 70% estuvo satisfecho con la prótesis superior.¹⁶



4.8. Distribución de pacientes por satisfacción superior con la edad y género

Tabla N° 11. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica superior con edad

EDAD	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
45-55	0%	0%	8%	8%
56-65	6%	7%	24%	36%
66-75	4%	11%	31%	46%
76-85	0%	1%	8%	10%
TOTALES	10%	19%	71%	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.-Al analizar la edad con la satisfacción de la prótesis superior se puede observar que de los pacientes de 45-55 años el 8% estaban satisfechos con las prótesis y el 0% parcialmente satisfechos e insatisfechos; los pacientes de 56-65 años el 24% refirieron estar satisfechos, el 7% parcialmente satisfechos y el 6% insatisfechos; los pacientes de 66-75 años el 31% estaban satisfechos, el 11% parcialmente satisfechos y el 4% insatisfechos y los pacientes de 76-85 años de edad el 8% estaban satisfechos, el 1% parcialmente satisfechos y el 0% insatisfechos.

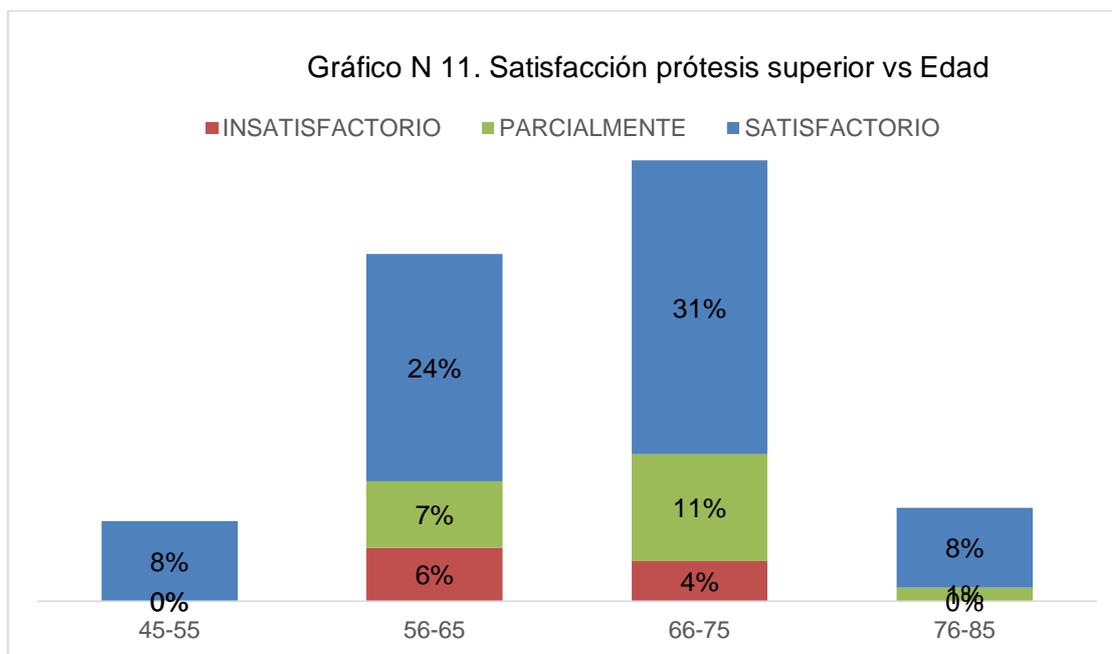
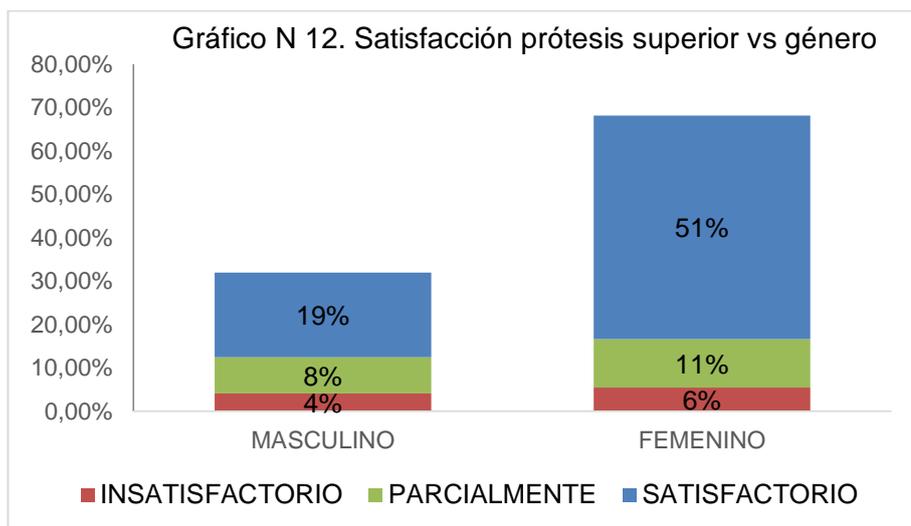


Tabla N° 12. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica superior con género

GENERO	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
MASCULINO	4%	8%	19%	32%
FEMENINO	6%	11%	51%	68%
TOTALES	10%	19%	71%	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.-Al analizar el género con la satisfacción de la prótesis superior se puede observar que de los pacientes de género masculino el 19% estuvieron satisfechos, el 8% parcialmente satisfechos y el 4% insatisfechos y en el género femenino el 51% de los pacientes estaban satisfechos, el 11% parcialmente satisfechos y apenas un 6% se encontraron insatisfechos con la prótesis total removible superior.



4.9. Distribución de pacientes por satisfacción inferior con la edad y género

Tabla N° 13. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica inferior con edad

EDAD	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
45-55	0%	7%	3%	10%
56-65	17%	14%	7%	38%
66-75	14%	7%	21%	41%
76-85	0%	0%	10%	10%
TOTALES	31%	28%	41%	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.-Al analizar la edad con la satisfacción de la prótesis inferior se puede observar que de los pacientes de 45-55 años el 3% estaban satisfechos con las prótesis, el 7% parcialmente satisfechos y el 0% insatisfechos; los pacientes de 56-65 años el 17% refirieron estar insatisfechos, el 14% parcialmente satisfechos y el 7% satisfechos; los pacientes de 66-75 años el 21% estaban satisfechos, el 14% insatisfechos y el 7% parcialmente satisfechos y los pacientes de 76-85 años de edad el 10% estaban satisfechos, el 0% parcialmente satisfechos e insatisfechos.

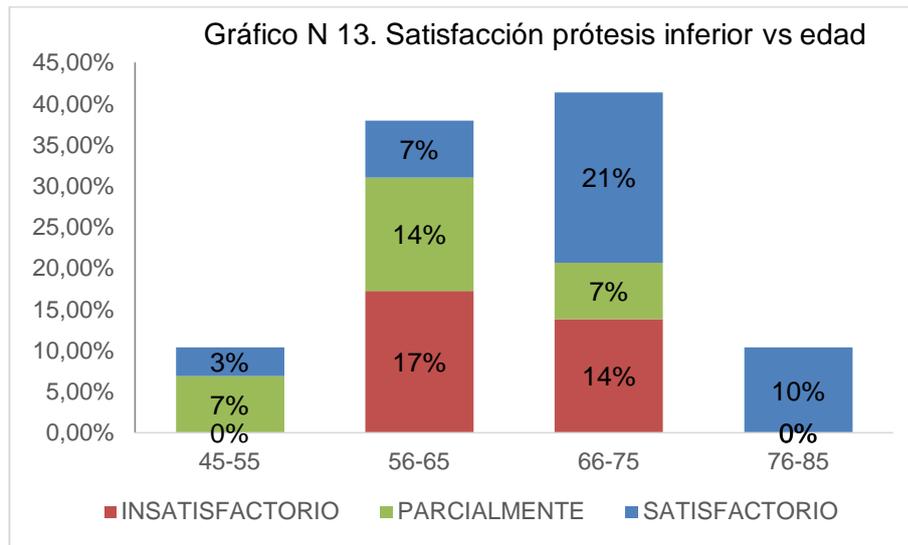
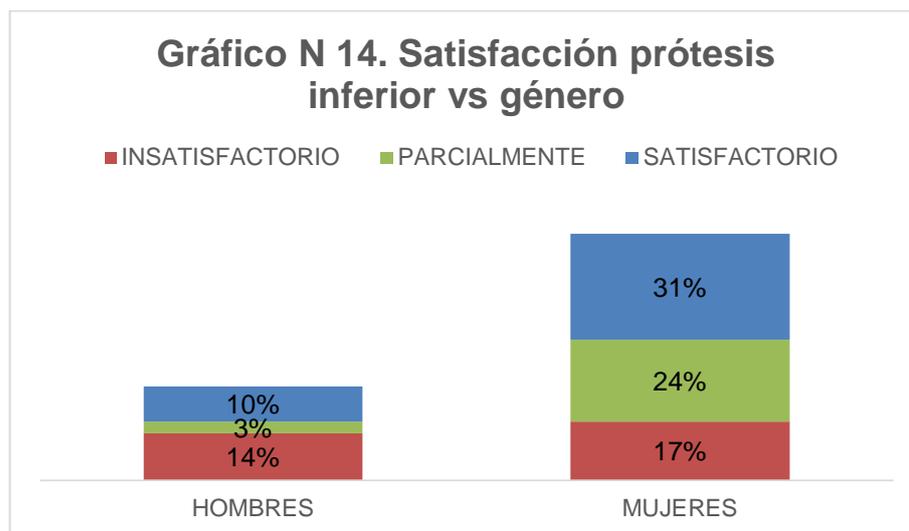


Tabla N° 14. Distribución de pacientes por Satisfacción protésica inferior con género

GENERO	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
MASCULINO	14%	3%	10%	28%
FEMENINO	17%	24%	31%	72%
TOTALES	31%	28%	41%	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.-Al analizar el género con la satisfacción de la prótesis inferior se puede observar que de los pacientes de género masculino el 14% estuvieron insatisfechos, el 10% satisfechos y el 3% parcialmente satisfechos y en el género femenino el 31% de los pacientes estaban satisfechos, el 24% parcialmente satisfechos y un 17% se encontraron insatisfechos con la prótesis total removible superior.



4.10. Distribución de pacientes por satisfacción general con la edad y género.

Tabla N° 15. Distribución de pacientes por satisfacción general con edad.

EDAD	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
45-55	0,0%	1,4%	6,9%	8,3%
56-65	5,6%	9,7%	20,8%	36,1%
66-75	4,2%	12,5%	29,2%	45,8%
76-85	0,0%	1,4%	8,3%	9,7%
TOTALES	9,7%	25,0%	65,3%	100,0%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.-Al analizar la edad con la satisfacción de la prótesis se puede observar que de los pacientes de 45-55 años el 6,9% estaban satisfechos con las prótesis, el 1,4% parcialmente satisfechos y el 0% insatisfechos; los pacientes de 56-65 años el 20,8% refirieron estar insatisfechos, el 9,7% parcialmente satisfechos y el 5,6% satisfechos; los pacientes de 66-75 años el 29,2% estaban satisfechos, el 12,5% parcialmente satisfechos y el 4,2% insatisfechos y los pacientes de 76-85 años de edad el 8,3% estaban satisfechos, el 1,4% parcialmente satisfechos y el 0% insatisfechos.

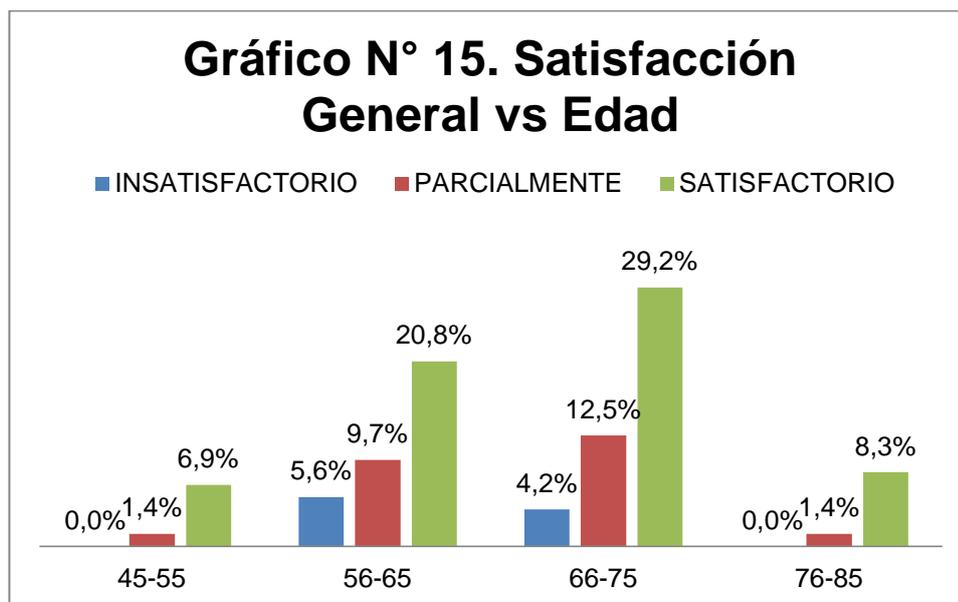
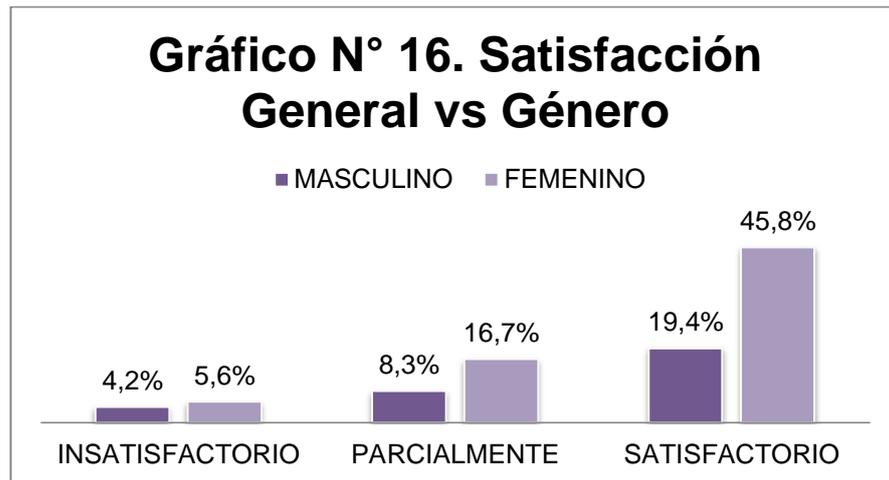


Tabla N° 16 Distribución de pacientes por satisfacción general con género.

GENERO	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
MASCULINO	4,2%	8,3%	19,4%	31,9%
FEMENINO	5,6%	16,7%	45,8%	68,1%
TOTALES	9,7%	25,0%	65,3%	100,0%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.-Al analizar el género con la satisfacción de la prótesis inferior se puede observar que de los pacientes de género masculino el 19,4% estuvieron satisfechos, el 8,3% parcialmente satisfechos y el 4,2% insatisfechos y en el género femenino el 45,8% de los pacientes estaban satisfechos, el 16,7% parcialmente satisfechos y un 9,7% se encontraron insatisfechos con la prótesis total removible.



4.11. Agrupación de respuestas según el Perfil de impacto de Salud oral (OHIP-49Mx) en relación al impacto y no impacto.

Tabla N° 17. Agrupación de respuestas según el Perfil de impacto de Salud oral (OHIP-49Mx) en relación al impacto y no impacto.

PREGUNTA	Sin Impacto	%	Impacto negativo	%
DIFICULTAD PARA MASTICAR	62	86,11	10	13,89
PROBLEMAS PARA PRONUNCIAR	64	88,89	8	11,11
ALGUN DIENTE NO SE VE BIEN	72	100,00	0	0,00
APARIENCIA AFECTADA	72	100,00	0	0,00
ALIENTO FÉTIDO	72	100,00	0	0,00
GUSTO EMPEORADO	71	98,61	1	1,39
COMIDA ATRAPADA	63	87,50	9	12,50
DIGESTION EMPEORADA	72	100,00	0	0,00
PRÓTESIS NO AJUSTAN	59	81,94	13	18,06
DOLOR	62	86,11	10	13,89
MANDIBULA ADOLORIDA	64	88,89	8	11,11
DOLORES DE CABEZA	71	98,61	1	1,39
SENSIBILIDAD EN DIENTES	72	100,00	0	0,00
DOLOR DENTAL	72	100,00	0	0,00
DOLOR EN ENCÍAS	63	87,50	9	12,50
INCOMODIDAD AL COMER	64	88,89	8	11,11
PUNTOS DOLOROSOS EN BOCA	70	97,22	2	2,78
DENTADURAS NO CONFORTABLES	59	81,94	13	18,06
PREOCUPADO POR DIENTES	69	95,83	3	4,17

AVERGONZADO	70	97,22	2	2,78
INFELIZ POR PROBLEMAS DENTALES	70	97,22	2	2,78
INCOMODIDAD CON APARIENCIA	65	90,28	7	9,72
TENSO	71	98,61	1	1,39
MODO DE HABLAR POCO CLARO	62	86,11	10	13,89
MALINTERPRETADO PALABRAS	64	88,89	8	11,11
MENOS SABOR EN COMIDAS	72	100,00	0	0,00
INCAPAZ DE CEPILLARSE	72	100,00	0	0,00
EVITA ALGUNOS ALIMENTOS	72	100,00	0	0,00
DIETA INSATISFACTORIA	72	100,00	0	0,00
INCAPAZ DE COMER	71	98,61	1	1,39
HA EVITADO SONREIR	68	94,44	3	4,17
INTERRUMPIR COMIDAS	72	100,00	0	0,00
SUEÑO INTERRUMPIDO	72	100,00	0	0,00
SE HA SENTIDO IRRITADO	72	100,00	0	0,00
DIFICIL RELAJARSE	72	100,00	0	0,00
SE HA SENTIDO DEPRIMIDO	67	93,06	5	6,94
CONCENTRACIÓN AFECTADA	72	100,00	0	0,00
SE HA SENTIDO AVERGONZADO	63	87,50	9	12,50
HA EVITADO SALIR A LA CALLE	72	100,00	0	0,00
MENOS TOLERANTE CON SU ESPOSO	72	100,00	0	0,00
DIFICULTAD PARA RELACIONARSE	71	98,61	1	1,39
IRRITABLE	72	100,00	0	0,00
DIFICULTAD EN LABORES	70	97,22	2	2,78
SALUD GENERAL EMPEORADA	71	98,61	1	1,39
PERDIDA ECONOMICA	72	100,00	0	0,00
INCAPAZ DE DISFRUTAR COMPAÑÍA	72	100,00	0	0,00
VIDA MENOS SATISFACTORIA	72	100,00	0	0,00
INCAPAZ DE FUNCIONAR	72	100,00	0	0,00
INCAPAZ DE TRABAJAR	72	100,00	0	0,00

Análisis y discusión.- Al analizar el impacto negativo y el no impacto de las prótesis totales removibles según el cuestionario OHIP-49Mx, se observó que las dimensiones que presentaron mayor impacto fueron las de limitación funcional siendo los problemas más frecuentes las prótesis que no ajustan con un 18,06%, seguido de dificultad para masticar con 13,89% y la comida que se queda atrapada en las prótesis con 12,50%; luego la dimensión de

dolor físico siendo los problemas más frecuentes que las prótesis no son confortables con un 18,06% y dolor en la boca con 13,89% y dolor en las encías en un 12,50%; de igual manera la dimensión de incapacidad física con 13,89% de los pacientes que tenían un modo de hablar poco claro y la dimensión de incapacidad psicológica con 12,50% de los pacientes que se sentían avergonzados por problemas con las prótesis; las dimensiones que no presentaron mayor impacto están malestar psicológico, incapacidad social y minusvalía. En un estudio realizado por Perea y col. Se observó que las dimensiones que estaban mayormente afectadas fueron limitación funcional con un 23,5%, dolor físico con 15.7% y la dimensión de incapacidad física representada por un 11.7% y los problemas más frecuentes fueron dificultad para pronunciar palabras e incomodidad con las prótesis en 11.8%, dieta insatisfactoria, interrumpir comidas, sueño interrumpido en 7.8% de los pacientes y sentirse avergonzado y tener una vida insatisfactoria con una prevalencia de 3.9%.⁴³

4.12. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.

Tabla N°18. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis total vs satisfacción prótesis superior.

USO PREVIO	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
SI	5,6%	9,7%	61,1%	76%
NO	4,2%	9,7%	9,7%	24%
TOTALES	10%	19%	71%	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.-Del total de la muestra, aquellos pacientes que habían utilizado prótesis total anteriormente, el 61,1% se encontraron satisfechos, el 9,7% estaban parcialmente satisfechos y el 5,6% estaban insatisfechos con su prótesis total superior. Y de los pacientes que no habían utilizado prótesis, el 9,7% se encontraban satisfechos y parcialmente

satisfechos, mientras que el 4,2% estuvieron insatisfechos con la prótesis total removible superior.

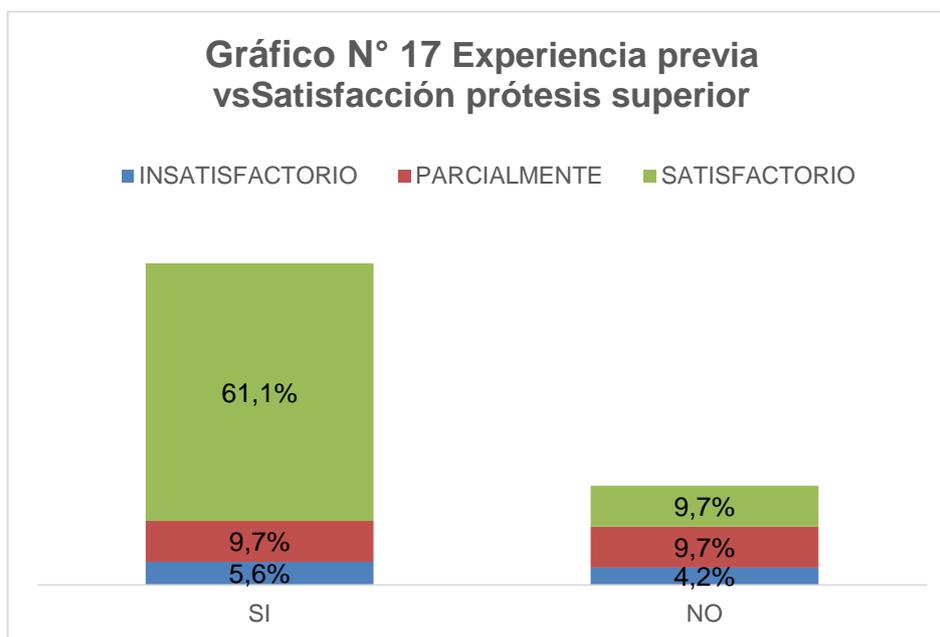


Tabla N°19. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis total vs satisfacción prótesis inferior.

USO PREVIO	INSATISFACTORIO	PARCIALMENTE	SATISFACTORIO	TOTALES
SI	17,2%	20,7%	31,0%	69%
NO	13,8%	6,9%	10,3%	31%
TOTALES	31%	28%	41%	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- Del total de la muestra, aquellos pacientes que habían utilizado prótesis total anteriormente, el 17,2% se encontraron satisfechos, el 20,7% estaban parcialmente satisfechos y el 5,6% estaban insatisfechos con su prótesis total inferior. Y de los pacientes que no habían utilizado prótesis, el 13,8% de los pacientes se encontraron insatisfechos, el 10,3% se encontraban satisfechos y el 6,9% parcialmente satisfechos con la prótesis total removible inferior.

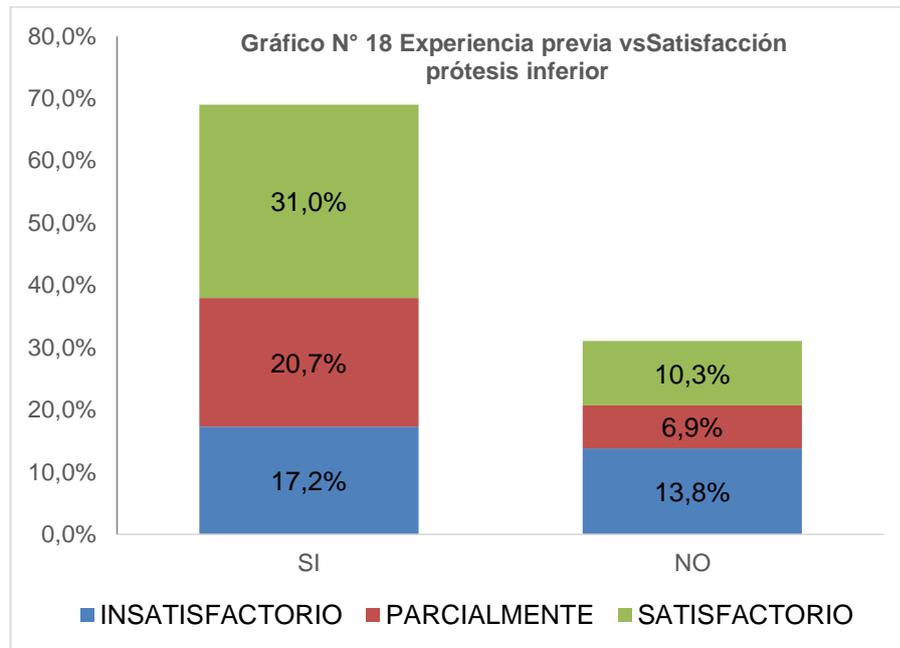


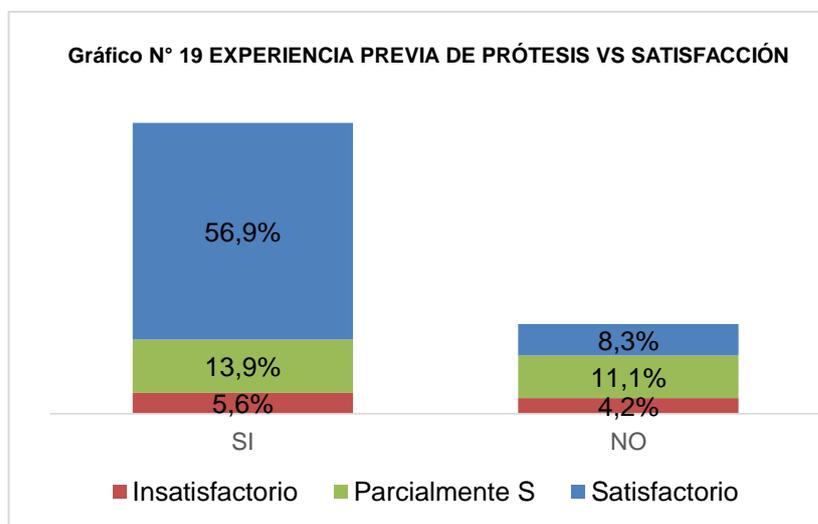
Tabla N° 20. Distribución porcentual de la muestra de pacientes con experiencia previa de prótesis vs la satisfacción protésica.

USO PREVIO	Insatisfactorio	Parcialmente S	Satisfactorio	TOTAL
SI	5,6%	13,9%	56,9%	76,4%
NO	4,2%	11,1%	8,3%	23,6%
TOTAL	9,7%	25,0%	65,3%	100,0%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis e interpretación.- De los pacientes que usaron prótesis total removible previo a la obtención de las prótesis en la UCSG en el maxilar inferior el 56,9% de los pacientes se encontraban satisfechos, el 13,9% de los pacientes estaban parcialmente satisfechos y el 5,6% se sentían insatisfechos con las prótesis recibidas; por otra parte los pacientes que no habían utilizado prótesis previamente, el 11,1% de ellos estaban parcialmente satisfechos, el 8,3% estaban satisfechos y el 4,2% estaban insatisfechos con las nuevas prótesis totales. De la misma manera en un estudio realizado por Gaspar y col. En una muestra de 100 pacientes con prótesis total removible, aquellos que habían tenido prótesis anteriormente presentaron una relación positiva con la satisfacción de las nuevas prótesis.

En contraste, en un estudio realizado por Miranda y col. Con una muestra de 104 pacientes con prótesis total removible la percepción de satisfacción de los pacientes no estaba influenciada por las experiencias previas con prótesis.⁶⁹



4.13. Distribución del tipo de prótesis removible en el maxilar inferior con el impacto en la calidad de vida.

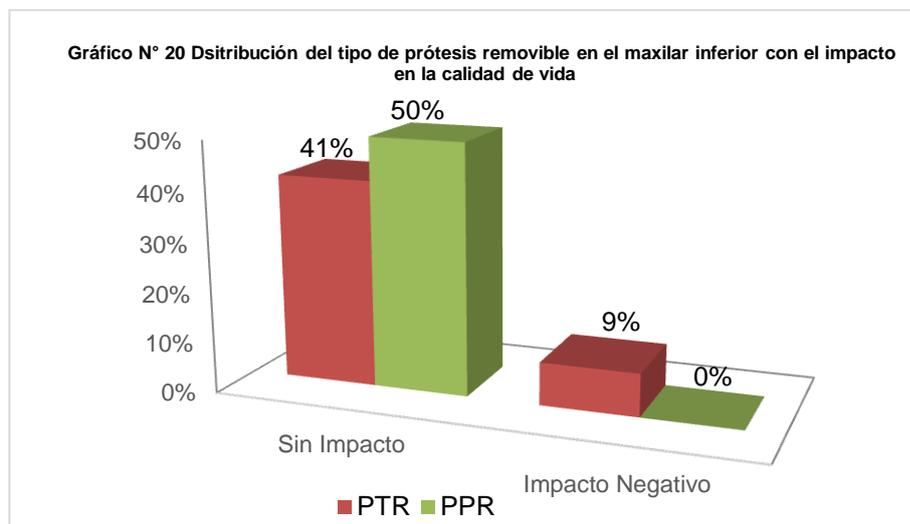
Tabla N° 21. Distribución del tipo de prótesis removible en el maxilar inferior con el impacto en la calidad de vida.

IMPACTO	TIPO DE PROTESIS		TOTAL
	PTR	PPR	
Sin Impacto	41%	50%	91%
Impacto Negativo	9%	0%	9%
TOTAL	50%	50%	100%

Fuente: Clínica Odontológica UCSG

Análisis y discusión.- Al relacionar el tipo de prótesis inferior con el impacto en la calidad de vida relacionada a salud oral en los pacientes edéntulos que recibieron prótesis total removible en la UCSG se pudo observar que del 91% de los pacientes que no tenían impacto el 50% tenían prótesis parcial removible y el 41% tenían prótesis total removible; mientras que aquellos en

los que si hubo un impacto represento el 9% de los cuales todos presentaban prótesis total removible. De la misma manera en un estudio realizado por Hogenius y col. Y otro estudio realizado por Komagamine y col. Se demostró que el mayor impacto sobre la calidad de vida relacionada a salud oral correspondía a los pacientes con prótesis total removible.^{35,43} En contraste un estudio realizado por Yen y col. Se encontró que los pacientes que utilizaban prótesis parcial removible experimentan mayor deterioro en la calidad de vida que aquellos que utilizan prótesis total removible.⁹



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Al examinar los pacientes edéntulos portadores de prótesis total se observó que solo dos pacientes presentaron patologías orales asociadas a las prótesis que fueron la estomatitis subprotésica y la hiperplasia fibrosa inflamatoria.

Al final del estudio se concluyó que de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSG durante los semestres A-2014 y B-2014 a los que se le realizó prótesis total removible, la mayoría se presentaron satisfechos con ambas prótesis aunque la prótesis total inferior mostró menor porcentaje de satisfacción que la prótesis total removible superior.

En cuanto a los problemas relacionados al uso de prótesis total removible que producen mayor impacto podemos encontrar: prótesis que no ajustan correctamente, dificultad al masticar, atrapamiento de comida dentro de las prótesis, prótesis no confortables, dolor en las encías, modo de hablar poco claro y pacientes avergonzados por problemas con las prótesis los cuales se presentaron en un pequeño porcentaje de los pacientes.

Se determinó que el uso previo de prótesis total removible si influye en la percepción de satisfacción de los pacientes con las nuevas prótesis totales al demostrarse una relación significativa entre las variables.

Al analizar los resultados del perfil de impacto de salud oral en relación a las prótesis removibles se evidenció que el uso de una prótesis total removible inferior como antagonista a una prótesis total removible superior va a producir un impacto negativo en la calidad de vida comparado con una prótesis parcial removible.

De acuerdo al estudio realizado con el perfil de impacto de salud oral los resultados demostraron que la mayoría de los pacientes no tenían problemas con sus prótesis ya que se pudo restablecer la relación entre los maxilares, se reemplazó las piezas ausentes y se devolvió la función y estética necesaria, por lo que se logró comprobar que las prótesis totales removibles mejoraron la calidad de vida de los pacientes edéntulos que fueron atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el 2014.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda aumentar el tamaño de la muestra y se requieren más estudios de este tipo, realizando el cuestionario de perfil de impacto de salud oral antes de realizarles las prótesis totales removibles y después de terminado el tratamiento para poder evaluar que tanto mejora la calidad de vida de los pacientes edéntulos que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sivakumar I, Sajjan S, Ramaraju AV, Rao B. Changes in Oral Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients after Complete Denture Therapy and Possible Role of their Initial Expectation: A Follow-Up Study. *J Prosthodont*. 2014 Dec 1;1-5. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jopr.12238/abstract>. Consultado: 03/04/2015
2. Dable RA, Nazirkar GS, Singh SB, Wasnik PB. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2013 Sep;7(9):2063–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24179944>. Consultado:04/04/2014
3. Madhuri S, Hegde SS, Ravi S, Deepti A, Simpy M. Comparison of Chewing Ability, Oral Health Related Quality of Life and Nutritional Status Before and After Insertion of Complete Denture amongst Edentulous Patients in a Dental College of Pune. *Ethiop J Health Sci*. 2014Jul;24(3):253–60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141229/>. Consultado: 03/04/2015
4. Chen Y-F, Yang Y-H, Chen J-H, Lee H-E, Lin Y-C, Ebinger J, et al. The impact of complete dentures on the oral health-related quality of life among the elderly. *J DentSci*. 2012 Sep;7(3):289–95. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1991790212001171>. Consultado: 05/04/2015
5. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*. 2014 Aug 20;14(1):106. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/106/abstract>. Consultado: 04/04/2015

6. Fuente-Hernández Jdl, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica* 2010;29(3):92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>. Consultado: 24/04/2015
7. Shigli K, Hebbal M. Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2010 Sep 1;27(3):167–73. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2009.00323.x/abstract>. Consultado: 04/04/2015
8. Papadaki E, Anastassiadou V. Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):e721–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21916954>. Consultado: 20/04/2015
9. Yen Y-Y, Lee H-E, Wu Y-M, Lan S-J, Wang W-C, Du J-K, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*. 2015 Jan 5;15(1):1. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/15/1/abstract>. Consultado: 03/04/2015
10. Michaud P-L, de Grandmont P, Feine JS, Emami E. Measuring patient-based outcomes: is treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life? *J Dent*. 2012 Aug;40(8):624–31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22522414>. Consultado: 05/04/2015
11. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2013;3(1):1–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3894098/>. Consultado: 04/04/2015
12. AL-Omiri MK, Sghaireen MG, Al-Qudah AA, Hammad OA, Lynch CD, Lynch E. Relationship between impacts of removable prosthodontic

- rehabilitation on daily living, satisfaction and personality profiles. *J Dent.* 2014 Mar;42(3):366–72. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030057121300345X>. Consultado: 03/04/2015
13. Stober T, Danner D, Lehmann F, Séché A-C, Rammelsberg P, Hassel AJ. Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment. *Clin Oral Investig.* 2012 Feb;16(1):313–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21046420>. Consulta: 04/04/2015
14. Kuo H-C, Kuo Y-S, Lee I-C, Wang J-C, Yang Y-H. The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2013 Sep;22(7):1665–74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23180165>. Consultado: 03/04/2015
15. Nuñez MCO, Silva DC, Barcelos BA, Leles CR. Patient satisfaction and oral health-related quality of life after treatment with traditional and simplified protocols for complete denture construction. *Gerodontology.* 2013 Oct 1; 1-7. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12078/abstract>. Consultado: 04/04/2015
16. Viola AP, Takamiya AS, Monteiro DR, Barbosa DB. Oral health-related quality of life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental School in Brazil. *J Prosthodont Res.* 2013 Jan;57(1):36–41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23146331>. Consultado: 03/04/2015
17. Esquevial R, Jiménez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM.* 2012; 2:69-75
18. D.R. Reissman, O. Schierz, A.G. Szentpétery, M.T. John. Improved perceived general health is observed with prosthodontic treatment. *Journal of dentistry.* 2011. 236-331. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21315132> Consultado:
20/04/2015

19. Velázquez-Olmedo L, Ortíz-Barrios L, CerBMC Oral vantes-Velazquez A., Cárdenas-Bahena A., García-Peña C., Sánchez-García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. Revista MedInstMex Seguro Soc. 2014; 52 (4): 448-456. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf> Consultado: 13/04/2015
20. Janice P, Meneghim M, Pereira A, Mialhe F. Oral health, socio-economic and home environmental factors associated with general and oral-health related quality of life and convergent validity of two instruments. BMC Oral Health (2015) 15:26. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/15/26> Consultado: 24/04/2015
21. Montero J, Catillo-Oyague R, Lynch C, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. Journal of dentistry. 2013 (41):493-503. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23353070> Consultado: 03/04/2015
22. Sischo L, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. Journal of Den Res. 2011. 90(11): 1264-1270. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21422477> Consultado: 04/04/2015
23. Souza R, Leles C, Guyatt G, Pontes C, Vecchia M, Neves F. Exploratory factor analysis of the Brazilian OHIP for edentulous subjects. Journal of oral rehabilitation. 2010. 37; 202-208. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20050983> Consultado: 04/04/2015
24. Manchanda K, Sampath N, De AS, Bhardwaj VK, Fotedar S. Oral health-related quality of life- A changing revolution in dental practice. J

- Cranio Max Dis 2014;3:124-32. Disponible en:
<http://www.craniomaxillary.com/text.asp?2014/3/2/124/138230>
 Consultado: 24/04/2015
25. Abhishek Mehta, Gurkiran Kaur. Oral health-related quality of life – the concept, its assessment and relevance in dental research and education. Indian Journal Of dentistry. 2011 Volume 2 Issue 2. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0975962X11600075>
 Consultado: 05/04/2015
26. El Osta N, Tubert S, Hennequin M, Abboud N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. Health and Quality of life Outcomes. 2012. 10:131. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/10/1/131>
 Consultado: 04/04/2015
27. Esquivel R, Jimenez J, Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Revista ADM. 2010 (3): 127-132. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103f.pdf>.
 Consultado: 04/04/2015
28. De Souza R, Silveira A, Della M, Rocha R, Zanini A, Compagnoni M. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. Gerodontology. 2010; 29: 88-95. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735490> Consultado: 04/04/2015
29. Poeztaruk R, Da Fontoura L, Rivaldo E, Castro P, Vial R, Fernandes E, Duarte M. Satisfaction level and masticatory capacity in edentulous patients with conventional dentures and implant-retained overdentures. Braz J Oral Sci. 2006. 5:19. Disponible en:
<http://www.bioline.org.br/pdf?os06042> Consultado: 26/04/2015
30. Mike T. John, Daniel R. Reißmann, DrMedDent, Leah Feuerstahler BS, Niels Waller, Kazuyoshi Baba, Pernilla Larsson, Asja Čelebić,

- GyulaSzabo, KsenijaRener-Sitar. Factor analyses of the oral health impact profile-overwied and studied population. *Journal of prosthodontic research*. 2014 26-34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24440578>. Consultado: 04/07/2015
31. Shah R, Chaturvedi A, Malek F, Prajapati H. The association between complete denture wearing and denture quality with oral health related quality of life in an elderly Gujarati Population. *Journal of dental and medical sciences*. 2014. 13;(7):30-38. Disponible en: <http://iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol13-issue7/Version-1/H013713038.pdf>. Consultado: 04/04/2015
 32. Aarabi G, John M, Schierz O, Heydecke G, Reissmann D. The course of prosthodontic patients´ oral health-related quality of life over a period of 2 years. *Journal of dentistry*. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2014.09.006> Consultado: 03/04/2015.
 33. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *RevPanam Salud Pública*. 2010; 27(5):321–9. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n5/a01v27n5.pdf>. Consultado: 20/04/2015
 34. León S, Bravo D, Glacaman R, Correa G, Albala C. Validation of the spanishversión of the oral health impact profile to assess an association between quality of life and the oral health of elderly Chileans. *Gerodotology*. 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24612284>. Consultado: 20/04/2015
 35. Komagamine Y, Kanazawa M, Kaiba Y, Sato Y, Minakuchi S, Sasaki Y. Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life. *Journal of oral rehabilitation*. 2012. Disponible en: doi: 10.1111/joor.12004. Consultado: 04/04/2015

36. Rosinblit R. Odontología para las personas mayores. 1ª ed. Buenos Aires. 2010
37. Agenda de igualdad para adultos mayores. Ministerio de inclusión económica y social. 2012-2013
38. Alfadda, S.A. et al. A clinical investigation of the relationship between the quality of conventional complete dentures and the patients' quality of life. *The Saudi Dental Journal* (2015). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.10.003>. Consultado: 05/04/2015
39. Chávez-Reátegui B, Manrique-Chávez J, Manrique-Guzmán J. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *RevEstomatol Herediana*. 2014 Hul-Sep; 24(3): 199-207
40. Franco L, Escobar G, Turizoa A, Vélez M, Cardona D. Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos. *Revista nacional de odontología*. 2011; 7(12):1-7. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/296>. Consultado: 16/08/2015
41. Cortés V, Carrasco F, Vergara C. Prevalence of partial and total edentulism in Butachauques and Tac Islands, Quemchi 2013. *Rev Chil Salud Pública*. 2014. 18(3):257-262. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/33956>. Consultado: 28/07/2015
42. Baran I, Nalcaci R. Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish versión of oral health impact profile. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011. 53: 99-105. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20705349>. Consultado: 16/04/2015
43. Perea C, Suárez-García MJ, Del Río J, Torres-Lagares D, Montero J, Castillo-Oyagüe R. Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Med Oral Patol Oral*

- Cir Bucal. 2013 May 1;18 (3):e371-80. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v18i3/medoralv18i3p371.pdf>. Consultado: 03/04/2015
44. Bajoria A, Saldanha S, Shenoy V. Evaluation of satisfaction with masticatory efficiency of conventional complete dentures in edentulous patients- a survey. *Gerodontology*. 2012. Disponible en: doi: 10.1111/j.1741-2358.2012.00634.x. Consultado: 04/04/2015
45. Goiato M, Bannwart L, Moreno A, Dos Santos M, Martini A, Pereira L. Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture. *Journal of oral Rehabilitation*. 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22320246>. Consultado: 03/04/2015
46. Molin M, Gunne J. Prótesis removible. AMOLCA, 2014
47. Kelly S, Hyland R, Ellis J, Thomason J, Moynihan P. Development of a patient-based questionnaire about emotional and social issues related to eating with dentures. *Journal of dentistry*. 2012; 40:678-685. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2012.04.025>. Consultado: 05/04/2015
48. Telles D. Prótesis Total: convencional y sobre implantes. SaoPaulo, 2011
49. R.R. Regis, T.R Cunha, M.P DellaVecchia, A.B Ribeiro, C.H Silva-Lovato, R.F De Souza. A randomized trial of a simplified method for complete denture fabrication: a patient perception and quality. *Journal of oral rehabilitation*. 2013 40; 535-545. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23663152>. Consultado: 04/04/2015
50. Kimoto S, Kimoto K, Murakami H, Atsuko G, Ogawa A, Kawai Y. Effect of an acrylic resin-based resilient liner applied to mandibular complete dentures on satisfaction ratings among edentulous patients. 2014. 27;(6): 561-566. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25390871>. Consultado: 03/05/2015

51. Rodríguez M, Portillo A, Lama E, Hernández S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Revista ADM*. 2014; 71(5): 221-225. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145d.pdf>. Consultado: 27/04/2015
52. Mamami N, Tito E. Rehabilitación oral en la tercera edad. *Revista de actualización clínica*. 2012; 24:1182-1185. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900011&script=sci_arttext. Consultado: 05/08/2015
53. Harvinder S, Sumeet S, Sarbjeet S, Nikhil W, Rajiv R. Problems faced by complete denture-wearing elderly people living in Jammy District. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Dec, Vol-8(12): 25-27. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25654025>. Consultado: 20/03/2015
54. Jiménez S, Godoy C, Rodríguez M, Lama E. Lesiones en la mucosa bucal portadores de prótesis removibles. *Revista nacional de odontología de México*. 2013; 4(3):1-4. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=82970>. Consultado: 02/08/2015
55. García B, Benet M, Castillo E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. *Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos*. 2010; 8(1): 36-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000100008&script=sci_arttext. Consultado: 27/04/2015
56. García B, Capote M, Morales T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. *Revista Finlay*. 2012; 2(1): 32-44. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>. Consultado: 27/04/2015
57. Mandali G, Sener I, Begum S, Ülgen H. Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. *Gerodontology*. 2011; 28: 97-103. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579108>.

Cosultado:

27/04/2015

58. Jainkitticong A, Aneksuk V, Langlais R. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*. 2010; 27: 26-32. Disponible en: doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00289.x. Consultado: 27/04/2015.
59. Plana R, Perurena M. Tratamiento de la estomatitis subprótesis en atletas y ex atletas con propomiel y nistatina. *RevCubMed*. 2011; 6(3): 1-28. Disponible en: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/253/Tratamiento%20de%20la%20estomatitis%20subpr%C3%B3tesis%20l.pdf>. Consultado: 02/08/2015
60. Cassian A, Quiroz P, De León C, Caemona D. Hiperplasia fibrosa inflamatoria: reporte de un caso. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. 2011; 4(2): 72-79. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000200007. Consultado: 02/08/2015
61. Martori E, Ayuso R, Martinez J, Viñas M, Peraire M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *Journal of Prosthetic Denistry*. 2014; 111: 273-279. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24355508>. Consultado: 16/08/2015
62. Langlais R, Craig S, Jill S. Atlas a color de enfermedades bucales. Editorial EL manual Moderno. Mexico 2011.
63. Santana J. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencias médicas. 2.ed, 2010.
64. Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av. Odontoestomatol*. 2009; 25 (2): 83-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000200004&script=sci_arttext. Consultado: 23/08/2015
65. Masthan K, Babu NA, Sankari SL, Priyadharsini C. Leukoplakia: A short review on malignant potential. *J Pharm BioallSci* 2015;7:S165-6. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439659/>.

Consultado:16/08/2015

66. Emani E, Allison P, Grandmont P, Rompré P, Feine J. Better oral health related quality of life: Type of prosthesis or psychological robustness? *Journal of dentistry*. 2010; 38: 232-236. Disponible en:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19931345. Consultado: 05/04/2015
67. Kimoto S, Kimoto K, Kitamura A, Saita M, Iijima M, Kawai Y. Effect of dentist's clinical experience on treatment satisfaction of a complete denture. *J Oral Rehabil*. 2013 Dec 1;40(12):940–7. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joor.12108/abstract>. Consultado: 03/05/2015
68. Leles C, Ferreira N, Vieira A, Campos A, Silva E. Factors influencing edentulous patients' preferences for prosthodontic treatment. *Journal of oral rehabilitation*. 2011.38;333-339. Disponible:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21039748>. Consultado: 03/04/2015
69. Marchini L. Patients' satisfaction with complete dentures: an update. *BrazDentSci*. 2014;17(4). Disponible en: <http://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/viewFile/1043/893>. Consultado: 27/06/2015
70. Zarb G, Hobkirk J, Eckert S, Jacob R. *Prosthodontic treatment for edentulous patients*. Thirteenth Edition. Elsevier 2013

7. ANEXOS



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL CARRERA DE ODONTOLOGÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento informado es brindarles la información necesaria a los participantes del desarrollo de esta investigación y el rol en ella como colaboradores. Este trabajo de investigación será realizado por Lizani Cristina Velásquez Ponce, de la Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

El tema de la investigación es **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL CLÍNICA UCSG 2014**, cuyo objetivo es analizar el impacto de las prótesis totales sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes edéntulos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el 2014.

Si usted acepta participar en la investigación, se le solicitará responder algunas preguntas que forman parte de la hoja de registro de datos, luego deberá llenar una encuesta con preguntas objetivas acerca de su calidad de vida. Después se realizará una evaluación clínica con material estéril respetando todas las normas de bioseguridad para determinar si existe algún tipo de lesión provocada por la prótesis total. Se tomará fotos intraorales y extraorales para la documentación de su estado de salud oral.

Su participación es estrictamente voluntaria y sin costo, la información adquirida en la investigación será archivada con fines exclusivamente de estudio. Si hubiera alguna duda sobre esta investigación, se pueden realizar preguntas antes, durante y después de la investigación contactando a Lizani Velásquez Ponce al número 0999594309.

Yo, _____, con C.I. # _____, de manera voluntaria autorizo y permito la toma de evidencias durante esta investigación. Declaro que la estudiante Lizani Cristina Velásquez Ponce, me ha informado en qué consiste la investigación y el rol que cumpliré como participante así como el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin perjudicar de ninguna manera.

PARTICIPANTE

TESTIGO

INVESTIGADOR

HOJA DE REGISTRO #

Nombres: _____ **Apellidos:** _____

No. De Cédula: _____ **Teléfono:** _____

Edad: 45-55 56-65 66-75

Género: Femenino Masculino

¿Actualmente usa las prótesis que fueron entregadas en la clínica UCSG?

Sí No

¿Ha usado prótesis total anteriormente?

Sí No

Tipo de prótesis en el maxilar superior:

Tipo de prótesis en el maxilar inferior:

- Prótesis completa removible
- Prótesis parcial removible
- Prótesis completa fija
- Prótesis parcial fija
- Ninguna

- Prótesis completa removible
- Prótesis parcial removible
- Prótesis completa fija
- Prótesis parcial fija
- Ninguna

Presencia de Lesiones orales:

Estomatitis protésica
Hiperplasia Fibrosa
Eritroplasia
Candidiasis

Úlceras
Leucoplasia
Ninguna

Observaciones: _____

Firma del paciente

Firma del Estudiante

PACIENTE # _____

CUESTIONARIO PERFIL DE IMPACTO DE SALUD ORAL (OHIP-49MX)

LIMITACION FUNCIONAL					
1. ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha notado que algún diente no se ve bien?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha notado de su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sentido que tiene aliento fétido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha quedado comida atrapada entre sus dientes o debajo de sus dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sentido que su digestión ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sentido que sus dentaduras no ajustan apropiadamente?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
DOLOR FÍSICO					
10. ¿Ha tenido dolor en su boca?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido su mandíbula adolorida?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
13. ¿Ha sentido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>

14. ¿Ha tenido dolor dental?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
15. ¿Ha tenido dolor en sus encías?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
16. ¿Ha encontrado incómodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
17. ¿Ha tenido puntos dolorosos en su boca?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
18. ¿Ha tenido dentaduras que no son confortables?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
DISCONFORT PSICOLÓGICO					
19. ¿Ha estado preocupado por problemas dentales?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
20. ¿Ha estado avergonzado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
21. ¿Los problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
22. ¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
23. ¿Se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
INCAPACIDAD FÍSICA					
24. ¿Su modo de hablar ha sido poco claro debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
25. ¿Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
26. ¿Ha experimentado menos sabor en su comida debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
27. ¿Ha sido incapaz de cepillarse los dientes adecuadamente debido a problemas con sus	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				

dientes, boca o dentaduras?					
28. ¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
29. ¿Ha sido insatisfactoria su dieta debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
30. ¿Ha sido incapaz de comer con sus dentaduras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
31. ¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
32. ¿Ha tenido que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
INCAPACIDAD PSICOLÓGICA					
33. ¿Se ha interrumpido su sueño debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
34. ¿Se ha sentido irritado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
35. ¿Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
36. ¿Se ha sentido deprimido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
37. ¿Ha visto afectada su concentración debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
38. ¿Se ha sentido avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
INCAPACIDAD SOCIAL					
39. ¿Ha evitado salir a la calle debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
40. ¿Ha sido menos tolerante con su esposo(a) o su familia debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	<input type="checkbox"/>				
41. ¿Ha tenido dificultades al relacionarse con otras	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre

personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
43. ¿Ha tenido dificultades para realizar labores habituales debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
MINUSVALIA					
44. ¿Ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
45. ¿Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
46. ¿Ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
47. ¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
48. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>
49. ¿Ha sido incapaz de trabajar con toda su capacidad debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>