



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL
ESTADO DE LOS APARATOS PROTÉSICOS EN PACIENTES
DESDENTADOS TOTALES**

PÍA CONSTANZA BEALS BRICEÑO
MARÍA JOSÉ CRUZAT RODRIGUEZ

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae,
para optar al grado de Cirujano Dentista

Profesor Guía: Julio Huerta Fernández.

Santiago, Chile

2017

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mi mamá, por enseñarme a no rendirme nunca, que todo es posible e incentivarme cada día a ser mejor persona, por todo su cariño, compañía y contención durante este proceso.

A mis profesores, sobre todo a los que más que una referente académico se consolidaron en una amistad, a mi tutor de tesis Dr. Julio Huerta por toda la ayuda, la enorme paciencia y ganas de enseñarnos, por impulsarnos a que seamos excelentes personas y profesionales.

A mis amigos por todo el apoyo, las buenas vibras y la motivación durante de este proceso; a Sergio por todo su cariño, paciencia y amor incondicional.

Pía Constanza Beals Briceño

Quisiera agradecer al apoyo de mi familia, por ser un pilar fundamental en este proceso, a mi madre por enseñarme que el éxito en la vida no se mide por lo que logras, sino por los obstáculos que superas; a mis hermanos por siempre alentarme a seguir mis sueños en especial a Cristóbal por estar siempre presente y alentarme en este proceso.

A Pía Beals por su apoyo y compañerismo, lejos la mejor persona y amiga para poder haber realizado este trabajo, también por su ánimo y dedicación.

A nuestro docente guía de tesis, Dr. Julio Huerta, por su dedicación, disposición y entrega en la realización de este estudio, ya que su apoyo y guía fue fundamental. Un docente digno de reconocimiento.

María José Cruzat Rodríguez

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
1.1 Calidad de Vida y Salud Oral	4
1.2 Salud Oral en el Adulto Mayor en Chile.....	5
1.3 Indicadores de Calidad de Vida en Salud Oral	6
1.3.1 Experiencias Previas.....	6
1.3.2 Estado Salud Mental y su Relación con el Tratamiento Rehabilitador.....	6
1.3.3 Autopercepción de Salud Oral	7
1.4 Métodos Evaluación Calidad de Vida en Salud Oral	8
1.4.1 OHIP	8
2. REHABILITACIÓN PRÓTESICA.....	9
2.1 Métodos de Evaluación de Rehabilitación Protésica	10
2.1.1 CET (Cuestionario Evaluación Técnica).....	10
3. CALIDAD DE VIDA Y REHABILITACIÓN PROTÉSICA	10
3.1 Factores que Influyen en el Uso de Prótesis y su Relación con la Calidad de Vida	11
3.1.1 Cambios en la Función Salival	11
3.1.2 Cambios en el Tejido Óseo y Tejido Blando.....	12
3.1.5 Reacciones de la Mucosa	14
3.1.5.1 Estomatitis Subprotésica.....	14
3.1.5.2 Hiperplasias Irritativas.....	15
3.1.5.3 Úlceras Traumáticas	16
3.1.5.4 Reacciones Alérgicas.....	16
3.1.6 Fuerza Masticatoria y de Corte	17

3.1.7	Trastornos Fonéticos	18
3.1.8	Estética	18
3.1.9	Calidad Técnica	19
3.1.9.1	Soporte	19
3.1.9.2	Retención.....	20
3.1.9.3	Estabilidad	20
3.1.9.4	Oclusión.....	21
3.1.9.5	Extensión	22
3.1.7.6	Alivios y Márgenes	22
	OBJETIVOS.....	23
	Objetivo General	23
	Objetivos Específicos.....	23
	MATERIAL Y MÉTODO	24
	Diseño.....	24
	Universo.....	24
	Tamaño de muestra	24
	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	25
	Criterios de Inclusión:.....	25
	Criterios de Exclusión:.....	25
	Variables Dependientes	25
	1. Calidad de vida:	25
	Variables Independientes	26
	1. Calidad Rehabilitación Protésica:	26
	2. Tiempo:.....	27
	3. Sexo:.....	27

4. Edad:	27
5. Nivel Educativo:.....	28
6. Previsión:	28
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
Aspecto Ético	31
Plan Estadístico	31
RESULTADOS.....	32
1.- Características de la muestra estudiada	32
2.- Calidad de vida relacionada con Salud Oral (OHIP-7sp).....	34
3.- Evaluación de la Calidad Protésica según Cuestionario Evaluación Técnica (CET)	36
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.- Características de Género, Grupo Etario, Tiempo de uso de Prótesis, Escolaridad y Previsión de 36 pacientes portadores de prótesis totales.....	33
---	----

Tabla N°2.- Media de la Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral (OHIP-7sp) según sexo 36 pacientes portadores de prótesis totales	34
--	----

Tabla N°3.- Media de la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral medida con cuestionario OHIP-7sp en 36 pacientes portadores de prótesis totales según Sexo, Previsión y Nivel Educativo.....	35
Tabla N°4.- Calidad de los Aparatos Protésicos medida según Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) 36 pacientes portadores de prótesis totales	36
Tabla N°5.- Calidad de los Aparatos Protésicos medida con Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) según Edad y Tiempo de Uso de Prótesis en 36 pacientes portadores de prótesis totales	38
Tabla N°6.- Relación de la Calidad de los Aparatos Protésicos medida con Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) según Sexo, Escolaridad y Previsión 36 pacientes portadores de prótesis totales	39
Tabla N°7.- Relación entre la Calidad de los Aparatos Protésicos medida con Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) y la Calidad de Vida medida con cuestionario OHIP-7sp en 36 pacientes portadores de prótesis totales	40
Gráfico N°1.- Distribución de la Calidad de los Aparatos Protésicos según cuestionario de Evaluación Técnica (CET) en 36 pacientes portadores de prótesis totales.....	37

RESUMEN

El propósito de este estudio fue evaluar la Calidad de vida referida a la Salud Oral en relación al nivel de funcionalidad protésica.

Para evaluar la Calidad de vida en Salud Oral se utilizó el cuestionario de Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP7Sp), siendo una encuesta que mide percepciones del impacto social de los desórdenes orales en el bienestar de los individuos. Y para evaluar la rehabilitación protésica se utilizó el Cuestionario Evaluación Técnica (CET), que considera ítems para evaluar la oclusión, estética, extensión, retención, soporte, estabilidad, entre otros.

La muestra corresponde a 36 individuos (58% mujeres y un 44% de hombres), de los cuales 26 corresponden a pacientes que ingresaron a rehabilitación protésica en el Campo Clínico Macul de la Universidad Finis Terrae; y 10 pacientes pertenecientes al programa de prótesis removible del Cesfam Juan Carlos Baeza, Comuna de San Clemente, Región del Maule.

El promedio del índice OHIP-7sp fue $14.88 \pm 5,3$, siendo 14.55 ± 5.21 para mujeres y 15.31 ± 5.37 para hombres, lo cual indica una mala calidad de vida de forma equivalente sin ser relevante el género en la percepción de la Calidad de Vida relacionada a Salud Oral.

Los resultados de la encuesta CET, fueron: El 91,7% de los individuos se encontraron en las categorías de Baja y Moderada, de los cuales la media para la categoría baja fue de 11.75 ± 1.55 y de la categoría Moderada 17.07 ± 1.18 ; sólo el 2.77% de los pacientes está en la categoría Buena y el 5.55% en Muy Baja presentando una media de 6 ± 1 , la categoría Muy Buena no presento frecuencia alguna, y no se obtuvieron individuos para la clasificación de Muy Buena Calidad protésica.

Al analizar los resultados correspondientes a la correlación entre encuesta CET y OHIP-7sp se obtiene que 33 de los individuos portadores de prótesis totales correspondientes al 91,7% de la muestra presentan un CET Baja y un OHIP-7sp de 15.25 ± 5.27 y CET Moderada y un OHIP-7sp de 15.23 ± 5.83 , dentro de la categoría CET Muy Baja y OHIP-7sp se obtiene $12 \pm 4,24$; al analizar la categoría CET Buena y OHIP-7sp, correspondiente solo al 2.77% de la muestra, el resultado es 9 ± 0 .

INTRODUCCIÓN

Una de las principales causas que pueden afectar las condiciones biopsicosociales de las personas y uno de los principales problemas de salud bucal pública es la pérdida dental (1). Ésta es considerada como una deficiencia, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (2) el cual contiene tres dimensiones: orgánica, individual y social.

La Calidad de vida en relación a la salud oral se ha medido a través del GOHAI y OHIP (3), sin embargo, no se han tomado en cuenta las características mecánicas y funcionales de las prótesis indicadas por los rehabilitadores.

Desde una mirada clínica, los dientes pueden ser reemplazados por prótesis dentales, lo que conlleva tanto a factores positivos como negativos, de los cuales los principales problemas son la estabilidad y la retención de estas. Estos errores pueden producir desajuste de la prótesis, lesiones irritativas en tejidos, reabsorción del hueso alveolar y otras dificultades que producen incomodidad para realizar adecuadamente funciones como comer, hablar y sonreír. (4)

Existen efectos adversos en la rehabilitación protésica, siendo una secuela directa la reabsorción del reborde residual, ya que es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, existe variación individual en el grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y uso de prótesis total, siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar, imposibilitando la retención adecuada de la prótesis. (17).

También existen reacciones de la mucosa, ya que muchos portadores de prótesis removible desarrollan una reacción inflamatoria en la mucosa oral denominada

Estomatitis Sub-protésica, pudiendo ser esta graduada en tres tipos. La prevalencia de estomatitis protésica es muy variable, en Chile es de 53% y su etiología es de carácter multifactorial, como mala higiene oral con la consecuente acumulación de placa bacteriana y la presencia de *Cándida Albicans*, asociada principalmente a la estomatitis subprotésica tipo II y III. Factores traumáticos mecánicos y asociados a componentes de la prótesis se relacionan con la estomatitis protésica tipo I. Los diferentes tipos de estomatitis también varían según su grado de compromiso de la mucosa oral (38)

En el año 2014 en México el Departamento de Salud Pública, realizó un estudio en donde el objetivo era identificar la relación que hay entre la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) en pacientes con pérdida dental y uso de prótesis total removible. En donde se determinó que entre los portadores de prótesis 79% mencionó utilizar su prótesis dental permanentemente; el 43% dijo tener problemas con éstas, de los cuales el 37,5% dijo tener dificultades al comer, el 38.8% dijo tardar más tiempo para comer y el 32,5% había dejado de comer algún alimento. De las dimensiones que se midieron en este estudio la que fue de mayor significancia fue la limitación funcional. (5)

La limitación funcional es un factor que influye directamente en la calidad de vida del paciente.(6) Otro estudio realizado el año 2006 en la Universidad de Chile, determinó que en la autopercepción de salud oral y uso de prótesis un alto porcentaje de pacientes percibe su salud oral como mala 75,2 , moderada 15,4% y buena solo un 9,4%. (7)

En el año 2014, en Cuba se realizó un estudio relacionando la influencia de la rehabilitación protésica convencional con la calidad de vida de los pacientes, y concluyeron que la calidad era inadecuada en un 47,4%, lo cual indica que lograr una prótesis con calidad satisfactoria debe ser el objetivo de la rehabilitación protésica. (8)

El presente estudio busca evaluar la Calidad de vida referida a la Salud Oral en relación al nivel de Funcionalidad Protésica mediante el cuestionario de Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP7Sp) y el Cuestionario Evaluación Técnica (CET); en portadores de prótesis total removible superior e inferior rehabilitados en un centro odontológico de la región Metropolitana y del Maule.

MARCO TEÓRICO

1. CALIDAD DE VIDA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Calidad de Vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (9)

1.1 Calidad de Vida y Salud Oral

En los adultos mayores, la salud bucal es un predictor de calidad de vida. La autopercepción que tiene el paciente sobre su salud bucal y el impacto que genera en la calidad de vida es un componente importante de la salud. (10)

El concepto de calidad de vida asociado a salud bucal es concebido como una evaluación multidimensional, auto-reportada, que mide el impacto de las condiciones bucales sobre las actividades de la vida diaria. (11)

La percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral se presenta sin diferencia entre hombres y mujeres, en las mujeres hay una tendencia hacia una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral siendo coherente con el comportamiento de la percepción de calidad de vida relacionada con salud general, y esta percepción negativa en las mujeres puede obedecer a que ellas se preocupan más por su estado de salud que los hombres, lo cual se observa en una mayor demanda de atención médica y odontológica. (12)

1.2 Salud Oral en el Adulto Mayor en Chile

El estudio del envejecimiento orofacial, hasta los años 70 se limitaba al problema de la pérdida de dientes; desde entonces la gama de problemas asociados al envejecimiento, es más variada: caries, enfermedad periodontal, xerostomía, ardor en la boca, halitosis, micosis, trastornos gustativos, reabsorción ósea de los maxilares, patologías asociadas a prótesis removibles, disfagia, tumores comunes en adultos mayores, entre otros. (13)

Debido a que no existen datos epidemiológicos nacionales para población de Adulto Mayor, se aproxima a la información más cercana, en este caso la Encuesta Nacional de Salud, realizada en Chile en 2003, siendo una de las patologías investigadas el estado de Salud Bucal de la población de 65 y más años. Esta investigación demostró que menos del 1% de la población de esta edad tenía todos sus dientes y que la tercera parte de ella era desdentada total. En el grupo de desdentados parciales el promedio de dientes remanentes fue de 7, de los cuales 1.72 estaba cavitado por caries, mostrando mayor daño las mujeres que los hombres. (14)

Del total de la población mayor de 65 años, el 37.1% usaba prótesis en ambos maxilares, el 25.3 % portaba prótesis en el maxilar superior y solo el 0.8% usaba prótesis en el maxilar inferior. (14)

De los beneficiarios FONASA de 60 años estimados al 2009, un 21% recibió un alta odontológica total, ya sea del nivel primario o de alguna de las especialidades consideradas en la garantía. (15)

En un estudio descriptivo reciente, que midió la prevalencia de enfermedades bucodentarias en la provincia de Santiago, en población de 65 a 74 años, se

obtuvo que el 100% de las personas examinadas presentaba historia de caries. El promedio del índice COPD fue de 24.9. El 45.9% de las personas que conformaron la muestra tenía lesiones de caries cavitadas no tratadas, siendo el promedio de dichas lesiones de 0.9. El promedio de dientes perdidos por individuo fue de 20.52. El 38.53% de las personas usaban prótesis removibles. (16)

1.3 Indicadores de Calidad de Vida en Salud Oral

1.3.1 Experiencias Previas

La experiencia previa es un factor importante en el comportamiento del paciente posterior a la instalación de prótesis. Hay estudios que demuestran en aquellos pacientes que nunca han usado prótesis un mayor grado de insatisfacción con el tratamiento que aquellos que han usado previamente prótesis removible, por lo que, si el paciente ha sido portador de prótesis removible y ésta simplemente se ha desgastado, la experiencia previa ha sido favorable y se puede predecir una respuesta similar para el tratamiento futuro. (17)

1.3.2 Estado Salud Mental y su Relación con el Tratamiento Rehabilitador

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (18)

La vida de todo individuo está condicionada por 3 factores íntimamente ligados e interdependientes: bienestar físico, social, y equilibrio emocional. El equilibrio emocional es consecuencia del bienestar físico y social. Por tal razón, si alguno de ellos falla, puede originarse una alteración en la relación del individuo con su entorno. Al afectarse el equilibrio emocional como consecuencia de lo anterior, los factores causantes, sean físicos o sociales, tienden a perpetuarse. En la medida que el individuo mantenga estos factores en equilibrio va a tener una mejor respuesta al tratamiento rehabilitador. (19)

Frente a la ausencia de piezas dentarias se afecta el equilibrio emocional, en especial si estas no son repuestas en forma artificial, debido a que se altera el bienestar físico, por no poder cortar ni triturar los alimentos, y el bienestar social, al tener impedimentos estéticos para relacionarse con su entorno. (20)

Además, individuos que presentan algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral, mayor consumo de dieta cariogénica, flujo salival disminuido que puede estar asociado a medicación, enfermedad periodontal avanzada y caries; pudiendo presentar efectos significativos en la adaptación a prótesis totales nuevas. (21)

1.3.3 Autopercepción de Salud Oral

La autopercepción de la salud es un elemento base en el funcionamiento integral en donde se generan transiciones de tipo psicosocial, que afectan el estilo de vida por el incremento de agentes que acompañan esta etapa, como son: el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos, y todas aquellas acciones que directa o indirectamente aluden a la salud percibida. (22)

Por lo que la autopercepción salud bucal está relacionada con el bienestar, es decir, con una boca saludable. Por ello la salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida. (22)

Dentro de los factores asociados a una baja autopercepción de salud se encuentran: los bajos ingresos económicos, incapacidad funcional, falta de apoyo emocional, consumo de medicamentos y padecer de enfermedades. (7)

1.4 Métodos Evaluación Calidad de Vida en Salud Oral

1.4.1 OHIP

El OHIP es una encuesta que mide las percepciones del impacto social de los desórdenes orales en el bienestar de los individuos. El OHIP-49, consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral: limitación de la función, dolor físico, disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventaja. (23)

Se ha limitado su uso en estudios clínicos, por lo tanto se han desarrollado versiones más cortas como el OHIP 7-Sp, abarcando las mismas siete dimensiones formuladas pero de forma más acotada. (23)

Oral Health Impact Profile (OHIP-7Sp)

Consta de un cuestionario acerca del efecto negativo de las condiciones bucales sobre el funcionamiento diario o el impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Utiliza una jerarquía en la cual se distinguen diferentes niveles de alteración relacionados con la enfermedad, enfocándose en 7 dimensiones:

1. Limitación Funcional
2. Dolor Físico

3. Discomfort Psicológico
4. Incapacidad Física
5. Incapacidad Psicológica
6. Incapacidad Social
7. Desventaja

El último ítem concierne un sentido de desventaja de funcionamiento, tal como no poder aprovechar la compañía de otros debido a problemas dentales. Evaluándose mediante un puntaje que nos dará a conocer el impacto en Salud Oral relacionada a la calidad de vida. (24)

2. REHABILITACIÓN PRÓTESICA

En la rehabilitación protésica se deben considerar las diferentes técnicas protésicas según planificación de tratamiento individual.

Las personas de la tercera edad son los más necesitados de prótesis dentales ya que son las personas que sufren de edentulismo porque se descuidan o nunca se les enseñó una buena técnica de cepillado, y raramente concurre al odontólogo. También que para las personas adultas mayores un buen estado de salud bucal y una capacidad masticatoria satisfactoria son importantes para una buena calidad de vida, ya que estas situaciones influyen en las repercusiones sobre la salud en general como también en la sociedad. (25)

2.1 Métodos de Evaluación de Rehabilitación Protésica

2.1.1 CET (Cuestionario Evaluación Técnica)

Es necesario evaluar la Calidad Técnica de las Prótesis, ya que hay factores que pueden o no estar ligados directamente al funcionamiento de la prótesis propiamente tal y no como el paciente percibe a la prótesis total superior e inferior. Por lo cual se utiliza un cuestionario De Evaluación Técnica de las Prótesis (CET), que considera ítems para evaluar la oclusión, estética, extensión, retención, soporte, estabilidad, entre otros. Teniendo equidad en la importancia se establece de manera descriptiva categorías según porcentajes, las categorías clasifican la calidad de los aparatos protésicos en Muy Baja, Baja, Moderada, Buena y Muy Buena. (26) Siendo éste un método que se utilizará en el presente estudio.

3. CALIDAD DE VIDA Y REHABILITACIÓN PROTESICA

La Calidad de Vida es un concepto que está influenciado por varios factores (9), uno de ellos es la satisfacción de los pacientes respecto a su tratamiento rehabilitador, que podría estar asociada con algunos rasgos de personalidad que podrían considerarse como predictores para dicho tratamiento. Ejemplo de estos rasgos son: autoestima, confianza en si mismo, cumplimiento, ansiedad, neuroticismo y meticulosidad. (27)

En los pacientes edéntulos se ve afectado el equilibrio orgánico y social; esta condición transforma su aspecto facial, el lenguaje, interviene en la alimentación y por ende modifica la nutrición, provoca alteraciones de la expresión y en los sentimientos. Además se debe saber que la prótesis total es una rehabilitación que se extiende e involucra las funciones de la masticación, deglución, fonética y eventualmente adaptación psíquica. (25)

3.1 Factores que Influyen en el Uso de Prótesis y su Relación con la Calidad de Vida

El proceso psicológico y biológico del adulto mayor está relacionado a la calidad de vida del individuo y la percepción que presenta de la vida, ya que dependiendo del contexto cultural y su posición en la sociedad son sus expectativas e intereses.

(9)

La mayor frecuencia de uso de las prótesis maxilares está asociado a una mejor percepción de salud bucal, no sucediendo lo mismo con las prótesis mandibulares.

(7)

Dentro de los factores protésicos relacionados a la calidad de vida encontramos los mencionados a continuación. (28)

3.1.1 Cambios en la Función Salival

Lo primero que se nota es la disminución de flujo salival, provocando xerostomía, afecta la fonética y dificulta la deglución. Esta reducción está asociada al envejecimiento per se o por fármacos (anticolinérgicos, psicotrópicos, antidepresivos, antihipertensivos, sedantes), también existe un componente hormonal, las mujeres experimentan un cambio en el flujo salival en la menopausia.

3.1.2 Cambios en el Tejido Óseo y Tejido Blando

3.1.3 Reabsorción de Hueso y Uso de Prótesis

El tejido óseo se considera un tejido conectivo especializado que se caracteriza por su rigidez y gran resistencia, tanto a la tracción como a la compresión, existiendo dos tipos de hueso compacto y esponjoso. Idealmente, el hueso cortical subyacente debe estar firmemente ligado a los tejidos blandos, con una capa resiliente de submucosa, cubierta por mucosa queratinizada y el cual debe ser resistente a la remodelación inducida por presión. Estas características ayudan a minimizar el movimiento de la base de la prótesis, disminuyendo el trauma del tejido blando, y a su vez el proceso de reabsorción ósea a largo plazo. No teniendo estas condiciones o un mal estado o desajustes de la prótesis y uso las 24 horas del día, el proceso de reabsorción óseo se acelera, Según afirma Darby (2008) y Horowitz (2012). (74)(75)

La reabsorción de los rebordes residuales en los portadores de prótesis totales genera una reducción de dimensión vertical, una rotación mandibular anterior y un incremento del prognatismo mandibular por el adelantamiento del mentón en relación a los tercios superiores de la cara. (73)

Carlsson señala que la reabsorción ósea que se genera en los rebordes alveolares residuales corresponde a un proceso crónico, progresivo e irreversible que aparece en todos los pacientes con cierto grado de edentulismo. (72)

Se ha observado que existen diferencias en la cantidad y velocidad con que se reabsorbe el hueso alveolar. Estas diferencias se han atribuido a diversos factores tales como la edad, el sexo, la anatomía facial, la existencia de parafunciones, el estado de salud general, el estado nutricional, la existencia de enfermedades sistémicas, entre otras.(75)

La importancia de la reabsorción del reborde residual en la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis ha sido estudiada por Huumonen. El año 2012 asoció el grado de reabsorción con una disminución de la capacidad masticatoria, menor estabilidad protésica y reducción de la satisfacción con las prótesis. (76)

Por otra parte, al reducirse las fuerzas oclusales el hueso alveolar es reabsorbido, por lo que las trabéculas disminuyen en altura y grosor, en algunos casos se pueden encontrar un adelgazamiento de la cortical, lo que incrementa la porosidad de esta y puede producir esclerosis ósea dentro de otras patologías (29) (30)

3.1.4 Lesiones Tejidos Blandos Y Uso de Prótesis

Las prevalencias de las lesiones de mucosa oral se han observado con mayor frecuencia en pacientes portadores de prótesis que en los no portadores. Las lesiones relacionadas con el uso de prótesis se encuentran asociadas con una mala higiene oral, pobre retención de la prótesis, trauma mecánico, antigüedad de la prótesis y uso continuo, por lo que estas pueden predisponer al paciente a la aparición de distintas lesiones, la más prevalente según diversos estudios, es la estomatitis subprotésica 22.3% y lesiones reaccionales, tipo hiperplasias irritativas 9.4%, según otro estudio realizado en Valparaíso el año 2013 entre las más frecuentes se vuelve a encontrar la estomatitis subprotésica 73.1%, úlcera traumática 21,4% y fibroma irritativo 12.9%. otros estudios nombran la queilitis angular y épulis fisurado. Según lo publicado por Cesar Rivera (2017) describe cinco lesiones de mucosa oral prevalentes en adultos mayores en Chile, fibroma irritativo 10,8%, hemangioma y síndrome de boca urente 7,2%, liquen plano y épulis fisurado 4,3%, pigmentaciones melánicas 4,0%, malformación vascular 3,2%.(71)

3.1.5 Reacciones de la Mucosa

3.1.5.1 Estomatitis Subprotésica

La estomatitis protésica es una inflamación crónica de la mucosa oral debida al contacto con una prótesis removible. Es un proceso difícil de controlar en los pacientes portadores de este tipo de prótesis. La patología involucra diferentes factores predisponentes, y el más importante de ellos es la presencia de *Cándida*.

Ésta afecta al 14,3% de la población mayor de 60 años según Jainkittivong (33), y al 6,5% de la población mayor de 30 años (34). Si hablamos sólo de los portadores de prótesis, afecta al 67% según Pires. (35)

Desde el punto de vista clínico, se acepta la clasificación propuesta por Newton (36) , que dividió la estomatitis subprotésica en tres tipos: Tipo I (Estomatitis Protésica Localizada Simple), Tipo II (Estomatitis Protésica Difusa Simple) y Tipo III (Estomatitis Protésica Granular o Hiperplasia Granular) (37), siendo la Tipo I la más frecuente y prevalente con un 32.3% de los casos , ya que está íntimamente relacionada al desajuste del aparato protésico y clínicamente se observa como lesiones eritematosas, asintomáticas. (38)

El simple hecho de portar la prótesis ya es un factor predisponente para la patología. Se crea un ambiente cerrado, más anaerobio, entre la prótesis colocada en la boca y la mucosa, con lo cual se favorece el crecimiento de las *Candidas*, pudiendo pasar las mismas de ser un hongo comensal en la mucosa a ser un parásito que infecte la mucosa.

3.1.5.2 Hiperplasias Irritativas

Agrandamiento reactivo, localizado y de tipo inflamatorio del tejido conectivo, más frecuente en adolescentes y adultos y relativamente común en niños (menos del 5%). Lesión exofítica de crecimiento lento y generalmente asintomática, considerada como un aumento celular proliferativo no-neoplásico en respuesta a la acción de agentes físicos constantes. (39)

Su etiología es variada y se asocia a la presencia de factores irritativos como la presencia de biofilm, cálculo, prótesis mal ajustada o sobreextendida, y por desequilibrios hormonales. (40) En las primeras etapas el irritante crónico estimula la formación de tejido de granulación; más adelante, el tejido comienza a sufrir un proceso de fibrosis. La presencia de factores irritativos en la mucosa desencadena un proceso inflamatorio crónico que culmina con la formación de tejido fibroso hiperplásico, asintomático, en las zonas de agresión, conocida como Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (HIF). (41)

Las lesiones de naturaleza inflamatoria constituyen aproximadamente el 66% de todas las lesiones de la cavidad oral, siendo la mayoría de estas lesiones atribuidas a la mala higiene y al uso de aparatología removible. (42)

La mayoría de los casos han sido reportados entre la cuarta y sexta década de vida, determinándose una relación directa entre la frecuencia de esta lesión con el aumento del período del uso de las prótesis. En adultos está principalmente asociada a pacientes que utilizan prótesis bucales mal adaptadas. (43)

3.1.5.3 Úlceras Traumáticas

Lesión frecuente en la mucosa oral. Consiste en una pérdida de sustancia en la que la lesión afecta a todo el espesor del epitelio. Estas lesiones, por lo general, suelen ser bastante dolorosas y pueden dejar cicatriz dependiendo normalmente de la extensión de las lesiones sobre todo en profundidad. Son lesiones reactivas en las que existe una relación causa-efecto identificable. (44)

Las lesiones agudas por prótesis suelen deberse a la presencia de bordes y flancos sobreextendidos. En este caso, la lesión desaparecerá al rebajar el contorno de la zona traumatizada. (45)

Dentro de las lesiones traumáticas crónicas una de las más importantes de mencionar en relación al uso de prótesis removible es el Épulis Fisurado, el cual se presenta como una lesión crónica reactiva a un mal ajuste de prótesis. Generalmente se trata de prótesis antiguas, mal adaptadas, con procesos alveolares reabsorbidos, pero también se pueden observar en prótesis nuevas con flancos o bordes excesivamente largos. En general, suelen ser asintomáticas y de coloración similar a la mucosa subyacente. Suelen ser lesiones fibrosas que siguen el contorno de una aleta o una prótesis desadaptada. El tratamiento de este tipo de lesiones consiste en eliminar el tejido alterado y realizar un correcto rebase y reajuste de la prótesis si fuera posible o confeccionar una prótesis nueva en caso de desajustes muy grandes o prótesis muy antiguas. (46)(47)

3.1.5.4 Reacciones Alérgicas

El polimetilmetacrilato es el material de base protésica más utilizado, los constituyentes del polvo son esteres de ácido poliacrílico, ésteres de polivinil, esteres de metacrilato, policarbonato y polisulfuros. (48) El líquido está constituido

por metilmetacrilato, folatos, estabilizadores y antioxidantes. (48) El efecto citotóxico de los líquidos de las resinas acrílicas ha sido ampliamente demostrado. (49) La toxicidad se ha encontrado en monocitos, granulocitos, células epiteliales, endoteliales y fibroblastos gingivales. Se ha observado que el monómero inhibe el crecimiento celular, la replicación y síntesis de DNA y diferentes procesos metabólicos. (50)

En un estudio in vitro se evaluaron los efectos citotóxicos del metil metacrilato (MMA), el isobutil metacrilato (IBMA) y del 1,6 hexanediol metacrilato (HDMA) en los fibroblastos gingivales y en las células del ligamento periodontal (51). Los resultados sugieren que el HDMA presenta el mayor efecto citotóxico y el que mejor se comporta es el MMA. La citotoxicidad estuvo relacionada con el coeficiente de partición (lipofilicidad) y el grado de liberación del monómero

Los efectos visibles de la reacción de la mucosa hacia el material se producen por la liberación del monómero durante el proceso de polimerización, por lo tanto, se recomienda utilizar en lo posible materiales de fotopolimerización o termocurables, y durante los rebasados de los aparatos protésicos no saturar el polvo con líquido. (49)

3.1.6 Fuerza Masticatoria y de Corte

Al realizar las mediciones de la función masticatoria, tales como la fuerza de corte y la habilidad de moler los alimentos, se muestran sustancialmente reducidas en los usuarios de prótesis totales en comparación con personas con dentición natural. Muchos estudios han validado la hipótesis de que la función masticatoria disminuye lentamente en presencia de una adaptación funcional o un estado de oclusión premolar, esto significa tener cuatro unidades remanentes oclusales, luego de esto la función masticatoria se deteriora rápidamente (52). La reducción de la eficiencia masticatoria puede inducir cambios en la selección dietética e ingesta de nutrientes, con riesgo de perjudicar el estado nutricional, especialmente

en adultos mayores que usan prótesis totales. (7) Según Matuz (53) la eficiencia masticatoria de las personas usuarias de prótesis dentales removibles tienen una capacidad no mayor al 30% de una dentadura natural. Von Martens (54) sugiere, que en un grupo de sujetos el uso de la prótesis dental removible condiciona la selección de alimentos bajos en fibras y menos nutritivos. Otras investigaciones, demuestran que el porcentaje del funcionamiento masticatorio alcanzado por sujetos portadores de prótesis total mucosuportada, en relación con los que poseen dentición natural, fue de 40%, 16% y 33,3%. Ante estos datos, se puede sugerir una deficiencia en la efectividad funcional de la prótesis en comparación a una dentadura natural. (6)

3.1.7 Trastornos Fonéticos

La adaptación del habla después de la rehabilitación oral se basa en una interacción compleja de factores articulatorios y miofuncionales. El conocimiento de los principios fonéticos básicos puede ayudar a identificar los problemas fonéticos asociados con el tratamiento protésico.

En el desdentado son muy marcados en el primer periodo el cual es transitorio, al paciente le toma un par de meses acostumbrarse al nuevo aparato protésico y por ende a sus funciones, posteriormente suele compensarse modificando los puntos fonoarticulatorios. (7)

3.1.8 Estética

Los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color, forma y posición de las piezas dentarias artificiales. (56)

El resultado estético en el tratamiento del paciente desdentado total es un tema trascendental dentro de la rehabilitación del mismo. Los cambios generados por las transformaciones propias del envejecimiento, el edentulismo y las alteraciones asociadas a los problemas bucales son considerables, repercutiendo significativamente en la estética facial, afectando la percepción que el paciente tiene sobre sí mismo, disminuyendo su autoestima, originando aislamiento y deterioro de la calidad de vida del paciente. (57)(58)

El concepto de autopercepción se define como el proceso a través del cual patrones de estímulos medioambientales son organizados e interpretados. (59) El proceso de autopercepción puede ser influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos, culturales y sociales. (60.)

La valoración subjetiva del resultado estético lo transforma en uno de los objetivos más difíciles de concretar, requiriendo que el profesional logre comprender y objetivar las percepciones de sus pacientes, permitiendo un mejor cumplimiento de las expectativas del tratamiento. (61)

3.1.9 Calidad Técnica

3.1.9.1 Soporte

El soporte es la propiedad que tienen las prótesis para que no se produzca su impactación sobre las estructuras de apoyo (fibromucosa y hueso subyacentes); es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas de compresión. (28)

(62). La zona de soporte protésico (o apoyo basal) se va reduciendo a medida que se reabsorbe el reborde residual. Cuando se emplean prótesis desajustadas durante largos periodos de tiempo, el borde residual puede reabsorberse gravemente. Si el reborde está muy reabsorbido, el área que soporta la prótesis se reduce y la mucosa que la rodea disminuye el grosor y la elasticidad. La

consecuencia es que el borde residual es incapaz de soportar adecuadamente la carga oclusal. Mediante un rebase a tiempo, puede conseguirse una mejora en el soporte, la estabilidad oclusal y la eficacia masticatoria, siendo que un adecuado esquema oclusal generará fuerzas menos destructivas al reborde alveolar residual. (25)

3.1.9.2 Retención

La retención es la propiedad que tienen las prótesis para que no se produzca su extrusión, y por tanto su desestabilización en el sentido vertical de inserción; es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas de tracción factible que los músculos de la cavidad bucal actúen aumentando la retención y con ello también la estabilidad de las prótesis. (62) El buccinador, el orbicular de los labios y los músculos linguales son claves en este aspecto (63). A medida que cambian la forma y tamaño de los tejidos de soporte protético (o apoyo basal) se tornan más importantes las fuerzas musculares fisiológicas en la retención de las prótesis. Además, con frecuencia las prótesis tienen un efecto psicológico negativo sobre el paciente y los influjos nerviosos que se producen afectan a la secreción salival y subsiguientemente también a la retención. Eventualmente el paciente adquiere la habilidad de retener sus dentaduras mediante sus músculos bucales. (28)

3.1.9.3 Estabilidad

La estabilidad es la propiedad que tienen las prótesis para conservar su posición de reposo o de volver a ella después de haber realizado movimientos funcionales; es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas horizontales, de cizallamiento y rotación. (28) A veces el paciente se queja de que la prótesis superior tiende a aflojarse al sonreír o durante otras formas de

expresión facial. Este problema surge cuando el frenillo vestibular lateral, que se desplaza hacia atrás durante la función, tropieza con un borde demasiado grueso de la prótesis superior en la zona de la escotadura vestibular. Además, es conveniente que los ángulos distales de la base protética sean finos para que el desplazamiento de la apófisis coronoides no interfiera con la estabilidad de la prótesis. (28)

En general el diseño de la prótesis total removible debe ir dirigido a minimizar factores que comprometan el soporte, retención y estabilidad, para que así haya un correcto funcionamiento biomecánico durante las funciones orales.

3.1.9.4 Oclusión

Se han desarrollado diferentes esquemas oclusales que han ido evolucionando y cambiando de acuerdo a la utilización de los moldes de dientes, teniendo los siguientes esquemas oclusales: Oclusal balanceada, oclusal no balanceada, oclusal lineal o monoplano y oclusal lingualizada. (64). Siendo el objetivo principal de la prótesis total removible devolver función masticatoria, estética, fonética, confort y comodidad del paciente. (65)

La Oclusión balanceada se refiere a los contactos dentales simultáneos durante los movimientos excéntricos; las fuerzas oclusales laterales generadas durante los movimientos son compartidas por todos los dientes y articulación temporomandibular. El movimiento masticatorio para la oclusión balanceada esta basado en la teoría de que las fuerzas se generan horizontalmente en lugar de verticalmente, siendo esta ideal para rehabilitación de pacientes portadores de prótesis total removible. (66)

3.1.9.5 Extensión

La extensión del límite posterior superior en pacientes desdentados totales es adecuada cuando coincide con una línea imaginaria, que se traza de un surco hamular al otro. La extensión del límite posteroinferior de la prótesis mandibular está determinada, habitualmente por el cubrimiento de la papila piriforme. El límite de los flancos vestibular y lingual se considera adecuado si queda próximo a la línea de reflexión del tejido no adherido. (67)

3.1.7.6 Alivios y Márgenes

Las prótesis deben estar aliviadas a nivel de los frenillos y en aquellas regiones donde existan interferencias, los márgenes deben ser redondeados y la superficie del acrílico debe ser lisa, para no generar injurias sobre los tejidos de soporte. (31)

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el impacto en la calidad de vida de pacientes edéntulos portadores de prótesis total superior e inferior mediante la encuesta OHIP-7Sp que hayan sido tratados en la Facultad de Odontología Universidad Finis Terrae y Cesfam Dr. Juan Carlos Baeza, comuna de San Clemente, VII Región. Entre enero del 2016 hasta Diciembre 2017

Objetivos Específicos

1. Evaluar el impacto en la calidad de vida de pacientes edéntulos portadores de prótesis total superior e inferior mediante la encuesta OHIP-7Sp que hayan sido tratados en la Facultad de Odontología Universidad Finis Terrae y Cesfam Dr. Juan Carlos Baeza, comuna de San Clemente, VII Región.
2. Establecer la calidad técnica de los aparatos protésicos de individuos edéntulos portadores de prótesis total mediante la encuesta CET que hayan sido tratados en la Facultad de Odontología Universidad Finis Terrae, RM y Cesfam Dr. Juan Carlos Baeza, comuna de San Clemente, VII Región.
3. Registrar información acerca de la relación entre la calidad de vida y la Calidad técnica de los aparatos protésicos para planificar futuros tratamientos

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio de corte transversal de tipo Exploratorio Descriptivo

Universo

La población accesible estará representada por 35 individuos rehabilitados mediante prótesis total superior e inferior en la facultad de odontología, durante el año 2017 en la Universidad Finis Terrae y 15 pacientes del Cesfam Dr. Juan Carlos Baeza, comuna de San Clemente, VII Región, los cuales serán citados para un control clínico luego de 6 meses del alta.

Tamaño de muestra

Los pacientes de la Facultad de Odontología Universidad Finis Terrae son los citados en CAS 509, que acuden de forma espontánea para atenderse con los alumnos de pregrado. Y los pacientes del consultorio CESFAM Juan Carlos Baeza, San Clemente son citados periódicamente según programa “Sonrisa Adulto Mayor”, para la realización de controles protésicos.

Siendo los que cumplen con los criterios de inclusión los seleccionados del tamaño muestral.

En este estudio exploratorio la muestra final de sujetos seleccionada a partir de la población accesible fue de 36 participantes que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de Inclusión:

- Adultos Mayores portadores de prótesis total superior e inferior que hayan finalizado el tratamiento rehabilitador protésico en las clínicas de la Facultad de Odontología Universidad Finis Terrae y Cesfam Dr. Juan Carlos Baeza, comuna de San Clemente, VII Región.
- Adultos Mayores rehabilitados portadores de prótesis total superior e inferior que fueron dados de alta hace más de 6 meses.
- Adultos Mayores que deseen participar voluntariamente en el estudio.
- Adultos Mayores autovalentes, con capacidad física y mental para responder la encuesta.

Criterios de Exclusión:

- Adultos Mayores que posean trastornos cognitivos o físicos que les impidan responder la encuesta.
- Adultos Mayores con patologías buco maxilofaciales que comprometan severamente la calidad de vida.

Variables Dependientes

1. Calidad de vida:

Definición Conceptual: Percepción individual de la posición en la vida en el contexto de cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (OMS). En nuestro estudio la lo anterior se considera asociado a Salud Oral.

Definición Operacional: Para este estudio se utilizará como instrumento de evaluación OIHP- 7Sp.

En Calidad de Vida (OHIP-7Sp), las dimensiones serán: limitación funcional, dolor físico, discomfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventaja. Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0- 28), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado. Las preguntas sin respuesta se codificarán como valor de “cero”. Los valores para cada respuesta se muestran a continuación: Nunca =0, Casi nunca = 1, Algunas veces = 2, Frecuentemente = 3 y Siempre = 4.

Variables Independientes

1. Calidad Rehabilitación Protésica:

Definición Conceptual: Calidad Técnica se define como “aquella medición de los atributos que caracterizan a una prótesis removible como un aparato capaz de cumplir la función para la cual fue diseñada”.

Definición Operacional: CET es un cuestionario que evalúa ciertos factores determinantes como: oclusión, extensión, soporte, retención y estabilidad, alivios y márgenes, estética. Cada determinante se evaluará mediante puntaje 0 (incorrecto) y 1 (correcto), teniendo un total de 36 puntos, que equivaldría al 100% el puntaje completo. Siendo el indicador:

- 0 a 19%: Muy Baja calidad de las prótesis
- 20% a 39%: Baja calidad de las prótesis
- 40% a 59%: Moderada calidad de las prótesis

- 60% a 79%: Buena calidad de las prótesis
- 80% a 100%: Muy Buena calidad de las prótesis

2. Tiempo:

Definición Conceptual: Tiempo en años que el paciente hace uso de un aparato protésico total.

Definición Operacional: Estratificada en donde el indicador se medirá mediante el tiempo de uso en años en los siguientes intervalos:

- 6 a 23 meses = 0
- 24 a 71 meses = 1
- 72 meses en adelante = 2

3. Sexo:

Definición Conceptual: Conjunto de seres que tiene uno o varios caracteres comunes.

Definición Operacional: En hombres y mujeres el indicador será:

- Hombre= 0
- Mujer = 1

4. Edad:

Definición Conceptual: Tiempo en años vividos por el individuo

Definición Operacional: Estratificada en donde el indicador se medirá mediante las edades:

- 60 – 64 años = 1
- 65– 74 años = 2
- 75 años y más = 3

5. Nivel Educativo:

Definición Conceptual: Nivel de Escolaridad alcanzada de forma completa.

Definición Operacional: Se tomará en cuenta el nivel educativo alcanzado por el individuo. El indicador será:

- Educación Básica = 1
- E. Media = 2
- Técnico Superior =3
- Profesional = 4

6. Previsión:

Definición Conceptual: Manera en que la persona cotiza en el sistema de salud nacional.

Definición Operacional: Se considerarán los valores:

- Sin previsión = 0
- Fonasa = 1
- Isapre = 2

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los participantes serán reclutados luego de analizar previamente sus criterios de inclusión e exclusión para poder ser parte de la investigación.

Y tras firmar un consentimiento informado donde se le explica en que consiste el estudio en el que voluntariamente deciden participar, se les aplicarán las encuestas correspondientes por el encargado del proyecto en la clínica odontológica Macul, de la Universidad Finis Terrae, Región Metropolitana y en el Cefam Juan Carlos Baeza, San Clemente, Región del Maule.

La información obtenida será tabulada y archivada digitalmente, quedando a resguardo del director del proyecto quien mantendrá el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos.

Para la obtención de la información necesaria sobre calidad de vida relacionada con salud oral se utilizará el cuestionario de Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-7Sp) el cual tiene un marco teórico basado en un modelo de “enfermedad/condición-deterioro-discapacidad-minusvalía” con siete dominios (Limitación Funcional, Dolor Físico, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y En Desventaja) (28)

Mientras que para evaluar la calidad técnica de las prótesis removibles se utilizará como instrumento de evaluación el Cuestionario Evaluación Técnica (CET) que nos permitirá recolectar datos funcionales de las prótesis en Adultos Mayores. (22)

Además para evaluar la calidad técnica de las prótesis removibles se utilizara un instrumento de evaluación CET para recolectar datos funcionales de las prótesis en el uso en pacientes Adultos Mayores. (31)

El cuestionario de Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-7Sp), siendo la versión española del OHIP-49. El cuestionario OHIP-7Sp corresponde a siete preguntas acotadas. Las puntuaciones fueron calculadas utilizando el método aditivo, considerando los valores entre 0 y 28. Las respuestas a las preguntas sobre el impacto percibido de los problemas orales durante el año precedente se presentaron como un ordinal de cinco puntos: 0 = nunca, 1 = casi nunca 2 = ocasionalmente, 3 = muy a menudo y 4 = muy a menudo. Cada dimensión teórica del OHIP fue representada por una pregunta OHIP-7Sp. De acuerdo con el sistema establecido por Slade, se utilizó una encuesta nacional previa para obtener los resultados de gravedad y prevalencia, con valores más altos que indican un nivel de malo menor:

- La gravedad era la adición de todos los códigos de respuestas.
- Las puntuaciones de severidad tendrán un rango potencial de 0-28 entre los siete ítems, usados para la validez,
- Prevalencia es el porcentaje de personas que respondieron “bastante a menudo” o “muy a menudo” a una o más preguntas. (68)

La Calidad Técnica de las prótesis removibles se midió con un Cuestionario de Evaluación Técnica (CET). Consta de 26 ítems con respuestas dicotómicas aplicables a prótesis totales y/o parciales superiores e inferiores. Se consideraron ítems para evaluar oclusión, estética, extensión, retención, soporte, estabilidad, adaptación de los retenedores, zonas de alivio de los tejidos blandos y duros, y las características de terminación de las prótesis. Se estableció, de manera descriptiva, categorías según porcentajes de ítems aprobados en el CET; estas categorías van de 0 a 25%, de 26% a 50%, de 51% a 75% y de 76% a 100%. (7)

Aspecto Ético

Para preservar los aspectos éticos del estudio, se utilizó el consentimiento informado en donde se explican los objetivos del estudio, asegurando la confidencialidad de los datos entregados por los pacientes. Esta investigación fue enviada al comité de bioética de la UFT para su aprobación previa a la realización del estudio.

Plan Estadístico

-Los datos que serán obtenidos con las encuestas realizadas serán registrados en una planilla de Microsoft Excel versión 15.39 Office 365, confeccionada par el estudio que comprende todas las variables a estudiar. Se realizará un análisis de tipo descriptivo de los datos obtenidos utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición.

-Verificados los supuestos correspondientes se realizará un análisis estadístico inferencial mediante pruebas paramétricas o no paramétricas con software Stata 13 (StataCorp LLC).

-Los datos obtenidos serán presentados en gráficas y tablas.

-Para relacionar los resultados de calidad de vida obtenidos medidos con OHIP-7sp y calidad de los aparatos protésicos medidos con CET se eligió una prueba no paramétrica (Pearson χ^2) con el fin de observar posibles relaciones en la percepción de calidad de vida según la calidad de los aparatos protésicos, y la relación de cada cuestionario realizado con las variables de sexo, edad, tiempo de uso de prótesis, escolaridad y previsión de los pacientes de la muestra estudiada.

RESULTADOS

1.- Características de la muestra estudiada

La muestra del estudio corresponde a 36 adultos mayores, de los cuales 26 corresponden a pacientes que ingresaron a rehabilitación protésica en el Campo Clínico Macul perteneciente a la Universidad Finis Terrae durante los años 2016 y 2017; y 10 pertenecen a adultos mayores pertenecientes al programa de prótesis removible del Cesfam Juan Carlos Baeza, Comuna de San Clemente, Región del Maule; donde el 58% corresponden a mujeres y un 44% a hombres. La edad media de la muestra fue $70,8 \pm 6.93$ años, el mayor porcentaje se concentró en el grupo de 65 a 74 años; El 64% de los encuestados pertenece al sistema de previsión Fonasa, el 19% esta afiliado a una Isapre y el 17% no posee sistema de previsión en salud. Dentro de los parámetros de nivel educacional mas de la mitad de la muestra solo obtuvo algún tipo de educación hasta el colegio (64%) de los cuales el 31% solo termino Enseñanza Básica y el otro 33% Enseñanza Media; el 19% posee una carrera técnica y solo el 17% una carrera profesional.

Tabla N°1.- Características de Género, Grupo Etario, Tiempo de uso de Prótesis, Escolaridad y Previsión de 36 pacientes portadores de prótesis totales.

<i>Variables</i>	Dimensiones	Valor (%)
Genero	Femenino	20 (56%)
	Masculino	16 (44%)
Grupo etario	60 a 64 años	9 (25%)
	65 a 74 años	15 (42%)
	75 años y más	12 (33%)
Tiempo de uso de Prótesis	6 a 23 meses	15 (42%)
	24 a 71 meses	11 (31%)
	72 meses o mas	10 (28%)
Escolaridad	Ed Básica	11 (31%)
	Ed Media	12 (33%)
	Técnico Superior	7 (19%)
	Profesional	6 (17%)
Previsión en salud	Sin Previsión	6 (17%)
	Fonasa	23 (64%)
	Isapre	7 (19%)

2.- Calidad de vida relacionada con Salud Oral (OHIP-7sp)

El promedio del índice OHIP-7sp fue 14.88 ± 5.3 , siendo 14.55 ± 5.21 para mujeres y 15.31 ± 5.37 para hombres, lo cual indica una mala calidad de vida de forma equivalente sin ser relevante el género en la percepción de la Calidad de Vida relacionada a Salud Oral.

Tabla N°2.- Media de la Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral (OHIP-7sp) según sexo de 36 pacientes portadores de prótesis totales.

<i>Género</i>	Media	Std. Dev.	Freq.
<i>Femenino</i>	14.55	5.21	20
<i>Masculino</i>	15.31	5.70	16
Total	14.88	5.37	36

Tabla N°3.- Media de la percepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral medida con cuestionario OHIP-7sp en 36 pacientes portadores de prótesis totales según Sexo, Previsión y Nivel Educativo.

Variable	Dimensión	Media	Std. Dev.	Freq.
OHIP-7sp según Género	Femenino	14.55	5.21	20
	Masculino	15.31	5.70	16
OHIP-7sp según Previsión	Sin previsión	14.21	6.12	23
	Fonasa	16.71	2.49	7
	Isapre	15.33	4.71	6
OHIP-7sp según Nivel Educativo	Ed Básica	15.272	5.9	11
	Ed Media	16	4.9	12
	Técnico	13	3.40	6
	Superior			
	Profesional	14	6.87	7

3.- Evaluación de la Calidad Protésica según Cuestionario Evaluación Técnica (CET)

Tabla N°4.- Calidad de los Aparatos Protésicos medida según Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) en 36 pacientes portadores de prótesis totales.

Categorías	Dimensión	Media	Std. Dev	Freq
Muy Baja	5±7 (0-7)	6	1	2
Baja	10±14 (8-14)	11.75	1.55	20
Moderada	15±20 (15-21)	17.07	1.18	13
Buena	22 (22-28)	22	-	1
Muy Buena	0±0 (29-36)	-	-	0

Al analizar los resultados obtenidos de la encuesta CET, se obtiene que 33 individuos correspondientes al 91.7% de la muestra se encontraron en las categorías de Baja (20) y Moderada (13), de los cuales la media para la categoría baja fue de 11.75 ± 1.55 y de la categoría Moderada 17.07 ± 1.18 ; solo el 2.77% de los pacientes está en la categoría Buena (1) y el 5.55% en Muy Baja (2) presentando una media de 6 ± 1 , la categoría Muy Buena no presentó frecuencia alguna.

Gráfico N°1.- Distribución de la Calidad de los Aparatos Protésicos según cuestionario de Evaluación Técnica (CET) en 36 pacientes portadores de prótesis totales.

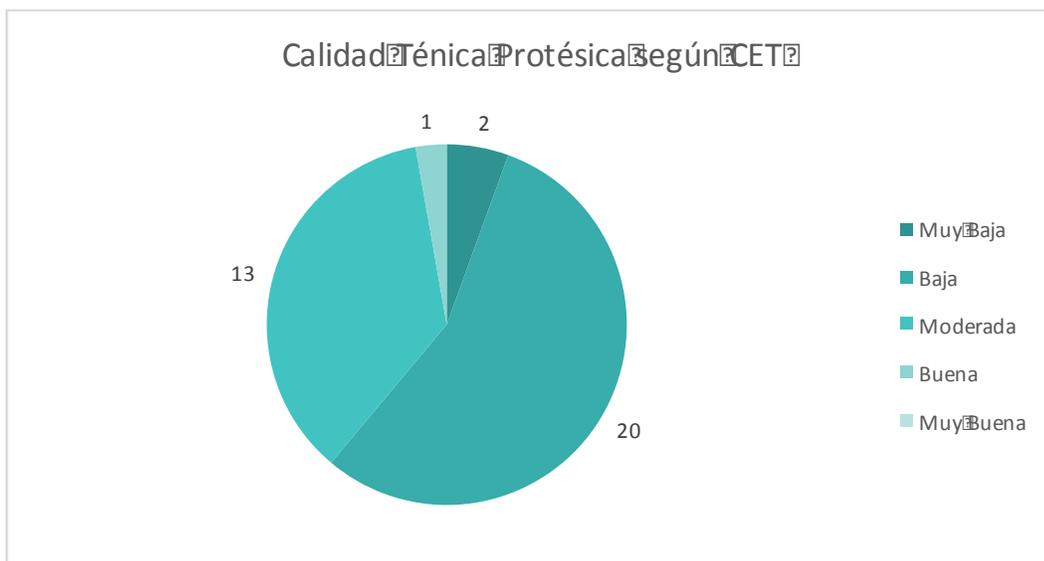


Tabla N°5.- Calidad de los Aparatos Protésicos medida con Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) según Edad y Tiempo de Uso de Prótesis en 36 pacientes portadores de prótesis totales.

CET	Tiempo uso de Prótesis		Edad		Freq.
	Media	Std. Dev	Media	Std. Dev	
Muy Baja	66	8.48	66.6	3.53	2
Baja	36.05	34.13	72.2	6.73	20
Moderada	42.15	40.73	69.8	7.5	13
Buena	24	0	64	0	1
Muy Buena	-	-	-	-	0
Total	39.58	35.49	70.80	6.93	

En la tabla se muestran los resultados obtenidos de la media de los 36 pacientes portadores de prótesis totales en relación al tiempo de uso y su edad, se puede evidenciar que el 91.7% de los pacientes pertenecientes a las categorías Baja y Moderada presentan una media de 36.05 ± 34.13 y 42.15 ± 40.73 respectivamente, al analizar la variable de la edad se ve que el mayor porcentaje de los pacientes concentrados en las categorías ya mencionadas (91.7%) presentan una diferencia baja en la media de edad, siendo 72.2 ± 6.73 para la categoría Baja y 69.8 ± 7.5 para la categoría Moderada.

Tabla N°6.- Relación de la Calidad de los Aparatos Protésicos medida con Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) según Sexo, Escolaridad y Previsión de 36 pacientes portadores de prótesis totales.

CET	Sexo		Escolaridad				Previsión		
	Femenino	Masculino	Ed Básica	Ed Media	Técnico Superior	Profesional	Sin Previsión	Fonasa	Isapre
Baja	13	7	9	3	3	5	2	13	5
	65.00	43,75	45.00	15.00	15.00	25.00	10.00	65.00	25.00
	65.00	35.00	81.82	25.00	42.86	83.33	33.33	56.52	71.43
	36,11	19,44	25.00	8.33	8.33	13.89	5.56	36.11	13.89
Buena	0	1	0.00	1	0	0	0	1	0
	0.00	6,25	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00
	0.00	100	0.00	8.33	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00
	0.00	2,78	0.00	2.78	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00
Moderada	5	8	2	7	3	1	3	8	2
	25.00	50.00	15.38	53.85	23.08	7.69	23.08	61.54	15.38
	38,46	61,54	18.18	58.33	42.86	16.67	50.00	34.78	28.57
	13,89	22,22	5.56	19.44	8.33	2.78	8.33	22.22	5.56
Muy Baja	2	0.00	0	1	1	0	1	100.00	0
	10.00	0.00	0.00	50.00	50.00	0.00	50.00	50.00	0.00
	100	0.00	0.00	8.33	14.29	0.00	16.67	4.35	0.00
	5,56	0.00	0.00	2.78	2.78	0.00	2.78	2.78	0.00
Total	20	16	11	12	7	6	6	23	7
	100	100	30.56	33.33	19.44	16.67	16.67	63.89	19.44
	55,56	44,44	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	55,56	44,44	30.56	33.33	19.44	16.67	16.67	63.89	19.44
Person $\chi^2 = 5.1110$ Pr = 0.164			Person $\chi^2 = 11.829$ Pr = 0.223				Pearson $\chi^2 = 3.6444$ Pr = 0.725		

Al obtener los resultados del cuestionario CET y realizar la prueba estadística de Pearson χ^2 , se puede inferir que la calidad de los aparatos protésicos no se correlaciona de una forma significativa con las variables analizadas, obteniendo que en relación al sexo el resultado es Pearson $\chi^2 = 5.1110$ y Pr = 0.164 lo cual no da como resultado una correlación significativa entre el género de las personas y la calidad de sus aparatos protésicos; respecto a la escolaridad de los 36 pacientes portadores de prótesis y la calidad de estas se obtiene Pearson $\chi^2 = 11.829$ y Pr = 0.223, los resultados obtenidos evidencian que la relación entre

ambas variables no es significativa, así mismo también entre los resultados CET y el tiempo de uso de prótesis con resultados de Pearson $\chi^2 = 3.644$ y $Pr = 0.725$.

Tabla N°7.- Relación entre la Calidad de los Aparatos Protésicos medida con Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) y la Calidad de Vida medida con cuestionario OHIP-7sp en 36 pacientes portadores de prótesis totales.

Indicadores CET	OHIP-7		
	Media	Std. Dev	Freq
Muy Baja	12	4.24	2
Baja	15.25	5.27	20
Moderada	15.23	5.83	13
Buena	9	0	1
Muy Buena	0	0	0
Total	14.88	5.37	36

Al analizar los resultados podemos observar que 33 individuos portadores de prótesis totales correspondientes al 91,7% de la muestra presentan un CET Baja y un OHIP-7sp de 15.25 ± 5.27 ;y CET Moderada y un OHIP-7sp de 15.23 ± 5.83 , dentro de la categoría CET Muy Baja y OHIP-7sp se obtiene $12 \pm 4,24$; al analizar la categoría CET Buena y OHIP-7sp, correspondiente solo al 2.77% de la muestra, el resultado es 9 ± 0 .

DISCUSIÓN

La tendencia al envejecimiento de la población mundial ha deparado un nuevo desafío para los profesionales de la salud. La gente está envejeciendo y aumentando su expectativa de vida y no por eso los tratamientos propuestos ni su calidad de vida ha mejorado.

Se ha demostrado que la mayoría de los adultos mayores tienen problemas de fonoarticulación, trastornos del sueño, dolor, dificultades al comer y problemas en la relaciones sociales a causa de una deficiente rehabilitación protésica lo cual influye directamente en la calidad de vida de los individuos,

El uso de la encuesta OHIP-7sp, como material de apoyo para determinar el nivel de percepción de calidad de vida relacionada con salud oral de pacientes adultos mayores es de vital importancia ya que facilita la determinación y resultados cuantificables de esta. Además abarca las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral: limitación de la función, dolor físico, disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventaja.

Con respecto al uso del Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) de los aparatos protésicos es de gran utilidad para el odontólogo, ya que permite analizar y clasificar de forma objetiva los aparatos protésicos que son portados por el paciente, sean realizados bajo su confección u de otro profesional del área, al analizar puntos tan importantes como la retención y soporte de las prótesis, como el estado de las zonas de alivio, márgenes y bordes; los cuales dependiendo su magnitud y causa pudiesen ser corregidos e incrementar de cierta forma la calidad de los aparatos deficientes.

Numerosos estudios asocian la calidad de vida con el estado de salud oral, sin embargo, no se indaga de forma más profunda que es lo determinante dentro de la salud oral que hace ver la calidad de vida disminuida.

El análisis de nuestro estudio no indican una mayor correlación u significancia entre las variables estudiadas y los resultados de las encuestas, sin embargo se encontraron datos importantes al relacionar los resultados de ambas encuestas pudiéndose inferir que al presentar una baja calidad protésica (puntajes mayores en la encuesta CET Baja y Moderada) la percepción de la calidad de vida es mala (puntajes mayores en OHIP-7sp Mala Calidad) con una media de 15.25 ± 5.27 y 15.23 ± 5.83 respectivamente, a su vez al obtener un bajo puntaje en la encuesta CET lo que indica una buena calidad protésica, también se obtiene una mejora en la percepción de la calidad de vida siendo la media de 9 ± 0 .

Estos datos se asemejan al trabajo de M. Andipiappan (69) en el que se analizó la calidad de vida los pacientes utilizando el cuestionario OHIP-14 para ver los efectos *techo* y *piso* al momento de contestar, al no encontrar una variación significativa en el género ni la edad de los pacientes según su relación con la percepción de Calidad de Vida relacionada a Salud Oral, en este estudio el 41.1% eran hombres y el 58.9% mujeres de una muestra de 360 pacientes, estadísticamente no hay una correlación significativa o relevancia estadística según sexo y edad de los pacientes en su percepción de calidad de vida.

En otro estudio en el cual se analizan las múltiples variables usando OHIP-14 entre la satisfacción dental y la salud oral de los pacientes (70) se obtuvo que de 485 pacientes de la muestra, la edad media de los encuestados fue de 43.5 años, 54.6% eran mujeres y 41.2% poseía educación profesional, obteniendo que la mediana de los resultados para DVSS fue de 48 entre el rango 10-50 y para OHIP 3.0 (rango 0-56), se demostró que las mujeres estaban más satisfechas que los

hombres ($p \leq 0.01$) y los pacientes mayores a 50 años estaban más satisfechos que los más jóvenes ($p \leq 0.05$) (70) resultados que no coinciden completamente con los obtenidos en nuestra investigación la cual no demuestra una correlación significativa de los pacientes según su sexo, educación o edad, pudiese deberse a la diferencia en los tamaños de las muestras estudiadas, siendo la de este estudio mayor en número que la de nuestro trabajo; dentro de los resultados en percepción de calidad de vida según las variables mencionadas solo el 31% dice percibir una buena calidad de vida en relación a su salud oral, resultado estadísticamente bajo y preocupante lo cual estaría en concordancia con los resultados obtenidos en nuestro estudio, que al obtener una mala salud oral, en nuestro trabajo relacionado a la calidad de las prótesis removibles, la percepción de calidad de vida en general se ve disminuida por los datos ya presentados.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, luego de aplicada la metodología, podemos señalar que:

- La calidad de vida de pacientes edéntulos portadores de prótesis total superior e inferior mediante la encuesta OHIP-7Sp determinó que la variable del género no era relevante al momento de evaluar la calidad de vida, y que la variable según previsión demostró que de los pacientes encuestados es frecuente el no poseer Fonasa e Isapre, siendo menor los que no poseen previsión alguna.
- La Calidad Técnica Protésica obtenida mediante el examen clínico de las prótesis en uso obtenido determinó que el 55,5% de los individuos presentan una Baja Calidad en sus prótesis, el 36,11% Moderada calidad, el 5,50% Muy Baja Calidad, el 2,77% Buena Calidad y 0% Muy Buena Calidad, al buscar alguna correlación estadística significativa entre la calidad técnica de las prótesis y el sexo de los individuos no se evidenció una correlación significativa siendo de $X^2= 5.11$ y $p=0.164$, al evaluar la calidad protésica y la escolaridad de los individuos de la muestra se obtuvo $x^2= 11.82$ y $p=0.223$, resultados que infieren una correlación no importante entre ambas variables; Al ver la correlación entre la calidad de las prótesis y la previsión de los individuos se determinó un $x^2= 3.644$ y $p=0.725$, lo cual tampoco demuestra una relación significativa entre ambas variables. Se puede inferir que los resultados de esta muestra no presentan una mayor correlación entre variables, lo que pudiese deberse al tamaño de la muestra.
- Se puede inferir que al analizar ambas encuestas (OHIP-7sp y CET) existe algún tipo de relación entre la calidad protésica y la calidad de vida, sobretodo al determinar que la media de la encuesta OHIP-7sp en relación

a la Baja Calidad protésica fue de $15.25\pm$, de $15.23\pm$ para la calidad Moderada y $12\pm$ para Muy Baja Calidad. No se obtuvieron individuos para la clasificación de Muy Buena Calidad protésica.

- Las encuestas CET y OHIP-7sp son pruebas útiles y de metodología de aplicación simple, con las cuales es posible realizar un diagnóstico del elemento protésico al evaluar su calidad y la calidad de vida percibida respecto a la Salud Oral de los pacientes. Por lo que su aplicación en pacientes portadores de prótesis totales, permitiría evidenciar el estado de los pacientes referente a su calidad de vida en relación al estado de sus aparatos protésicos lo cual ayudaría a realizar mejores planes de tratamientos e incrementar la calidad de las prótesis que se obtienen mediante una mejor planificación de este tratamiento.

Nota del autor: se sugiere controlar a estos pacientes en el tiempo y realizar sus controles periódicos al año y volver aplicar la encuesta CET y OHIP-7sp, de manera que pueda ser medible un posible deterioro de esta calidad de vida perdida en relación con la pérdida de calidad/efectividad de los aparatos protésicos, y realizar una relación entre ambas variables nuevamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Locker D, Quiñonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? Community Dent. Oral Epidemiol. 2011; 39(1):3-11
2. WHO IRIS: International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976 [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>
3. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Rev Dent Chile. 2005; 96(2):28-35.)
4. Ramos M, Hidalgo S, Rodríguez M, Lorenzo G, Díaz SM. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]. 2014 [citado 2017 Sep 20];9(5):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2939>
5. Bellamy C.I., Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Oct 26] ; 30(4): 195-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es.
6. Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Dic [citado 2017 Oct 26]; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es

7. Pennacchiotti G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados [Tesis Pregrado]. Santiago: Dpto. de Investigación de la Universidad de Chile, 2006
8. Lajes M, Aúcar J, Cardoso I, Gómez D, María S. Influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes. Humanidades Médicas. diciembre de 2014;14(3):615-28).
9. Botero de Mejía B, Pico M. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2007 Nov [cited 2017 Oct 26]; 12(1): 11-24. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en
10. Petersen P, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people-call for public health action. Community Dent Health 2010; 27 (4 Suppl 2): 257-67.
11. León S, Giacaman R. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Nov 24]; 144(4): 496-502. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000400011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400011>
12. Moya P, Tapia E, Caro JC, Otero JM, Toro CI. Calidad de vida relacionada con salud oral en adultos ingresados a rehabilitación protésica. Universidad Finis Terrae. Rev Dent Chile, 2015; 106 (3) 12-15
13. Splieth C, Meller C. Importancia de Medidas Preventivas en el Adulto Mayor. Rev. Clin Dent Chile 2003; 94 (1): 8 -12.
14. Araneda J, Rochefort C, Matas J, Jimenez LF. Prioridad para el adulto mayor que utiliza prótesis removible ¿estética o función? Estudio realizado

- en pacientes adultos mayores que concurren a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Rev. Dent. Chile. 2009; 100 (2) 14-22
15. DEIS [Internet]. Deis.cl. 2017 [cited 7 December 2017]. Available from: <http://www.deis.cl>
 16. Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral 2009;2(3):161-6.
 17. Goyano A, Olivera L, Michea C, Aránguiz S. Alteraciones de la masticación en usuarios de prótesis dental removible. Revisión Sistemática. Rev. CEFAC. 2015 Jul-Ago; 17(4):1319-1326
 18. Lolas F. Salud Mental, Bioética: Interfaces Dignas de Análisis. Acta bioeth. [Internet]. 2009 Nov [citado 2017 Nov 24]; 15(2): 137-138. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000200001>.
 19. Matas J; Rochefort C. ¿Quién es el adulto mayor? Revista de la facultad de odontología de la Universidad de Chile. JulioDiciembre de 1995;13(2):27-30.
 20. Araneda J, Rochefort Ch, Matas J, Jimenez L. Prioridad para el adulto mayor que utiliza prótesis removible ¿estética o función? Estudio realizado en pacientes adultos mayores que concurren a la facultad de Odont. de la U. de Chile. Rev Dent Chile. 2009;100 (2) 14-22.
 21. Friedlander A, Norman D. Late-life Depression: Psychopathology, medical interventions and dental implications Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94(4): 404-12.
 22. Rodríguez M, Arpajón Y, Herrera I. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2017 Nov 23]; 15(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007&lng=es.

23. Desai R, Durham J, Wassell R, Preshaw P, Does the mode of administration of the Oral Health Impact Profile-49 affect the outcome score?. *Journal Of Dentistry*. 2014 Jan; 42(1): 84-89.
24. González J. Impacto de la Rehabilitación con Sobredentadura Mandibular Implantoasistida Sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal, Medida con OHIP-49Sp [Tesis Pregrado] Santiago: Dpto. de Investigación de la Universidad de Chile; 2011.
25. Salazar B. Rehabilitación Protésica Provisional Total Removible. *Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología*. 1:20, 12:23, 2013
26. Carvajal C, Sarmiento M. Determinación de la Relación entre Satisfacción Derivada de la Rehabilitación Protésica y su Calidad Técnica. [Tesis Pregrado] Santiago, Facultad de Odontología Universidad de Chile, 2003
27. Al-Omiri MK, Karasneh J. Relationship between oral health-related quality of life, satisfaction, and personality in patients with prosthetic rehabilitations. *J Prosthodont*. 2010;19(1):2-9
28. Sánchez A, Sánchez M, Serrano B. Principios Biomecánicos en el diseño de prótesis completas, Facultad de Odontología U.C.M. Madrid. *Revista Gaceta Dental*. 16. Mar. 2009; 210:12-18.
29. Winkler S. El paciente geriátrico de prótesis total. En: Bultón Fenández, Velasco Ortega. *Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral*. Madrid: Convención Editorial I. M.; 1996. pp. 632-48.
30. Restsch A, Mojan P. The orodental situation of aged patients hospitalized at the Hospital Geriatric of Genova. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 1995;105(12):1523-8
31. Sharry J. Prótesis de dentadura completa: serie III. Vol 24. La Habana: Científico Técnica, 1990
32. Havelle CIB, Foster TD. A cross sectional study into ages changes of the human dental arch. *Arch Oral Biol* 1969; (1):632-48.
33. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 2002;8:218-23

34. García-Pola M, Martínez A, García J, González M. Risk factors for oral soft tissue lesions in adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:277-85
35. Pires F, Santos E, Bonan P, De Almeida O, Lopes M. Denture stomatitis and salivary *Candida* in Brazilian edentulous patients. *J Oral Rehabil* 2002;29:1115-9
36. Ceballos A, Delgado W, Gándara P. Micosis bucales. En: Ceballos Salobreña A, Bullón Fernández P, Gándara Rey JM, Chimenos Küstner E, Blanco Carrión A, Martínez-Sahuquillo Márquez A, García García A. *Medicina Bucal Práctica*. Santiago de Compostela: Danú, 2000:144-5
37. Lazarde J. Estomatitis Subprotésica. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2017 Dic [citado 2017 Dic 2017]; 39(3): 9-17. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300003&lng=es
38. Del Sagrado Corazón M, Recio A, Lama E, Hernández S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Revista ADM* [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited October 16, 2017]; 71(5): 221-225. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145d.pdf>
39. Carranza F, Takei H, Newman M. *Periodontología Clínica*. 9^a.ed. México: Mc Graw Hill; 2002.
40. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. España: Harcourt-Mosby. pp. 366-367.
41. Macedo L, Dias J, Antonio L. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. *Quintessence Int*, 2005; 36: 825-829
42. Espinosa Z, Loza H, Mondragón B. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos: Informe preliminar. *Cir Ciruj*, 2006; 74(003): 153-157

43. Rodríguez A, Sacsquispe S. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*, 2005; 15(2): 139-144.
44. Martori E, Ayuso-Montero R, Martínez-Gomis J, Viñas M, Peraire M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population *J Prosthet Dent* 2014;111:273-9
45. Martori E, Ayuso-Montero R, Martínez-Gomis J, Viñas M, Peraire M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population *J Prosthet Dent* 2014;111:273-9
46. Coelho C, Zucoloto S, Lopes R. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont* 2000;13:148-51.
47. Coelho C, Sousa Y, Daré A. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil* 2004;31:135-9.
48. Lai Y, Chen Y, Lee S, Shieh T, Hung SL Cytotoxic effects of dental resin liquids on primary gingival fibroblasts and periodontal ligament cells in vitro. *J Oral Rehabil*, 2004;31:1165-72
49. Moharamzadeh K, Van Noort R, Brook I, Scutt A. Cytotoxicity of resin monomers on human gingival fibroblasts and HaCaT keratinocytes. *Dent Mater* 2007;23:40-4
50. Gómez-Segura J, Caballero S, Moreno V, Prieto MJ, Bosch A. Palladium(II) binding to N(7) of acyclovir: DNA interaction and herpes simplex virus (HSV-1) inhibitory activity. *J Inorg Biochem* 2008 Nov 1. [Epub ahead of print].
51. Sobolewska E. Comparative analysis of tissue reaction to acrylic resin materials in studies on Wistar strain rats. *Ann Acad Med Stetin* 1999; 45:253-64
52. Angus W, Jimmy G. Oral Health and nutrition in older people. *Journal of public Health dentistry*. 2000; 60(4): 304-7

53. Machado A, Chacana L, Michea C. Alteraciones de la Masticación en Usuarios de Prótesis Dental Removible. Rev. CEFAC. 2015 Jul-Ago; 17(4):1319-1326
54. Von Marttens. Experiencia y signi cado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Rev. Clín. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral [Internet]. 2010 [acceso en 2014Jun 12]; 3(1):27-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000100005>
55. Hu X , Lin Y , Hunold C , Nelson K. Fundamentos de la fonética china estándar para la odontología protésica. J Prosthodont. 2013 ago; 22 (6): 484-9
56. Lucas L, Gennari F, Goiato M, Dos Santos D, Moreno A, Falcón-Antenucci R. Estética en prótesis removibles. Rev Cubana de Estomatol. 2010;47(2):224-35
57. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. Rev Clin Med Fam. 2012;5:9-16.
58. Mesas A, Andrade S, Cabrera M, Bueno V. Oral health status and nutritional deficit in noninstitutionalized older adults in Londrina. Brazil Rev Bras Epidemiol. 2010;13:434-45.
59. Garay S, Avalos R. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. Revista Kairós, São Paulo, 12(1) 2009, pp. 39-58
60. McLeod C, Fields HW, Hechter F, Wiltshire W, Rody W Jr, Christensen J. Esthetics and smile characteristics evaluated by laypersons. Angle Orthod. 2011;81:198-205
61. Orrego-Ramirez C, Meza-Fuentealba C, Vergara C, Lee-Muñoz X, Schleyer N. Percepción estética del paciente desdentado comparada con la opinión de expertos. Rev. Clin. Periodoncia Implantol Rehabil. Oral. 2016; 9(1): 54-58.

62. Cantoni A, Castro A, Carraneo JM. Revisión de los Conceptos Clásicos de la Biomecánica de la Prótesis Parcial Removible. Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires. Argentina; 2013.
63. Rubilar O, Jiménez LF, Rochefort C. Retención y Estabilidad de bases protésicas superiores obtenidas a partir de dos técnicas de impresión utilizadas en la rehabilitación de desdentados totales con prótesis convencional. Rev Dent Chile 100(1), 4-12. 2009
64. Almeida E, Silva E, Falcón R, Freitas A. Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Rev Estomatol Herediana. 2007; 17(2):104-7
65. Lang B. Complete denture occlusion. Dent Clin North Am. 2004; 48(3):641-65
66. Lauzardo G, Muguercia D, Gutiérrez M, Áreas O, Quintana M. La sobredentadura, una opción válida en Estomatología. Rev Cubana Estomatol. [periódico en la Internet]. 2003; 40(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000300004&lng=es&nrm=iso.
67. Bortolotti L. Impresiones Primarias en Protésis removible clásica e innovaciones. Colombia: Amolca; 2006. p. 13-22
68. León S, Correa-Beltrán G, J De Marchi R, Giacaman R. Ultra-short versión of the oral health impact profile in elderly Chileans. Geriatr Gerontol Int. 2017; 17:277-285
69. Andiappan M, Hughes F, Dunne S. Adjusting the Oral Health Related Quality of Life Measure (Using Ohip-14) for Floor and Ceiling Effects. Journal Of Oral Health & Community Dentistry [serial on the Internet]. (2015, Sep), [cited December 5, 2017]; 9(3): 99-104. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=116581331&lang=es&site=ehost-live>
70. Ayala-Luis J, Johansson V, Sampogna F, Axtelius B, Söderfeldt B. A multivariable analysis of patient dental satisfaction and oral health-related quality-of-life. A cross-sectional study based on DVSS and OHIP-14. Acta

- Odontologica Scandinavica [serial on the Internet]. (2014, Apr), [cited December 5, 2017]; 72(3): 187-193. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=94953693&lang=es&site=ehost-live>
71. Rivera C, Arenas-Márquez M. Gerodontology: effects of ageing on the oral mucosa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2017 Abr [citado 2017 Dic 12]; 10(1): 9-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072017000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072017000100009>
72. Carlsson GE. Responses of jawbone to pressure. Gerodontology. 2004;21(2):65-70.
73. Andrés-Veiga M, Barona-Dorado C, Martínez-González MJ, López-Quiles-Martínez J, Martínez-González JM. Influence of the patients' sex, type of dental prosthesis and antagonist on residual bone resorption at the level of the premaxilla. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012 Jan 1;17(1):e178-82
74. Horowitz R, Holtzclaw D, Rosen PS. A review on alveolar ridge preservation following tooth extraction. J Evid Based Dent Pract. 2012 Sep;12(3 Suppl):149-60. [citado 2017 Dic 12] Available from: [doi: 10.1016/S1532-3382\(12\)70029-5](https://doi.org/10.1016/S1532-3382(12)70029-5).
75. Darby I, Chen S, De Poi R. Ridge preservation: what is it and when should it be considered. Aust Dent J. 2008 Mar;53(1):11-21
76. Huuononen S, Haikola B, Oikarinen K, Söderholm AL, Remes-Lyly T, Sipilä K. Residual ridge resorption, lower denture stability and subjective complaints among edentulous individuals. J Oral Rehabil. 2012 May;39(5):384-90

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta Cuestionario Evaluación Técnica (CET)

Lugar: Fecha: N°:

.....

Nombre del Paciente:

.....

Examinador:.....

..

Nº	Pregunta	Respuestas	Marque con una (x) lo que corresponda
01	La oclusión	Correcta (1)	Incorrecta (0)
	Estética	Si (1)	No (0)
02	Línea de la Sonrisa		
03	Color, Forma, Tamaño		
	Polvo Adhesivo	Si (0)	No (1)
04	Superior		
05	Inferior		
	La extensión de límites posteriores	Adecuado (1)	Corto o Extendido (0)
06	Superior		
07	Inferior		
	Límite Vestibular	Adecuado (1)	Corto o Extendido (0)
08	Superior		
09	Inferior		

10	Límite Lingual	Adecuado (1)	Corto o Extendido (0)
	Respuesta a Fuerzas Intrusivas	Buena (1)	Mala (0)
11	Superior		
12	Inferior		
	Respuesta a Fuerzas Extrusivas	Buena (1)	Mala (0)
13	Superior		
14	Inferior		
	Estabilidad (Sin Movimiento)	Si (1)	No (0)
15	Superior		
16	Inferior		
17	Control Lingual	Si (1)	No (0)
	Adaptación de Retenedores	Si (1)	No (0)
18	Superior		
19	Inferior		
	Zona de alivio Tejido Blando	Si (1)	No (0)
20	Superior		
21	Inferior		
	Zona de alivio Tejido Duro	Si (1)	No (0)
22	Superior		
23	Inferior		
	Márgenes o bordes de prótesis se presentaban	Uniformes de 2 mm Aprox (1)	Muy Gruesos o Delgados (0)
24	Superior		
25	Inferior		
	Márgenes o bordes de prótesis se presentaban	Romo (1)	Filoso (0)
26	Superior		
27	Inferior		

	Superficie de Acrílico	Lisa (1)	Irregular (0)
28	Superior		
29	Inferior		
	Presencia de Estomatitis	Si (0)	No (1)
30	Superior		
31	Inferior		
	Presencia de Úlceras	Si (0)	No (1)
32	Superior		
33	Inferior		
	Presencia de Hiperplasias	Si (0)	No (1)
34	Superior		
35	Inferior		
36	Secreción salival	Mucosas Hidratadas (1)	Mucosas No Hidratadas (0)

Anexo nº2 Puntajes para Cuestionario Evaluación Técnica (CET)

Nº	Pregunta	Puntaje
1	Oclusión	1
2	Estética (Línea de la Sonrisa)	1
3	Estética (Color, Forma, Tamaño)	1
4	Polvo Adhesivo Superior	1
5	Polvo Adhesivo Inferior	1
6	Extensión Límites Posteriores Superior	1
7	Extensión Límites Posteriores Inferior	1
8	Límite Vestibular Superior	1
9	Límite Vestibular Inferior	1
10	Límite Lingual	1
11	Respuesta a Fuerzas Intrusivas Superior	1
12	Respuesta a Fuerzas Intrusivas Inferior	1
13	Respuesta a Fuerzas Extrusivas Superior	1
14	Respuesta a Fuerzas Extrusivas Inferior	1
15	Estabilidad Superior	1
16	Estabilidad Inferior	1
17	Control Lingual	1
18	Adaptación Retenedores Superior	1
19	Adaptación Retenedores Inferior	1
20	Zona Alivio Tejido Blando Superior	1
21	Zona Alivio Tejido Blando Inferior	1
22	Zona Alivio Tejido Duro Superior	1

23	Zona Alivio Tejido Duro Inferior	1
24	Márgenes o Bordes (Uniformes/Gruesos-Delgados) Superior	1
25	Márgenes o Bordes (Uniformes/Gruesos-Delgados) Inferior	1
26	Márgenes o Bordes (Romo/Filoso) Superior	1
27	Márgenes o Bordes (Romo/Filoso) Inferior	1
28	Superficie de Acrílico Superior	1
29	Superficie de Acrílico Inferior	1
30	Presencia de Estomatitis Superior	1
31	Presencia de Estomatitis Inferior	1
32	Presencia de Úlceras Superior	1
33	Presencia de Úlceras Inferior	1
34	Presencia de Hiperplasias Superior	1
35	Presencia de Hiperplasias Inferior	1
36	Secreción Salival	1
Total		36

Anexo N°3: Instructivo CET

Este instructivo ha sido desarrollado para facilitar la completación del formulario C.E.T. por parte de los examinadores. En el encontrará indicaciones sobre como evaluar aspectos técnicos de las prótesis totales o parciales que esté utilizando el paciente. Para su completación necesitará guantes, instrumental de examen, e iluminación adecuada y un lápiz.

01. La oclusión. En un paciente totalmente desdentado, portador de prótesis totales se considerará correcta la oclusión balanceada para examinar la oclusión, se le indicará al paciente que ocluya suavemente con los dientes posteriores varias veces. Se considerará **correcta**, si vuelve consistentemente a la posición intercuspal. Se considerará **incorrecta**, cuando los contactos sean desiguales, no se retorne a la posición intercuspal o se produzcan deslizamientos.

Para pacientes portadores de prótesis parciales se considerará correcta la oclusión, si se logra una máxima intercuspidad y no existan interferencias en las literalidades y en protrusiva. Se considerará incorrecta la oclusión cuando no exista un buen engranaje dentario o interferencias oclusales evidentes.

Nota: En ambos pacientes debe estar en posición postural normal, no con la cabeza reclinada.

02. Estética: Línea de la sonrisa. En desdentados totales, la examinaremos solicitando al paciente que sonría, al realizar esta acción el operador observará si muestraacrílico rosado de la base protésica, si esta condición se cumple debe

anotar **No**; si solamente observa la línea blanca de la dentadura artificial debe anotar **Si**.

03. Estética: Forma – Tamaño y Color. En pacientes desdentados parciales, examinaremos estos aspectos comparando la forma, tamaño y color de los dientes artificiales con los dientes naturales. Cuando estos parámetros coincidan y las estructuras naturales sean semejantes a las artificiales, deberá anotar **Si**. Cuando observe la discrepancia entre las estructuras naturales y las artificiales deberá anotar **No**.

04. Polvos Adhesivos Superior. En pacientes desdentados totales y parciales, se debe considerar la utilización de estos adhesivos, su presencia debe ser anotado como **Si**. En el caso de estar ausentes se debe anotar **No**.

05. Polvos adhesivos Inferior. En pacientes desdentados totales y parciales, se debe constatar la utilización de estos adhesivos, su presencia debe anotarse como **Si**. En el caso de estar ausente se debe anotar **No**.

Nota importante. La presencia de estos polvos adhesivos en la superficie interna de cualquier tipo de prótesis, es capaz de alterar el resultado de buena parte de los antecedentes que pretende medir esta encuesta. Por lo tanto, deberán ser retirados y luego de limpiar adecuadamente el artefacto protésico debe colocarse en boca para continuar la prueba.

06. Extensión de límite posterior superior. En pacientes desdentados completos lo examinaremos trazando una línea recta imaginaria de surco hamular a surco hamular. La

prótesis será considerada con el límite posterior **adecuado** si su extensión coincide con esta línea, se considerará corto si se encuentra a más de un centímetro de esa línea imaginaria y extendido si supera de este límite. En el caso de los pacientes portadores de prótesis parciales considerar la relación con sus piezas pilares. Este será **adecuado** si se presenta un contacto armónico con los pilares posteriores, se considerará **corto** si existe un espacio entre el acrílico de la prótesis y los pilares posteriores, y **extendido** si el acrílico sobrepasa la anatomía de las piezas pilares posteriores.

07. Extensión de límite posterior inferior: La extensión posterior de la dentadura mandibular está determinada por el cubrimiento de la papila piriforme. En el caso de pacientes portadores de prótesis completas se considerará **adecuado** si la cubre por completo. Corto si no la cubre o la cubre parcialmente y extendido si llega más allá de la papila piriforme.

En el caso de los pacientes portadores de prótesis parciales mandibulares, la extensión del límite posterior considerará la relación con sus piezas pilares. Este será **adecuado** si se presenta un contacto armónico con los pilares posteriores, se considerará **corto** si existe un espacio entre el acrílico de la prótesis y los pilares posteriores, y **extendido** si el acrílico sobrepasa la anatomía de las piezas pilares posteriores.

08. Límite vestibular superior. En el caso de pacientes desdentados totales o parciales el límite vestibular se considerará **adecuado** si está en la línea de reflexión de los tejidos al traccionar la mejilla, corto si se encuentra alejado de la línea de reflexión y **extendido** si está francamente más allá de dicha línea. El límite vestibular superior en caso de prótesis parciales con piezas pilares posteriores y anteriores se considerará **adecuado**, aunque el acrílico no llegue a la zona de reflexión de los tejidos.

09. Límite vestibular inferior: En el caso de pacientes desdentados totales o parciales el límite vestibular se considerará **adecuado** si está en la línea de reflexión de los tejidos al traccionar la mejilla, **corto** si se encuentra alejado de la línea de reflexión y **extendido** si está francamente más allá de dicha línea.

10. Límite lingual: Para los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas inferiores, hay que solicitarle al paciente que ubique la punta de la lengua en la zona anterior de la bóveda palatina en apertura máxima. Se considerará **adecuado** si la prótesis no se desplaza de su lugar fácilmente, **corto** si queda la prótesis en su lugar y se encuentra francamente alejada del piso de la boca y **extendido** si se desprende de forma inmediata.

Respuesta a fuerzas intrusivas (soporte): El soporte es la resistencia que ofrece una dentadura artificial a los componentes verticales de la masticación y a las fuerzas oclusales y de otros tipos aplicadas en dirección del asiento basal.

11. Superior: En pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas se observarán los movimientos de bamboleo o báscula que experimenten las prótesis al aplicar fuerzas intrusivas leves utilizando alternativamente los dedos pulgares del operador en las superficies oclusales de los dientes artificiales. Se considerará **buena** cuando no se presenta ningún tipo de báscula y **mala** cuando se presenta una báscula franca en ambos lados.

12. Inferior: En los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas se observarán los movimientos de bamboleo o báscula que se produzcan al aplicar fuerzas intrusivas leves utilizando alternativamente los dedos índices del examinador en las superficies oclusales de los dientes de la prótesis inferior. Se considerará **buena** cuando la prótesis no presente ningún tipo de bascula y **mala** cuando se presenta una báscula franca en ambos lados.

Respuesta a fuerzas extrusivas (retención): La retención de una dentadura artificial, es la resistencia que ofrece frente a fuerzas extrusivas o de desalajo.

13. Superior: En los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas, se debe solicitar que abra la boca, y utilizando el examinador sus dedos índice y pulgar en forma de pinza traccionará suavemente la prótesis aplicando la fuerza a nivel de los premolares. Se observará y se anotará como **buena** si hay una alta resistencia al desalajo y **mala** si se desaloja fácilmente al aplicar la fuerza.

14. Inferior: A los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas, se les solicitará que abra levemente su boca y realice suaves movimientos con su mejilla y lengua. El examinador constatará con sus dedos, si la prótesis inferior está en su lugar o ha sido desplazada. Se registrará como **buena** si la prótesis ha permanecido en su sitio y se considerará como **mala** si la prótesis ha sido desplazada de su sitio en forma inmediata.

Estabilidad: Es la propiedad que posee las prótesis de permanecer constantes en su posición cuando es sometida a fuerzas rotacionales y se refiere principalmente a la resistencia contra los movimientos y fuerzas horizontales que tienden a alterar la relación entre la base de la dentadura y su estructura de soporte en una dirección horizontal o giratoria.

15. Superior: A los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas, el examinador le solicitará que abra su boca y utilizando su dedo pulgar e índice, formando una pinza se apoyará en la región premolar de los dientes artificiales. Luego se debe aplicar una fuerza rotacional paralela al plano oclusal se considerará como Si un desplazamiento de la línea media de cinco milímetros o menos y No un desplazamiento mayor a cinco milímetros.

16. inferior: En los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas, el examinador debe colocar su dedo índice y pulgar en la región incisiva y con la lengua en posición relajada se debe tratar de movilizar en sentido antero posterior. Se anotará como **Si** la inexistencia de movimientos y **No** la evidente movilidad.

17. Control lingual: Se le indicará al paciente que apriete suavemente. En esta posición se debe consultar al paciente en qué posición ha quedado su lengua. Se anotará como **SI, si** el paciente relata que su lengua queda en contacto con el paladar y se anotará como **No**. cualquier otra posición, especialmente si el paciente relata que su lengua está estabilizando su prótesis.

Adaptación de los retenedores: El retenedor circunferencial está diseñado de tal forma que los dos tercios oclusales de él queden sobre el ecuador protésico sin interferir con la oclusión y el tercio terminal bajo el ecuador protésico accediendo con su extremo al socavado retentivo. El retenedor a barra está diseñado de manera tal en que el acceso al área retentiva es por cervical y el tercio terminal de su extremo debe ubicarse en el socavado retentivo.

18. Superiores: Los retenedores de la prótesis superior deben seguir el diseño realizado en el diente pilar, acceder con el tercio terminal al socavado retentivo determinado, quedar adaptados a la superficie dentaria y levemente separados de los tejidos blandos y con la terminación de la retención de características y longitud adecuada. De acuerdo a estas características clínicas, se debe anota **Si o No.**

19. Inferiores: En la mandíbula debe seguir el diseño en el diente pilar, acceder con el tercio terminal al socavado retentivo determinado, quedar adaptado a la superficie dentaria y levemente separado de los tejidos blandos y con la terminación de la retención de características y longitud adecuada. De acuerdo a estas características clínicas se debe anotar **Si o No.**

Zona de alivio tejido blando, duro.

20-22. Superior: Tanto en los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas, se considerarán como **Si**, si están aliviadas zonas de tejidos blandos como frenillos, duros como torus y cómo **No**, si alguna de estas zonas está comprometida, presencia de molestias por el paciente y zonas ulceradas.

21-23. Inferior: En los pacientes portadores de prótesis totales y parciales acrílicas se considerarán como **Si**, si están aliviadas zonas de tejidos blandos como frenillos, duros como torus y se considerara como **No**, si alguna de estas zonas está comprometida, presencia de molestias por el paciente y zonas ulceradas.

Márgenes o bordes de la prótesis.

24.Superior: Consignar características según corresponda. Grosor de 2mm. aproximados o Muy delgado o muy grueso.

25.Inferior: Consignar características según corresponda. Grosor de 2mm. Aproximados o Muy delgado o muy grueso.

26.Superior: Consignar características según corresponda. Romo o filoso.

27.Inferior: Consignar características según corresponda. Romo o filoso.

Superficie de acrílico.

28.Superior: Consignar características según corresponda. Lisa o irregular

29.Inferior: Consignara características según corresponda. Lisa o Irregular.

Presencia de estomatitis.

30.Superior: Observar la mucosa verificando si existe lesión inflamatoria localizada o difusa, con puntos hiperémicos o lesión inflamatoria de tipo granular o papilomatosa, esto es muy evidente en la zona palatina (presente **Si**, ausente **No**)

31.Inferior: Observar la mucosa verificando si existe lesión inflamatoria localizada o difusa, con puntos hiperémicos o lesión inflamatoria de tipo granular o papilomatosa. Consignar **Si o No**.

Presencia de Úlceras.

32.Superior: Observar la presencia de úlceras o zonas enrojecidas.

33.Inferior: Observar la presencia de úlceras o zonas enrojecidas, consignar **Si o No**.

Presencia de Hiperplasia si, no.

34.Superior: Observar la presencia de ellas, o como hoja de libro.

35.Inferior: Observar la presencia de ellas o como hoja de libro, consignar **Si o No**.

36.Secreción Salival: En pacientes total y parcialmente desdentados, se debe constatar la presencia de saliva que permita lubricar los tejidos duros y blandos. Si encuentra una secreción de saliva adecuada y presencia de mucosas y lengua lubricada lo anotará como **Si**. Si existe escasa secreción salival, mucosas y lengua secas, lo anotará como **No**.

Anexo 4: OHIP-7Sp

Preguntas OHIP-7Sp		Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuente Mente	Siempre
1	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo, debido a alimentos o líquidos fríos?					
3	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?					
4	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
5	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
6	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
7	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
Total =						
Nunca= 0; Casi Nunca= 1; Algunas veces=2 ; Frecuentemente= 3; Siempre= 4.						

Anexo N°5: Identificación Paciente

- Lugar:
- Nombre:
- Sexo:
 - Masculino: 0
 - Femenino: 1
- Edad:
 - 60-64 años: 0
 - 65-74 años: 1
 - 75- y más: 2
- Tiempo uso de prótesis:
 - 6 a 23 meses: 0
 - 24 a 71 meses: 1
 - 72 meses o más: 2
- Nivel Educativo:
 - Educación Básica: 0
 - Educación Media: 1
 - Técnico Superior: 2
 - Profesional: 3
- Previsión:
 - Sin Previsión: 0
 - Fonasa: 1
 - Isapre: 2

Anexo N°6: Declaración de Consentimiento Informado



Documento de Consentimiento Informado

Nombre del Estudio: “Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con el Estado de los Aparatos Protésicos en Pacientes Desdentados Totales”.

Investigador responsable: Dr. Julio Huerta Fernández

Teléfono: +56975875689

Correo electrónico: julioehuerta@gmail.com

Unidad Académica: Clínica del Adulto mayor y Senescente, Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae

Estimado Sr/Sra. el propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en un trabajo de investigación que se desarrolla en la carrera de Odontología y para autorizar el uso de información personal.

Antes de que usted decida participar en el estudio, por favor, lea cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios, y para autorizar ciertos antecedentes generales y mórbidos y una evaluación de sus prótesis totales.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo principal evaluar la Calidad de vida referida a Salud Oral en relación al nivel de funcionalidad protésica en portadores de prótesis total, para contar en un futuro con una base científica que avale el uso de mejores y más eficaces tratamientos para la rehabilitación de individuos desdentados totales, con el propósito de mejorar su Calidad de vida.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Si Ud. Decide participar requerirá de una disponibilidad, aproximada de 20 minutos, en donde primeramente se le solicitará que conteste un cuestionario que será aplicado de forma verbal, dónde se le harán 7 preguntas acotadas que deben ser contestadas de forma precisa y clara sobre su calidad de vida (Cuestionario OHIP-7) y luego se le realizará un examen visual y funcional a sus prótesis dentales. Los resultados de ambos instrumentos serán registrados tomando todas las medidas de bioseguridad necesarias y los datos se anotarán en un cuestionario de evaluación técnica de sus prótesis (CET) que consta de 36 items con respuestas dicotómicas (Aprobatoria/positiva: Si, Adecuado Buena, Uniforme, Romo se le asignará un valor 1 y de ser Desaprobatoria/Negativa: No, Corto o Extendido, Filoso, Irregular se le asignará el valor 0.) La encuesta y el cuestionario serán aplicados en forma individual por las encargadas del proyecto y tomará 20 minutos aproximadamente.

La información recopilada será utilizada únicamente para fines de esta investigación.

Los resultados obtenidos le serán informados, se mantendrán de forma confidencial y será puesta fuera del alcance de terceros ajenos a la investigación; solo los investigadores tendrán acceso a ella.

Si los aparatos protésicos se encontrarán en condiciones muy deficientes se le informará las acciones pertinentes a realizar que puede usted aceptar o rechazar, como la planificación de una cita con su odontólogo de cabecera o su respectivo odontólogo del CESFAM para la reparación o recambio de sus aparatos protésicos, de ser necesario; con una derivación realizada por el encargado de proyecto.

BENEFICIOS

Usted no se beneficiará por participar en esta investigación de salud. Sin embargo, la información que se obtendrá gracias a su participación será de utilidad para conocer más acerca de la calidad de los aparatos protésicos en desdentados totales y su impacto en la percepción de la calidad de vida, ayudará a la mejora de futuras planificaciones de tratamientos rehabilitadores que se ajusten a las necesidades específicas de este tipo de pacientes.

RIESGOS

Su participación en esta investigación no reviste riesgos asociados.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se mantendrá de forma confidencial bajo la custodia de las investigadoras por un periodo máximo de 3 años, y posterior a eso serán eliminados. Si en el futuro quisieran ser utilizados para otro estudio se le contactará nuevamente para solicitarle otro consentimiento.

Los resultados obtenidos pueden ser divulgados en congresos, reuniones y publicaciones científicas, sin embargo, su nombre nunca será develado.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención odontológica que merece.

Si usted retira su consentimiento, sus cuestionarios serán eliminados y la información obtenida no será utilizada. Cualquier información acerca de usted

tendrá un número en vez de su nombre, sólo los investigadores sabrán cuál es su número para resguardo de su confidencialidad.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación médica puede contactar o llamar al Investigador Responsable del estudio Pía Beals Briceño, número 9 924 200 49 Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede escribir al correo electrónico: cec@uft.cl del Comité Ético Científico para que de respuesta a sus requerimientos la presidenta, Pillar Busquets Losada, lo derive a la persona más adecuada.

Declaración de Consentimiento

- **Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.**
- **Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.**
- **No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.**
- **Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante la investigación y que pueda tener importancia directa para mí.**
- **Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento.**
- **Yo autorizo al investigador responsable y sus colaboradores a acceder y usar mis datos para los propósitos de esta investigación.**

- **Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.**

Firma Participante

Nombre:

Fecha:

Firma Investigador

Nombre:

Fecha:

Firma Director de la Institución

Nombre:

Fecha: