



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EDÉNTULOS REHABILITADOS
CON PRÓTESIS TOTAL EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN
PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL
PERÍODO LECTIVO 2022-3CR**

Autores

Reynaldo Bongiovanni

C.I: 25.607.774

Enyerlin Bravo

C.I: 29.505.776

Urb. Yuma II, calle N.º 3. Municipio San Diego Teléfono: (0241) 8714240 (master) –

Fax: (0241) 8712394



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



CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EDÉNTULOS REHABILITADOS
CON PRÓTESIS TOTAL EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN
PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL
PERÍODO LECTIVO 2022-3CR

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autores

Reynaldo Bongiovanni

C.I: 25.607.774

Enyerlin Bravo

C.I: 29.505.776

Tutor

Od. Loreana Albornoz

San Diego, Febrero de 2023.

ANEXO E



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE Ciencias de la Salud
ESCUELA DE Odontología

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por el(a), los ciudadano(a) Ronald Bongiovanni Melany Bravo titular de la cédula de identidad N° 25.607.774 29.505.776, para optar al grado académico de odontólogo, cuyo títulos es "Medir la calidad de vida de los pacientes odontológicos", adscrito a la línea de investigación: Od. Clínica y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 29 días del mes de Junio del año dos mil 22.

(Firma autógrafa)

Nombres y
apellidos

N° de la Cédula de Identidad

Loreana Albornoz
22.225.717



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



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Od. Loreana Albornoz, portador(a) de la cédula de identidad N° 22.225.717, en mi carácter de tutor (a) del trabajo de grado presentado por los ciudadanos Reynaldo Bongiovanni, titular de la cédula de identidad N° 25.607.774, y Enyerlin Bravo, titular de la cédula de identidad N° 29.505.776 titulado **“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EDÉNTULOS REHABILITADOS CON PRÓTESIS TOTAL EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO LECTIVO 2022-3CR”** presentado como requisito parcial para optar al título de **ODONTÓLOGO**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 04 días del mes de Febrero del año dos mil veintitrés.

N° de la Cédula de Identidad

Loreana Albornoz
22.225.717

Od. Loreana Albornoz
C.I 22.225.717



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



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado: "CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EDÉNTULOS REHABILITADOS CON PRÓTESIS TOTAL EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO LECTIVO 2022-3CR" Realizado por los ciudadanos Reynaldo Bongiovanni, titular de la cédula de identidad N° 25.607.774 y Enyerlin Bravo titular de la cédula de identidad N° 29.505.776, cursantes de la carrera de ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír su exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Carmen Zarate

Jurado
Nombre: *Carmen Zarate*
C.I.: *18542233*



[Firma]
Jurado

Nombre: *Elizabeth Wilson*
C.I.: *24300679*

[Firma]
Tutor Académico

Nombre: *Lorena Albornoz*
C.I. *22225417*

Fecha: *24/02/23*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primeramente a mis padres **Yleyma Lourdes Ruiz Manríquez** y **Benito Reynaldo Bongiovanni Castillo**. Ya que gracias a su apoyo emocional, incondicional y financiero estoy cumpliendo una de mis metas y sin ustedes no estaría hoy aquí.

A mis hermanos **Andrea Elyana Bongiovanni Ruiz** y **Gabriel Ely Bongiovanni Ruiz**, a mi bebe **KING** y a mi familia, por apoyarme.

A mi tutora **Dra. Loreana Albornoz**, por la confianza depositada en mi para cumplir con los objetivos, por compartir sus conocimientos conmigo para llevar a cabo este proyecto, por repetirnos las correcciones varias veces y por hacer que ame cada día más la prostodoncia.

Y a todos aquellos pacientes que amablemente accedieron a responder las encuestas pre y post tratamiento, ya que sin ellos este trabajo de grado no sería posible.

Reynaldo Ely Bongiovanni Ruiz

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar y sobre todo gracias infinitas a nuestro padre misericordioso por haberme dado valor y así culminar satisfactoriamente esta etapa de mi vida. Agradezco enormemente a mis padres por haber sido el verdadero pilar en mi vida, me ayudaron a no desfallecer ni rendirme en los momentos cuando más los necesitaba, A mis hermanos que siempre me sacaban una sonrisa y alegraban el día, a mi abuela por darme consejos alentadores antes de partir, finalmente a los profesores y en especial a nuestra tutora Dr. Loreana Albornoz por permitirnos llevar a cabo este proyecto y poder difundir nuestros conocimientos

Enyerlin Bravo

DEDICATORIA

Este trabajo de grado se lo dedico a mi familia, en especial a mi abuela **Ylvia Teresa Manríquez**, ya que este trabajo trata de medir la calidad de vida de los pacientes que en su mayoría son abuelitos y dar a conocer la importancia de la sonrisa, fonética, deglución y autoestima que otorgan las prótesis totales, se lo dedico a ella ya que en cada abuelita y abuelito al que se le devolvió la sonrisa la vi a ella que tanto quiero.

A mi madre **Yleyma Lourdes Ruiz Manríquez**, quien me acompañó durante toda mi carrera como madre y paciente cuando lo necesite.

Reynaldo Ely Bongiovanni Ruiz

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios , nuestro padre celestial, por haberme dado vida y salud y permitirme el haber llegado a esta etapa de formación profesional en mi vida, a Mi madre por haberme acompañado en cada paso desde mi infancia hasta ahora y guiarme en este arduo trabajo, esfuerzo y paciencia que ameritaba para poder llegar al final de mi carrera profesional como odontólogo, a mi padre por apoyarme y siempre tener sabios consejos y palabras de aliento para apaciguar los malos momentos durante mi carrera, por ser mi pilar. A mis hermanitos que alegran cada mañana de mi vida. A mi abuela paterna que en paz descansa le hubiese dado mucha alegría y orgullo el verme como una profesional. Finalmente a mis profesores académicos por su formación y sabiduría para así lograr brindarme los conocimientos necesarios en el desarrollo de mi carrera profesional.

Enyerlin Bravo

INDICE GENERAL

| | |
|-----------------------------------------------------|------|
| Paginas preliminares | iii |
| RESUMEN IFORMATIVO | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| INTRODUCCIÓN | 15 |
| CAPÍTULO I | |
| EL PROBLEMA | |
| 1.1 Planteamiento del Problema | 17 |
| 1.1.1 Formulación del Problema | 19 |
| 1.2 Objetivos de la Investigación | 20 |
| 1.2.1 Objetivo General | 20 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos | 20 |
| 1.3 Justificación de la Investigación | 20 |
| 1.4 Alcance y limitaciones de la Investigación | 21 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Antecedentes de la Investigación | 23 |
| 2.2 Bases Teóricas | 27 |
| 2.3 Definición de términos básicos | 46 |
| 2.4 Bases Legales | 47 |
| CAPÍTULO III | |
| MARCO METODOLÓGICO | |
| 3.1 Tipo de Investigación | 50 |
| 3.2 Nivel de investigación | 50 |
| 3.3 Diseño de Investigación | 50 |
| 3.4 Población y muestra | 51 |
| 3.5 Criterios de selección | 51 |
| 3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 52 |
| 3.7 Procesamiento y análisis de datos | 52 |
| 3.8 Sistema de operacionalización de variables | 53 |
| CAPÍTULO IV | |
| PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | |
| 4.1 Presentación de resultados | 54 |
| 4.2 Discusión de resultados | 62 |
| CAPÍTULO V | |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 5.1 Conclusiones | 67 |
| 5.2 Recomendaciones | 69 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| ANEXOS | 77 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Limitación de la función masticatoria previo a la rehabilitación protésica | 54 |
| Tabla 2. Dolor físico previo a la rehabilitación protésica | 57 |
| Tabla 3. Malestar psicológico y social previo a la rehabilitación protésica | 58 |
| Tabla 4. Limitación de la función masticatoria posterior a la rehabilitación | 59 |
| Tabla 5. Dolor físico posterior a la rehabilitación | 61 |
| Tabla 6. Malestar psicológico y social posterior a la rehabilitación | 62 |

INDICE DE GRÁFICAS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfica 1. Limitación en la alimentación | 55 |
| Gráfica 2. Limitación en el habla | 56 |
| Gráfica 3. Dolor físico durante el habla y/o masticación | 57 |
| Gráfica 4. Efecto del edentulismo en la autoestima | 58 |
| Gráfica 5. Capacidad fonética posterior a la rehabilitación | 60 |
| Gráfica 6. Dolor al habla o masticación posterior a la rehabilitación | 61 |



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



**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EDÉNTULOS REHABILITADOS
CON PRÓTESIS TOTAL EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN
PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL
PERÍODO LECTIVO 2022-3CR**

Autores: Reynaldo Bongiovanni y Enyerlin Bravo

Tutor: Od. Loreana Alborno

Fecha: Febrero de 2023

RESUMEN

Introducción: El edentulismo propicia imposibilidad para masticar adecuadamente y dificulta la deglución, el habla y la estética, también influye en el desarrollo de problemas digestivos, nutricionales y psicológicos. **Objetivo General:** Valorar la calidad de vida de los pacientes edéntulos rehabilitados con prótesis total. **Metodología:** A través de un diseño de campo no experimental descriptivo y exploratorio se seleccionó una muestra de 25 pacientes edéntulos totales que no han sido portadores de prótesis dental para evaluar la calidad de vida antes y después de la rehabilitación protésica y así definir el impacto de la prótesis total en la calidad de vida del individuo. **Resultados:** Se registraron las consecuencias del edentulismo previo a la rehabilitación siendo las más frecuentes el dolor y molestias al masticar, el cambio en la alimentación y la insatisfacción con la apariencia física, estos aspectos cambiaron positivamente posterior a la instalación de la prótesis total removible. **Discusión:** El edentulismo total produce alteraciones a nivel bucal, limita la función masticatoria y afecta la autoestima y la relación con otros, todo esto afecta de manera negativa en la calidad de vida, sin embargo, la rehabilitación protésica reduce o elimina estas consecuencias y por consiguiente eleva la calidad de vida. **Conclusiones:** La calidad de vida es un estudio integral y debe considerarse como la salud bucal se relaciona con otros aspectos, la prótesis total en un paciente edéntulo se relaciona íntimamente con la calidad de vida del individuo.

Palabras clave: edentulismo, rehabilitación protésica, calidad de vida.



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



QUALITY OF LIFE OF EDENTULOUS PATIENTS REHABILITATED
WITH FULL PROSTHESIS AT THE PROSTHETIC REHABILITATION
CLINIC II OF THE JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY IN THE 2022-3CR
SCHOOL PERIOD

Author: Reynaldo Bongiovanni y Enyerlin Bravo

Tutor: Od. Loreana Albornoz

Date: February 2023

ABSTRACT

Introduction: Edentulism makes it impossible to chew properly and makes swallowing, speech and aesthetics difficult, it also influences the development of digestive, nutritional and psychological problems. **General Objective:** To assess the quality of life of edentulous patients rehabilitated with full dentures. **Methodology:** Through a descriptive and exploratory non-experimental field design, a sample of 25 totally edentulous patients who have not been carriers of dental prostheses was selected to evaluate the quality of life before and after prosthetic rehabilitation and thus define the impact of total prosthesis on the quality of life of the individual. **Results:** The consequences of edentulism prior to rehabilitation were recorded, the most frequent being pain and discomfort when chewing, changes in diet and dissatisfaction with physical appearance. These aspects changed positively after the installation of the total removable denture. **Discussion:** Total edentulism produces alterations at the oral level, limits the masticatory function and affects self-esteem and the relationship with others, all this negatively affects the quality of life, however, prosthetic rehabilitation reduces or eliminates these consequences and therefore consequently increases the quality of life. **Conclusions:** The quality of life is a comprehensive study and should be considered as oral health is related to other aspects, the total denture in an edentulous patient is closely related to the quality of life of the individual.

Keywords: Edentulism, Prosthetic Rehabilitation, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera la salud bucodental como parte fundamental y en íntima relación con el bienestar y salud general del individuo, por lo tanto, es posible establecer que las alteraciones bucodentales como el edentulismo se relaciona estrechamente con la calidad de vida del paciente.

Aunque la pérdida dental se relaciona frecuentemente como una consecuencia de la edad, la presencia del edentulismo está dada por distintos factores locales y sistémicos, es imprescindible para el odontólogo evaluar cuidadosamente el estado periodontal del paciente así como también su salud bucodental y la presencia de enfermedades a nivel sistémico,

Asimismo, resulta comprensible que la rehabilitación protésica constituya un reto para el odontólogo, ya que no sólo se ven puestas a prueba sus capacidades técnicas sino también su abordaje emocional respecto al impacto en la calidad de vida que representa la afección de la función masticatoria producto del edentulismo. De allí la importancia de indagar respecto a la disminución de la calidad de vida que pueda experimentar cada paciente entendiendo su contexto particular.

La pérdida de dientes sin importar su causa tiene repercusiones en la fisioanatomía de los maxilares y función masticatoria y por ende en la calidad de vida del individuo. El edentulismo propicia imposibilidad para masticar adecuadamente y dificulta la

deglución, el habla y la estética, también influye en el desarrollo de problemas digestivos, nutricionales y psicológicos.

Con tal fin, este trabajo se estructura en cinco capítulos, dentro del Capítulo I se introduce la problemática del estudio y un concepto breve de las variables de la investigación, adicionalmente se plantean la interrogante y los objetivos del estudio. Con dichos objetivos se elabora el Capítulo II donde presenta el marco teórico y antecedentes de la investigación y se abordan de forma un poco más profunda las variables, como la calidad de vida en relación a la salud bucal, causas y consecuencias del edentulismo, función masticatoria y rehabilitación protésica.

Seguidamente, dentro del Capítulo III se establece el marco metodológico para definir como se abordarán las variables para cumplir los objetivos específicos, finalmente los datos recopilados bajo la aplicación del cuestionario a los pacientes edéntulos que no han sido rehabilitados protésicamente, se disponen en el Capítulo IV los resultados de las respuestas separada por variable a modo de tablas y gráficos acompañados por una discusión de resultados. En último lugar, el Capítulo V se sintetizan las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El edentulismo es la pérdida parcial o total de las piezas dentarias, de modo que el paciente edéntulo se considera enfermo ya que acarrea numerosas consecuencias dentro del sistema masticatorio, destacándose los trastornos de la masticación, deglución, fonación, estéticas y psicosociales (1).

Ahora bien, a pesar de relacionarse el edentulismo con la edad avanzada no es una condición exclusiva del adulto mayor, la pérdida dental está influenciada por diversos factores locales y sistémicos que tienen que ver mayormente con el estado de los tejidos periodontales, antecedentes de traumatismos y salud bucodental en general (2). Según los resultados del estudio de Escudero et. al. (1) determinaron que el edentulismo tiene mayor prevalencia en el sexo femenino y se presenta frecuentemente después de los 35 años de edad. Las consecuencias del edentulismo en el individuo son variables según la percepción de cada uno, las condiciones socioeconómicas y culturales, de manera general es posible señalar que afecta la fonación, deglución y autoestima (3).

En relación a lo anterior, se deben resaltar las afirmaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera la salud bucodental como parte fundamental y en íntima relación con el bienestar y salud general del individuo, por lo tanto, es posible

establecer que las alteraciones bucodentales como el edentulismo se relaciona estrechamente con la calidad de vida del individuo (1).

De nuevo, la OMS define la calidad de vida como la percepción que tenga el individuo respecto a sus necesidades personales (físicas, psicológicas y emocionales) esta autopercepción es condicionada por sus experiencias, requerimientos y contexto; aun así, se tiene que la calidad de vida de una persona se ve disminuida al no tener un estado de bienestar integral, dentro de éste se ubica la salud y plenitud bucodental (4).

Existen diversos instrumentos que se aplican para medir y evaluar la calidad de vida en un individuo, el Perfil de Impacto de la Salud Oral u *Oral Health Impact Profile* (OHIP) es un cuestionario que se aplica para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud oral, este comprende una serie de preguntas estandarizadas que se encargan de estudiar los diversos aspectos que determinan la calidad de vida de la persona. Por medio de este cuestionario será útil y veraz la determinación de la calidad de vida del paciente edéntulo posterior a su rehabilitación protésica (5).

Por otro lado, la rama de la odontología que se ocupa de estas alteraciones es la rehabilitación o prostodoncia, esta se encarga de devolver la función y estética en caso de piezas dentarias ausentes, restableciendo la oclusión principalmente y permitiendo una función masticatoria plena. A nivel estético, al rehabilitar al paciente edéntulo es posible restaurar dimensión vertical y dar mayor volumen a los músculos faciales y masticatorios hipotónicos o deprimidos, de esto se trata la rehabilitación protésica integral (6).

Como se ha mencionado con anterioridad, las modificaciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan al adulto mayor como la pérdida de dimensión vertical y edentulismo conllevan al posicionamiento anormal de la lengua y propician el desarrollo de patrones anormales de la masticación. Esto se entiende, según Moya, et. al. (7) como la función masticatoria comprometida o afectada. Cabe mencionar que la función masticatoria se explica como el conjunto de fenómenos estomatognáticos destinados a fragmentar los alimentos antes de ser deglutidos.

Aunado a esto, resulta comprensible que la rehabilitación protésica constituya un reto para el odontólogo, ya que no sólo se ven puestas a prueba sus capacidades técnicas sino también su abordaje emocional respecto al impacto en la calidad de vida que representa la afección de la función masticatoria producto del edentulismo. De allí la importancia de indagar respecto a la disminución de la calidad de vida que pueda experimentar cada paciente entiendo su contexto particular (8).

En definitiva, el proceso de rehabilitación protésica del paciente edéntulo es fundamental para elevar la calidad de vida y el bienestar del mismo. Así pues, dentro de este trabajo de investigación se pretende evaluar la calidad de vida de los pacientes que han sido rehabilitados con prótesis total y medir el impacto en su bienestar general.

1.1.1 Formulación de la investigación

Posterior a la exposición de la problemática se establece la siguiente interrogante
¿Cómo será la calidad de vida del paciente rehabilitado con prótesis total en la clínica

de rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo 2022-3CR?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General

Valorar la calidad de vida de los pacientes edéntulos rehabilitados con prótesis total en la clínica de rehabilitación protésica II de la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo 2022-3CR.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Seleccionar a los pacientes edéntulos rehabilitados con prótesis total en la clínica de rehabilitación protésica II de la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo 2022-3CR.
- Examinar las consecuencias del edentulismo previas a la rehabilitación con prótesis total.
- Estimar el impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con prótesis total.

1.3 Justificación de la investigación

La ausencia de piezas dentales trae consigo una serie de complicaciones que afectan al desarrollo de la vida cotidiana del individuo, dificultando tareas básicas como hablar,

comer o sonreír, esto se traduce inevitablemente en el deterioro de la autoestima y calidad de vida.

De tal manera, a nivel social esta investigación pretende resaltar la importancia de la rehabilitación protésica cuando exista edentulismo, con mayor énfasis en los adultos mayores quienes aunadamente presentan deterioro general de sus funciones. Se entiende que a través de la restauración de las piezas dentales perdidas el paciente recupera función y estética, entonces es necesario fomentar la atención dental en pacientes de edad avanzada que ameriten rehabilitación con prótesis total o parcial.

Por otro lado, a nivel institucional se justifica al identificar la cantidad de pacientes que son atendidos en un semestre regular dentro de las clínicas de rehabilitación protésica a fin de demostrar el impacto en la calidad de vida de los mismos posterior a la instalación de la prótesis dental. En este sentido, se fomenta en los estudiantes de odontología la visión integral del proceso de rehabilitación protésica.

A nivel metodológico, este trabajo de investigación busca realizar una evaluación cualitativa sobre la mejoría de las condiciones de vida del individuo edéntulo que ha sido rehabilitado, sentando un precedente con información actualizada sobre los pacientes atendidos dentro de las clínicas de la Escuela de Odontología UJAP.

1.4 Alcances y limitaciones de la investigación

Dentro de los alcances se puede nombrar la contribución en determinar la prevalencia de pacientes atendidos dentro de la UJAP que han pasado por un proceso de

rehabilitación protésica y transmitir a los estudiantes de odontología la importancia de dicho proceso en la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, el enfoque de la investigación será de campo ya que se pretende examinar directamente a los pacientes. De donde provienen los datos se entiende que será en la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la UJAP.

De acuerdo a las limitaciones se entiende que se limita en el período lectivo 2022-3CR según la disponibilidad y la cantidad de pacientes atendidos dentro de las clínicas de rehabilitación que se encuentren dispuestos a participar en la investigación. Adicionalmente, se enmarca dentro de las líneas de investigación de Odontología Clínica y Correctiva según las normativas dentro del Manual para la Elaboración de Anteproyectos, Proyectos de investigación y Trabajos de Grado de la Universidad José Antonio Páez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Dentro de este apartado se comprimen investigaciones anteriores ordenadas según el año de su publicación iniciando desde la más reciente hacia la más antigua, con el fin de comprender el abordaje de este tema desde otras perspectivas y metodologías, esto permitirá tener una visión más amplia sobre el impacto en la calidad de vida de aquellos pacientes edéntulos, con función masticatoria reducida y que ameritan rehabilitación protésica.

Para comenzar, se señala la investigación de Seenivasan et. al. (2019) titulado “El efecto de las dentaduras postizas completas en la calidad de vida de los pacientes edéntulos en la población del sur de la India según el género y la enfermedad sistémica” que se realizó con el objeto de mostrar la correlación de la satisfacción del paciente y calidad de vida al usar prótesis totales dentales. Se aplicaron cuestionarios a 128 pacientes desdentados rehabilitados con prótesis total, se obtuvo como resultado que los pacientes que reflejaron mayor satisfacción ante la rehabilitación protésica y la evaluación de la calidad de vida fueron aquellos que padecían enfermedades sistémicas potencialmente asociables al edentulismo (9).

En relación a lo anterior, el trabajo de Seenivasan aporta mucho a la presente investigación ya que resalta la importancia de evaluar la condición general del paciente

y como la presencia de enfermedades sistémicas se relaciona íntimamente en el impacto en la calidad de vida. De la misma manera, en el presente trabajo también se evalúa a los pacientes de manera directa utilizando cuestionarios para medir diferentes factores sistémicos, bucales y psicológicos que conforman la calidad del paciente edéntulo.

Seguidamente, se cita el trabajo de grado de Ríos (2018) con el título “Relación entre pérdida dental con la capacidad masticatoria y calidad de vida oral en adultos, Hospital Florencia de Mora Essalud - La Libertad, 2017” que tuvo por objeto establecer la relación entre la pérdida dentaria con la capacidad masticatoria y calidad de vida oral en pacientes adultos, con una metodología transversal se estudió a 187 individuos entre 35 y 65 años mediante la aplicación del cuestionario OHIP-14 y la evaluación intra oral, se pudo determinar prevalencia de pérdida dental y que esta se relaciona significativamente con la capacidad masticatoria y la calidad de vida (10).

Vinculando el estudio anterior se puede destacar que la disminución de la función masticatoria producto del edentulismo es una disfunción inevitable que conlleva a problemas nutricionales, psicológicos y físicos en el paciente lo cual tiene un impacto negativo en la calidad de vida. El estudio de Ríos y la presente investigación tienen en común la necesidad de estudiar la calidad de vida relacionada a la salud bucal del paciente edéntulo y resaltar la relación entre el edentulismo total y la disminución de la capacidad masticatoria, considerando también si el paciente ha utilizado prótesis total previamente (10).

Adicionalmente, se menciona el trabajo de Dikicier, Atay y Korkmaz (2021) que estuvo titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes desdentados” realizado con el objetivo de evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral (OHQoL) y la satisfacción en pacientes que se sometieron a un tratamiento de prótesis completa y fueron diagnosticados con enfermedades sistémicas. Para ello se aplicó el cuestionario de calidad de vida relacionado a la salud bucal a 80 pacientes edéntulos totales posterior a la rehabilitación con prótesis total, se tuvo en cuenta aquellos pacientes que padecían de osteoporosis, hipertensión, diabetes mellitus y otro grupo de control sano. Se registró una puntuación más elevada en mujeres y en aquellos pacientes con diabetes mellitus, como conclusión los autores afirman que la presencia de enfermedades sistémicas se relaciona con la satisfacción de la prótesis dental en pacientes edéntulos, afectando la calidad de vida (11).

En relación a las afirmaciones de Dikicier, Atay y Korkmaz se puede decir que la evaluación de la calidad de vida en relación a la salud bucal debe ser un estudio integral, para el odontólogo es fundamental estudiar al paciente tomando en cuenta el estado bucodental pero también las enfermedades sistémicas, ingesta de medicamentos, los aspectos psicosociales y nutricionales durante el proceso de confección y adaptación de las prótesis dental en el paciente edéntulo. Dentro de esta investigación se diseñó un cuestionario para estudiar estos factores, dándole importancia al estudio general de la calidad de vida y no enfocándose únicamente en la confección y adaptación de la prótesis dental en el paciente edéntulo.

En otro sentido, se señala el trabajo de Encina y Dho (2021) titulado “Relación entre salud bucal y calidad de vida en adultos mayores que asisten a tres clubes de abuelos de la ciudad de Corrientes, Argentina” con el objetivo de analizar la percepción de la calidad de vida en relación a la salud bucal que presentan los adultos mayores, se evaluó clínicamente a 43 individuos entre 60 y 80 años, para medir la calidad de vida en relación a la salud bucal se utilizó el Índice General de Valoración en Salud Bucal (GOHAI). Al examen bucal se encontró además de pérdida dental un alto índice de caries, sangrado de encías, movilidad dental, acumulación de placa, entre otros. Las conclusiones del estudio apuntan a la importancia de desarrollar estrategias para la promoción de salud bucal en adultos mayores (12).

De acuerdo a lo anterior, los hallazgos de Encina y Dho demostraron que la calidad de vida en relación a la salud bucal es un estudio extenso y debe considerar la presencia de como caries, enfermedad periodontal, infecciones, alteraciones de la mucosa, alteraciones de la saliva, hábitos parafuncionales, oclusión y hábitos de higiene bucal, pérdida dental, capacidad masticatoria, entre otras. En relación a la presente investigación se estudia el edentulismo total de modo que no se tomaron en cuenta la identificación de caries o enfermedad periodontal, aunque sí el estado de las mucosas y en especial los problemas masticatorios del paciente completamente edéntulo y el impacto que tendría la prótesis total removible (12).

Por último, se señala el estudio de Ruíz (2022) como trabajo de grado que fue titulado “Calidad de vida y salud oral en pacientes adultos mayores con rehabilitación protésica

de la Clínica Continental Orthodontics, Lima, 2021” tuvo por objetivo determinar la relación existente entre calidad de vida y salud oral en pacientes adultos mayores con rehabilitación protésica, con un estudio de tipo cuantitativo, aplicado, descriptivo y correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal se evaluó a 117 adultos mayores de 65 años. Mediante dos cuestionarios, el GOHAI y OHIP-14 para relacionar la salud bucal y el impacto en la calidad de vida, se tuvo como resultado una relación significativa entre ambas variables, en las dimensiones de función masticatoria y función psicosocial, dolor y masticación y dolor y estética. Se concluyó que la relación establecida entre la calidad de vida y salud oral es evidente y la rehabilitación protésica ofrece una adecuada alimentación, fonación y mejora en la percepción estética del paciente (13).

En definitiva y relacionándolo con este trabajo de investigación, la rehabilitación con prótesis dental total removible tiene beneficios más allá de la devolución de la función masticatoria, mejorando la relación del paciente con su entorno, la realización de actividades básicas y cotidianas como hablar o comer y en la autopercepción y autoestima. En el desarrollo de este estudio se estima el impacto positivo de la rehabilitación protésica en esos aspectos funcionales y psicosociales del paciente edéntulo (13).

2.2 Bases Teóricas

Edentulismo

El proceso del envejecimiento fisiológico característico y consecuente con la edad biológica permite una buena adaptación física, psíquica y social del adulto mayor al medio que le rodea, aunque este proceso ocurre en todos los organismos no los afecta uniformemente. En un sentido amplio las enfermedades o afecciones bucodentales del adulto mayor pueden considerarse como parte de la degeneración general de los tejidos que se produce al envejecer, pero por otro lado, pueden atribuirse a la suma de alteraciones locales, recurrentes y en parte irreparables que con el tiempo sufren las estructuras bucodentales (2).

Entonces, el edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (14). En el mismo sentido se considera que el edentulismo es considerado como una agresión a la integridad del sistema masticatorio, que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas y que pueden variar desde sentimientos de insatisfacción, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez (1).

Por otra parte, las principales consecuencias del edentulismo bien sea parcial o total son trastornos orgánicos específicos de la masticación, deglución, oclusión dental, fonación, estética y psicosociales; por todo ello la calidad de vida en estos pacientes se ve reducida (1).

En relación a su clasificación se comprende que la ausencia de algunas piezas dentales se denomina edentulismo parcial mientras que la ausencia de todas las piezas dentales

es edentulismo total. Si el edentulismo ocurre únicamente en el maxilar o en la mandíbula se determina como unimaxilar mientras que si se presenta en superior e inferior es edentulismo bimaxilar (15).

La OMS define la salud bucodental como un estado exento de dolor crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial. Así que en este sentido, el edentulismo atenta directamente con el estado de salud del individuo perjudicando a su vez su calidad de vida en general (1).

Un estudio sobre la prevalencia del edentulismo en una población general realizado en 2017 tomó a 600 individuos entre 15 y 85 años y reveló que el edentulismo en el año 2017 no presentaba relación estadísticamente significativa entre la edad y el sexo. Sin embargo, mencionaron que con el aumento de la edad, existía una mayor tendencia del edentulismo parcial, seguida por la edentulismo completo de pacientes en los grupos de más de 45 años (1).

En referencia al edentulismo total es posible afirmar que es una afección progresiva y lenta que impacta en el individuo en sus relaciones afectivas, laborales y sociales, limitando la calidad de vida y el trato con sus semejantes. Por otro lado, también es importante resaltar que la pérdida de dientes se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades, es un factor de riesgo para la pérdida de peso y con la salud mental. Dentro de los factores de riesgo del edentulismo es posible nombrar (1):

- Hábitos de higiene bucal deficientes.
- Caries dental
- Enfermedad periodontal
- Traumatismo
- Tratamientos curativos y de rehabilitación deficientes
- Bruxismo
- Enfermedades sistémicas y endocrino-metabólicas
- Farmacoterapia (medicamentos que provocan xerostomía)
- Drogodependencia

Etiología del edentulismo

El edentulismo se produce por diferentes razones, si bien es cierto que se asocia a la edad del individuo debido a los deterioros en el sistema periodontal también existen otros factores que pueden explicar la ausencia de dientes. Al respecto, el estudio de Al-Rafee indica que las causas de pérdida dental en individuos jóvenes es producto de las caries dental que conlleva a la extracción, en pacientes de edad avanzada son más frecuentes las pérdidas dentales por razones periodontales. Otras causas de la pérdida dental pueden ser traumatismos, iatrogenia, por motivos terapéuticos como la ortodoncia o prostodoncia y la extracción de terceros molares (16).

Así mismo, hay factores que predisponen la pérdida dental y posteriormente el edentulismo, como por ejemplo una higiene bucal deficiente, antecedentes de

tabaquismo, enfermedad periodontal crónica o enfermedades sistémicas que propicien el deterioro y pérdida del órgano dental. Por otra parte, los factores socioeconómicos juegan un papel importante cuando se habla de edentulismo, como los bajos ingresos, el bajo nivel educativo y el apoyo social limitado, especialmente en las personas mayores. En definitiva, los individuos que tienen pleno acceso a la atención dental tienen una menor tasa de edentulismo, por el contrario, aquellos que se les dificulta el acceso a la atención dental presentan una mayor tasa de edentulismo (16).

También debe considerarse que el edentulismo puede estar asociado a factores sistémicos, estudios como el de Gordon et. al (17) resaltan la importancia de evaluar las condiciones generales del individuo a modo de identificar si existe alguna enfermedad que predisponga o propicie el edentulismo, algunas condiciones sistémicas que han sido asociadas son las enfermedades coronarias, hipertensión arterial, accidentes cerebro-vasculares, infecciones microbianas y desequilibrios hormonales.

Finalmente, es posible sintetizar las causas del edentulismo, las conclusiones de Ghita y colaboradores (18) permiten definir tres orígenes fundamentales: enfermedad periodontal, complicación de caries dental y la edad del paciente, cabe enfatizar que el edentulismo es una condición multifactorial y que debe ser estudiada de manera específica en cada paciente.

Consecuencias del edentulismo

Las consecuencias inmediatas del edentulismo son varias y abarcan la alteración del habla, con dificultad para pronunciar ciertas palabras que requieren del contacto de la lengua con los dientes, reducción del reborde óseo, disminución de la dimensión vertical, pérdida de la función masticatoria lo cual conduce a la modificación de la alimentación del individuo por el impedimento de desgarrar o triturar los alimentos, disfagia o dificultad al tragar, disfunciones oclusales y temporomandibulares por la relación que tiene la pérdida ósea y la posición de la articulación, además de presentar en muchas ocasiones dolor orofacial a nivel muscular o articular (19).

En el panorama psico-emocional el edentulismo produce falta de autoestima y confianza en sí mismo, ya que en efecto altera el aspecto físico del paciente. El edentulismo, sobre todo en adultos mayores, se caracteriza por un prognatismo mandibular y reducción de la altura del tercio inferior del rostro producto de la reabsorción del hueso, así como también una posible asimetría facial y falta de tonicidad muscular en los músculos faciales y masticatorios (19).

A nivel morfológico e histológico la ausencia dental produce modificaciones, algunos pacientes ancianos edéntulos presentan una mucosa delgada y atrófica, la lengua se encuentra exployada sobre el piso mandibular debido a la pérdida dental y el reborde óseo disminuido. En cuanto a la forma de los maxilares, en el paciente totalmente edéntulo el maxilar suele estrecharse y por el contrario la mandíbula se ensancha hacia su zona posterior (20,21).

A modo de resumen, queda claro que el edentulismo presenta consecuencias físicas, estéticas, funcionales y psicológicas al paciente que impacta directamente en la calidad de vida del mismo ya que afecta diversas áreas de su vida, por eso resulta tan interesante estudiar estas manifestaciones en el paciente edéntulo y considerarlas al momento de planificar la rehabilitación protésica (19,20).

Problemas nutricionales asociados al edentulismo

Naturalmente, los dientes son parte fundamental del ser humano, sirven para la masticación o trituración de los alimentos, logrando así una buena digestión. La falta parcial o total de los dientes repercutirá en el organismo en general, la dificultad para masticar, predispone a la mala nutrición y ello facilita la desnutrición y la adquisición de enfermedades sistémicas (21).

El edentulismo, como se ha descrito previamente genera dificultad en la masticación y la deglución, el paciente requiere de mayor esfuerzo y tiempo para triturar los alimentos adecuadamente. En consecuencia, se produce molestias y lesiones en la mucosa y en las encías edentadas, además de relacionarse con una digestión complicada de los alimentos, en ocasiones el momento de tragar puede ser doloroso, acabando finalmente en un cambio de hábitos en la alimentación (22).

Los pacientes edéntulos tienden a tener restricciones dietéticas, ocasionando que consuman muchos alimentos blandos, fáciles de masticar o líquidos. El gran problema

es que el individuo edéntulo mantiene una alimentación deficiente, que puede conducir a la desnutrición (22).

En el mismo sentido, Machaca y Baylón en su estudio sobre la nutrición del paciente edéntulo determinaron que en efecto existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el tipo de edentulismo de los pacientes, enfatizando que el paciente edéntulo total tiene mayor riesgo de presentar problemas nutricionales debido a la ausencia dental y al uso de prótesis mal adaptadas o desgastadas en aquellos pacientes edéntulos rehabilitados (21).

Problemas psicológicos relacionados al edentulismo

Tomando como punto de partida que las personas edéntulos y sobre todo los edéntulos total son en su mayoría pacientes geriátricos, el estudio de las variables externas que se han relacionado con el deterioro cognitivo de estos pacientes revelan que existe una predisposición en la población con baja educación, bajo nivel socioeconómico, falta de actividad física, malos hábitos de salud y con un mayor número de comorbilidades, lo que va a incrementar las probabilidades de que padezca condiciones tanto psicológicas como bucales (22).

Por ejemplo, Cancino y Cepeda en su estudio relataron que existe una asociación entre el grado del edentulismo con la propensión a desarrollar deterioro cognitivo o demencia, siendo la población de mayor riesgo los individuos mayores de 80 años con menos de 9 dientes en boca (22).

Resulta interesante resaltar el estudio de Von Marttens y colaboradores quienes realizaron una investigación cualitativa donde entrevistaron a diferentes pacientes, adultos mayores, para indagar sobre el impacto del edentulismo en distintos ámbitos de la vida. Como resultado obtuvieron que la repercusión psicológica y emocional fue un aspecto que marcó profundamente a los individuos participantes, expresaron sentimientos de remordimiento por no haber cuidado sus dientes naturales, como consecuencia de tener malos hábitos de higiene, desinformación sobre la prevención en salud bucal y difícil acceso a la atención odontológica (23).

Otro aspecto mencionado fueron las situaciones sociales, donde afirmaron que evitaban asistir a eventos sociales por vergüenza e incomodidad al hablar, sonreír o comer público. Las relaciones personales, sobre todo las relaciones de pareja fueron afectadas, debido a sentirse cohibidos de mostrarse desdentados. Algunos refieren que personas cercanas hacían burlas o comentarios sobre su ausencia de dientes (23).

Respecto a la autopercepción, muchos describieron inconformidad por su físico, transformándose en baja autoestima, falta de confianza y vergüenza. Todos estos síntomas deben ser considerados importantes de tratar en el paciente edéntulo, ya que pueden desencadenar ansiedad, neurosis o depresión en el individuo (23).

Reabsorción ósea

La estructura ósea también se ve afectada gracias al edentulismo, primero es necesario aclarar que cada parte del maxilar o mandíbula guarda relación con otras estructuras

con las que interactúa, un ejemplo sería que la porción basal de la mandíbula que se relaciona con las necesidades neurovasculares a nivel alveolar, por otro lado los procesos coronoides se relacionan con los músculos pterigoideos y con la función de la articulación temporomandibular, a su vez forma la apófisis alveolar se relaciona íntimamente con la dentadura, si ésta se pierde sufre alteraciones que perjudica su forma y función (24).

En situaciones normales, las fuerzas oclusales que reciben los dientes naturales son transmitidas al hueso alveolar con ayuda de las fibras del ligamento periodontal así que cuando el paciente es edéntulo los procesos alveolares no reciben este estímulo. Al momento de la rehabilitación es importante tener esto en cuenta ya que la prótesis dental transmite toda la carga masticatoria hacia el reborde óseo en forma de presión (24).

La mandíbula y el maxilar del paciente edéntulo se caracterizan por la reabsorción ósea y a pesar de que los patrones de la reabsorción del hueso pueden cambiar de un individuo a otro se describe a modo general que la estructura maxilar del paciente edéntulo se manifiesta como un arco dental más estrecho en circunferencia lo cual produce un cambio de posición de la papila incisiva respecto al reborde. Por el contrario, la mandíbula tiende a expandir su arco siguiendo su propia anatomía y en casos severos de reabsorción modifica la posición de otras estructuras, como por ejemplo el foramen mentoniano el cual puede llegar a situarse sobre el reborde (24).

De la misma forma, debido a la reabsorción se puede llegar a presentar un reborde cóncavo especialmente en mandíbula y debido a la discrepancia de los arcos maxilares y mandibulares a nivel de reborde en el paciente edéntulo se produce prognatismo, traduciéndose también en disfunciones temporomandibulares por la posición de la mandíbula y limitación de la función masticatoria (24).

Reborde residual y tipos de reborde

La reducción del reborde óseo o de la cresta alveolar residual es un proceso biofísico que ocurre posterior a la extracción dental, este proceso más agresivo durante el primer año y luego está la reabsorción crónica, prolongada e irreversible, ésta última ocurre en todos los pacientes edéntulos (24).

Es importante tener en cuenta que posterior a la extracción la parte basal de la mandíbula no cambia, sin embargo, la porción alveolar sí cambia de forma significativa en sentido horizontal y vertical siguiendo un patrón predecible. Al respecto, se añade el estudio de Cawood y Hawell quienes clasificaron el borde residual de la cresta ósea en seis clases básicas (25):

- Clase I: Dentado
- Clase II: inmediatamente después de la extracción.
- Clase III: forma de cresta bien redondeada, adecuada en altura y anchura.
- Clase IV: forma de cresta en filo de cuchillo, adecuada en altura e inadecuada en ancho.

- Forma de cumbrera plana clase V, inadecuada en altura y anchura.
- Clase VI: forma de cresta deprimida, con alguna pérdida basilar evidente.

Además, encontraron que el patrón de pérdida ósea varía según el sitio anatómico. Por ejemplo (25):

- Mandíbula anterior: la pérdida ósea es vertical y horizontal
- Mandíbula posterior: la pérdida ósea es principalmente vertical.
- Maxilar anterior: la pérdida ósea es tanto vertical como horizontal
- Maxilar posterior: la pérdida ósea es tanto vertical y horizontal

Ahora bien, el reborde residual debe estudiarse con atención al momento de rehabilitar con prótesis total y tomar en cuenta que estos cambian de forma y reducen su tamaño posterior a la extracción y posterior a la instalación protésica, este proceso de reducción continua del reborde residual puede ocurrir de formas diferentes en cada individuo y en diferentes momentos de la vida, es por ello, que posterior a la rehabilitación se deben realizar citas de mantenimiento y control (24).

La reducción del reborde residual (RRR) se caracteriza por una reducción del tamaño de la cresta ósea bajo el mucoperiostio, es una pérdida localizada de estructura ósea. Amplios estudios anatómicos de huesos mandibulares han mostrado una amplia variedad de formas y tamaños en los bordes residuales. Por su parte, Winkler propone una clasificación para identificar la forma del reborde (24).

- Clase I: pre-extracción

- Clase II: post-extracción
- Clase III: alta, bien redondeada
- Clase IV: en filo de cuchillo
- Clase V: baja, bien redondeada
- Clase VI: con una depresión.

De la misma manera, la RRR puede identificarse clínicamente de manera efectiva se recomienda realizar una palpación de los tejidos blandos a modo de confirmar el tipo de reborde óseo. El método diagnóstico definitivo sobre el reborde residual y su nivel de reducción es la radiografía tanto panorámica como cefálica lateral (24).

Etiología y epidemiología de la reabsorción ósea del reborde residual

Como lo describe Winkler la reducción del reborde post extracción es una patología crónica, progresiva e inevitable. Se debe a la combinación de factores biológicos como la anatomía y el metabolismo y factores mecánicos como las fuerzas de carga masticatoria combinados con el tiempo de inicio y duración de la reducción ósea (24).

De manera simple, se pueden nombrar algunos factores etiológicos de esta resorción del reborde residual como la posible carga continua del borde residual por un mucoperiostio postoperatorio cicatriza, el trauma quirúrgico por repliegue del tejido, disección del mucoperiostio, alveolectomía, alveolotomía, remoción excesiva de la encía insertada, y por último, la carga excesiva de un borde por una prótesis demasiado retentiva (24).

En la actualidad la RBR es mundial, ocurre en hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, enfermos y sanos, con y sin prótesis dental, y no se relaciona con la causa principal de la extracción de los dientes (caries o enfermedad periodontal). Aun así, los estudios epidemiológicos al respecto no han podido determinar por qué existe tanta variación en los patrones y frecuencia de la reducción del reborde en distintos pacientes. Se considera que la identificación de los factores etiológicos en el paciente y la evaluación individual del paciente permiten establecer un buen diagnóstico y tratamiento (24).

Función masticatoria

Como ha sido descrito por Moya et. al, la función masticatoria son todos aquellos procesos que ocurren dentro de la boca que están destinados fragmentar los alimentos, dentro de estos se nombran morder, triturar, desgarrar, masticar y deglutir (6).

En los adultos mayores que presentan ausencia de piezas dentales se observa una función masticatoria disminuida, dada por las adaptaciones que realizan los tejidos estomatognáticos para compensar la masticación inadecuada, algunos de los factores que se evidencian en este tipo de pacientes son la disminución de la fuerza masticatoria, el desgaste de los tejidos óseos maxilares y articulares, desplazamiento irregular de la mordida produciendo un patrón anormal de mordida, interferencia de prótesis dentales mal adaptadas o confeccionadas, además de desalajo de la prótesis dental y dolor ante la masticación (7).

En el mismo sentido, el edentulismo junto con el envejecimiento producen una serie de alteraciones funcionales en la cavidad bucal como la pérdida de soporte oclusal, trastornos en la articulación temporomandibular y en los músculos masticatorios los cuales ya se encuentran hipotónicos producto de la edad. También se presentan deficiencias sensoriales como la falta de sensibilidad en la lengua o el paladar, alteración en las mucosas y en el sentido del gusto. Entendiendo que al perder el órgano dental el hueso deja de recibir los estímulos que provenían de los nervios propioceptivos del ligamento periodontal (26).

En consecuencia, la presencia de una limitación de la función masticatoria depende de muchos aspectos y algunos de estos factores pueden presentarse al mismo momento en un individuo, dentro del estudio realizado por Nakata en relación al nivel de función masticatoria con la circulación sanguínea cerebral por el incremento del flujo sanguíneo durante el acto de la masticación, con la sensación de saciedad ya que el disfrute de comer depende de una buena función masticatoria, con la oclusión y la capacidad locomotora del individuo argumentando que la limitación de la función masticatoria conlleva en algunos casos deficiencias a nivel muscular y neuronal (27).

En general, se entiende que no sólo las funciones relacionadas con la masticación se encuentran comprometidas gracias a los cambios dados por la edad y por el edentulismo, sino que también se afectan otras funciones orales como la comunicación y las interacciones psicosociales como la autopercepción del paciente relacionada con la sonrisa (28).

Asimismo, la disminución de la función masticatoria tiene repercusiones a nivel de salud general ya que entorpece o impide la alimentación, esto ocasiona que la persona edéntula cambie su dieta por alimentos blandos o líquidos donde probablemente se ingiera menor cantidad de fibra, proteína y minerales. El déficit alimenticio durante un período prolongado desencadena problemas gástricos y nutricionales (29).

Por otro lado, afirma Wintergerst que la evaluación de la función masticatoria puede realizarse de forma objetiva o de forma subjetiva. Cuando se efectúa de forma subjetiva se utilizan instrumentos con una serie de preguntas o cuestionarios que aclaren algunas funciones como la capacidad de comer alimentos duros, si sienten que pueden masticar sus alimentos bien antes de deglutirlos, etc. La información obtenida de estos instrumentos permite conocer la percepción propia del paciente de su capacidad masticatoria, aunque por lo regular los pacientes son muy optimistas en relación con su capacidad real (28).

La evaluación objetiva puede hacerse por diferentes métodos y en ocasiones se utilizan en conjunto más de uno para entender mejor la función masticatoria, las alteraciones que se presentan o los cambios obtenidos con algún tratamiento. Un método objetivo es la electromiografía que evalúa la relación entre la velocidad de conducción de las fibras musculares, la frecuencia y la fuerza de la contracción muscular que informan sobre la coordinación motora, la fuerza y fatiga del sistema neuromuscular. Otros métodos son precisar la fuerza oclusal y la observación de la cinemática del ciclo o patrón masticatorio (28).

De tal modo, la función masticatoria no solo es la capacidad de masticar sino también la eficiencia al hacerlo, se puede considerar afectada a o disminuida cuando los procesos de la masticación no están siendo adecuadamente ejecutados, para ello influyen varios factores adicionales al edentulismo, como la fuerza del cierre mandibular, la fuerza y tonicidad muscular, la presencia de alteraciones neurológicas que perjudiquen el movimiento de la lengua, las mejillas y la mandíbula, la ingesta de medicamentos que propicien la deficiencia en calidad y cantidad de la saliva, entre otra (27).

Rehabilitación protésica

La rehabilitación protésica es la ciencia y el arte de reemplazar las porciones coronales de los dientes naturales perdidos y sus partes asociadas. La ausencia de uno o más dientes en la boca incide en la fonética, deglución, digestión, estética e incluso en las relaciones sociales entre los individuos. A la hora de la rehabilitación es importante que la satisfacción del paciente se encuentre relacionada con la estética lograda, así también con la salud de los tejidos residuales; se pretende lograr en el paciente una buena masticación, un mejor aspecto estético e incluso ganar en la vocalización y mejorar así su calidad de vida (30).

Así mismo, la rehabilitación protésica demanda un enfoque multidisciplinario ya que se deben evaluar otros aspectos de la funcionalidad oral del paciente que deben ser atendidos muchas veces con mayor urgencia que la rehabilitación en sí. Uno de estos aspectos es la devolución de la salud a los tejidos bucales y dentarios que se encuentren

aún en boca. Adicionalmente, se debe considerar cual es la mejor opción para el paciente, considerando sus condiciones particulares como necesidades bucodentales, necesidades estéticas, disponibilidad de tiempo, presupuesto y condición de salud general (31).

Puntualmente, las opciones de rehabilitación protésica a considerar se distinguen en grandes rasgos: total o parcial, fija o removible. Dentro de estas categorías es posible elegir entre prótesis parciales muco-dento soportadas, prótesis total, coronas fijas, prótesis totales o parciales implanto-soportadas (31). Dentro de este trabajo se abordará la rehabilitación con prótesis total acrílica en pacientes edéntulos totales.

Calidad de vida relacionada a la salud bucal

En primera instancia es necesario definir la salud bucal, que según la OMS en un reporte del 2014 citado por Santos es el bienestar físico, psicológico y social en relación a la dentición, tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. Las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida y afectan diversos aspectos de la vida diaria, como la función masticatoria, la apariencia física, las relaciones interpersonales al impedir la comunicación y la fonética tienden a retraer al individuo de la interacción social, e incluso las oportunidades de trabajo. Afirman también Escudero et. al, que la salud oral es parte integral de la salud general, no se puede ser sano sin salud oral, por tanto, no deben ser interpretadas como entidades separadas (1).

Así pues, la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) es definida por la OMS en el 2017 citado por Reinoso y Del Castillo, como la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural (32).

Cuando se realiza una medición de la CVRSB se presenta en líneas generales para monitorear la salud poblacional, evaluar las políticas públicas en salud, focalización de recursos según necesidades, evaluar el diagnóstico, severidad, tratamiento, impacto y pronóstico de las diferentes enfermedades, teniendo como ventaja la evaluación individual de cada paciente (32).

Al respecto, Adulyanon y Sheiham propusieron un modelo teórico de 3 niveles para explicar los impactos de las condiciones orales en los desempeños diarios relacionados a la salud bucal, desglosándose de la siguiente manera (32):

Nivel 1: Muestra el estado de salud oral, incluyendo el deterioro dental.

Nivel 2: Muestra los impactos intermedios, son los primeros impactos negativos causados por las condiciones orales; dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia.

Nivel 3: Muestra los impactos finales, determinación que se emplea para representar aquellos impactos sobre las personas, que desarrollan actividades diarias y que se requiere adecuado rendimiento físico, psicológico y social.

OHIP

Como bien lo explica Rivera la atención odontológica debe ser integral considerando el punto de vista del paciente, su percepción subjetiva según las condiciones bucodentales, a pesar de que esta apreciación sea equivocada para el odontólogo. Ahora bien, esto es importante para considerar el impacto en la calidad de vida que tienen la presencia de las afecciones bucodentales (6).

Existen distintos instrumentos para evaluar la calidad de vida, su conocimiento es importante para el odontólogo, ya que permite un acercamiento a las distintas maneras de evaluar las alteraciones en la salud resultantes de un cambio del entorno bucal o de algún procedimiento realizado en él. Uno de los instrumentos más empleados es el *OHIP Oral Health Impact Profile*, impacto del perfil de la salud oral por su traducción en español, considerado actualmente como uno de los más avanzados y completos. Se fundamenta en la medición de la conformidad y disconformidad de los trastornos bucales (6).

Consta de 49 ítems, organizados en siete dimensiones. El rango de sus resultados se ubica entre 0, que significa que no hay impacto en la calidad de vida y 196 puntos, equivalente a impacto muy negativo. Las versiones OHIP-20 y OHIP-14 corresponden a las versiones en español (6).

2.3 Definición de términos básicos

Autoestima: aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo (33).

Deglución: acción de deglutir o tragar (33).

Edéntulo: sin dientes, anodonto, desdentado (34).

Fonética: conjunto de sonidos de una lengua o dialecto (33).

Función masticatoria: actos dentro del aparato estomatognático destinados a fragmentar los alimentos para su deglución (6).

Masticación: acto de triturar los alimentos. Intervienen las piezas dentarias y los movimientos masticatorios producidos por los músculos masticadores (34).

Patologías dentales: enfermedades o alteraciones de los tejidos dentales (14).

Prótesis total: prótesis que está destinada a reponer la parte coronal de las piezas dentarias perdidas en un paciente edéntulo total (6).

Rehabilitación protésica: devolución de las piezas dentarias ausentes o perdidas y sus estructuras aledañas (14).

2.4 Bases Legales

Ante la elaboración de un trabajo de investigación es necesario indagar sobre las legislaciones y códigos que amparen el estudio, desde la odontología y el estudio universitario, por ello, a continuación se presentan algunas leyes que se consideran relacionadas con este trabajo.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (35).

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará

políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Ley de Reforma de la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación (36).

Establece que las actividades científicas, tecnológicas, de innovación y sus aplicaciones son de interés público para el ejercicio de la soberanía nacional en todos los ámbitos de la sociedad y la cultura. Se puede añadir que este proyecto de investigación se considera de interés y aporte público a nivel nacional y especialmente dentro del área odontológica.

Ley de Ejercicio de la Odontología (37).

Artículo 16: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran.

Artículo 17: Al ofrecer sus servicios profesionales, el odontólogo deberá acatar las disposiciones que sobre el anuncio público de servicios odontológicos se establezcan en el Código de Deontología Odontológica.

Código de Deontología Odontológica (38).

Artículo 2: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida. Al respecto, se puede afirmar que la realización de un estudio documental como lo este trabajo promueve la actualización científica para los estudiantes y profesionales de la odontología.

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

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

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de la investigación

Para este trabajo se comprende que el tipo de la investigación es de campo, según Arias los datos se recogen de primera mano, es decir directamente de la fuente donde ocurren los hechos. Ya que el objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes rehabilitados protésicamente que acuden a la Universidad José Antonio Páez, es decir, los datos se recogieron directamente de la observación de los pacientes participantes (39).

3.2 Diseño de la investigación

Según lo señalado por Balestrini, el diseño de la investigación es un plan global de investigación que integran de un modo coherente y adecuadamente correcto, técnicas de recogida de datos a utilizar, análisis previstos y objetivos. Ahora bien, el diseño de la investigación se comprende como un diseño de campo no experimental es decir, las variables no están sujetas a control ni son sometidas a estímulos o cambios y transecional debido a la obtención de los datos en un mismo corte en el tiempo (40).

3.3 Nivel de la investigación

Se entiende por nivel de la investigación la profundidad con la cual se abordarán las variables de este estudio, se seleccionó un nivel descriptivo y exploratorio ya que se

pretende indagar a profundidad sobre el impacto en la calidad de vida del paciente edéntulo luego de haber sido rehabilitado con prótesis total así como también describir las características que se relacionan con el edentulismo y las funciones masticatorias de un paciente portador de prótesis dental (41).

3.4 Población y muestra

La población es el universo de los individuos que abarca el estudio, es decir, todos los pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez durante el período lectivo 3-CR, 120 individuos aproximadamente. Por otro lado, la muestra es un segmento representativo de ese universo, en este trabajo se cuenta con 25 pacientes que integran la muestra, se puede seleccionar la muestra de manera no probabilística ya que se identifican los individuos y previamente se firma un consentimiento informado para garantizar la participación voluntaria de los pacientes (39).

3.5 Criterios de selección

3.5.1 Criterios de inclusión

Pacientes que asistan a la Clínica de Rehabilitación Protésica II durante el período lectivo 3-CR

Pacientes edéntulos totales

Pacientes que no hayan sido portadores de prótesis previamente

3.5.2 Criterios de exclusión

Pacientes que ya recibieron rehabilitación protésica

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas son aquellas estrategias y métodos para la obtención de información, y los instrumentos son los dispositivos físicos o digitales donde se almacenan los datos recopilados. Se aplicaron dos cuestionarios realizado por los investigadores y que se basó en el cuestionario estandarizado OHIP descrito previamente en las bases teóricas de este trabajo (42).

Los cuestionarios fueron redactados teniendo en consideración tres aspectos de la calidad de vida relacionada al edentulismo y la posterior rehabilitación protésica: limitación de la función masticatoria, dolor físico, malestar psicológico y social basado en el cuestionario estandarizado OHIP en su versión en español. Cada cuestionario consta de nueve ítems relacionados los aspectos mencionados, se evalúa la condición del paciente previo a la rehabilitación protésica y después de la misma.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

Una vez recogida la información fue dispuesta a través de tablas representada en datos duros y porcentaje si así lo ameritan, fueron clasificadas según variables. Dichas tablas están analizadas e interpretadas en el capítulo cuatro.

3.8 Sistema de variables

| Objetivos General: Valorar la calidad de vida de los pacientes edéntulos rehabilitados con prótesis total en la clínica de rehabilitación protésica II de la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo 2022-3CR. | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
| Variable | Definición | Dimensiones | Indicadores | Instrumento | Ítems |
| Calidad de vida | Percepción particular del paciente respecto las condiciones bucodentales patológicas y su relación con las funciones cotidianas, las interacciones psicosociales y la autoestima | Cualitativo | -Limitación de la función masticatoria -Dolor físico -Malestar psicológico y social | Cuestionario A y B | Del 1 al 9 |
| Edentulismo total | Sin dientes, anodonto, desdentado | Clínico | -Ausencia clínica de piezas dentales | | |
| Prótesis total | Prótesis que está destinada a reponer la parte coronal de las piezas dentarias perdidas en un paciente edéntulo total | Clínico | -Confección e instalación de prótesis dental | | |

Bongiovanni y Bravo (2022).

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

Luego de la aplicación de los cuestionarios se procede a desglosar detalladamente las respuestas de los pacientes y de esta manera evaluar el impacto de la calidad antes y después de haber sido rehabilitados protésicamente dentro de las Clínicas de Rehabilitación de la Escuela de Odontología de la UJAP.

Se recogió una muestra de 25 pacientes donde 18 eran mujeres y la edad oscilaba entre 49 y 80 años de edad quienes eran edéntulos totales con indicación de tratamiento mediante la instalación de una prótesis total removible acrílica. Estos pacientes fueron interrogados respecto a la limitación de la función masticatoria, dolor físico y malestar psicológico y social. A continuación se disponen las respuestas de los pacientes antes de la instalación protésica (cuestionario A) y después de la misma (cuestionario B) las respuestas se presentan divididas por indicador a modo de tablas y algunos de los ítems son reforzados con gráficos circulares para su mejor comprensión.

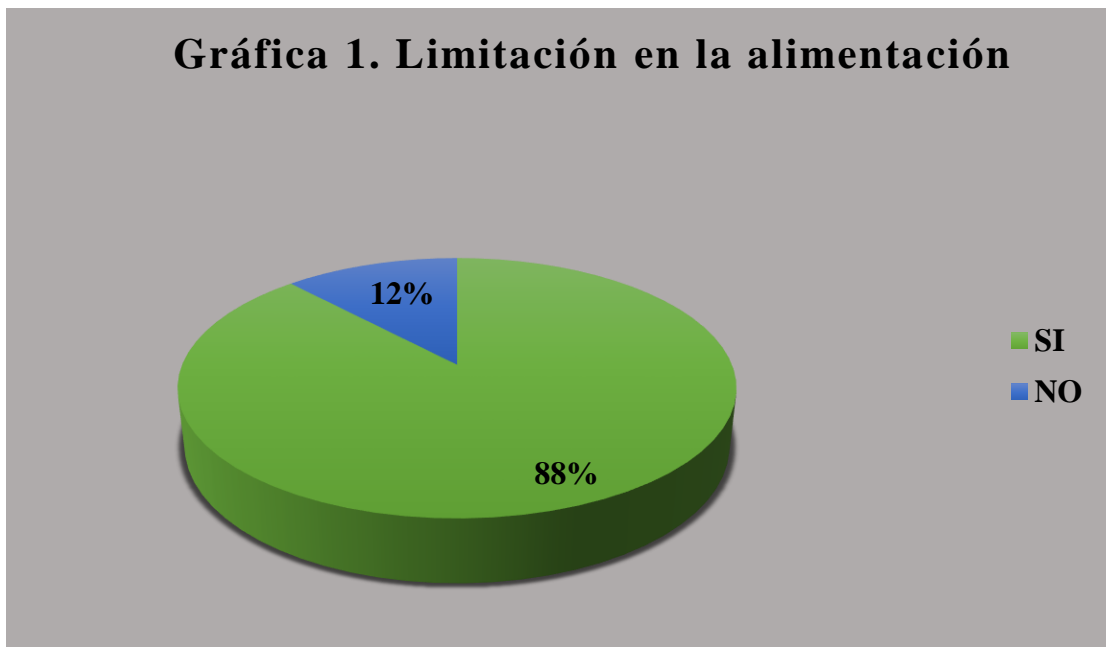
Cuestionario A.

Indicador: Limitación de la función masticatoria

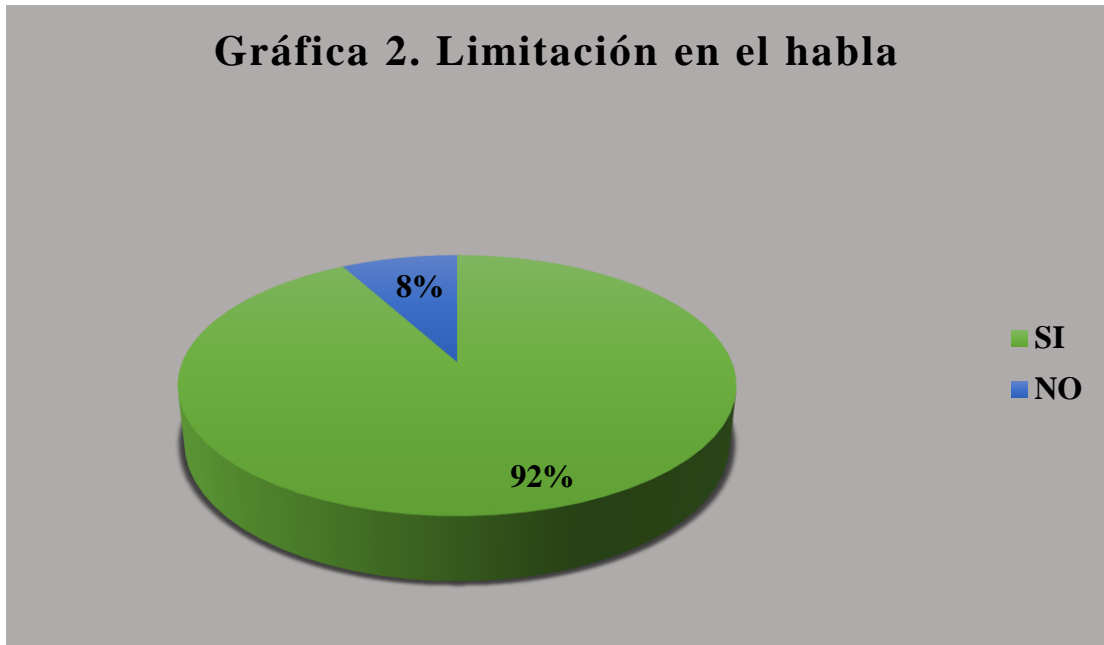
| Tabla 1. Limitación de la función masticatoria previo a la rehabilitación protésica. | SI | | NO | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|---|
| | n | % | n | % |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|------------|
| 1. ¿Ha modificado la manera en la que se alimenta debido a la pérdida de dientes? | 25 | 100% | 0 | 0% |
| 2.¿Diría que hay algunos alimentos que ya no consume desde que perdió dientes? | 22 | 88% | 3 | 12% |
| 3.¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras por problemas de ausencia de dientes? | 23 | 92% | 2 | 8% |

Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).



Gráfica 1. Limitación en la alimentación: Ítem 2 ¿Diría que hay algunos alimentos que ya no consume desde que perdió dientes? **Fuente:** Bongiovanni y Bravo (2022).



Gráfica 2. Limitación en el habla: Ítem 3 ¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras por problemas de ausencia de dientes? **Fuente:** Bongiovanni y Bravo (2022).

En primer lugar, se tuvo la necesidad de evaluar la función masticatoria de los pacientes edéntulos que no han recibido rehabilitación total, con tal fin se estructuraron tres preguntas para estudiar el efecto del edentulismo en el habla y en la masticación en el cuestionario A.

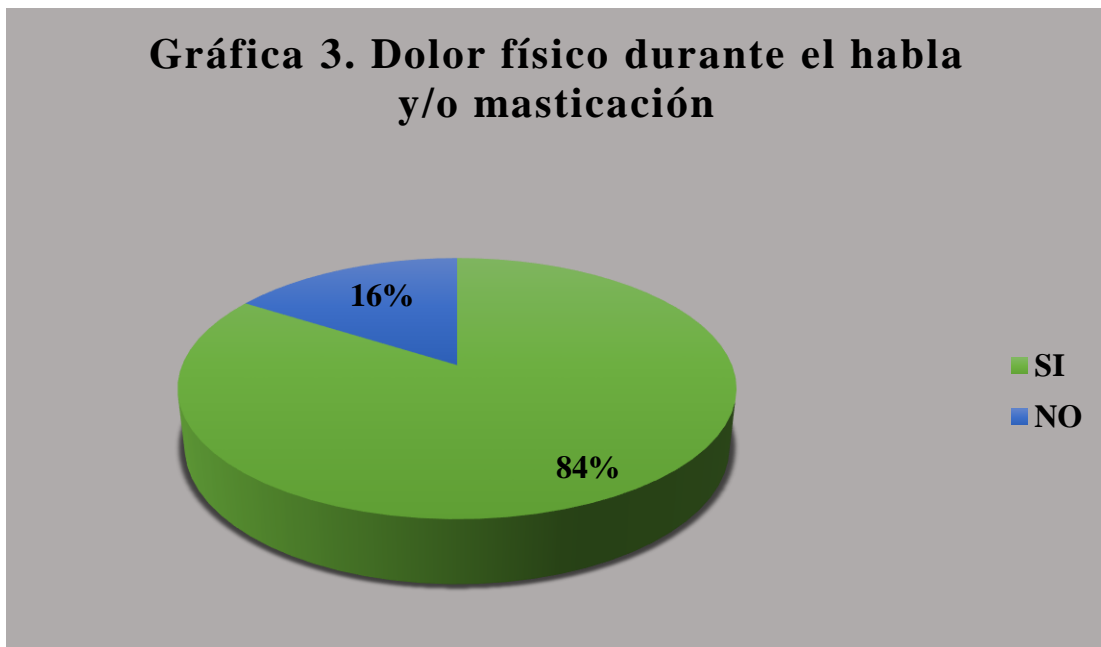
En el ítem 1 la totalidad de los pacientes manifestaron que han cambiado la manera de alimentarse desde su pérdida dental (ítem 1), como complemento en el ítem 2 se recoge que el 88% afirma que hay alimentos que ya no consumen debido al edentulismo (ver gráfica 1) por lo general se referían a aquellos alimentos duros, pegajosos o que ameritan desgarrar.

Respecto al habla, como respuesta al ítem 3 del cuestionario A, el 92% de los pacientes encuestados afirmaron que tenían problemas al mencionar algunas palabras producto de la ausencia de dientes, constatando la influencia del edentulismo en la función del habla (ver gráfica 2).

Indicador: Dolor físico.

| Tabla 2. Dolor físico previo a la rehabilitación protésica. | SI | | NO | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|
| | n | % | n | % |
| 4.¿Ha tenido dolor o malestar en su boca últimamente? | 22 | 88% | 3 | 12% |
| 5.¿Ha experimentado dolor o incomodidad al hablar o comer debido a la pérdida de dientes? | 21 | 84% | 4 | 16% |

Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).



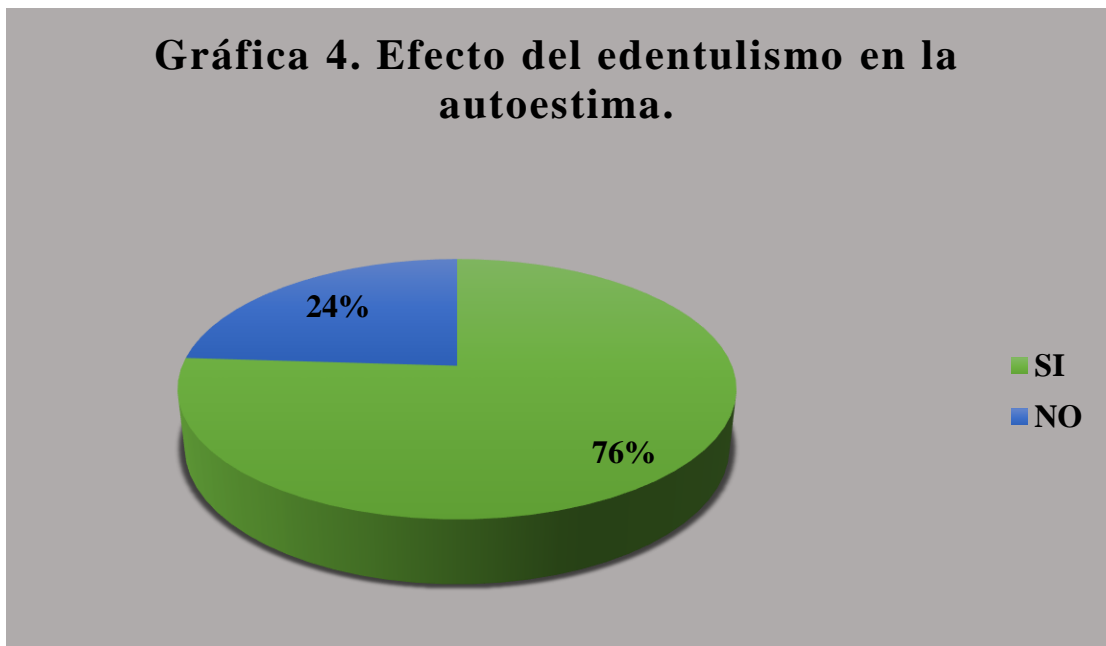
Gráfica 3. Dolor físico durante el habla y/o masticación: ítem 5 ¿Ha experimentado dolor o incomodidad al hablar o comer debido a la pérdida de dientes? **Fuente:** Bongiovanni y Bravo (2022).

Seguidamente, para la evaluación del dolor físico que produce el edentulismo se les preguntó a los pacientes en el ítem 5 si habían experimentado dolor en su boca al momento de hablar o comer debido a la pérdida de dientes, como respuesta se obtuvo que el 84% de los pacientes manifestó incomodidad o dolor principalmente durante la masticación dificultando la correcta alimentación (ver gráfica 3).

Indicador: Malestar psicológico y social.

| Tabla 3. Malestar psicológico y social previo a la rehabilitación protésica. | SI | | NO | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|
| | n | % | n | % |
| 6. ¿Está insatisfecho su sonrisa? | 19 | 76% | 6 | 24% |
| 7. ¿Diría que la pérdida de dientes afecta su autoestima o su confianza personal? | 19 | 76% | 6 | 24% |
| 8. ¿Se ha sentido avergonzado o cohibido debido a su pérdida de dientes en situaciones sociales? | 21 | 84% | 4 | 16% |
| 9. ¿Sus amigos, familiares o pareja hacen comentarios sobre su pérdida de dientes? | 8 | 32% | 17 | 68% |

Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).



Gráfica 4. Efecto del edentulismo en la autoestima. Ítem 7. ¿Diría que la pérdida de dientes afecta su autoestima o su confianza personal? Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).

Es sabido también que el edentulismo tiene una repercusión sobre la autoestima del paciente y puede dificultar sus relaciones personales, hasta el punto en que el paciente se sienta retraído de desenvolverse en situaciones sociales. En el ítem 6 del cuestionario A se preguntó a los pacientes si estaban insatisfechos con la apariencia de su sonrisa y como respuesta se registró que 21 de los 25 pacientes afirmaron no estaban conformes con la apariencia de su sonrisa, aunado a esto en el ítem 7 se preguntó directamente que si el edentulismo afectó negativamente su confianza personal y autoestima obteniendo que el 76% de los encuestados confirmó que repercutió negativamente en su auto-concepto (ver gráfica 4).

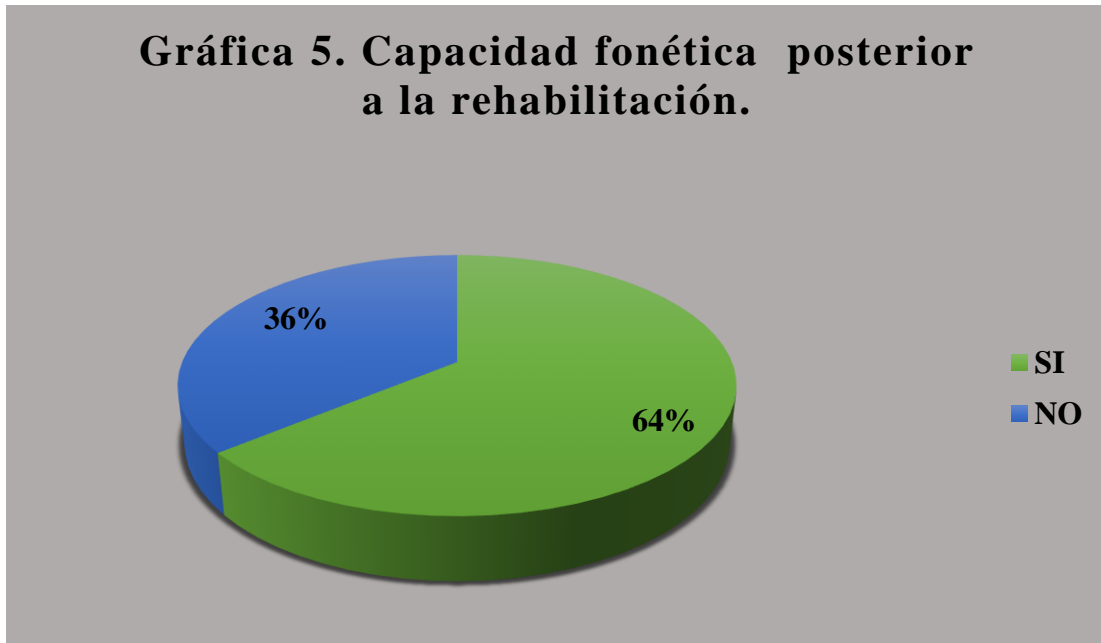
Cuestionario B.

Indicador: Limitación de la función masticatoria.

| Tabla 4. Limitación de la función masticatoria posterior a la rehabilitación. | SI | | NO | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % |
| 1.¿Ha modificado la manera en la que se alimenta después que tiene su prótesis? | 25 | 100% | 0 | 0% |
| 2.¿Diría que hay algunos alimentos que volvió a consumir después de tener su prótesis? | 25 | 100% | 0 | 0% |
| 3.¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras después de tener su prótesis? | 16 | 64% | 9 | 36% |

Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).

Gráfica 5. Capacidad fonética posterior a la rehabilitación.



Gráfica 5. Capacidad fonética posterior a la rehabilitación: ítem 3. ¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras después de tener su prótesis? Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).

Por otra parte, dentro del cuestionario B se plantearon los mismos indicadores pero evaluando la perceptiva del paciente posterior a la instalación protésica.

Para iniciar con la evaluación de la función masticatoria posterior a la rehabilitación protésica la totalidad de los pacientes afirmaron que han modificado su forma de alimentarse y que han incorporado nuevos alimentos, posterior a la instalación de la prótesis total removible acrílica (ítem 1 y 2).

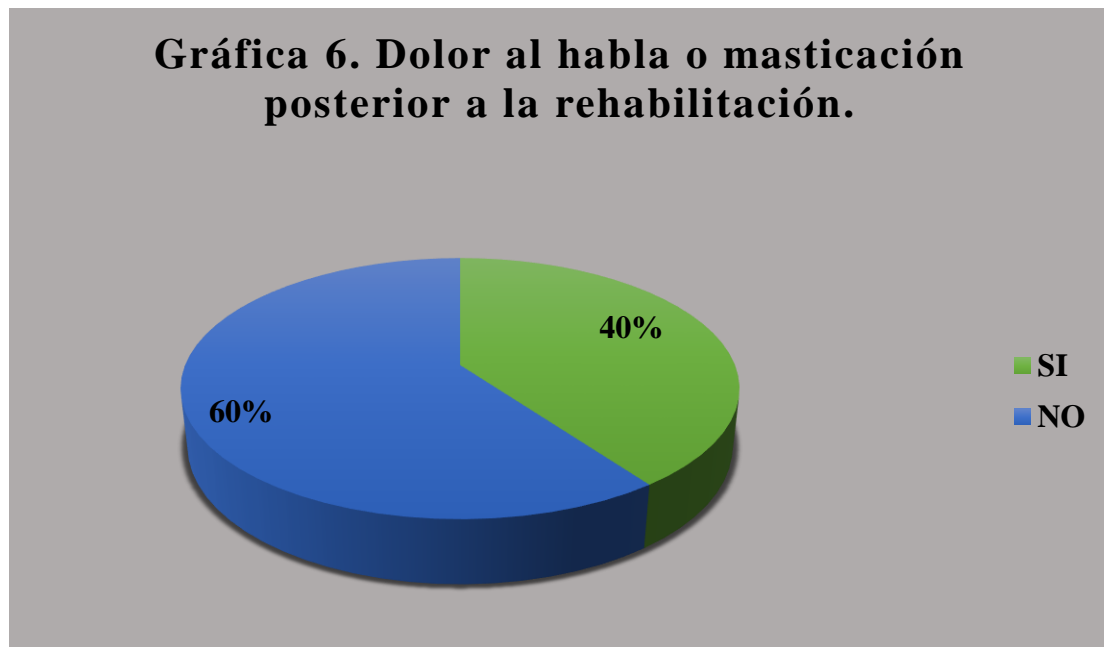
Sin embargo, el proceso de adaptación del paciente a su nueva prótesis puede tener algunas incomodidades inmediatas al pronunciar palabras, respecto a esto dentro del ítem 3 el 64% de los pacientes confirmaron que han tenido dificultad al hablar luego

de la instalación de la prótesis, se debe entonces resaltar que hay varios factores que influyen en la capacidad fonética y uno de ellos es la posición de la lengua sobre el paladar que ahora debe acostumbrarse a la baseacrílica palatina de la prótesis total, aun así, este proceso de adaptación suele ser rápido y puede variar en cada paciente.

Indicador: Dolor físico.

| Tabla 5. Dolor físico posterior a la rehabilitación. | SI | | NO | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|
| | n | % | n | % |
| 4.¿Ha tenido dolor o malestar en su boca últimamente? | 17 | 68% | 8 | 32% |
| 5.¿Ha experimentado dolor o incomodidad al hablar o comer después de tener su prótesis? | 10 | 40% | 15 | 60% |

Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).



Continuando con la evaluación del dolor físico se plantearon dos preguntas dentro del cuestionario B para determinar la incomodidad después de la rehabilitación protésica, y en el ítem 5 se recoge que 10 de los 25 pacientes encuestados manifestaron que

posterior a la instalación de la prótesis han tenido dolor o incomodidad en su boca al hablar o comer (ver gráfica 6), esto también responde al proceso de adaptación protésica del paciente que debe ser solucionado con citas periódicas de control y la constante supervisión del odontólogo tratante.

Indicador: Malestar psicológico y social.

| Tabla 6. Malestar psicológico y social posterior a la rehabilitación. | SI | | NO | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|-----|
| | n | % | n | % |
| 6.¿Está satisfecho con su sonrisa? | 25 | 100% | 0 | 0% |
| 7.¿Diría que la prótesis dental influyó positivamente en su autoestima o su confianza personal? | 25 | 100% | 0 | 0% |
| 8.¿Se ha sentido avergonzado o cohibido en situaciones sociales después de tener su prótesis? | 3 | 12% | 22 | 88% |
| 9.¿Sus amigos, familiares o pareja hacen comentarios sobre su prótesis dental? | 5 | 20% | 20 | 80% |

Fuente: Bongiovanni y Bravo (2022).

Para medir la influencia de la prótesis dental en el aspecto psicológico y social se diseñaron los ítems del 6 al 9 en el cuestionario B. Se recogió como respuesta que la totalidad de los pacientes afirmó que están satisfechos con su nueva sonrisa (ítem 6) y que la prótesis dental influyó positivamente en su autoestima y confianza personal. Asimismo, 22 de los 25 pacientes confirmaron que luego de tener la prótesis dental no se han sentido cohibidos o avergonzados en situaciones sociales (ítem 8).

4.2 Discusión de los resultados

Este siguiente apartado consiste en revisar algunos trabajos previos que permitan contraponer y analizar los resultados propios de esta investigación. En primer lugar, resultó necesario estudiar el impacto en la calidad de vida de los pacientes edéntulos

sin rehabilitación protésica alguna, al respecto se puede mencionar el estudio de Shrestha y Dahal quienes evaluaron a pacientes desdentados con una edad media de 65 años aplicando un cuestionario para medir su inconformidad al morder, masticar, tragar, hablar y sobre su percepción psicosocial, como conclusión establecieron que el edentulismo completo se asoció con deterioro y limitación de las funciones físicas, así como también con necesidad de limitar el tipo y cantidad de alimentos. Dichas afirmaciones se relacionan con las respuestas de los paciente en el ítem 1 y 2 del cuestionario A, donde la totalidad respondió que han tenido que aplicar modificaciones en su dieta producto de la ausencia de dientes, mientras que más del 80% de edéntulos encuestados manifestó que hay alimentos específicos que no comen debido a la dificultad para masticar y morder (43).

Continuando con el estudio del impacto del edentulismo en la calidad de vida del paciente, se encuentra el trabajo de Jiménez y colaboradores quienes luego de la evaluación a 720 participantes con distintos niveles de edentulismo y que han perdido dientes de forma crónica afirmaron que la pérdida dental constituye un problema que repercute directamente en salud bucodental y en la calidad de vida, evaluando distintos aspectos de este grupo de pacientes se puede nombrar el nivel socioeconómico, nivel de educación sobre salud bucodental, condiciones sistémicas relacionadas, asistencia regular al odontólogo, características psicológicas y emocionales y la importancia que le dan estos pacientes a su estado de salud bucal. Afianzan además que aquellos

pacientes que no son rehabilitados protésicamente sufren mayor número de consecuencias negativas que afectan la calidad de vida (44).

En el mismo sentido, las conclusiones de Jiménez y colaboradores (44) guardan relación con lo encontrado en el ítem 4 del cuestionario A donde más del 80% relató que han sentido molestias y dolor en su boca producto de la pérdida dental, refiriéndose a las estructuras blandas ya que se trató de una muestra completamente edéntula. Sin embargo, cabe destacar que no se tomó en cuenta la razón de la ausencia dentaria o si los pacientes tuvieron recientemente un tratamiento quirúrgico o experimentaron infección en los tejidos bucales. Lo que sí es cierto es que existe una correlación entre el edentulismo y las molestias físicas a nivel bucal en relación a la capacidad masticatoria y que afecta de manera directa la calidad de vida del paciente.

Por otro lado, dentro de esta investigación también se confeccionó un segundo cuestionario o Cuestionario B donde se evaluaron los mismos factores pero después de la instalación protésica, es necesario resaltar que los participantes de la muestra fueron pacientes totalmente edéntulos que no han recibido rehabilitación protésica total anteriormente. Se registró como respuesta del ítem 2 del cuestionario B que la totalidad de los pacientes refirieron que incorporaron nuevos alimentos a su dieta luego de la instalación protésica lo cual puede ayudar a confirmar que la capacidad alimenticia mejoró y por ende aumentó su calidad de vida en relación a la salud bucal.

De acuerdo a lo anterior, el estudio realizado por Simonne y colaboradores se enfocó en estudiar el impacto en la calidad de vida en pacientes con edentulismo parcial sin

oclusión posterior y otros con oclusión anterior y un tercer grupo totalmente edéntulo, en dicho estudio se tomó en consideración la capacidad masticatoria y aceptabilidad del alimento mediante una prueba objetiva a través de la ingesta de una gelatina relativamente pegajosa y aplicando el cuestionario de calidad de vida en relación a la salud bucal. Como resultado reportaron que los niveles de rendimiento masticatorio aumentaron significativamente en especial para el grupo edéntulo total, concluyendo que la restauración de la oclusión mediante la prótesis total influye en la mejora del rendimiento y la aceptabilidad de nuevos alimentos (45).

En contraste, de acuerdo al aumento de la calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis acrílica en el estudio de Espasandín y colaboradores evaluaron pacientes edéntulos geriátricos determinando una mala calidad de vida considerando limitación funcional, alteración del gusto e inconformidad protésica, sin embargo, dichos malestares pueden provenir una mala confección protésica con una inadecuada oclusión, estética o retención. Además, existen algunas condiciones bucales o generales que ameritan una rehabilitación protésica fija en lugar de una removible, en definitiva, la indicación adecuada de la rehabilitación protésica total removible debe ser minuciosamente seleccionada por el clínico tomando en cuenta las características y necesidades del paciente (46).

Se podría añadir que dentro de este trabajo se recogió como respuesta en el ítem 5 del cuestionario B que parte de los pacientes refirieron que presentaron molestias al hablar o masticar después de recibir la prótesis, esto puede ser explicado por el proceso de

adaptación protésica del paciente y que este cuestionario fue aplicado inmediatamente después de la instalación de la prótesis. También es necesario reiterar que estos pacientes no habían sido portadores de prótesis total previamente, dicho dato influye en el malestar temprano del proceso de adaptación.

Otro punto sumamente importante en la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el edentulismo es el aspecto psicológico y social, dicho punto fue estudiado en el cuestionario A y B previo y posterior a la rehabilitación protésica, en el cuestionario A para el ítem 7 y 8 se recogió que más del 70% de los pacientes consideró que el edentulismo afectó la confianza personal, autoestima e interacciones sociales. Luego de la instalación protésica, en el cuestionario B los pacientes manifestaron mediante el ítem 6 y 7 que ahora están satisfechos estéticamente con su sonrisa y que tener prótesis les ha devuelto su autoestima y auto confianza.

Así que en relación a lo anterior se destaca el estudio de Franco y colaboradores quienes evaluaron a pacientes geriátricos mediante la aplicación de un cuestionario para medir la calidad de vida de estos pacientes que llevan prótesis totales, consideraron que estos pacientes a pesar de presentar dificultades menores su calidad de vida en relación a salud bucal era buena, de esta forma se puede aclarar que las indicaciones de la instalación protésica total depende de las necesidades del paciente y que la restauración de la oclusión permite elevar la estética, autoestima y función masticatoria, en consecuencia esto conlleva a una mejor calidad de vida posterior a la rehabilitación (47).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Es bien sabido que las conclusiones de una investigación se realizan orientadas a exponer cumplimiento de los objetivos planeados y sustentadas en el análisis de los resultados.

Primero, se seleccionó la muestra representativa que participaría en la investigación según lo planteado en el primer objetivo (ver Capítulo I) y que cumplieron con ciertos criterios de inclusión y exclusión (ver Capítulo III), como resultado se eligieron 25 individuos, pacientes entre 49 y 80 de años de edad, edéntulos totales sin rehabilitación previa, aunque no se obtuvieron datos de la causa de pérdida dental sí se identificó una prevalencia del sexo femenino.

Por otra parte, para el cumplimiento del segundo objetivo se examinaron las consecuencias del edentulismo en tres diferentes aspectos: limitación masticatoria, dolor físico y malestar psico-social. Se registró que los pacientes edéntulos tenían una restricción dietética y molestias al comer, hablar y tragar, esto es considerado un problema relacionado al edentulismo. Así mismo, los pacientes afirmaron que se sentían insatisfechos con el aspecto de su sonrisa y que los cohibía en espacios sociales. Concluyendo que el edentulismo ocasiona alteraciones en la auto-percepción y en la

autoestima, además de estar profundamente ligado a la disminución de la capacidad masticatoria ocasionando alteraciones dietéticas en el paciente.

En el análisis de los resultados del Cuestionario B (ver Capítulo IV) se demuestra cómo estos mismos tres aspectos (función masticatoria, dolor físico y malestar psico-social) son evaluados en el paciente posterior a la rehabilitación para estimar el impacto de la prótesis dental en la calidad de vida. Como resultado, se evidenció que la rehabilitación protésica trae beneficios inmediatos en el paciente en cuestión de calidad de vida, los participantes afirmaron que estaban incorporando nuevamente alimentos sólidos a su dieta, que se sentían satisfechos con la apariencia de su sonrisa y que se redujo el dolor físico durante la masticación.

Indiscutiblemente, se estima un impacto positivo en la calidad de vida del paciente edéntulo que ha sido rehabilitado protésicamente con una prótesis total removible acrílica, permitiéndoles recuperar la funcionalidad masticatoria, reducir y eliminar las molestias en la mucosa, recuperar la alimentación variada y balanceada y además una mayor confianza en sí mismos, todo esto conduce a una vida saludable y plena.

Cabe destacar, que la calidad de vida es un estudio amplio que abarca muchos aspectos de la vida del individuo, dentro de esta investigación la estimación positiva de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud bucal se basó en las respuestas de los pacientes participantes, las cuales ayudan a concluir que el edentulismo tiene diversas consecuencias tanto en la parte buco-dental, como masticatoria, nutricional y psicológica, estos problemas relacionados al edentulismo y

pérdida ósea pueden ser efectivamente mitigados o eliminados tras la instalación de una prótesis dental.

5.2 Recomendaciones

Una vez plasmadas las conclusiones de la investigación surgen algunas recomendaciones que son orientadas a los odontólogos en general y a los estudiantes de Odontología:

- ✓ Es recomendable continuar estudiando al paciente desde un punto de vista general y no sólo bucodental
- ✓ Se recomienda la investigación de la calidad de vida en relación a la salud bucal con un enfoque psicológico
- ✓ Se aconseja investigar las consecuencias nutricionales del paciente edéntulo total
- ✓ Resulta aconsejable que la planificación de la rehabilitación protésica del paciente edéntulo sea minuciosa e integral
- ✓ El proceso de adaptación protésica es fundamental para el paciente edéntulo por eso se recomiendan las evaluaciones periódicas posterior a la rehabilitación
- ✓ Se recomienda educar al paciente sobre la importancia de la salud bucal en el desarrollo de la calidad de vida
- ✓ Se aconseja que el paciente edéntulo sea educado sobre las consecuencias del edentulismo parcial y total a nivel nutricional, funcional y psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escudero E, Muñoz Rentería V, De la cruz Claire ML, Aprili Justiniano L, Valda Mobarec EY. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019. Rev. Cien. Tec. In. 2020; 18 (21): 161-190.
2. Díaz Cárdenas S, Tirado Amador L, Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2018; 11 (2): 78-83.
3. Mera Posligua SD. Importancia y funcionamiento integral de la rehabilitación con prótesis dental parcial removible. [Trabajo de grado] Portoviejo (EC): Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2022.
4. Barreto Vanegas RC, Vergara Ariza JN, Saavedra LD, Niño Puerto CJ. Calidad de vida relacionada con la salud en personas que utilizan prótesis parcial removible: revisión de la literatura, 2005-2020. [Trabajo de grado] Bogotá (CO): Universidad Cooperativa de Colombia; 2021.
5. Rivera Ramos ES. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología. Odontol. Sanmarquina 2020; 23(1): 35-42.
6. Moya MP, Marquardt K, Arellano C, Contreras C, González C. Efectos de la prótesis dental en la función masticatoria de adultos mayores. J. health med. sci. 2019; 5(1):41-50

7. Palomares MT. Evaluación de la calidad de vida oral y función masticatoria en distintas modalidades protésicamente. [Trabajo de grado] Granada (ES): Universidad de Granada; 2017.
8. Seenivasan MK, Banu F, Inbaraján A, Natarajan P, Natarajan S, Kumar A. El efecto de las dentaduras postizas completas en la calidad de vida de los pacientes edéntulos en la población del sur de la India según el género y la enfermedad sistémica. *Cureus* 11(6): e4916.
9. Ríos Angulo CM. Relación entre pérdida dental con la capacidad masticatoria y calidad de vida oral en adultos, Hospital Florencia de Mora Essalud - La Libertad, 2017. [Trabajo de grado] Trujillo (PE): Universidad de Trujillo; 2018.
10. Encina Tutuy AJ, Dho MS. Relación entre salud bucal y calidad de vida en adultos mayores que asisten a tres clubes de abuelos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Rev Dig FOUNE*. 2021; 5 (1)
11. Ruíz Rojas NC. Calidad de vida y salud oral en pacientes adultos mayores con rehabilitación protésica de la Clínica Continental Orthodontics, Lima, 2021. [Trabajo de grado] Lima (PE): Universidad César Vallejo; 2022.
12. Dikicier S, Atay A, Korkmaz C. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes desdentados. *Vida médica de J*. 2021; 14(5): 683–689.
13. Gutiérrez Vargas VL, León Manco RA, Castillo Andamayo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2015; 25 (3): 179-186

14. Santos LLL. El edentulismo y su relación con la calidad de vida en pacientes del Club del Adulto Mayor del C.S San Francisco, Tacna 2018. [Trabajo de grado] Tacna (PE): Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.
15. Subirá Pifarré C, Marques Soares MS. La función masticatoria en el anciano. RCOE. 2001; 6 (1): 69-77
16. Al-Rafee M. La epidemiología del edentulismo y los factores asociados: una revisión de la literature. J Family Med Prim Care. 2020; 9(4): 1841–1843.
17. Gordon JH, LaMonte MJ, Zhao J, Genco RJ, Cimato TR, Hovey KM, Allison MA, Mouton CP, Wactawski-Wende J. Asociación de enfermedad periodontal y edentulismo con riesgo de hipertensión en mujeres posmenopáusicas. American Journal of Hypertension. 2019; 32 (2): 193–201
18. Ghiță RE, Scriciu M, Mercuț V, Popescu SM, Cazan Stănuși A, Petcu IC, Marinescu IR, Pascu RM, Găman S. Statistical Aspects of Partial Edentulism in a Sample of Adults in Craiova, Romania. Curr Health Sci J. 2019; 45(1):96-103.
19. Agbor AM, Bruno K, Salomon Z, Ananfack GC, Clement T. Pattern and Consequences of Non-Replacement of Missing Teeth amongst Edentulous Adults in Ngaoundéré-Cameroon. British Journal of Healthcare and Medical Research. 2022; 9(3): 198- 208
20. Dzalaeva F, Chikunov S, Bikova M, Deev M, Okromelidze M. Estudio de la Eficiencia Clínica de un Abordaje Interdisciplinario para el Tratamiento del

- Dolor Orofacial y Trastornos de la Articulación Temporomandibular en Pacientes con Edentulismo Total o Parcial. *Eur J Dent* 2020; 14(04): 657-664
21. Machaca L, Baylón C. Influencia del edentulismo parcial en el estado nutricional en pacientes geriátricos atendidos en Juliaca. *Rev. Evid. Odontol. Clinic.* 2016; 2 (1): 31-34
22. Cancino G, Cepeda D. Efecto del edentulismo en variables socio-psicológicas y físicas en adultos: revisión narrativa. [Tesis de grado] Talca (CH): Universidad de Talca; 2021.
23. Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, Von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral.* 2010; 3(1): 27-33
24. Winkler S. *Prostodoncia total*. Primera edición en español: Editorial Limusa. Ciudad de México. 2004.
25. El Maroush MA, Benhamida SA, Elgendy AA, ElsaltanMH. Residual ridge resorption, the effect on prosthodontics management of edentulous patient: an article review. *International Journal of Scientific Research and Management (IJSRM)*. 2019; 7 (9): 260-267
26. Schimmel M, Katsoulis J, Genton L, Müller F. Masticatory function and nutrition in old age. *SWISS DENTAL JOURNAL SSO*. 2015; 125 (4): 449-454

27. Nakata M. Función masticatoria y sus efectos en la salud general. Intern. Dental Journal. 1998; 48 (6): 540-548
28. Wintergerst Lavín AM. El odontólogo, custodio de la función masticatoria. Revista ADM 2022; 79 (3): 177-181
29. Arencibia García E. Necesidad de rehabilitación protésica en una población seleccionada de un área de salud. Rev Ciencias Médicas. 2016; 20 (4): 452-457
30. Mendoza Rivera S, Ríos Szalay E, Treviño Santos A, Olivares Tapia S. Rehabilitación protésica multidisciplinaria: Reporte de un caso clínico. Rev Odont Mex. 2012; 16 (2): 112-122
31. Reinoso Vintimila N, Del Castillo López C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. Rev. Estomatol. Herediana. 2017; 27 (4): 227-234
32. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Impactos orales que afectan el desempeño diario en una población tailandesa con baja enfermedad dental Community Dent Oral Epidemiol. 1996; 24 (6): 385-9
33. Clínica Universidad de Navarra: Diccionario médico [Internet] 2020 [Consultado en Agosto de 2022] Disponible en: <https://www.cun.es/>
34. Diccionario RAE. Real Academia Española. [Internet] 2020 [Consultado en Agosto de 2022] Disponible en: <https://www.rae.es/>
35. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de N° 5.423 (Extraordinaria). Caracas, 1999.

36. Ley de Reforma de la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.242, Caracas 03 de agosto de 2005.
37. Ley del Ejercicio de la Odontología. Caracas, del 5 de julio de 1974.
38. Código de Deontología Odontológica, aprobado en la XIX Convención Ordinaria del Colegio de Odontólogos de Venezuela. Caracas, 10 de agosto de 1972.
39. Arias F. El proyecto de investigación. Sexta Edición. Editorial Episteme. Caracas. 2012.
40. Balestrini M. Como se elabora el proyecto de investigación. 7^{ma} Edición. Caracas: Consultores Asociados; 2006.
41. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 5^a Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2015.
42. UPEL. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. 5ta Edición (Venezuela): FEDEUPEL; 2016.
43. Shrestha L, Dahal S. Calidad de vida relacionada con la salud oral entre pacientes completamente desdentados utilizando el índice de evaluación de salud oral geriátrica. Revista de la Sociedad Nepalesa de Periodoncia e Implantología Oral. 2019; 3 (2): 47–50.
44. Jiménez Quintana Z, Grau León I, Maresma Frómata R, Justo Díaz M, Terry Pérez E. Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores. Medisur. 2021; 19(1): 115-122.

45. Simonne Salazar YH, Satsuki Kikuchi KK, Hiroyuki Yoneda TN, Kazuhiro Hori TO. El impacto de una prótesis removible de nueva construcción en la función masticatoria objetiva y subjetiva. *Rev Investigación de Prostodoncia*. 2021; 65 (3): 346-352.
46. Espasandín González S, Varona González D, Reyes Suárez VO, Gutiérrez Hernández ME. Calidad de vida en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis estomatológica total acrílica. *Rev Electron Medimay*. 2022; 29 (3): 338-349.
47. Franco Fernandes AB, Vivan Garcia, Procopiak Gugelmin B, de Almeida Kintopp C, Pizzatto E, Naval Machado MA. Impacto del uso de prótesis completa en la calidad de vida de ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Estomatol* 2020; 57 (1): e2175

ANEXOS

ANEXO A.

Cuestionario A.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EDENTULO PREVIA A LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA.

Instrucciones: A continuación se presenta un cuestionario estandarizado para evaluar el impacto en salud oral y general del paciente portador de prótesis total. Por favor lea con detenimiento cada una de las preguntas y responda con honestidad la casilla que considera más apropiada marcándola con una X

| PREGUNTAS PREVIO A LA REHABILITACIÓN | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| LIMITACIÓN DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA | | |
| 1.¿Ha modificado la manera en la que se alimenta debido a la pérdida de dientes? | | |
| 2.¿Diría que hay algunos alimentos que ya no consume desde que perdió dientes? | | |
| 3.¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras por problemas de ausencia de dientes? | | |
| DOLOR FÍSICO | | |
| 4.¿Ha tenido dolor o malestar en su boca últimamente? | | |
| 5.¿Ha experimentado dolor o incomodidad al hablar o comer debido a la pérdida de dientes? | | |
| MALESTAR PSICOLÓGICO Y SOCIAL | | |
| 6.¿Está insatisfecho su sonrisa? | | |
| 7.¿Diría que la pérdida de dientes afecta su autoestima o su confianza personal? | | |
| 8.¿Se ha sentido avergonzado o cohibido debido a su pérdida de dientes en situaciones sociales? | | |
| 9.¿Sus amigos, familiares o pareja hacen comentarios sobre su pérdida de dientes? | | |

ANEXO B.

Cuestionario B.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EDENTULO POSTERIOR A LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA.

| PREGUNTAS LUEGO DE LA REHABILITACIÓN | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| LIMITACIÓN DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA | | |
| 1.¿Ha modificado la manera en la que se alimenta después que tiene su prótesis? | | |
| 2.¿Diría que hay algunos alimentos que volvió a consumir después de tener su prótesis? | | |
| 3.¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras después de tener su prótesis? | | |
| DOLOR FÍSICO | | |
| 4.¿Ha tenido dolor o malestar en su boca últimamente? | | |
| 5.¿Ha experimentado dolor o incomodidad al hablar o comer después de tener su prótesis? | | |
| MALESTAR PSICOLÓGICO Y SOCIAL | | |
| 6.¿Está satisfecho con su sonrisa? | | |
| 7.¿Diría que la prótesis dental influyó positivamente en su autoestima o su confianza personal? | | |
| 8.¿Se ha sentido avergonzado o cohibido en situaciones sociales después de tener su prótesis? | | |
| 9.¿Sus amigos, familiares o pareja hacen comentarios sobre su prótesis dental? | | |

ANEXO C.

Permiso para la realización de encuestas en la Clínica de Rehabilitación

BLASMIR GIMENEZ
COORDINADOR(A) DE CLINICA DE PROTESIS


Tipo de Solicitud: PERMISO PARA LA REALIZACION DE ENCUESTAS

Conociendo su labor y las actividades que realiza, nos dirigimos a usted muy respetuosamente para exponerle nuestro caso y solicitarle la ayuda correspondiente.

En este preciso instante nos encontramos realizando las gestiones pertinentes para llevar a cabo un trabajo de grado (De Campo), por lo cual requerimos de su valiosa colaboración para poder seguir adelante en la realización de encuestas en las clínicas de prótesis del 7mo semestre.

Le pedimos la mayor colaboración posible para agilizar esta solicitud, de forma que no nos retrasemos en la consecución de nuestro trabajo de grado.


Sin otro asunto a que hacer referencia, nos despedimos cordialmente.


REYNALDO BONGIOVANNI
C.I: 25.607.774


ENYERLIN BRAVO
C.I: 29.505.776


LORRANA ALBORNOZ
C.I: 22.225.717

APROBADO: SI NO


BLASMIR GIMENEZ
C.I: 11171501

ANEXO D.

Validez del instrumento

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____


APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

| DATOS DEL EXPERTO | | |
|-------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre y Apellido | C.I | Firma |
| Loreana Albomaz | 22.225.717 |  |
| Profesión | Nivel Académico | Fecha |
| Odontólogo | Universitario | 05/10/22. |

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

| DATOS DEL EXPERTO | | |
|----------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre y Apellido | C.I | Firma |
| Elizabeth Villarsara | 24300679 |  |
| Profesión | Nivel Académico | Fecha |
| Odontólogo | Universitario | 16/11/2022 |