



**Universidad  
Andrés Bello®**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ASIGNATURA DE CLÍNICA INTEGRADA DEL ADULTO Y  
ODONTOGERIATRÍA**

**REHABILITACIÓN PROTÉSICA REMOVIBLE Y SU RELACIÓN  
CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DESDENTADO**

Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano Dentista

Alumna:  
Licenciada Selma A. Sotomayor Jofré

Tutor Principal:  
Dra. Gisela Moyano de Sánchez

VIÑA DEL MAR – CHILE  
DICIEMBRE – 2016

*A Dios,  
A mi padre por sembrar mi temperamento,  
A mi madre por cultivar mi prudencia,  
A mi Ángel que acompaña al sol.  
Gracias a ustedes,  
Hoy comienzo a florecer.*

*“No temas ir despacio,  
solo teme no avanzar”*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por bendecirme y a San Antonio que intercede por mí.

A mis padres, Carlos y Selma, que han sabido llenarme siempre de amor, ternura y comprensión. Por llevarme de la mano en todo el camino y darme más de lo que merezco. Ustedes me han hecho la persona que soy. Ambos son el espejo en el cual me quiero reflejar.

A mis ángeles en el cielo, Mimi, Tía Marina, Tío Nene y Abuelito, quienes me han cobijado y velado por mí en los buenos y malos momentos. Por señalarme el camino y acompañarme en el recorrido.

A mi abuelita por su cariño infinito. A mi familia, por darme alegres momentos y tener una sonrisa para mí.

A mi profesora, Dra. Gisela Moyano, por su motivación, orientación y conocimientos que han sido fundamentales en mi formación. Por depositar su confianza en mí y hacerme sentir respaldada en todo momento.

Cada página está dedicada a ustedes.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
2.1. Pacientes desdentados .....	3
2.2. Rehabilitación en pacientes desdentados .....	7
2.2.1. Prótesis Removibles.....	8
2.3. La realidad social .....	11
2.4. Calidad de Vida.....	12
2.4.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	13
2.4.1.1. Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud .....	14
2.4.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral .....	17
2.4.2.1 Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral .....	18
2.4.2.1.1. Índice de impacto social de la enfermedad dental .....	19
2.4.2.1.2. Índice de calidad de vida en geriatría.....	19
2.4.2.1.3. Perfil de impacto en salud oral.....	20
2.4.3. Calidad de Vida y pacientes portadores de prótesis removibles. .	23
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>29</b>
3.1. Objetivo General .....	29
3.2. Objetivos Específicos .....	29

<b>4. MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>30</b>
4.1. Diseño de la Investigación .....	30
4.2. Población y Muestra .....	30
4.3. Variables de estudio .....	32
4.4. Instrumento de Medición .....	33
4.5. Recolección de datos .....	34
4.6. Estandarización.....	36
4.7. Consideraciones éticas .....	38
4.8. Análisis estadístico .....	38
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
5.1. Caracterización de la muestra en estudio.....	40
5.2. Análisis descriptivo según tipo de prótesis removible .....	41
5.3. Análisis descriptivo según Experiencia Previa de uso de prótesis removible .....	42
5.4. Relación del Índice OHIP-14 previa, a los 3 y 6 meses de la instalación protésica.....	42
5.5. Relación de las dimensiones del Índice OHIP-14 previa, a los 3 y 6 meses de la instalación protésica.....	47
5.6. Comparación del Índice OHIP-14 según Tipo de Prótesis removible recién instalada .....	55
5.7. Comparación del Índice OHIP-14 según Experiencia Previa de uso de prótesis removible.....	56

<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>58</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>67</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>70</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>79</b>

## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Porcentaje de desdentamiento de la población chilena.....	11
Gráfico 2: Mayores de 15 años que declara que su salud bucal les afecta la calidad de vida. ....	11
Gráfico 3: Distribución de la media del puntaje total del Índice OHIP-14 según momento de entrevista.....	44
Gráfico 4: Distribución del puntaje del Índice OHIP-14 de las encuestas. ....	45
Gráfico 5: Correlación entre el puntaje del Índice OHIP-14 a los 3 y 6 meses..	46
Gráfico 6: Distribución del puntaje de la dimensión Limitación Funcional según encuesta. ....	48
Gráfico 7: Distribución del puntaje de la dimensión Dolor Físico según encuesta. ....	49
Gráfico 8: Distribución del puntaje de la dimensión Discomfort Psicológico según encuesta. ....	50
Gráfico 9: Distribución del puntaje de la dimensión Incapacidad Física según encuesta. ....	51
Gráfico 10: Distribución del puntaje de la dimensión Incapacidad Psicológica según encuesta.....	52
Gráfico 11: Distribución del puntaje de la dimensión Incapacidad Social según encuesta. ....	53
Gráfico 12: Distribución del puntaje de la dimensión En Desventaja según encuesta. ....	54

## Índice de Tablas

Tabla 1: Descripción de variables. ....	32
Tabla 2: Análisis descriptivo de la muestra según género y edad. ....	40
Tabla 3: Frecuencia de Tipo de prótesis removible según material y extensión. ....	41
Tabla 4: Experiencia Previa de uso de prótesis removible.....	42
Tabla 5: Puntaje Índice OHIP-14. ....	43
Tabla 6: Media del puntaje por dimensión del índice OHIP - 14 según encuesta. ....	47
Tabla 7: Puntaje total Índice OHIP-14 según Tipo de prótesis superior recién. ....	55
Tabla 8: Puntaje total Índice OHIP-14 según Tipo de prótesis inferior recién instalada.....	56
Tabla 9: Puntaje total según Experiencia Previa de prótesis superior. ....	57
Tabla 10: Puntaje total según Experiencia Previa de prótesis inferior. ....	57

## Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado .....	79
Anexo 2: Encuesta OHIP-ES-14.....	80
Anexo 3: Ficha clínica.....	81
Anexo 4: Cartilla de alternativas .....	82
Anexo 5: Carta Comité Ético Científico.....	83

## **RESUMEN**

La Calidad de Vida relacionada con la salud oral ha sido entre otros establecida como un parámetro para evaluar el tratamiento de una enfermedad. El desdentamiento forma parte de la realidad mundial, y se presenta como uno de los indicadores más importante de la salud oral de adultos, ya que refleja los efectos acumulativos de la salud/enfermedad y factores sociales. La pérdida de dientes compromete la función del sistema estomatognático, disminuyendo la Calidad de Vida del paciente. El tratamiento de estos pacientes en base a prótesis removibles convencionales es ampliamente utilizado. Una rehabilitación removable permite el reemplazo de dientes y estructuras vecinas, preserva la salud de las estructuras remanentes, devuelve estética facial pérdida y función masticatoria, entre otras. Por consiguiente devuelve las funciones orales pérdidas mejorando la salud oral del paciente.

El objetivo general que plantea esta investigación es analizar la Calidad de Vida, mediante el Índice OHIP-14, antes y después de la rehabilitación protésica removable.

Esta investigación presenta un enfoque cuantitativo y diseño cohorte, donde se observó la variación de la Calidad de Vida según el tipo de rehabilitación protésica realizadas por los alumnos de Cuarto y Quinto año de las cátedras de Prótesis Dentomaxilar y Clínica Integrada del Adulto y Odontogeriatría respectivamente, durante un periodo de 6 meses de seguimiento posterior a la instalación de la rehabilitación protésica.

Se utilizó la encuesta OHIP-14-ES como instrumento de medición de la Calidad de Vida. El cuestionario se aplicó de manera guiada. La encuesta fue aplicada en 3 ocasiones: previa a la instalación protésica, a los 3 meses y a los 6 meses de seguimiento. Otros datos como edad, género, tipo protésico, experiencia previa de uso y localización se recogieron mediante una ficha clínica confeccionada para el estudio. Para el análisis estadístico se utilizaron test no paramétricos.

Participaron 64 pacientes quienes fueron registrados en 3 mediciones. Los resultados indicaron que existe una tendencia a la favorable disminución de los puntajes del Índice OHIP-14 obtenidos desde el momento previo a la rehabilitación protésica, a los 3 y 6 meses posteriores, observando diferencias estadísticamente significativas entre ellas. En la entrevista previa a la instalación protésica se obtuvo una media del puntaje total de 15,25 [12,85-17,65] puntos, mientras que a los 6 meses se obtuvo un valor de 6,8 [5,08-8,51] puntos. Además se presentó una correlación positiva entre los puntajes obtenidos a los 3 y 6 meses.

Los tratamientos realizados cumplen con mejorar la Calidad de Vida relacionada con la salud oral, evaluada a partir del índice OHIP-14-ES, de los pacientes rehabilitados en base a prótesis removibles convencionales confeccionadas por alumnos de esta casa de estudios. Además, se observó que la dimensión del Índice OHIP-14 más beneficiada con el uso de una rehabilitación protésica es el Discomfort Psicológico.

## 1. INTRODUCCIÓN

El desdentamiento forma parte de la realidad de millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 30% de la población de adultos mayores carece de dientes naturales.<sup>1</sup> La situación chilena no es ajena a esta regla, se estima que alrededor del 25% de la población mayor de 18 años de edad presenta algún grado de desdentamiento<sup>2</sup>, por lo que ofrecer a estos pacientes una solución se convierte en un problema de salud pública y un desafío como país. Dada la alta prevalencia de esta condición, la rehabilitación protésica removible se encuentra disponible para los pacientes desdentados mediante programas odontológicos gubernamentales<sup>3</sup> o a partir de un tratamiento independiente.

Las prótesis removibles se han utilizado por décadas buscando reemplazar las piezas dentarias ausentes. El tratamiento rehabilitador supone un gran desafío ya que implica una variedad de factores que se interrelacionan para devolver íntegramente la salud oral de las personas, entre estos no siempre se logra devolver la Calidad de Vida.<sup>4</sup>

La evaluación que determina el éxito de la rehabilitación suele realizarla el dentista utilizando parámetros clínicos, objetivos y funcionales que se analizan al momento de su instalación. Mientras que el paciente observará su tratamiento desde otro punto de vista, dándole una connotación subjetiva basada en el impacto de la rehabilitación protésica en su diario vivir.

La salud oral es uno de los pilares importantes en la Calidad de Vida de las personas. La ausencia de dientes constituye una mutilación que afecta la función masticatoria, el habla y la apariencia personal.<sup>5</sup> La pérdida de algunas de estas funciones es una importante motivación para la solicitud de tratamiento odontológico por parte del paciente.

Esta investigación pretende analizar la auto percepción de la Calidad de Vida relacionada con la salud oral de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello, durante un seguimiento de 6 meses posterior a la instalación de la rehabilitación protésica removible, mediante la aplicación del Índice OHIP-ES-14.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Pacientes desdentados

La pérdida de dientes o “mortalidad dentaria” es uno de los indicadores más importantes de salud oral en adultos, que refleja los efectos acumulativos de toda la vida, de la enfermedad y los factores sociales.<sup>6,7.</sup>

El desdentamiento ha sido definido por la "Academy of Prosthodontics" como "*el estado de desdentado, carecer de dientes naturales*". De este modo podemos identificar a aquellos pacientes que carecen o han perdido todos sus dientes naturales como “desdentados totales”, mientras que aquellos que conserven algunos dientes serán llamados "desdentados parciales".<sup>8</sup>

Pacientes desdentados parciales y totales son frecuentes en la consulta dental. La ausencia de dientes es un proceso patológico y antinatural. La pérdida de piezas dentales es el resultado de diversos factores como caries, enfermedades periodontales, lesiones traumáticas de dientes y tejidos, neoplasias y lesiones quísticas entre otros. Muchos estudios sugieren a las lesiones de caries como el principal agente causal de la pérdida de dientes.<sup>9</sup> Preshaw y cols. realizaron una revisión bibliográfica donde concluyen que la pérdida de dientes es más común en los adultos jóvenes, como resultado de enfermedad periodontal, mientras que en adultos mayores, caries y sus secuelas son las razones más frecuentes que relatan los dentistas al momento de decidir una extracción dentaria.<sup>10</sup>

Tiwari y cols. sugieren que este proceso multifactorial también involucra factores socio – ambientales y estatus socioeconómicos. En su estudio que involucra 308 individuos mayores de 65 años, residentes en el estado de Colorado, USA. concluyen que bajos niveles de educación y menores ingresos económicos incrementan las posibilidades de pérdida dentaria.<sup>7</sup> Se ha demostrado que la asistencia frecuente y regular a controles dentales se asocian a una mejor salud oral y es más común entre personas de estatus socio – económicos más alto.<sup>11</sup>

Listz, estudió la realidad económica en diversos países europeos, cuyos datos se extrajeron de la “Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), observó que tales diferencias son atribuibles principalmente a las desigualdades en las visitas dentales preventivas, ya sea solas o en conjunto con tratamientos rehabilitadores.<sup>12</sup>

Seerig y cols., mediante un meta-análisis, concluyeron que estudios han demostrado que los individuos de bajo niveles de ingresos tienden a presentar un comportamiento descuidado en su salud, aspecto que juega un papel relevante en el establecimiento y la progresión de la caries dental y la enfermedad periodontal. Por lo tanto, influir en este aspecto genera un impacto en la pérdida de dientes. Además de estos factores, se ha demostrado que el contraste económico está estrechamente asociado con el tipo de tratamiento dental entregado. Mientras que aquellos con menores ingresos son más propensos a la extracción dental, los de mayores estratos son más propensos a

buscar atenciones periódicas y tratamientos dentales más conservadores, que se refleja en un mayor número de dientes presentes.<sup>4</sup>

A su vez, otros estudios demuestran la correlación existente entre la edad y el edentulismo parcial y luego total de la población.<sup>9</sup>

Se concluye así, que la pérdida de dientes es un evento multifactorial que no sólo es consecuencia de una entidad de orden biológico, sino que también es atribuible a la influencia de variados y complejos factores conductuales, preferencias y creencias de los pacientes, la situación socioeconómica, la falta de acceso a la atención dental, los costos de los tratamientos y la importancia que dé el odontólogo a la conservación de las piezas dentarias.<sup>4,7,9,11.</sup>

La ausencia de dientes presenta varios inconvenientes, tanto para el paciente como para el tratante, que incluye desafíos clínicos que afectan la salud general del individuo y comprometen su calidad de vida.<sup>13</sup>

Algunas de estas consecuencias clínicas son la migración e inclinación de los dientes adyacentes, la sobreerupción de los dientes antagonistas, la reabsorción continua del hueso alveolar y la aparición de trastornos témporo-mandibulares. Además produce alteración del lenguaje y cambios en la apariencia facial que influyen en la elección de la rehabilitación adecuada en un paciente desdentado.<sup>14</sup>

Una de las principales funciones orales es la masticación, la cual tiene un significativo efecto en el estado de salud general. Los problemas masticatorios pueden ser la principal razón del deterioro de la salud oral, lo que resulta en la

demanda de tratamiento. Cualquier problema en el sistema masticatorio, articulación temporomandibular, músculos, dientes o sensorial puede llevar a una disfunción masticatoria.<sup>15,16.</sup>

Como consecuencia de lo anterior se restringen las opciones de la dieta, lo que conduce a la pérdida de peso. Además, ocasiona falta de confianza, disminución de las actividades sociales, problemas en la dicción y fonación lo que puede afectar negativamente en el estilo de vida y llevar a la insatisfacción psicológica.<sup>14</sup>

Cuando la dentición se ve comprometida puede limitar los tipos de alimentos que una persona consume, a su vez, puede afectar su ingesta de nutrientes y el estado nutricional. Ervin y cols. al analizar los resultados de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de USA (NHANES) señalan que adultos desdentados totales o parciales, incluso aquellos que tienen pocos pares de dientes antagonistas, son menos propensos a comer frutas y vegetales frescos, como manzanas, naranjas, peras, zanahorias, tomates, vegetales verdes, frutos secos y carnes cocidas.<sup>17</sup>

En el estudio de NHANES de años posteriores realizado por Zhu y cols. se revela que la pérdida de dientes en adultos está significativamente asociada a la calidad de dieta e ingesta de nutrientes. Específicamente, en un estado de pobre dentición, menos de 21 dientes, se asocia a una reducción en la ingesta de proteínas y más micronutrientes, así como el incremento en la ingesta de carbohidratos, mientras tanto, una dentición completa es asociada a una mejor

calidad de dieta y mayor cumplimiento de las directrices dietéticas de los grupos alimenticios. Además, la ingesta de frutas y vegetales es inversamente proporcional a la ausencia de dientes.<sup>18</sup>

La inversa relación entre la pérdida de dientes y la nutrición observada en diversos estudios permite explicar la significativa asociación entre la pérdida dentaria y la presencia de enfermedades crónicas en adultos.<sup>18</sup>

Al planificar el tratamiento para los pacientes desdentados parciales, tanto la función masticatoria y la estética deberían ser tomadas en consideración. Una prótesis que cumpla con los requisitos estéticos mejorará la motivación y la aceptación del paciente. Es poco realista asumir que aun cuando se logra una aceptable capacidad funcional, los pacientes tolerarán una estética deficiente.<sup>19</sup>

## 2.2. Rehabilitación en pacientes desdentados

El tratamiento de estos pacientes, hoy en día, posee variables alternativas que van desde la confección de prótesis fijas, prótesis removibles, metálicas o acrílicas, a la colocación de implantes, ofreciendo prótesis implantosoportadas o sobredentaduras. Aun cuando el interés por los implantes dentales va en continuo crecimiento, muchos pacientes desdentados siguen optando por prótesis removibles convencionales.<sup>13</sup> El análisis bibliográfico

muestra que el uso de prótesis removibles sigue siendo una opción de tratamiento viable y predecible en la odontología clínica.<sup>15</sup>

Por tanto, esta última juega un importante rol en restaurar la función oral y una adición a la salud general. La selección de tratamientos removibles es de naturaleza conservadora y es proporcionada de manera rápida y más económica.<sup>13</sup>

### 2.2.1. Prótesis Removibles

Al momento de definir prótesis dental removible, podemos decir que es aquella aparatología que sustituye a algunos o todos los dientes en una parte del arco dentario o del arco desdentado. Estas se pueden extraer de la boca y ser reposicionadas a voluntad.<sup>8</sup> Es un dispositivo que además reemplaza estructuras vecinas perdidas preservando y mejorando la salud de los dientes y de las estructuras remanentes asociadas. Los medios de retención para tales prótesis incluyen el tejido circundante, dientes vecinos y/o implantes dentarios.

Los tipos de prótesis dentales removibles pueden ser clasificadas según el número de dientes a reponer:<sup>16</sup>

- Prótesis parcial: Elemento mecánico que reemplaza algunos dientes perdidos en pacientes parcialmente desdentados.
- Prótesis total: Elemento mecánico que reemplaza todos los dientes, mucosa y hueso perdido de un maxilar en un paciente desdentado total.

- Caso mixto: Paciente que presenta un maxilar totalmente desdentado y el otro parcialmente desdentado o con todos sus dientes.

Una rehabilitación removible debe cumplir determinados parámetros para lograr una aceptable funcionalidad, debe proveer soporte, retención y estabilidad. Presentar un adecuado volumen óseo donde pueda obtenerse el soporte y la estabilidad necesarios.<sup>14</sup> Por otra parte, obtener retención es un proceso más complejo, sobre todo en pacientes desdentados totales mandibulares más que maxilares.<sup>14</sup> En resumen es necesario considerar la anatomía, la función y las condiciones económicas para cada caso clínico.<sup>16</sup>

A pesar de las limitaciones de las prótesis removibles convencionales, se pueden obtener rehabilitaciones satisfactorias que logran restaurar las funciones orales adecuadas siempre que se preste correcta atención a cada paso de su fabricación.<sup>15</sup> En contraste, parte de la población no consigue adaptarse, especialmente a prótesis mandibulares. Esto se debe principalmente a que la reabsorción ósea de la cresta residual continúa durante toda la vida, especialmente en la mandíbula donde la atrofia ósea puede llegar a ser muy importante, lo que genera un serio desafío en la rehabilitación protésica de pacientes desdentados totales mandibulares.<sup>20</sup>

Una de las funciones que permite devolver las rehabilitaciones protésicas removibles es la fonética. Es bien sabido que la función fonética se ve negativamente afectada con la pérdida dentaria, este deterioro puede ser mejorado mediante la restauración protésica. Los sonidos vocales se producen

mediante la interacción de lengua, paladar, labios, dientes y mandíbula. Mientras que la respiración y el proceso de articular puede ser modificado por el flujo de aire. Los dientes y hueso alveolar juegan un rol importante en la inteligibilidad de la voz del individuo.<sup>16</sup>

La restauración de la apariencia natural de los dientes, mediante una prótesis removible, permite al paciente recuperar su confianza para poder interactuar con otros en esta sociedad consciente de la imagen. La estética está determinada principalmente por procedimientos clínicos y la técnica utilizada en la confección, así como también de la elección de patrones y materiales. En el paciente completamente desdentado, prótesis removibles totales proporcionan una sonrisa apropiada y apariencia normal satisfaciendo sus necesidades de carácter físico e imagen.<sup>16</sup>

En rehabilitaciones totales se recomienda tres conceptos estéticos; “naturalidad”, “normalidad” y “apariencia dentaria”. Desde el punto de vista odontológico la búsqueda de la armonía anatómica es determinada por el género, edad y personalidad, lo que se describe en el concepto de “naturalidad”. Este concepto, llamado "supernormal" se explica como el enfoque terapéutico que busca lograr en el paciente una apariencia armónica.<sup>13,21.</sup>

El impacto del desdentado no rehabilitado en sus actividades diarias tales como comer y la interacción social tiene una significancia pausable. Diversos estudios han demostrado que factores biológicos, mecánicos,

estéticos y psicológicos se relacionan íntimamente en la aceptación de las prótesis convencionales y el éxito del tratamiento.<sup>13</sup>

### 2.3. La realidad social

La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.<sup>1</sup>

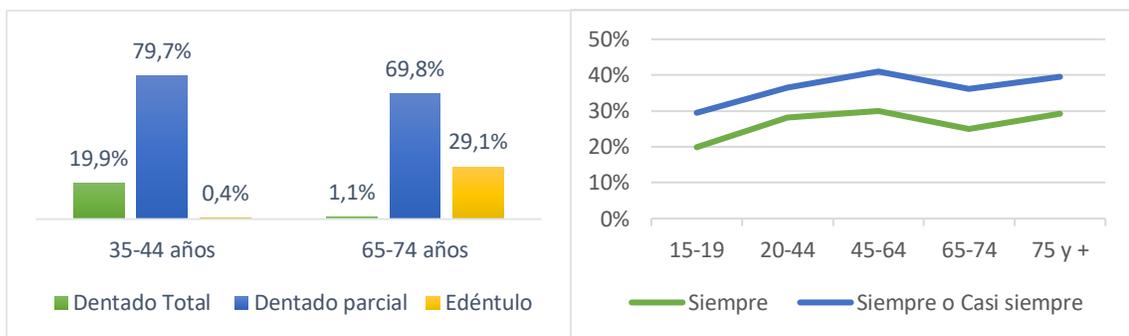


Gráfico 1: Porcentaje de desdentamiento de la población chilena.<sup>2</sup>

Gráfico 2: Mayores de 15 años que declara que su salud bucal les afecta la calidad de vida.<sup>22</sup>

A nivel nacional, se destaca en la Encuesta Nacional de Salud 2010, que el 22,9% de los encuestados utiliza prótesis dental y de los encuestados que usan prótesis dental, el 21,1% se manifiesta “poco conforme” o “nada conforme, no me sirve” con su rehabilitación. Mientras que el 25,3% de las personas declaró tener la percepción de necesitar el uso de prótesis dental.<sup>22</sup>

## 2.4. Calidad de Vida

El término calidad proviene del latín *qualitas*, *atís* que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa.

El origen del concepto Calidad de Vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial. Su uso se popularizó durante la década de 1960, cuando científicos sociales inician investigaciones en “Calidad de Vida” usando indicadores económicos objetivos, los cuales fueron incapaces de explicar completamente los valores obtenidos, pues había un componente personal muy fuertemente arraigado.<sup>23</sup>

A raíz de esto algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas, de felicidad y satisfacción, podrían dar cuenta de los aspectos no explicables con los datos obtenidos previamente.<sup>13,24.</sup>

Calidad de Vida es un concepto multidimensional que abarca varias subcategorías. La satisfacción con la vida, el bienestar, la felicidad, el sentido y los índices económicos son sólo algunos de los componentes de un concepto más amplio.<sup>25</sup>

Al analizar las principales definiciones acerca de la Calidad de Vida percibida de manera subjetiva, se identifican dos atributos centrales: felicidad y satisfacción. La felicidad constituye una experiencia afectiva con respecto a

estados emocionales transitorios de alegría y euforia, mientras la satisfacción es una experiencia cognitiva relacionada con la discrepancia percibida entre aspiración y realización, realización y privación.<sup>26</sup>

#### 2.4.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Se define como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud.<sup>24</sup>

La OMS define la salud y la Calidad de Vida orientadas positivamente: la salud se considera "un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".<sup>27</sup> Y a partir de esta nueva perspectiva sobre la salud se han desarrollado medidas nuevas y más positivas dirigidas a la evaluación de la salud y no a la de enfermedad.

Estas nuevas medidas de salud han afectado el concepto de Calidad de Vida, la cual está definida por la OMS como: la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, las expectativas, los estándares y las preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance afectando de manera

compleja la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con las características más destacadas de su entorno.<sup>28</sup>

Se reconoce a la Calidad de Vida, en su concepción general, como uno de los tantos determinantes del nivel de salud de la población. Por otra parte, la existencia de una patología crónica influirá sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en este caso, la Calidad de Vida aparece como determinada por los procesos de salud - enfermedad.<sup>29</sup>

La información derivada de su estudio ha llegado a ser un importante aporte en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes. El uso de indicadores centrados a nivel personal permite observar puntualmente a cada persona, lo que enfatiza en la individualidad de cada persona para responder a la enfermedad y al tratamiento, siendo para esto la medición centrada en el paciente.<sup>24</sup>

#### 2.4.1.1. Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La evaluación de la Calidad de Vida ha sido de interés para los investigadores y los clínicos que examinan calificaciones subjetivas del estado de salud en los pacientes antes y después del tratamiento para enfermedades específicas.<sup>27</sup>

Las mediciones permiten describir una condición o estado de salud, señalar cambios en el funcionamiento del paciente, proveer un pronóstico o establecer normas de referencia.<sup>24</sup>

Puesto que la Calidad de Vida combina componentes subjetivos y objetivos es a la vez autoreportada y además una medida objetiva de la salud general y el bienestar, así como una medida de tratamiento para una enfermedad específica y un índice general de normas de vida. Debido a que representa conceptos objetivos, investigadores son capaces de utilizarlo para capturar una visión global de una sola persona, grupos o naciones enteras.<sup>13,30.</sup>

Instrumentos destinados a medir la Calidad de Vida permiten evaluar el estado de salud general subjetiva del paciente, en vez de utilizar las evaluaciones médicas puramente objetivas, tales como la temperatura corporal o aumento o pérdida de peso.<sup>30</sup> La evaluación puede ser a través de: a) instrumentos genéricos; b) instrumentos específicos: enfermedades particulares, grupos de pacientes, o c) áreas o dimensiones de funcionamiento (dolor, por ejemplo).<sup>31</sup> Los cuestionarios más utilizados son generalmente genéricos o destinados a alguna patología específica según la necesidad.<sup>24</sup>

Mediante ellos es posible no solo demostrar la efectividad del tratamiento, sino que además permite a la investigación científica relacionarla con otras variables de interés.<sup>30</sup>

Los instrumentos de evaluación basados en la auto-percepción tratan de englobar las dimensiones, relacionándolas a través de múltiples preguntas,

administradas en entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios, preferiblemente en versiones reducidas que conserven la validez, fiabilidad y la precisión a la vez que faciliten su aplicación y posterior análisis.<sup>26</sup>

A comienzos de los años 80 aparecen desarrollados los primeros perfiles de salud, dentro de ellos se destacan: Perfil de Impacto de la Enfermedad, Perfil de Salud de Nottingham, y el Cuestionario de Salud (SF-36).

Posteriormente, la OMS retoma el tema, confeccionando el WHOQOL-100, instrumento diseñado como un intento de desarrollar una evaluación que fuera apropiada a todas las culturas, con el fin de incluir un elemento humanista en el cuidado de la salud. Así mismo permitir su comparación de manera transversal en distintas culturas. Esta herramienta está enfocada en el punto de vista del propio individuo y su bienestar, entregando una nueva perspectiva de la enfermedad.<sup>31</sup>

Puede utilizarse en la práctica médica, para la mejora de la relación paciente - profesional, en la evaluación de la efectividad del tratamiento, evaluación de los servicios de salud, confección de políticas públicas y en investigación.

El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el estudio de los resultados médicos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para comparar la carga de diversas enfermedades, detectar los beneficios

en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.<sup>32</sup>

#### 2.4.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral

La salud general está fuertemente condicionada por la salud oral, puesto que la Calidad de Vida está íntimamente ligada a la salud actuará influenciando física y psicológicamente la vida de los pacientes. Bajo este concepto, surge el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral que es el “impacto de los trastornos e intervenciones orales sobre el estado de la salud bucal, percibido por los pacientes”.<sup>33</sup>

Este término captura como la salud oral afecta la habilidad de las personas en su función, por ejemplo, durante la masticación y el lenguaje, estado psicológico, la autoestima y satisfacción de la apariencia individual, factores sociales, dolor y disconfort y finalmente en su calidad de vida.<sup>34</sup> Además busca describir el impacto que tiene la boca dentro de las dinámicas sociales.<sup>35</sup>

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral puede verse modificada por factores como edad, nivel socioeconómico y escolaridad. Manifestándose de manera diferente en la percepción, satisfacción del tratamiento, autoestima e imagen corporal.<sup>36,37.</sup>

#### 2.4.2.1 Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral

Al referirse a la salud oral, en particular, en las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos de medición. En la conferencia sobre “medidas de salud oral y calidad de vida” realizada en Chapell Hill en 1996 se analizaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser autoadministrados o aplicados por un entrevistador.<sup>6</sup> Algunos de estos han sido aplicados y estudiados con gran confiabilidad que es demostrada mediante su uso en la publicación de numerosos artículos científicos en revistas de importancia mundial. Así mismo han sido traducidos y validados en diferentes idiomas lo que permite comparar las diversas realidades mundiales.

Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además de utilizarse para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, se emplean para correlacionarlos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos.

Dentro de los índices más destacados se encuentran, el “Índice de impacto social de la enfermedad dental” descrito por Cushing y cols. en 1986. Años más tarde se destaca, “Perfil de impacto en salud oral, OHIP-49” descrito por Slade y Spencer en 1994, en 1997 se estableció una versión abreviada de 14 preguntas (OHIP-14).<sup>38</sup>

Por otra parte, se han creado instrumentos específicos para una característica determinada de la salud oral, por ejemplo, el índice denominado

“Cuestionario de Calidad de Vida Ortognático”, fue publicado en el año 2002 y está enfocado a pacientes con deformidades dentofaciales y que hayan recibido intervenciones quirúrgicas de cirugía ortognática asociadas a tratamientos de ortodoncia.<sup>38</sup>

#### 2.4.2.1.1. Índice de impacto social de la enfermedad dental

El “Índice de impacto social de la enfermedad dental” (SIDDD) fue el primer intento de medición dental del impacto de la salud oral y fue desarrollado en 1980. Esta herramienta mide la insatisfacción causadas por la enfermedad y los problemas relacionados con la salud de las personas. Wolinsky y cols. construyeron un modelo de salud basado en aspectos físicos, psicológicos y sociales. Estos aspectos fueron usados en la construcción de este índice. El SIDDD ayuda en la evaluación de los antecedentes y factores, a conocer la vulnerabilidad, y las dimensiones motivacionales y preventivas.<sup>39</sup>

#### 2.4.2.1.2. Índice de calidad de vida en geriatría

El “Índice de calidad de vida en geriatría” (GOHAI) mide los problemas funcionales orales reportados por los pacientes. Fue desarrollado para medir el grado de impacto psicosocial asociado a las enfermedades orales. Se utiliza para evaluar la efectividad de tratamiento dental. Este incluye preguntas acerca

de la ausencia de dolor e infección, y la habilidad social de continuar con sus funciones sociales. Este cuestionario evalúa dimensiones de funciones físicas (comer hablar y tragar), funciones psicosociales (preocupación por la salud oral, insatisfacción con la apariencia, inseguridad respecto de la salud oral, evasión de contacto social debido a problemas orales), dolor y discomfort (uso de medicamentos para el dolor, discomfort oral).<sup>40</sup>

#### 2.4.2.1.3. Perfil de impacto en salud oral

El “Perfil de impacto en salud oral” (OHIP) es un instrumento ideado de manera específica para la salud oral. Su objetivo es mejorar la comprensión de los comportamientos relacionados a la salud bucal, midiendo la disconformidad, disfunción y el impacto autopercebido de las dolencias bucales en actividades diarias en adultos. Dentro de las ventajas, respecto de las evaluaciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, es utilizar evaluaciones de satisfacción personal como un “resultado del tratamiento”. Además su simplicidad y comprensibilidad para los clínicos, al ser más corta, es más práctica para realizar en un ambiente clínico y son menos desgastantes para el paciente.

Esta encuesta fue diseñada para medir la disfunción, el malestar y la discapacidad autoreportada atribuidas a las condiciones orales y que se basa en un modelo de salud oral conceptual.<sup>6</sup> Las preguntas se refieren a

consecuencias adversas de las enfermedades bucodentales y condiciones dentales en el aspecto de salud general. El índice OHIP consta de 14 preguntas que evalúan 7 dimensiones. Cada una de estas dimensiones posee 2 preguntas que permiten abordar cada área.<sup>10</sup> Altos puntajes implican una Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral más deteriorada, puesto que este índice mide la frecuencia de problemas.<sup>5,41.</sup>

Las 7 dimensiones analizadas son:

La dimensión “Limitación Funcional” concierne la pérdida de función de parte del cuerpo, por ejemplo, la dificultad para masticar.

Las dimensiones “Dolor Físico” y “Discomfort Psicológico” se relacionan con experiencias sobre dolor e incomodidad tales como dolor en la boca y sentimientos de preocupación.

Las dimensiones “Incapacidad Física”, “Incapacidad Psicológica”, e “Incapacidad Social” se refieren a las limitaciones en la realización de las actividades diarias, tales como evitar algunas comidas, haber estado expuesto a situaciones embarazosas y sentimiento de irritabilidad con otros respectivamente.

Finalmente la dimensión “En Desventaja”, concierne un sentido de desventaja en funcionamiento, tal como no poder aprovechar la compañía de otros debido a problemas dentales.

Cabe señalar que este instrumento ya ha sido validado en numerosos idiomas y ha sido adaptado para la idiosincrasia específica de cada país. En los

años 2006 (López) y 2008 (Mencía y Pérez) se validó esta encuesta en el idioma español.

En Chile se realizó esta validación mediante un estudio transversal realizado a partir de estudiantes de Santiago, Chile. Se utilizó una muestra aleatorizada de 9.203 participantes entre las edades de 12-21 años. Se les solicitó a los estudiantes que completarán un cuestionario con datos sociodemográficos junto con el OHIP-14. Para aceptar la consistencia interna para la validación de la encuesta es necesario obtener un Alfa de Cronbach  $\alpha > 0.70$ . En este estudio se obtuvo un  $\alpha = 0.90$  a partir del puntaje aditivo de las 14 preguntas, mientras que en los diferentes dominios los valores  $\alpha$  se presentaron en un rango de 0.48 y 0.76. Solo el dominio Incapacidad Psicológica presentó un  $\alpha > 0.76$ . Debido a lo anterior los investigadores propusieron realizar un estudio con una población más adulta que mostrase mayor experiencia en enfermedad.<sup>42</sup>

Años más tarde, León y cols., investigadores de la Universidad de Talca, Chile, validaron el Índice OHIP-14 en un grupo de 490 adultos mayores obteniendo una alta consistencia interna ( $\alpha = 0.91$ ), en la cual todas las preguntas obtuvieron  $\alpha \geq 0.89$ . Como resultado este instrumento permite cuantificar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral de chilenos.<sup>43</sup>

Durante al año 2015 Yobánolo-Hoffman y cols. utilizaron este índice para estudiar la Calidad de Vida de adultos mayores atendidos en el servicio de

salud pública en la ciudad de Valdivia, Chile donde se determinó que el impacto de la salud oral en ésta población se consideraba bajo comparado con la media. Mientras que las dimensiones funcionales y estéticas fueron aquellas que causan mayor impacto.<sup>44</sup>

#### 2.4.3. Calidad de Vida y pacientes portadores de prótesis removibles.

El grado de desdentamiento ha sido considerado un predictor en el daño de la Calidad de Vida.<sup>45,46</sup> Esto puede ser explicado basándose en que la mejora que genera las prótesis removibles en la función oral comprometida permite recuperar la condición oral gracias al tratamiento.<sup>47</sup>

La literatura señala que un mínimo de 20 piezas dentarias bien distribuidas en arcadas opuestas es necesario para la mantención de la función y estética natural de la dentición. Otras investigaciones<sup>21,34,35</sup> señalan una drástica disminución en la Calidad de Vida cuando existen menos de 25 dientes en boca. Personas con menos de 20 dientes quienes no utilizan prótesis parciales removibles tienen menos de la mitad de probabilidades de tener mejor calidad de vida que aquellos que si utilizan.<sup>48</sup> La ausencia de un gran número de dientes y la longitud de la prótesis afectan la función masticatoria del paciente, su apariencia, lenguaje y autoestima.

El reemplazo de dientes perdidos ha demostrado tener efectos beneficiosos en la Calidad de Vida. El tipo de rehabilitación es un factor relevante, en este análisis. De la misma manera, los beneficios se verán

modificados por otros aspectos demográficos objetivos como la edad, género y aspectos clínicos del tratamiento, por ejemplo la historia previa, características del terreno biológico, condición periodontal, riesgo cariogénico y profesional dental.<sup>49</sup>

De los factores analizados, mediante un estudio trasversal por Yen y cols., que afectan la Calidad de Vida, el aspecto relacionado con el uso de prótesis dentales fue el más fuertemente asociado con la Calidad de Vida relacionada con la salud oral y la satisfacción con el tratamiento fue el predictor más fuerte entre ellos. Lo que sugiere que el nivel de satisfacción con la rehabilitación es útil como una herramienta para evaluar el efecto del tratamiento sobre la Calidad de Vida relacionada con la salud oral de las personas de edad avanzada portadores de prótesis removibles.<sup>50</sup> Por otra parte, Michaud y cols., mediante su ensayo clínico controlado aleatorizado, concluyen que la capacidad de masticar y la condición de la prótesis removibles son los determinantes más asociados con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, prediciendo que el 46,4% obtiene mejoría después de un tratamiento.<sup>51</sup>

La satisfacción de la Calidad de Vida relacionada con el uso de prótesis removibles, parciales o completas, es de carácter multifactorial. Los factores directamente relacionados con el paciente son el confort primario que siente el paciente a la utilización protésica, la habilidad de masticar, la estética y el grado de retención. Los factores relacionados con el paciente son su personalidad, la

actitud frente al tratamiento, la experiencia previa de uso de prótesis, y la motivación a la adhesión al tratamiento.<sup>52</sup>

Abuzar y cols., a partir de un estudio de prevalencia basado en OHIP-14, señalan que el grado de satisfacción del paciente dependerá del confort, habilidad masticatoria, estética, retención, experiencia previa de prótesis, nivel de educación, edad y actitud. Mientras que esta satisfacción no siempre se ve relacionada con la calidad técnica de la rehabilitación.<sup>48</sup> Omiri y cols. analizaron a 68 individuos a quienes se les instaló en 2 grupos prótesis removibles parciales y totales, como resultado señalan que a pesar de que el tratamiento sea técnica y funcionalmente exitoso, un 10.3 % de los pacientes se sienten insatisfechos con la apariencia, confort oral, tolerancia al dolor, funcionalidad y/o masticación.<sup>47</sup>

John y cols. en un estudio prospectivo, donde se realizó un seguimiento por un año a pacientes rehabilitados con prótesis fijas plurares, prótesis parciales removibles y prótesis totales removibles observó una mejoría en la Calidad de Vida en todos los grupos de pacientes, aun cuando la rehabilitación fija fue la más exitosa.<sup>53</sup>

Fenlon y Sherrif en un estudio prospectivo realizaron mediciones al primer control posterior, a los 3 meses, y 2 años posteriores a la instalación protésica concluyendo que la satisfacción del paciente disminuye en el tiempo en relación al ajuste protésico, al confort funcional de la prótesis maxilar y a la apariencia pero la habilidad masticatoria y el confort funcional de la prótesis

mandibular aumentan.<sup>54</sup> Michaud y cols. señalan que la retención de la prótesis removibles mandibulares es un factor de importancia en la satisfacción de los pacientes.<sup>51</sup>

John y cols. realizaron un estudio retrospectivo donde entrevistaron a 2005 personas entre 16-79 utilizando el OHIP-G. Ellos concluyen que el primer punto de corte importante en el bienestar funcional y psicológico del paciente debería ser la transición entre el uso de sus propios dientes al uso de una prótesis parcial, y el segundo punto de corte la transición entre el uso de prótesis parcial a una prótesis total.<sup>36</sup>

Otros estudios señalan una asociación entre ciertas personalidades y la satisfacción con el tratamiento protésico.<sup>47</sup> Los aspectos donde los pacientes más se quejan son las dimensiones Dolor Físico y Discomfort Psicológico.<sup>48</sup> Al-Omiri y cols. concluyeron que ciertos perfiles psicológicos, podrían desempeñar un papel importante y clarificar el impacto de las rehabilitaciones protésicas removibles totales y parciales en la vida diaria, por lo tanto, con la Calidad de Vida del paciente.<sup>47</sup>

Basándose en lo anterior Polzer y cols. proponen que estos parámetros psicológicos comprometen la sensibilidad al dolor y la preocupación corporal del paciente rehabilitado.<sup>21</sup> En oposición otros estudios señalan que la edad y el género del paciente portador de prótesis no tienen una asociación significativa con la calidad de vida.<sup>48</sup>

Al-Omiri y cols, concluyen que la extensión de la rehabilitación genera mayor variación en la Calidad de Vida, y sugieren que aquellas prótesis más extensas causan mayor mejora.<sup>47</sup> Sujetos que utilizan prótesis removibles tienen peor Calidad de Vida que aquellos sujetos total o parcialmente dentados que no la utilicen. Pero aquellos que utilizan prótesis totales tienen peor experiencia que quienes utilizan prótesis parciales removibles.<sup>46</sup>

El uso de prótesis con bases metálicas se asocia a mayor satisfacción e impacto sobre la calidad de vida del paciente en comparación con prótesis parciales acrílicas y totales.<sup>47</sup>

Celebic y col. analizaron la satisfacción 268 individuos agrupados en aquellos pacientes portadores de prótesis totales versus los portadores de prótesis parciales. A partir de esta investigación reportan que aquellos pacientes que utilizan prótesis totales presentan mayor satisfacción con su fonética que quienes utilizan prótesis parciales, pero lo opuesto se presenta al analizar la masticación. Mientras que no se observó diferencias significativas en la Calidad de Vida general entre ellos.<sup>52</sup>

Bae y cols., mediante un estudio de cohorte, concluyeron que los pacientes portadores de prótesis totales tienden a asociarse con menores puntajes en el índice OHIP-49 con respecto a las dimensiones Limitación Funcional, Dolor Físico, Discomfort Psicológico que aquellos portadores de prótesis parciales. Esto lo atribuyen a las diferencias en la adaptación a las

prótesis removibles y a las expectativas poco realistas de aquellos pacientes parcialmente desdentados.<sup>46</sup>

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1. Objetivo General

Analizar la Calidad de Vida, mediante el Índice OHIP-14, antes y después de la rehabilitación protésica removible, en pacientes desdentados de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología, UNAB, Viña del mar.

#### 3.2. Objetivos Específicos

3.2.1 Caracterizar según género y edad la muestra.

3.2.2 Describir el tipo de prótesis removible de los pacientes en estudio.

3.2.3 Describir la experiencia previa de uso de prótesis removible a los pacientes en estudio.

3.2.4 Relacionar la Calidad de Vida del paciente antes, a los 3 y 6 meses posteriores a la rehabilitación protésica.

3.2.5 Relacionar las dimensiones del Índice OHIP-14 antes, a los 3 y 6 meses posteriores a la rehabilitación protésica.

3.2.6 Comparar la Calidad de Vida de los pacientes según tipo de prótesis removible antes, a los 3 y 6 meses posteriores a la rehabilitación.

3.2.7 Comparar la Calidad de Vida de los pacientes según experiencia protésica previa antes, a los 3 y 6 meses posteriores a la rehabilitación.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

### **4.1. Diseño de la Investigación**

Esta investigación presenta un enfoque cuantitativo y un diseño de cohorte, que permite observar la progresión de la Calidad de Vida relacionada con la salud oral y su asociación con el tipo de rehabilitación de los pacientes que fueron tratados en base a prótesis removibles. Los tipos de prótesis observados fueron de tipo parcial metálica, parcial acrílica y prótesis total. Para esta investigación se aplicó el Índice del Perfil de Impacto en Salud Oral. Se analizó un grupo de sujetos en tres etapas, realizando una medición previa y dos posteriores al tratamiento, llevando a cabo la recolección de datos en intervalos de 3 meses. Esto se desarrolló durante los meses de Noviembre de 2015, Marzo de 2016 y Junio de 2016.

### **4.2. Población y Muestra**

La población de esta investigación consistió en todos los pacientes que han sido rehabilitados en la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar.

Para la muestra no probabilística de este estudio se contó con la participación de pacientes adultos pertenecientes a las cátedras de Prótesis

Dentomaxilar y Clínica Integrada del Adulto y Odontogeriatría tratados por alumnos de cuarto y quinto año respectivamente, en la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar. Su tratamiento fue realizado durante el segundo semestre del año 2015 y controlado durante el primer semestre del año 2016.

Las personas seleccionadas eran mayores de 18 años y se encontraban en tratamiento durante el año 2015, anterior a la instalación de su rehabilitación removible. Estos pacientes aceptaron formar parte del estudio, previa firma de un consentimiento informado (Anexo 1), y asistir a la citación de los controles realizados.

Se esperaba contar con 84 sujetos de estudio de ambos sexos, agrupados por conveniencia. El tamaño de la muestra se basó en el número de alumnos que cursaron y aprobaron las cátedras de Prótesis Dentomaxilar y Clínica Integrada del Adulto y Odontogeriatría durante el año 2015.

Como parámetros de exclusión se determinaron los siguientes criterios:

1. No consentir la participación dentro de la investigación.
2. No acudir a la segunda o tercera entrevista.
3. Carecer de facultades mentales dispuestas para la comprensión y la resolución del cuestionario.

### 4.3. Variables de estudio

Tabla 1: Descripción de variables.

Variable	Definición	Tipo de Variable	Forma de medición	Valores de la variable
Edad	Años de vida que tiene el paciente al momento de la aplicación de la primera entrevista.	Cuantitativa	Continua – Razón	(18 – 90) Unidad de medición: Años
Género	La anotación correspondiente según el género del paciente	Cualitativa	Dicotómica – Nominal	1: Femenino 2: Masculino
Tipo de prótesis	Registra el tipo de prótesis removible convencional que porta el paciente	Cualitativa	Nominal	1: Sin Prótesis 2: Prótesis removible parcial metálica 3: Prótesis removible parcial acrílica 4: Prótesis removible total acrílica
Experiencia previa de uso de prótesis	Registra la utilización previa de una prótesis removible al tratamiento actual	Cualitativa	Ordinal	1: Primera vez que utiliza 2: Recambio
Localización de prótesis	Registra el o los maxilares donde se utiliza la prótesis removible	Cualitativa	Nominal	1: Maxilar superior 2: Maxilar inferior 3: Ambos Maxilares 4: Ninguno
OHIP-14 según puntaje total	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa del total de preguntas de la OHIP-14	Cuantitativa	Continua – Razón	(0 – 56) Unidad de medición: Puntos
(OHIP-14 según dimensiones)				
Limitación funcional	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa de las preguntas N° 1 y 2 de la OHIP-14.	Cuantitativa	Continua – Razón	(0-8) Unidad de medición: Puntos
Dolor físico	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa de las preguntas N° 3 y 4 de la OHIP-14	Cuantitativa	Continua – Razón	(0-8) Unidad de medición: Puntos
Disconfort psicológico	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa de las preguntas N° 5 y 6 de la OHIP-14	Cuantitativa	Continua – Razón	(0-8) Unidad de medición: Puntos

Incapacidad física	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa de las preguntas N° 7 y 8 de la OHIP-14	Cuantitativa	Continua - Razón	(0-8) Unidad de medición: Puntos
Incapacidad psicológica	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa de las preguntas N° 9 y 10 de la OHIP-14	Cuantitativa	Continua - Razón	(0-8) Unidad de medición: Puntos
Incapacidad social	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa de las preguntas N° 11 y 12 de la OHIP-14	Cuantitativa	Continua - Razón	(0-8) Unidad de medición: Puntos
En desventaja	Suma de los puntos obtenidos asignados a cada alternativa de las preguntas N° 13 y 14 de la OHIP-14	Cuantitativa	Continua - Razón	(0-8) Unidad de medición: Puntos

#### 4.4. Instrumento de Medición

Se utilizó un instrumento ideado de manera específica para la salud oral llamado “Oral Health Impact Profile (OHIP-ES-14)” (Anexo 2) Este cuestionario permite medir la disfunción, el malestar y la discapacidad autoreportadas que son atribuidas a las condiciones orales.<sup>42</sup> Los participantes responden con qué frecuencia ocurre cada problema. Los puntajes más altos corresponden a una peor percepción de la Calidad de Vida.

El cuestionario consta de 14 preguntas que evalúan 7 dimensiones. Las respuestas a las preguntas tienen un puntaje sobre 4 puntos en una escala ordinal, en un rango desde: nunca (0), rara vez (1), ocasionalmente (2), muy a menudo (3), siempre (4). La puntuación del OHIP-14 puede ser calculada de dos formas.

Los puntajes de las 14 preguntas son sumados, el puntaje total puede tener un rango entre 0 y 56 puntos. Donde el resultado de valor 0 puntos corresponde a “Sin impacto”, mientras que 56 puntos corresponde a “Alto impacto”.

Del mismo modo, se pueden obtener puntajes en subescalas separadas para cada dimensión. Cada dimensión es representada por 2 preguntas obteniendo un puntaje en un rango de 0 y 8 puntos.

#### 4.5. Recolección de datos

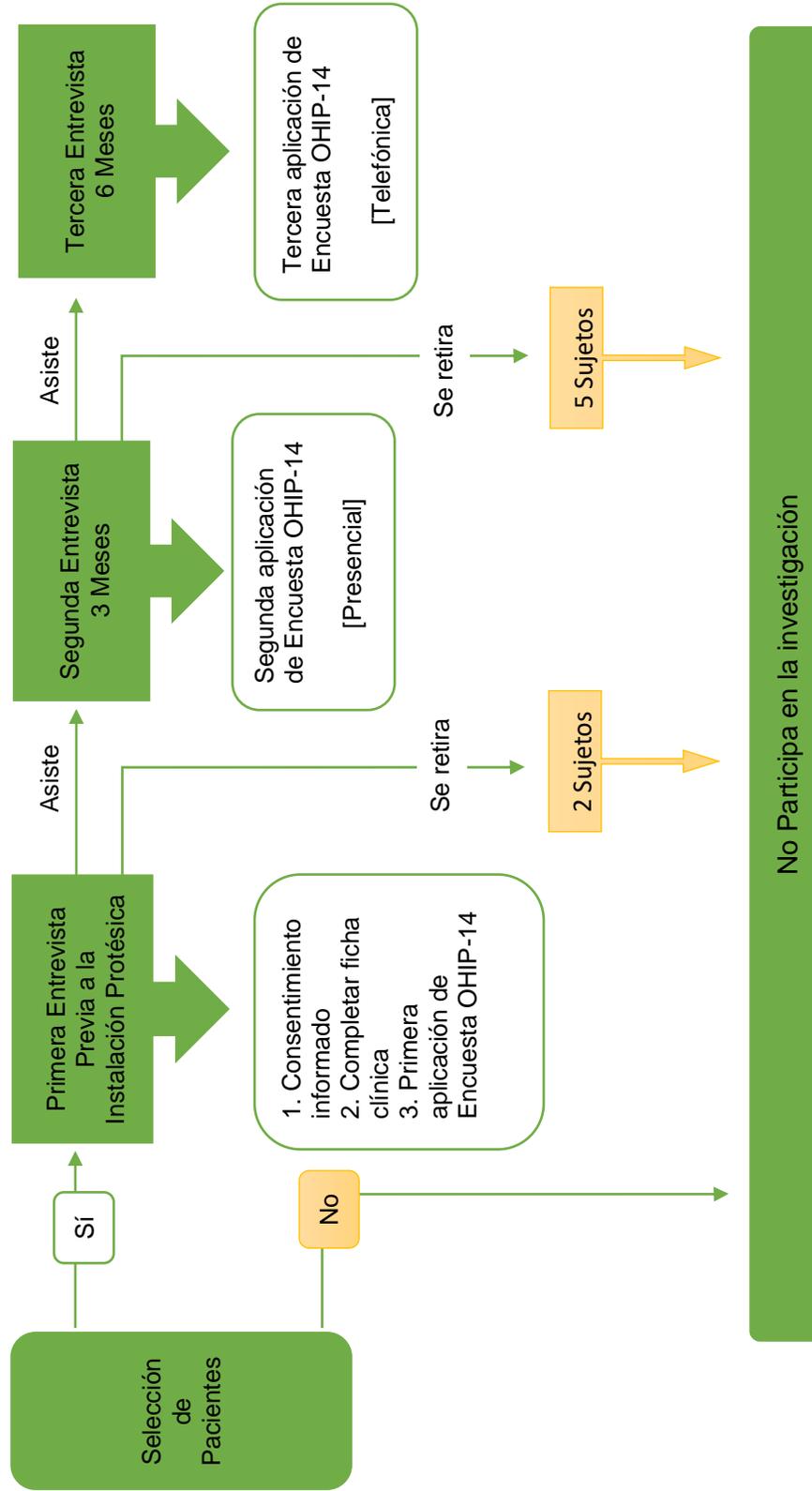
Se explicó a cada sujeto el motivo de la entrevista, en qué consistía el estudio, si cumplía con los criterios de inclusión y se le invitó a participar de la investigación. Su aprobación fue expresada a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 1). Se dio comienzo a la entrevista de una duración estimada de 20 minutos posterior a la atención odontológica realizada por el alumno tratante.

Se registraron los datos generales del paciente, variables socio-demográficas y variables propias de la investigación en un formulario administrado por el operador para complementar la investigación (Anexo 3).

Los participantes respondieron las 14 preguntas del cuestionario OHIP-14 validado en idioma español. Las entrevistas se realizaron en tres instancias, siendo la primera previa a la instalación de la rehabilitación, la segunda

entrevista se llevó a cabo en la cita de control en los 3 meses posterior a la instalación y la tercera en el control en los 6 meses posteriores a la instalación. Esta última se realizó de manera telefónica. (Diagrama 1)

Diagrama 1: Diagrama de flujo de los pacientes de la investigación.



#### 4.6. Estandarización

La estandarización se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se dio comienzo a la entrevista posterior a la atención odontológica realizada por el alumno tratante. Se encuestó durante el transcurso del funcionamiento de las clínicas de las cátedras antes señaladas. Luego se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 1) y la entrega de los datos generales solicitados en la ficha clínica. El paciente se encontraba sentado en el sillón dental frente al encuestador.

Se le dieron al paciente instrucciones sobre el cuestionario y se le entregó una cartilla con las alternativas que podía optar para responder a cada ítem del cuestionario (Anexo 4). El encuestador dispuso la aclaración de las instrucciones. No se dieron explicaciones directamente relacionadas con las preguntas físicas, ni se influyó en la respuesta, leyendo todas las alternativas disponibles luego de la lectura de cada pregunta del cuestionario. Para la segunda aplicación de la encuesta se aplicaron los mismos criterios. Para la tercera aplicación se optó por realizar una llamada telefónica.

#### 4.7. Consideraciones éticas

Se confeccionó y solicitó al paciente que expresase su voluntad de participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado permitiendo el uso de los datos recaudados (Anexo 1).

Se enumeró cada una de las encuestas y cada ficha clínica para correlacionar ambas pero manteniendo el anonimato del paciente durante el análisis de los cuestionarios.

Este número además se colocó en los datos personales para poder ubicar a los pacientes para las segundas entrevistas y realizar el seguimiento de los datos de un mismo sujeto.

Como forma de compensar la colaboración del paciente se le entregó un set de higiene dental y protésica.

La presente investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Escuela de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, refrendándose en la sesión de fecha 22 de Octubre 2015, folio n° 036. (Anexo 5)

#### 4.8. Análisis estadístico

Los datos observados fueron ingresados a una planilla de Excel, desde la cual fueron exportados al programa estadístico SPSS 18.0 para su análisis.

Todas las variables cualitativas fueron descritas mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

Las variables cuantitativas, fueron descritas mediante los estadísticos: media, desviación estándar e intervalos de confianza (95%), por gráficos de cajas y bigotes.

Para analizar la relación entre variables cualitativas, se utilizó el test de independencia Chi-cuadrado ( $X^2$ ) de Pearson y el coeficiente de contingencia.

Los test Kolmogoro-Smirnov y Shapiro-Wilkis fueron realizados para evaluar el supuesto de distribución normal entre los datos.

Dado que los datos siguen una distribución distinta a la normal se realizaron pruebas no paramétricas para contrastar las variables; Test de Friedman, test de Wilcoxon, Test de Kruskal Wallis.

En todas las pruebas estadísticas el nivel de significancia se fijó en  $\leq 0,05$  (5%).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Caracterización de la muestra en estudio

En una primera instancia 86 pacientes fueron seleccionados para la muestra inicial. De los cuales 13 individuos no terminaron el tratamiento, por lo tanto, no cumplieron los criterios de inclusión subsiguientes. A la segunda entrevista (3 meses) acudieron 71 individuos y 2 se negaron a continuar su participación dentro del estudio. En la tercera entrevista (6 meses) 5 individuos se negaron a continuar y 2 individuos no fueron localizados. Finalmente 64 pacientes fueron entrevistados 3 veces, cumpliendo todos los criterios de inclusión y exclusión que forman parte de la investigación.

Tabla 2: Análisis descriptivo de la muestra según género y edad.

Género	N	%	Media	I.C 95%	Mediana	Desviación típica
Femenino	46	71,9	61,30	58,22 – 64,38	61,50	10,37
Masculino	18	28,1	68,56	65,13 – 71,98	71,00	6,88

\*Test Kolmogoro – Smirnov; Prueba t

De los 64 pacientes que permanecieron durante todo el estudio, el mayor porcentaje de pacientes corresponde al género femenino (71,9%) con una edad promedio de 61 años [58,22-64,38] (Tabla 2).

En ambos géneros la edad presenta una distribución normal (p-valor 0,200 en género femenino y p-valor 0,710 en género masculino). Al comparar la media de edad entre ambos géneros se puede concluir que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (p-valor 0,008).

## 5.2. Análisis descriptivo según Tipo de prótesis removible

Tabla 3: Frecuencia de Tipo de prótesis removible según material y extensión.

Tipo Protésico	Maxilar Superior		Maxilar Inferior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin Prótesis removible	5	7,8%	15	23,4%
Prótesis removible parcial metálica	20	31,3%	27	42,2%
Prótesis removible parcial acrílica	13	20,3%	13	20,3%
Prótesis removible total acrílica	26	40,6%	9	14,1%
Total	64	100%	64	100%
<b>X<sup>2</sup> P-valor</b>	<b>0,002</b>		<b>0,010</b>	

Al analizar el tipo de prótesis removible que recibió el paciente al inicio de la investigación se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en ambos maxilares (Tabla 3).

### 5.3. Análisis descriptivo según Experiencia Previa de uso de prótesis removible

Tabla 4: Experiencia Previa de uso de prótesis removible.

Experiencia Previa	Maxilar Superior		Maxilar Inferior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Utiliza por Primera Vez	24	37,5%	47	73,4%
Recambio	40	62,5%	17	26,6%
Total	64	100%	64	100%
<b>X<sup>2</sup> P-valor</b>	<b>0,046</b>		<b>0,000</b>	

Existen diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes que utilizan prótesis por primera vez y quienes la recambian en el maxilar superior e inferior (Tabla 4).

### 5.4. Relación del Índice OHIP-14 previa, a los 3 y 6 meses de la instalación protésica

Al analizar las medianas del puntaje total de cada encuesta del Índice OHIP-14, (Tabla 5) se puede inferir que la percepción de la Calidad de Vida mejora entre la evaluación previa de la instalación y posterior al tratamiento protésico. Por otra parte, la mediana entre los controles a los 3 y 6 meses es similar.

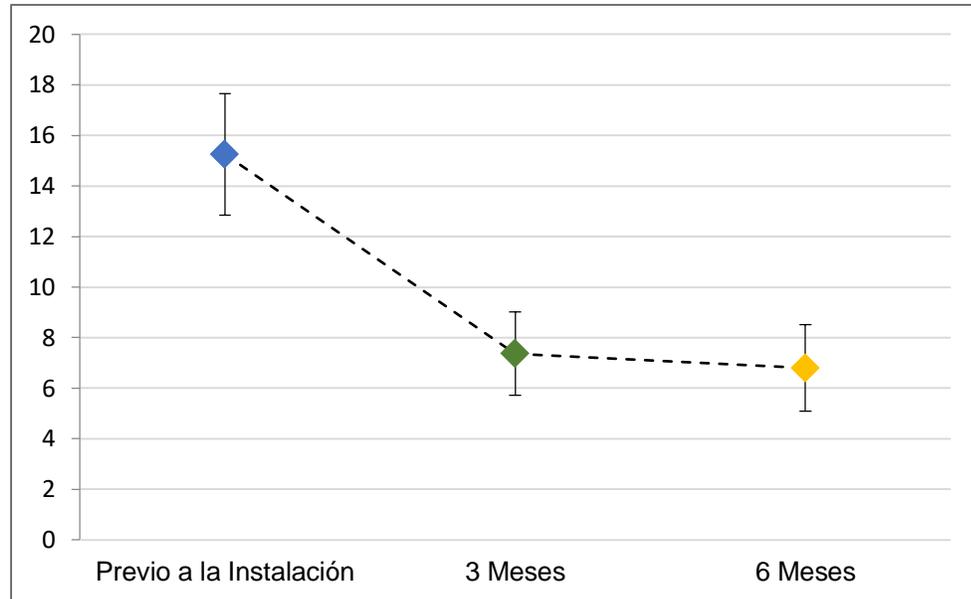
Tabla 5: Puntaje Índice OHIP-14.

Momento de entrevista	N	Media	I.C 95%	Mediana	Desviación Típica	Mín.	Máx.
Previa a la Instalación	64	15,25	12,85 – 17,65	12,5	9,59	0	38
3 Meses	64	7,36	5,71 – 9,01	5	6,61	0	31
6 Meses	64	6,80	5,08 – 8,51	4	6,857	0	29

\* Prueba de Friedman.

Al comparar las tres encuestas del Índice OHIP-14, que mide la Calidad de Vida, (Tabla 5) se puede afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes (p-valor 0,000).

Gráfico 3: Distribución de la media del puntaje total del Índice OHIP-14 según momento de entrevista.

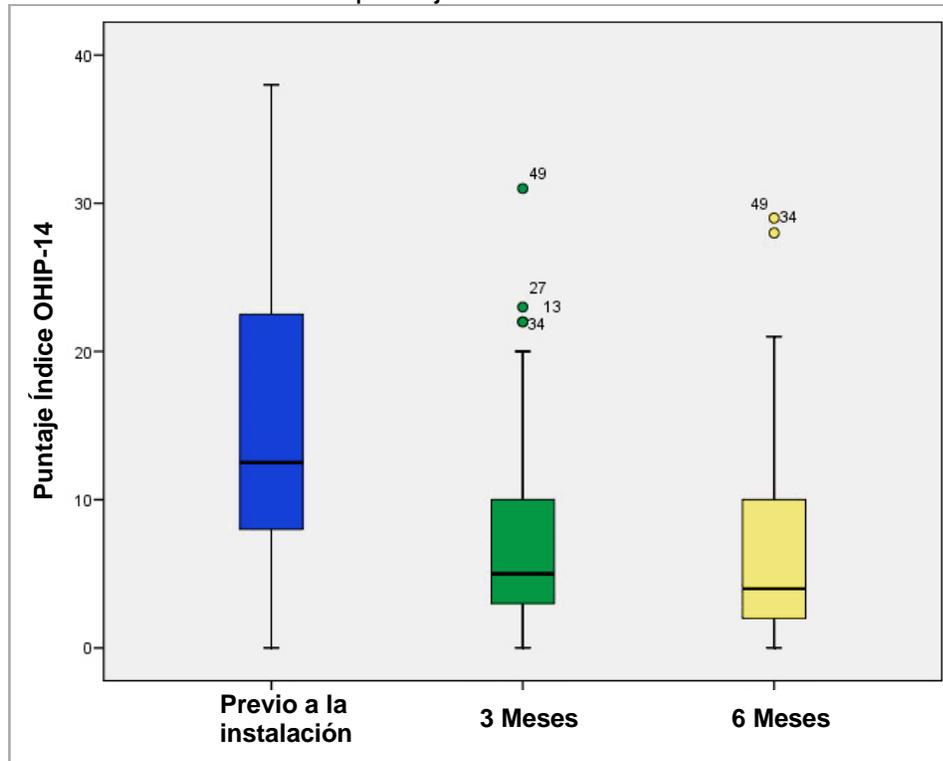


\*Intervalo de confianza 95%

Al comparar entre dos encuestas se puede concluir que existen diferencias estadísticamente significativas (Test de Wilcoxon). Entre la encuesta previa a la instalación y la encuesta a los 3 meses (p-valor 0,000) y entre la previa a la instalación y la encuesta a los 6 meses (p-valor 0,000). Por consiguiente, se puede afirmar que el tratamiento de rehabilitación protésica mejora la percepción de calidad de vida entre el antes y después de la rehabilitación (Gráfico 3).

Por otra parte al comparar el puntaje de las encuestas realizadas a los 3 meses y 6 meses se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,203).

Gráfico 4: Distribución del puntaje del Índice OHIP-14 de las encuestas.



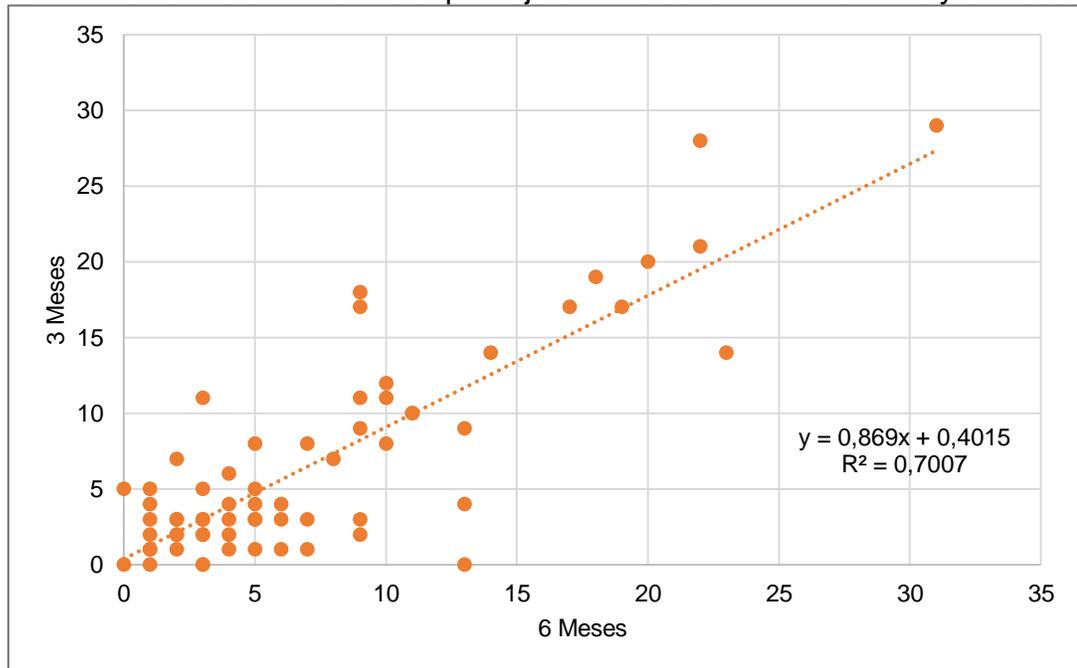
\*Test de Wilcoxon

Observamos el desplazamiento de las cajas que grafica la disminución del puntaje del índice OHIP-14 en el transcurso del estudio (Gráfico 4). La distribución de las tres encuestas se desplaza hacia arriba. Los puntajes obtenidos previos a la instalación se observan más dispersos y con tendencia a valores superiores en comparación con los puntajes a los 3 y 6 meses. Se presentan distribuciones similares entre los 3 y 6 meses.

A continuación, se observa una correlación positiva moderada, cercana al 70%, entre los puntajes del índice OHIP-14 de las encuestas realizadas a los 3 y 6 meses (Gráfico 5). Los pacientes que obtienen bajos puntajes a los 3 meses tienden a obtener bajos puntajes a los 6 meses. Así mismo, aquellos pacientes con puntajes altos a los 3 meses tienden a obtener puntajes altos a los 6 meses.

Existe correlación moderada entre la encuesta previa a la instalación y la encuesta a los 3 meses ( $r = 0,501$ ) y entre la encuesta previa a la instalación y a los 6 meses ( $r = 0,483$ ).

Gráfico 5: Correlación entre el puntaje del Índice OHIP-14 a los 3 y 6 meses.



## 5.5. Relación de las dimensiones del Índice OHIP-14 previa, a los 3 y 6 meses de la instalación protésica

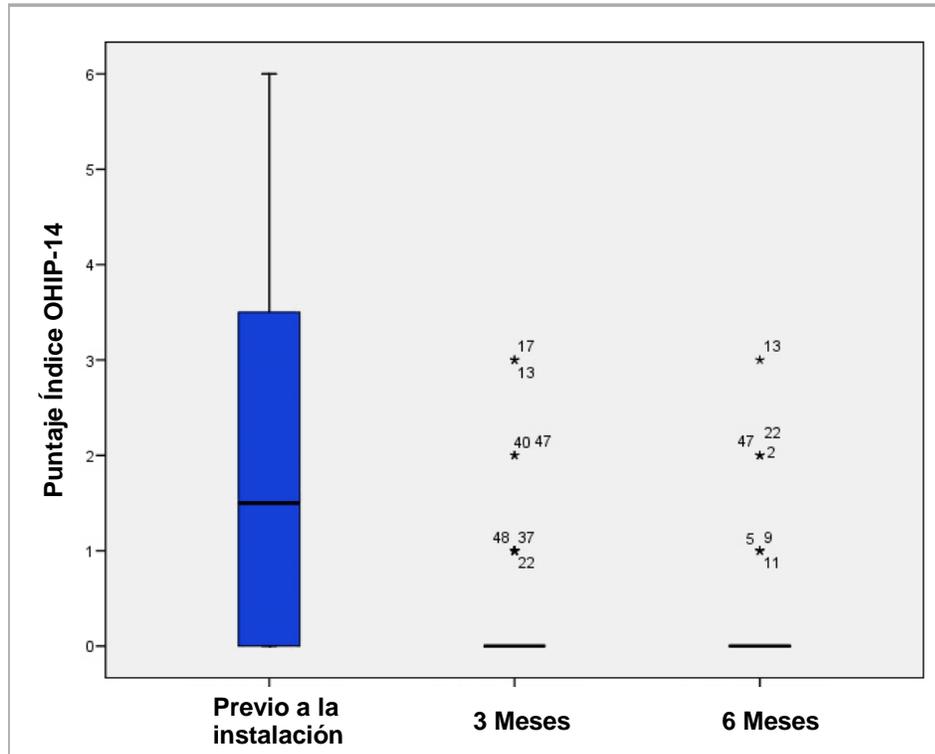
A continuación se observa un desglose de las 7 dimensiones que pertenecen al Índice OHIP-14. Al evaluar los promedios de los puntajes de cada dimensión según encuesta se observa que a excepción del “Dolor Físico”, todas las dimensiones presentan diferencias estadísticamente significativas entre las tres encuestas (Tabla 6).

Tabla 6: Media del puntaje por dimensión del índice OHIP-14 según encuesta.

Dimensión Índice OHIP-14	Previo a la Instalación	3 meses	6 meses	P-valor*
Limitación Funcional	1,84 (1,41-2,28)	0,28 (0,12-0,45)	0,19 (0,04-0,33)	0,000
Dolor Físico	2,41 (1,92-2,89)	1,64 (1,29-1,99)	1,89 (1,49-2,29)	0,092
Disconfort Psicológico	3,84 (3,21-4,48)	1,45 (0,96-1,94)	1,45 (0,92-1,98)	0,000
Incapacidad Física	2,14 (1,53-2,75)	1,70 (1,21-2,20)	1,13 (0,69-1,56)	0,000
Incapacidad Psicológica	2,23 (1,69-2,78)	1,17 (0,76-1,58)	1,00 (0,60-1,40)	0,000
Incapacidad Social	1,53 (1,04-2,02)	0,66 (0,37-0,95)	0,66 (0,28-1,03)	0,000
En Desventaja	1,25 (0,73-1,77)	0,45 (0,13-0,77)	0,48 (0,15-0,82)	0,000
N	64	64	64	

\*Test de Friedman; Intervalo de confianza 95%

Gráfico 6: Distribución del puntaje de la dimensión Limitación Funcional según encuesta.



\*Test de Wilcoxon

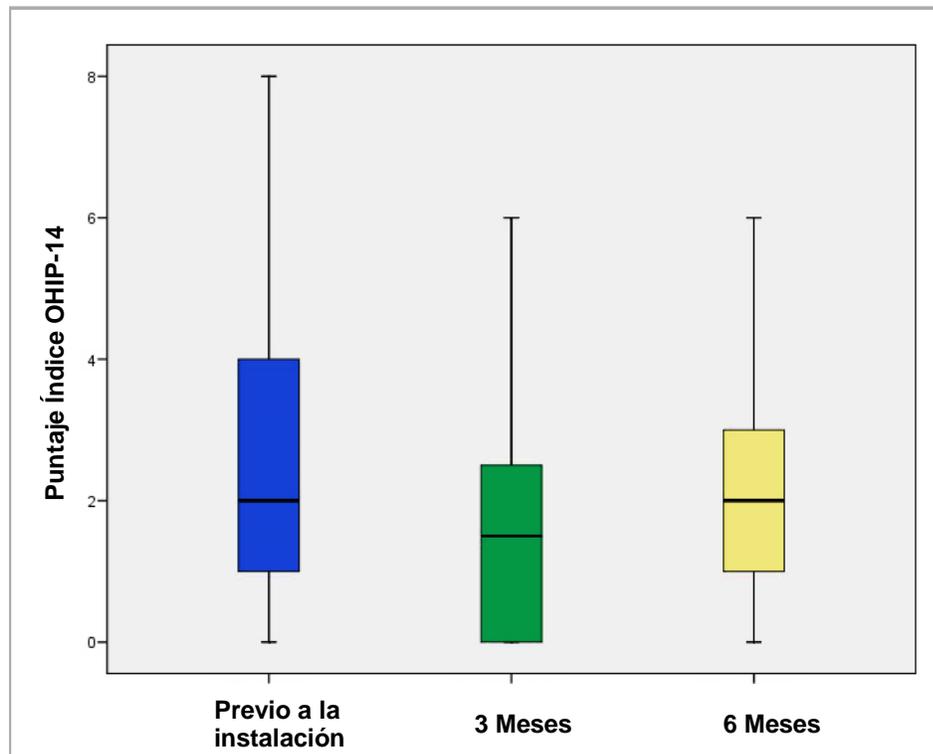
La dimensión “Limitación Funcional” es una de las 3 dimensiones que causa el menor impacto dentro de la Calidad de Vida, la media del puntaje que se obtuvo a los 6 meses del estudio fue de 0,19 [0.04-1,33].

La gráfica muestra la dispersión que existe en los puntajes previos a la instalación protésica (Gráfico 6).

El análisis entre el puntaje previo a la instalación y la encuesta a los 3 meses muestra diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,000). De igual manera entre la entrevista previa a la instalación y a los 6 meses (p-valor

0,000). Mientras que entre los puntajes a los 3 y a los 6 meses no existen diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,244).

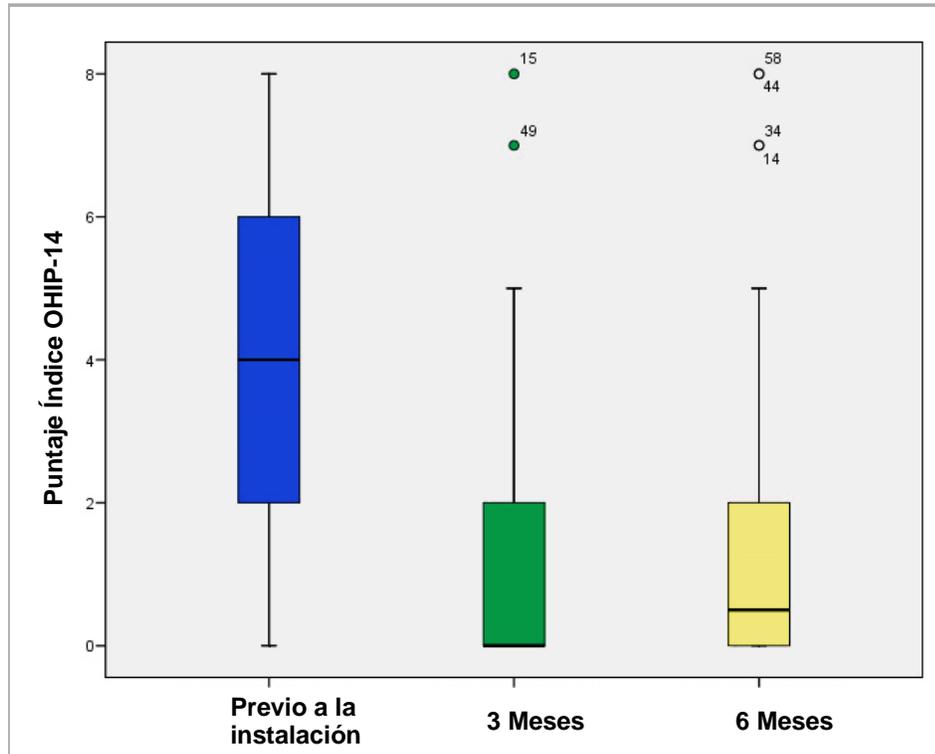
Gráfico 7: Distribución del puntaje de la dimensión Dolor Físico según encuesta.



La dimensión “Dolor Físico” es aquella dimensión que causa el mayor impacto negativo, presentando el puntaje más elevado entre todas las dimensiones de la encuesta a los 6 meses (Gráfico 7). Además, es la única dimensión que elevó su puntaje desde la entrevista a los 3 meses, 1,64 [1,29-1,99] puntos, hacia la entrevista a los 6 meses, 1,89 [1,49-2,29] puntos.

Esta dimensión no presentó diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes (p-valor 0,092).

Gráfico 8: Distribución del puntaje de la dimensión Disconfort Psicológico según encuesta.

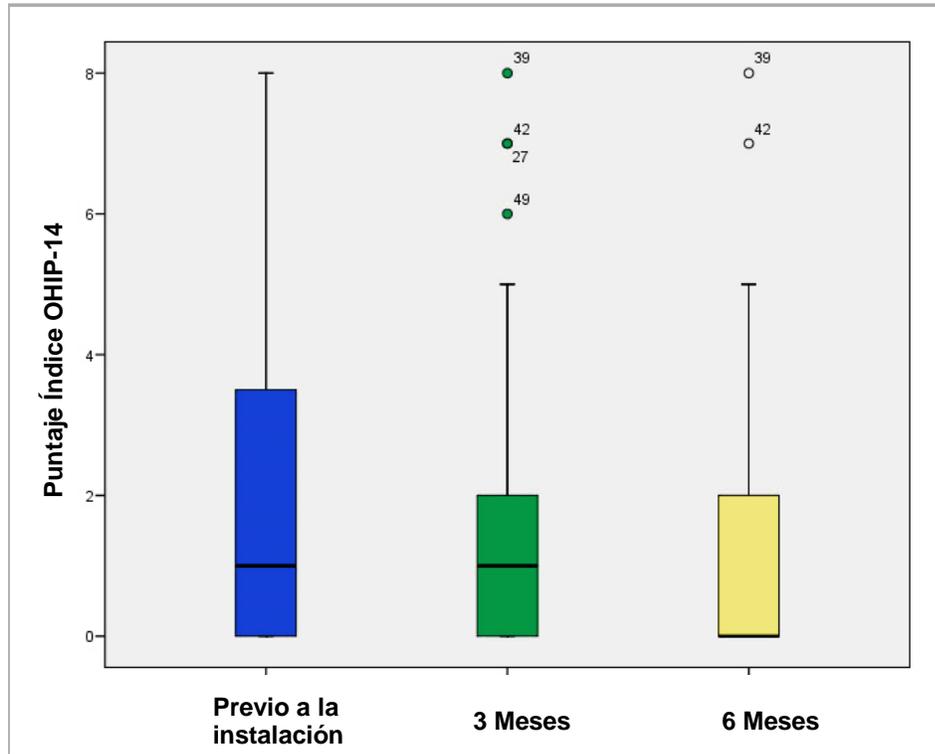


\*Test de Wilcoxon

La dimensión que presenta una mayor variación es el “Disconfort Psicológico”, la media del puntaje obtenido de la dimensión del índice OHIP-14 varía desde 3,84 [3,21-4,48] puntos a 1,45 [0,92-1,98] puntos durante el estudio (Gráfico 8).

Al comparar entre la encuesta previa a la instalación y la encuesta a los 3 meses (p-valor 0,000) y entre la entrevista previa a la instalación y la encuesta a los 6 meses (p-valor 0,000) se observaron diferencias estadísticamente significativas. Mientras que entre las encuestas realizadas a los 3 y a los 6 meses no existen diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,902).

Gráfico 9: Distribución del puntaje de la dimensión Incapacidad Física según encuesta.

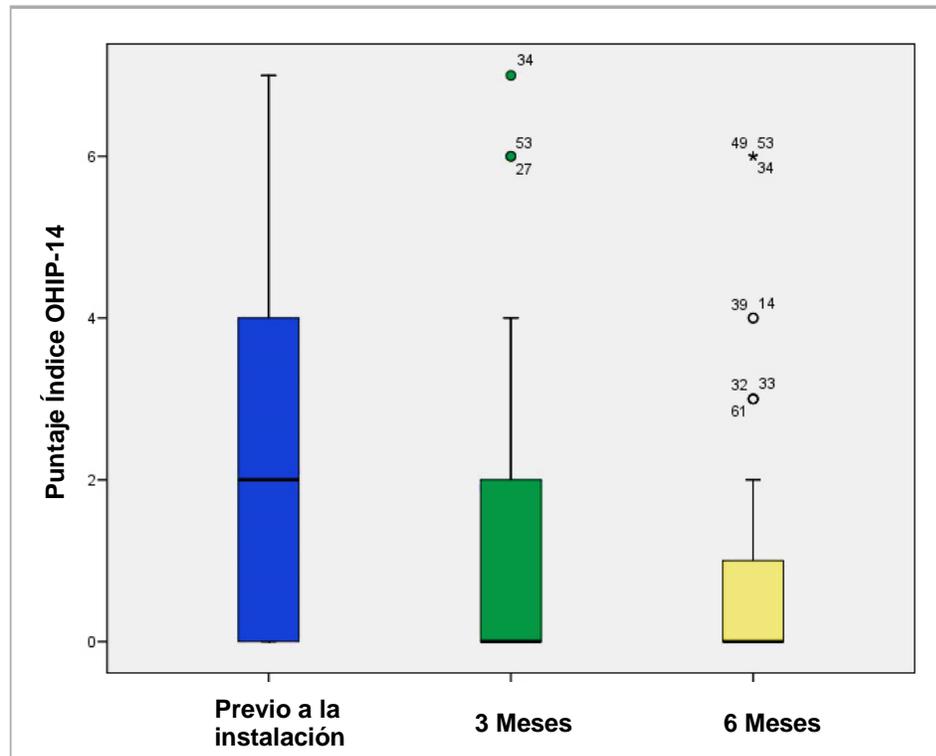


\*Test Wilcoxon

La dimensión “Incapacidad Física”, muestra dispersión en las 3 entrevistas y tendencia al valor 0 de los datos en el segundo cuartil a los 6 meses (Gráfico 9).

Al análisis se observó diferencias estadísticamente significativas entre la encuesta previa a la instalación y a los 6 meses (p-valor 0,002), y entre las entrevistas a los 3 y a los 6 meses (p-valor 0,000). Mientras que entre las encuestas realizadas previa a la instalación y a los 3 meses no existen diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,183).

Gráfico 10: Distribución del puntaje de la dimensión Incapacidad Psicológica según encuesta.



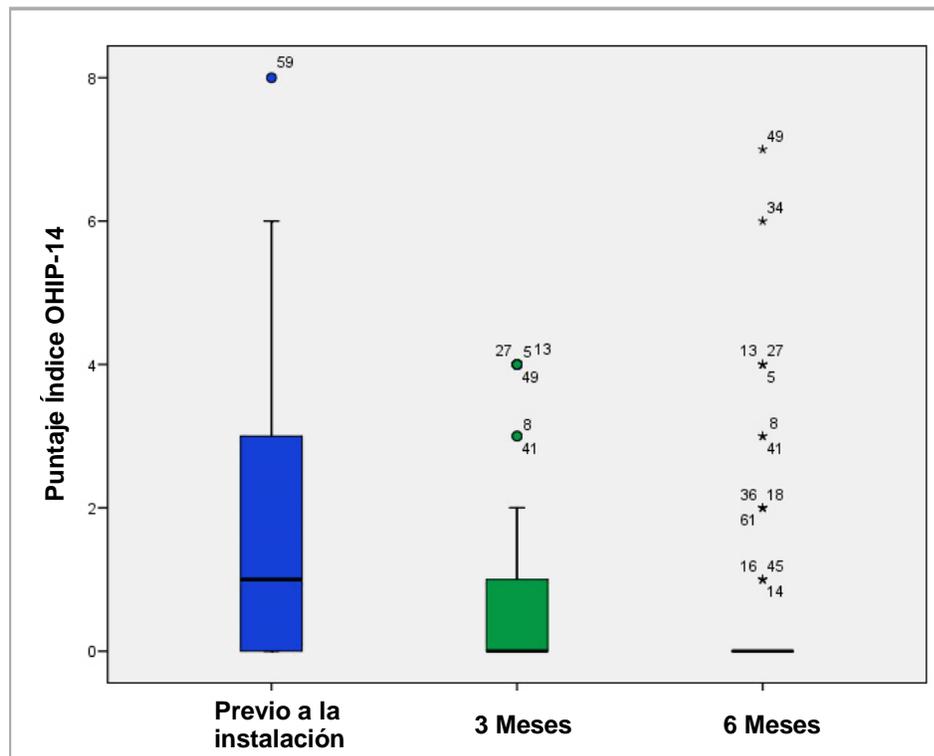
\*Test de Wilcoxon

En la gráfica la media del puntaje obtenido en las encuestas de la dimensión “Incapacidad Psicológica” varía desde los 2,23 [1,69-2,78] puntos previo a la instalación, a 1,17 [0,76-1,58] puntos a los 3 meses y 1,00 [0,60-1,40] puntos a los 6 meses. Además la dispersión disminuye progresivamente entre las 3 entrevistas (Gráfico 10).

El análisis entre pares de encuestas presenta diferencias estadísticamente significativas entre previo a la instalación y a los 3 meses (p-valor 0,000) y entre la primera y a los 6 meses (p-valor 0,000). A lo contrario

entre los 3 y 6 meses no existen diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,210).

Gráfico 11: Distribución del puntaje de la dimensión Incapacidad Social según encuesta.



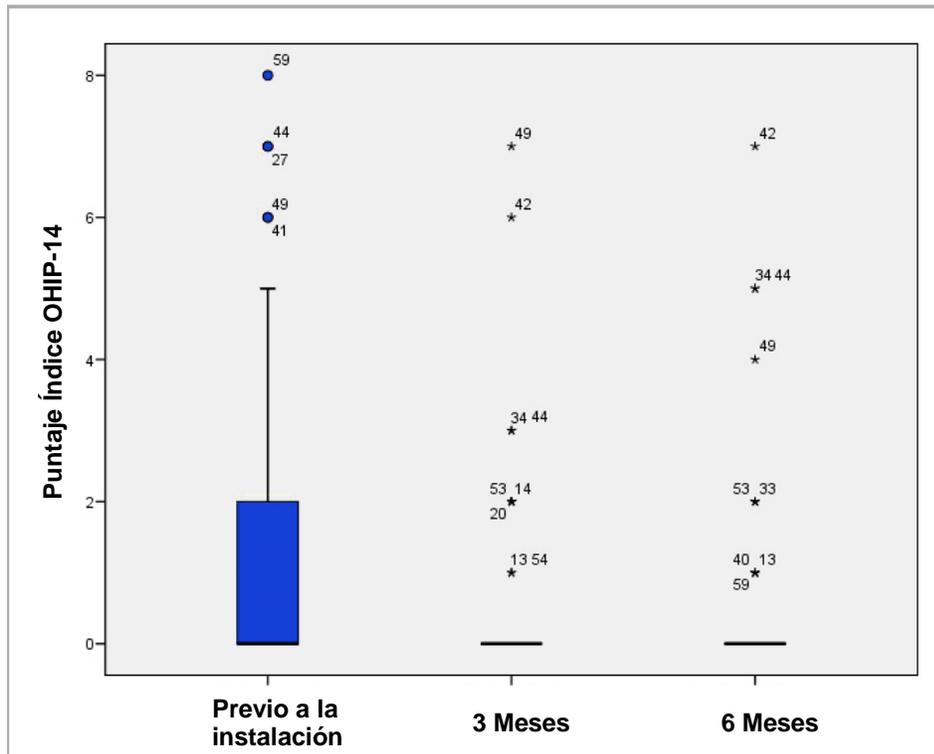
\*Test de Wilcoxon

La dimensión “Incapacidad Social” presenta una media del puntaje a los 6 meses de 0,48 [0,15-0,82] puntos y es aquella con el mayor número de valores atípicos entre las 7 dimensiones (Gráfico 11).

La comparación entre los puntajes en la encuesta previa a la instalación y a los 3 meses (p-valor 0,000), y previa a la instalación y a los 6 meses (p-valor 0,000) es estadísticamente significativa. Mientras que entre los puntajes a los 3

y a los 6 meses no hubo diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,544).

Gráfico 12: Distribución del puntaje de la dimensión En Desventaja según encuesta.



\*Test de Wilcoxon

El análisis de la dimensión “En Desventaja” (Gráfico 12) muestra una tendencia similar a la dimensión Incapacidad Social.

La comparación entre los puntajes obtenidos previos a la instalación y a los 3 meses (p-valor 0,006) y en la entrevista previa a la instalación y a los 6 meses (p-valor 0,005) es estadísticamente significativa. Mientras que entre los

puntajes a los 3 y a los 6 meses no hubo diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,856).

## 5.6. Comparación del Índice OHIP-14 según Tipo de Prótesis removible recién instalada

Tabla 7: Puntaje total Índice OHIP-14 según Tipo de prótesis superior recién instalada.

Tipo de Prótesis Removible Superior					
Momento de la Entrevista	Estadísticos	Sin Prótesis	Parcial Metálica	Parcial acrílica	Total acrílica
Previo a la instalación	Media	10,60	14,60	24,77	11,88
	Mediana	11,00	10,50	25,00	11,00
	Desviación típica	3,05	9,92	9,14	7,19
3 meses	Media	6,00	4,45	12,92	7,08
	Mediana	6,00	3,00	10,00	5,00
	Desviación típica	3,67	3,78	9,39	5,59
6 meses	Media	7,00	4,55	11,62	6,08
	Mediana	3,00	3,50	8,00	4,00
	Desviación típica	6,75	4,44	9,82	5,77

\* Test de Kruskal-Wallis

Existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7) entre los pacientes con prótesis removible superior y la puntuación en las encuestas realizadas previa a la instalación protésica (p-valor 0,003) y a los 3 meses (p-valor 0,026).

Sin embargo, el tipo de prótesis removible superior, no influye en el puntaje obtenido a los 6 meses (p-valor 0,185).

Tabla 8: Puntaje total Índice OHIP-14 según Tipo de prótesis inferior recién instalada.

Tipo de Prótesis Removible Inferior					
Momento de la Entrevista	Estadísticos	Sin Prótesis	Parcial Metálica	Parcial acrílica	Total acrílica
Previo a la Instalación	Media	12,73	17,89	15,38	11,33
	Mediana	8,00	16,00	13,00	12,00
	Desviación típica	10,79	9,71	9,26	5,70
CV 3 meses	Media	5,93	6,96	10,38	6,56
	Mediana	5,00	5,00	5,00	6,00
	Desviación típica	5,53	5,98	9,54	4,16
CV 6 meses	Media	4,60	7,37	9,15	5,33
	Mediana	3,00	5,00	4,00	2,00
	Desviación típica	4,88	6,73	9,50	4,95

\*Test de Kruskal-Wallis

No existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 8) entre el tipo de prótesis inferior y el puntaje obtenido en las encuestas previa a la instalación (p-valor 0,172), a los 3 meses (p-valor 0,644) y a los 6 meses (p-valor 0,361).

#### 5.7. Comparación del Índice OHIP-14 según Experiencia Previa de uso de prótesis removible.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre experiencia previa de utilización de prótesis en el maxilar superior y las encuestas realizadas previa a la instalación (p-valor 0,288), a los 3 meses (p-valor 0,491) y a los 6 meses (p-valor 0,231) respectivamente.

Tabla 9: Puntaje total según Experiencia Previa de prótesis superior.

Experiencia Previa Prótesis Superior			
Momento de la entrevista	Estadísticos	Primera Vez	Recambio
Previa a la Instalación	Media	13,67	16,20
	Mediana	11,00	13,50
	Desviación típica	9,361	9,717
3 meses	Media	6,83	7,68
	Mediana	5,00	6,50
	Desviación típica	7,007	6,423
6 meses	Media	6,17	7,18
	Mediana	3,00	5,00
	Desviación típica	7,446	6,547

\*Test de Kruskal-Wallis

No existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 10) entre Experiencia previa de utilización de prótesis removible en el maxilar inferior y las encuestas previa a la instalación (p-valor 0,300), a los 3 meses (p-valor 0,303) y a los 6 meses (p-valor 0,807) respectivamente.

Tabla 10: Puntaje total según Experiencia Previa de prótesis inferior.

Experiencia Previa Prótesis Inferior			
Momento de la Entrevista	Estadísticos	Primera Vez	Recambio
Previa a la Instalación	Media	14,68	16,82
	Mediana	11,00	16,00
	Desviación típica	9,767	9,180
3 meses	Media	7,89	5,88
	Mediana	6,00	4,00
	Desviación típica	6,926	5,544
6 meses	Media	7,06	6,06
	Mediana	4,00	3,00
	Desviación típica	7,001	6,590

\*Test de Kruskal-Wallis

## 6. DISCUSIÓN

En este trabajo se realizó una evaluación de la autopercepción de la Calidad de Vida relacionada con la salud oral basada en el tratamiento entregado a pacientes desdentados parciales y totales. Mediante el uso de una herramienta epidemiológica (Índice OHIP-14), se convirtieron las respuestas subjetivas en una condición evaluable de manera objetiva.

La muestra de este estudio presentó predilección por el género femenino donde el 71,9% de los participantes fueron mujeres. Este fenómeno puede justificarse puesto que las mujeres son más conscientes de su apariencia, tienen mayor interés en la búsqueda de rehabilitación para mejorar su salud, por lo tanto, son más receptivas y presentan mayor compromiso frente a un tratamiento que se realiza en varias etapas y requiere de la asistencia repetida a citas dentales. Este resultado es similar a lo descrito por Abuzar y cols. quienes concluyen que las mujeres tienen una mayor conciencia de su condición bucodental que los hombres.<sup>49,50.</sup>

De los participantes de la investigación, los hombres presentaron un promedio de edad mayor que las mujeres. Esto permite inferir que son las mujeres quienes tienen una preocupación a más temprana edad de su salud oral<sup>55,56.</sup>

En el transcurso de la investigación hubo sujetos que dejaron de participar en el estudio. Dentro de las razones que plantearon para decidir retirarse de este 3 sujetos se manifestaron descontentos y señalaron que no

utilizaban la prótesis. Mientras que las otras causas no tenían relación con la disconformidad del tratamiento. Para el análisis correspondiente puede asumirse que estos pacientes presentarían un elevado puntaje del Índice OHIP-14, dado que este número no es significativo se presume que los resultados obtenidos en esta investigación no se verían afectados por estos sujetos.

Al analizar los resultados del Índice OHIP-14 se observó una media del puntaje obtenido previo al tratamiento de 15,25 [12,85-17,65] puntos. Los valores disminuyeron progresivamente durante el estudio y se presentó una diferencia estadísticamente significativa al relacionarla con la media del puntaje de la encuesta realizada a los 6 meses. Considerando que el valor obtenido al final del estudio es 6,80 [5,08-8,51] puntos, de un total de 56 puntos, no es posible categorizar que estos sujetos posean una pobre calidad de vida asociada a la salud oral. Sin embargo, puede señalarse que a partir del tratamiento los pacientes desdentados presentaron una mejoría en la Calidad de Vida al utilizar prótesis removibles, lo que se condice con lo señalado por Yen y cols. respecto al uso de prótesis dentales.<sup>50,57.</sup>

Los resultados obtenidos por Fenlon y cols., quienes realizaron un seguimiento de dos años a los sujetos de su estudio, señalan que la percepción de la Calidad de Vida se vuelve más negativa. En esta investigación no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los controles a los 3 y 6 meses. El análisis mostró un 70% de correlación positiva entre los 3 y 6 meses, señalando que cerca de 44 pacientes mantuvo su puntaje post

instalación protésica. Sin embargo, el periodo de seguimiento de este estudio es menor que el realizado por Fenlon y cols. lo que puede justificar esta contrariedad entre los resultados.

Al examinar los resultados obtenidos en el Índice OHIP-14 mediante el desglose de cada dimensión se puede describir con mayor claridad el impacto en la Calidad de Vida de la rehabilitación protésica.

La dimensión Discomfort Psicológico plantea el análisis de la experiencia de incomodidad y sentimientos de preocupación del paciente.<sup>10</sup> Mediante el uso de las preguntas, ¿Los problemas dentales te han hecho totalmente infeliz? y ¿Has sentido discomfort sobre la apariencia de tus dientes, boca o prótesis?<sup>55</sup> Abuzar y cols. reportan que el mayor impacto positivo se produce en la dimensión Discomfort Psicológico, lo que se condice con los resultados de este estudio que obtuvo una media de 3,84 [3,21 - 4,48] puntos en la entrevista previa a la instalación con una variación a los 6 meses de una media de 1,45 [0,92 – 1,98] puntos. Esta dimensión fue la que obtuvo la mayor variación después del tratamiento,<sup>48</sup> lo cual se explicaría por la constante preocupación sobre la estética facial por parte de las personas desdentadas, puesto que la ausencia de dientes afecta la dimensión vertical produciendo ciertas características faciales propias.<sup>58</sup> Las prótesis removibles devuelven las proporciones juveniles perdidas en el rostro, aumentando las dimensiones del tercio inferior facial, disminuye la tendencia a un perfil prognático, aumenta el volumen de los labios y devuelve el surco nasogeniano a un aspecto más

natural. Considerando que la muestra observada busca acceder a tratamientos dentales puede plantearse que estos sujetos están más conscientes de sus falencias estéticas y buscan mejorarlas. Junto con lo anterior las expectativas reales de los pacientes acerca de los tratamientos realizados en la Universidad parecieran estar satisfechas.

El dominio Dolor Físico no presentó diferencias estadísticamente significativas a lo largo del seguimiento del estudio. Existió un aumento de los puntajes de esta dimensión, desde el momento previo a la instalación protésica a los 3 y 6 meses consecutivamente. Abuzar y cols.<sup>48</sup> señalan que este es uno de los aspectos que más afecta a los sujetos, al igual que lo planteado en este estudio, que puede atribuirse que la sensación de dolor que afecta la Calidad de Vida de estos pacientes se ve influenciada de manera negativa por otros factores que no se relacionan directamente al uso de prótesis removible. En relación a la pregunta ¿Has tenido dientes sensibles, por ejemplo, debido a alimentos o líquidos fríos o calientes?, Splieth y cols. señalan que el 25-30% de la población mundial posee hipersensibilidad dentinaria, lo que podría justificar los altos valores obtenidos en esta investigación.<sup>59</sup>

Los dominios menos afectados fueron la Incapacidad Social y En Desventaja. Ambas dimensiones van dirigidas a analizar limitaciones en la actividad diaria y al perjuicio frente a compañías sociales respectivamente. El comportamiento de los puntajes de ambas dimensiones podría ser explicado a que parte de la muestra fue de adultos mayores, sobre 60 años de edad, grupo

etéreo que se considera población inactiva. Este grupo de personas tiene menos interacción social, puesto que al no trabajar se relaciona con menor cantidad de personas.<sup>60</sup> Así mismo, estos sujetos plantearon no tener problemas, puesto que la utilización de la prótesis removible era durante todo el día, incluso una parte de ellos la utilizaba durante el día y la noche, sin retirarla para dormir. Por lo que su entorno social desconocía su condición de desdentado.

En este estudio se propuso que la experiencia previa de utilización de prótesis podría influir en la adaptación de los pacientes al tratamiento recién instalado. Basándose en que aquel sujeto que recambiaba su prótesis removible tendría un conocimiento que le permitiese lograr una adaptación más rápida que aquellos que la utilizaran por primera vez, quienes tendrían expectativas menos realistas en el tratamiento. Sin embargo, al análisis no existió diferencia estadísticamente significativa en el maxilar superior ni en el maxilar inferior. En contraste con lo que reporta la literatura.<sup>48,52</sup> Lo anterior puede explicarse porque los pacientes que requieren el recambio de la prótesis removible presentan escasa retención, pobre estética, disminución o pérdida de dimensión vertical y/o función masticatoria deficientes.<sup>61</sup> Por lo tanto, estas no cumplen con devolver el equilibrio del sistema estomatognático. Condición similar a aquellos sujetos no portadores previos de prótesis removibles quienes también presentan algunas funciones orales disminuidas.

También se analizó el tipo de tratamiento protésico recibido. Existiendo tres alternativas posibles; prótesis removibles parcial metálica, parcial acrílica o total acrílica. La evaluación indicó una favorable disminución de los puntajes del Índice OHIP-14 obtenidos en todos los tipos de prótesis removibles, siendo más evidente a los 3 meses posteriores a la instalación protésica.<sup>53</sup> En el siguiente control se observó una leve disminución, lo que sugiere que son necesarios al menos 6 meses para lograr un acostumbramiento en la utilización de la rehabilitación. Estos resultados se condicen con los obtenidos por John y cols.<sup>53</sup>

Los pacientes portadores de prótesis removibles parcial metálica del maxilar superior mostraron ser quienes presentaban una mejor Calidad de Vida. Se puede plantear que este tipo de rehabilitación es más confortable para el paciente. Las características del material y la técnica de confección permiten espesores de acrílico menores haciéndola más liviana y facilitando la fonética. Lo anterior es similar a lo propuesto por Al-Omiri y cols.<sup>47</sup>

En contraste, los portadores de prótesis removibles superior parcial acrílica mostraron ser quienes presentaron los peores puntajes entre los tres tipos de rehabilitaciones. Celebic y col.<sup>52</sup> sugieren que pacientes con prótesis total acrílica presentan mayor satisfacción relacionada con la Calidad de Vida que los pacientes portadores de prótesis parciales acrílicas. En este estudio los pacientes portadores de prótesis parcial acrílica superior presentaron una media del puntaje total del Índice OHIP-14 de  $12,92 \pm 9,39$  puntos en el control a los 3 meses en comparación con los pacientes portadores de prótesis totales

superiores quienes obtuvieron un puntaje promedio de  $7,08 \pm 5,59$  puntos. Dentro del grupo de prótesis parcial acrílica se incluyó a los pacientes que portaban prótesis cosméticas, las cuales remplazan solo algunas de las funciones orales versus una prótesis definitiva, lo que puede ser un factor que justifique este resultado.

La aplicación del instrumento OHIP-14, como se señaló anteriormente, se encuentra validado internacionalmente en distintos idiomas y países, en conjunto con la estandarización que se aplicó al momento de realizar las entrevistas respalda la objetividad de los resultados obtenidos en este estudio. Además, permite comparar los resultados de esta investigación con otros estudios de similares características.

En relación al instrumento de medición utilizado cabe señalar que no identifica a todas las personas que participaron del estudio, ya que aquellos pacientes que desde un principio eran desdentados totales no tiene sentido el aplicar la pregunta ¿Ha tenido dientes sensibles? Ítem que no puede obviarse puesto que la mayor parte de la muestra sí poseía dientes y la respuesta a esta pregunta modifica la media del puntaje obtenido en el Índice OHIP-14.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran las características de la población analizada, puesto que al ser acotada no puede compararse con una población aleatoria donde otros factores que afectan la Calidad de Vida relacionada con la salud toman mayor importancia,

particularmente en aquellos sujetos desdentados, quienes no buscan espontáneamente tratamientos para sus problemas dentales.

Otra limitación fue la pérdida de participantes que se produjo durante el periodo de seguimiento por la falta de interés en asistir al control protésico, debido a haber perdido su prótesis removible o producto de la imposibilidad de establecer contacto con ellos. Además un número considerable de sujetos no finalizó su tratamiento, por lo tanto dejaron de cumplir con todos los criterios de inclusión del estudio.

El cambio de modalidad en la tercera entrevista pudo influir en los resultados, ya que al momento de realizar la llamada telefónica no fue posible estandarizar las circunstancias en que se encontraba el paciente al momento de ser entrevistado.

Muchos sujetos al aplicar las preguntas del Índice OHIP-14: ¿Has tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con tus dientes, boca o prótesis?, ¿Has sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con tus dientes, boca o prótesis? y ¿Has sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas con tus dientes, boca o prótesis? solicitaron una explicación para la comprensión de estas. Lo cual sugiere que estas tres preguntas no están bien adaptadas para la comprensión de la idiosincrasia de nuestro país, o al menos del estrato socio-económico al cual va dirigido la Clínica Odontológica de la Universidad. Por lo que se sugiere la reformulación de estas preguntas en posteriores aplicaciones del instrumento.

Durante el desarrollo de esta investigación surgen nuevas interrogantes. La salud oral es un problema multifactorial y la rehabilitación protésica es tan solo uno de los determinantes de la Calidad de Vida del paciente. Desde un nuevo enfoque sería interesante analizar que otros factores influyen en la autopercepción del paciente.

Se propone que al realizar investigaciones posteriores se considere una evaluación objetiva, por ejemplo, mediante la selección de variables relacionadas con las características de las prótesis removibles o características del terreno biológico del paciente.

## 7. CONCLUSIONES

Podemos afirmar que el efecto del tratamiento basado en rehabilitaciones protésicas removibles evaluado en este estudio a partir de la Calidad de Vida autopercebida, obtenida mediante el uso del índice OHIP-14, tiene un impacto positivo en aquellos pacientes que acuden a la Clínica Odontológica. Los resultados de la entrevista a los 3 meses demostraron una disminución de este índice, lo que nos permite concluir que en este periodo se produce la adaptación completa y profunda del paciente a su nueva rehabilitación.

El impacto positivo que estas rehabilitaciones otorgan a la Calidad de Vida del paciente se refleja principalmente en la disminución del puntaje obtenido en la dimensión Discomfort Psicológico por los pacientes de esta muestra. Esto nos permite concluir que las prótesis removibles se involucran principalmente en la percepción respecto a la apariencia y felicidad del paciente. Mientras que la dimensión Limitación Funcional se mantiene constante, manifestando poco impacto, aun cuando el paciente haya sido rehabilitado exitosamente.

La experiencia previa de utilización de prótesis removible de los sujetos estudiados no presentó diferencias, considerando que todas las prótesis removibles fueron recién instaladas, por lo tanto, se encontraban en buenas condiciones.

La evaluación según extensión y material de confección de la rehabilitación protésica resultó ser estadísticamente significativa en el maxilar superior a los 3 meses post instalación. Siendo la prótesis parcial metálica la que alcanzó un mayor impacto positivo en la Calidad de Vida.

## **8. SUGERENCIAS**

Para enriquecer la investigación se sugieren los siguientes puntos:

En primer lugar contrastar los resultados con otras poblaciones, buscando la comparación entre grupos de diferentes características sociodemográficas, por ejemplo.

También debería considerarse un periodo de seguimiento más extenso lo que permita observar cómo se comporta la correlación existente entre los puntajes obtenidos en controles posteriores a la instalación protésica.

Sería interesante incluir nuevas variables, en este caso con características objetivas que estén directamente relacionadas con la calidad técnica de la prótesis removible, por ejemplo, retención, soporte, estabilidad, vías de carga protésica, extensión de los límites protésicos, adaptación de los retenedores, márgenes, etc.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. (2016). *Global Health Observatory data*. [online] Available at: <http://www.who.int/gho/en/>. [Accessed 5 Apr. 2016].
2. MINSAL 2003. Resumen ejecutivo Encuesta Nacional de Salud. El Vigía 20, boletín de vigilancia en salud pública de Chile.
3. MINSAL (2015, 08). Programas Odontológicos. Gobierno de Chile. <http://web.minsal.cl/programas-odontologicos/> [Obtenido 10, 2016]
4. Seerig, LM., Nascimento, GG., Peres, MA., Horta, BL., Demarco, FF. (2015). Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 43(9), 1051-1059.
5. Tsakos, G., Watt, RG., Rouxel, PL., de Oliveira, C., Demakakos, P. (2015). Tooth loss associated with physical and cognitive decline in older adults. *J Am Geriatr Soc* 63(1), 91–99. DOI: 10.1111/jgs.13190
6. Slade, GD., Spencer, AJ. (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*, 11(1), 3-11.
7. Tiwari, T., Scarbro, S., Bryant, L. L., Puma, J. (2015). Factors Associated with Tooth Loss in Older Adults in Rural Colorado. *Journal of Community Health*, 41(3), 476-481. doi:10.1007/s10900-015-0117-y
8. Academy of prosthodontics. (2005). Glossary of terms. *The Journal of prosthetic Dentistry*. 94(1), 10-92.
9. Jeyapalan, V., Krishnan, CS. (2015) Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's

Classes– A Literature Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*. 9(6), ZE14-ZE17.

10. Preshaw, P., Walls, A., Jakubovics, N., Moynihan, P., Jepson, N., Loewy, Z. (2011). Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *J Dent*. 39(11), 711–719
11. Wamala, S., Merlo, J., Boström, G. (2006). Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(12), 1027–1033.  
<http://doi.org/10.1136/jech.2006.046896>
12. Listl, S. (2011). Income-related Inequalities in Dental Service Utilization by Europeans Aged 50+. *Journal of Dental Research*. 90 (6), 717-723.  
<http://doi.org/10.1177/0022034511399907>
13. Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Ivira, M., De Marinis, MG. (2013). Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203.
14. Shelby White, G. (2015). Treatment of the Edentulous Patient. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 27(2),265–272.
15. Xie, Q., Ding, T., Yang, G. (2015). Review Rehabilitation of oral function with removable dentures still an option? *Journal of Oral Rehabilitation* 42(3), 234-242.

16. Rendón Yúdice, R. (2006). Prótesis parcial removible: Conceptos actuales, atlas de diseño. Ed. Médica Panamericana.
17. Ervin, RB., Dye, BA., (2012). Number of natural and prosthetic teeth impact nutrient intakes of older adults in the United States. *Gerodontology*. 29(2), E693–702.
18. Zhu, Y., Hollis, J. (2014). Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. *Journal Of Dentistry*. 42(11), 1428-1435. doi:10.1016/j.jdent.2014.08.012
19. Shah, R., Aras, M. (2013). Esthetics in removable partial denture-A review. *Kathmandu University Medical Journal (KUMJ)*, 11(44), 344-348.
20. Kremer, Schindler, Enkling, Worni, Katsoulis, Mericske-Stern. (2016). Bone resorption in different parts of the mandible in patients restored with an implant overdenture. A retrospective radiographic analysis. *Clin Oral Implants Res*. 27(3), 267-72.
21. Polzer, I., Schimmel, M., Müller, F, Biffar, R. (2010). Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal*. 60(3), 143–155. doi: 10.1922/IDJ\_2184Polzer13
22. MINSAL 2010. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile. 2009-2010. Tomo I.
23. Albrecht, G. L., Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*. 48(8), 977-988.

24. Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
25. Bagwell, DK. (2014). Quality of life. *Salem Press Encyclopedia*.
26. Ramírez Vélez, R. (2007). Calidad de vida y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista ciencias de la salud*. 5(1), 90-100.
27. WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 41(10), 1403.
28. WHO. (1994). Declaration on occupational health for all. . [online] Available at: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/declaration/en/](http://www.who.int/occupational_health/publications/declaration/en/)
29. González, J., Yentzen, G., Alvarado, R. (2005). Calidad de vida en usuarias del programa de tratamiento de la depresión en atención primaria. *Rev Chil Salud Pública*. 9(3), 146- 153.
30. International Society for Quality of Life Research. ISOQOL. (2014).
31. The WHOQOL Group. (1999). Introducing the WHOQOL instruments.
32. Vilaguta, G. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 19(2), 135-50.
33. McMillan, A.S., Pow, E.H., Leung, W.K., Wong, M.C., Kwong, D.L. (2004). Oral health-related quality of life in southern Chinese following radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. *J Oral Rehabil*. 31(6), 600-8.

34. Jain, M., Kaira, L. S., Sikka, G., Singh, S., Gupta, A., Sharma, R., Mathur, A. (2012). How Do Age and Tooth Loss Affect Oral Health Impacts and Quality of Life? A Study Comparing Two State Samples of Gujarat and Rajasthan. *Journal of Dentistry (Tehran, Iran)*, 9(2), 135–144.
35. Bellamy Ortiz, Cl., Moreno Altamirano, A. (2014). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Av Odontoestomato*. 30(4), 195-203.
36. John, MT., Koepsell, TD., Hujoel, P., Miglioretti, DL., Le Resche, L., Micheeli W. (2004). Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 32(2), 125-32.
37. Kandelman, D., Petersen, PE., Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 28(6), 224-35.
38. Misrachi, C., Espinoza, I., (2005). Utilidad de las Mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Dental de Chile*. 96(2), 28-35.
39. Bettie, NF., Ramachandiran, H., Anand, V., Sathiamurthy, A., Sekaran, P. (2015). Tools for evaluating oral health and quality of life. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*. 7(2), 414-419. doi:10.4103/0975-7406.163473.
40. Atchison, KA., Dolan, TA. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 54(11), 680-7.

41. Sanders, A.E., Slade, G.D., Lim, S., Reisine, S.T. (2009). Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 37(2), 171–181.
42. López, R., Baelum, V. (2006) Spanish version of the oral health impact profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*. 6:11.
43. León S, Bravo-Cavicchioli D, CorreaBeltrán G, Giacaman R. (2014) Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 14:95.
44. Yobánolo-Hoffmann M, Valentin-Hoyos J & Aravena PC. (2015) Oral Health Impact Profile in elderly Chileans in southern Chile. *J Oral Res* 4(6), 365-370.
45. Karasneh, J., Al-Omiri, MK., Al-Hamad, KQ., Al Quran, FA. (2009). Relationship between patients' oral health-related quality of life, satisfaction with dentition, and personality profiles. *J Contemp Dent Pract*. 10(6), 049-56.
46. Bae, KH., Kim, C., Paik, DI., Kim, JB. (2006). A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. *Journal of Oral Rehabilitation* 33(5), 317-322.
47. Al-Omiri, M., Sghaireen, M., Al-Qudah, A., Hammad, OA., Lynch, C., Lynch, E. (2014). Relationship between impacts of removable prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction and personality profiles. *Journal of Dentistry* 42(3), 366-372.

48. Abuzar, M., Kahwagi, E., Yamakawa, T. (2012). Investigating oral health-related quality of life and self-perceived satisfaction with partial dentures. *J Investig Clin Dent.* 3(2), 109-117.
49. Jenei, Á., Sándor, J., Hegedűs, C., Bágyi, K., Nagy, L., Kiss, C., Szabó, G., Márton, IJ. (2015). Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation: a longitudinal study with the OHIP questionnaire. *Health Qual Life Outcomes.* 13:99
50. Yen, Y.Y., Lee, H.E., Wu, Y.M., Lan, S., Wang, W.C., Du, J.K., Hsu, K. (2015). Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health.* 15,(1).  
<http://doi.org/10.1186/1472-6831-15-1>
51. Michaud, P.L., de Grandmont, P., Feine, J.S., Emami, E. (2012). Measuring patient-based outcomes: Is treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life? *J Dent.* 40(8), 624-31.
52. Celebic, A., Knezovic-Zlataric, D. (2003). A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. *Journal of Dentistry.* 31(7),445-451
53. John, M.T., Slade, G., Szentpétery, A., Setz, J.M. (2004) Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosthodont.* 17(5), 503-11.

54. Fenlon, MR., Sherriff, M. (2004). Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two years. *Journal of Dentistry*, 32(4), 327-333.
55. Molarius, A., Engström, S., Flink, H., Simonsson, B., Tegelberg, Å. (2014). Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health*, 14, 134. <http://doi.org/10.1186/1472-6831-14-134>
56. Singh, H., Maharaj, RG., Naidu, R. (2015). Oral health among the elderly in 7 Latin American and Caribbean cities, 1999-2000: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 15, 46. <http://doi.org/10.1186/s12903-015-0030-x>
57. Aarabi, G., John, MT., Schierz, O., Heydecke, G., Reissmann, DR. (2014). The course of prosthodontic patients' oral health-related quality of life over a period of 2 years. *Journal of Dentistry*, 43(2), 261-268.
58. Zou, Y. Zhan, D. (2014). Evaluation of psychological guidance impact on complete denture wearer's satisfaction. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(10), 744-753. doi: 10.1111/joor.12202
59. Splieth, CH., Tachou, A. (2013). Epidemiology of dentin hypersensitivity. *Clinical Oral Investigations*, 17(1), 3-8. <http://doi.org/10.1007/s00784-012-0889-8>
60. Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de geografía Norte Grande*, 60(1), 97-114.

61. Alfadda, SA., Al-Fallaj, HA., Al-Banyan, HA., Al-Kadhi, RM. (2015). A clinical investigation of the relationship between the quality of conventional complete dentures and the patients' quality of life. *The Saudi Dental Journal*, 27(2), 93-98. <http://doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.10.003>

## 10. ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a pacientes que son atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello, Viña del mar, que se les invita a participar en la investigación "Calidad de Vida e Instalación de la Rehabilitación Protésica Removible".

A usted ....., Rut....., se le ha invitado a participar en este estudio realizado por la alumna Selma Antonia Sotomayor Jofré. También han sido invitados a participar todos los adultos en tratamiento de confección de prótesis removibles de las cátedras de Prótesis Dentomaxilar y Clínica Integrada del Adulto y Odontogeriatría, que son atendidos por los alumnos de cuarto y quinto año de la carrera para participar en la investigación.

Este estudio tiene como objetivo determinar la asociación entre la percepción de la calidad de vida de los pacientes y la utilización de una rehabilitación protésica removible convencional.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y gratuita. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Independiente de su decisión continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Su participación constará de las siguientes características:

- ✓ Responder una encuesta de "Perfil de Impacto de Salud Oral", que fue diseñada para medir diferentes características atribuidas a las condiciones orales de los pacientes relacionado con su calidad de vida.
- ✓ Esta encuesta será aplicada en tres instancias diferentes, la primera al momento de la instalación de su nueva prótesis removible. La segunda vez será en su próxima visita 3 meses más tarde y la tercera vez 6 meses después de la instalación, donde se aplicará nuevamente la encuesta. Además en estas instancias se realizará control de su salud oral y de sus prótesis dentales removibles, una re-instrucción de higiene oral, limpieza de sus prótesis removibles y entrega de un kit de limpieza oral.

No se compartirá la identidad de quienes participen en la investigación. Los datos personales recopilados para este estudio se mantendrán en absoluta confidencialidad. No aparecerán en ningún capítulo o parte del informe de tesis. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores serán las personas autorizadas para conocer cuál es su número.

Si no entiende alguna palabra o concepto y desea realizar alguna pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. El investigador le explicará todo aquello que no entienda. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a Selma Sotomayor Jofré, n° +56 983 120 623, e-mail selmasj@gmail.com.

**He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.**

Lic. Selma Sotomayor Jofré  
Estudiante de Odontología

Dra. Gisela Moyano  
Docente Tutor

.....  
Firma del Paciente

Anexo 2: Encuesta OHIP-ES-14

Folio: .....

Encuesta acerca del “Perfil de Impacto en Salud Oral”

	Nunca	Rara Vez	Ocasional-mente	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Has sentido que tu aliento se ha deteriorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
2. ¿Has sentido que tu digestión ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
3. ¿Has tenido dientes sensibles, por ejemplo, debido a alimentos o líquidos fríos o calientes?					
4. ¿Has tenido dolor de encías?					
5. ¿Los problemas dentales te han hecho totalmente infeliz?					
6. ¿Has sentido discomfort sobre la apariencia de tus dientes, boca o prótesis?					
7. ¿Ha sido poco clara la forma en que tú hablas por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
8. ¿La gente ha malentendido algunas de tus palabras por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
9. ¿Tu sueño ha sido interrumpido por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
10. ¿Has estado molesto o irritado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
11. ¿Has sido menos tolerante con tu pareja o familia por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
12. ¿Has tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
13. ¿Has sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
14. ¿Has sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					

Primera Entrevista

Segunda Entrevista

Tercera Entrevista

Anexo 3: Ficha clínica

Folio: .....

FICHA CLINICA

**Nombre:** .....

**Rut:** .....

**Dirección:** .....

**Fono:** ...../.....

**Edad:**

**Género:**  Femenino  Masculino

**Localización prótesis actual (anterior al tratamiento):**

Superior  Inferior  Ambas  Ninguno

**Tipo de Prótesis**

Superior  No  Prótesis parcial metálica  Prótesis parcial acrílica  Prótesis total acrílica  
Inferior  No  Prótesis parcial metálica  Prótesis parcial acrílica  Prótesis total acrílica

**Experiencia previa de uso de Prótesis:**

Superior  Nunca ha usado antes  Recambio  
Inferior  Nunca ha usado antes  Recambio

**Localización Prótesis Removibles posterior al tratamiento (nuevas):**

Superior  Inferior  Ambas

**Tipo de Prótesis**

Superior  No  Prótesis parcial metálica  Prótesis parcial acrílica  Prótesis total acrílica  
Inferior  No  Prótesis parcial metálica  Prótesis parcial acrílica  Prótesis total acrílica

**Fecha de Instalación:**

Anexo 4: Cartilla de alternativas

Encuesta acerca del “Perfil de Impacto en Salud Oral”

SEÑALE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR  
DESCRIBA CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE  
LOS ULTIMOS 3 MESES

<b>Nunca</b>
<b>Rara vez</b>
<b>Ocasionalmente</b>
<b>Muy a menudo</b>
<b>Siempre</b>

## Anexo 5: Carta Comité Ético Científico



**Universidad  
Andrés Bello**

Folio N° 036

Viña del Mar, Octubre 2015

### CERTIFICADO

El Comité Ético Científico de la Escuela de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, certifica que el trabajo de investigación "REHABILITACIÓN PROTÉSICA REMOVIBLE Y SU RELACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DESDENTADO" de la estudiante Selma Antonia Sotomayor Jofré y de la profesora tutora Dra. Gisela Moyano De Sánchez ha sido **APROBADO** después de una revisión exhaustiva de las mejoras planteadas por los investigadores.

En virtud de lo anterior, en este acuerdo se estableció de forma unánime la implementación de la investigación, refrendándose en la sesión de fecha 22 de octubre. Sin desmedro de lo anterior, cualquier cambio posterior en el transcurso del estudio deberá ser informada formalmente a este Comité para su re-evaluación y nueva aprobación.

**DR. ALFREDO CUETO U.**  
Miembro Comité Ético Científico  
Universidad Andrés Bello  
Campus Viña del Mar

**MARCELA GUTIERREZ C.**  
Secretaria Comité Ético Científico  
Universidad Andrés Bello  
Campus Viña del Mar

CAMPUS REPÚBLICA  
Av. República 252 - Santiago  
Teléfono: 56 2 2661 8000

CAMPUS CASONA DE LAS CONDES  
Fernández Concha 700 - Las Condes  
Teléfono: 56 2 2661 8500

CAMPUS BELLAVISTA  
Av. Bellavista 0121 - Providencia  
Teléfono: 56 2 2770 3490/3466

CAMPUS VIÑA DEL MAR  
Quillota 980  
Teléfono: 56 32 284 5000

CAMPUS CONCEPCIÓN  
Autopista Concepción Talcahuano 7100  
Teléfono: 56 41 266 2000

**FORMAR**

**TRANSFORMAR**