

FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO

**ASOCIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y LA EVALUACIÓN
TÉCNICA EN PACIENTES REHABILITADOS CON SET DE
PRÓTESIS REMOVIBLES TOTALES CONVENCIONALES**

Trabajo de Investigación requisito para optar al Título de Cirujano
Dentista

Alumnos: Jonnathan Araya Pizarro
Carlos Cárcamo Cárdenas
María José Hernández Rodríguez

Docente Guía: Dra. Valeria Moukarzel Suazo
Cátedra de Prótesis Removible

Valparaíso-Chile

2010

FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO

**ASOCIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y LA EVALUACIÓN TÉCNICA EN
PACIENTES REHABILITADOS CON SET DE PRÓTESIS REMOVIBLES
TOTALES CONVENCIONALES**

Trabajo de Investigación requisito para optar al Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Jonnathan Araya Pizarro
Carlos Cárcamo Cárdenas
María José Hernández Rodríguez

Docente Guía: Dra. Valeria Moukarzel Suazo
Cátedra de Prótesis Removible

Valparaíso-Chile

2010

Dedicatorias

Jonnathan: El laberinto de la vida está lleno de sorpresas, las cuales pueden ser muy gratas y otras un poco más difíciles de comprender, pero desde que comencé a recorrer esta senda de dulce y agraz están a mi lado grandes personas que son más bien “superhéroes” que acuden a un simple llamado y a veces sin que sea necesario llamarlos. Durante el recorrido de este laberinto se han unido a esta liga de superhéroes personas hermosas que solo con su mirada o una simple palabra, han despertado en mí las ansias de seguir descifrando este camino llamado vida. Es por todo esto y por todos los sentimientos que en palabras no caben, que debo dar las gracias a Dios por permitirme conocer a estos superhéroes que llamo familia y amigos, también debo agradecer a esos personajes que sin conocer más que mi nombre me dieron lo necesario y lo justo en el tiempo y el lugar para no perderme o rectificar el camino trazado.

Gracias...

Carlos: Quisiera agradecer a mis padres, abuelita, tía y hermana por su apoyo incondicional que me brindaron durante el periodo de confección de esta tesis.

Así mismo quisiera agradecer a la doctora Valeria Moukarzel por su buena disposición y al doctor Olavarría por sus ideas.

También quisiera agradecer a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis, muchas gracias.

María José: A mis padres quienes a pesar de la distancia siempre me apoyaron. Gracias por creer en mí.

A Christopher, sin ti todo este viaje habría sido muy difícil, me entiendes mejor que nadie. Gracias por tu amor y compañía durante todos estos años.

A mis hermanas, Daniela y Camila, mi pequeña familia en esta región, crearon un hogar muy necesario en tiempos difíciles. También a Puntito, me ayudaste a levantarme todas esas mañanas y siempre me alegraste el día.

A mi Gueli y Tata, gracias por todo el apoyo, por recibirme en el inicio de la carrera, por todas las cositas ricas que me cocinaron y la preocupación.

Amigos, docentes, funcionarios y pacientes, sobran las palabras...gracias por todo.

Agradecimientos

Queremos extender nuestros más sinceros agradecimientos a la empresa GSK, que con su marca Corega hizo posible la entrega de sus productos a nuestros pacientes.

Agradecemos a la cátedra de Prótesis Removible, por su continuo apoyo y por motivarnos a seguir aprendiendo.

A nuestra docente guía, Dra. Valeria Moukarzel, por su buena disposición y ayuda ofrecida durante todo este periodo de realización de esta investigación.

Índice

• Introducción	1
• Marco Teórico	3
• Objetivos.....	21
• Materiales y métodos	22
• Resultados	44
• Discusión	72
• Conclusiones	75
• Sugerencias	76
• Resumen	77
• Referencias bibliográficas.....	79
• Anexos	82

Índice de Tablas

• Tabla I: Esquema del examen al paciente portador.....	6
• Tabla II: Parámetros que guían el enfilado.....	11
• Tabla III: Factores relacionados a la satisfacción.....	20
• Tabla IV: Horarios y Días disponibles.....	25
• Tabla V: Variables del Cuestionario.....	29
• Tabla VI: Variable Satisfacción del paciente.....	29
• Tabla VII: Variables para medir la satisfacción del paciente.....	30
• Tabla VIII: Variable C.E.T. modificado.....	31
• Tabla IX: Variables para medir C.E.T. modificado.....	31
• Tabla X: Satisfacción y C.E.T. modificado superior.....	44
• Tabla XI: Satisfacción y C.E.T. modificado superior.....	44
• Tabla XII: Coeficiente de Contingencia para satisfacción y C.E.T. modificado superior.....	45
• Tabla XIII: Satisfacción y C.E.T. modificado inferior.....	46
• Tabla XIV: Test estadísticos para satisfacción y C.E.T. modificado inferior...	47
• Tabla XV: Distribución según género.....	48
• Tabla XVI: Distribución según edad.....	49
• Tabla XVII: Test estadístico para edad y satisfacción.....	50
• Tabla XVIII: Satisfacción y sexo.....	52
• Tabla XIX: Test estadístico para satisfacción y sexo.....	52
• Tabla XX: Satisfacción y uso de la prótesis superior.....	53
• Tabla XXI: Test estadístico para satisfacción y uso de la prótesis superior....	54
• Tabla XXII: Coeficiente de contingencia para satisfacción y uso de la prótesis superior.....	54
• Tabla XXIII: Satisfacción y uso de prótesis inferior.....	55
	56

• Tabla XXIV: Test estadísticos para satisfacción y uso de prótesis inferior.....	
• Tabla XXV: Coeficiente de contingencia para satisfacción y uso de prótesis inferior.....	56
• Tabla XXVI: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis superior.....	57
• Tabla XXVII: Test estadístico para satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis superior.....	58
• Tabla XXVIII: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis inferior.....	59
• Tabla XXIX: Test estadístico para satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis inferior.....	60
• Tabla XXX: Satisfacción y modificación de la prótesis superior.....	61
• Tabla XXXI: Test estadístico para satisfacción y modificación de la prótesis superior.....	61
• Tabla XXXII: Satisfacción y modificación de la prótesis inferior.....	63
• Tabla XXXIII: Test estadístico para satisfacción y modificación de la prótesis inferior.....	63
• Tabla XXXIV: Satisfacción y número de prótesis anteriores.....	65
• Tabla XXXV: Test estadístico para satisfacción y número de prótesis anteriores.....	66
• Tabla XXXVI: Tiempo de edentulismo y satisfacción.....	67
• Tabla XXXVII: Test estadístico para tiempo de edentulismo y satisfacción....	68
• Tabla XXXVIII: Satisfacción y dormir con la prótesis superior.....	69
• Tabla XXXIX: Test estadístico para satisfacción y dormir con la prótesis superior.....	69
• Tabla XL: Satisfacción y dormir con la prótesis inferior.....	71
• Tabla XLI: Test estadístico para satisfacción y dormir con la prótesis inferior.....	71

Índice de Figuras y Gráficos

• Figura 1: Flujograma de la recolección de datos.....	28
• Gráfico 1: Satisfacción y C.E.T. modificado superior.....	45
• Gráfico 2: Satisfacción y C.E.T. modificado inferior.....	47
• Gráfico 3: Distribución según género.....	48
• Gráfico 4: Distribución según edad.....	51
• Gráfico 5: edad y satisfacción.....	53
• Gráfico 6: Satisfacción y sexo.....	55
• Gráfico 7: Satisfacción y uso de la prótesis superior.....	57
• Gráfico 8: Satisfacción y uso de prótesis inferior.....	58
• Gráfico 9: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis superior.....	60
• Gráfico 10: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis inferior.....	62
• Gráfico 11: Satisfacción y modificación de la prótesis superior.....	64
• Gráfico 12: Satisfacción y modificación de la prótesis inferior.....	66
• Gráfico 13: Satisfacción y número de prótesis anteriores.....	68
• Gráfico 14: Satisfacción y dormir con la prótesis superior.....	70
• Gráfico 15: Satisfacción y dormir con la prótesis inferior.....	72

Introducción

En Chile, como en el resto del mundo, la esperanza de vida ha aumentado, traduciéndose en poblaciones más longevas, lo cual conlleva a su vez una serie de problemas de salud relacionados a la edad, no siendo el sistema estomatognático la excepción.

Si bien la odontología ha tenido grandes avances, llegando cada vez a más personas, no ha sido suficiente para contrarrestar el accionar del tiempo y de enfermedades en la boca de los chilenos. Esto ha contribuido en parte a que el edentulismo total en Chile no se haya erradicado, existiendo una prevalencia de un 33,4 cada 100 habitantes en el grupo de 65 y más años de edad. (MINSAL, 2003).

Si bien existen más alternativas para la rehabilitación del paciente edéntulo que la prótesis total removible, como las rehabilitaciones implanto-soportadas, en la actualidad éstas no están al alcance de todas las personas, ya sea por su costo o por dificultades de salud asociadas a la edad. Es por ello que el tratamiento mediante prótesis total removible sigue siendo una alternativa utilizada y vigente en el maletín del odontólogo.

La satisfacción del paciente con su aparatología ha sido bien documentada, esto ha revelado la presencia de múltiples factores, fundamentales en el resultado final del tratamiento rehabilitador. Si bien existe una parte que va directamente relacionada con las destrezas del odontólogo, hay muchos otros que dependen exclusivamente del paciente, los cuales son difíciles de medir e identificar.

En este punto nace un conflicto, ya que al ser la satisfacción subjetiva e individual para cada paciente, el medir o proyectarla clínicamente es dificultoso. Estudios de Celebic y Knezovic'-Zlataric' encontraron que aún cuando una prótesis se realice con todos los criterios clínicos aceptables, algunos pacientes seguirán insatisfechos con su tratamiento.

Ante esta encrucijada se decidió llevar a cabo una investigación, en el marco de seminario de tesis, para establecer la relación existente entre la satisfacción de los pacientes portadores de juego de prótesis removible total y la evaluación de factores clínicos asociados a estas.

La importancia de relacionar la satisfacción del paciente con la evaluación clínica de la prótesis, radica en lograr tratamientos rehabilitadores exitosos en estas dos áreas, lo que permitirá obtener funciones armoniosas y estables en el tiempo, esto se basa en la premisa de que un tratamiento satisfactorio será utilizado de buena manera por los pacientes y con ello lograr una rehabilitación óptima.

Para realizar este proyecto de tesis se intentará estudiar a todos los pacientes rehabilitados en la Escuela de Pregrado de Odontología de la Universidad de

Valparaíso mediante un juego de prótesis removible total convencional, entre los años 2007 y 2009.

Para cumplir con nuestro propósito se efectuó un examen, el cual estuvo destinado a evaluar clínicamente la calidad técnica del tratamiento protésico. Además se realizó un cuestionario para ver el grado de satisfacción del paciente con su aparatología rehabilitadora, para así posteriormente relacionarlos.

Marco Teórico

A. Aspectos demográficos

A.1 Mundo

A nivel mundial se experimenta un crecimiento en las poblaciones de edad avanzada, esto se puede relacionar con una mejor calidad de vida y el descenso en las tasas de mortalidad (Bellini & Dos Santos, 2009), así como también el cambio de la medicina y de la odontología hacia un enfoque preventivo.

Un claro ejemplo de esto son algunos países, que han disminuido la tasa de edéntulos, debido al cambio de actitud de la población frente al cuidado dental, la prevención e información sobre las paradenciopatías y la caries (Peltola et al., 1997). Sin embargo en muchos otros países se muestra un escenario diferente, donde el número real de personas desdentadas va en aumento (Bellini & Dos santos, 2009) (Critchlow & Ellis, 2010), lo que hace suponer que la necesidad de atención con prótesis removible se incrementará (Critchlow & Ellis, 2010), (Kawai, 2009).

A.2 Chile

En Chile en los últimos 30 años, la población ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaban 8% de la población, en el Censo de 2002 aumentaron a 11,4%, de las cuales el 55.8% son mujeres y el 44.13%, hombres (PREDES, 2007). En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas mayores de 60 años para el año 2025, lo que representará el 20% de los chilenos (SENAMA, 2009).

En la actualidad se cuenta con pocos estudios, que revelen la salud bucal en general y mucho menos del adulto mayor. Dentro de estos, podemos mencionar la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2003 que demostró una prevalencia de desdentados totales entre 65 y mas años de un 33.4 cada 100 habitantes. Si analizamos por edades nos encontramos con que un 0,4 de los adultos entre 35 -44 años son desdentados totales y este porcentaje aumenta en los adultos entre los 65 – 74 años a un 29,1%.

Aunque se han tomado medidas para mejorar la cobertura odontológica, como el incluir la atención del adulto mayor en el AUGE brindándole un tratamiento integral, mejorando así su calidad de vida, esta medida es muy limitada, ya que sólo toma en

cuenta a las personas inscritas en FONASA que tienen 60 años y que solicitan el beneficio, dejando desprotegida a gran parte de esta población.

A.3 Valparaíso

Las cifras entregadas por los escasos estudios realizados, se relacionan con las cifras a nivel nacional, donde encontramos que en el área de Valparaíso, Viña del Mar y Quillota, un 33,3% de los adultos mayores de 65 años eran desdentados totales y el resto lo eran parcialmente, observándose que quienes conservan más de 15 dientes corresponden solo al 11,3% de la población examinada (Ceballos, 1995).

B. Cambios en la salud oral

El proceso de envejecimiento es inexorable e irreversible. Comienza en la edad adulta pero se hace evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso mental y físico. Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas, y en la medida que el individuo aumenta en edad, el compromiso es mayor y más complejo, afectando su autoestima, autovalencia, sus relaciones interpersonales y afectivas (MINSAL, 2007).

Los tejidos orales y peri-orales no escapan a este proceso y en ellos se observan diversos cambios: en los tejidos de revestimiento se produce un adelgazamiento, deshidratación, reducción de vascularización y cantidad de tejido adiposo de la mucosa oral, que se traduce en una pérdida de resistencia y elasticidad; en la piel se van atrofiando las glándulas sudoríparas y sebáceas; en el tejido óseo comienzan a predominar los procesos de reabsorción por sobre los de reparación ósea, especialmente en la población femenina, lo que determina una disminución de la altura del hueso alveolar; hay cambios en la función salival tanto en cantidad como en calidad, que se pueden deber tanto a la atrofia de los acinos glandulares o a los efectos colaterales de algunos medicamentos (MINSAL, 2007).

Los adultos mayores son en la actualidad el grupo más dañado en salud bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su salud bucal, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: edentulismo; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal. Además, se producen también cánceres bucales y se observan manifestaciones orales de enfermedades sistémicas (MINSAL, 2007).

En la Encuesta Nacional de Salud, realizada en Chile el 2003, una de los puntos investigados fue el estado de salud bucal de la población de 65 y más años (Anexo N° 5). Esta investigación demostró que menos del 1% de la población de esta edad tiene todos sus dientes y que la tercera parte de ellos es desdentado total. En el grupo de

desdentados parciales el promedio de dientes remanentes es de 7, de los cuales 1.72 está cavitado por caries, mostrando mayor daño las mujeres que los hombres (MINSAL, 2007).

Del total de la población mayor de 65 años, el 37,1% usa prótesis en ambos maxilares: el 25.3 % porta prótesis sólo del maxilar superior y sólo el 0.8% usa prótesis en el maxilar inferior. A pesar de la alta prevalencia de enfermedad periodontal en el país, el reporte de enfermedades a las encías es sólo del 1%. (MINSAL, 2007).

C. Rehabilitación protésica

A pesar de que en la actualidad hay un aumento del uso de implantes (Celebic & Knezovic'-Zlatic', 2003) y éste sea considerado el tratamiento ideal para la mandíbula (Fenlon & Sherriff, 2008), lo más utilizado sigue siendo la prótesis total convencional (Celebic & Knezovic'-Zlatic', 2003). Esta última aseveración va ligada al hecho que el edentulismo total está fuertemente asociado con un bajo nivel socioeconómico (Fenlon & Sherriff, 2008), por lo cual aunque un paciente sea candidato para el tratamiento con implantes óseo integrados, opte por una prótesis total removible convencional.

La utilización de un aparato protésico removible, siempre conlleva un desafío para el paciente y el profesional. Esto debido a que existe una gran influencia en el éxito del tratamiento rehabilitador de los factores psicológicos y de satisfacción del paciente, los cuales deben ser evaluados detenidamente en todas las etapas del tratamiento, además de seguir rigurosamente la técnica clínica y así lograr el objetivo final de la rehabilitación que es la eufunción, que corresponde a una correcta incorporación psíquica, biológica y funcional del aparato protésico. Según Sharafat (2008) y Turker (2009) el desafío para el paciente y el profesional consiste en que existe una visión divergente, en la cual el odontólogo considera una prótesis exitosa cuando alcanza ciertos estándares técnicos, sin embargo el paciente la evalúa desde el punto de vista de su satisfacción (Sharafat, 2008) (Turker, 2009). Un punto que como odontólogos debemos tener en cuenta es que los pacientes que tengan la intención de usar dentaduras postizas están tratando de recuperar un aspecto juvenil, y que la comodidad y la estética son sus preocupaciones más relevantes (Bellini & Dos Santos, 2009).

C.1 Anamnesis y examen clínico

La anamnesis y el examen clínico son los primeros pasos a seguir dentro de la sistematización de atención, es a través de estos pasos que podremos descifrar las necesidades y las características propias de nuestro paciente, al cual debemos dirigir todos nuestros esfuerzos para lograr una rehabilitación que sea la más adecuada para

cada caso. El lograr un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento es un desafío intelectual por parte del odontólogo previo a la rehabilitación, que si se hace de manera diligente y exhaustiva permitirá que la ejecución de nuestro tratamiento siga de acuerdo a nuestros planes. Mediante la realización de un examen detallado, el odontólogo tiene la oportunidad de conocer determinadas características de la personalidad y de la vida del paciente que quizás puedan tener un efecto sobre el desarrollo o resultado del tratamiento (Geering, 1988).

Existen muchos antecedentes a los cuales debemos estar atentos para lograr esta perfecta planificación. Todo diagnóstico implica las siguientes etapas (Apunte Cátedra Prótesis Removible, 2008)

Historia clínica	Identificación	Nombre, edad, dirección, ocupación Perfil psicológico Dr. M.M. HOUSE	
	Motivo de consulta		
	Anamnesis	General	Enfermedades sistémicas Tratamiento medicamentoso Perfil psicológico
		Odontológica	Causa de pérdida dentaria Uso previo de prótesis Tratamientos realizados
Examen clínico	Extraoral	Biotipo Simetría facial Perfil Ganglios Labios Deambular	
	Intraoral	Saliva Higiene oral Tamaño y posición de la lengua Calidad de las mucosas Inserciones musculares Glándulas salivales Otras alteraciones a los tejidos Evaluación de la prótesis	
Funcional	ATM Neuromusculatura Oclusión		
Exámenes	Exámenes radiográficos	Radiografías intra y extraorales Estudios topográficos Densitometrías	

complementarios	Estudios modelos	de	Individual Con el paralelógrafo Análisis instrumental de la oclusión
------------------------	---------------------	----	--

Tabla I: Esquema del examen al paciente portador.

C.2 Toma de impresión

Una vez que ya hemos establecido cual será nuestro plan de tratamiento continuaremos con las medidas de preparación bioestática y/o biomecánicas (preparación de la boca) si corresponden, para posteriormente realizar las impresiones definitivas. Según cuál sea el caso se podrá tomar con diferentes materiales y técnicas, dentro de las cuales destacamos la impresión con cubeta individual y compuesto de modelar más pasta zinquenólica. Este método es el que se enseña en nuestra Escuela de Pregrado preferentemente para desdentados totales.

Los objetivos de una impresión definitiva son (Apunte Cátedra Prótesis Removible, 2008) obtener una impresión que reproduzca la anatomía y funcionalidad muscular del paciente, lo cual es necesario por la gran cantidad de músculos que actúan en esta zona y que van a influir en la retención de las prótesis. Con lo anterior buscamos una correcta delimitación, considerando los elementos funcionales que van a actuar sobre la cavidad oral, como frenillos y la inserción de la musculatura paraprotética, obteniendo el fondo de vestíbulo funcional improntando además de forma directa e indirecta la musculatura paraprotética en la pared externa del fondo de vestíbulo, es decir la cincha muscular que actuará posteriormente adosada al flanco protésico.

Para que una impresión tenga el carácter funcional, deberá cumplir con requisitos de retención, soporte y estabilidad, los que son fundamentales, ya que permitirán a la base protética mantener una relación dinámica con las zonas de soporte y áreas periféricas que limitan su extensión. (Cabargas & Misrachi, 2005)

Técnica usada por la Cátedra

Para esto debemos haber solicitado al laboratorio nuestra cubeta individual confeccionada sobre los modelos de estudio. Debemos revisar el perfecto ajuste Y estabilidad de la cubeta al modelo y que no se encuentre irregular, para esto nos apoyaremos con el pulpejo de nuestros dedos sin guantes y buscaremos cualquier imperfección, como burbujas, espículas, bordes filosos y zonas retentivas, las cuales puliremos antes de probar en boca. El paso siguiente es la humectación de la cubeta, para mejorar la comodidad del paciente.

El paso a seguir es probar la cubeta en boca, se comprueba la adaptación, estabilidad y el diseño según las necesidades de cada caso. Hay que aplicar en este momento la prueba del recorte muscular que es diferente para cada maxilar y sector (Apunte Cátedra Prótesis Removible, 2008).

Los movimientos consisten en:

- Maxilar
 - Apertura bucal máxima con movimientos de lateralidad
 - Movimientos de lateralidad
 - Aguzar el labio
 - Extender a lo ancho ampliamente la boca
 - Pronunciar el fonema A

- Mandíbula
 - Apertura máxima y movimientos de lateralidad
 - Tragar
 - Sacar la lengua suavemente
 - Extender la lengua por sobre el rojo del labio superior o inferior con lateralidad
 - Aguzar el labio
 - Palpar el borde de la cubeta en el bolsillo de la mejilla

Una vez logrado el recorte muscular procedemos al manejo del compuesto modelar.

El compuesto modelar debe llegar hasta el fondo del vestíbulo, de tuberosidad a tuberosidad en el caso del maxilar superior, y de papila piriforme a papila piriforme en el caso del maxilar inferior. Se debe adicionar en pequeñas porciones por todo el borde de la cubeta, excepto por la cara interna, esto se logra calentando lentamente el compuesto modelar con el mechero, posicionándolo en el borde de la cubeta y antes de llevar a boca se sumerge en agua a 15°C para bajar la temperatura de la capa externa que podría dañar la mucosa del paciente.

En las zonas de sellado principal, debido a que el grado de resiliencia es mayor, la cantidad de compuesto modelar a utilizar aumenta con el fin de lograr una sobrecompresión. Luego de haber delimitado con compuesto modelar, tanto la parte superior como la inferior, se debe impresionar la cara tisular a través de pasta zinquenólica, que se coloca en toda la cara interna de la cubeta, incluido el compuesto modelar. Después se lleva a boca, se tracciona y devuelve el labio y se vuelve a hacer el test de recorte muscular.

Realizada la impresión tendremos como resultado una copia fiel de la cara tisular con la pasta zinquenólica y el compuesto modelar reproducirá el flanco funcional que se verá en el borde y cara externa de la cubeta.

Una vez obtenido el modelo definitivo, confeccionaremos las placas de altura o de relación, para registrar las relaciones intermaxilares.

C.3 Relaciones intermaxilares en desdentados totales

Esta tiene por objetivo entregar una rehabilitación con una máxima intercuspidad coincidente con la relación articular céntrica fisiológica y además a una dimensión vertical oclusiva terapéutica.

El primer paso para un desdentado total es ajustar la textura facial, para lo cual se agrega o retira cera, según sea necesario en la zona vestibular del rodete superior en el tramo comprendido entre los caninos. Luego de esto se determina la línea blanca, que corresponde al porcentaje de diente visible que se logra con los labios en reposo y entre abiertos. En esta posición el rodete se tiene que entrever suavemente, esto depende de la edad, sexo y largo del labio, pero existen promedios, en individuos jóvenes corresponde a 2-3 mm por debajo del borde del labio superior, en individuos de mediana edad corresponde a 1,5 mm por de bajo del labio superior y en paciente de edad avanzada el promedio es de 0 a 2 mm más arriba del labio superior.

Seguido a esto utilizaremos el plano de Fox, el cual nos indicará si el plano oclusal es paralelo a los planos faciales que tomamos como referencia, estos son; el plano bipupilar y el plano de Camper, el primero es una línea recta que va de pupila a pupila, se encuentra en el plano frontal, el segundo es una línea recta que va desde el tragus de la oreja hasta el ala de la nariz, se ubica en el plano sagital. Si el plano oclusal no es paralelo se rectifica quitando o agregando cera al rodete, pero cuidando siempre que éste quede plano.

Tras esto se marca la línea media, tomando puntos referenciales como lo son la nariz, el filtrum, el frenillo central, la papila interinsiciva. También se debe registrar la línea de los caninos, que se marca siguiendo la bisectriz del ángulo formado por el ala de la nariz y el surco labio geniano, con los labios en reposo. El pasillo bucal también se debe verificar, él cual se forma al sonreír, formando una zona triangular vacía sin dientes en relación a la comisura.

El paso a seguir es tomar el registro con el arco facial, para lo cual se fija el rodete superior a la horquilla, el rodete puede estar sobre una cubeta o placa de relación, la fijación a la horquilla puede ser mediante pasta zinquenólica o solo cera, registrando líneas guías. A continuación se monta el modelo superior en el articulador con los ángulos de Bennett en 0° y la trayectoria sagital condilar en 30°.

Una vez montado el modelo superior se toman los registros para el modelo inferior, los cuales consisten en:

-Dimensión vertical, se determina una dimensión vertical adecuada a la que se rehabilitará, también llamada dimensión terapéutica. El primer paso es determinar la dimensión vertical postural, para lo cual al paciente se le pide que pronuncie manteniendo el fonema “emmm” tomando una medida que se comparará y promediará con la medida obtenida con el método de cansancio muscular o máxima potencia muscular, el cual consiste en pedir al paciente que abra la boca al máximo por 4 a 5 minutos, hasta que el músculo orbicular de los labios presente ligeros temblores. A continuación se le invita a que cierre la boca y trague saliva, quedando en dimensión vertical postural por el cansancio muscular (Mallats E., 2004). Al promedio de la medida obtenida por las dos técnicas se le restarán 2-3 mm, correspondiente al espacio libre de inoclusión, para obtener la dimensión vertical oclusiva que buscamos. Obtenida la dimensión, se llevará a oclusión en relación céntrica fisiológica, en la cual los rodets se fijarán mediante grapas y líneas guías en la cera, que por lo general estas son: la línea media, línea de los caninos y la línea de los premolares.

Para llevar a la oclusión en relación céntrica el paciente es desprogramado, y se utilizan métodos manuales como el Chin Point o el Bimanual.

Tras estos pasos se monta en el articulador el modelo inferior, programando el articulador con los valores promedios para el ángulo de Bennett como para la trayectoria sagito condilar, para la rehabilitación del paciente.

C.4 Enfilado dentario

El objetivo principal del enfilado dentario es el reemplazo de los dientes perdidos para recuperar el equilibrio del sistema estomatognático. El enfilado dentario se realiza otorgando una máxima intercuspidad coincidente con la relación céntrica fisiología articular. También tenemos que devolver un balance oclusal cuando se producen excursiones como es en el movimiento de lateralidad. Existen tres alternativas para esto, las cuales son: oclusión bilateralmente balanceada, oclusión unilateralmente balanceada y oclusión mutuamente protegida. En la Universidad de Valparaíso se enseña y se practica para prótesis totales la técnica de oclusión unilateralmente balanceada con contactos en balance, que consiste en obtener contactos en relación céntrica en el lado de trabajo desde premolares hacia atrás y al menos dos contactos en el lado de balance.

Plano	Parámetros
Plano anterosuperior	Textura facial Línea blanca Plano oclusal o Curva oclusal frontal: línea media Línea guía canina Línea de la sonrisa
Plano frontal anteroinferior	Línea media Plano oclusal
Plano frontal posterior	Línea de unión interalveolar Curva frontal posterior
Plano sagital anterosuperior	Constante papila incisiva-punto interincisivo Textura facial
Plano sagital posterosuperior	Plano oclusal sagital Curva sagital
Plano sagital anteroinferior	Orientación del reborde
Plano sagital posteroinferior	Línea atrofia mandibular Plano oclusal inferior
Plano horizontal anterosuperior	Constante papila incisiva-punto interincisivo Constante canino-papila incisiva Constante canino- primera rugosidad palatina
Plano horizontal posterior	Línea guía montaje Constante de Pound Tangente premolar-molar Baricentro masticatorio

Tabla II: Parámetros que guían el enfilado.

Existen enfilados atípicos como son:

- Mordida cruzada
- Mordida invertida

C.5 Instalación de la prótesis

Esta se realiza en dos etapas

Pre inserción: se realiza en ausencia del paciente, donde se procede a la revisión previa de la prótesis e hidratación, esto ayuda a la adhesión, comodidad,

genera un cambio volumétrico de la prótesis y aumenta la resistencia del acrílico. También debemos revisar previamente la prótesis y poner mucho cuidado en la superficie tisular de esta, revisión de bordes, alivio de zonas retentivas y la calidad del material.

Inserción: después de haber revisado los parámetros previamente mencionados procedemos a la instalación propiamente tal, y a continuación se realizan diferentes pruebas:

- a) Prueba de estabilidad y retención
- b) Prueba ocluso-articular
- c) Prueba estética
- d) Prueba fonética

C.6 Indicaciones

Para proteger y conservar el mayor tiempo posible los tejidos sobre los que se asienta la prótesis, hay que controlar las pequeñas y constantes modificaciones que se producen en su base y sobre ésta, la cuál es sólo posible mediante controles periódicos (Geering, 1988).

Aún cuando a los pacientes se les recomienden controles, la mayoría acuden cuando ya no soportan sus prótesis, ya que piensan que su tratamiento finaliza al momento de la inserción (Geering, 1988).

Algunos odontólogos prefieren entregar a sus pacientes una hoja de indicaciones para reforzar y aclarar las recomendaciones verbales, que permitan un mejor entendimiento del tratamiento por parte del paciente. (Anexo 4)

D.- Lesiones paraprotéticas

Las lesiones paraprotéticas son un conjunto de lesiones producidas sobre el terreno biológico, por la interrelación de factores del huésped y el aparato protésico. Dentro de los factores que se relacionan a la aparición de estas encontramos:

Factores del huésped

- Estado sistémico
- Estado local

Factores protésicos

- Estado de la aparatología
- Material

- Diseño
- Controles
- Cuidados y mantención

Las lesiones paraprotéticas pueden clasificarse según el tejido que se encuentre afectado de la siguiente manera:

A. Afectan a los tejidos duros:

1. Dientes remanentes y periodonto. Lo cual no aplica al caso de prótesis totales
2. ATM.
 - Inestabilidad mandibular
 - Alteración de la dimensión vertical
 - Disfunción articular
3. Hueso
 - Reabsorción ósea
 - Rebordes fibrosos

B. Afectan a los tejidos blandos:

- Hiperplasias
 - Épulis fisurado o doble labio
 - Fibroma irritativo o Hiperplasia fibrosa
 - Hiperplasia posterior a reborde fibroso
 - Reborde fibroso
 - Hiperplasia por cámara de succión
- Irritaciones
 - Ulcera traumática
 - Queilitis comisural
 - Estomatitis sub-prótesis

E. Factores que influyen en la satisfacción

Aunque todos los parámetros anteriormente señalados se cumplan, la adaptación que realiza el paciente al tratar de integrar un artefacto que trata de imitar lo más fielmente el terreno biológico perdido, depende de múltiples factores. A través del tiempo se ha estudiado cuales son los factores que influyen en la satisfacción del paciente con su tratamiento rehabilitador. Según variados estudios aparentemente la satisfacción de las prótesis tiene un carácter multicausal (Marinus & Van Waas, 1990) (Celebic & Knezovic'-Zlataric', 2003) (Smith & McCord, 2004) (Celebic & Knezovic'-Zlataric', 2003) (Celebic & Valentíc-Peruzovic', 2000)

Desde el punto de vista del paciente esta adaptación a la dentadura, depende tanto de factores psicosociales y emocionales, así como también de la calidad misma de ésta. Si bien algunos pacientes son capaces de adaptarse a las prótesis dentales de manera casi inmediata, hay que recalcar que el uso de prótesis removibles está supeditada a la capacidad del paciente para adaptarse no sólo a la función de la dentadura, sino también a nivel emocional (Bellini & Dos Santos, 2009)

Se ha tratado de esclarecer cuales son los factores que contribuyen en mayor medida a la satisfacción, encontrando distintos resultados según el investigador que lo estudie. Un claro ejemplo de esto es que según Peltola et al los factores más importantes para la satisfacción son el ajuste de la prótesis total inferior, la habilidad para saborear la comida y la habilidad para masticar. Por el contrario, Sato et. al. dilucidó que siete eran los factores más importantes en la satisfacción: masticar, hablar, dolor con la prótesis superior, estética, ajuste con la rehabilitación superior, retención de la prótesis inferior y comodidad de la superior (Celebic & Knezovic´-Zlataric´, 2003)

Aunque no se ha podido establecer los factores indicadores de la satisfacción, la gran mayoría de los pacientes están satisfechos con su dentadura completa (Celebic & Valentíc-Peruzovic´, 2000). Este hecho llevó a Berg a examinar la satisfacción del paciente con nuevas prótesis completas inmediatamente después de la instalación, uno y dos años después de esta, encontrando que la satisfacción descendió durante el primer año de manera significativa, pero sólo marginalmente en el segundo año (Fenlon & Sherriff, 2004). En otro estudio se demostró que la prevalencia de insatisfacción con las prótesis nueva era de un 7% en general, el 8% con la superior, y el 15% con la inferior (Kawai, 2009), por lo que la proporción de pacientes con prótesis total que no están satisfechos con la nueva prótesis varía entre 10-15% (Celebic & Valentíc-Peruzovic´, 2000).

En vista y considerando la gran evidencia que existe, hemos decidido recopilar la información disponible más relevante y detallarlas en diferentes áreas

Ajuste

Éste, como la mayoría de los factores, tiene diferentes asociaciones con satisfacción según el autor que lo mida. El ajuste de la prótesis total inferior parece ser para algunos investigadores uno de los factores más relevantes de la satisfacción (Peltola et al., 1997). Otros afirman que el ajuste de la prótesis tiende a disminuir con el tiempo, por lo tanto también la satisfacción del paciente (Fenlon & Sherriff, 2004)

Anatomía

No existe aún un consenso sobre los efectos de la anatomía en la satisfacción, hay estudios que relacionan positivamente la relación de la anatomía y forma del reborde residual y otros que lo relacionan negativamente (Critchlow & Ellis, 2010).

Según una revisión científica de este año, los estudios de Fenlon y Kawai son los que tiene mayor peso científico en esta área debido a su rigurosidad científica, ellos concluyeron que la anatomía del reborde alveolar mandibular es un predictor importante en el éxito de la rehabilitación con prótesis removible, sin embargo la evidencia en relación a esto es muy limitada. (Critchlow & Ellis, 2010).

Celebic et al concluyeron que los pacientes clasificados con las mejores formas reborde inferior fueron los menos satisfechos con su nueva dentadura (Critchlow & Ellis, 2010) lo que es afirmado por otro estudio que concluyó que mientras más desfavorable sea el terreno biológico del paciente, más satisfecho están con sus prótesis nuevas (Marinus & Van Waas, 1990) por lo cual estaríamos hablando de una relación inversa entre estos factores en el terreno biológico mandibular. Lo contrario ocurrió con el reborde superior donde los que recibieron la mejor puntuación de la forma del reborde estaban más satisfechos con sus prótesis. (Critchlow & Ellis, 2010).

En vista de la evidencia disponible hasta el momento, la anatomía del reborde inferior podría ser un indicador pronóstico útil para el tratamiento de prótesis con éxito (Critchlow & Ellis, 2010).

Calidad Técnica

La calidad de la prótesis es definida por una relación de varios factores como retención, estabilidad, ajuste, dimensión vertical, oclusión y estética. Todos estos factores son muy difíciles de medir dado que no existen parámetros estandarizados (Cees de Baat, 1997) (Turker, 2009). Lo único que se ha dilucidado en relación a estos factores es que se deterioran con los años de uso de la prótesis (Nevalainen & Rantanen, 1997).

En la literatura los investigadores concuerdan en que no existe una relación entre la calidad de la prótesis y la satisfacción, con el uso de ésta a largo plazo. Por el contrario algunos autores describen que la calidad de la prótesis es un predictor significativo de la satisfacción del paciente en los primeros tres meses después de la inserción (Fenlon & Sherriff, 2004), mientras que otros no encuentran esta relación. Debido a esto aún no se tiene claro si la calidad de la prótesis influye en la satisfacción a corto plazo.

En un estudio, en el cual se corrobora lo anteriormente expuesto, se midió la calidad técnica de las prótesis nuevas a través del cuestionario CET, y se observó que un 63,4% de los individuos que tienen prótesis de buena calidad técnica las usan

siempre, sin embargo existe un alto porcentaje de individuos (50%) que tienen prótesis de mala calidad técnica y que también las usan permanentemente (Pennacchiotti, 2006). Así mismo otro autor tampoco halló asociaciones significativas entre las medidas de la calidad de la prótesis y la satisfacción del paciente con el uso de éstas dos años más tarde de su instalación (Fenlon & Sherriff, 2004).

Un punto que cabe recalcar es que la calidad de la prótesis tiene una relación significativa de forma indirecta con el desgaste de la aparatología, pero esto no se asocia con la satisfacción (Fenlon & Sherriff, 2004).

Demografía

Respecto al sexo en relación a la frecuencia del uso de nuevas prótesis se observa que un 55% de los individuos usan en forma permanente sus prótesis nuevas y un mayor porcentaje de hombres (62,3%) en comparación a las mujeres (51%). Por otro lado un 90,6% de los hombres, usan sus prótesis a veces y siempre, cifra que supera al porcentaje de las mujeres (83,3%) (Pennacchiotti, 2006). La edad, el género y la experiencia previa no muestran una correlación con la satisfacción de la prótesis. Los pacientes que han usado sus prótesis por más de tres años tienen mayor satisfacción al masticar, confort al masticar, degustar, fonética y satisfacción en general, esto concuerda con que los pacientes que han estado menor tiempo edéntulos están menos satisfechos con sus nuevas prótesis (Turker, 2009).

En una revisión bibliográfica efectuada por Critchlow S. et al en el año 2010, se establece que en la mayoría de los estudios se ha encontrado ninguna o una asociación muy débil entre variables como sexo, ocupación, estado civil, clase socioeconómica, condiciones de la vivienda, intereses y aficiones, relaciones con vecinos y amigos, historia médica y pronóstico en la satisfacción de las prótesis. (Critchlow & Ellis, 2010) (Cees de Baat, 1997)

Celebic et al. encontraron que los pacientes que habían sido desdentados la menor cantidad de tiempo y usaban su primer conjunto de prótesis estaban menos satisfechos con sus dentaduras completas inferiores que los que tenían experiencia en uso de una prótesis mandibular. Esta conclusión se refleja en un ensayo controlado aleatorio que observó que la primera de tres nuevas prótesis mandibulares siempre fue calificada como la más baja, independientemente de la técnica de impresión utilizada.

Esta falta de experiencia previa usando prótesis se asoció con el aumento de la satisfacción del paciente (Critchlow & Ellis, 2010). La falta de experiencia queda de manifiesto al plantearse que la satisfacción del paciente con prótesis disminuye al pasar el tiempo para el ajuste de la prótesis y para otros aspectos de la prótesis superior, pero mejora con el tiempo para la capacidad de masticar y la comodidad de la prótesis mandibular (Fenlon & Sherriff, 2004).

Las investigaciones concuerdan en que los pacientes que han estado menor tiempo edéntulos están menos satisfechos con sus nuevas prótesis (Turker, 2009). Esto lleva a pensar que mientras más tiempo tiene la prótesis en boca, suele ser mejor aceptada y tolerada por el paciente (Nevalainen & Rantanen, 1997).

En conclusión la edad no tiene valor como un indicador de pronóstico positivo o negativo para la satisfacción del paciente, pero se ha planteado la hipótesis que en la transición al edentulismo la edad sí es un indicador de pronóstico para la satisfacción (Critchlow & Ellis, 2010).

Estética

En el transcurso del tiempo han sido bastante dispares las conclusiones a las cuales han llegado los diversos investigadores en relación al rol que juega la estética en la satisfacción del paciente. Si bien la satisfacción está relacionada en algunos pacientes primariamente con su comodidad y habilidad para masticar también hay que tener presente lo importante que es la estética. Algunos investigadores como Sato et. al han llegado a situar a la estética como uno de los 7 factores más importantes en la satisfacción (Celebic & Knezovic'-Zlataric', 2003).

Los diversos estudios no han llegado a una conclusión definitiva en como influye la estética. Algunos autores concluyen que es la participación del paciente en la elección de la estética el factor determinante de la satisfacción y no la estética en sí misma (Critchlow & Ellis, 2010) (Fenlon & Sherriff, 2004). Así mismo se ha constatado que las opiniones del paciente de la estética de su dentadura superior tienen una influencia en la satisfacción del paciente (Critchlow & Ellis, 2010), en contraposición también se ha demostrado que es la opinión de otras personas sobre la estética, en lugar de los propios pacientes, la que tiene una influencia en los resultados. Además, se ha observado que las opiniones del paciente sobre la estética de su dentadura tienden a empeorar con el tiempo (Fenlon & Sherriff, 2004). Los últimos estudios realizados han encontrado que la estética no tiene influencia significativa en la satisfacción (Critchlow & Ellis, 2010).

Aún no se tiene claro el rol que juega la estética en la satisfacción del paciente por la disparidad de conclusiones a las que se han llegado en los diversos estudios.

Habilidad clínico-técnica

Dentro de la multiplicidad de elementos que influyen en la satisfacción algunos estudiosos han encontrado la habilidad clínico-técnica del odontólogo (Celebic et. al., 2003). En la literatura aún no se tiene claro si este tópico cumple un rol en la satisfacción del paciente, dado que si revisamos las investigaciones realizadas encontramos varios estudios que han visto una relación positiva entre la evaluación

técnica y profesional de la prótesis y la apreciación subjetiva de los pacientes sobre ésta (Sharafat, 2008). Sin embargo otros investigadores han encontrado que aún cuando una prótesis se construya con todos los criterios adecuados, el paciente puede encontrarse insatisfecho (Celebic et al., 2003).

Lamentablemente el clínico se tiende a enfocar en este punto pasando por alto el hecho de la multifactorialidad de la satisfacción (Smith & McCord, 2004).

Masticación

La masticación es uno de los factores más estudiados, por lo que se ha logrado esclarecer de mejor manera cual sería la relación con la satisfacción. Muchos autores reconocen a la masticación como el factor principal para el logro de la satisfacción (Peltola et al., 1997) (Celebic & Knezovic'-Zlataric', 2003).

Varios autores concuerdan que con el paso del tiempo la masticación suele ser más satisfactoria para el paciente (Critchlow & Ellis, 2010), posiblemente debido a los diferentes mecanismos de adaptación que sufre el paciente en relación a su nueva prótesis. En relación a esto Turker encontró que las personas que usan sus prótesis por más de 3 años tienen mayor satisfacción en la masticación y satisfacción en general, que aquellas que la usan por menos de 3 años, esta relación fue estadísticamente significativa (Turker, 2009).

Psicológico

Dentro de los múltiples factores que influyen en la satisfacción algunos autores plantean que los factores subjetivos de los pacientes, también desempeñan un papel en el grado de su satisfacción (Celebic & Valentíc-Peruzović, 2000). Marinus en 1990, evaluó los aspectos psicológicos en general y la satisfacción, encontrando que los aspectos más relevantes eran: los aspectos funcionales en general y las expectativas previas.

En este campo las diversas evaluaciones psicológicas utilizadas, hace que una comparación directa entre los estudios sea demasiado difícil, mientras que algunos autores han identificado los factores psicológicos y rasgos de personalidad, según la evaluación de la escala neurótica de Wilde y el locus de la escala de control de salud, donde se establece que estos factores no influyen en los resultados (Critchlow & Ellis, 2010) (Fenlon & Sherriff, 2008), en otros estudios se han encontrado asociaciones significativas entre el Neuroticismo (según Cuestionario de Personalidad) y la insatisfacción del paciente con sus prótesis (Critchlow & Ellis, 2010). Este ultimo hallazgo fue confirmado posteriormente por el grupo de Fenlon, aunque optaron por utilizar el Cuestionario de Personalidad Eysenck de escala corta (EPQ-R), en sus análisis (Critchlow & Ellis, 2010) (Fenlon et al., 2007). Otros académicos han llegado a igual conclusión, que algunos de los factores relacionados en la satisfacción final son la personalidad del paciente y su actitud (Celebic & Knezovic'-Zlataric', 2003).

También ha sido estudiada la autopercepción, la que fue evaluada con el test GOHAI luego de la rehabilitación, se observó que entre los individuos con buena autopercepción de su salud oral, destaca el alto porcentaje que usa sus prótesis en forma permanente. Por otro lado, en los individuos que perciben su salud oral como mala hay un 43% que usa sus prótesis en forma esporádica y un 24,1% que no las usa (Celebic & Knezovic'-Zlataric', 2003). En otro estudio se evaluó el estado de salud mental con la escala de Goldberg, luego de la rehabilitación, arrojando que la mayoría de los individuos (82,6%) pertenece a la categoría no ansioso y esta categoría es la que presenta el más alto porcentaje en el uso permanente de sus aparatos protésicos (57,7%) (Pennacchiotti, 2006).

Sucede algo similar con la auto-percepción de la clase social, donde se encontró que los pacientes con una autopercepción alta de clase social tenían expectativas más altas que las de una percepción subjetiva de clase social más baja. (Critchlow & Ellis, 2010). Otros estudios demostraron que las expectativas junto con la percepción del paciente y sus experiencias previas pueden predecir el juicio de los pacientes con prótesis completas (Cees de Baat, 1997) (Sharafat, 2008).

En otro ámbito hay autores que han encontrado que los paciente más involucrados en sus tratamientos están más frecuentemente satisfechos que los que no. Además los odontólogos autoritarios tienen pacientes menos satisfechos (Marinus & Dos Santos, 1990), es por ello que la actitud del paciente hacia el profesional puede influir en los resultados del tratamiento. Así se ha visto que los pacientes con opiniones negativas del tratamiento han demostrado estar menos satisfechos con el resultado de éste. Siguiendo este pensamiento es posible que las reacciones de amigos, parientes y seres queridos son importantes para nuestros pacientes y las reacciones positivas que puedan conducir a una mayor satisfacción (Critchlow & Ellis, 2010).

A pesar de la relativa falta de investigación en la relación paciente odontólogo, es probable que una buena relación entre el dentista y paciente sea importante para asegurar resultados exitosos (Critchlow & Ellis, 2010).

Ha sido bien expuesto la variada gama de resultados que se han encontrado (Sato et al., 2000), dejando más en claro que no nos podemos supeditar a unas cuantas características que presente una prótesis para lograr la satisfacción. Dentro de las limitantes encontradas en los estudios, tenemos que en muchos de estos se ha realizado con poca muestra (Fenlon & Sherriff, 2008). Otro punto es el hecho de que no se han usado cuestionarios estandarizados evaluando variables relacionadas a comer, comodidad, estética, calidad de reborde y satisfacción (Sato et al., 2000). Este tal vez es el punto más débil de la investigación, por lo que se hace muy difícil comparar los estudios. Sin embargo en los últimos años han habido investigadores que han desarrollado cuestionarios para poder ser usados en futuras investigaciones para lograr estandarizar los resultados (Sato et al., 2000).

Factores	Efecto
Ajuste	Relacionado con la prótesis total inferior
Calidad	Influye en los primeros 3 meses
Comodidad	A mayor comodidad, mayor satisfacción
Estética	Importa en cuanto a la participación del paciente
Masticación	Más satisfechos los que podían mascar mejor
Personalidad	Neuróticos mas insatisfechos
Retención	Mayor satisfacción

Tabla III: Factores relacionados a la satisfacción.

Objetivo General

- Asociar la satisfacción y la evaluación técnica de la prótesis removible total convencional superior en pacientes rehabilitados en la Escuela de Pregrado de la Universidad de Valparaíso entre los años 2007 al 2009
- Asociar la satisfacción y la evaluación técnica de la prótesis removible total convencional inferior en pacientes rehabilitados en la Escuela de Pregrado de la Universidad de Valparaíso entre los años 2007 al 2009

Objetivos Específicos

- Determinar la distribución de la población según sexo
- Determinar la distribución de la población según edad

- Asociar la edad con la satisfacción

- Asociar el sexo con la satisfacción

- Asociar el uso de la prótesis removible total convencional superior con la satisfacción
- Asociar el uso de la prótesis removible total convencional inferior con la satisfacción

- Asociar el tiempo de uso de la prótesis removible total convencional superior con la satisfacción
- Asociar el tiempo de uso de la prótesis removible total convencional inferior con la satisfacción

- Asociar las modificaciones de la prótesis removible total convencional superior con la satisfacción
- Asociar las modificaciones de la prótesis removible total convencional inferior con la satisfacción

- Asociar el número de prótesis anteriores con la satisfacción

- Asociar el tiempo de edentulismo con la satisfacción

- Asociar el dormir con la prótesis removible total convencional superior con la satisfacción
- Asociar el dormir con la prótesis removible total convencional inferior con la satisfacción

Materiales y Métodos

- *Universo y Muestra*

Se consideró como Universo a todos los pacientes rehabilitados con set de prótesis removibles totales convencionales entre los años 2007 al 2009, en la Cátedra de Prótesis Removible I y II de la Escuela de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso de Chile. Nuestra base de datos fue obtenida a través del registro digital de los presupuestos ingresados durante estos años. Al constatar que muchos de los presupuestos ingresados por prótesis removibles totales no correspondían con el tratamiento efectuado o el tratamiento no había sido finalizado, se hizo necesario corroborar la base de datos con las fichas disponibles, consultar a los alumnos tratantes y verificación en el examen clínico.

Tras la corrección de la base de datos, nuestro universo se conformo por 71 pacientes, de los cuales 13 corresponden al año 2007, 26 pacientes al año 2008 y 32 pacientes al año 2009.

El número arrojado hasta el año 2009 es de 71 pacientes. Para determinar la muestra utilizamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$\begin{aligned} N &= 71 \\ Z_{\alpha}^2 &= 1,645^2 \\ p &= 0,07 \\ q &= 0,93 \\ d &= 0,05 \end{aligned}$$

$$n = 35$$

Esta fórmula es la adecuada para determinar la muestra, debido al pequeño tamaño del universo. Se utilizó un nivel de confianza (Z) del 90% y un margen de error (d) de 5%. Al contar en la bibliografía con un estudio previo que describe la insatisfacción (Kawai, 2009) se estableció que la proporción esperada de insatisfacción (p) es de un 7%

Esto arrojó un tamaño muestral de 35 pacientes. Es decir que aceptamos que un número de hasta 36 personas no participen en este estudio.

- *Diseño de la investigación*

El diseño de este estudio es de tipo descriptivo, dado que no se intervinieron las variables estudiadas, solo se midieron con la mayor precisión posible.

- *Criterios de Inclusión y exclusión*

La muestra incluyo a todos aquellos pacientes que hayan sido rehabilitados entre los años 2007 - 2009 con set de prótesis removibles totales convencionales en la Cátedra de Prótesis Removible I y II de la Escuela de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Que hayan aceptado participar en la investigación de tesis, firmando a su vez el consentimiento informado. Que al momento del examen tengan las prótesis y que puedan responder las preguntas.

- *Instrumentos de medición*

Cuestionario: Se confecciono un cuestionario basado en la revisión bibliográfica, el cual midió algunos de los factores más relevantes para nuestra investigación (Anexo 1).

Sato: Se utilizó también el cuestionario de satisfacción estructurado por Sato (Anexo 2), el cual fue diseñado en base a una investigación científica específicamente para medir el nivel de satisfacción general del paciente portador de prótesis removibles totales convencionales. Este cuestionario además esta estandarizado, a diferencia de muchos otros instrumentos, ya que fue creado para servir como una herramienta útil en estudios posteriores.

C.E.T.: Por último se ocupó el cuestionario C.E.T. (Anexo 3), el cual fue elaborado en base a consulta a expertos y revisión bibliográfica, además ha sido ocupado en otros estudios (Pennacchiotti, 2006) y se encuentra traducido al español. Este último cuestionario fue modificado para su aplicación en la evaluación técnica de prótesis removibles totales convencionales.

Recolección de Datos

Base de datos inicial

Se recurrió a la base de datos del área informática de la Escuela de Odontología para seleccionar a todos los pacientes ingresados en sus presupuestos con un set de prótesis removibles totales entre los años 2007 al 2009.

Para contactar a los pacientes se recurrió en primera instancia a los números telefónicos obtenidos a través de la base de datos. La segunda forma de obtener los números telefónicos, de aquellos pacientes cuyos teléfonos estuvieron fuera de servicio o simplemente no se encontraron dentro de la base de datos, fueron las fichas clínicas almacenadas en una sala especial en las dependencias de la Facultad de Odontología.

La tercera instancia para conseguir los números que aún no habían sido encontrados por las opciones ya nombradas, fue a través de las páginas blancas de la guía telefónica de la quinta región. La cuarta y última instancia de conseguir el número telefónico fue contactarnos directamente con el/la alumno/a tratante.

Llamada telefónica

Una vez conseguidos la mayor cantidad de números telefónicos, llamamos a los pacientes al azar, para ello enumeramos a los pacientes en la lista y después según esos números los ordenamos de acuerdo a una tabla estadística de números aleatorios. Después de hacer esto procedimos a contactar en orden a los pacientes a través de una llamada telefónica.

La llamada telefónica se encontraba previamente estructurada (Anexo 6), según la disponibilidad de horarios y las posibilidades del paciente se podían dar las siguientes opciones:

1. Paciente no interesado en participar
2. Paciente interesado en participar, pero no puede asistir
 2. a No puede asistir por problemas de horario
 2. b No puede asistir por problemas de salud y/o imposibilidad de traslado
3. Paciente interesado en participar y puede asistir
 3. a Paciente que no asistió a la cita.
 3. b Paciente que asistió a la cita.

En el caso 1 no se insistió al paciente a participar, se agradeció su atención y no se volvió a llamar. Dentro de esta clasificación de pacientes también se encontraron aquellos pacientes que habían fallecido.

En el caso 2.a se le dio opciones al paciente en cuanto a horarios y días de atención, hasta que alguno de ellos coincidiera con sus horarios.

En el caso 2.b se le ofreció al paciente una visita domiciliaria, coordinada previamente en día y horario.

En el caso 3 se citó al paciente a los horarios y clínicas previamente acordadas con el Director de Clínica de la Escuela de Odontología. Se le recordó al paciente de traer su cédula de identidad, las prótesis, en el caso que no las usara, y no utilizar algún aditamento adhesivo por ese día.

En el caso 3.a cuando el paciente no acudió a la cita, se volvió a llamar y se reprogramo la citación.

En el caso 3.b se recolectaron sus datos y se ingreso a nuestra base de datos.

Los horarios disponibles en la Universidad fueron los siguientes:

Lunes Clínica B Horario	Paciente citado № 1	Paciente citado № 2	Paciente citado № 3	Paciente citado № 4	Paciente citado № 5
8:30					
9:40					
10:40					
Miércoles Clínica A Horario	Paciente citado № 1	Paciente citado № 2	Paciente citado № 3	Paciente citado № 4	Paciente citado № 5
13:30					
14:40					
15:50					

Tabla IV: Horarios y días disponibles

Ambiente e instrumentos

La recolección de datos se hizo en dos fases, independiente si se realizaba en las dependencias de la Escuela de Odontología o en el domicilio del paciente.

Primera fase:

Consentimiento informado: Al llegar el paciente al área de recepción de la Clínica correspondiente, se pasaba primero una lista oral, donde se hacía esperar un máximo de 5 minutos al paciente y se le pedía que ingresara a la clínica. Una vez sentado cómodamente en el sillón dental, se le recibía y explicaba la naturaleza del estudio. Después de una breve explicación, se le entregaba una hoja con el consentimiento informado para que pudiera leerlo por sí mismo, si el paciente lo pedía, se le entregaba una copia. Si existían problemas para leer este consentimiento se procedía a leer el consentimiento en voz alta, se daba al final un tiempo para consultas. Una vez leído y firmado el consentimiento informado (Anexo 7) se seguía con la encuesta, la cual era siempre guiada por una misma persona. Si el paciente no accedía a firmar el consentimiento se le agradecía por asistir a la citación y se le entregaba el regalo de Corega®.

Encuesta de Satisfacción y Cuestionario Sato: lo primero que se solicitaba al paciente fue la cédula de identidad, de donde se extrajeron los primeros datos de la ficha del paciente. Estas encuestas son muy sencillas de completar y no duraban ambas más allá de 7 minutos. (Anexo 2)

Segunda fase:

Cuestionario de Evaluación Técnica (C.E.T.) Después de completada la primera fase, se procede a la segunda fase; el examen clínico. Al igual que en la etapa anterior, el examen es siempre realizado por una misma persona. El paciente se mantiene cómodo en el sillón y solo se verifica que el plano oclusal sea lo más paralelo posible al piso. Si el examinador lo estimaba pertinente podía hacer una derivación o una interconsulta a la cátedra correspondiente, según las necesidades del paciente. El tiempo estimado de este examen simple fue de 7 minutos. (Anexo 3)

La persona encargada de recopilar todos los datos se encargaba de despedir al paciente, agradecer su participación y entregarle el regalo de Corega®. El tiempo transcurrido entre la recepción del paciente y la despedida no superó los 15 minutos.

Visitas domiciliarias

En el caso que el paciente no pudiera asistir a la Escuela de Odontología para participar, pero estaba interesado en la investigación, asignamos un día especial durante la semana para ir a visitas domiciliarias. La modalidad de estas visitas fue similar a la sostenida en las dependencias de la Escuela de Odontología. La primera fase se hizo sin mayores problemas en una silla o sillón, conversando con el paciente. La segunda fase, debido a la naturaleza del examen, no presentó mayor dificultad hacerlo en un sillón o silla, donde el paciente se pudiera acomodar y estar relajado.

Base de datos final

Durante el periodo de exámenes, que duraron un aproximado de 12 semanas, nos encontramos con varios errores en las bases de datos entregadas inicialmente por el área de informática de la Escuela de Odontología. Básicamente nos encontramos con las siguientes situaciones:

- Pacientes ingresados que no habían iniciado su tratamiento
- Pacientes que no habían terminado su tratamiento
- Pacientes cuyo tratamiento real no era el presupuestado

Por todas las situaciones anteriores nuestra base de datos real disminuyó considerablemente su tamaño y nos vimos en la necesidad de ajustar la muestra una vez obtenidos todos los datos.

A los pacientes que no pudimos contactar y a los cuales no les encontramos sus fichas clínica, tuvimos que recurrir a los alumnos tratantes para cerciorarnos que esos pacientes se les habían rehabilitado realmente con un set de prótesis removibles totales convencionales. Es así como nuestra base de datos quedó en que 71 pacientes fueron rehabilitados con set de prótesis removibles totales convencionales entre los años 2007 al 2009.

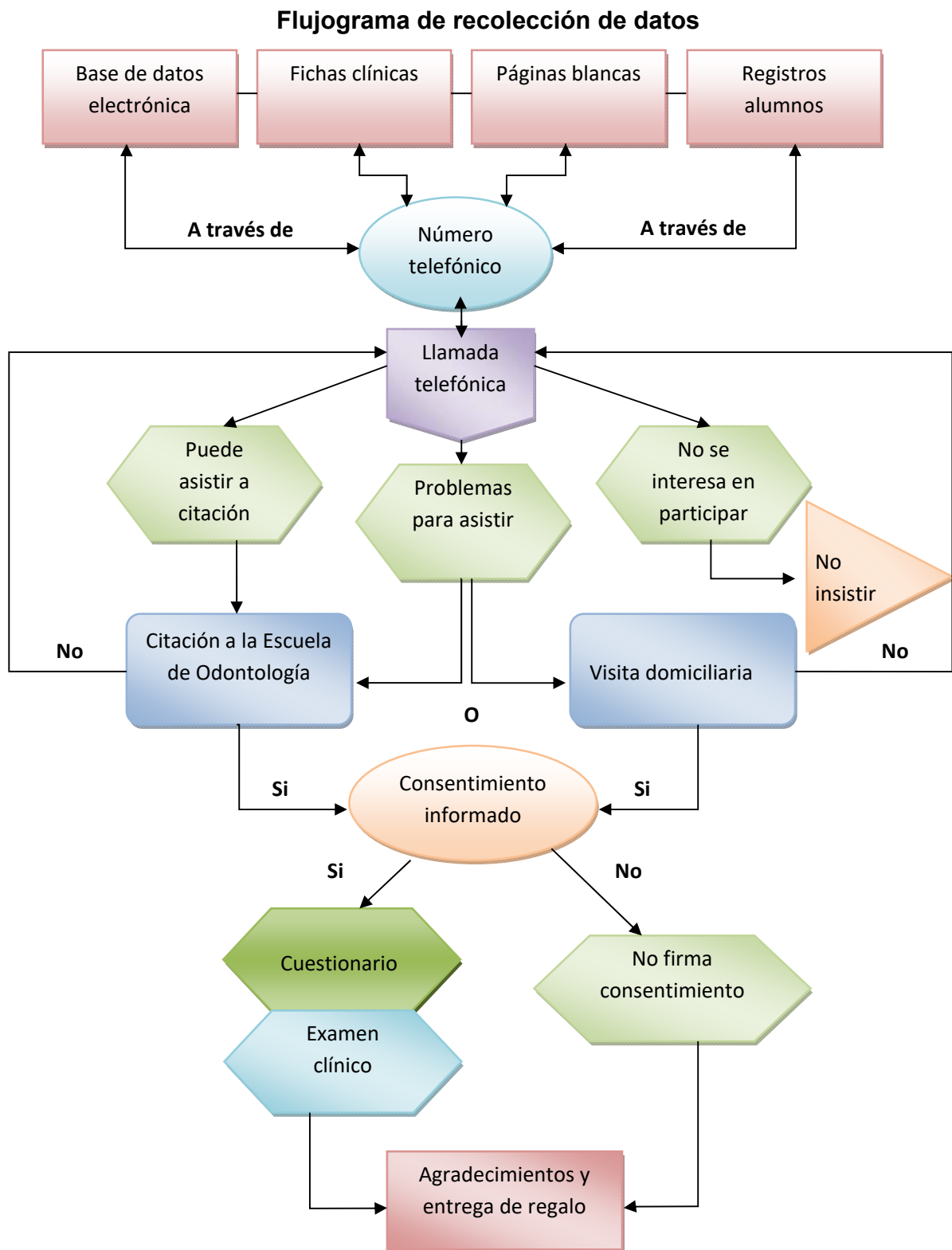


Figura 1: Flujograma de la recolección de datos

Clasificación de las variables

Cuestionario

Nombre de la variable	Tipo	Escala	Naturaleza de la variable
Sexo	Cualitativa dicotómica	M , F	Independiente
Edad	Cuantitativa continua	1, 2, 3, 4... ∞	Independiente
Uso de prótesis	Cualitativa nominal	Si, No	Independiente
Año de rehabilitación	Cuantitativa continua	2007, 2008, 2009	Independiente
Modificaciones	Cualitativa nominal	Si, No	Independiente
Número de prótesis anteriores	Cuantitativa discreta	1, 2, 3 4, 5...∞ prótesis	Independiente
Tiempo de edentulismo	Cuantitativa continua	1, 2, 3, 4, 5...∞ meses	Independiente
Uso de prótesis para dormir	Cualitativa nominal	No, A veces, Si	Independiente

Tabla V: Variables del Cuestionario

Cuestionario Sato

Nombre de la variable	Tipo	Escala	Naturaleza de la variable
Satisfacción del paciente	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente

Tabla VI: Variable Satisfacción del paciente

Variables para medir satisfacción según Sato

Nombre de la variable	Tipo	Escala	Naturaleza de la variable
Satisfacción al masticar	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente
Satisfacción al hablar	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente
Dolor	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente
Satisfacción estética	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente
Satisfacción ajuste	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente
Satisfacción retención	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente
Comodidad	Cualitativa ordinal	Insatisfecho, regularmente satisfecho, satisfecho	Independiente

Tabla VII: Variables para medir la satisfacción del paciente

Cuestionario C.E.T. modificado

Nombre de la variable	Tipo	Escala	Naturaleza de la variable
C.E.T. superior	Cualitativa dicotómica	Adecuada, deficiente	Dependiente
C.E.T. inferior	Cualitativa dicotómica	Adecuada, deficiente	Dependiente

Tabla VIII: Variable C.E.T. modificado

Variables para medir Cuestionario de Evaluación Técnica (C.E.T.)

Nombre de la variable	Tipo	Escala	Naturaleza de la variable
Oclusión	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Estética	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Forma, tamaño y color de dientes	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Polvo adhesivo	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Límite posterior superior	Cualitativa dicotómica	Adecuado/corto, Extendido	Independiente
Límite posterior inferior	Cualitativa dicotómica	Adecuado/corto, Extendido	Independiente
Límite vestibular superior	Cualitativa dicotómica	Adecuado/corto, Extendido	Independiente
Límite vestibular inferior	Cualitativa dicotómica	Adecuado/corto, Extendido	Independiente
Límite lingual	Cualitativa dicotómica	Adecuado/corto, Extendido	Independiente

Soporte	Cualitativa dicotómica	Buena, Mala	Independiente
Retención	Cualitativa dicotómica	Buena, Mala	Independiente
Estabilidad	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Control lingual	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Zona de alivio del tejido blando	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Zona de alivio del tejido duro	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Márgenes o bordes (grosor)	Cualitativa dicotómica	Delgados, Gruesos	Independiente
Márgenes o bordes (superficie)	Cualitativa dicotómica	Romos, Filosos	Independiente
Superficie acrílico	Cualitativa dicotómica	Lisa, Irregular	Independiente
Presencia de estomatitis	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Presencia de úlceras	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Presencia de hiperplasias	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente
Secreción salival	Cualitativa dicotómica	Si, No	Independiente

Tabla IX: Variables para medir C.E.T. modificado

Definición de variables

- **Tiempo de Edentulismo**

Conceptual: Edentulismo total es la ausencia de dientes en boca.

Operacional: Nos referimos al tiempo transcurrido desde la pérdida del último diente hasta la fecha, no importando si es un diente superior o inferior. Si el paciente no recuerda el año exacto, se recurrirá a la opinión de algún pariente cercano, si aún así la fecha no quedara clara dentro de estas dos opiniones sacaremos un promedio de años de edentulismo. Se medirá en años y se dividirá posteriormente en rangos, para facilitar el análisis estadístico.

- **Modificaciones**

Conceptual: Cualquier intervención que cambie el aspecto de un objeto ya sea de forma permanente o reversible

Operacional: Nos referimos a si la prótesis hecha en la Escuela de Odontología ha sufrido alguna modificación posterior al Alta del paciente. Consideraremos como modificación a cualquier arreglo de tipo permanente, en una o ambas prótesis, que haya sido realizado tanto por odontólogos como por otras personas, con el motivo que perfeccionar la prótesis. Entiéndase rebasados, reparaciones, desgastes, entre otros. Se asignará como un Sí, si la persona relata haberse realizado alguna reparación y además esto lo confirmamos en el examen de la prótesis. Se consignará como un No, si la persona relata no haberse realizado una reparación y además esto corroboramos con la prótesis. Finalmente consignaremos como un No recuerda, a las personas que nos manifiesten no recordar o no saber si se han hecho una reparación, o a las personas cuyo testimonio no concuerde con lo visto en la prótesis.

- **Uso de prótesis para dormir**

Conceptual: Portar la prótesis estando dormido.

Operacional: Nos referimos a si el paciente usa o no, una o ambas prótesis, al momento de dormir. Nos referimos principalmente al dormir de noche, es decir el periodo donde más tiempo se duerme, excluirémos entonces las llamadas “siestas” de este módulo. Si la usa siempre al momento de dormir, es decir que no se la saca antes, se le asignará un Sí. Si la ocupa en ciertas ocasiones, se le asignará como A veces. Si no la ocupa nunca al momento de dormir, se le asignará con un No.

- **Sexo**

Conceptual: género dado por nuestra genética, los cromosomas XX representa al sexo femenino y XY el sexo masculino

Operacional: Según lo indicado en algún documento de identificación, como cédula de identidad, carnet de conducir o libreta de familia. Se asignará una letra M para el sexo masculino y F para el femenino

- **Edad**

Conceptual: tiempo que ha vivido una persona (RAE, 2001).

Operacional: tiempo en años transcurridos desde la fecha de nacimiento registrada en la cedula de identidad de la persona.

- **Uso de prótesis**

Conceptual: realizar una vida cotidiana normal utilizando la prótesis dental como parte integrada del organismo.

Operacional: se le preguntará al paciente si usa una o ambas prótesis dentales y con que frecuencia, encasillando la respuesta como sí, al uso diario de las dos prótesis dentales, encasillando la respuesta como no, al no uso de las prótesis dentales encasillando la respuesta como a veces al uso ocasional o al uso de una de las dos prótesis dentales. Si el paciente responde de manera confusa se le preguntará a un familiar cercano o a la persona que vive con él, si la pregunta sigue siendo confusa se encasillará como respuesta la opción no recuerda.

- **Tiempo de uso**

Conceptual: tiempo de uso que tiene la prótesis.

Operacional: año en que el paciente fue rehabilitado en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso.

- **Numero de prótesis**

Conceptual: cantidad de prótesis que el mismo paciente ha utilizado.

Operacional: se le preguntará al paciente el número de set de prótesis completas que ha recibido como tratamiento, si el paciente no lo recuerda se le preguntará a un familiar cercano o a la persona que vive con él, si la respuesta es negativa o confusa, se considerará como respuesta la opción no recuerda.

- **Cuestionario Sato**

Conceptual: cuestionario diseñado para medir la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis removibles totales convencionales.

Operacional: se evalúan siete parámetros a los cuales se les asigna un valor cuya suma dará por resultado la calificación entre satisfecho (85 a 100 puntos), regularmente satisfecho (60 a 84 puntos) e insatisfecho (0 a 59 puntos).

- **Masticar**

Conceptual: Acción de aplastar, triturar y fragmentar los alimentos (Okeson, 2003)

Operacional: Se pedirá al paciente que responda en el cuestionario escrito la pregunta ¿Cuan satisfecho se siente al masticar? Teniendo 3 alternativas: muy satisfecho, satisfecho e insatisfecho.

- **Hablar**

Conceptual: Paso de un volumen de aire de los pulmones a través de la laringe y la cavidad oral por la acción del diafragma, con la contracción y relajación controladas de las cuerdas vocales y con la forma que adopta la boca. (Okeson, 2003)

Operacional: Se pedirá al paciente que responda en el cuestionario escrito la pregunta ¿Cuan satisfecho se siente al hablar? Teniendo 3 alternativas: muy satisfecho, satisfecho e insatisfecho.

- **Dolor al usar prótesis Superior**

Conceptual: Sensación física asociada con una lesión o enfermedad (Okeson, 2003).

Operacional: Se pedirá al paciente que responda en el cuestionario escrito la pregunta ¿Siente dolor con la prótesis superior? Teniendo 3 alternativas: muy satisfecho, satisfecho e insatisfecho.

- **Estética**

Conceptual: Todo aquello que es grato a nuestros sentidos, que produce paz, sosiego, relajación es aplicable a la naturaleza, al arte y al cuerpo humano. (Operatoria Dental, 2008)

Operacional: Se pedirá al paciente que responda en el cuestionario escrito la pregunta ¿Cuan satisfecho se siente con la estética? Teniendo 3 alternativas: muy satisfecho, satisfecho e insatisfecho.

- **Ajuste prótesis superior**

Conceptual: adaptación de la prótesis al terreno biológico lo más exacto posible.

Operacional: Se pedirá al paciente que responda en el cuestionario escrito la pregunta ¿Cuan satisfecho se siente con el ajuste de la prótesis superior? Teniendo 3 alternativas: muy satisfecho, satisfecho e insatisfecho.

- **Retención prótesis inferior**

Conceptual: Propiedad de la prótesis de permanecer en su sitio ante fuerzas extrusivas. (Apunte Cátedra Prótesis Removible, 2008)

Operacional: Se pedirá al paciente que responda en el cuestionario escrito la pregunta ¿Cuan satisfecho se siente con la retención de la prótesis inferior? Teniendo 3 alternativas: muy satisfecho, satisfecho e insatisfecho.

- **Comodidad de la prótesis superior**

Conceptual: Bienestar y satisfacción con el tratamiento protésico realizado.

Operacional: Se pedirá al paciente que responda en el cuestionario escrito la pregunta ¿Cómo se siente con el confort de su prótesis superior? Teniendo 3 alternativas: muy satisfecho, satisfecho e insatisfecho.

- **C.E.T. Modificado**

Conceptual: cuestionario de evaluación técnica diseñado para calificar la calidad de las prótesis removibles totales convencionales.

Operacional: se evalúan las siguientes variables, a las cuales se les asigna un puntaje. Dependiendo del resultado tendremos que:

Para la prótesis superior de 0 a 13 puntos corresponde a una prótesis removible total convencional de una calidad técnica deficiente, de 14 a 18 puntos corresponde a una prótesis removible total convencional de una calidad técnica adecuada.

Para la prótesis inferior de 0 a 14 puntos corresponde a una prótesis removible total convencional de una calidad técnica deficiente, de 15 a 20 puntos corresponde a una prótesis removible total convencional de una calidad técnica adecuada.

- **Oclusión**

Conceptual: Contacto entre las piezas dentarias. (Manss, A. 1983)

Operacional:

Correcta: Si se logra un MIC estable y tener 2 o más contactos en el lado de trabajo y balance.

Incorrecta: Cuando no exista un MIC estable o interferencias oclusales que provoquen una evidente desestabilización.

- **Estética**

Conceptual: Todo aquello que es grato a nuestros sentidos, que produce paz, sosiego, relajación es aplicable a la naturaleza, al arte y al cuerpo humano. (Apunte Operatoria Dental, 2008)

Operacional:

Ubicación de los dientes

Sí: Textura facial adecuada, línea blanca y línea de la sonrisa adecuadas, curva frontal de compensación y/o presencia de línea media normal y sin asimetrías.

No: Falta de textura facial, alteración de línea blanca y/o línea de la sonrisa, ausencia de curva frontal de compensación y/o de la línea media y asimetrías.

Operacional:

Forma, tamaño y color

Sí: Cuando se respeta la triada de Berry y la línea de los caninos y el color de los dientes tiene una relación con la tez y la edad del paciente.

No: Cuando se observe una discrepancia evidente entre los parámetros anteriormente mencionados.

- **Polvos, cremas o almohadillas adhesivas**

Conceptual: utilización de sustancia con propiedades adhesivas, para propiciar el buen funcionamiento de la prótesis dental.

Operacional:

Superior e Inferior

Sí: Presentes.

No: Ausentes.

- **Límites**

Conceptual:

Extensión del Límite Posterior Superior: la base protésica debe cubrir completamente la tuberosidad maxilar y debe terminar en la incisión pterigopalatina de cada lado y en la zona posterior es fijado 2mm sobre la parte delantera de las foveolas palatinas. (Bortolotti L., 2006)

Extensión del Límite Posterior Inferior: la base protésica debe excluir el margen anterior del músculo masetero, para no ser desplazado por la contracción del músculo; el diseño que resulta es una S itálica que termina sobre el triángulo retromolar. La extensión protésica sobre el triángulo retromolar, debe ser de tan solo un 50%. (Bortolotti L., 2006)

Operacional:

Extensión del Límite Posterior Superior e Inferior

Adecuado: Si se presenta un contacto armónico con las estructuras y permitiendo el correcto desplazamiento de las estructura vecinas, tales como el velo del paladar entre otros.

Corto: Si no existe una extensión adecuada en relación a las estructuras vecinas.

Extendido: Si el acrílico se encuentra sobreextendido, evitando la correcta adaptación muscular y movimientos de frenillos.

Conceptual:

Limite Vestibular Superior: La prótesis se extiende 2 mm. Bajo la zona limitada por la actividad de los músculos mímicos (músculo incisivo, músculo elevador del labio superior), debe poseer, en correspondencia con el frenillo, una incisión suficientemente amplia y profunda para contenerlo sin alterar la posición del labio, borde lateral de la prótesis, la incisión del frenillo lateral debe ser cuidadosamente perfilada: la pared mesial debe ser vertical y la distal oblicua, para permitir la entrada al frenillo y a los músculos al contraerse, sin invalidar la estabilidad protésica. (Bortolotti L., 2006)

Limite Vestibular Inferior: En su extensión por el músculo mentoniano y por fibras del músculo orbicular. Distal a las tuberosidades mentonianas, se encuentra el frenillo lateral que contiene fibras del músculo incisivo del

labio inferior, del músculo cuadrado y del músculo buccinador. Al igual que para el maxilar superior, el abordaje funcional debe evidenciar el espacio útil para el movimiento de esta formación. (Bortolotti, 2006)

Operacional:

Limite Vestibular Superior e Inferior

Adecuado: Si está en la línea de reflexión de los tejidos a traccionar la mejilla.

Corto: Si se encuentra alejado de la línea de reflexión.

Extendido: Si está francamente más allá de la línea de reflexión de los tejidos.

- **Limite Lingual**

Conceptual: La prótesis no se debe extender por más de 2 mm de la cresta, en la fosa retromilohioidea. El cuerpo protésico pasa paralelamente al piso de la boca, marcado por el músculo milohioideo. En la zona anterior debe dar espacio para el movimiento libre del frenillo lingual. (Bortolotti L., 2006)

Operacional:

Adecuado: Si la prótesis no se desplaza de su lugar fácilmente.

Corto: Si la prótesis queda en su lugar y se encuentra francamente alejada del piso de boca.

Extendido: Si se desprende en forma inmediata.

- **Respuesta a Fuerzas Intrusivas (Soporte)**

Conceptual: Todo aquello que se opone a las fuerzas verticales intrusivas, en este caso será la superficie de terreno biológico residual que se opondrá a las fuerzas o cargas masticatorias y funcionales. (Apunte de Cátedra de Prótesis Removible, 2008)

Operacional:

Buena: Cuando no presenta ningún tipo de báscula.

Mala: Cuando se presenta una báscula franca en ambos lados.

- **Respuesta a Fuerzas Extrusivas (Retención)**

Conceptual: propiedad de la prótesis de permanecer en su sitio ante fuerzas extrusivas. (Apunte de Cátedra de Prótesis Removible, 2008)

Operacional:

Superior

Buena: Si hay una alta resistencia al desalojo.

Mala: Si se desaloja fácilmente al aplicar la fuerza.

Inferior

Mala: Si la prótesis ha sido desplazada de su sitio de forma inmediata.

- **Estabilidad**

Conceptual: propiedad que posee la prótesis de permanecer estable en su posición cuando es sometida a fuerzas fisiológicas y no fisiológicas. (Apunte de Cátedra Prótesis Removible, 2008)

Operacional:

- **Superior**

Sí: Presencia de un desplazamiento en relación de la línea media de 5 mm o menos.

No: Presencia de un desplazamiento mayor a 5 mm.

- **Inferior**

Sí: Inexistencia de movimiento.

No: Evidente movilidad.

- **Control Lingual**

Conceptual: estabilización de la prótesis mediante el músculo lingual.

Operacional:

Sí: Si el paciente relata que su lengua quedó en contacto con el paladar.

No: Cualquier otra posición, especialmente si el paciente relata que su lengua está estabilizando su prótesis.

- **Zona de Alivio Tejido Blando**

Conceptual: área de contacto entre la prótesis y las zonas de la mucosa sensibles, como los son los frenillos.

Operacional:

- **Superior e Inferior**

Sí: Deben estar aliviadas zonas de tejido blando como frenillos.

No: Existe compromiso de estas zonas, presencia de molestias por el paciente y zonas ulceradas o enrojecidas.

- **Zona de Alivio Tejido Duro**

Conceptual: área de contacto entre la prótesis y las zonas sensibles óseas como los son los torus.

Operacional:

- **Superior e Inferior**

Sí: Deben estar aliviadas zonas de tejidos duros como torus.

No: Existe compromiso de estas zonas, presencia de molestias por el paciente y zonas ulceradas.

- **Márgenes o Bordes de la Prótesis**

Conceptual: estado de los bordes de la prótesis en cuanto a grosor

Delgado: Dícese de algo flaco, tenue de poco espesor (RAE 2001).

Grueso: Dícese de lo corpulento, abultado, que excede de lo regular (RAE 2001).

Romo: Dícese de lo obtuso y sin punta (RAE 2001).

Filoso: Dícese de lo afilado, que tiene filo. Borde agudo (RAE 2001).

Operacional:

Superior e Inferior

Consignar la característica según corresponda: Delgado o Grueso.

Superior e inferior

Consignar la característica según corresponda: Romo o Filoso.

- **Superficie de Acrílico**

Conceptual:

Superior e Inferior

Lisa: Dicho de una superficie; que no tiene asperezas, realces, adornos o arrugas. (RAE 2001)

Irregular: Que no se observa siempre un mismo comportamiento. (RAE 2001)

- **Presencia de Estomatitis**

Conceptual: Inflamación de la mucosa oral, producida por infección viral, bacteriana, micótica o por enfermedad autoinmune. Se caracteriza por dolor, ardor y enrojecimiento de la mucosa, pudiendo depositarse sobre la misma una membrana blanquecina (leucoplaquia), o acompañándose de ampollas o vesículas. (Diccionario médico)

Operacional:

Superior e Inferior

Si: La salud de los tejidos.

No: Si existe lesión inflamatoria localizada o difusa, con puntos enrojecidos o lesión inflamatoria de tipo granular o papilomatosa (esto es muy evidente en la zona palatina).

- **Presencia de Úlceras**

Conceptual: Solución de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos. (RAE 2001)

Operacional:

Superior e Inferior

Si: La salud de los tejidos.

No: La presencia de úlceras o zonas enrojecidas.

- **Presencia de Hiperplasias**

Conceptual: Excesiva multiplicación de células normales en un órgano o en un tejido. (RAE 2001)

Operacional:

- **Superior e Inferior**

- Si: La salud de los tejidos.

- No: La presencia de hiperplasias, es decir un aumento de volumen (inclusive épulis fisurado).

- **Secreción Salival**

Conceptual: Producción y liberación de saliva, segregado por las glándulas salivales, a la cavidad bucal. (RAE 2001)

Operacional:

- Si: Si se encuentra una secreción de saliva adecuada y presencia de mucosa y lengua húmeda.

- No: Presencia de escasa secreción salival, y mucosas y lengua secas.

Estadística

Los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de medición fueron sometidos a análisis estadístico a través del programa SPSS 15.0.

Para la mayoría del cruce de variables, se aplicó el test del Chi cuadrado, exceptuando las variables de edad, tiempo de edentulismo y número de prótesis anteriores, donde se aplicó el test Anova para un factor.

Debido a la naturaleza de la muestra, se aplicó el test exacto de Fisher, que se utiliza en caso de tener muestras pequeñas y que aumentan su confiabilidad en tablas de 2x2 a diferencia del Chi cuadrado, que da solamente una aproximación.

La significancia estadística se fijó en valores $p \leq 0,05$, siendo p la probabilidad que la H_0 sea verdadera. Además de esto se aplicó la prueba estadística Coeficiente de Contingencia, para determinar la fuerza de asociación existente entre variables.

El test Kendall Tau B se utilizó en algunos casos cuando las variables asociadas eran ordinales por ordinales, que es más apropiada para este test, se obvio entonces utilizar el test de Chi cuadrado

Resultados

Objetivo General: Asociación de la satisfacción y evaluación clínica de la prótesis removible total convencional superior.

	C.E.T. modificado superior		Total
	<i>Deficiente</i>	<i>Adecuada</i>	
Sato			
Insatisfecho	4	1	5
			14,3%
Regularmente satisfecho	1	8	9
			25,7%
Satisfecho	3	18	21
			60%
Total	8	27	35
	22,9%	77,1%	100%

Tabla X: Satisfacción y C.E.T. modificado superior.

Al revisar los resultados de la autoevaluación según la evaluación clínica de la prótesis superior encontramos que hay un total de 8 prótesis con una condición clínica deficiente de las cuales 3 prótesis superiores son encontradas como satisfactorias por el paciente, 1 prótesis esta en la casilla de regularmente satisfecho y 4 en la casilla de insatisfecho. 27 prótesis cumplen con una condición de adecuada tras la evaluación técnica de ellas 18 prótesis son calificadas como satisfactorias por el paciente, 8 regularmente satisfactoria y 1 insatisfactoria.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado Pearson	10,838	2	0,004	0,007
Exacta de Fisher	8,448			0,009

Tabla XI: Test estadísticos para satisfacción y C.E.T. modificado superior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,009$, por lo que esta asociación es estadísticamente significativa.

	Valor	Significancia Aproximada	Significancia Exacta
Coefficiente Contingencia	0,486	0,004	0,007

Tabla XII: Coeficiente de Contingencia para satisfacción y C.E.T. modificado superior.

Para ver la fuerza de asociación existente entre estas dos variables se aplicó la prueba de coeficiente de contingencia que nos arroja que la relación es estadísticamente significativa y que la fuerza de asociación entre las dos variables es de un nivel medio.

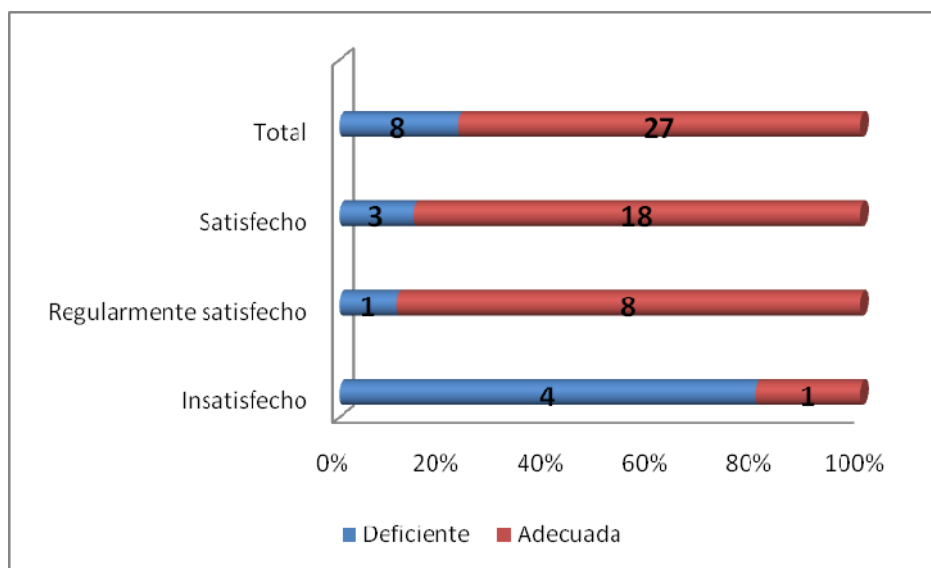


Gráfico N°1: Satisfacción y C.E.T. modificado superior.

Objetivo General: Asociación de la satisfacción y evaluación clínica de la prótesis removible total convencional inferior.

	C.E.T. modificado inferior		Total
	<i>Deficiente</i>	<i>Adecuada</i>	
Sato			
Insatisfecho	5	0	5
			14,3%
Regularmente satisfecho	7	2	9
			25,7%
Satisfecho	15	3	21
			60%
Total	27	5	35
	77,1%	14,3%	100%

Tabla XIII: Satisfacción y C.E.T. modificado inferior.

Al revisar los resultados de la autoevaluación según la evaluación clínica de la prótesis inferior encontramos que hay un total de 27 prótesis con una condición clínica deficiente de las cuales 15 prótesis inferiores son encontradas como satisfactorias por el paciente, 7 prótesis están en la casilla de regularmente satisfecho y 5 en la casilla de insatisfecho. 5 prótesis cumplen con una condición de adecuada tras la evaluación técnica de ellas 3 prótesis son calificadas como satisfactorias por el paciente, 2 regularmente satisfactoria y 0 insatisfactoria.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado Pearson	1,985	2	0,371	0,477
Exacta de Fisher	2,083			0,377

Tabla XIV: Test estadísticos para satisfacción y C.E.T. modificado inferior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,377$, por lo que esta asociación no es estadísticamente significativa.

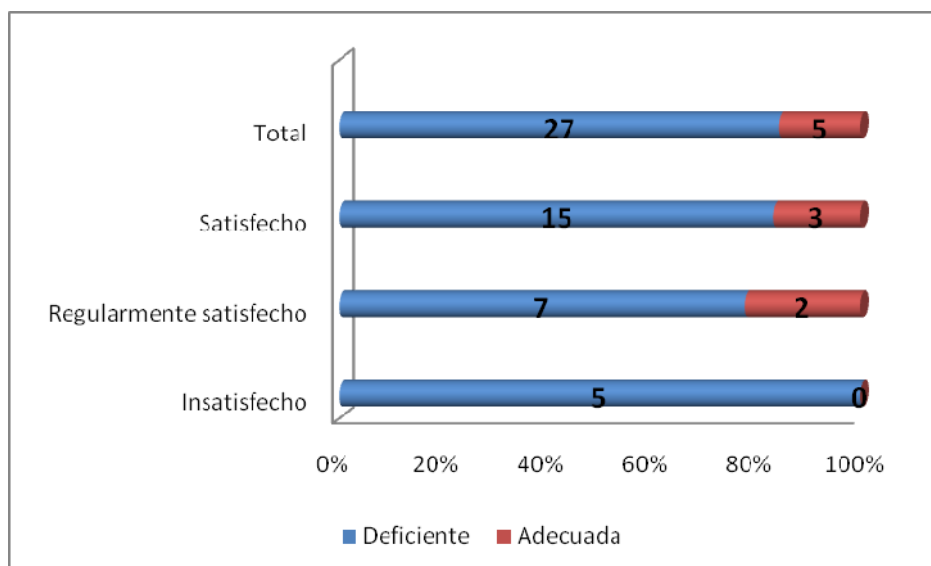


Gráfico N°2: Satisfacción y C.E.T. modificado inferior.

Determinar la distribución según sexo

Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	60,0
Masculino	14	40,0
Total	35	100,0

Tabla XV: Distribución según género.

De un total de 35 personas, 21 (60%) pertenecen al género femenino y 14 (40%) al género masculino.

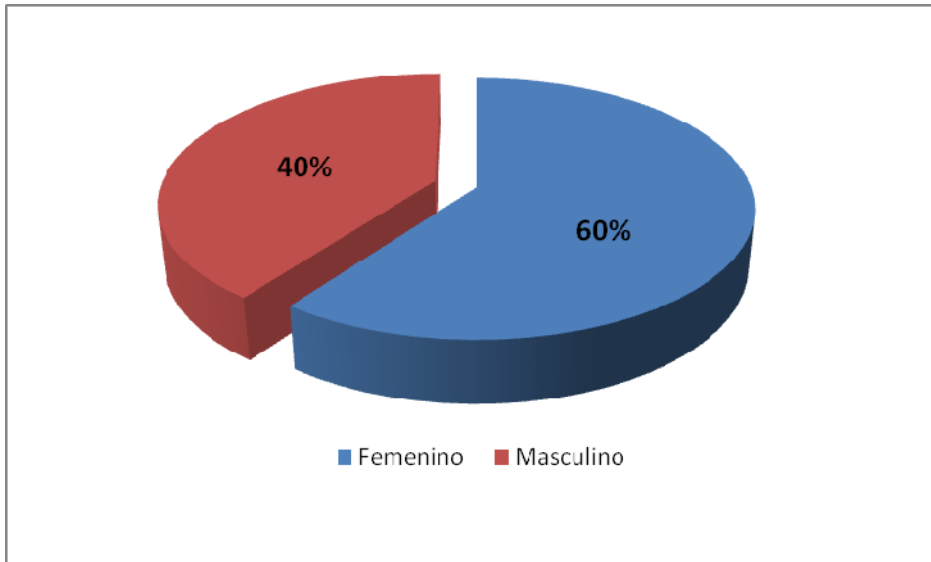


Gráfico N°3: Distribución según género.

Determinar la distribución según edad

Estadística		
Edad		
N	Validos	35
	Perdidos	0
Promedio		71,69
Mediana		71,00
Desviación estándar		8,249
Varianza		68,045
Sesgo		-0,272
Curtosis		-0,762

Tabla XVI: Distribución según edad.

De un total de 35 personas el valor mínimo fue de 55 y el máximo de 84 años. El promedio de edad fue de 71,69 años.

Asociar la edad con la satisfacción

ANOVA					
<i>Edad</i>					
	Suma de cuadrados	df	Cuadrado principal	F	Sig.
Entre Grupos	207,168	2	103,584	1,574	0,223
Dentro de los Grupos	2106,375	32	65,824		
Total	2313,543	34			

Tabla XVII: Test estadístico para edad y satisfacción.

Para esta asociación se aplicó el test de Anova para un factor. La asociación entre ambas variables demostró no ser estadísticamente significativa, con un valor $p=0,223$. Lo que se traduce en que la satisfacción no se ve influida por los promedios de edad. Esto se aprecia en el siguiente gráfico (ver Figura V) donde las cajas están aproximadas entre sí y a un mismo nivel.

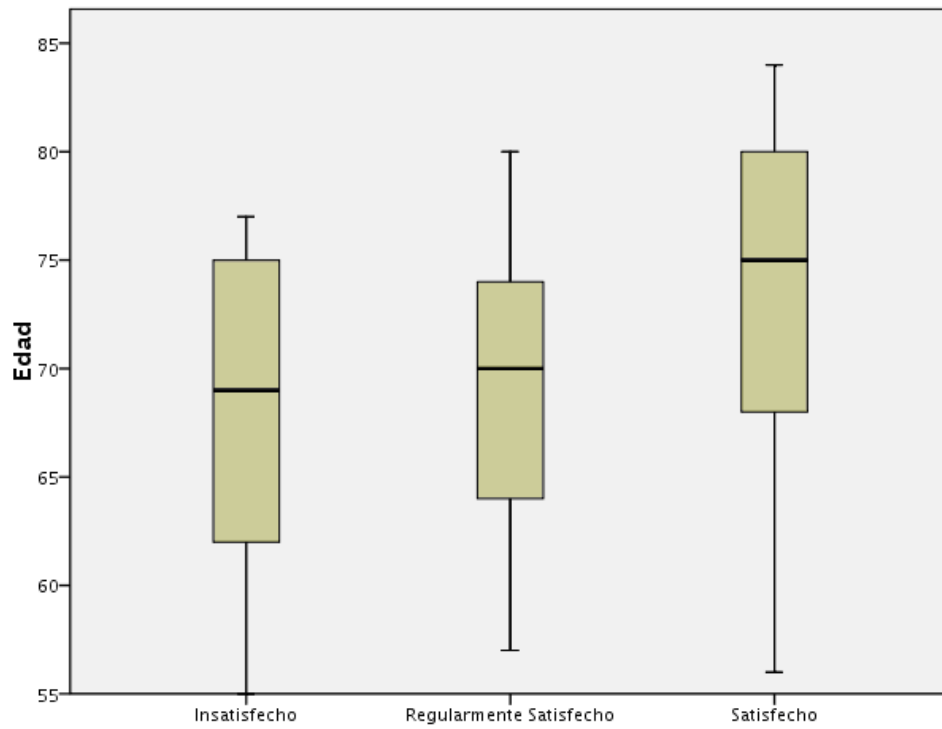


Gráfico N°4: Edad y satisfacción.

Asociar el sexo con la satisfacción

Satisfacción/Sexo			
	Género		Total
Sato	Femenino	Masculino	
Insatisfecho	2	3	5
			14,3%
Regularmente Satisfecho	4	5	9
			25,7%
Satisfecho	15	6	21
			60%
Total	21	14	35
	100%	100%	100%

Tabla XVIII: Satisfacción y sexo.

De un total de 35 pacientes, 21son femeninos y 14 masculinos, de los cuales 2 mujeres y 3 hombres están insatisfechos, en la casilla de regularmente satisfecho encontramos 4 mujeres y 5 hombres, y con la característica satisfecho se ubican 15 mujeres y 6 hombres.

	Valor	Significancia Asint. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi cuadrado Pearson	2,88	0,237	0,284
Exacto de Fisher	2,93		0,284

Tabla XIX: Test estadístico para satisfacción y sexo.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,284$, por lo que esta asociación no es estadísticamente significativa.

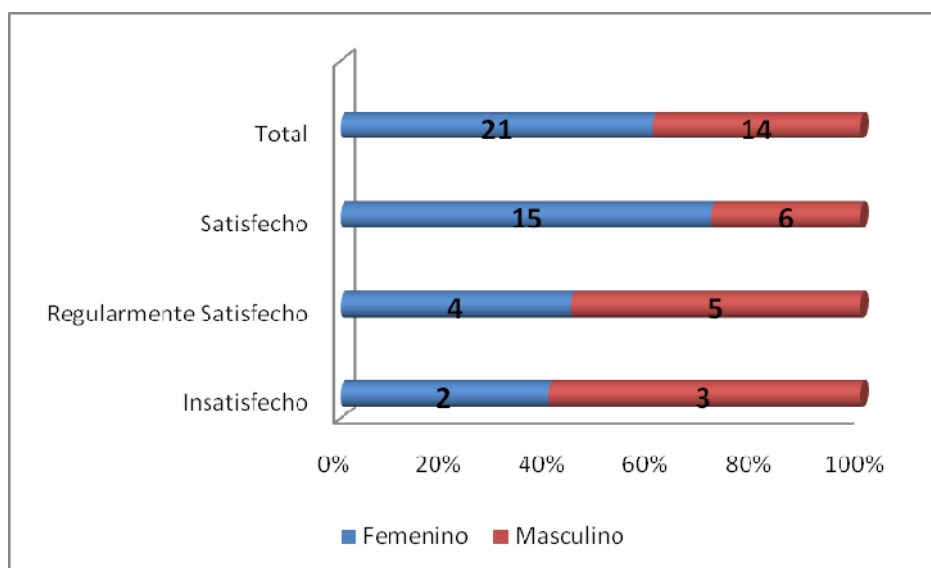


Gráfico N°5: Satisfacción y sexo.

Asociar el uso de la prótesis superior con la satisfacción

	Uso de la prótesis superior		Total
	No	Si	
Sato			
Insatisfecho	5	0	5
			14,3%
Regularmente satisfecho	1	8	9
			25,7%
Satisfecho	0	21	21
			60%
Total	6	29	35
	17,1%	82,9%	100%

Tabla XX: Satisfacción y uso de la prótesis superior

La satisfacción con respecto al uso de la prótesis superior arrojó los siguientes resultados: de los pacientes que no usan la prótesis superior 5 de ellos están insatisfechos, 1 regularmente satisfecho y 0 satisfecho; mientras que en los pacientes que sí usan las prótesis encontramos 0 personas insatisfechas, 8 personas regularmente satisfechas y 21 personas satisfechas.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado Pearson	28,74	2	0,000	0,000
Exacta de Fisher	25,79			0,000

Tabla XXI: Test estadístico para satisfacción y uso de la prótesis superior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,000$, por lo que esta asociación es estadísticamente significativa.

Para ver la fuerza de asociación existente entre estas dos variables se aplicó la prueba de coeficiente de contingencia que nos arroja que la relación es estadísticamente significativa y que la fuerza de asociación entre las dos variables es de un nivel medio.

	Valor	Significancia Aproximada	Significancia Exacta
Coefficiente Contingencia	0.671	0,000	0,000

Tabla XXII: Coeficiente de contingencia para satisfacción y uso de la prótesis superior.

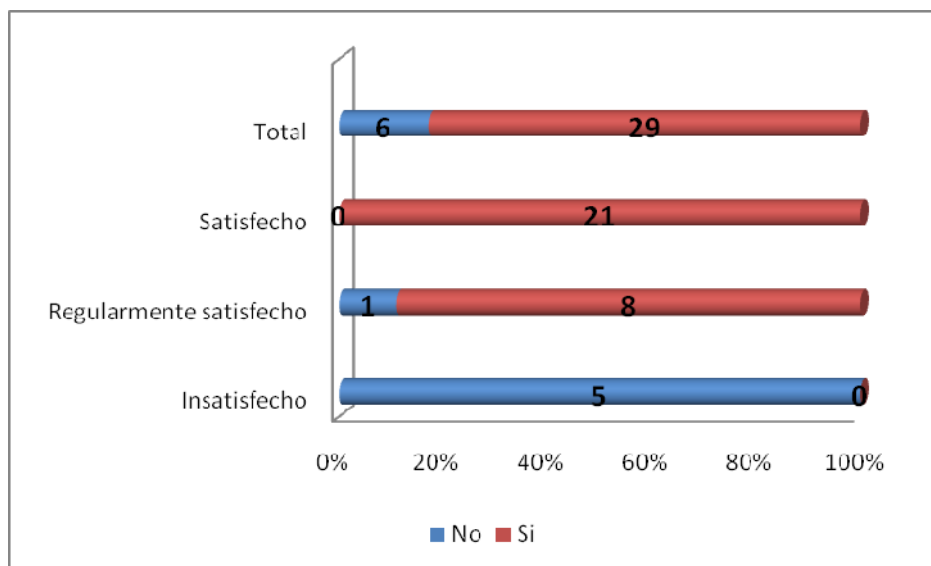


Gráfico N°6: Satisfacción y uso de la prótesis superior.

Asociar el uso de la prótesis inferior con la satisfacción

	Uso de la prótesis inferior		Total
	No	Si	
Sato			
Insatisfecho	5	0	5
			14,3%
Regularmente satisfecho	2	7	9
			25,7%
Satisfecho	3	18	21
			60%
Total	10	25	35
	17,1%	82,9%	100%

Tabla XXIII: Satisfacción y uso de prótesis inferior.

La satisfacción con respecto al uso de la prótesis inferior arrojó los siguientes resultados: de los pacientes que no usan la prótesis inferior 5 de ellos están insatisfecho, 2 regularmente satisfecho y 3 satisfecho; mientras que en los pacientes que si usan las prótesis encontramos 0 personas insatisfechas, 7 personas regularmente satisfechas y 18 personas satisfechas.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado, Pearson	14,78	2	0,001	0,001
Exacta de Fisher	12,71			0,001

Tabla XXIV: Test estadísticos para satisfacción y uso de prótesis inferior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,001$, por lo que esta asociación es estadísticamente significativa.

Para ver la fuerza de asociación existente entre estas dos variables se aplicó la prueba de coeficiente de contingencia que nos arroja que la relación es estadísticamente significativa y que la fuerza de asociación entre las dos variables es de un nivel medio.

	Valor	Significancia Aproximada	Significancia Exacta
Coeficiente Contingencia	0.545	0,001	0,001

Tabla XXV: Coeficiente de contingencia para satisfacción y uso de prótesis inferior.

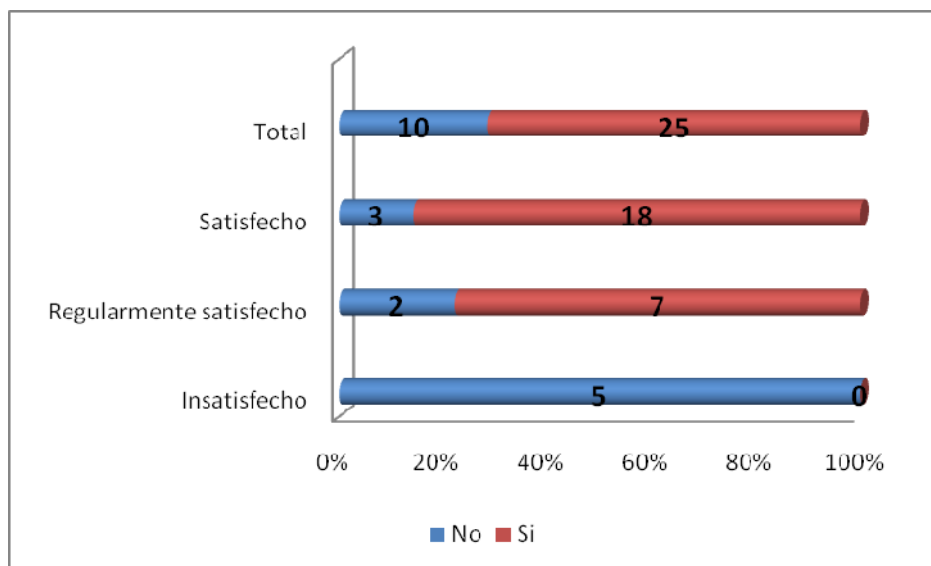


Gráfico N°7: Satisfacción y uso de prótesis inferior.

Asociar el año de rehabilitación de la prótesis superior con la satisfacción

	Año de rehabilitación de la prótesis superior			Total
	2007	2008	2009	
Sato				
Insatisfecho	2	2	1	5
				14,3%
Regularmente satisfecho	2	4	3	9
				25,7%
Satisfecho	1	9	11	21
				60%
Total	5	15	15	35
	14,2%	42,9%	42,9%	100%

Tabla XXVI: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis superior.

De un total de 5 personas correspondientes al 2007 de los cuales hay 2 insatisfechos, 2 regularmente satisfechos, y 1 satisfecho; correspondientes al año 2008 hay 15 personas de los cuales hay 2 insatisfechos, 4 regularmente satisfecho y 9 satisfecho; en la muestra hay 15 personas del año 2009 donde 1 persona esta insatisfecha, 3 regularmente satisfecha y 11 personas satisfechas.

Debido a la naturaleza de las variables (ordinales) la prueba para determinar la concordancia es Kendall Tau B la que arroja un valor estadísticamente significativo. Los valores van entre -1 y +1, si el valor se acerca a 1, podemos decir que hay mayor concordancia y si el valor se acerca a -1 es mayor la discordancia. En este caso la asociación es directamente proporcional, es decir que al aumentar el tiempo de uso aumenta la satisfacción. Existe una probabilidad del 5% que la H_0 sea verdadera, independencia de las variables, por lo tanto se rechaza la H_0 y se acepta que existe una dependencia entre las dos variables.

	Valor	Significancia Aproximada	Significancia Exacta
Kendall Tau B	0.309	0,043	0,052

Tabla XXVII: Test estadístico para satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis superior.

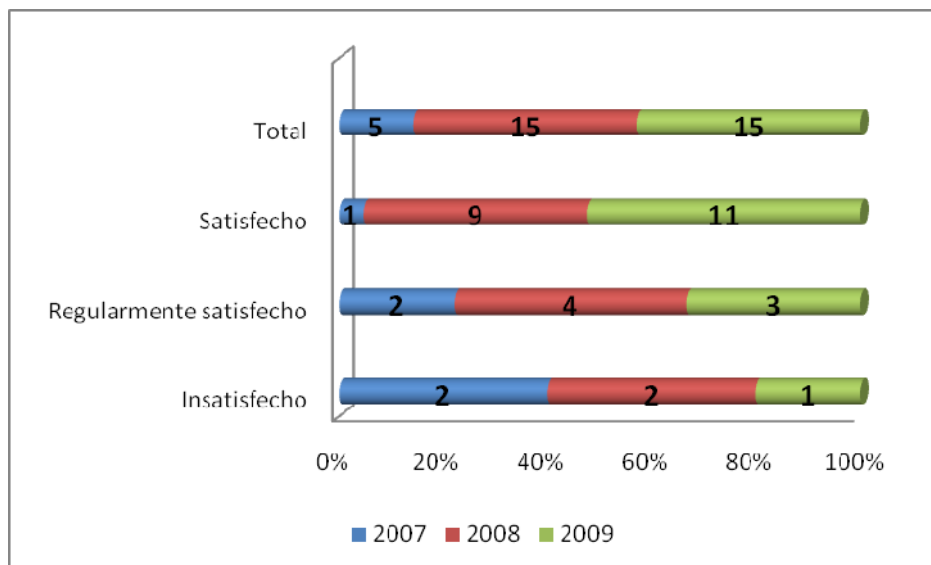


Gráfico N°8: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis superior

Asociar el año de rehabilitación de la prótesis inferior con la satisfacción

	Año de rehabilitación de la prótesis inferior			Total
	2007	2008	2009	
Sato				
Insatisfecho	2	2	1	5
				14,3%
Regularmente satisfecho	2	4	3	9
				25,7%
Satisfecho	1	9	11	21
				60%
Total	5	15	15	35
	14,2%	42,9%	42,9%	100%

Tabla XXVIII: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis inferior.

De un total de 5 personas correspondientes al 2007 de los cuales hay 2 insatisfechos, 2 regularmente satisfechos, y 1 satisfecho; correspondientes al año 2008 hay 15 personas de los cuales hay 2 insatisfechos, 4 regularmente satisfecho y 9 satisfecho; en la muestra hay 15 personas del año 2009 donde 1 persona esta insatisfecha, 3 regularmente satisfecha y 11 personas satisfechas.

Debido a la naturaleza de las variables (ordinales) la prueba para determinar la asociación es Kendall Tau B la que arroja un valor estadísticamente significativo. En este caso la asociación es directamente proporcional, es decir que al aumentar el tiempo de uso aumenta la satisfacción.

	Valor	Significancia Aproximada	Significancia Exacta
Kendall Tau B	0,309	0,043	0,052

Tabla XXIX: Test estadístico para satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis inferior.

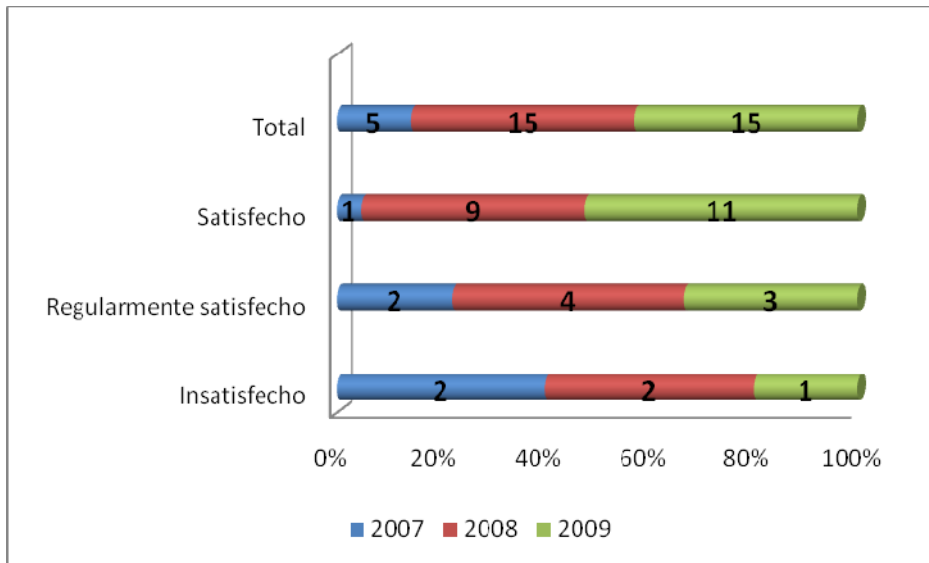


Gráfico N°9: Satisfacción y año de rehabilitación de la prótesis inferior.

Asociar las modificaciones de la superior con la satisfacción

	Modificación de la prótesis superior		Total
	No	Si	
Sato			
Insatisfecho	5	0	5
			14,3%
Regularmente satisfecho	9	0	9
			25,7%
Satisfecho	20	1	21
			60%
Total	34	1	35
	97,1%	2,9%	100%

Tabla XXX: Satisfacción y modificación de la prótesis superior.

Respecto a los resultados de satisfacción según modificaciones de la prótesis superior los resultados muestran que solo 1 persona de la muestra ha realizado algún tipo de modificación de la prótesis. Las personas insatisfechas son 5 las cuales nunca han realizado algún tipo de modificación, los regularmente satisfechos son 9 y tampoco han realizado modificaciones a sus prótesis, los satisfechos son 21 personas de las cuales solo 1 ha efectuado algún tipo de modificación.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado Pearson	0,686	2	0,710	1
Exacta de Fisher	1,22			1

Tabla XXXI: Test estadístico para satisfacción y modificación de la prótesis superior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=1$, por lo que esta asociación no es estadísticamente significativa.

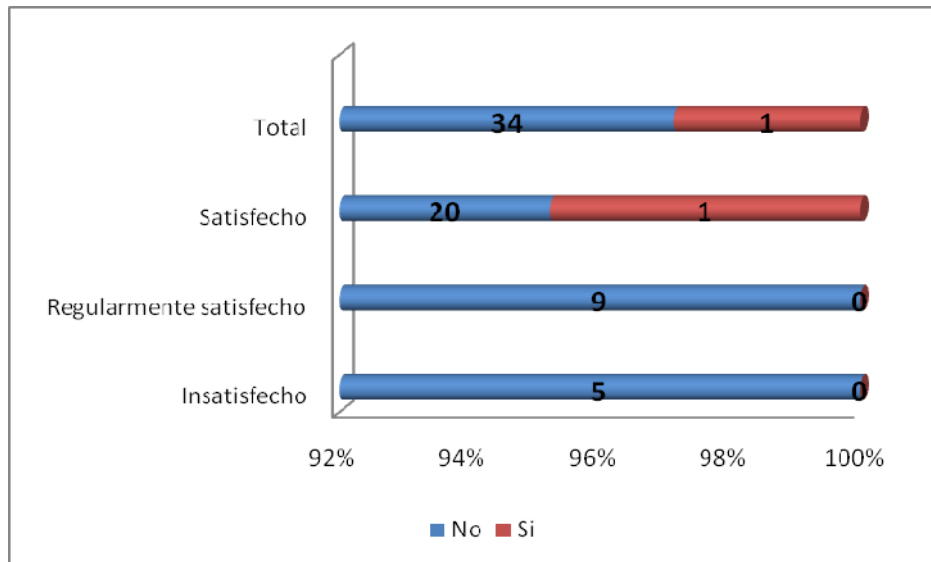


Gráfico N°10: Satisfacción y modificación de la prótesis superior.

Asociar las modificaciones de la prótesis inferior con la satisfacción

	Modificación de la prótesis inferior		Total
	No	Si	
Sato			
Insatisfecho	5	0	5
			14,3%
Regularmente satisfecho	8	1	9
			25,7%
Satisfecho	20	1	21
			60%
Total	33	2	35
	94,2%	5,8%	100%

Tabla XXXII: Satisfacción y modificación de la prótesis inferior.

La satisfacción en relación con la modificación de la prótesis inferior arrojo los siguientes resultados, insatisfechos hay 5 personas que nunca han realizado alguna modificación, regularmente satisfechos hay 8 personas que no han realizado nunca una modificación y 1 persona que si ha hecho modificación a su prótesis, satisfechos hay 20 personas que no han realizado modificaciones y 1 persona que si lo ha hecho.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado Pearson	0,825	2	0,662	1
Exacta de Fisher	1,16			0,647

Tabla XXXIII: Test estadístico para satisfacción y modificación de la prótesis inferior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en

cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,647$, por lo que esta asociación no es estadísticamente significativa

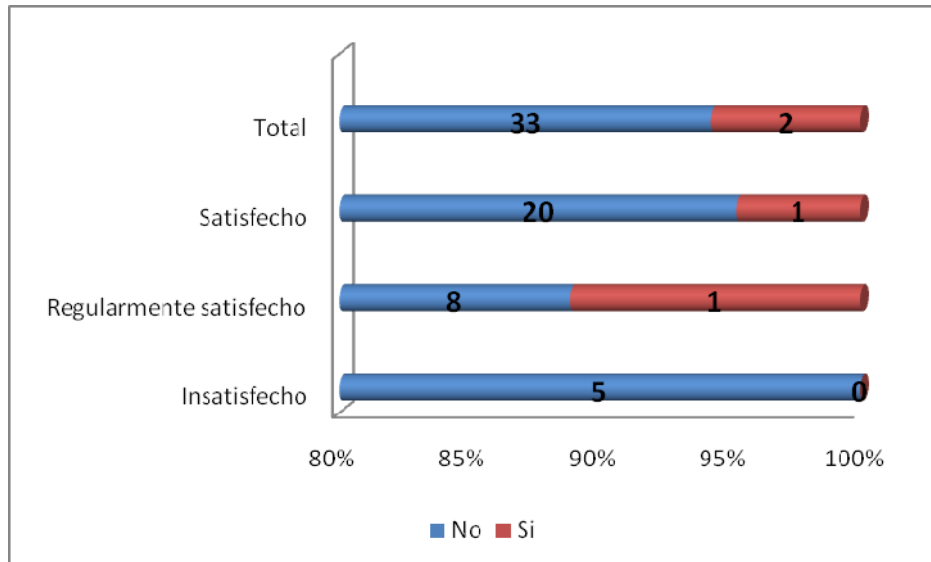


Gráfico N°11: Satisfacción y modificación de la prótesis inferior.

Asociar el número de prótesis anteriores con la satisfacción

Sato	Número de prótesis anteriores								Total
	0	1	2	3	4	5	8	9	
Insatisfecho	2	1	1	1	0	0	0	0	5
									14,3%
Regularmente satisfecho	1	5	2	0	0	1	0	0	9
									25,7%
Satisfecho	0	10	6	1	2	0	1	1	21
									60%
Total	3	16	9	2	2	1	1	1	35
	8,6%	45,7%	25,7%	5,7%	5,7%	2,8%	2,8%	2,9%	100%

Tabla XXXIV: Satisfacción y número de prótesis anteriores.

Al revisar la satisfacción según el número de prótesis anteriores podemos observar que hay 3 personas que no han tenido prótesis anteriores de las cuales 0 están satisfechas, 1 esta regularmente satisfecha y 2 están insatisfechas; hay 16 personas que han tenido 1 prótesis anterior de las cuales 10 están satisfechas, 5 regularmente satisfechas y 1 insatisfecha; 9 personas con 2 prótesis anteriores de las cuales 6 están satisfechas, 2 regularmente satisfecha y 1 insatisfecha; 2 con 3 prótesis anteriores de las cuales hay 1 satisfecha, 0 regularmente satisfecha y 1 insatisfecha; 2 personas con 4 prótesis anteriores de las cuales 2 están satisfechas, 0 regularmente satisfechas y 0 insatisfecha; 1 persona con 5 prótesis anteriores de los cuales 0 están satisfecho, 1 regularmente satisfecho y 0 insatisfecho; 1 persona con 8 prótesis anteriores de las cuales 1 esta satisfecha, 0 regularmente satisfecho 0 insatisfecha; 1 persona con 9 prótesis anteriores la cual esta satisfecha.

A pesar que la variable número de prótesis anteriores es una variable cuantitativa, cuando existen pocas opciones o valores se puede tomar como una variable cualitativa. Por ello el análisis estadístico adecuado se llama asociación lineal por lineal. La cual arroja un valor $p=0,178$, por lo tanto esta asociación no es estadísticamente significativa.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Lineal por Lineal	1,985	1	0,159	0,178

Tabla XXXV: Test estadístico para satisfacción y número de prótesis anteriores.

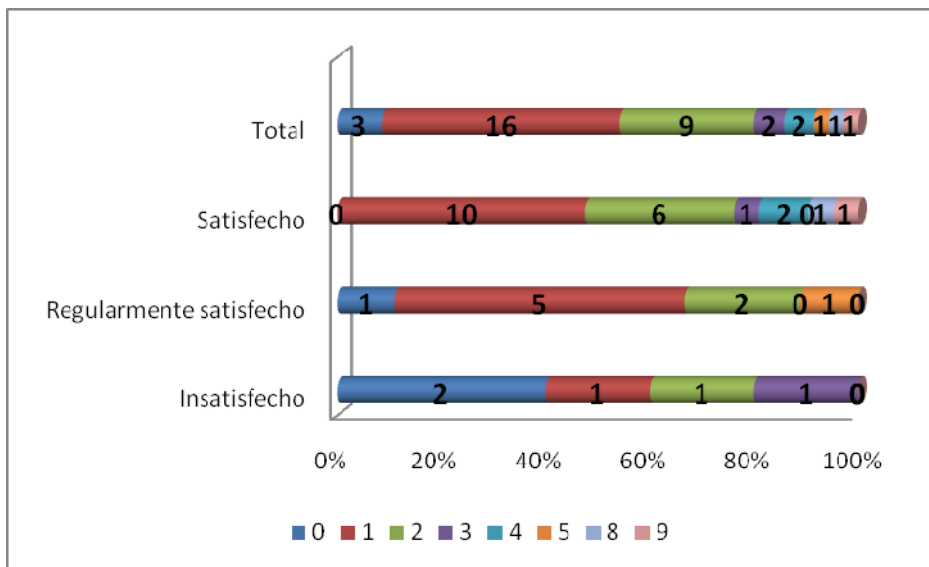


Gráfico N°12: Satisfacción y número de prótesis anteriores.

Asociar el tiempo de edentulismo con la satisfacción

Estadística		
Meses de edentulismo		
N	Válidos	35
	Perdidos	0
Promedio		133,71
Mediana		24,00
Moda		24
Desviación Estándar		1,807E 2
Varianza		3,264E 4
Sesgo		1,306
Curtosis		,280
Mínima		12
Máxima		624

Tabla XXXVI: Tiempo de edentulismo y satisfacción.

Vemos que la variable se distribuye de forma normal. De un total de 35 personas tenemos que el valor máximo es de 624 meses (54 años) y el valor mínimo de 12 meses. El promedio es de 133,71 meses (11,14 años aproximadamente).

Para esta asociación se aplicó el test de Anova para un factor. La asociación entre ambas variables demostró no ser estadísticamente significativa, con un valor $p=0,223$

ANOVA					
Meses de edentulismo	Suma de cuadrados	df	Cuadrado principal	F	Significancia
Entre Grupos	58883,657	2	29441,829	,897	0,418
Dentro de los Grupos	1,051E6	32	32838,171		
Total	1,110E6	34			

Tabla XXXVII: Test estadístico para tiempo de edentulismo y satisfacción.

Según nos muestra el siguiente gráfico (ver Figura XIV) vemos que la mayoría de los pacientes con mayor cantidad de tiempo edentulo se concentra en la característica de insatisfecho y a excepción de algunos datos escapados la mayoría de los datos satisfechos y regularmente satisfecho se asocian a menores tiempo de edentulismo.

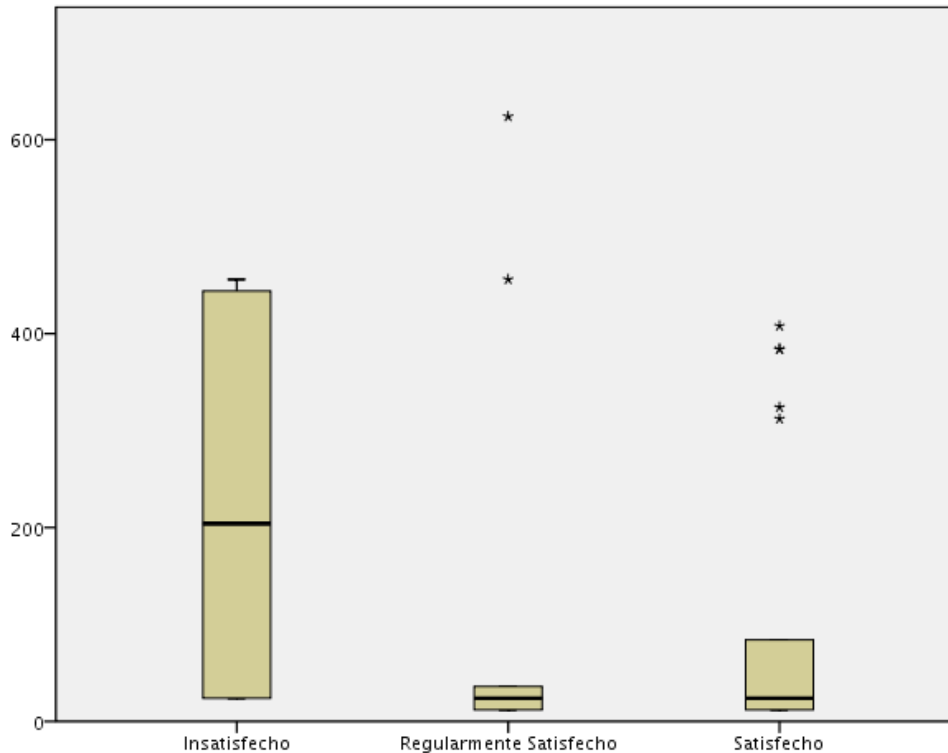


Gráfico N°13: Tiempo de edentulismo y satisfacción.

Asociar el dormir con la prótesis superior con la satisfacción

	Duerme con prótesis superior			Total
	No	A veces	Si	
Sato				
Insatisfecho	5	0	0	5 14,3%
Regularmente satisfecho	4	2	3	9 25,7%
Satisfecho	12	3	6	21 60%
Total	21	5	9	35
	60%	14,3%	25,7%	100%

Tabla XXXVIII: Satisfacción y dormir con la prótesis superior.

Los resultados de la satisfacción según dormir con la prótesis superior arrojaron los siguientes resultados: de un total de 21 personas que no duermen con la prótesis hay 12 de ellos satisfechos, 4 regularmente satisfechos y 5 insatisfechos; de un total de 5 personas que duermen a veces con la prótesis hay 3 de ellos que están satisfechos, 2 regularmente satisfechos y 0 insatisfechos; de un total de 9 personas que si duermen con la prótesis hay 6 personas satisfechas, 3 regularmente satisfechas y 0 insatisfechas.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado, Pearson	4.392	4	0,356	0,415
Exacta de Fisher	3.698			0,460

Tabla XXXIX: Test estadístico para satisfacción y dormir con la prótesis superior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,460$, por lo que esta asociación no es estadísticamente significativa.

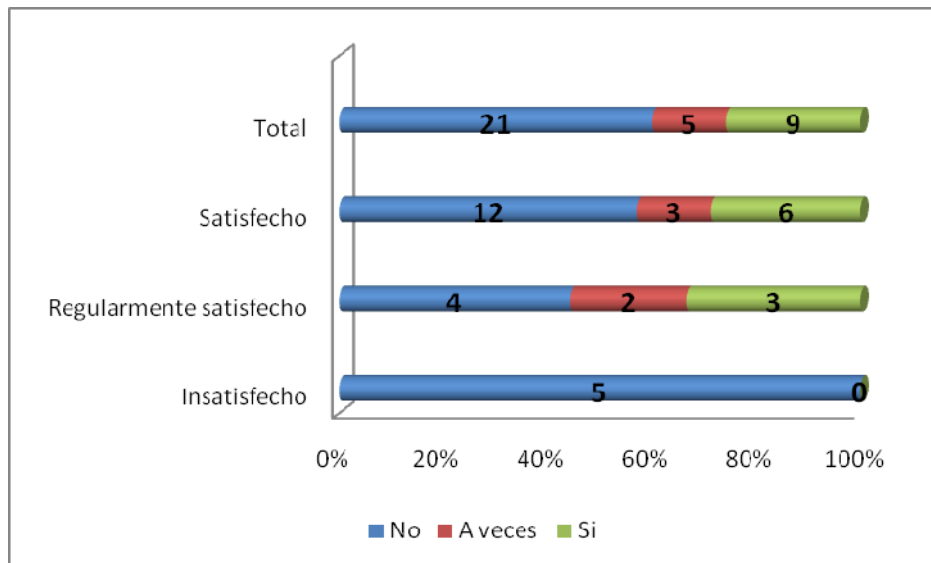


Gráfico N°14: Satisfacción y dormir con la prótesis superior.

Asociar el dormir con la prótesis inferior con la satisfacción

	Duerme con prótesis inferior			Total
	No	A veces	Si	
Sato				
Insatisfecho	5	0	0	5
				14,3%
Regularmente satisfecho	7	0	2	9
				25,7%
Satisfecho	15	3	3	21
				60%
Total	27	3	5	35
	77,1%	8,6%	14,3%	100%

Tabla XL: Satisfacción y dormir con la prótesis inferior.

Los resultados arrojaron que de un total de 27 personas que no duermen con la prótesis hay 15 de ellos satisfechos, 7 regularmente satisfechos y 5 insatisfechos; de un total de 3 personas que duermen a veces con la prótesis hay 3 de ellos que están satisfechos, 0 regularmente satisfechos y 0 insatisfechos; de un total de 5 personas que si duermen con la prótesis hay 3 personas satisfechas, 2 regularmente satisfechas y 0 insatisfechas.

	Valor	gl	Significancia Asin. Bilateral	Significancia Exacta Bilateral
Chi Cuadrado Pearson	4.392	4	0,356	0.415
Exacta de Fisher	3.698			0,460

Tabla XLI: Test estadístico para satisfacción y dormir con la prótesis inferior.

Se aplicó el Chi cuadrado de Pearson para ver la asociación entre estas dos variables y debido a que en la tabla de contingencia vemos valores menores a 5 en cada casilla, hemos aplicado también la prueba exacta de Fisher, la cual nos arroja un valor $p=0,790$, por lo que esta asociación no es estadísticamente significativa.

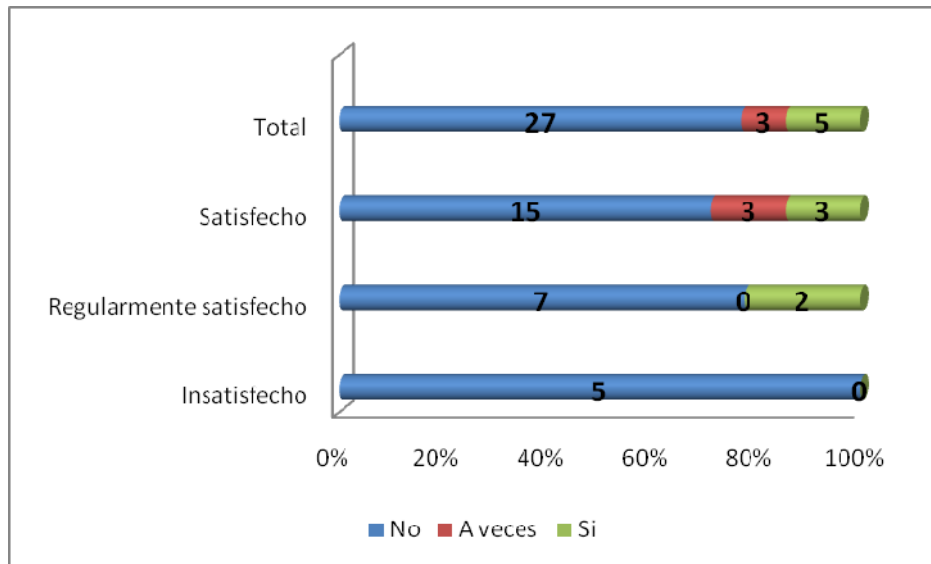


Gráfico N°15: Satisfacción y dormir con la prótesis inferior.

Discusión

La evidencia muestra actualmente que no existe una relación entre la calidad de las prótesis y la satisfacción (Fenlon & Sherriff, 2004), lo que concuerda con la situación encontrada en nuestro estudio para el caso de la prótesis inferior, pero no así con la superior, ya que obtuvimos una relación estadísticamente significativa entre calidad técnica de la prótesis y la satisfacción del paciente.

Según Sharafat existe una relación positiva entre la evaluación técnica - profesional de la prótesis y la apreciación subjetiva de los pacientes, lo cual concuerda con los resultados de nuestra investigación para la prótesis superior (Sharafat, 2008). Bellini expone que los pacientes creen que la satisfacción está directamente relacionada con la calidad, por lo que rescatamos que lograr una buena o adecuada calidad técnica de las prótesis es un indicador positivo para la satisfacción final del paciente (Bellini & Dos Santos, 2009).

En nuestro estudio la satisfacción no tiene una relación estadísticamente significativa con la calidad técnica de la prótesis inferior, esto resulta algo muy novedoso ante lo revisado en la literatura. Para tratar de entender esta situación nos fijamos en las complejas características del terreno biológico mandibular, donde el lograr la mejor rehabilitación posible se encuentra limitada por los cambios inherentes al paso del tiempo. De lo que se desprende que aún cuando una prótesis, especialmente la inferior, se construya con todos los criterios adecuados, el paciente puede encontrarse insatisfecho (Celebic & Knezovic'-Zlataric', 2003)

En relación a nuestro estudio podemos decir que la mayoría de los pacientes están satisfechos con sus prótesis (57,14%), lo que se asemeja a lo encontrado en la literatura (Celebic & Valentic-Peruzovic, 2000). Kawai en el 2009 constató que el 7% de los pacientes tienen una insatisfacción general con sus prótesis nuevas, resultado que es muy similar con nuestro estudio, ya que para prótesis nuevas, realizadas el año 2009 obtuvimos una cifra de insatisfacción del 6,6%. Sin embargo en un estudio anterior se encontraron cifras un poco mayor, de 10-15% (Celebic & Valentic-Peruzovic, 2000).

Al asociar la edad con la satisfacción los estudios han sido concluyentes en que no hay una correlación entre ellas (Turker, 2009), esto se vio reflejado en nuestros resultados, por lo cual coincidimos con Critchlow al decir que la edad no tiene valor como un indicador de pronóstico positivo o negativo para la satisfacción (Critchlow & Ellis, 2010).

Al revisar la literatura se constata que la asociación sexo y satisfacción es de carácter muy débil (Critchlow & Ellis, 2010) (Cees de Baat, 1997) e incluso se describe que no existe una correlación entre sexo y la satisfacción (Turker, 2009). Se ha encontrado, referente al sexo, que si tiene una importancia en el uso de las prótesis, ya que un 62,3% de los hombres las usan, a diferencia de un 51% de las mujeres

(Pennacchiotti, 2006), lo que podemos relacionar con los datos arrojados, donde se aprecia que el uso y la satisfacción están significativamente asociadas, por lo tanto nosotros pensamos que sería esperable que los hombres se encuentren más satisfechos con sus prótesis, pero esto se contradice con los datos arrojados, ya que el sexo y la satisfacción no tienen una relación estadísticamente significativa.

Naturalmente al asociar la satisfacción con el uso de las prótesis, encontramos una situación que sigue nuestra lógica de pensamiento, al encontrarse el paciente más satisfecho con sus prótesis más las usará.

Según nos muestra nuestros resultados, existen mayor número de pacientes satisfechos con prótesis nuevas para el 2009 y a su vez menos pacientes insatisfechos, lo cual según el test utilizado es estadísticamente significativo. Lo anteriormente mencionado se contradice con lo descrito en la literatura donde Berg encontró que la satisfacción del paciente desciende durante el primer año de manera significativa, pero solo marginalmente en el segundo año (Fenlon & Sherriff, 2004).

Toda la evidencia apunta a que mientras mayor tiempo de uso mayor satisfacción (Nevalainen & Rantanen, 1997) (Turker, 2009) (Critchlow & Ellis, 2010). Quizás esto se deba a las limitaciones del test estadístico que en su interpretación nos dice que a medida que avanza el tiempo aumenta la satisfacción, pero en la realidad esto no es así debido a que las personas no fueron evaluadas mediante un seguimiento.

En cuanto a la modificación posterior de las prótesis encontramos que sólo una persona modificó su prótesis superior y dos modificaron sus prótesis inferiores. Al analizar esto con la satisfacción encontramos que no existe una relación estadísticamente significativa. Es más, existe según Fisher para la superior una probabilidad de un 100% de aceptar la H_0 para la prótesis superior y un 64,7% para la inferior. Estos resultados nos dan pie para pensar en la ya mencionada relación emocional que influye en la aceptación de la prótesis (Bellini & Dos Santos, 2009) (Celebic & Valentic-Peruzovic, 2000), por lo que una prótesis que desde un principio no cumplió con las expectativas del paciente, no variará al modificar la prótesis (Marinus & Van Waas, 1990).

La mayoría de las personas en nuestro estudio han tenido la experiencia de una prótesis anterior (45,7%) siendo la segunda condición más prevalente la experiencia de 2 prótesis anteriores (25,7%) y solo un 8,6% no ha tenido experiencia de prótesis. Según nuestros resultados la experiencia previa con prótesis no se relaciona con la satisfacción. Pero esto no tiene congruencia con lo descrito por Critchlow y Ellis donde la falta de experiencia previa se asoció con mayor satisfacción (Critchlow & Ellis, 2010).

A diferencia de lo revisado en la literatura que expone que a menor tiempo de edentulismo, los pacientes se encuentran menos satisfechos (Turker, 2009), nosotros

no logramos asociar estas dos variables. Algunos concluyen que es la anatomía del reborde alveolar mandibular un predictor importante en el éxito, más que el tiempo de edentulismo (Critchlow & Ellis, 2010).

A pesar que una de las indicaciones para el paciente es no dormir con sus prótesis, dentro de nuestros resultados encontramos que un 25,7% de los pacientes duerme con su prótesis superior y un 14,3% con la inferior, lo que lleva a la necesidad de una autoevaluación en la manera en como las indicaciones están siendo entregadas, de forma que el paciente entienda las posibles consecuencias de sus acciones, tome consciencia y cumpla debidamente con las indicaciones.

La relación entre la satisfacción y el dormir con prótesis no demostró tener una significancia estadística, lo cual nos lleva a plantear, que lógicamente un paciente que duerme con sus prótesis no presenta mayores incomodidades y a su vez siente integrada su aparatología, pero esto no se traduce en que el paciente esté satisfecho.

Conclusiones

Para los pacientes rehabilitados con set de prótesis removibles totales convencionales realizadas en la Escuela de Pregrado en las Cátedras de Prótesis Removible I y II de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso en los años 2007, 2008 y 2009 se concluye que:

- Existe una asociación entre la satisfacción del paciente y la calidad técnica de la prótesis removible total convencional superior
- No existe una asociación entre la satisfacción del paciente y la calidad técnica de la prótesis removible total convencional inferior.
- La edad no se asocia con la satisfacción del paciente.
- El sexo no se asocia con la satisfacción del paciente.
- El uso de la prótesis tanto superior como inferior se asocia con la satisfacción del paciente.
- El año de rehabilitación de las prótesis removibles totales convencionales se asocio con la satisfacción del paciente.
- Las modificaciones de las prótesis removibles totales convencionales tanto de la superior como la inferior no están asociadas con la satisfacción del paciente.
- El número de prótesis anteriores no se asoció con la satisfacción del paciente.
- El tiempo de edentulismo no se asocia con la satisfacción del paciente.
- El dormir con las prótesis removibles totales convencionales no se asocian con la satisfacción del paciente.

Limitaciones

Una de nuestras principales limitaciones fue la base de datos entregadas por la Escuela de Odontología, la cual es inexacta, y para ser utilizada se tiene que corroborar, lo cual hace perder recursos en una investigación. Otro punto que cabe recalcar es que las fichas almacenadas abarcan solo desde el año 2007 y además de esto existen muchas fichas extraviadas por lo que se hace aun más difícil el control y seguimiento de los pacientes ya tratados. Por lo anteriormente mencionado nos fue muy difícil contactar a los pacientes, sumado a esto la concurrencia fue baja. Esto se puede explicar de cierta manera por el grupo etario al cual nos dirigimos, que debido a las características propias de la edad tuvieron dificultades para poder asistir principalmente por los problemas de salud, sumado a la ubicación geográfica de la institución.

Como consecuencia nuestra muestra fue pequeña mermando lo esperado en nuestra investigación.

Mucho de nuestro recurso tiempo fue invertido en esclarecer un universo y contactar la muestra por lo cual habría sido útil contar con mayor tiempo para la recolección de los datos.

Sugerencias

A modo de sugerencia creemos que futuros estudios deberían evaluar las prótesis por separado ya que según lo encontrado la rehabilitación por medio de set de prótesis removibles totales a pesar de que actúan conjuntamente son aceptadas y evaluadas por el paciente de forma individual.

El llevar un registro de cada paciente en tratamiento y almacenarlo debidamente debiese ser una acción de importancia para el establecimiento educacional tomando en cuenta el desarrollo de investigación en esta institución, esto permitirá además poder realizar una evaluación a largo plazo de los tratamientos realizados.

A pesar de que nuestra investigación se preocupó de utilizar instrumentos debidamente estandarizados, estos debiesen estar validados por los expertos en el tema por lo que se sugiere utilizar las mismas herramientas en investigaciones futuras. Esto permitirá una comparación más fidedigna de los resultados con lo cual a futuro se podría llegar a dilucidar de una vez por todas el o los factores involucrados en la satisfacción

Resumen

Introducción

En la literatura no se ha logrado dilucidar cuales serian los factores más importantes en la satisfacción de los pacientes rehabilitados con prótesis removibles totales convencionales. Esto se puede deber posiblemente a la falta de estandarización y validación de los instrumentos utilizados. El esclarecer estos factores va a ser importante al momento de rehabilitar un paciente, lo cual nos guiara a un tratamiento exitoso.

Objetivo

Asociar la satisfacción del paciente con la evaluación técnica de la prótesis removible total convencional.

Materiales y métodos

Se evaluó a los pacientes rehabilitados en la Escuela de Pregrado de Odontología en las Cátedras de Prótesis Removible I y II de la Universidad de Valparaíso. La muestra consto de 35 pacientes a los cuales se les aplicaron 3 cuestionarios, 2 de los cuales se encuentran estandarizados, Sato y C.E.T. modificado.

Resultados

Encontramos que existe una relación estadísticamente significativa ($p=0,009$) entre la satisfacción del paciente y la calidad técnica de la prótesis superior, no así para la prótesis inferior.

Discusión

Según los estudios realizados en esta área concordamos en que no se asocia la satisfacción y la calidad técnica en la prótesis inferior, pero diferimos en ello para la prótesis superior donde si encontramos una asociación. Esto posiblemente se debe a que los investigadores no han evaluado las prótesis por separado.

Conclusiones

La satisfacción está asociada a la calidad técnica para la prótesis superior no así para la prótesis inferior.

Palabras claves: Satisfacción, calidad técnica, prótesis removible totales.

Abstract

Introduction

On the literature it's not yet clear which factors would be the most important to patient satisfaction with complete denture. This may be due to the lack of standardization and validation of the applied instruments. The clarification of these factors will be important when a patient's rehabilitation, which will guide us to successful treatment.

Objective

Relate patient satisfaction with the technical evaluation of the complete dentures

Materials and methods

Were evaluated patients rehabilitated for Undergraduates of The School of Dentistry in the Departments of Removable Prosthodontics I and II in the University of Valparaíso. The sample consisted of 35 patients to whom 3 questionnaires were applied, 2 of which are standardized; modified CET and Sato.

Results

We found that there is a statistically significant ($p = 0.009$) between satisfaction of patients and the technical quality of the maxillary denture, but not for the mandibular dentures.

Discussion

According to studies in this area, we agree that satisfaction and technical quality is not associated for the mandibular dentures, but differ in that for the maxillary denture, where if we find an association. This may be because researchers have not evaluated prostheses separately.

Conclusion

Satisfaction was associated with the technical quality for the upper denture, not for the lower dentures.

Key words: *Satisfaction, technical quality and complete denture.*

Referencias

1. Apuntes de la Cátedra de Operatoria Dental 2008, Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso.
2. Apuntes de Cátedra de Prótesis Removible, 2008, Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso.
3. Baldovino M. A., Barriga C., Ortiz M.C., Concha S. (2005) Evaluación del nivel de satisfacción frente antiguas rehabilitaciones orales y los factores que influenciaron dicha condición, en adultos mayores, que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad de Santo Tomás..Utsalud Odontología 4: 99-108.
4. Bellini D, Dos Santos MB. (2009) Patients' expectations and satisfaction of complete dentare therapy and correlation with locus of control. Journal of Oral Rehabilitation 36; 682–686.
5. Bortolotti L., (2006) Prótesis removibles clásica e innovaciones – AMOLCA.
6. Cabargas J. y Misrachi C. (2005) Salud Oral en el Adulto Mayor, Santiago, Chile. Universidad de Chile, 2005; 17-26.
7. Ceballos R. (1995): Estudio de prevalencia de morbilidad bucal en adultos mayores de 65 años del área Valparaíso Viña del mar quillota entre los meses de septiembre del 1994 y mayo del 1995. Universidad de Valparaíso.
8. Cees de Baat (1997) “Prosthetic condition” and patients' judgment of complete dentures, J Prosthetic Dent; 78: 472-8.
9. Celebic A., Knezovic´-Zlataric´ D. (2003): A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. Journal of Dentistry. 31: 445–451.
10. Celebic A., Knezovic-Zlatari D., Papic M., Carek V., Baucic I., Stipetic J. (2003): Related to patient satisfaction with complete denture therapy. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES. 58^a: 948–953.
11. Celebic A, Valentíc –Peruzovic´ M. (2000) The Patient's and the Therapist's Evaluation of Complete Denture Therapy. Coll. Antropol. 24 Suppl. 1: 71–77 UDC 616.314-089.28.
12. Critchlow, J. Ellis S. (2010). Prognostic indicators for conventional complete denture therapy: A review of the literature. Journal of Dentistry 38: 2-9.
13. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, (2007). “Protección Social y Adultos Mayores” PREDES.

14. Fenlon M.R., Sherriff M. (2008): An investigation of factors influencing patient's satisfaction with new complete denture using structural equation modeling. *Journal of dentistry* 36: 427-434.
15. Fenlon M.R., Sherriff M., Newton J.T. (2007); Influence of personality on patients satisfaction with existing and new complete dentures. *Journal of Dentistry* 35: 744 – 748.
16. Fenlon MR, Sherriff M. (2004). Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two years. *Gerodontology* 23 1; 23-32.
17. Geering A.H. (1988) Atlas de Prótesis total y Sobredentaduras Barcelona, España.
18. Kawai Y. (2009) The use of existing denture-satisfaction ratings for a diagnostic test to indicate prognosis with newly delivered complete dentures. *Journal of Prosthodontics Research* 53; 176-179.
19. Marinus A. J. van Waas, (1990). Determinants of dissatisfaction with dentures: A multiple regression analysis. *J Prosthetic Dent*; 64: 569-72.
20. Marinus A. J. van Waas, (1990). The influence of psychologic factors on patient's satisfaction with complete dentures. *J Prosthetic Dent*; 90:545-8.
21. MINSAL (2007) Guía Clínica, Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.
22. MINSAL (2006), Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud.
23. MINSAL (2003) Encuesta nacional de salud. Ministerio de Salud.
24. Mallats E. (2004), La oclusión en prótesis parcial removible, Prótesis total removible y sobredentaduras, pag 233, Editorial Elsevier.
25. Nevalainen MJ, Rantanen T. (1997) Complete dentures in the prosthetic rehabilitation of elderly persons: five different criteria to evaluate the need for replacement. *Journal of Oral Rehabilitation* 24; 251-258.
26. Okeson J., (2003), Neuroanatomía funcional y fisiológica del sistema masticatorio - Tratamiento de oclusión y afecciones tempormandibulares 5 ed. – pag 45, 53, 54 – Elsevier España, S.A.
27. Peltola M.K., Raustia A.M., Salonen M.A.M. (1997): Effect of complete denture renewal on oral health a survey of 42 patients. *Journal of Oral Rehabilitation* 24: 419-425.
28. Pennacchiotti G. (2006) Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados. Tesis, Universidad de Chile.

29. RAE, Real Academia Española, vigésimo segunda edición (2001).
30. Sato Y., Hamada S., Akagawa I., Tsuga K. (2000); A method for quantifying overall satisfaction of complete dentures. *Journal of Oral Rehabilitation* 27; 952–957.
31. SENAMA (2009) Las personas mayores en Chile, situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile.
32. Sharry J. (1977) *Prostodoncia dental completa*. Tercera edición Barcelona, España.
33. Smith P.W.; McCord J.F. (2004): What do patients expect from complete dentures. *Journal of Dentistry* 32: 3–7.
34. Sharafat Al. (2008), Assessment of relation between patients attitude and patients satisfaction with complete dentures. *Pakistan Oral and Dental Journal* vol. 28 número 2, 305-8.
35. Turker S. B. (2009), Satisfaction of the complete denture wearers related to various factors, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49; 126-129.

Anexo 1

Identificación del paciente						
Ficha número:			RUT:			
Sexo	M			F		
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa					
Cuestionario						
Uso de prótesis	Superior			Inferior		
	Si	No		Si	No	
Año rehabilitación	2007		2008		2009	
	Si			No		
Número de prótesis anteriores						
Tiempo de edentulismo	meses					
Duerme con la prótesis superior	Superior			Inferior		
	Si	No	A veces	Si	No	A veces

Anexo 2

Preguntas Cuestionario Sato 2000

Identificación del Paciente: _____

1. ¿Cuán satisfecho se siente al masticar?

¿Se siente cómodo/a con sus prótesis al masticar?

Respuestas		
Si	Más o menos	No
Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho

2. ¿Cuán satisfecho se siente al hablar?

¿Se siente cómodo/a con su prótesis al hablar?

Respuestas		
Si	Más o menos	No
Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho

3. ¿Siente dolor con la prótesis superior?

¿Siente dolor al usar la prótesis superior?

Respuestas		
No	A veces	Si
Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho

4. ¿Cuán satisfecho se siente con la estética?
¿Le gusta como se ve estéticamente con su prótesis?

Respuestas		
Si	Más o menos	No
Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho

5. ¿Cuán satisfecho se siente con el ajuste de la prótesis superior?
Al ponerse la prótesis superior, sin morder ni hablar ¿Siente que se amolda/adapta bien a su boca? o ¿siente que presiona más fuerte en algunos sectores?

Respuestas		
Si	Más o menos	No
Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho

6. ¿Cuán satisfecho se siente con la retención de la prótesis inferior?
¿Siente que se le suelta la prótesis inferior al hablar o comer?

Respuestas		
No	A veces	Si
Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho

7. ¿Cómo se siente con el confort de la prótesis superior?
¿Se siente cómodo con su prótesis superior?

Respuestas		
Si	Más o menos	No
Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho

Resultados

Pregunta	Satisfecho	Regularmente Satisfecho	Insatisfecho
Masticar	14	6	0
Hablar	9	6	0
Dolor	12	11	0
Estética	13	11	0
Ajuste	18	13	0
Retención	15	11	0
Comodidad	19	16	0
Puntaje Total			

- ✓ Satisfecho: 85 - 100
- ✓ Regularmente satisfecho: 60 - 84
- ✓ Insatisfecho: 0 - 59

Anexo 3

Cuestionario de Evaluación Técnica (C.E.T.)

Modificado para prótesis totales

Identificación del paciente: _____

Instrucciones: Leer cuidadosamente el instructivo, luego responder las siguientes preguntas según corresponda. Se deben contestar todas las preguntas marcando con una cruz la respuesta escogida.

Nº Pregunta	Pregunta	Respuesta	
1	OCCLUSIÓN	Correcta (1)	Incorrecta (0)
2	ESTÉTICA Ubicación de dientes	SI (1)	NO (0)

3	Forma, tamaño y color de dientes	SI (1)	NO (0)
4	POLVO ADHESIVO Superior	NO (1)	SI (0)
5	Inferior	NO (1)	SI (0)
6	LÍMITES Extensión del límite POSTERIOR SUPERIOR	Adecuado/Corto (1)	Extendido (0)
7	Extensión del límite POSTERIOR INFERIOR	Adecuado/Corto (1)	Extendido (0)
8	Extensión del límite VESTIBULAR SUPERIOR	Adecuado/Corto (1)	Extendido (0)
9	Extensión del límite VESTIBULAR INFERIOR	Adecuado/Corto (1)	Extendido (0)
10	Extensión del límite LINGUAL	Adecuado/Corto (1)	Extendido (0)
11	SOPORTE (Respuesta a fuerzas intrusivas) Superior	Buena (1)	Mala (0)
12	Inferior	Buena (1)	Mala (0)
13	RENTENCIÓN (Respuesta a fuerzas extrusivas) Superior	Buena (1)	Mala (0)
14	Inferior	Buena (1)	Mala (0)
15	ESTABILIDAD (sin movimiento) Superior	SI (1)	NO (0)
16	Inferior	SI (1)	NO (0)
17	CONTROL LINGUAL	SI (1)	NO (0)
18	ZONA DE ALIVIO DEL TEJIDO BLANDO Superior	SI (1)	NO (0)
19	Inferior	SI (1)	NO (0)
20	ZONA DE ALIVIO DEL TEJIDO DURO Superior	SI (1)	NO (0)
21	Inferior	SI (1)	NO (0)
22	MÁRGENES O BORDES (grosor) Superior	Delgados (1)	Gruesos (0)
23	Inferior	Delgados (1)	Gruesos (0)

24	MÁRGENES O BORDES (superficie) Superior	Romos (1)	Filosos (0)
25	Inferior	Romos (1)	Filosos (0)
26	SUPERFICIE ACRÍLICO Superior	Lisa (1)	Irregular (0)
27	Inferior	Lisa (1)	Irregular (0)
28	PRESENCIA DE ESTOMATITIS Superior	SI (1)	NO (0)
29	Inferior	SI (1)	NO (0)
30	PRESENCIA DE ÚLCERAS Superior	SI (1)	NO (0)
31	Inferior	SI (1)	NO (0)
32	PRESENCIA DE HIPERPLASIAS Superior	SI (1)	NO (0)
33	Inferior	SI (1)	NO (0)
34	SECRECIÓN SALIVAL	SI (1)	NO (0)
	PUNTAJE TOTAL		

Puntaje

0 punto= Primera columna de respuestas

1punto= Segunda columna de respuestas

Evaluación de Resultados

1. Prótesis removible total superior

Puntaje Total = 18	
0 - 13	= Calidad Técnica deficiente
14 - 18	= Calidad Técnica adecuada

2. Prótesis removible total inferior

Puntaje Total = 20

0 - 14 = Calidad Técnica deficiente

15 - 20 = Calidad Técnica adecuada

Anexo 4

Diez reglas para pacientes con prótesis (hoja de instrucciones)

1. *Paciencia.* Se necesita tiempo para aprender a manejar las prótesis. Siga los consejos de su odontólogo y no se desanime
2. *Prótesis inferiores* Requieren más paciencia que las superiores, ya que el tiempo de aprendizaje y adaptación es mucho más largo. No debe inquietarse si el espacio lingual es más estrecho e inusual; la lengua se acostumbrará a la nueva situación.
3. *Masticar* Durante los primeros días coma únicamente alimentos blandos y poco adhesivos. Mastiquen despacio y con regularidad para irse acostumbrando progresivamente al uso de las prótesis y a la presión que ejercen sobre las crestas alveolares. Cuanto más tiempo de tome para la comida, antes se habituará a las nuevas prótesis. No se inquiete, las prótesis siempre se mueven al masticar
4. *Morder* No de bocados demasiado grandes al principio. Corte pedacitos pequeños. Si las crestas alveolares son suficientemente resistentes, puede intentar morder un pedazo de pan o incluso una manzana. Al morder, empuje el pan o la manzana con fuerza hacia atrás contra los incisivos superiores; así se sujeta la prótesis en su sitio. Por desgracia, no todos los portadores de prótesis consiguen aprender a morder.
5. *Puntos de presión* Las nuevas prótesis le causarán pequeñas molestias e incluso puntos dolorosos de presión. Acuda al odontólogo; él prestará ayuda.
6. *Fonación* Practique leyendo en voz alta o controlándose en un espejo

7. *Limpieza* Limpie su prótesis todos los días por la mañana y por la noche con un cepillo especial para prótesis y jabón no alcalino, y enjuáguelas cuidadosamente el agua después de cada comida. No olvide también limpiarse el paladar y la lengua con un cepillo blando.
8. *Tiempo de uso* Lleve siempre sus prótesis puestas, excepto para limpiarlas y enjuagarlas. Si su odontólogo le aconseja sacarse la prótesis por la noche, colóquelas en un vaso con agua limpia, pues la resina se deforma si se seca al aire
9. *Modificaciones de tejidos* Las crestas alveolares cambian con el paso del tiempo; las prótesis sin embargo, no. Por lo tanto visite regularmente a su odontólogo para que controle el asiento y el ajuste. En ciertos casos, un simple rebase o , si es necesario, la confección de una prótesis nueva puede tener gran importancia para usted a largo plazo
10. *Modificaciones en la prótesis* No intente nunca adaptar o reparar la prótesis; sólo su odontólogo posee los conocimientos necesarios para ello

Anexo 5

Resultados Encuesta Nacional de Salud Chile 2003 Salud Bucal en Adultos de 65 y más años.

**Individuos de 65 y más años dentados totales por sexo.
Tasa por 100 habitantes (Intervalo de 95% de confianza). Chile 2003.**

	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	N	Prevalencia	N	Prevalencia	N	Prevalencia
Dentados totales maxilar superior	366	0,5 (0,0 – 0,8)	496	0,4 (0,0 – 1,0)	862	0,4 (0,1 – 0,7)
Dentados totales maxilar inferior	366	4,1 (0,8 – 7,3)	496	1,5 (0,0 – 3,4)	862	2,6 (0,8 – 4,3)
Dentados totales ambos maxilares	366	1,5 (0,0 – 3,2)	496	0,1 (0,0 – 0,2)	862	0,7 (0,0 – 1,4)

**Individuos de 65 y más años desdentados totales por sexo.
Tasa por 100 habitantes (Intervalo de 95% de confianza). Chile 2003.**

	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	N	Prevalencia	N	Prevalencia	N	Prevalencia
Desdentados totales maxilar superior	366	19,3 (13,4 – 25,3)	496	24,4 (18,2 – 30,5)	862	22,3 (17,9 – 26,7)
Desdentados totales maxilar inferior	366	2,8 (0,5 – 5,0)	496	4,1 (1,4 – 6,7)	862	3,5 (1,7 – 5,3)
Desdentados totales ambos maxilares	366	24,0 (18,3 – 29,6)	496	40,1 (33,3 – 46,9)	862	33,4 (28,6 – 38,2)

Prevalencia de uso de prótesis dental superior por sexo en Individuos de 65 y más años.

Tasa por 100 habitantes (Intervalo de 95% de confianza). Chile 2003.

	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	N	Prevalencia	N	Prevalencia	N	Prevalencia
Uso de prótesis dental maxilar superior	366	22,2 (16,2 – 28,1)	496	27,5 (21,9 – 33,0)	862	25,3 (21,2 – 29,3)
Uso de prótesis dental maxilar inferior	366	1,0 (0,0 – 2,2)	496	0,6 (0,1 – 1,0)	862	0,8 (0,2 – 1,3)
Uso de prótesis dental ambos maxilares	366	27,0 (20,4 – 33,6)	496	44,1 (37,1 – 51,2)	862	37,1 (32,0 – 42,1)

**Promedio (I.C.) de dientes remanentes por sexo en Individuos de 65 y más años.
Chile 2003.**

	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	N	Promedio	N	Promedio	N	Promedio
Promedio de dientes remanentes	366	8,9 (7,8 – 10,0)	496	5,7 (4,7 – 6,7)	862	7,0 (6,2 – 7,9)

Frecuencia de cepillado de dientes en mayores de 65 años. Chile 2003.

Menos de 1 vez al día	1 vez al día	2 o más veces al día
18,6	22,0	59,4
(14,4 – 22,7)	(17,6 – 26,4)	(53,9 – 65,0)

Causa de la última visita al dentista en individuos de 65 y más años. Chile 2003.

Causa	Tasa por 100 habitantes
Dolor o sospecha de caries	17,7 (13,6 – 21,7)
Sangramiento de encías	0,7 (0,0 – 1,4)
Revisión o control dental	7,5 (4,7 – 10,2)
Estética (prótesis)	50,9 (45,5 – 56,4)
Otra razón	16,5 (12,4 – 20,6)
Nunca lo ha visitado	6,7 (4,4 – 9,1)

Prevalencia de incomodidad de dientes o prótesis por sexo en individuos de 65 y más años. Tasa por 100 habitantes (Intervalo de 95% de confianza). Chile 2003.

Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
N	Prevalencia	N	Prevalencia	N	Prevalencia
353	28,8	489	29,3	842	29,1
	(20,3 – 37,4)		(22,2 – 36,3)		(23,7 – 34,4)

Prevalencia (I.C.) de autoreporte de desdentamiento por sexo en individuos de 65 y más años.. Tasa por 100 habitantes (Intervalo de 95% de confianza). Chile 2003.

Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
N	Prevalencia	N	Prevalencia	N	Prevalencia
389	19,6	529	19,6	918	19,6
	(11,2 – 28,1)		(14,1 – 25,0)		(14,7 – 24,4)

Anexo 6

Estructura de llamado telefónico

<p>Hola Buenos días/Buenas tardes ¿Con el/la Sr/Sra. _____ ?</p>			
Si		No	
<p>Usted habla con _____ alumno/a de la Escuela de Odontología</p> <p>La razón por la cual llamo es para invitarlo/a a participar en una investigación, que tiene por objetivo evaluar el tratamiento con Prótesis removible que usted se realizó en la Escuela.</p> <p>Este consiste en un breve examen, posterior a una entrevista, la cual tiene una duración aproximada de 15 minutos.</p> <p>Al término de este se le hará entrega de un regalo que consiste en un kit de la marca Corega</p> <p>¿Usted estaría interesado en participar?</p>		<p>Averiguar otro contacto</p>	
		Si	No
		Llamar	Disculpe las molestias Muchas Gracias
Si		No	
<p>Para participar necesita venir a la Escuela de Odontología el día _____ en la clínica _____ a las _____ hrs</p> <p>Debe traer su carnet de identidad y en caso que utilice algún elemento adhesivo en sus prótesis, ese día no lo utilice.</p>		<p>Disculpe las molestias Muchas Gracias</p>	
Si, no hay problema	Si no puede venir por ese día	Si no puede venir por problemas de traslado	
<p>Muchas Gracias Nos vemos ese día Hasta luego</p>	<p>Se le encontrará un día en la programación para hacerlo y se le llamará y citará una semana antes</p>	<p>¿Existe la posibilidad que podamos realizar este examen en su casa?</p>	
		Si	No
		<p>Confirmar la dirección y llamar 1 semana antes</p>	<p>Disculpe las molestias Muchas Gracias</p>
	<p>Muchas Gracias Estaremos en contacto con usted Hasta luego</p>	<p>Muchas Gracias Estaremos en contacto con usted Hasta luego</p>	

Anexo 7

Consentimiento informado.

Consentimiento informado para investigación clínica.

Investigador Responsable: **Dra. Valeria Moukarzel Suazo. Profesora auxiliar de la cátedra de prótesis removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.**

Titulo del protocolo: **Asociación de la autosatisfacción y la evaluación técnica en pacientes rehabilitados con set de prótesis removibles totales.**

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que esta estudiando la asociación existente entre la satisfacción que siento al usar mis prótesis removibles y el estado clínico de ellas.

Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en ***someterme a un examen clínico el cual tiene por objetivo evaluar la prótesis que porto y además me comprometo a responder responsable y con la verdad a un cuestionario que tiene por finalidad medir mi satisfacción con la prótesis removible que porto.***

Yo entiendo que:

- a) Los posibles riesgos de este procedimiento incluyen que en el transcurso del examen de la prótesis removible, ésta puede sufrir algún daño, él cual será reparado de la mejor forma posible por parte de los alumnos investigadores sin costo para mí.
- b) En este estudio no se ofrecen tratamientos por lo cual no existen tratamientos alternativos.
- c) Los posibles beneficios que tendré en este estudio son:
 - Ser derivado de forma inmediata a la cátedra correspondiente si existiera alguna irregularidad en mi boca o en mis prótesis.

- Conoceré el resultado de la evaluación de mi prótesis y la satisfacción que tengo hacia ella.
 - recibiré un set promocional de la empresa GSK, que contiene productos de la marca corega.
- d) Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por:
- Dra. Valeria Moukarzel Suazo, profesora titular de la Cátedra de Prótesis Removible.**
 - Jonnathan Araya Pizarro, alumno tesista.**
 - Carlos Cárcamo Cárdenas, alumno tesista.**
 - María José Hernández Rodríguez, alumna tesista.**
- e) Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a a dar razones y sin que esto perjudique en mi calidad de paciente o usuario/a.
- f) Los resultados de este estudio pueden ser publicados pero mi nombre o mi identidad no será revelado y mis datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por ley. Mis datos personales de nombre y teléfono serán entregados a la empresa GSK de la marca Corega de modo de certificar la entrega de su producto.
- g) Mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
- h) En el caso que sea dañado/a físicamente como resultado del estudio, la atención y el tratamiento odontológico serán proporcionados preferentemente en esta institución y, en cualquier caso, bajo la responsabilidad odontológica y legal del investigador o cirujano dentista responsable que firma este consentimiento.

*Firma del investigador o
Cirujano dentista responsable.*

*Firma del paciente o
Representante legal.*