



CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A CONECTORES MAYORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL METÁLICA

Trabajo de Investigación requisito para optar al Título de Cirujano-Dentista

Alumnos: Francisco Merino Becerra
María Victoria Pino Ayet

Docente Guía: Dra. Prof. Alejandra Rivera Urrutia
Cátedra Prótesis Removible

Valparaíso – Chile
2010

ESCUELA DE
ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO

CHILE

CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A CONECTORES MAYORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL METÁLICA

Trabajo de Investigación requisito para optar al Título de Cirujano-Dentista

Alumnos: Francisco Merino Becerra
María Victoria Pino Ayet

Docente Guía: Dra. Prof. Alejandra Rivera Urrutia
Cátedra Prótesis Removible

Valparaíso – Chile
2010

DEDICATORIA

“A mis padres por el sacrificio que han hecho en toda mi vida estudiantil y por creer en mí, incluso en los tiempos difíciles. Siempre serán el pilar de mi vida, y espero algún día serlo para ustedes.”

“A mi hermana Ani y su futura familia por su cariño, comprensión e incondicional apoyo. Siempre estaré a tu lado cuando lo necesites.”

“A mi compañera de tesis y gran amiga, ha sido un gigante apoyo en los buenos y malos momentos, sin ella mi vida universitaria hubiera sido diferente.”

“A mis amigos y amigas, gracias por acompañarme y aguantarme.”

“A la Cátedra de Periodoncia, gracias por acogerme y enseñarme a disfrutar más de la Odontología.”

Francisco Merino Becerra (Matru)

DEDICATORIA

“A Dios, por darme la oportunidad y herramientas para lograr mis sueños y metas.”

“A mis padres, por siempre creer en mí, y apoyarme como hija y estudiante, aunque no me entendieran completamente a mí o lo que estudiaba, espero estén orgullosos y felices de lo que sus hijos vamos y seguiremos logrando.”

“A mis hermanos, Nacho, Isa y Seba, por aguantarme, apoyarme, utilizar mis conocimientos, compartir los suyos (ya sea de lo que cada uno estudia y sabe, o de computación, comida, entretenciones, amigos y lo que sea), por ser mis hermanos siempre.”

“También a Minda, María Paz y Gaspar, incluso a la Sati y el Ivo, por ser mi familia y alegrías en mi vida.”

“A toda la patota familiar Ayet-Blanchard, porque siempre están conmigo para reír, llorar, pelear, conversar, defender, criticar, divertirse... para ser un gran familión demasiado presente en mi vida.”

“A mi compañero de tesis y gran amigo, porque fue (y será) genial compartir penas, alegrías, rabias, logros, tramos, nervios, mala suerte, carretes, pacientes y demasiados ramos con el mejor arquero de odontología.”

“A mis amigos, de la vida y odontología, que siempre han estado, y sé que estarán conmigo: Oscar, Coté, Ale, Mauro, Pame, Pau, Cota y quienes olvido con mi cabeza, pero no con mi corazón, yo también estaré con ustedes siempre.”

“A la cátedra de Prótesis Removible, por acogerme y enseñarme de odontología y de la vida.”

“A mi pololo: Tortito, gracias por quererme y apoyarme, por el esfuerzo, por desbloquear páginas, imprimir informes, aprender odontología y yoga, por apoyarme fielmente en mi campaña de subir de peso sin subir la glicemia, por dejarme dormir en todos lados y disfrutarlo, por celebrar conmigo, por no dejarme ver películas tristes, por generar más cosas pendientes por hacer siempre, por todos tus miles de detalles conmigo...por ser mi Torto. TE AMO.”

María Victoria Pino Ayet (Vicky / Mari)

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos quienes de alguna u otra forma, con cariño, tiempo, dedicación, recursos y paciencia, colaboraron en nuestra tesis:

A la Dra. Alejandra Rivera por ser una gran docente guía y apoyo en esta etapa importante de nuestra vida.

A Alejandra Romero por ser una gran amiga y futura colega, por su colaboración en el examen clínico de nuestros pacientes de tesis, ayuda voluntaria y desinteresada que nos brindó muy efectivamente.

A la Dra. Rosa Moya, al Dr. Jorge Godoy, al Dr. Alfredo Cueto y al Dr. Rodrigo López por orientarnos a realizar mejor nuestro trabajo.

A Oscar Trujillo (visitador médico de MAVER) por su colaboración y disposición a ayudarnos con sus muestras médicas y a Iván Astorga por colaborarnos con las fotocopias necesarias.

A todos los pacientes que participaron en este estudio, por su tiempo, paciencia e interés.

INDICE

	página
INTRODUCCIÓN	01
MARCO TEORICO	02
1. CALIDAD DE VIDA	02
1.1 Calidad De Vida En Relación A La Salud General	02
1.2 Calidad De Vida En Relación A La Salud Oral	02
1.3 Calidad De Vida Del Paciente Respecto A Su Rehabilitación	03
1.3.1 Autopercepción De Calidad De Vida En Salud Oral	04
1.3.2 Factores Que Influyen En La Autopercepción De Salud Oral	04
a) Género	04
b) Edad	04
c) Terreno Biológico	05
- Número De Dientes Remanentes Por Arcada	05
- Ubicación De La(s) Pérdida(s) Dentaria(s)	06
- Relaciones Intermaxilares	06
- Higiene Oral	06
- Vía De Carga	06
d) Calidad Técnica	07
e) Experiencia Previa De Uso De Prótesis Removible	07
f) Tiempo De Uso	08
g) Estado De Salud Mental	08
1.3.3 Oral Health Impact Profile (OHIP)	09
2. PRÓTESIS REMOVIBLE	11
2.1 Prótesis Parcial Removible	11
2.2 Prótesis Parcial Removible Metálica	11
2.2.1 Elemento Mecánico	11
- Componentes Del Elemento Mecánico	11
2.3 Conectores Mayores	12
- Función	12
- Características Generales De Los Conectores Mayores	12
- Clasificación De Los Conectores Mayores	13
2.3.1 Conectores Del Maxilar Superior	14
a) BARRA PALATINA	14
b) BARRA PALATINA DOBLE	15
c) CINTA PALATINA	15
d) PLACA PALATINA PARCIAL	16
e) PLACA PALATINA TOTAL	17
f) CONECTOR EN HERRADURA	18

	página
2.3.2 Conectores Del Maxilar Inferior	19
a) BARRA LINGUAL	19
b) BARRA SUBLINGUAL	20
c) BARRA VESTIBULAR	21
d) CONECTOR PLACOIDE	22
2.3.3 Conectores Para Ambos Maxilares	24
a) CONECTOR CINGULAR	24
OBJETIVOS	26
Objetivo General	26
Objetivos Específicos	26
MATERIALES Y METODOS	27
1. SUJETOS	27
1.1 Universo	27
1.2 Unidad de Análisis y Población Estudio	27
1.3 Criterios De Inclusión	27
2. RECOLECCIÓN DE DATOS	28
2.1 Variables	28
2.2 Definiciones Conceptuales Y Operacionales	29
2.3 Método De Recolección De Información	32
2.4 Instrumentos	34
2.5 Aprobación Ética	35
3. ANÁLISIS DE DATOS	36
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	53
SUGERENCIAS	54
RESUMEN	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

Hoy, la esperanza de vida al nacer en Chile supera los 77 años, y la población adulta se encuentra aumentada respecto a años anteriores, por lo cual nos encontramos ante una mayor población con problemas de edentulismo: menos del 1% de los adultos mayores de 60 años poseen todos sus dientes en boca, y el promedio de dientes remanentes es de 7 dientes (Armellini, 2008; Minsal, 2007; Stratton, 1988).

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 (Armellini, 2008; Minsal, 2007; Stratton, 1988). El principal tipo de rehabilitación protésica llevada a cabo en esta población lo constituye la prótesis parcial removible metálica (PRPM) (Jimenez & Sandoval, 2004), pero el alta del paciente rehabilitado correctamente (y con adecuada indicación de tratamiento) no significa el éxito del tratamiento en términos de adecuada y mejorada calidad de vida del paciente (Loza, 2006), ya que muchos pacientes, pese a tener una adecuada prótesis (con adecuada indicación y diseño, inclusive del conector mayor) no se logran adaptar a ella, debido a que las funciones musculares no logran reprogramarse, o por no superar la sensación de cuerpo extraño dentro de la cavidad oral, o las funciones de masticación y habla están muy debilitadas, entre otras causas (Loza, 2006).

Es pre-requisito siempre, para el éxito del tratamiento, la correcta indicación y diseño de la aparatología, que incluye al conector mayor, encargado de otorgar la principal forma de estabilidad y rigidez al aparato protésico.

A nivel internacional existen pocos estudios que avalen la influencia del diseño del conector mayor de una prótesis parcial removible y su influencia en calidad de vida relacionada con la salud oral del paciente rehabilitado. Hasta ahora, por lo tanto, la selección del conector mayor se basa, además de las características del terreno biológico, en la experiencia del clínico y en su conocimiento empírico respecto a la mayor o menor comodidad aportada por uno u otro conector mayor al paciente, sin evidencia científica que aporte información respecto a qué conector mejora más la calidad de vida del paciente.

Por ello, el presente estudio pretende medir en forma correcta, objetiva y repetible (por primera vez en población chilena) la calidad de vida en relación a la salud oral del paciente (CDVRSO), comprendiendo su multidimensionalidad, en función del conector mayor utilizado en la rehabilitación con prótesis removible parcial metálica (PRPM) de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, con el fin de lograr un criterio válido a tomar en cuenta en futuras decisiones respecto al diseño del conector mayor a utilizar en el tratamiento mediante prótesis removible parcial metálica, tomando en cuenta a su principal protagonista: el paciente.

MARCO TEÓRICO

1. CALIDAD DE VIDA

1.1 Calidad de Vida En Relación A La Salud General

La OMS (1993) define la calidad de vida en relación con la salud como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto socio cultural”, involucrando así no solo salud física, sino además las influencias sociales en el individuo y aspecto psicológico-afectivo del mismo (Montero, 2006).

Mediante cuestionarios desarrollados científicamente y estandarizados, se puede evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y bienestar: el concepto de salud ha evolucionado desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, otorgándole una importancia fundamental a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida del paciente (Misrachi & Espinoza, 2005).

Los instrumentos existentes para medir calidad de vida con relación a salud (salud general o en relación a un problema específico de salud) se aplican en estudios sobre (Misrachi & Espinoza, 2005):

1. Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual.
2. Detección de problemas de salud percibidos por la población.
3. Auditoria médica.
4. Evaluación de servicios de salud.
5. Estudios clínicos (evalúan los efectos de ciertas intervenciones sobre la calidad de vida, pudiendo mejorarla -perfil terapéutico de la intervención- o deteriorarla -perfil de efectos adversos-).
6. Análisis de costo-efectividad.

1.2 Calidad De Vida En Relación Con La Salud Oral

La calidad de vida de un paciente está determinada por sus condiciones de vida generales, en aspectos físicos y mentales, y específicas (las patologías orales suelen no ser fatales, pero si afectan la capacidad del paciente de alimentarse, comunicarse -hablar- y sociabilizar con el medio que le rodea: el paciente ya no se conforma con sólo una resolución de su patología, sino que además busca la belleza en su sistema estomatognático), y por la satisfacción personal (en una escala de valores personal) (John, 2004; Montero, 2006; Misrachi & Espinoza, 2006; Penachiotti, 2006): Un paciente rehabilitado correctamente con prótesis removible parcial metálica debiera mejorar por lo tanto su calidad de vida en relación con su salud oral (CDVRSO) (Penachiotti, 2006).

Los instrumentos disponibles para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral (CDVRSO) son variados, de acuerdo a las dimensiones evaluadas por el autor según su base teórica y su filosofía analítica (Ikebe, 2007; Mehl, 2009; Misrachi & Espinoza, 2005; Montero, 2006; Sondell, 2002; Zlataric, 2000):

- Social Impact of Dental Disease (SIDDD), Cushing et al., 1986.
- Dental Health Index.(DHI), Gooch & Dolan, 1989,
- Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI), Atchison & Dolan, 1990.
- Dental Impact Profile (DIP), Strauss & Hunt, 1993.
- Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI), Locker & Miller, 1994.
- Oral Health Impact Profile (OHIP-49), Slade & Spencer, 1994.
- Dental Impact on Daily Living (DIDL), Leao & Sheiham, 1996.
- Oral Health-related Quality of Life (OHQOL), Kressin et al., 1996.
- Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), Adulyanon & Sheiham, 1997.
- Oral Health Quality of Life UK (OH-QoL UK), McGrath & Bedi, 2000.

Estos instrumentos, específicamente en odontología, se pueden utilizar en (Misrachi & Espinoza, 2005; Penachiotti, 2006):

1. Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociados a problemas de salud oral.
2. Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
3. Auditorias odontológicas.
4. Ensayos clínicos.
5. Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.

1.3 Calidad De Vida Del Paciente Respecto A Su Rehabilitación (En Relación Al Conector Mayor De Su Prótesis Parcial Removible Metálica)

La satisfacción del paciente con su tratamiento rehabilitador protésico incluye su comodidad, estética, facilidad de higiene y función masticatoria, y se debe considerar la evaluación en las actividades diarias del paciente (Strassburger, 2006; Szentpetery, 2005; Zlataric, 2008). El resultado final de la rehabilitación se mide entonces cuantificando o calificando la calidad de vida lograda para el paciente (Misrachi & Espinoza, 2005).

Ahora bien, en un principio la decisión del tratamiento protésico se basa en el conocimiento y experiencia del profesional, dejando de lado la percepción del paciente; es así como Ettinger encontró que el 60% de pacientes portadores de prótesis que requerían rebase o sustitución, no encontraban la necesidad de hacerlo (Ettinger et al., 1984). Por otro lado, Kiyak apuntó que los ancianos perciben menor necesidad de tratamiento que la recomendada por el odontólogo (Kiyak & Mulligan, 1987).

1.3.1 Autopercepción De Calidad De Vida En Salud Oral

La manera en que las personas perciben su salud oral se relaciona significativamente con su bienestar, es así como una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien, ayudando a su satisfacción y felicidad: por ende, la percepción de la salud oral puede considerarse un factor predictor de calidad de vida (Al-Omiri, 2006; Penachiotti, 2006; Sondell, 2002).

La autopercepción del individuo sobre su salud oral es el factor que más influye en el uso de prótesis removible (Penachiotti, 2006).

1.3.2 Factores Que Influyen En La Autopercepción De Salud Oral

a) Género

No existe consenso respecto a la influencia del género en la calidad de vida del paciente portador de prótesis removible: algunas investigaciones han concluido diferencias no estadísticamente significativas entre ambos géneros (John, 2004; Ponce, 2004), en tanto otros han establecido diferencias en cuanto al motivo de preocupación, pues mientras al hombre le preocupan más aspectos como la función alimentaria, la mujer prioriza la confianza (Misrachi, 2004). Otras investigaciones afirman que el sexo femenino se ve más afectado por los problemas de la vejez (incluyendo ausencias dentarias), pero que a su vez ellas demuestran mayor preocupación por ello, al ser quienes más demandan atención en los servicios de salud (Penachiotti, 2006), y quienes, debido a que perciben un mayor nivel de impacto oral, manifiestan mayor dolor e insatisfacción estética (Inglehart, 2002); en tanto otros autores señalan que son los varones quienes valoran en forma más negativa su condición oral (Montero, 2006).

Respecto a la participación de personas en trabajos relacionados con la calidad de vida en salud oral, la mayoría de ellas son mujeres (Caglayan, 1996; Montero, 2006; Pinzon, 1999).

b) Edad

Durante la vejez, existen cambios en la estructura de los tejidos que conforman el aparato estomatognático, asociados a un cuidado cada vez más deficiente de la salud bucal durante el transcurso de la vida (Misrachi & Sepúlveda, 2002). Después de la sexta década de vida, comienza un mayor compromiso orgánico y psíquico que podría influenciar la calidad de vida percibida por la persona (MINSAL, 2007). Otros estudios, con un tamaño de muestra menor, respaldan esto señalando que, después de los 65 años, los niveles de calidad de vida decrecen, (John, 2004). Cabe mencionar, sin embargo, que en edades más tempranas la medición de calidad de vida es bastante variable (Mason, 2006).

Son pocos los estudios que analizan un rango etario amplio para ponderar el factor edad respecto de la CDVRSO, con resultados además dispares (Turbert-Jeannin, 2003): Mientras algunos estudios no le otorgan influencia alguna (John, 2004), otros correlacionan positivamente edad e impacto del tratamiento rehabilitador recibido (Montero 2006; Turbert-Jeannin, 2003), debido a que los pacientes adultos mayores, pese al desajuste de su prótesis removible, manifiestan satisfacción respecto a ella, mientras que adultos más jóvenes solicitan mejoramiento de dicha prótesis (Penachiotti, 2006). Por otra parte, se ha sugerido que el impacto del estado bucal sobre la calidad de vida disminuye con la edad: a partir de los 65 años la salud oral comienza a ser percibida de forma independiente de la salud general, perdiendo importancia las condiciones orales (Perez, 2004).

Se ha establecido además, que el uso efectivo de la prótesis removible como tratamiento rehabilitador está relacionado directamente con la edad del paciente (Penachiotti, 2006).

c) Terreno Biológico

Otro aspecto importante es la salud de los tejidos duros y blandos, pues se ha observado, consecuencia del uso de prótesis deficientes o de su mal uso, presencia de estomatitis, úlceras, hiperplasias y otras lesiones de los tejidos blandos (Carvajal & Sarmiento, 2003; Jiménez & Sandoval, 2004; Penachiotti, 2006), y estudios longitudinales, luego de la instalación de la prótesis parcial, han detectado un aumento de los niveles de placa bacteriana, con el consecuente aumento de gingivitis, periodontitis y caries (Barria, 2000).

Cabe mencionar que respecto a las condiciones del terreno biológico, la calidad de vida lograda y percibida por el clínico difiere de la percepción del paciente (Sampogna, 2009).

Entre los aspectos más importantes del terreno biológico a rehabilitar tenemos el número de dientes remanentes en cada arcada, la topografía remanente (o ubicación de la pérdida dentaria), las relaciones intermaxilares, la higiene y la vía de carga que se utilizará.

• Número De Dientes Remanentes Por Arcada

Varios estudios señalan que la pérdida dentaria es un fuerte componente del estado de salud oral, siendo incluso considerado el mayor predictor de la calidad de vida (Baba, 2008). La pérdida dentaria afecta directamente a la calidad de vida, especialmente si compromete la función fonética, la función estética y la función masticatoria del paciente (Baba, 2009). De acuerdo a lo demostrado por estudios longitudinales en 15 años, con el avance de los años, la mayoría de las personas pierde dientes, sin embargo, perder un diente o pocos dientes en un periodo de tiempo corto no afecta tanto la calidad de vida como una pérdida dentaria acumulada en el tiempo (Warren, 2002).

Se debe considerar el número y alineamiento de los dientes: se ha relacionado (en forma directa o evaluando aspectos de la calidad de vida, como la eficiencia masticatoria y la nutrición) la menor cantidad de dientes presentes en boca (menos de 10 dientes remanentes por arcada) con una menor calidad de vida del paciente (Ekanayke, 2005; Hugo, 2009; Leake, 1990; Locker & Slade, 1994; Tubert, 2003), mientras otros estudios han atribuido los problemas masticatorios a componentes no dentarios (Wostmann, 2008).

Investigaciones han mostrado que en pacientes desdentados parciales, el nivel de aceptación de una prótesis parcial removible no es bajo, ya que no elimina estructura dentaria adicional y está al alcance financiero de los pacientes encuestados (Leles & Martins, 2009).

- **Ubicación De La(s) Pérdida(s) Dentaria(s)**

La ubicación de los dientes remanentes también es relevante: se ha demostrado que prótesis parciales removibles que recuperan pilares de apoyo, aumentan la calidad de vida del paciente, mas no de forma significativa (Armellini, 2008), mientras que cuando se rehabilita con prótesis removible el sector anterior, la calidad de vida puede incluso descender (Michael, 2007).

- **Relaciones Intermaxilares**

Mantener adecuadas relaciones intermaxilares (RIMs) equivale a mantener una correcta correspondencia entre la arcada dentaria superior e inferior, conservando, entre otras características individuales del paciente, la dimensión vertical oclusiva (DVO), por al menos un contacto dentario estable en cada hemiarcada.

La pérdida de contactos dentarios es un factor determinante en la CDVRSO de un paciente, siendo el contacto oclusal más importante el existente entre los primeros molares (Baba, 2008).

- **Higiene Oral**

El cuidado de la prótesis removible se refleja en la higiene de ésta, y en conjunto con la higiene bucal (eliminación del biofilm de los dientes remanentes, evaluada con el índice de higiene oral simplificado de O'Leary) constituyen un buen hábito que puede mejorar la calidad de vida oral autopercibida por el paciente (Wan-Nasir, 2006).

- **Vía De Carga**

Finalmente, la topografía y salud de los dientes remanentes, son factores que determinan la vía de carga, que establece qué tejido(s) soportará(n) la prótesis removible, existiendo tres tipos: dentosoportada, mucosoportada y mixta.

Este concepto es importante de considerar para el alivio de los conectores mayores respecto al terreno biológico: cuando se trate de una prótesis removible parcial dentosoportada o mucosoportada, el alivio podrá ser mínimo, ya que no habrá ningún desplazamiento del conector durante su función (en el primer caso) o debido a que el desplazamiento será totalmente vertical; mientras, la prótesis parcial removible dentomucosoportada presentará una rotación secundaria al apoyo simultáneo sobre dos estructuras de distinta resiliencia, lo cual hace necesario una mayor cantidad de alivio del conector mayor. Estos movimientos y alivios descritos podrían influir en la calidad de vida oral del paciente (Mallat, 2004).

d) Calidad Técnica

Corresponde a la medición de los atributos que caracterizan a la prótesis removible como un aparato capaz de cumplir la función para la cual fue diseñada (Penachiotti, 2006), incluyendo unión y estabilidad en el caso de los conectores mayores.

Para que una prótesis sea considerada de buena calidad deberá cumplir con los requisitos universalmente aceptados y basados en teorías que sustentan la rehabilitación protésica: oclusión, extensión de los límites protésicos, soporte, retención, rigidez, estética, estabilidad, adaptación de los retenedores, alivios, márgenes e instalación y controles post-operatorios (Penachiotti, 2006).

Diversos estudios chilenos crearon y validaron el Cuestionario de Evaluación Técnica (CET), el cual, para determinar la adecuada calidad técnica de la rehabilitación, examina oclusión, estética, extensión de límites, retención, soporte, estabilidad, adaptación de los retenedores, zonas de alivio de tejidos blandos y duros, características de la terminación de la prótesis y presencia de alteraciones del terreno biológico. El cuestionario posee 36 preguntas de igual importancia, y se considera una adecuada calidad técnica cumplir con el 75% de las características adecuadas atinentes a la rehabilitación en evaluación (Carvajal & Sarmiento, 2003; Jiménez & Sandoval, 2004; Penachiotti, 2006).

e) Experiencia Previa De Uso De Prótesis Removible

Experiencias previas de utilización de aparatos protésicos removibles, así como la ausencia de experiencia en su uso, influyen en el grado de satisfacción del paciente con su tratamiento (Penachiotti, 2006): se ha observado que pacientes con experiencias previas con prótesis removible son los que quedan más insatisfechos respecto a los que no han usado nunca, siendo una de las causas principales de insatisfacción, el tipo de conector seleccionado (Knezovic, 2003). Sin embargo, el grado de satisfacción con el tratamiento protésico aumenta de acuerdo al número de evaluaciones realizadas (Misrachi & Ponce, 2004).

Cabe señalar además que la mayoría de los pacientes que siempre usan su prótesis (62,5% en prótesis superior y 58% en prótesis inferior) presentan una buena evolución de la salud oral, no así aquéllos que nunca o a veces utilizan su prótesis removible (Misrachi & Ponce, 2004).

f) Tiempo De Uso

Existe una rápida mejoría de la CDVRSO después del mes de ser rehabilitado el paciente, transformándose en moderada mejoría entre los 6 y 12 meses posteriores (Wolfart, 2005).

Luego de controlar tratamientos protésicos removibles parciales, Vanzeveren (2003) comprobó que, después de 5 años, sólo el 40% de los tratamientos continuaban en adecuado estado, sin necesidad de recibir ninguna maniobra clínica, y que luego de 10 años el valor se reduce al 20%, pudiendo repararse efectivamente muchos aparatos, aumentando entonces la supervivencia de la rehabilitación a un 50% en 10 años. En pacientes con más de 15 años de uso de la prótesis, el estado de ella y la conformidad por parte del paciente dependen del uso real del aparato por parte del paciente y de la topografía remanente (Vanzeveren, 2003). Por otro lado, un estudio longitudinal de 25 años demostró que el 65% de los pacientes que seguían vivos y relativamente sanos, tenían prótesis removibles funcionales, con pocos cambios a nivel dentario y periodontal (Vanzeveren, 2003).

g) Estado De Salud Mental

De acuerdo a la OMS, la salud mental es un estado de bienestar que va más allá de la ausencia de enfermedad, en el cual el individuo realiza su potencial y puede afrontar las tensiones normales de la vida, incidiendo determinantemente los factores macrosociales en el equilibrio síquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios (Viro, OMS, 2009).

El envejecimiento mental constituye un deterioro gradual y heterogéneo de diferentes facultades psicológicas, cuantitativas y cualitativas, con cambios mentales que aparecen en distintas formas y combinaciones, según la personalidad básica, y no implican síntomas clínicos significativos relacionados a la presencia de enfermedades, exposiciones ambientales y/o factores propios del estilo de vida (Penachiotti, 2006).

Entre un cuarto y un tercio de los ancianos presenta algún desorden psicológico que altera su calidad de vida, el cual además se puede manifestar con una serie de síntomas psicossomáticos que suelen no ser atribuidos directamente a problemas médicos (Hassel, 2007).

Es importante considerar que tanto el género como la edad influyen en la salud mental; las mujeres presentan una mayor cantidad de trastornos ansio-depresivos (Pérez, 2004) y el envejecimiento implica cambios psicológicos importantes (Ponce, 2003).

El deterioro de la salud mental se correlaciona con la insatisfacción del paciente en muchos casos (Kressin, 2001; Penachiotti, 2006): la depresión se ha asociado a la falta de higiene oral, mayor consumos de dieta cariogénica, flujo salival disminuido (debido a los fármacos) y enfermedad periodontal avanzada, y esto, sumado a la falta de cooperación del paciente y a la descripción e interpretación poco clara de su problema, resulta en la no satisfacción del paciente respecto a su tratamiento odontológico (Perez, 2004). Por otro lado, pacientes con atención psiquiátrica ambulatoria (en tratamiento regular adecuado) no mostraron diferencia significativa en la percepción de su CDVRSO (Persson, 2009).

Existen diversos instrumentos de medición de salud mental (Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, Inventario de Personalidad de Eysenc, Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota, Minimental test de Folstein y Mc Hugh), sin embargo el más simple y completo corresponde a la Escala de Goldberg (o Cuestionario de Salud General de Golberg, CSG), elaborada por David Golberg, a finales de la década de los 70, como General Health Questionnaire, y cuyo fin es lograr una rápida evaluación objetiva del estado general de la salud mental de los pacientes, fundamentándose en conocimientos de las cuatro principales áreas de la psiquiatría: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría, y midiendo en forma indirecta las funciones intelectuales del paciente, como su capacidad de concentración y sus funciones fisiológicas asociadas al sueño (García, 1999; Perez, 2004).

Originalmente, el cuestionario, autoadministrado con respuestas tipo likert, constaba de 60 preguntas, posteriormente se elaboraron versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems que han mostrado igual utilidad según sus respectivos estudios de validación, llevados a cabo para las versiones en su idioma original -inglés- y luego también para la versión en español y su adaptación acorde a la cultura Chilena (García, 1999).

En el CSG-12, el puntaje obtenido varía entre 0 y 12, estableciéndose el punto de corte en 4/5: si el resultado total sobrepasa el puntaje de corte, sugiere que el individuo padece posiblemente desórdenes mentales comunes, y si dicho resultado se encuentra por debajo, sugiere la posibilidad de que el paciente esté sano (García, 1999; Humphreys et al., 1991; Mora et al., 2006; Penachiotti, 2006).

Hay abundantes estudios epidemiológicos en los cuales se utiliza el CSG, para evaluar salud mental en poblaciones específicas como jóvenes estudiantes, ancianos, mujeres embarazadas y puérperas, familiares y cuidadores de enfermos crónicos, pacientes con enfermedades específicas (cancerosos, neurológicos, cardiovasculares, reumatológicos, sidosis, trastornos alimenticios, alcohólicos, etc.) y/o hospitalizados, además de estudios de relación de la salud mental con elementos psicosociales y situaciones estresantes, ya sea del ámbito laboral, o asociadas a accidentes, desastres naturales, estrés postraumático, etc. (García, 1999): este cuestionario está destinado a centros no especializados en atención psicológica, y su resultado no da un diagnóstico certero del tipo de enfermedad del paciente, pero si ayuda a establecer una posible derivación a atención secundaria o psicológica (Pérez, 2004).

1.3.3 Oral Health Impact Profile (OHIP)

La calidad de vida del paciente respecto a su tratamiento protésico debe ser medida incluyendo aspectos como comodidad, estética, facilidad de higiene, y función masticatoria, y es sumamente importante además considerar estos aspectos en las actividades diarias del paciente (Ronquillo, 1986).

Existe un índice relacionado con la calidad de vida (Oral Health-related Quality of Life) llamado Oral Health Impact Profile o Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP) (Mehl, 2009; Mike, 2007; Ronquillo, 1986; Strassburger, 2006), cuya confiabilidad y validez fueron descritas primeramente por Slade y Spencer en 1994 (Misrachi & Espinoza, 2005): consiste en 49 preguntas con posibilidad de alternativas múltiples (tipo likert) para responderlas.

Si bien algunos han catalogado como engorroso este procedimiento, este tipo de cuestionario permite al paciente combinar los distintos aspectos de su rehabilitación (función -masticación, fonación, estética, higiénica-, estado psicológico -satisfacción-, factores sociales y presencia de dolor físico, incapacidad física o incomodidad) y además posee un nivel aceptable de validez (Borel, 2002; John, 2004; Mike, 2007; Misrachi & Espinoza, 2005; Ronquillo, 1986; Szentpetery, 2005).

El Oral Health Impact Profile (OHIP) caracteriza bien los síntomas y signos del paciente con tratamiento protésico debido a que (Szentpetery, 2005):

- Los ítems del cuestionario fueron desarrollados en base a entrevistas a pacientes de clínicas dentales en Australia, y verificados en un grupo de pacientes de prótesis en Alemania, asegurando así la captación comprensiva de los problemas relevantes de los pacientes de prótesis en el cuestionario.
- Se conocen bien las propiedades psicométricas del instrumento evaluador, considerándolo suficiente para capturar la calidad de vida del paciente.
- Las preguntas del cuestionario son específicas a problemas de dientes, boca o dentadura, e incluyen los problemas y síntomas relacionados con la prótesis.
- El OHIP corresponde al instrumento más completo que mide la calidad de vida en relación a la salud oral (CDVRSO), y es a la vez el cuestionario más comprensible capaz de medir los problemas y síntomas de los pacientes.
- Este cuestionario se ha estandarizado internacionalmente, siendo aceptado en versiones de distintos idiomas y culturas: fue elaborado originalmente en inglés (en Australia), pero luego su validez fue comprobada en alemán, francés, chino, italiano, sueco, en español de España (Allison, 1999; John, 2004; Segú, 2005) y recientemente en español en Chile (Torres-Quintana et al., 2009).

Así, se logra tomar en cuenta la multidimensionalidad de la calidad de vida de salud oral del paciente, para evaluar adecuadamente el éxito del tratamiento protésico, a diferencia de otros estudios y encuestas anteriores, cuyos resultados de satisfacción del paciente daban valores sobreestimados (90% en el estudio de Carlson et al. en 1967) (Ronquillo, 1986; Strassburger, 2006).

2. PRÓTESIS REMOVIBLE

Existen cuatro tipos de pacientes de acuerdo a la pérdida dentaria: dentado total, desdentado parcial, desdentado mixto y desdentado total; el odontólogo debe ser capaz de diagnosticar y tratar todas estas casuísticas con éxito.

La rehabilitación protésica puede calificarse de exitosa cuando se logra la eufunción del paciente, es decir éste, luego de rehabilitado, es capaz de llevar a cabo, adecuada y cómodamente, la masticación, deglución y fonación, con un aparato estético que permite una buena higiene oral (del mismo aparato y de la cavidad bucal del paciente) y preservación del terreno biológico, logrando así el bienestar social y emocional, a largo plazo.

2.1 Prótesis Parcial Removible

El paciente parcialmente desdentado en una o en ambas arcadas, puede optar a diversas formas de rehabilitación siendo una de ellas la prótesis parcial removible: la prótesis parcial acrílica o la prótesis parcial metálica.

2.2 Prótesis Removible Parcial Metálica

La prótesis parcial metálica cuenta con un esqueleto de metal colado que conforma la(s) silla(s) que sostiene(n) a los dientes artificiales (elementos funcionales) y los elementos estabilizadores como lo son elementos de retención indirecta, elementos de anclaje y conectores (mayores y menores).

2.2.1 Elemento Mecánico

La Prótesis parcial removible, según su forma de construcción, es denominada prótesis metálica o acrílica, y en ambas encontramos las mismas partes constituyentes, por lo que es válida la misma clasificación para las dos, siendo su diferencia básica el material con el cual están construidas (Loza, 2006).

- **Componentes Del Elemento Mecánico** (Loza, 2006)

Clasificamos los componentes del Elemento mecánico en dos grupos fundamentales (Loza, 2006): Elementos Funcionales y Elementos de Estabilización Protésica.

- I- Elementos funcionales
 - Sillas o bases
 - Dientes artificiales

II- Elementos de estabilización protésica:

- 1 Conectores
 - Mayores o principales
 - Menores o de pase
- 2- Elementos de anclaje
 - De soporte
 - De retención
 - De contención
- 3- Estabilizadores o elementos de retención indirecta

Se entiende por estabilización protésica aquella situación, en que la aparatología, al ser sometida a fuerzas funcionales, parafuncionales y no funcionales, pueda permanecer en su sitio, ejerciendo su función en forma correcta sin ejercer iatrogenia (Loza, 2006).

Dentro de este grupo encontramos una diversidad de elementos que nos permitirán cumplir con la estabilización de la aparatología, y que se dividen en tres grupos dependiendo fundamentalmente de la función específica que tengan (Loza, 2006).

2.3 Conectores Mayores

Los elementos funcionales independientes entre sí, necesitan ser unidos a través de un conector, que, según su forma y ubicación, será clasificado de distinta manera. Las sillas y los elementos de conexión entre ellas conforman en general la base protésica. A su vez esta base protésica debe estar firmemente unida a los dientes por los elementos de anclaje (Loza, 2006).

• Función

Unir dos o más componentes del aparato, entregando de esta manera la principal forma de estabilidad de la aparatología (Loza, 2006; McGivney, 2004).

Nunca se debe indicar en prótesis removible, sillas de un sólo lado del maxilar, independientes de las sillas de la otra hemiarcada, o prótesis unilaterales, debido al riesgo de que el paciente se las trague (Loza, 2006).

• Características Generales De Los Conectores Mayores

1. Deben confeccionarse con materiales compatibles con los tejidos de la boca (Loza, 2006).
2. Deben ser rígidos y resistentes, para evitar la torsión y fuerzas de palanca, y así garantizar una mejor distribución de fuerzas sobre los tejidos de soporte disponibles (Loza, 2006; Mallat, 1996; McGivney, 2004; Stewart, 1992).
3. No deben cubrir más tejido que el absolutamente necesario (Loza, 2006) ni salirse de la zona de soporte del maxilar (Loza, 2006; McGivney, 2004).
4. No deben presionar los tejidos (excepto la cinta palatina) (Stewart, 1992), aliviándose en la zona del margen gingival (4 - 5 mm) para no comprimirlo (Loza, 2006; Mallat, 1996) y las zonas de emergencia de vasos y nervios (Loza, 2006).
5. No deben cortar transversalmente las rugosidades palatinas (Loza, 2006; Mallat, 1996; McGivney, 2004; Stewart, 1992), ni contribuir al atrapamiento de alimentos ni formación de sacos periodontales (Loza, 2006), tampoco interferir, ni irritar la lengua (Loza, 2006; McGivney, 2004; Stewart, 1992), ni atravesar eminencias duras, torus palatino o lingual (Loza, 2006; Mallat, 1996; Stewart, 1992).
6. No debe ubicarse en zonas retentivas, tanto en diente como en tejidos blandos, ya que dificultan la inserción y desinserción de la prótesis (Loza, 2006).

Es importante destacar que los conectores mayores en el maxilar superior juegan además un rol de soporte, es decir, transmiten fuerzas al terreno biológico remanente, no así en el maxilar inferior donde sólo tiene por función unir y estabilizar el elemento mecánico (Loza, 2006).

Al planificar un conector mayor siempre debe considerarse la experiencia previa del paciente con el conector que poseía su prótesis antigua (Loza, 2006).

● **Clasificación De Los Conectores Mayores**

(Loza, 2006; Mallat, 1996; Ronquillo, 1986; Stewart, 1992)

- 1- Maxilar superior :
- a) Barras Palatinas: Anteriores
Medias
Posteriores
 - b) Barra Palatina Doble
 - c) Cintas Palatinas: Anteriores
Medias
Posteriores
 - d) Conector en Herradura o en "U"
 - e) Placa Palatina Parcial
 - f) Placa Palatina Total
 - g) Conector Cingular
- 2- Maxilar inferior:
- a) Barra Lingual
 - b) Barra Sublingual
 - c) Barra Vestibular o Labial
 - d) Conector Placoide o Placa Lingual
o Barra Cerrada de Kennedy
 - e) Conector Cingular

2.3.1 Conectores Del Maxilar Superior

a) BARRA PALATINA

Características

→ Sección

La barra palatina tiene forma de media caña o media pera al corte sagital (McGivney, 2004).

→ Forma

El tamaño de esta barra, ligeramente cóncava en su parte anterior y plana en la zona que contacta íntimamente la mucosa palatina (Loza, 2006), debe ser suficiente para abarcar los cuatro apoyos (McGivney, 2004; Stratton, 1988), además, la barra palatina no es tan rígida por sí sola, por lo que debe tener un volumen adecuado para obtener rigidez sin alterar las funciones y el confort del paciente (McGivney, 2004). Es de mayor grosor que las cintas palatinas, por lo que cubren menor superficie tisular (Loza, 2006): debe ser tan ancha como el ancho combinado de un premolar y molar (McGivney, 2004), superando siempre su ancho a su altura (Loza, 2006).

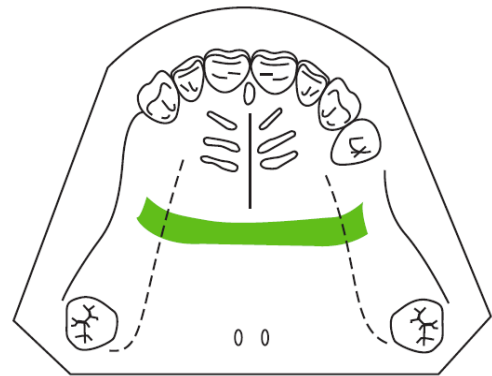


Figura I: Barra Palatina Simple Media, vista oclusal.

→ Localización

Se puede clasificar en anterior, media y posterior. Las barras laterales son paralelas a la línea media (Loza, 2006).

En el caso de la barra palatina anterior debe ubicarse entre las rugosidades y no abarcar las crestas de éstas, para no interferir con la fonación (Loza, 2006), en cambio, la barra palatina posterior debe ubicarse entre la cara distal del primer molar y las foveas palatinas (Loza, 2006). Debe aliviarse del conector un rafe medio elevado o exositis si es que existen (Stratton, 1988).

Indicaciones

- Generalmente en Clase III de Kennedy, (brechas posteriores) es decir, de preferencia en una topografía dentosoportada (Loza, 2006; McGivney, 2004).
- Además se podría pensar en una Clase II de Kennedy con un extremo libre corto y/o con antagonista débil (Loza, 2006).

Contraindicaciones

- En paladares ojivales, por la distribución de fuerza (se fractura) (Loza, 2006).
- Por razones de torque y palanca no puede usarse como conector anterior para reemplazar elementos funcionales distales (extremos libres amplios, Clase I o II de Kennedy) (Loza, 2006; McGivney, 2004; Stratton, 1988).

b) BARRA PALATINA DOBLE

Características

Es un conector con similares características que la barra palatina simple, siendo más rígido que éste (Loza, 2006) y cubriendo sólo el tejido necesario (Stewart, 1992).

→ Localización

Tiene similar ubicación que la barra palatina anterior (entre las rugosidades) y que la barra palatina posterior (entre primer molar y fóveas palatinas), pero deben estar separadas entre sí por lo menos por 15 mm en sentido antero posterior (Stratton, 1988).

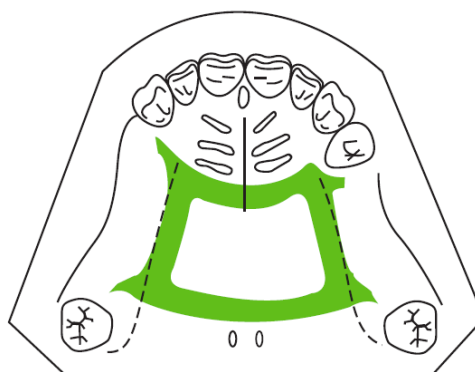


Figura II: Barra Palatina Doble, vista oclusal.

Indicaciones

- Clase I, II y IV de Kennedy con topografía dentosoportada de brecha larga o en algunos casos dentomucosoportados (Loza, 2006).
- En caso de torus palatino inoperable (Loza, 2006), sin embargo, los dientes pilares y el reborde deben estar en excelentes condiciones y además existir una adecuada retención indirecta (McGivney, 2004).

Contraindicaciones

- No se recomienda mucho su uso debido al poco soporte que brinda (Loza, 2006; Stewart, 1992).
- En presencia de paladar profundo, pues interferiría la fonación (Loza, 2006).

c) CINTA PALATINA

Características

Corresponde al conector superior más rígido (Stewart, 1992).

→ Forma

Es un conector mayor plano y amplio, pero de menor grosor que la barra palatina, ocupando mayor superficie tisular (más ancho) (Loza, 2006). Tiene un mínimo de 8 mm de ancho con un grosor entre 0,5 mm a 1,5 mm, siendo la parte posterior más delgada (Borel, 2002).

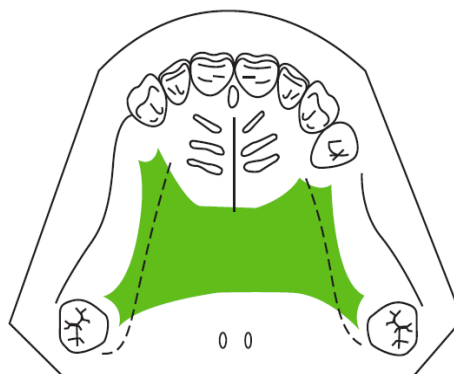


Figura III: Cinta Palatina, vista oclusal.

→ Localización

Al igual que las barras, hay cintas anteriores, posteriores y medias, según donde se ubiquen (Loza, 2006).

Su borde posterior puede extenderse hasta la foveas palatinas sólo en casos excepcionales (Loza, 2006). El borde anterior sigue la forma de las arrugas palatinas si es necesario, además no se extiende más anteriormente que el apoyo (Loza, 2006; McGivney, 2004). Debe contactar con ligera presión sobre el paladar en su borde anterior y posterior (Stratton, 1988). No debe estar más alejado de 2 mm de las caras palatinas de los dientes pilares y de los dientes a reponer (McGivney, 2004).

Este conector tiene rigidez porque abarca la porción horizontal con un plano y las porciones verticales del paladar con dos planos, y además es ligeramente más elevado en la parte central (Loza, 2006) de esta manera crea un cuarto plano que le da la resistencia necesaria (Mallat, 2004).

Indicaciones

- Clase III de Kennedy de brecha amplia (Loza, 2006).
- Clase I y II de Kennedy con dientes pilares fuertes (Loza, 2006).
- Paladares normales a planos (Loza, 2006).

Contraindicaciones

- Presencia de torus palatinos (Loza, 2006).
- Presencia de un paladar ojival o muy profundo (Loza, 2006).

d) PLACA PALATINA PARCIAL

Características

Es un conector que cubre mayor superficie de paladar, dando más soporte y a la vez más estabilidad por oponerse ante fuerzas horizontales (Loza, 2006).

→ Forma

Debe ser delgado y reproducir la anatomía del paladar (Loza, 2006).

→ Localización

Su borde anterior debe estar alejado 6 mm de las caras palatinas de los dientes vecinos, pasando entre las rugosidades y cruzando en ángulo recto a la línea media, siempre dentro del área de anclaje (Loza, 2006).

El borde posterior, en la unión paladar duro y blando, debe terminar en los surcos hamulares y debe ser sellado (Loza, 2006).

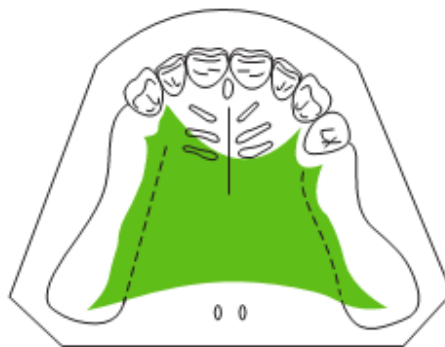


Figura IV: Conector Placa Palatina Parcial, vista oclusal.

Indicaciones

- Clase I y II de Kennedy, donde además se deba reemplazar uno o más dientes anteriores (Loza, 2006).
- Clase III de Kennedy con brechas amplias (Loza, 2006).
- Clase IV de Kennedy, siempre que se necesite soporte adicional al soporte dentario, con un aceptable nivel de reborde óseo y con paladares en forma de "U" o "V" (Loza, 2006).

Contraindicaciones

Pacientes con problemas de adaptación a un conector posterior (Loza, 2006).

e) PLACA PALATINA TOTAL

Características

Existen tres modalidades de placa total: el paladar colado, el paladar combinado metal acrílico (con mayor retención) y el paladar de acrílico (Borel, 2002).

→ Forma

Conector que abarca casi en su totalidad el paladar y su extensión es a la inversa del número de dientes remanentes (Loza, 2006).

→ Localización

Sus bordes cruzan el paladar en ángulo recto: el anterior se apoya en los descansos preparados en dientes anteriores y está en contacto con todos o la gran mayoría de los dientes remanentes, y el posterior termina en el límite entre paladar blando y duro, a nivel de los surcos hamulares (Loza, 2006).

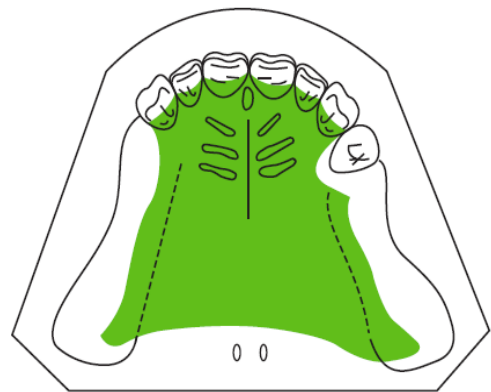


Figura V: Conector Placa Palatina Total, vista oclusal.

Indicaciones

- Clase I de Kennedy, con todos o la mayoría de los dientes anteriores remanentes, o si hay más dientes, pero el soporte y el estado del reborde no es bueno y además no se puede lograr una buena retención indirecta (Loza, 2006).
- Clase II de Kennedy con brecha contralateral al extremo libre (Loza, 2006).
- Cuando existe paladar poco hundido o comunicación buco-sinusal (Loza, 2006).

f) CONECTOR EN HERRADURA o CONECTOR EN U

Características

→ Forma

Tal como su nombre lo indica, tiene una forma de herradura o letra “U”, con su parte abierta hacia atrás. Su borde posterior es redondeado (Loza, 2006).

Es un conector mayor poco deseado (Loza, 2006; Stratton, 1988) ya que tiene poca rigidez (debido a su forma), y por lo tanto se debe incrementar el volumen de metal, siendo perjudicial para las funciones de fonación y pudiendo, además, ocasionar flexión lateral en el momento de la oclusión, generando fuerzas anómalas sobre los dientes.

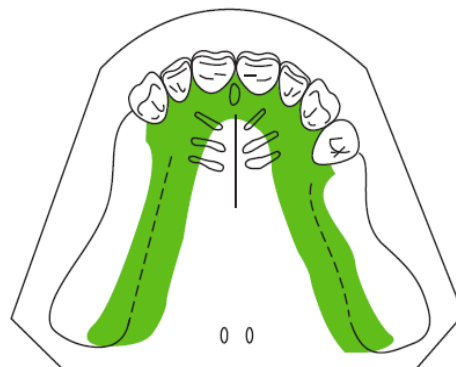


Figura VI: Conector En Herradura, vista oclusal.

→ Localización

Se ubica en las paredes verticales del paladar, cubriendo aproximadamente 5 a 6 mm de encía, sin involucrar la parte posterior del paladar. Sus bordes anterior y laterales contactan los dientes en su zona cervical (tiene una forma festoneada) (Loza, 2006).

Indicaciones

- En presencia de torus palatino grande, a más de 6 mm de distancia de la unión de paladar duro y paladar blando (Loza, 2006; Stratton, 1988).
- Cuando se deba reponer uno o varios dientes anteriores (Loza, 2006).
- Cuando el paciente no tolera un conector en la zona posterior del paladar (Mallat, 2004).

Contraindicaciones

- La mayoría de estos conectores fracasan por irritación gingival y problemas periodontales (Loza, 2006).
- Tampoco se indica en extremos libres (Stewart, 1992).

2.3.2 Conectores Del Maxilar Inferior

a) BARRA LINGUAL

Características

Constituye la estructura fundamental y más simple (en cuanto a diseño y confección) de una prótesis mandibular, usada con mayor frecuencia (Borel, 2002; Loza, 2006; Stewart,1992), y que no contacta dientes, por lo cual no hay riesgo de producir caries por acumulación de placa bacteriana o alimentos (Stewart,1992).

→ Sección

Su sección posee la forma de media caña, media pera o de gota (Borel, 2002; Loza, 2006; Mallat, 1996; McGivney, 2004), con la parte más ancha y redondeada como borde inferior (McGivney, 2004; Stewart,1992).

→ Forma

Su grosor es de 2 - 3 mm; y aumenta a mayor longitud del conector, asegurando la rigidez necesaria (Loza, 2006; Mallat, 1996).

Su cara interna es plana (Borel, 2002).

→ Localización

Se ubica en la zona lingual de los dientes inferiores (Loza, 2006; Mallat, 1996).

Para poder colocar una barra lingual deben existir al menos unos 7 mm de encía adherida, lo cual se determina midiendo la zona lingual de los caninos e incisivos centrales con una sonda periodontal, mediante una impresión de silicona o, preferentemente, por medio de una impresión funcional, para determinar la distancia entre el margen gingival lingual y el fondo del surco lingual cuando el paciente levanta la lengua hasta el bermellón del labio superior, y trasladando dicha medida al modelo para tenerla de referencia (Loza, 2006; Mallat, 1996; Stewart,1992)

Su borde inferior se enfrenta a las estructuras dento-mucosas (Loza, 2006; Mallat, 1996) y debe ubicarse tan bajo como los tejidos del piso de boca lo permitan, sin comprimirlos en ninguna circunstancia (McGivney, 2004).

Su borde superior debe ser paralelo al margen gingival de los dientes remanentes (Loza, 2006; Mallat, 1996), y además la barra debe estar separada a lo menos 3 mm del margen gingival sin estorbar el libre movimiento del frenillo lingual (Loza, 2006; Stewart,1992).

El borde anterior de la barra lingual jamás entra en contacto con las estructuras dento-mucosas (Borel, 2002; Loza, 2006; Mallat, 1996): se encuentra separado de las mismas por 1.5 a 2.0 mm, siguiendo la inclinación del reborde alveolar, de manera de permitir la intrusión o movimiento de giro que tiene la prótesis hacia mesial (Loza, 2006). No debe quedar más separado ya que causaría impacto alimenticio (Mallat, 2004).

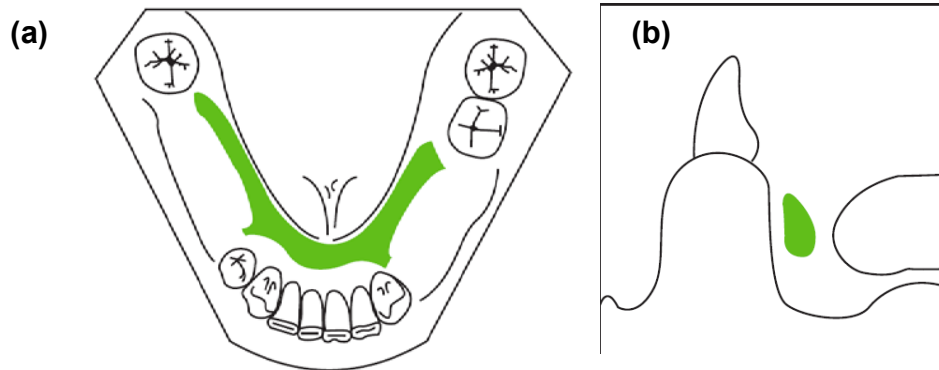


Figura VII: Barra Lingual, (a) vista oclusal y (b) vista sagital.

Indicaciones

- En presencia de inserción baja del músculo geniogloso (alejada del reborde) (Loza, 2006).
- Cuando existen dientes anteroinferiores en posición adecuada (Loza, 2006).
- Clase III de Kennedy (Loza, 2006; Mallat, 1996).
- Clases I y II de Kennedy con rebordes prominentes y pilares fuertes, con posibilidad de utilizar retención indirecta (Loza, 2006; Mallat, 1996).

Contraindicaciones

- Existencia de inserción alta del músculo geniogloso (Loza, 2006).
- Presencia de reborde alveolar y/o dientes anteroinferiores lingualizados (Loza, 2006).
- Pacientes con torus mandibular son de pronóstico dudoso (Stewart, 1992).

b) BARRA SUBLINGUAL

Características

Desarrollada por Tryde y Brantenberg, posee una adecuada rigidez y busca evitar cubrir innecesariamente los dientes remanentes y los márgenes gingivales, para así no promover caries ni enfermedad periodontal (Loza, 2006; Ronquillo, 1986).

→ Sección

La barra sublingual tiene forma de media caña o media pera, con su parte más gruesa ubicada hacia lingual o posterior (Ronquillo, 1986).

→ Localización

La barra se encuentra en posición horizontal en el área sublingual, ocupando en profundidad y ancho funcional el surco alveolo-lingual: su ubicación debe hacerse en función de la profundidad del piso de boca, la cual se determina mediante, como ya se mencionó, sonda periodontal, impresión de silicona o impresión funcional de la zona (Loza, 2006; Ronquillo, 1986).

A nivel de caninos y premolares, la barra se extiende en sentido vertical. El borde superior-anterior de la barra sublingual debe estar por lo menos a 4 mm del margen gingival (Ronquillo, 1986).

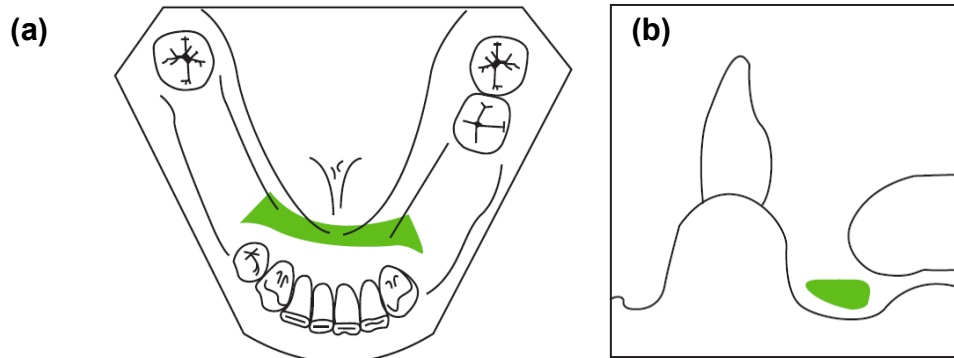


Figura VIII: Barra Sublingual, (a) vista oclusal y (b) vista sagital.

Indicaciones

Posee las mismas indicaciones que la barra lingual (Ronquillo, 1986).

c) BARRA VESTIBULAR o LABIAL

Características

Conector de poco uso, muy similar a la barra lingual, pero de ubicación vestibular (Loza, 2006; Mallat, 1996). El resultado, de acuerdo a la literatura, suele ser deficiente: el grosor de la barra vestibular limita el grado de movilidad del labio inferior, y causa molestias al paciente, además del daño causado al margen gingival, pues el fondo de vestíbulo en vestibular no es lo suficientemente profundo para alojar a un conector rígido (Loza, 2006; Mallat, 1996).

→ Sección

Posee las mismas características que la barra lingual: su sección es de media caña (Mallat, 1996; Stewart, 1992), sin embargo es de mayor grosor y longitud, para lograr adecuada rigidez (Loza, 2006; Mallat, 1996).

→ Localización

Se ubica en la mucosa vestibular de dientes anteriores, y a veces también de dientes posteriores, cuidando no comprometer la estética (Stewart, 1992).

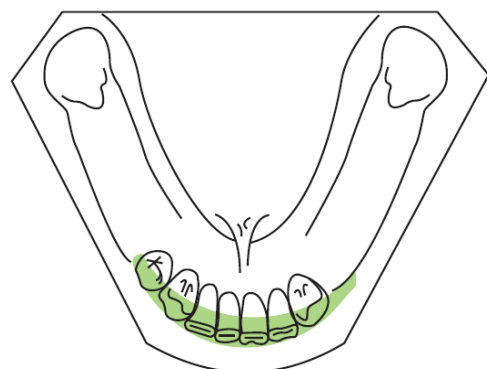


Figura IX: Barra Vestibular, vista oclusal.

Indicaciones

- En dientes inferiores que tienen una marcada inclinación a lingual (Loza, 2006; Mallat, 1996; Stewart, 1992).
- Ante la presencia de un gran torus mandibular sin posibilidad de su extracción quirúrgica, lo cual imposibilita el uso de una barra lingual u otros conectores (Stewart, 1992).

d) CONECTOR PLACOIDE o PLACA LINGUAL

Características

Es uno de los conectores más rígidos para el maxilar inferior después de la barra lingual (Stewart,1992), estabiliza, es cómodo para el paciente, y posee adecuada retención indirecta (Mallat, 1996), sin embargo, priva a la mucosa del estímulo fisiológico de la lengua (por estar cubierta) (Loza, 2006; Mallat, 1996).

→ Sección

De grosor uniforme, salvo en su borde inferior, donde se abulta y redondea ligeramente (Borel, 2002; Loza, 2006; Stewart,1992).

→ Forma

Conector en forma de placa (Loza, 2006; Stewart,1992).

→ Localización

Se ubica en la cara lingual de los dientes inferiores (Stewart, 1992), extendiéndose desde el cíngulo de los dientes anteriores hasta el surco lingual que forman los tejidos del piso de boca con la mucosa alveolar lingual (Loza, 2006; Mallat, 1996), 1 mm por encima de la zona de acción del piso de boca y del frenillo lingual (Borel, 2002).

El borde superior (más fino) debe contactar íntimamente con la superficie lingual de los dientes, por encima del cíngulo, y cerrar completamente los espacios por encima del punto de contacto (logrando así un contorno ondulado), para evitar atrapar alimentos; se insinúa entre las uniones, pero a nivel de la cresta cingular este contacto se rompe, separándose el metal, aliviando así el borde inferior (más grueso), el tercio cervical del diente y la encía marginal (Borel, 2002; Loza, 2006; Mallat, 1996; Stewart,1992). La separación (0.3 mm) de la superficie interna del conector responde a la necesidad de evitar cualquier presión sobre esta frágil zona (Borel, 2002; Loza, 2006).

La superficie libre debe simular la anatomía de los dientes que cubre (Mallat, 1996; Stewart,1992).

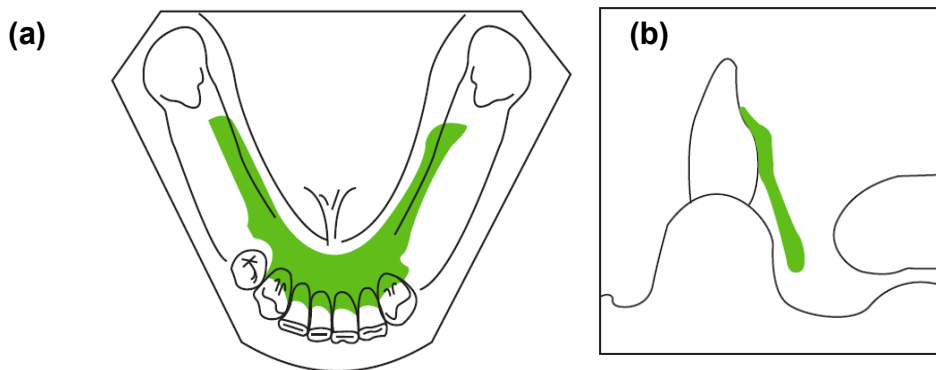


Figura X: Conector Placoide, **(a)** vista oclusal y **(b)** vista sagital.

En ambos extremos este conector debe llevar apoyos oclusales preparados sobre dientes naturales para evitar su desplazamiento hacia los tejidos (Loza, 2006; Mallat, 1996; Stewart,1992).

Indicaciones

Es el conector mayor inferior de elección cuando no se puede colocar una barra lingual:

- En presencia de inserción alta del músculo geniogloso (cerca reborde) (Mallat, 1996; Stewart,1992).
- Cuando hay coronas clínicas cortas (Loza, 2006; Stewart,1992).
- Clase I de Kennedy con gran reabsorción ósea vertical (sin resistencia a movimientos horizontales de la base) (Mallat, 1996).
- Cuando hay necesidad de ferulizar dientes anteroinferiores (Mallat, 1996; Stewart,1992).
- Pronóstico dudoso de dientes anteroinferiores (remanentes): si se extraen posteriormente, se puede reparar la prótesis mediante retenciones en la placa de metal para agregar los dientes acrílicos faltantes (Mallat, 1996; Stewart,1992).
- Ante la presencia de torus mandibular en un paciente que no tolera la cirugía (Mallat, 1996; Stewart,1992).

Contraindicaciones

- Cuando existen coronas clínicas largas (Loza, 2006).
- Presencia de inserción baja del músculo geniogloso (Loza, 2006).
- Existencia de torus mandibulares (Loza, 2006).
- Pacientes con mala higiene oral: el conector facilita la retención de alimentos en su parte interna, generando cámara húmeda y posteriormente caries (Loza, 2006; Mallat, 1996; Stewart,1992).

2.3.3 Conectores Para Ambos Maxilares

a) CONECTOR CINGULAR

Características

Conector mayor, indicado de preferencia para el maxilar inferior, ya que en el superior puede alterar la oclusión (Loza, 2006): libera a la encía de presión ante movimientos y es de fácil reparación cuando se pierden dientes anteriores, mas puede haber exceso de metal cuando hay apiñamiento (Mallat, 2004).

→ Forma

Posee la forma de una barra metálica que se apoya sobre el cíngulo de los dientes anteriores -incisivos y caninos- (Borel, 2002; Loza, 2006).

→ Grosor

La sección revela un grosor de 1,7 a 2,0 mm que garantiza la rigidez (para aumentar rigidez, se agrega un nervio o pestaña en la parte más cervical del conector) (Borel, 2002; Loza, 2006).

→ Localización

Ocupa 2/3 de la corona clínica, su límite superior está muy próximo al borde incisal, y su borde inferior limita con la unión esmalte cemento, de la cual queda a una distancia de 0.5 mm (Borel, 2002; Loza, 2006).

La cara interna, bien pulida, en contacto íntimo con la superficie dentaria, penetra en las troneras, pero sin cerrar su porción cervical (Loza, 2006).

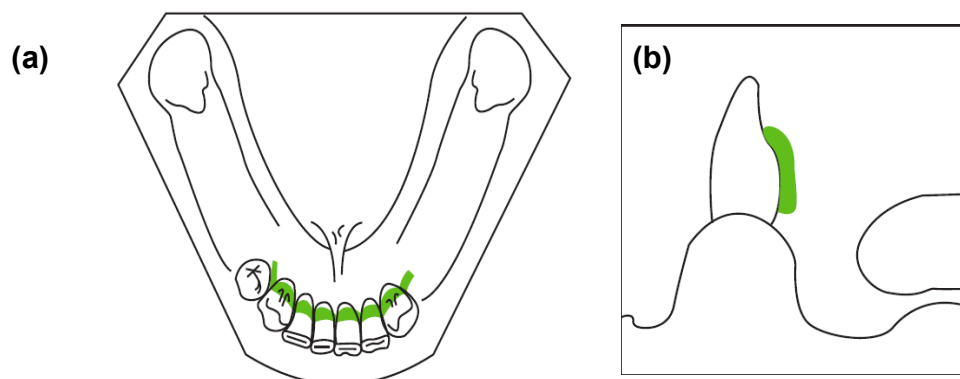


Figura XI: Conector Cingular Inferior, (a) vista oclusal y (b) vista sagital.

→ Variantes

En caso de clases IV de Kennedy (brecha anterior), en que se determine la confección de un conector cingular, éste debe ser tallado con las características de una oclusión orgánica (guía incisiva, guía canina), denominándose en este caso **Conector Cingular Orgánico** (Loza, 2006).

Existe una variante del conector cingular, que se diseña de manera de evitar que se vea el metal cuando hay presencia de diastemas entre los dientes anteriores, este conector se denomina **en Loop** (Loza, 2006).

Indicaciones

- Presencia de coronas clínicas largas (Borel, 2002; Loza, 2006).
- Necesidad de devolver guía anterior (cingular orgánico) (Loza, 2006).
- Presencia de frenillo lingual con inserción alta (Mallat, 2004).
- Existencia de torus mandibular en el sector posterior (Mallat, 2004).

Contraindicaciones

- En presencia de coronas clínicas cortas (Loza, 2006) o fuertemente lingualizadas (Mallat, 2004).
- En pacientes con mala higiene, ya que al cubrir las caras palatinas/linguales de los dientes, se formará una cámara húmeda que generará aparición de caries (Loza, 2006).
- En caso de mordida cubierta, pues produciría una alteración D.V.O. (Loza, 2006).
- En clases I y II de Kennedy (con grandes zonas desdentadas) en maxilar superior, ya que no otorga buen soporte (Loza, 2006).

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la calidad de vida otorgada por las prótesis parciales removibles metálicas de acuerdo al conector mayor utilizado en su diseño en pacientes desdentados parciales tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de indicación de los distintos tipos de conectores mayores utilizados en la rehabilitación de pacientes desdentados parciales tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- Determinar el nivel de calidad de vida otorgado por la prótesis parcial removible metálica.
- Determinar el nivel de calidad de vida otorgado por cada conector mayor de la prótesis parcial removible metálica.
- Comparar los niveles de calidad de vida otorgados por cada conector mayor de la prótesis parcial removible metálica.
- Comparar el nivel de calidad de vida otorgado por el conector mayor de acuerdo al género de los pacientes tratados con prótesis removible parcial metálica.
- Comparar el nivel de calidad de vida otorgado por el conector mayor en diferentes edades de pacientes rehabilitados mediante prótesis removible parcial metálica.
- Comparar el nivel de calidad de vida otorgado por el conector mayor según las características del terreno biológico: número de dientes remanentes en la arcada rehabilitada, ubicación de la(s) pérdida(s) dentaria(s), relaciones intermaxilares e higiene oral.
- Comparar el nivel de calidad de vida otorgado por el conector mayor en diseños de prótesis parcial removible metálica con vía de carga dentaria y mixta.
- Comparar el nivel de calidad de vida otorgado por el conector mayor en pacientes con y sin experiencia previa de uso de prótesis parcial removible.
- Comparar el nivel de calidad de vida otorgado por el conector mayor luego de diferentes tiempos de uso (meses) de la prótesis, posterior al alta del tratamiento con prótesis removible parcial metálica.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo.

1. SUJETOS

1.1 Universo

Pacientes rehabilitados en la Escuela de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso con prótesis removible parcial metálica, superior, inferior o de ambas arcadas, dados de alta durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009, los cuales, de acuerdo a la base electrónica de datos, son 537 personas.

1.2 Unidad de Análisis y Población Estudio

La unidad de análisis fueron todas las rehabilitaciones (102 prótesis removibles parciales metálicas en 66 pacientes) llevadas a cabo en las clínicas de IV y V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, que cumplieron con los requisitos de inclusión.

1.3 Criterios de Inclusión

Pacientes rehabilitados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso con prótesis removible parcial metálica, superior, inferior o de ambas arcadas, rehabilitados y dados de alta durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009, en las clínicas de IV y V año, que las continúen utilizando actualmente sin sufrir posteriores reparaciones (modificaciones) hasta la fecha del examen clínico, con un puntaje adecuado en el Cuestionario de Evaluación Técnica.

Pacientes vivos con estado de salud física, general y oral, y mental (de acuerdo a la Escala de Goldberg en su versión de 12 preguntas) compatible, cuyos datos permitan contactarles vía telefónica, y que acepten voluntariamente participar del estudio, acudiendo, con su(s) prótesis removible(s) parcial(es) metálica(s), a los controles clínicos, y completando los cuestionarios correspondientes en forma correcta.

2. RECOLECCIÓN DE DATOS

2.1 Variables

NOMBRE	TIPO	INSTRUMENTO	ESCALA	NATURALEZA
CONECTOR MAYOR SUPERIOR	cualitativa politómica	ficha y examen clínico	Barra Palatina Simple Barra Palatina Doble Cinta Palatina Conector en Herradura Placa Palatina Parcial Placa Palatina Total Conector Cingular Sup	independiente
CONECTOR MAYOR INFERIOR	cualitativa politómica	ficha y examen clínico	Barra Lingual Barra Sublingual Barra Vestibular Conector Placoide Conector Cingular Inf	independiente
CALIDAD DE VIDA	cuantitativa discreta	OHIP-49 Sp	49, 50, 51 ... 245 <i>puntos.</i>	dependiente
GÉNERO	cualitativa dicotómica	Cédula de Identidad	Femenino Masculino	independiente
EDAD	cualitativa politómica	Cédula de Identidad	Menor de 60 <i>años</i> 60 a 74 <i>años</i> Mayor de 74 <i>años</i>	independiente
DIENTES REMANENTES EN LA ARCADA	cualitativa politómica	ficha y examen clínico	0 a 5 <i>dientes</i> 6 a 10 <i>dientes</i> 11 a 16 <i>dientes</i>	independiente
UBICACIÓN DE PÉRDIDA(S) DENTARIA(S)	cualitativa politómica	ficha y examen clínico	Anterior (<i>sólo I y C</i>) Posterior (<i>sólo PM y M</i>) Antero-posterior	independiente
RELACIONES INTERMAXILARES	cualitativa dicotómica	ficha y examen clínico	RIMs conservadas RIMs perdida	independiente
HIGIENE ORAL	cualitativa dicotómica	ficha y examen clínico	HO adecuada HO inadecuada	independiente
VIA DE CARGA	cualitativa politómica	ficha y examen clínico	Dentaria Mucosa Mixta	independiente
EXPERIENCIA PREVIA	cualitativa dicotómica	ficha y examen clínico	Sin experiencia previa Con experiencia previa	independiente
TIEMPO DE USO	cualitativa politómica	ficha clínica prótesis removible	0 a 6 <i>meses</i> 7 a 18 <i>meses</i> 19 a 30 <i>meses</i> 31 y más <i>meses</i>	independiente

TABLA I: Variables en estudio.

2.2 Definiciones Conceptuales y Operacionales

→ CONECTOR MAYOR

Definición Conceptual

Elemento de estabilización protésica que une los elementos funcionales de la prótesis parcial removible metálica.

Definición Operacional

Barra palatina, barra palatina doble, cinta palatina, conector en herradura, conector placa palatina parcial o total, barra lingual, barra sublingual, barra vestibular, conector placoide y conector cingular: son los utilizados en el presente estudio de acuerdo a las rehabilitaciones hechas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso entre los años 2006 y 2009, evaluados en prótesis removibles parciales metálicas con un puntaje CET adecuado (75% o más de las características adecuadas, correspondiente a 15 o más puntos en el maxilar superior y a 16 o más puntos en el inferior).

→ CALIDAD DE VIDA

Definición Conceptual

Bienestar integral del paciente, incluyendo salud física y emocional, y funcionalidad (comodidad, estética, facilidad de higiene y funciones masticatoria y fonatoria).

Definición Operacional

Evaluación, en pacientes con adecuada salud mental (de acuerdo al CSG-12) y capacidad cognitiva (comprensión de todos los documentos escritos completos), con bajo puntaje total en la encuesta OHIP-49 Sp (obtenido mediante la sumatoria simple del puntaje de cada respuesta, el cual variará entre 49 y 245 puntos, no existiendo la aplicación de una clasificación por tramos para su interpretación, de acuerdo a la literatura internacional).

→ GÉNERO

Definición Conceptual

Género dado por la genética humana: los cromosomas XX representan al sexo femenino, mientras los cromosomas XY, al masculino.

Definición Operacional

Se designa como Mujer al sexo femenino y como Hombre al masculino, de acuerdo a lo que indique un documento legal que porte el paciente: cédula de identidad, carnet de conducir o libreta de familia.

→EDAD

Definición Conceptual

Tiempo que ha vivido una persona (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española).

Definición Operacional

Tiempo, en años, transcurrido desde la fecha de nacimiento (registrada en un documento legal que porte el paciente: cédula de identidad o libreta de familia) hasta la fecha del examen clínico realizado al paciente, de acuerdo al calendario Cristiano o Gregoriano (calendario solar).

→DIENTES REMANENTES EN LA ARCADA

Definición Conceptual

Diente(s) natural(es) erupcionado(s) y presente(s) en boca de una persona, ubicado(s) solamente en una arcada, superior o inferior.

Definición Operacional

Cantidad (0 a 5, 6 a 10 u 11 a 16) de diente(s) natural(es) presente(s) en boca, en la arcada evaluada (superior o inferior), al momento del examen clínico: debe(n) encontrarse erupcionado(s), íntegro(s) y sin indicación de exodoncia.

→UBICACIÓN DE PÉRDIDA(S) DENTARIA(S):

Definición Conceptual

Ausencia de uno o más dientes definitivos naturales en el sector anterior y/o posterior de la arcada superior o inferior de una persona, dando lugar a una brecha o extremo libre.

Definición Operacional

Ausencia de uno o más dientes de una arcada, clasificándose así:

- Anterior: Ausencia sólo de incisivos y/o caninos.
- Posterior: Ausencia sólo de premolares y/o molares.
- Antero-posterior: Ausencia de incisivos y/o caninos en conjunto con premolares y/o molares.

→RELACIONES INTERMAXILARES:

Definición Conceptual

Correspondencia estática y dinámica, en céntrica y excéntrica, vertical, horizontal y sagital, de las arcadas superior e inferior, de acuerdo a las características anatómicas, biomecánicas y funcionales del paciente: puede ser adecuada o estar alterada.

Definición Operacional

Mantención de la Dimensión Vertical Oclusiva, por al menos un contacto dentario estable entre el maxilar superior y el inferior en cada hemiarcada del paciente evaluado (dos zonas de apoyo, una derecha y otra izquierda, de acuerdo a la clasificación topográfica del desdentado parcial realizada por Eichner en 1962).

→HIGIENE ORAL:

Definición Conceptual

Mecanismo ideal para mantener la salud oral adecuada, previniendo enfermedades de los tejidos blandos (principalmente enfermedad periodontal) y duros (especialmente caries), mediante la limpieza correcta con cepillo dental, pasta dental, seda dental, limpia-lenguas y/o colutorio, que eliminan restos alimenticios y bacterianos.

Definición Operacional

Ausencia de placa bacteriana en forma evidente, tanto en el terreno biológico (dientes y periodonto) como en el aparato protésico, debido a la utilización de un adecuado mecanismo de limpieza de ellos, lo cual se mide usando como referencia el concepto de Silness y Løe (índice llevado a cabo sin tinción y por diente), de acuerdo a lo cual la higiene oral es:

- Inadecuada: Cuando se observa placa bacteriana en el margen gingival libre, en el surco gingival adyacente a la superficie dentaria y/o en la prótesis removible portada.
- Adecuada: Cuando no se observa placa bacteriana clínicamente ni en boca ni en la prótesis removible.

→VIA DE CARGA:

Definición Conceptual

Estructura remanente biológica que recibe la fuerza o carga masticatoria.

Definición Operacional

De acuerdo a el o los tejido(s) que recibe(n) la carga masticatoria transmitida por la prótesis parcial removible metálica, la vía de carga es:

- Dentaria: Cuando son los dientes quienes exclusivamente reciben la fuerza.
- Mucosa: Cuando es la mucosa quien exclusivamente recibe la fuerza.
- Mixta: Cuando los dientes y la mucosa reciben compartidamente la fuerza.

→EXPERIENCIA PREVIA

Definición Conceptual

Hecho de haber sentido, conocido, presenciado o utilizado en una o más ocasiones anteriores algo alguien, pudiendo proporcionar ello un conocimiento o habilidad (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española).

Definición Operacional

Hecho de haber utilizado anteriormente una o más rehabilitaciones -prótesis parcial removible de base metálica o acrílica, superior y/o inferior- diferente(s) a la(s) actualmente utilizada(s), mas en la misma arcada.

➔TIEMPO DE USO

Definición Conceptual

Tiempo durante el cual el paciente ha utilizado su prótesis parcial removible metálica.

Definición Operacional

Tiempo en meses (0 a 6, 7 a 18, 19 a 30 ó 31 y más), transcurrido desde el alta dada al paciente respecto al tratamiento rehabilitador con prótesis parcial removible metálica, indicada en la ficha clínica (luego de los controles clínicos), hasta la fecha del examen clínico realizado al paciente, de acuerdo al calendario Cristiano o Gregoriano (calendario solar).

2.3 Método de Recolección de Información

1. Se revisaron la base de datos digital y las fichas clínicas de los pacientes, descartándose documentos incompletos (sin datos de contacto ni fecha de alta) y pacientes que no cumplieran con los requisitos de inclusión (Anexo 16).
2. Se estandarizó la llamada telefónica (Anexo 1), hecha para citar a los pacientes a control, invitándoles a participar del presente estudio de tesis, así como las instrucciones a dadas para la autoadministración de las encuestas CSG-12 y OHIP-49 Sp.
3. Se calibraron los tres clínicos, para el examen clínico realizado a los pacientes (Anexo 5 y 6) y su aparatología protésica parcial removible metálica (Cuestionario de Evaluación Técnica, CET) (Anexo 9), mediante test Kappa y utilizando el instructivo CET (Anexo 10), en varias etapas (López de Ullibarri, 2001; Rubio et al., 1997):
 - a) Actualización, por parte de los operadores, de los conocimientos teóricos respecto al examen clínico a realizar, a patologías orales (incluyendo realización de PSR para evaluar necesidad de tratamiento periodontal) y al CET y su instructivo, unificando criterios en caso de necesidad.
 - b) Aplicación del examen clínico y del CET, por parte de cada uno de los tres operadores a cada uno de seis pacientes de calibración (elegidos en forma aleatoria, contactados luego vía telefónica y con previo consentimiento informado firmado), sin posibilidad de observar o comentar los datos obtenidos por otro examinador.
 - c) Aplicación, una semana después, del examen clínico y del CET, a cada uno de los seis mismos pacientes por parte, de nuevo, de cada uno de los tres operadores y además por la Docente Guía de Tesis, Dra. Alejandra Rivera (Gold Standard).

- d) Aplicación del test Kappa a cada una de las respuestas encontradas, para evaluar la calibración intra-examinador e inter-examinador: con los valores promedio finales adecuados de 0,86 y 0,82 respectivamente (fuerza de concordancia muy buena en ambos casos) (Anexo 15), se inicia la toma de datos.
 - e) Se repitió la calibración intra e inter examinador a tres nuevos pacientes durante el proceso de toma de datos, cinco semanas después de su inicio, obteniéndose un valor kappa de 0,94 intra-operador y un valor kappa de 0,93 inter-operador, es decir, de muy buena fuerza de concordancia (Anexo 15), lo cual permitió continuar la investigación.
 - f) Al final de la toma de datos, con el fin de descartar la presencia de falsos positivos debido a la gran cantidad de exámenes clínicos realizados por cada operador (Rubio et al., 1997), se realizó una última calibración con tres pacientes, lograndose valores kappa adecuados, de muy buena fuerza de concordancia: 0,91 y 0,88 para la calibración intra-examinador e inter-examinador (Anexo 15).
4. Se contactó a todos los pacientes vía telefónica (Anexo 1), vía carta (Anexo 2) o visita a domicilio de ser necesario también, citándoles a un control odontológico y explicándoles que participarían del presente estudio de tesis respecto de su(s) prótesis parcial(es) removible(s) (se les solicitó llevar lentes ópticos en caso de que utilizaran). Si el paciente decidió no participar del estudio, se le aplicó una encuesta de causa de no participación elaborada para tal efecto (Anexo 12).
 5. En la cita, se explicó al paciente en qué consiste el estudio, incluyéndosele sólo si accedió en forma voluntaria, expresándolo a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 3). Si el paciente acudió acompañado de un tutor y/o familiar, representante legal, este representante firmó el consentimiento informado, y el paciente, el asentimiento informado (Anexo 4). Si el paciente (o su representante legal) decidieron no participar, se les aplicó la encuesta del Anexo 12.
 6. Se registraron en la ficha clínica (Anexo 5) los datos de identificación del paciente y las variables demográficas (nombre completo, RUT, fecha de nacimiento, teléfono de contacto y domicilio).
 7. Se le proporcionó al paciente un lugar tranquilo y privado previamente preparado (con lápiz), para la autoadministración de las encuestas (Anexo 17): Escala de Golberg -CSG-12- (Anexo 7), y luego el Oral Health Impact Profile de 49 preguntas (completo), versión en español chileno -OHIP - 49 Sp- (Anexo 8).
 8. Se citó a los pacientes al examen clínico bucal y de su aparatología, consignando los datos en la ficha clínica (Anexo 5 y 6) y completando el Cuestionario de Evaluación Técnica - CET (Anexo 9 y 10).
 9. Aquel paciente que presentó una patología oral con necesidad de derivación a alguna especialidad odontológica, recibió una derivación debidamente explicada a dicha especialidad en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (se utilizaron los documentos de la derivación de la institución, anexo 14).
 10. Se agradeció a los pacientes la colaboración con la presente tesis, en forma verbal y obsequiándoles productos MAVER.

2.4 Instrumentos

→ **Consentimiento Informado y Asentimiento Informado** (Anexos 3 y 4)

El consentimiento informado corresponde al documento oficial en el cual se aplica el principio de autonomía del paciente ante algún procedimiento médico u odontológico, incluida la participación en la presente tesis, sin embargo este requiere de voluntariedad, información y comprensión por parte del paciente que firma: cuando uno de estos requisitos está comprometido, se aplica el consentimiento informado al adulto responsable o apoderado o tutor legal del paciente, quien señala la voluntad de participar en el procedimiento, firmando, pero, además, el paciente involucrado debe voluntariamente firmar un asentimiento informado aceptando también participar en el procedimiento.

→ **Ficha Clínica** y su instructivo (Anexos 5 y 6)

Posee 5 ítems para la correcta toma de datos:

- 1) Identificación del paciente.
- 2) Descripción del terreno biológico del paciente.
- 3) Identificación del tratamiento realizado en el paciente.
- 4) Resultado de los cuestionarios siguientes.
- 5) Derivación (consignación en caso de realizarse).

Los examinadores contaron con lo necesario para efectuar un examen clínico simple y derivar y guiar correctamente al paciente de ser necesario, si alguno llegase a requerir radiografías y/o derivación a alguna especialidad odontológica:

Los alumnos investigadores aportaron con su propio instrumental -bandeja de examen completa estéril (espejo nº5, pinzas de examen, sonda de caries curva, sonda periodontal OMS), pechera y toalla nova, torulero con tómulas de algodón y basurero-, además de los insumos -200 pares de guantes talla S, 200 mascarillas, 200 vasos plásticos y 200 eyectores), mientras la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso aportó con los documentos -hojas de derivaciones y hojas de orden de radiografía-.

La infraestructura utilizada fue la clínica A de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, específicamente tres box clínicos habilitados completamente para su adecuado funcionamiento clínico (unidad de agua, aire, luz, braquet y sillón).

→ **Escala de Goldberg (CSG-12)** (Anexo 7)

Versión validada en español chileno de 12 preguntas -con respuestas tipo likert- respecto del estado de salud mental del paciente, autoadministrada en aproximadamente 2 minutos, que permite evaluar el estado general de salud mental o bienestar psicológico del individuo.

Su resultado se obtiene mediante sumatoria simple del puntaje de cada pregunta de 0 a 12: cada pregunta formulada expresa un síntoma, con 4 posibilidades de respuestas: mejor que de costumbre, igual que de costumbre, menos que de costumbre y mucho menos que de costumbre; las dos primeras respuestas se consideran con valor cero, y las dos últimas con valor uno, de acuerdo al método original de Goldberg.

Un puntaje mayor o igual a 5 indica posibilidades de trastornos ansio depresivos (descartándose el paciente para el presente estudio), y un puntaje menor a 5 indica ausencia de trastornos (García, 1999; Humphreys et al., 1991; Mora et al., 2006; Penachiotti, 2006).

→ **Oral Health Impact Profile versión en español (OHIP- 49 Sp)** (Anexo 8)

Traducción en el español de Chile, validada en el país en el año 2008 (Torres-Quintana et al., 2009), del Oral Health Impact Profile, ahora Perfil de Impacto de Salud Oral, en su versión completa (49 preguntas), autoadministrada por el paciente en aproximadamente 35 minutos: permite evaluar los aspectos relacionados con la prótesis removible parcial que influyen negativamente en la calidad de vida del paciente. El puntaje se obtiene luego de sumar el valor representado por el total de respuestas obtenidas: 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = ocasionalmente, 4 = frecuentemente y 5 = muy frecuentemente. El puntaje final del cuestionario se encuentra entre los 49 y 245 puntos, sin existir una clasificación estandarizada para interpretar el puntaje (Baba, 2008; Torres-Quintana et al., 2009).

→ **Cuestionario de Evaluación Técnica (CET)** y su instructivo (Anexos 9 y 10)

Cuestionario diseñado para medir la calidad técnica de las prótesis removibles, en base a consultas a expertos y revisión bibliográfica (Jiménez & Sandoval 2004). El odontólogo debe aplicarla (con una duración de 15 minutos) tras un examen clínico adecuado, respondiendo los 36 ítems aplicables a todos los tipos de prótesis removibles. El resultado se obtiene mediante la simple suma del puntaje de 0 a 36: cada característica adecuada suma un punto, si dicha característica no se presenta o se presenta en forma inadecuada (o no aplicable), no suma puntaje. Un puntaje mayor o igual al 75% del puntaje total (15 a 19 puntos en la evaluación de la rehabilitación superior y 16 a 21 puntos en la inferior), indica que la prótesis removible parcial metálica cuenta con una adecuada calidad técnica en su indicación, diseño, confección, función y mantención, mientras un puntaje menor nos indica una deficiente calidad técnica de la rehabilitación, descartándose para el presente estudio (se indica necesidad de tratamiento nuevo al paciente).

* Los pacientes participantes del presente estudio debieron poder desarrollar adecuadamente sus funciones mentales, para ello suele utilizarse la prueba neuropsicológica Mini-Mental State Examination (MMSE) (Misrachi & Espinoza, 2005), mas en el presente estudio se consideró que la comprensión y respuesta (completa) por parte del paciente de todos los documentos facilitados (consentimiento informado, CSG-12 y OHIP-Sp 49), constituye un indicador de capacidad cognitiva adecuada.

2.5 Aprobación Ética

La presente tesis no presenta problemas éticos, siendo aprobada su realización por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (Anexo 13).

3. ANÁLISIS DE DATOS

Para el presente estudio se hizo un análisis estadístico descriptivo de los datos:

Se tabularon los datos MS Excel 2010 para obtener los valores promedios, mínimos y máximos, la moda y la mediana, y se generaron luego tablas (en el mismo programa) para ilustrar con tablas y gráficos las variables estudiadas:

- ✓ Se cuantificó la frecuencia de los distintos tipos de conectores mayores utilizados en la rehabilitación de pacientes desdentados parciales tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, ilustrándose ello en un gráfico de torta para los aparatos de la arcada superior, y en otro para aquéllos de la arcada inferior.
- ✓ Se determinó el nivel de calidad de vida en relación a la salud oral otorgado por la prótesis parcial removible metálica como rehabilitación oral (general) y como rehabilitación superior, inferior o de ambas arcadas, ilustrándose los valores en gráficos de caja y bigote.
- ✓ Se graficó con barras horizontales el nivel promedio de calidad de vida otorgado para cada conector mayor de prótesis parcial removible metálica.
- ✓ Se realizaron tablas para comparar los niveles promedios de calidad de vida otorgados por cada conector mayor según las variables género, edad, número de dientes remanentes en la arcada, ubicación de la(s) pérdida(s) dentaria(s), relaciones intermaxilares, higiene oral, vía de carga, experiencia previa de uso de prótesis removible y tiempo de uso.

RESULTADOS

De las 537 personas ingresadas como pacientes para ser rehabilitados con prótesis removible parcial metálica superior y/o inferior, en IV y V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, entre los años 2006 y 2009 - incluidos-, 282 fueron descartados por no encontrarse su ficha clínica de tratamiento y 18 por no haber sido dados de alta, de acuerdo a este documento. Luego, 97 pacientes no pudieron ser contactados, ni vía telefónica ni vía carta.

Del total de pacientes invitados en forma efectiva a participar de la investigación (140), 35 no aceptaron participar de ella (todos vía telefónica, y debido a tiempo -dos-, a dinero para movilizarse -uno-, a no gustar de la atención en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso -dos-, y a que simplemente no querían -treinta-), 6 no cumplieron el proceso completo de la investigación, 18 no fueron capaces de responder adecuadamente las encuestas, denotando no tener la capacidad cognitiva necesaria para ello, y, finalmente, 2 no aprobaron el CSG-12, siendo descartados por posible padecimiento de un trastorno ansioso o depresivo.

Se descartaron finalmente 22 aparatos por no ser actualmente utilizados, 11 por no cumplir con una calidad técnica mínima, y 2 por haber sufrido reparación.

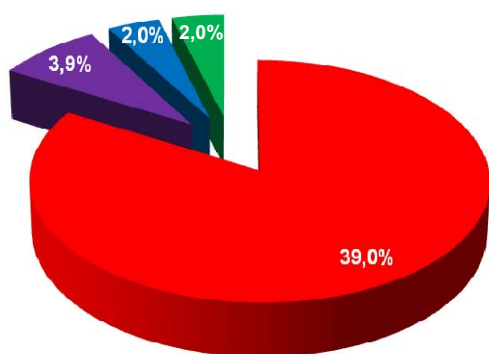
En consecuencia, la población en estudio final estuvo constituida por 102 prótesis removibles parciales metálicas superiores e inferiores (unidad de análisis), de 66 pacientes (Anexo 15).

De los 66 pacientes incluidos, 14 eran de sexo masculino (21,2%) y 52 de sexo femenino (78,8%).

12 casos correspondieron a rehabilitaciones solo con prótesis removible parcial metálica superior (18,2%), 18 a rehabilitaciones solo con prótesis removible parcial metálica inferior (27,3%) y 36 a rehabilitaciones con prótesis removible parcial metálica de ambas arcadas (54,5%).

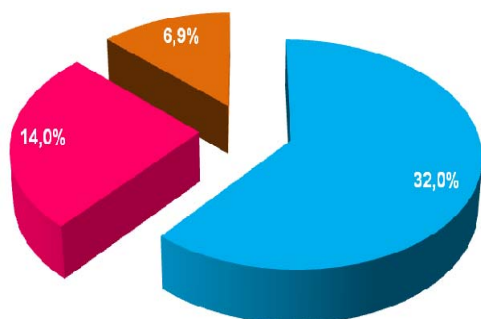
1. PREVALENCIA DE CONECTORES MAYORES

De las 102 prótesis removibles parciales metálicas, 48 eran aparatos para la arcada superior (47,1%) y 54 para la inferior (52,9%), desglosándose los casos, según conector mayor utilizado en su diseño, como muestran los gráficos 1 y 2, siendo los más frecuentemente indicados la cinta palatina en el maxilar superior (en el 83,3% de las rehabilitaciones superiores), y la barra lingual en el maxilar inferior (61,1% de las rehabilitaciones mandibulares). No se presentaron casos con utilización de barra palatina doble, placa palatina total ni conector cingular como conectores mayores superiores, ni con uso de barra sublingual o vestibular como conectores mayores inferiores.



Conector Mayor Superior	Número De Casos	Porcentaje De Casos
Cinta Palatina	40	39,00%
Conector En Herradura	4	3,90%
Barra Palatina	2	2,00%
Placa Palatina Parcial	2	2,00%

Gráfico 1: Prevalencia de Conectores Mayores en PRPM Superior.



Conector Mayor Inferior	Número De Casos	Porcentaje De Casos
Barra Lingual	33	32,00%
Conector Cingular	14	14,00%
Conector Placoide	7	6,90%

Gráfico 2: Prevalencia de Conectores Mayores en PRPM Inferior.

2. CALIDAD DE VIDA EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE METÁLICA (PRPM)

La calidad de vida, de acuerdo al OHIP-49, en su versión en español, que mide a menor puntaje una mejor calidad de vida, con valores desde 49 (óptima) hasta 245 (pésima), tuvo un valor promedio de 99,9 (en el segundo cuartil) para todas las prótesis evaluadas (Gráfico 3), con valores entre 50 y 209, una moda de 108 y una mediana de 87.

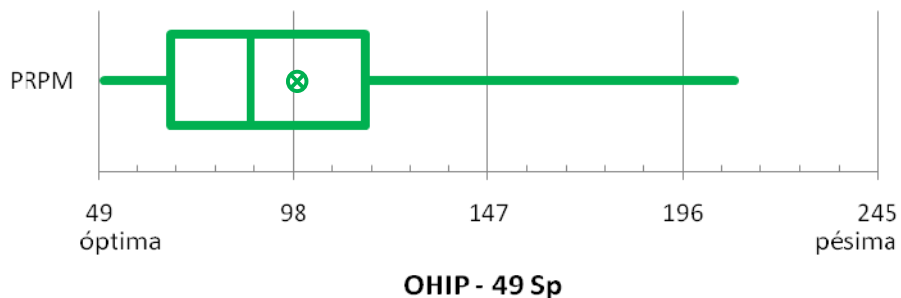


Gráfico 3: CDVRSO en PRPM.

Las PRPMs superiores lograron una CDVRSO promedio de 91,2 (primer cuartil) con una mediana de 91,5 puntos, logrando el mejor valor de CDVRSO, en comparación con las rehabilitaciones sólo inferiores, que lograron 104,9 puntos promedio y 86 de mediana, e incluso con aquéllas de ambas arcadas, con 100,2 puntos promedio y una mediana de 87 (estas dos últimas con puntajes en el segundo cuartil), como muestra el gráfico 4.

Cabe destacar que todas las medias y el primer 50% de los resultados se encuentran distribuidos en el primer cuartil del gráfico, con una buena CDVRSO.

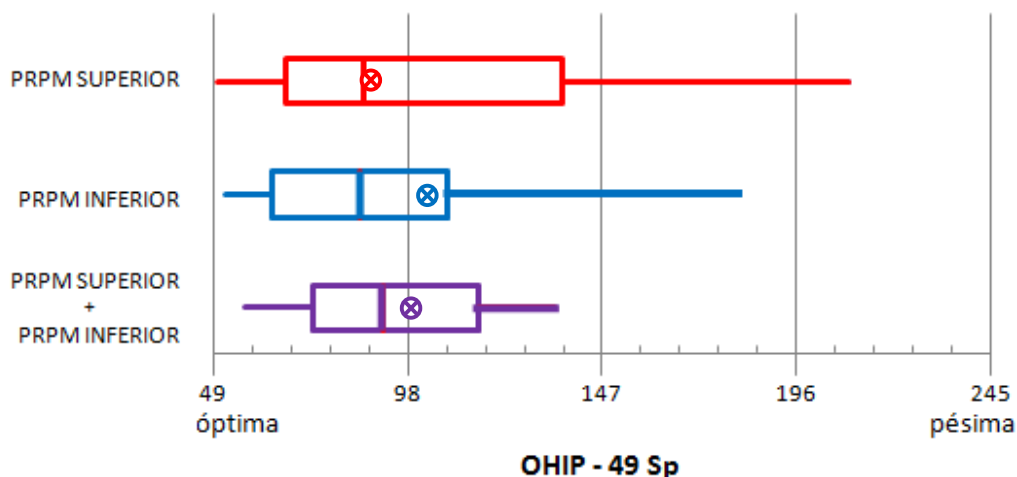


Gráfico 4: CDVRSO en rehabilitaciones con PRPM Superior, Inferior y ambas.

3. CALIDAD DE VIDA (CDVRSO) EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR

El conector mayor que logró mejor calidad de vida en promedio fue el conector en herradura (63 puntos), en tanto los peor calificados fueron la placa palatina parcial (192 puntos), el conector placoide (135,1 puntos) y el conector cingular (113,1), encontrándose los demás conectores con valores en el primer cuartil (Gráficos 5 y 6).

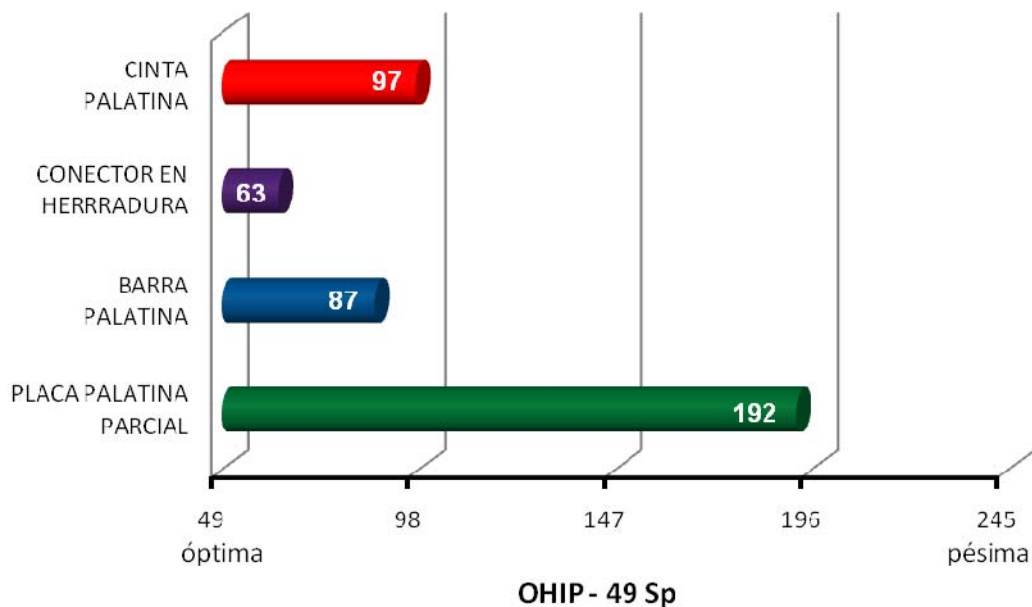


Gráfico 5: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior.

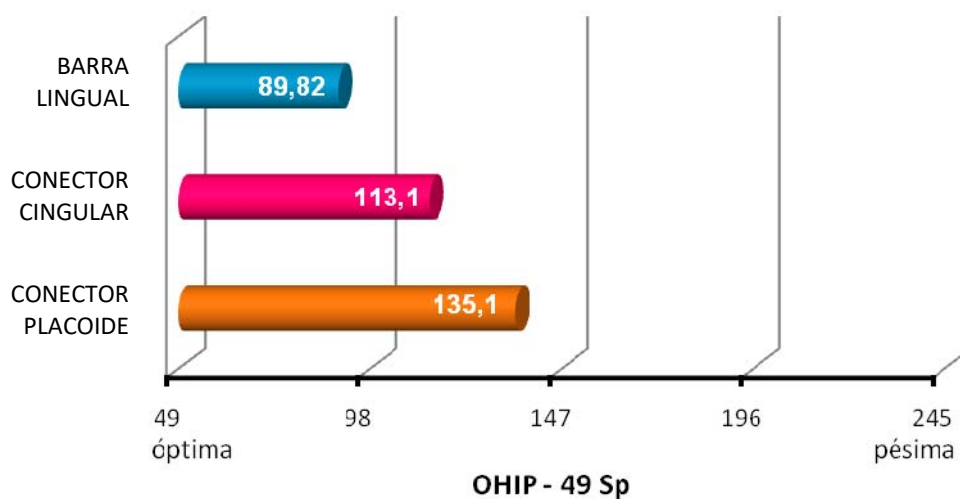


Gráfico 6: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior.

4. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y EL GÉNERO DEL PACIENTE PORTADOR DE PRPM

Al comparar la media de calidad de vida otorgada por el conector mayor de acuerdo al género de los pacientes tratados con prótesis removible parcial metálica, en los aparatos superiores solo tenemos pacientes de ambos sexos en el caso de la cinta palatina, siendo peor la calidad de vida de los hombres (100 puntos).

Cabe mencionar que el mayor valor (peor calidad de vida) es también para hombres para el conector placa palatina parcial (192 puntos, tercer cuartil), encontrándose los restantes valores no mencionados en el primer cuartil (menores a 98 puntos) (Tabla II).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
masculino	100,0	63,0	87,0	192,0
femenino	84,5	SC	SC	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla II: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo al Género.

Las PRPMs del maxilar inferior presentan mayores valores en sus medias (peor calidad de vida) para los hombres siempre: con el conector placoide (135 puntos) -presente únicamente en pacientes varones- y el conector cingular (121 puntos), ambos en el segundo cuartil, y con la barra lingual (94 puntos) en el primer cuartil (Tabla III).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
masculino	94,0	121,0	135,0
femenino	76,8	65,0	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla III: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo al Género.

5. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y LA EDAD DEL PACIENTE PORTADOR DE PRPM

De acuerdo a los rangos de edad (menor a 60 años, 60 a 74 años -incluidos- y mayor a 74 años), en las rehabilitaciones de la arcada superior posee peor calidad de vida la placa palatina parcial, y la cinta palatina en pacientes entre 60 y 74 años (promedios de 192 puntos, tercer cuartil, y 102 puntos, segundo cuartil, respectivamente), presentándose los valores, para pacientes menores de 60 años y mayores de 74 años, siempre en el primer cuartil, con una mejor calidad de vida (Tabla IV).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
menor a 60 años	96,5	62,0	87,0	SC
60 a 74 años	102,0	64,0	SC	192,0
mayor a 74 años	88,7	SC	SC	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla IV: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo a la Edad.

En las rehabilitaciones inferiores, la peor calidad de vida la presenta el conector placoide en pacientes de entre 60 y 74 años (203 en promedio, cuarto cuartil), no encontrándose un grupo etario que posea constantemente, en todos los conectores, un valor mayor o menor para calidad de vida (Tabla V).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
menor a 60 años	94,9	106,7	84,0
60 a 74 años	85,1	113,0	203,0
mayor a 74 años	85,0	123,0	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla V: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo a la Edad.

6. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y EL NÚMERO DE DIENTES REMANENTES EN LA ARCADA DEL PACIENTE PORTADOR DE PRPM

En las rehabilitaciones del maxilar superior, únicamente la cinta palatina posee valores en las tres categorías (0 a 5 dientes, 6 a 10 dientes u 11 a 16 dientes remanentes en la arcada), presentándose una peor calidad de vida promedio (124,8) cuando hay menos dientes remanentes en la arcada (Tabla VI).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
0 a 5 dientes	124,8	SC	SC	192,0
6 a 10 dientes	86,7	64,0	87,0	SC
11 a 16 dientes	93,7	62,0	SC	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla VI: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo al Número de Dientes Remanentes en la Arcada.

La situación se reitera en la mandíbula, siendo la barra lingual el único conector que presenta todas las categorías, con un promedio de 109,5 cuando existen entre 0 y 5 dientes remanentes en la arcada (Tabla VII).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
0 a 5 dientes	109,5	SC	SC
6 a 10 dientes	82,3	112,7	209,0
11 a 16 dientes	87,3	116,0	106,0

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla VII: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo al Número de Dientes Remanentes en la Arcada.

7. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y LA UBICACIÓN DE LA(S) PÉRDIDA(S) DENTARIA(S) EN LA ARCADA DEL PACIENTE PORTADOR DE PRPM

En ningún caso clínico se presentó pérdida dentaria únicamente de dientes anteriores (canino a canino).

En la arcada superior los resultados por conector mayor se concentraron en un solo grupo (pérdida posterior o antero-posterior), impidiendo la adecuada comparación de ellos, sin embargo podemos observar que en los casos en que hubo pérdida de dientes postero-superiores se indicó siempre cinta palatina con un valor promedio de calidad de vida obtenida de 96,4 (primer cuartil) (Tabla VIII).

Tanto la barra lingual como el conector cingular presentan, en las prótesis inferiores, peor calidad de vida cuando rehabilitan pérdidas dentarias a nivel posterior (92,9 y 118 en promedio, respectivamente) (Tabla IX).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
pérdida dentaria posterior	96,4	SC	SC	SC
pérdida dentaria antero-posterior	97,7	63,0	87,0	192,0
pérdida dentaria anterior	SC	SC	SC	SC
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>				

Tabla VIII: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo a la Ubicación de la(s) Pérdida(s) Dentaria(s) en la Arcada.

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
pérdida dentaria posterior	92,9	118,0	135,0
pérdida dentaria antero-posterior	85,6	101,0	SC
pérdida dentaria anterior	SC	SC	SC
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>			

Tabla IX: Gráfico 14: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo a la Ubicación de la(s) Pérdida(s) Dentaria(s) en la Arcada.

8. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y LAS RELACIONES INTERMAXILARES DEL PACIENTE PORTADOR DE PRPM

Al comparar los valores obtenidos por la cinta palatina (88,7 puntos con RIMs conservadas v/s 101,8 con RIMs perdidas) y por el conector en herradura (62 puntos con RIMs conservadas v/s 64 con RIMs perdidas), se observa que en presencia de RIMs alteradas (pérdida de DVO fundamentalmente) la CDRSO empeora (Tabla X).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
RIMs conservadas	88,7	62,0	87,0	192,0
RIMs alteradas	101,8	64,0	SC	SC
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>				

Tabla X: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo a las Relaciones Intermaxilares.

En las rehabilitaciones inferiores (todas comparables) también se puede observar un detrimento de la CDVRSO con la pérdida de las RIMs, cuando se utiliza conector cingular (135,7 puntos, en el segundo cuartil) y barra lingual (102,9 puntos, también en el segundo cuartil) en el diseño de PRPM, siendo la única excepción el conector placoide que presenta una situación inversa (192 puntos con RIMs conservadas v/s 125,7 con RIMs perdidas), aunque nunca con una buena calidad de vida (Tabla XI).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
RIMs conservadas	80,2	96,3	192,0
RIMs alteradas	102,9	135,7	125,7
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>			

Tabla XI: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo a las Relaciones Intermaxilares.

9. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y LA HIGIENE ORAL DEL PACIENTE PORTADOR DE PRPM

En rehabilitaciones superiores con conector en herradura, barra palatina y placa palatina parcial, todos los pacientes presentan una higiene oral (incluyendo su prótesis removible parcial metálica) inadecuada, solo en aquellos que utilizan cinta palatina se puede observar un grupo con adecuada higiene que además posee mejor calidad de vida (88,3 puntos) (Tabla XII).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
higiene oral adecuada	88,3	SC	SC	SC
higiene oral inadecuada	108,0	63,0	87,0	192,0
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>				

Tabla XII: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo a la Higiene Oral.

Una higiene oral inadecuada en el paciente cuya prótesis posee como conector mayor un conector placoide o barra lingual, afecta negativamente a la calidad de vida del paciente (con valores mayores de 154 y 95,2 respectivamente), no así cuando el conector mayor es cingular (Tabla XIII).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
higiene oral adecuada	77,4	114,3	87,0
higiene oral inadecuada	95,2	112,0	154,0
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>			

Tabla XIII: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo a la Higiene Oral.

10. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y LA VÍA DE CARGA DE LA PRPM

Al comparar la calidad de vida cuando se utiliza como conector mayor la cinta palatina en casos con vía de carga dentaria y mixta (dentomucosoportada), ésta (la calidad de vida) empeora (108,4 v/s 86,1 puntos) cuando se utiliza vía de carga mixta (Tabla XIV).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
vía de carga dentaria	86,1	62,0	87,0	SC
vía de carga mixta	108,4	64,0	SC	192,0
vía de carga mucosa	SC	SC	SC	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla XIV: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo a la Vía de Carga.

Los valores de calidad de vida obtenidos en las rehabilitaciones del maxilar inferior, con conector cingular y barra lingual son dispares (Tabla XV).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
vía de carga dentaria	68,2	116,2	SC
vía de carga mixta	99,2	105,5	135,1
vía de carga mucosa	SC	SC	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla XV: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo a la Vía de Carga.

En ningún caso (prótesis superior e inferior) se presentó vía de carga mucosa.

11. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y LA EXPERIENCIA PREVIA DE USO DE PRPM DEL PACIENTE

En los casos comparables de rehabilitaciones del maxilar superior (cinta palatina y conector en herradura), los valores de calidad de vida son similares, siempre en el primer cuartil (Tabla XVI).

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
sin experiencia previa	97,0	64,0	87,0	SC
con experiencia previa	97,6	62,0	SC	192,0
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>				

Tabla XVI: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo a la Experiencia Previa de Uso de Prótesis Removible del Paciente.

Aquellos pacientes con experiencia anterior de uso de prótesis removible parcial inferior presentan peor calidad de vida en aparatos cuyo diseño utiliza conector placoide o cingular (157 y 145 puntos respectivamente); una situación inversa se puede observar en el caso de la barra lingual (102 puntos en el grupo de pacientes sin experiencia previa de uso v/s 78,6 en aquellos con experiencia de uso) (Tabla XVII).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
sin experiencia previa	102,0	89,5	81,0
con experiencia previa	78,6	145,0	157,0
<i>SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio</i>			

Tabla XVII: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo a la Experiencia Previa de Uso de Prótesis Removible del Paciente.

12. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL CONECTOR MAYOR Y EL TIEMPO DE USO DE LA PRPM

Los valores de calidad de vida graficados para los distintos periodos de uso de la aparatología parcial removible superior (0 a 6 meses, 7 a 18 meses, 19 a 30 meses y 31 y más meses) se observan similares en presencia de cinta palatina, conector en herradura y placa palatina parcial, como lo ilustra la tabla XVIII.

	CINTA PALATINA	CONECTOR EN HERRADURA	BARRA PALATINA	PLACA PALATINA PARCIAL
0 A 6 meses	95,5	63,3	SC	192,0
7 a 18 meses	103,5	62,0	87,0	SC
19 a 30 meses	90,0	SC	SC	192,0
31 o más meses	91,0	SC	SC	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla XVIII: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Superior de acuerdo al Tiempo de Uso.

Al igual que en el caso del maxilar superior, cuando se indica barra lingual como conector mandibular, el tiempo de uso no hace variar la calidad de vida autopercebida por el paciente, sin embargo en los casos clínicos en que se indicó conector cingular y conector placoide, los resultados son dispares en el tiempo (Tabla XIX).

	BARRA LINGUAL	CONECTOR CINGULAR	CONECTOR PLACOIDE
0 A 6 meses	92,3	116,0	112,0
7 a 18 meses	87,5	SC	166,3
19 a 30 meses	91,6	76,4	SC
31 o más meses	87,2	138,6	SC

SC = Sin casos clínicos entre las unidades de estudio

Tabla XIX: CDVRSO en Conectores Mayores de PRPM Inferior de acuerdo al Tiempo de Uso.

DISCUSIÓN

Se debe, en primer lugar, considerar que no existen estudios previos que relacionen la calidad de vida autopercebida en salud oral respecto del tratamiento protésico removible y el tipo de conector mayor utilizado en la rehabilitación, por lo que no hay antecedentes de estudios previos que asocien directamente estas dos variables.

El instrumento de medición utilizado en la presente investigación puede calificarse de largo y engorroso, mas sus otras versiones (con menos número de preguntas) no se encuentran validadas en Chile y no abarcan todas las dimensiones de la calidad de vida oral (Hassel, 2008; Torres-Quintana et al., 2009).

Respecto a los resultados de la calidad de vida otorgada por cada conector, el conector mayor, que otorga menor calidad de vida oral en las rehabilitaciones superiores es la placa palatina parcial, seguido, con una considerable diferencia, de la cinta palatina y la barra palatina, y el que otorga mejor calidad de vida es el conector en herradura. Sin embargo, hay que considerar que la prevalencia de uso de la cinta palatina es bastante superior respecto a los demás conectores mayores, pudiendo interferir esto en una eventual comparación con los otros conectores mayores.

Por su parte, en las rehabilitaciones del maxilar inferior, el conector mayor que otorga mayor calidad de vida oral es la barra lingual, seguido del conector cingular, siendo así el conector placoide el que otorga menor calidad de vida; estos resultados además coinciden con la frecuencia de uso de estos conectores.

Acerca de la calidad de vida otorgada por las rehabilitaciones superiores e inferiores, existe una leve diferencia en la CDVRSO otorgada por ambas, siendo la rehabilitación con prótesis parcial metálica inferior la que otorga menor calidad de vida, lo cual concuerda por lo relatado en la literatura (Al-Omiri et al., 2006; Bergman et al., 1995; Caglavan & Altun, 2007; Ikebe et al., 2007; John et al., 2004; Kapur & Soman, 2004; Koyama et al., 2008; Leles & Martins, 2009; Misrachi & Ponce, 2003; Penachiotti, 2006; Vermeulen & Keltiens, 1996).

Respecto al género, en el presente estudio la participación de los sujetos se asemeja a investigaciones anteriores, donde las mujeres participan más (Caglavan 1996; Montero, 2006; Pinzon, 1999). Asociando la variable sexo a los conectores mayores estudiados, los resultados señalan que las mujeres presentan una mejor calidad de vida en salud oral, independiente del conector mayor elegido; cabe señalar que para la rehabilitación del maxilar superior (siempre en mujeres), solamente se utilizó como conector mayor la cinta palatina, mientras que para la rehabilitación de la mandíbula se indicaron dos conectores diferentes: barra lingual y conector cingular, logrando éste último mejores índices de calidad de vida. Los hombres, además de tener, en general, una CDVRSO más baja en todos los conectores mayores, utilizan, en su rehabilitación superior, tres tipos de conectores diferentes, de los cuales el conector en herradura es aquél que otorga mejor calidad de vida, mientras que en su rehabilitación inferior es la barra lingual el conector mayor que logra mayor calidad de vida oral. Estos resultados difieren de otros estudios (Misrachi, 2004), que señalan diferencias no significativas entre ambos sexos en cuanto a la calidad de vida oral en relación a la aparatología protésica.

La variable edad (o rango etario) no se observa relacionada con una mejor o peor calidad de vida en la rehabilitación del maxilar superior, en cambio, en las PRPMs inferiores, con conector cingular y conector placoide, existe una relación inversa entre calidad de vida oral y edad (no dándose esta asociación con la barra lingual). Estos resultados difieren de los obtenidos en investigaciones anteriores en cuanto a la barra lingual, mas son similares en lo referido al uso de los conectores cingular y placoide que demuestran una peor CDVRSO con el aumento de la edad (John, 2004; Mason, 2006).

En cuanto a la influencia del número de dientes remanentes en cada arcada dentaria, la presente investigación coincide con estudios anteriores que señalan una tendencia general a una mejor calidad de vida cuanto más dientes remanentes existan (Allen, 2006; Baba, 2009; Ekanayke, 2005; Tubert, 2003), siendo la única salvedad en nuestra tesis el conector cingular, que presenta valores siempre relativamente constantes. Es importante considerar que con menos de 5 dientes remanentes en la arcada existen conectores mayores no usados en la rehabilitación protésica, lo cual ocurre por causa de la correcta aplicación de los requisitos y adecuada indicación para cada conector mayor en este estado oral. Con esto se verifica que, dentro de las variables clínicas, el número de dientes remanentes es importante para la calidad de vida oral, concordando con otros autores (Baba, 2008).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio en cuanto a la ubicación (anterior y/o posterior) de la pérdida dentaria y la calidad de vida oral obtenida por conector mayor difieren a lo concluido por Michael et al. (2007), quien observó que la pérdida de dientes sólo posteriores afecta menos a la CDVRSO que otras pérdidas dentarias, en tanto el presente estudio determinó que en la arcada superior podría influir dicha variable (se necesitan más casos para comparar), mientras en el maxilar inferior la CDVRSO mejora cuando los dientes perdidos son anteriores y posteriores (respecto de pérdidas dentarias sólo posteriores).

Respecto a las relaciones intermaxilares, en las rehabilitaciones superiores, su conservación conlleva una mejor calidad de vida, coincidiendo con la influencia general de esta variable en la calidad de vida oral estudiada por Baba (2008). Por el contrario, en las rehabilitaciones inferiores no se puede inferir una clara relación general, pues los resultados varían de acuerdo al conector mayor analizado: la barra lingual y el conector cingular muestran una mejor CDVRSO cuando se mantienen las relaciones intermaxilares, pero el conector placoide presenta una relación inversa.

La PRPM puede ser dentosoportada -vía de carga dentaria-, mucosoportada (en pocos casos no presentes en este estudio) -vía de carga mucosa- o dentomucosoportada -vía de carga mixta-: Se registra una mejor CDVRSO cuando se utiliza la vía de carga dentaria, y no mixta, salvo las PRPMs con conector en herradura, no existiendo estudios previos que coincidan o difieran en sus resultados.

En cuanto a la experiencia previa de uso de prótesis removible, en las PRPMs superiores no hay diferencias significativas entre pacientes que sí portaron anteriormente otro aparato protésico y pacientes que no. En las PRPMs mandibulares se aprecian diferencias entre los conectores: los pacientes que utilizan barra lingual en su primera rehabilitación tienen menos CDVRSO respecto a los pacientes que ya tenían experiencia en el uso de prótesis removible parcial, por el contrario, los pacientes que utilizan por primera vez prótesis removible,

indicándoseles conector placoides o cingular, tienen mejor CDVRSO, coincidiendo con estudios anteriores (Knezovic, 2003; Penachiotti, 2006).

Respecto a los meses de uso de la prótesis removible parcial metálica, podemos señalar que no existe una rehabilitación de más de 4 años de uso, no pudiéndose entonces comparar nuestros resultados con aquellos de otras investigaciones previas (Vanzeveren, 2003), sin embargo, de igual manera se puede inferir que, en rehabilitaciones superiores, el tiempo de uso no debería interferir en la calidad de vida oral del paciente, mientras que en las rehabilitaciones inferiores, los resultados no son concluyentes, sino más bien contradictorios, respecto a algún tipo de relación entre calidad de vida, conector mayor y tiempo de uso de la prótesis removible parcial metálica.

Cabe señalar finalmente que la abismante diferencia de frecuencia de uso de conectores mayores en la rehabilitación, especialmente para el maxilar superior, y en algunos tipos de conector mayor sin casos clínicos presentes, no permite una comparación completamente fidedigna respecto a la calidad de vida oral lograda por cada uno de ellos, y menos a sus factores influyentes (género, edad, número de dientes remanentes, ubicación de las pérdidas dentarias, relaciones intermaxilares, higiene oral, vía de carga, experiencia previa y tiempo de uso de la prótesis, entre otros).

CONCLUSIONES

La Calidad de Vida Oral percibida por el paciente respecto a su tratamiento protésico parcial removible con un determinado diseño en cuanto a conector mayor, es un criterio más a tener en cuenta a la hora de indicar un conector mayor acorde a cada caso clínico individual.

El conector con mayor frecuencia en las rehabilitaciones superiores es la cinta palatina, con una gran diferencia respecto a los demás conectores, mientras que en las rehabilitaciones inferiores, la barra lingual (y luego el conector cingular) es el conector más utilizado.

El nivel de calidad de vida otorgado por las prótesis removibles parciales metálicas es relativamente bueno (en el segundo cuartil), otorgando levemente más calidad de vida las rehabilitaciones sólo superiores que las sólo inferiores y las de ambas arcadas.

Salvo la placa palatina parcial, los demás conectores (barra palatina, cinta palatina, conector en herradura, barra lingual, conector placoide y conector cingular) presentaron un buen nivel de calidad de vida (entre el primer y segundo cuartil).

En las rehabilitaciones superiores el conector mayor que otorga mayor calidad de vida es el conector en herradura, luego la barra palatina y la cinta palatina, siendo la placa palatina parcial el conector mayor que logra peor calidad de vida. En el caso de las prótesis inferiores, la barra lingual otorga mejor calidad de vida oral, seguida del conector cingular, dejando como peor conector en cuanto a calidad de vida al placoide.

En general (prótesis superiores e inferiores), las mujeres presentan una mejor calidad de vida oral que los hombres, tomando en cuenta cada conector mayor estudiado.

No existe una relación clara entre la calidad de vida oral y la edad del paciente para la indicación de cada conector mayor.

En cuanto al terreno biológico que aloja a la rehabilitación, en general, mientras más dientes remanentes hallan en la arcada, y así exista la posibilidad de una vía de carga dentaria, mayor calidad de vida oral percibirá el paciente (con la posibilidad de que ésta sin embargo se mantenga). Por el contrario, la ausencia sola de dientes posteriores (en especial en maxilar inferior), la pérdida de las adecuadas relaciones intermaxilares y la inadecuada higiene tanto del aparato como de la cavidad bucal, afectan negativamente la calidad de vida del paciente.

La calidad de vida oral y su relación con la experiencia previa depende del tipo de conector: mientras al utilizar en el diseño de la prótesis una barra lingual en un paciente con experiencia anterior de rehabilitación protésica removible, éste evalúa como mejor su calidad de vida, en el caso de otros conectores mayores la experiencia previa aminora la calidad de vida oral.

No son concluyentes los resultados obtenidos respecto al tiempo de uso de la prótesis y su influencia en la calidad de vida oral, sin embargo el tiempo de uso evaluado es menor que en estudios anteriores.

SUGERENCIAS

El presente estudio presentó variadas limitaciones que luego originaron nuestras sugerencias:

1. Escasez de investigaciones que aborden la relación del conector mayor de la prótesis removible parcial metálica con la calidad de vida oral autopercibida por el paciente rehabilitado, disminuyendo aún más los estudios que utilizan como instrumento de medición el Oral Health Impact Profile en su versión de 49 preguntas para Chile, lo cual nos obligó a crear una propia y adecuada metodología de trabajo.
2. Ausencia de muchas fichas de los pacientes tratados con PRPM en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, lo cual disminuyó nuestra población estudio.
3. Ausencia de datos de pacientes dados de alta hace 5 años o más, pudiendo ello haber sido importante para evaluar el tiempo de uso de la prótesis removible, de acuerdo a estudios anteriores.
4. Falta de actualización de los datos de los pacientes (número telefónico, dirección) y su presupuesto (tratamiento realizado, ajustado, cambiado o impago), mermando de nuevo nuestra población en estudio y nuestro conocimiento respecto a su real valor en número.
5. Estado actual de salud general, física y mental, de los pacientes, lo cual les impide participar del estudio.
6. Voluntad y factibilidad de movilización de los pacientes a la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso para asistir al control odontológico, mermando de nuevo nuestra unidad de estudio.
7. Los pacientes deben comprender y responder todas las preguntas del set de encuestas a realizar para demostrar su adecuada capacidad cognitiva, mas el gran número de preguntas, vuelve engorroso y tedioso el proceso pudiendo influir ello en las respuestas efectivas de los pacientes, disminuyendo así el número de pacientes del estudio.
8. No se toma en cuenta el motivo de consulta de los pacientes, lo cual puede influir en el resultado de su encuesta OHIP - 49 Sp.
9. No se diagnosticaron problemas articulares o musculares en los pacientes, lo cual pudo mermar su calidad de vida en relación a la salud oral sin ser detectado ello por el clínico.
10. Los pacientes deben portar y utilizar en su vida diaria la PRPM, requisito de inclusión que no siempre se cumplió, disminuyendo la población de estudio.
11. Experiencia previa en el uso de prótesis diferente en cada caso en particular (tipo de prótesis, tipo de conector mayor) pudiendo ser una variable influyente no tomada en cuenta.
12. Se requiere tiempo invertido y disponibilidad de horario tanto de los examinadores como de los pacientes, para el examen clínico y la completación de la encuesta, lo cual pudo afectar el número de la población en estudio.
13. Población objetivo sesgada debido a corresponder sólo a pacientes tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso que aceptaron participar de este estudio.

14. Presencia de una variedad limitada de conectores mayores maxilares y mandibulares utilizados en la rehabilitación protésica de los pacientes tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, no permitiendo un estudio comparativo completo.
15. La población en estudio fue finalmente de un número reducido de pacientes tras aplicar todos los criterios de inclusión, para lograr resultados más fidedignos y concluyentes.
16. No se realizó la misma evaluación al paciente (encuesta OHIP - 49 Sp) previo al tratamiento rehabilitador, con el fin de medir la real influencia del tratamiento en la calidad de vida oral del paciente.
17. Los tratamientos fueron realizados por diferentes clínicos, todos alumnos y no profesionales, aunque supervisados por docentes de la cátedra de Prótesis Removible, y no se diferencian siquiera tratamientos llevados a cabo por alumnos de IV o V año (estos últimos con una mejor experiencia clínica).
18. En el caso de las prótesis descartadas por no poseer una calidad técnica adecuada, el examinador desconoce las dificultades del clínico para rehabilitar, no manifestándose ninguna de ellas en la ficha clínica de tratamiento.
19. El presente estudio tomó en cuenta principalmente variables clínicas, y no técnicas, por lo cual no se estudiaron las prótesis removibles en forma adicional con radiografías, calibrador de metal u otros elementos y tecnología para medir resistencias y durezas del metal y/o acrílico: estas variables técnicas pudieron influir en la calidad técnica de la PRPM . afectando luego el resultado en cuanto a la calidad de vida en relación a la salud oral del tratamiento.
20. No se diferencian, ni se toman en cuenta evaluaciones hechas, a los laboratorios dentales que participaron de las etapas de laboratorio de la confección de las prótesis removibles parciales metálicas, lo cual también puede influir en la calidad técnica de la prótesis en sus características y finalmente en la calidad de vida en relación a la salud oral que otorga al paciente.

Así luego de realizar nuestra investigación, podemos sugerir:

1. Promover un mejor registro del estado de los tratamientos y presupuestos, así como de los datos personales del paciente, tratamiento específico final realizado (incluyendo un diseño completo y con leyenda de la aparatología) y dificultades presentadas para el clínico durante la rehabilitación del paciente.
2. Evaluar la posibilidad de trastornos ansio-depresivos en el paciente que acude a rehabilitarse mediante prótesis removible a la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (previo a la realización del tratamiento).
3. Evaluar la calidad técnica lograda en cada tratamiento rehabilitador mediante el CET, y analizar y corregir las causas de mala evaluación en algún ítem.
4. Establecer un plan de control y seguimiento más concreto a los pacientes dados de alta al término de un año académico, analizando además la real vida útil de la prótesis removible parcial metálica superior e inferior.
5. Realizar una investigación que en su metodología incluya el análisis previo y posterior al tratamiento del paciente, tomando en cuenta las variables de motivo de consulta, patología articular y/o muscular, tipo de tratamiento previo y año cursado por el alumno tratante.

RESUMEN

Introducción:

La calidad de vida oral (CDVRSO) del paciente rehabilitado con prótesis removible incluye su comodidad, estética, higiene y masticación, entre otros, mas la influencia del conector mayor utilizado en el diseño de la aparatología se desconoce.

Objetivo:

Determinar la CDVRSO otorgada por las prótesis parciales removibles metálicas (PRPMs) de acuerdo al conector mayor utilizado en su diseño en pacientes tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Materiales y Métodos:

Se evaluó a los pacientes rehabilitados con PRPM, superior y/o inferior, dados de alta entre los años 2006 al 2009, mediante un examen clínico y la encuesta de calidad de vida OHIP - 49 Sp, tomando en cuenta las variables conector mayor, sexo, edad, dientes remanentes en la arcada, ubicación de la pérdida dentaria, relaciones intermaxilares, higiene oral, vía de carga, experiencia previa de uso de prótesis y tiempo de uso de ella.

Resultados:

Se obtuvo una muestra de 102 PRPMs, 48 superiores y 54 inferiores, en general con una buena CDVRSO. El conector mayor que logró mejor CDVRSO fue el conector en herradura y la barra lingual, en tanto los peor calificados fueron la placa palatina parcial y el conector placaide.

Discusión:

Debido a la ausencia de estudios similares y al disminuido tamaño y variedad de la población estudiada, la CDVRSO lograda es difícil de comparar.

Conclusión:

El conector mayor que otorga mejor CDVRSO es el conector en herradura, observándose influencias positivas, negativas y otras pocas claras, de las variables estudiadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen P.F.; Thomason J.M. (2006): A Randomized Controlled Trial of Implant-retained Mandibular Overdentures. *Journal Dent Research*. 85: 547-551.
2. Allison, P.; Locker, D.; Jokovic, A. (1999): A Cross-Cultural Study Of Oral Health Values. *Journal Dent. Research*. 78: 643-649.
3. Al-Omiri, M.K.; Lamey, P.J.; Clifford, T. (2006): Impact Of Tooth Wear On Daily Living. *The International Journal Of Prosthodontics*. 19: 601-605.
4. Armellini, D.B.; Heydecke, G.; Witter, D.J.; Creugers, N.H.J. (2008): Effect Of Removable Partial Dentures On Oral Health-Related Quality Of Life In Subjects With Shortened Dental Arches: A 2-Center Cross-Sectional Study. *The International Journal Of Prosthodontics*. 21: 524-530.
5. Baba K.; John M.; Inukai M. (2008): Patterns Of Missing Occlusal Units And Oral Health-Related Quality Of Life In SDA Patients. *Journal of Oral Rehabilitation*. 35: 621-628.
6. Baba K.; Inukai M. (2008): Feasibility Of Oral Health-Related Quality Of Life Assessment In Prosthodontic Patients Using Abbreviated Oral Health Impact Profile Questionnaires. *Journal of Oral Rehabilitation*. 35: 224-228.
7. Baba K.; John M.; Inukai M. (2009): Validating An Alternate Version Of The Chewing Function Questionnaire In Partially Dentate Patients. *BMC Oral Health*. 9: 134-139.
8. Bae, K.H.; Kim, C.; Paik, D.I.; Kim, J.B. (2006): A Comparison Of Oral Health Related Quality Of Life Between Complete And Partial Removable Denture-Wearing Older Adults In Korea. *Journal of Oral Rehabilitation*. 33: 317-322.
9. Bergman, B.; Hugoson, A.; Olsson, C.O. (1995): A 25 Year Longitudinal Study Of Patients Treated With Removable Partial Dentures. *Journal Oral Rehabilitation*. 22: 595-599.
10. Borel, J.C.; Schittly, J.; Exbrayat, J. (2002): Capítulo 5: Elementos que Intervienen en la Constitución de una Prótesis Parcial Removible Metálica. En: *Manual de Prótesis Removible, Nociones Fundamentales*. Páginas 29 a 37. Masson S.A., París - Francia.
11. Bravo, M. Montero, J. (2006): Calidad De Vida De Salud Oral En La Población General. Tesis Doctoral, Facultad de odontología, Universidad de Granada.
12. Caglayan F.; Altun O. (2007): Oral Health-Related Quality Of Life According To Patients' Complaints In A Turkish Patient Population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 31: 250-256.

13. Caglayan F.; Altun O.; Miloglu O.; Kaya M.D.; Yilmaz A.B. (2009): Correlation Between Oral Health-Related Quality Of Life (Ohqol) And Oral Disorders In A Turkish Patient Population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 43: 21-27.
14. Carvajal, C.; Sarmiento, M. (2003): Determinación de la Relación entre Satisfacción Derivada de la Rehabilitación Protésica y su Calidad Técnica. Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano Dentista, Facultad de Odontología Universidad de Chile.
15. Ekanayake L.; Perera I. (2005): Factors Associated With Perceived Oral Health Status In Older Individuals. *International Dental Journal*. 55: 31-37.
16. Espinoza, I (2005): Utilidad De Las Mediciones De La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud. *Revista Dental De Chile*. 96: 28-35.
17. Ettinger, R.I.; Beck, J.D.; Jakobsen, J. (1984): Removable Prosthodontic Treatments Need: A Survey. *Journal Of Prosthodontics Dent*. 51: 419-427.
18. García, C.R.V. (1999): Manual Para La Utilización Del Cuestionario De Salud General De Goldberg, Adaptación Cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 15: 88-97.
19. Guic, E.; Mora, P.; Rey, R.; Robles, A (2006): Estrés Organizacional Y Salud En Funcionarios De Centros De Atención Primaria De Una Comuna De Santiago. *Revista Médica de Chile*. 134: 447-455.
20. Hassel A.; Rolko C.; Leisen J.; Schmitter M.; Rexroth W.; Leckel M. (2007): Oral Health-Related Quality Of Life And Somatization In The Elderly. *Quality of Life Research*. 16: 253-261.
21. Hassel A.J.; Rolko C.; Koke U.; Leisen J.; Rammelsberg P. (2008): A German Version Of The GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*. 36: 34-42.
22. Hugo F.N.; Hilgert J.B.; Cury J.A. (2009): Oral Status And Its Association With General Quality Of Life In Older Independent-Living South-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol*. 37: 231-240.
23. Inglehart, M.R.; Silverton, S.F.; Sinkford, J.C. (2002): Oral Health-Related Quality Of Life: Does Gender Matter? En: *Oral Health-related Quality of Life*. Páginas 11 a 121. Editorial Quintessence Publishing Co, Estados Unidos.
24. Ikebe, K.; Morii, K.; Matsuda, K.; Nokubi, T. (2007): Discrepancy Between Satisfaction With Mastication, Food Acceptability, And Masticatory Performance In Older Adults. *The International Journal Of Prosthodontics*. 20: 161-167.

25. Jiménez, P.; Sandoval, N. (2004): Influencia de la Calidad Técnica del tratamiento Protésico Removible en la Autopercepción de la Salud Oral del Adulto Mayor. Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano Dentista, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
26. John, M.T.; Koepsell, T.D.; Hujoel, P.; Miglioretti, D.L.; LeResche, L. (2004): Demographic Factors, Denture Status And Oral Health-Related Quality Of Life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 32: 125-132.
27. John, M.T.; Reissmann, D.R.; Allen, F.; Biffar, R. (2007): The Short-Term Effect Of Prosthodontic Treatment On Self-Reported Oral Health Status: The Use Of A Single-Item Questionnaire. *The International Journal Of Prosthodontics.* 20: 507-513.
28. John, M.T.; Slade, G.D.; Szentpetery, A.; Setz, J.M. (2004): Oral Health-Related Quality Of Life In Patients Treated With Fixed, Removable, And Complete Denture 1 Month And 6 To 12 Months After Treatment. *The International Journal Of Prosthodontics* 17: 503-511.
29. Kressin N.R.; Reisine S.; Spiro A.; Jones J.A. (2001): Is Negative Affectivity Associated With Oral Quality Of Life? *Community Dent Oral Epidemiol.* 29: 412-423.
30. Kapur, K.K.; Soman, S.D. (2004): Masticatory Performance and Efficiency in Denture Wearers. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* 92: 107-109.
31. Kiyak, H.A., Mulligan, K. (1987): Studies Of The Relationship Between Oral Health And Psychological Well-Being. *Gerodontology*, 3: 3: 109-112.
32. Klages, U.; Klages, U.; Esch, M.; Wehrbein, H. (2005): Oral Health Impact In Patients Wearing Removable Protheses: Relations To Somatization, Pain Sensivity And Body Consciousness. *The International Journal Of Prosthodontics.* 18: 106-111.
33. Knezovic, D.; Zlataric, A.; Elebic, C.; Valentic-Peruzovic, M. (2003): A survey of Treatment Outcomes With Removable Partial Dentures. *Journal of Oral Rehabilitation.* 30: 847-854.
34. Koyama, S.; Sasaki, K.; Kawata, T.; Atsumi, T.; Watanabe, M. (2008): Multivariate Analysis Of Patient Satisfaction Factors Affecting The Usage Of Removable Partial Dentures. *The International Journal Of Prosthodontics.* 21: 499-500.
35. LaVere, A.M.; Krol, A.J. (2005): Selection of a Major Conector for the Extension - Base Removable Partial Denture. *The Journal of Prosthetic Dentistry* 94: 207-212.

36. Leles, C.R.; Martins, R.R. (2009): Discriminant Analysis Of Patients' Reasons For Choosing Or Refusing Treatments For Partial Edentulism. *J Oral Rehabil* 36: 909-915.
37. Locker, D.; Slade, G. (1994): Association Between Clinical And Subjective Indicators Of Oral Health Status In An Older Adult Population. *Gerodontology*. 11: 108-114.
38. López de Ullibarri I., Pita S. (2001): Medidas de Concordancia: El Índice de Kappa. *Cad. Atención Primaria*. 6: 169-171.
39. Loza, D. (2006): Capítulo 2: Componentes de la prótesis parcial removible. En: *Diseño De Prótesis Parcial Removible*. Páginas 67 a 88. Editorial Médica Ripano, Madrid - España.
40. Mallat Desplast E. (2004): Capítulo 2: Conectores Mayores. En: *Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras*. Páginas 13 a 44. Editorial Elsevier, Madrid - España.
41. Mallat E. (1996): Capítulo 1: Componentes de una Prótesis Parcial Removible. En: *Prótesis Parcial Removible: Clínica y laboratorio*. Páginas 1 a 10. Editorial Elsevier, Madrid - España.
42. Mallat E. (2006): Conectores Mayores Mandibulares. *Alta técnica Dental*. 61: 3-5.
43. Mason J.; Pearce M.S. (2006): How Do Factors at Different Stages of the Lifecourse Contribute to Oral-health-related Quality of Life in Middle Age for Men and Women? *Journal Dent Res*. 85: 257-261.
44. McGivney G.P. (2004): Capítulo 5: Conectores mayores y menores. En: *Prótesis Parcial Removible*. Páginas 35 a 76. Editorial Elsevier, Madrid - España.
45. Mehl, C.; Kern, M.; FreitagWolf, S.; Wolfart, M.; Brunzel, S.; Wolfart, S. (2009): Does The Oral Health Impact Profile Questionnaire Measure Dental Appearance? *The International Journal Of Prosthodontics*. 22: 87-93.
46. Michael H.; John I.; Han-Kuang T.; Ulrike L.; Rainer K.; Klaus W.; Yvonne J. (2007): Oral Health Related Quality of Life and its Association with Sociodemographic and Clinical Findings in 3 Northern Outreach Clinics. *JCDA*. 73: 1488-2159.
47. Minsal, Gobierno de Chile (2007) "Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años" [En Línea], Serie Guías Clínicas MINSAL n°47, Mayo. Santiago, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf> [acceso en Septiembre 2009].

48. Misrachi, C.; Espinoza, I. (2005): Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Revista Dental de Chile* 96: 28-36.
49. Misrachi, C.; Ponce, M. (2004): Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. *Revista Dental de Chile*. 95: 3-10.
50. Misrachi, C.; Ponce, M. (2003): Influencia De La Rehabilitación Oral En La Salud Mental Y Calidad De Vida Del Senescente. Trabajo De Investigación Requisito Para Optar Al Título De Cirujano Dentista, Universidad De Chile.
51. Misrachi, C.; Sepulveda, H.; Lamadrid, S. (2002): Situación Protésica y Conductas asociadas en Adultos Mayores de nivel Socioeconómico Medio-alto y Bajo. *Revista Dental de Chile*. 3: 10-16.
52. Niessen, L.C.; Fedele, D.J. (2002): Aging Successfully: Oral Health For The Prime Of Life. *Compend Contin Educ Dent*. 23: 4-11.
53. Penachiotti G. (2006): Factores Que Influyen En El Uso De Prótesis Removible En Adultos Mayores Recién Rehabilitados. Trabajo De Investigación Requisito Para Optar Al Título De Cirujano Dentista, Universidad De Chile.
54. Persson, K.; Axteluis, B.; Ostman, M. (2009): Association Of Perceived Quality Of Life And Oral Health Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatr Serv*. 60: 1552-1554.
55. Pinzon S.; Zunzunegui M.V.(1999): Detección De Necesidades De Atención Bucodental En Ancianos Mediante La Autopercepción De La Salud Oral. *Rev Mult Geronto*. 13: 216-224.
56. Real Academia Española (2001): Diccionario de la Lengua Española, versión online [En línea], disponible en <http://www.rae.es> [acceso en Diciembre 2009].
57. Rojas, G.; Perez, D. (2004): Relación Entre Satisfacción Con La Rehabilitación Oral Basada En Prótesis Removible Y Salud Mental Del Adulto Mayor. Trabajo De Investigación Requisito Para Optar Al Título De Cirujano Dentista, Universidad De Chile.
58. Romo, F.; Barria, C. (2000): Estudio comparativo del post operatorio a mediano plazo de prótesis parciales removibles de vías de carga dentaria y dentomucosoportada. Trabajo De Investigación Requisito Para Optar Al Título De Cirujano Dentista, Universidad De Chile.
59. Ronquillo, H., Sociedad Peruana de Prótesis Dental y Maxilofacial (1986): Empleo de la Barra Sub-lingual como Conector Mayor en Prótesis Parcial Removible [En Línea]. Disponible en: http://www.sociedadperuanadepotesis.org/descargas/1986/barra_sublingual.pdf [acceso en Septiembre 2009].

60. Rubio J., Robledo T., Llodra J.C., Simón F., Artazcoz J., González V., García-Camba J.M. (1997): Criterios Mínimos De Los Estudios Epidemiológicos De Salud Dental En Escolares. *Revista Española de Salud Pública*. 71: 231-242.
61. Sampogna, F.; Johansson, V.; Axtelius, B.; Abeni, D.; Söderfeldt, B. (2009): Quality Of Life In Patients With Dental Conditions: Comparing Patients' And Providers' Evaluation. *Community Dent Health*. 26: 234-238.
62. Segú, M.; Collesano, V.; Lobbia, S.; Rezzani, C. (2005): Cross-Cultural Validation Of A Short Form Of The Oral Health Impact Profile For Temporomandibular Disorders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 33: 125-130.
63. Sondell, K.; Söderfeldt, B.; Palmqvist, S. (2002): Dentist-Patient Communication And Patient Satisfaction In Prosthetic Dentistry. *The International Journal Of Prosthodontics*. 15: 28-36.
64. Stewart, K. (1992): Capítulo 2: Componentes de la Dentadura Parcial Removible. En: *Prostodoncia Parcial Removible*. Páginas 19 a 42. Editorial Actualidades Médico - Odontológicas Latinoamericana, Caracas - Venezuela.
65. Strassburger, C.; Kerschbaum, T.; Heydecke, G. (2006): Influence Of Implant And Conventional Protheses On Satisfaction And Quality Of Life: A Literature Review. Part 2: Qualitative Analysis And Evaluation Of The Studies. *The International Journal Of Prosthodontics*. 19: 339-348.
66. Stratton R.J (1988): Capítulo 4. En: *An Atlas of RPD*. Páginas 33 a 42. Editorial Quintessence books, Chicago - Estados Unidos.
67. Szentpetery A.G.; John, M.T.; Slade, G.D.; Setz, J.M. (2005): Problems Reported By Patients Before And After Prosthodontic Treatment. *The International Journal Of Prosthodontics*. 18: 124-130.
68. Torres-Quintana M.A., Espinoza I., Mencía M., Pérez I., Aranda W., Carvajal J.C. (2009): Presentaciones Orales Docencia y Educación en Salud: Validación Del OHIP-49 Versión Español en Adultos Chilenos. En libro de resúmenes IADR Chile, Página 26.
69. Turbert-Jeannin, S.; Riordan, P.J. (2003): Validation Of An Oral Health Quality Of Life Index (GOHAI) In France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 31: 275 -84.
70. Vanzeveren, C.; D'Hoore, W.; Bercy, P.; Leloup, G. (2003): Treatment With Removable Partial Dentures: A Longitudinal Study. *Journal Oral Rehabilitation*. 30: 447-458.
71. Vermeulen, A.H.; Keltjens, H.M. (1996): Ten-Year Evaluation Of Removable Partial Dentures: Survival Rates Based On Retreatment, Not Wearing And Replacement. *J Prosthet Dent*. 76: 267-272.

72. Virost P., Organización Mundial de la Salud (2009): "Salud Mental: Un Estado de Bienestar" [En línea], disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html [acceso en Octubre 2009].
73. Warren J.J.; Watkins C.A.; Cowen H.J.; Hand J.S.; Levy S.M.; Kuthy R.A. (2002): Tooth Loss In The Very Old: 13–15-Year Incidence Among Elderly Iowans. *Community Dent Oral Epidemiol.* 30: 29-37.
74. Wan-Nasir W. (2006): Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay Language. *Journal of Public Health Dentistry.* 66: 345-351.
75. Wolfart, S.; Heydecke, G.; Luthardt, R.G.; Marré, B.; Freesmeyer, W.B. (2005): Effects Of Prosthetic Treatment For Shortened Dental Arches On Oral Health-Related Quality Of Life, Self-Reports Of Pain And Jaw Disability: Results From The Pilot-Phase Of A Randomized Multicentre Trial. *Journal Oral Rehabilitation.* 32: 815-822.
76. Wostmann B.; Michel K.; Brinkert B. (2008): Influence Of Denture Improvement On The Nutritional Status And Quality Of Life Of Geriatric Patients. *Journal of Dentistry.* 36: 816-821.
77. Zlataric, D.K.; Celebic, A. (2008): Factors Related To Patients' General Satisfaction With Removable Partial Dentures: A Stepwise Multiple Regression Analysis. *The International Journal Of Prosthodontics.* 21: 85-88.
78. Zlataric, D.K.; Celebic, A.; Valentic-Peruzovic, M.; Celic, R.; Filipovic-Zore, I.; Baucic, M. (2000): The Satisfaction with the Removable Partial Denture Therapy in the Croatian Adult Population. *Coll Antropol.* 24: 485-494.

ANEXOS

- ANEXO 1:** Diálogo Estandarizado Para Citación De Pacientes
- ANEXO 2:** Carta De Invitación A Participar En La Tesis
- ANEXO 3:** Consentimiento Informado
- ANEXO 4:** Asentimiento Informado
- ANEXO 5:** Ficha Clínica
- ANEXO 6:** Instructivo De Ficha Clínica
- ANEXO 7:** Cuestionario De Salud General De Goldberg (CSG-12)
- ANEXO 8:** Spanish Version Of The Oral Health Impact Profile - 49 (OHIP-49 Sp)
Versión validada para Chile
- ANEXO 9:** Cuestionario De Evaluación Técnica (CET)
- ANEXO 10:** Instructivo De CET
- ANEXO 11:** Consideraciones De Diseño Y Elección De Conector En Maxilar Superior
- ANEXO 12:** Hoja De Rechazo
- ANEXO 13:** Aprobación Ética
- ANEXO 14:** Documentos De La Facultad De Odontología De La Universidad De Valparaíso Utilizados En Caso De Ser Necesario
(Interconsulta Y Citación)
- ANEXO 15:** Calibración Intra-Examinador E Inter-Examinador
- ANEXO 16:** Pacientes Excluidos
- ANEXO 17:** Fotografías De Toma De Datos

ANEXO 1

Diálogo Estandarizado Para Citación De Pacientes

Buenos/as días/tardes, don/doña (nombre del paciente), usted habla con Francisco Merino / Victoria Pino, alumno/a de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Me comunico con usted para citarle a un control odontológico gratuito de su prótesis removible hecha en nuestra institución, en el marco de la realización de una tesis que pretende evaluar el tratamiento hecho. Si usted gusta colaborar, le damos una hora para que acuda a responder unas encuestas y para ser examinado por nosotros, la visita en total sólo demorará 1 hora.

¿Contamos con su participación?

SI:

Su hora para control será el día (fecha) a las (hora), en la clínica A de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (dirección Subida Carvallo 211, Playa Ancha), debe preguntar por Francisco Merino / Victoria Pino a la recepcionista. No olvide llevar su(s) prótesis removible(s) y sus lentes ópticos si utiliza, le estaremos esperando.

NO:

Sería usted tan amable de contestarme una encuesta de rechazo de participación en esta tesis, es solamente una pregunta (Anexo 9).

ANEXO 2:

Carta de Invitación a Participar en la Tesis

fecha

Sr. nombre del paciente:

El motivo de la presente carta es invitarle a participar de una tesis de investigación llevada a cabo por los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, Francisco Merino y María Victoria Pino.

El estudio consiste en un control odontológico gratuito de su prótesis removible hecha en la facultad, para evaluar el tratamiento hecho, y unas encuestas. Todo el proceso sólo demorará 1 hora.

Si usted gusta colaborar, le solicitamos acudir a la Facultad de Odontología (Subida Carvallo 211, Playa Ancha) los días jueves entre las 13:30 y las 16:30 hrs (preguntar por Francisco Merino o María Victoria Pino en clínica A), o comunicarse con nosotros al número 09-3492662.

Se despiden, atentamente

Francisco Merino y M^a Victoria Pino

ANEXO 3:

Consentimiento Informado

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Alejandra Rivera A.: Profesor Adjunto Cátedra Prótesis Removible, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

TÍTULO DEL PROTOCOLO: Calidad De Vida En Relación A Conectores Mayores De Prótesis Removible Parcial Metálica.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando el grado de satisfacción y funcionalidad obtenido con mi tratamiento rehabilitador, consistente en prótesis removible parcial metálica, llevado a cabo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo asistir a las citas odontológicas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, para realizar los controles necesarios de mi tratamiento y para responder las encuestas pertinentes al estudio (indagarán sobre aspectos de la salud general, estado emocional y salud bucal con una duración total aproximada de 35 minutos).

Yo entiendo que:

- a) No existen riesgos en este procedimiento.
- b) No existen tratamientos alternativos diferentes a estos controles clínicos.
- c) Este estudio me proporcionará un control de mi rehabilitación: se verificará su buen estado y funcionamiento adecuado, de lo contrario se efectuará la derivación correspondiente, con el fin de solucionar la alteración diagnosticada.
- d) Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por Francisco Merino B. y M^a Victoria Pino A., alumnos de V año, o Alejandra Rivera U., docente guía de tesis, Odontología.
- e) Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a a dar razones y sin que esto me perjudique en mi calidad de paciente o usuario/a.
- f) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por ley.
- g) Usted no recibirá pago económico por su participación en el presente estudio.
- h) Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
- i) 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 médica y legal del investigador u odontólogo responsable que firma este consentimiento.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

Firma INVESTIGADOR U
ODONTÓLOGO RESPONSABLE

Firma PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: ___ / ___ / 2010

ANEXO 4:

Asentimiento Informado

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Alejandra Rivera A.: Profesor Adjunto Cátedra Prótesis Removible, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

TÍTULO DEL PROTOCOLO: Calidad De Vida En Relación A Conectores Mayores De Prótesis Removible Parcial Metálica.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando el grado de satisfacción y funcionalidad obtenido con mi tratamiento rehabilitador, consistente en prótesis removible parcial metálica, llevado a cabo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo asistir a las citas odontológicas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, para realizar los controles necesarios de mi tratamiento y para responder las encuestas pertinentes al estudio (indagarán sobre aspectos de su salud, estado emocional y salud bucal con una duración total aproximada de 35 minutos).

Yo entiendo que:

- a) No existen riesgos en este procedimiento.
- b) No existen tratamientos alternativos diferentes a estos controles clínicos.
- c) Este estudio me proporcionará un control de mi rehabilitación: se verificará su buen estado y funcionamiento adecuado, de lo contrario se efectuará la derivación correspondiente, con el fin de solucionar la alteración diagnosticada.
- d) Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por Francisco Merino B. y M^a Victoria Pino A., alumnos de V año, o Alejandra Rivera U., docente guía de tesis, Odontología.
- e) Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a a dar razones y sin que esto me perjudique en mi calidad de paciente o usuario/a.
- f) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por ley.
- g) Usted no recibirá pago económico por su participación en el presente estudio.
- h) Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
- i) 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 médica y legal del investigador u odontólogo responsable que firma este asentimiento.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

Firma INVESTIGADOR U
ODONTÓLOGO RESPONSABLE

Firma PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: ___ / ___ / 2010

ANEXO 5:

Ficha Clínica

FOLIO _____
FECHA EXAMEN _____
EXAMINADOR(A) _____

1) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES _____
APELLIDOS _____
RUT _____ GÉNERO _____
NACIMIENTO ____ / ____ / ____ EDAD _____ años
TELÉFONO _____ CELULAR ____ - _____
DIRECCIÓN _____

ACOMPAÑANTE RESPONSABLE _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
TELÉFONO _____ CELULAR ____ - _____
DIRECCIÓN _____

2) DESCRIPCIÓN DEL TERRENO BIOLÓGICO

Nº DIENTES REMANENTES:	<i>post-der</i>	<i>ant</i>	<i>post-izq</i>
<i>SUPERIOR</i>	_____	_____	_____
<i>INFERIOR</i>	_____	_____	_____
TIPO BRECHA/EXTREMO LIBRE:			
<i>SUPERIOR</i>	_____	_____	_____
<i>INFERIOR</i>	_____	_____	_____
ZONAS DE APOYO:	_____	_____	_____

SALUD DEL TERRENO BIOLÓGICO: _____

PRESENCIA PB: en BOCA: SI NO
en PRÓTESIS: SI NO

3) IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO PROTÉSICO

TRATAMIENTO HECHO EN: *SUPERIOR* *INFERIOR*
FAC. ODONTOLOGÍA U.V. ____ / ____ ____ / ____ FECHA ALTA
OTRA CLÍNICA (reparaciones? __)

SUPERIOR *INFERIOR*

PRÓTESIS REMOVIBLE: _____ experiencia previa

PARCIAL METÁLICA

PARCIAL ACRÍLICA

TOTAL

VÍA DE CARGA _____

CONECTOR MAYOR:

	<i>SUPERIOR</i>		<i>INFERIOR</i>
BP	<input type="checkbox"/>	BL	<input type="checkbox"/>
BPD	<input type="checkbox"/>	BSL	<input type="checkbox"/>
CP	<input type="checkbox"/>	BV	<input type="checkbox"/>
H	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>
PPP	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>
PPT	<input type="checkbox"/>		
C	<input type="checkbox"/>		

4) RESULTADO DE CUESTIONARIOS LLEVADOS A CABO

CSG-12	VALOR	_____	
	CATEGORÍA	<input type="checkbox"/> Paciente con salud mental adecuada	(< 5 ptos)
		<input type="checkbox"/> Paciente con posible trastorno ansio depresivo	(≥ 5 ptos)
OHIP-Sp 49	VALOR	_____	
CET	VALOR	_____	
	CATEGORÍA	<input type="checkbox"/> calidad técnica deficiente (< 75% del ptje total)	
		<input type="checkbox"/> calidad técnica adecuada (≥ 75% del ptje total)	

5) DERIVACIÓN A: _____

* **LEYENDA:**

<i>BPD = Barra Palatina Doble</i>	<i>BSL = Barra SubLingual</i>
<i>CP = Cinta Palatina</i>	<i>BV = Barra Vestibular</i>
<i>H = Conector en Herradura</i>	<i>P = Conector Placoide</i>
<i>PPP = Placa Palatina Parcial</i>	<i>C = Conector Cingular Inferior</i>
<i>PPT = Placa Palatina Total</i>	
<i>C = Conector Cingular Superior</i>	

ANEXO 6:

Instructivo De Ficha Clínica

1) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Llene con letra imprenta o manuscrita, legible, los datos del paciente.
- Complete todos los datos (si no hay acompañante responsable, realice una raya en el espacio correspondiente).

- Si es necesario, corrobore los datos con documentos oficiales (C.I.).
- Solicite el nombre completo, incluyendo los 2 apellidos, al paciente.
- Completar el *GÉNERO* con la letra *F* en caso de ser sexo femenino, o *M* en caso de ser sexo masculino.
- La *FECHA DE NACIMIENTO* se completa en el formato *día / mes / año* en número árabes.
- La *EDAD* se responde en años, en números árabes.

2) DESCRIPCIÓN DEL TERRENO BIOLÓGICO DEL PACIENTE

- *Nº DIENTES REMANENTES:*
Colocar, en números árabes, cuantos dientes se encuentran presentes, incluyendo terceros molares y dientes en mal estado, en cada sector de cada arcada: posterior (molar y premolar unilateral) y anterior (caninos e incisivos).
En caso de que la brecha abarque los sectores posterior y anterior, colocar el dato en ambos espacios encerrado en un círculo.
- *TIPO BRECHA/EXTREMO LIBRE:*
Basándose en la Clasificación de la Cátedra (Prótesis Removible, Universidad de Valparaíso), califique el tipo de brecha y/o extremo libre observado en cada sector, según su largo:
 - ✓ C = Corta(o) = espacio correspondiente a 1 ó 2 premolares.
 - ✓ M = Mediana(o) = espacio correspondiente a 3 ó 4 premolares.
 - ✓ L = Larga(o) = espacio correspondiente a 5 o más premolares.
 En caso de que la brecha abarque los sectores posterior y anterior, colocar el dato en ambos espacios encerrado en un círculo.
- *ZONAS DE APOYO:*
Indicar en cada lado (derecho e izquierdo) el número (en números árabes) de zonas de apoyo, definiéndose cada zona de apoyo de acuerdo a la clasificación de Eichner:
 - ✓ Premolar Izquierda.
 - ✓ Premolar Derecha.
 - ✓ Molar Izquierda.
 - ✓ Molar Derecha.
- *SALUD PERIODONTAL DEL PACIENTE:*
Indicar si el paciente presenta enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis) - luego de un sondeo de evaluación realizado con sonda OMS- o lesiones (paraprotéticas, bacterianas, fúngicas, virales, neoplásicas) de la mucosa oral (incluyendo labios, carillos, fondo de vestíbulo, encías, paladar, piso de boca y lengua).

Indicar además si el paciente presenta caries en relación a la prótesis parcial removible metálica (asociadas al elemento de anclaje en dientes pilares y asociadas al conector mayor).

- **PRESENCIA PB:**
Indicar si en forma general (y sin utilizar tinción) se observa presencia (*SI*) o ausencia (*NO*) de placa bacteriana en forma evidente, tanto en el terreno biológico como en el aparato protésico. En caso de duda, utilizar como referencia el concepto de presencia de placa de Silness y Løe en forma simplificada:
 - ✓ Presencia de Placa Bacteriana: Cuando se observa placa bacteriana en el margen gingival libre, en el surco gingival adyacente a la superficie dentaria y/o en la prótesis removible portada.
 - ✓ Ausencia de Placa Bacteriana: Cuando no se observa placa bacteriana clínicamente ni en boca ni en la prótesis removible.

3) IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO PROTÉSICO

- **TRATAMIENTO HECHO EN:**
Indicar si la o las prótesis (superior y/o inferior) que porta el paciente fueron producto de un tratamiento rehabilitador llevado a cabo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso o en otra institución.
En caso de ser un paciente de la Facultad, indicar en qué fecha (en formato *mes/año*) fue dado de alta el paciente (para cada aparato protésico), y si se han realizado reparaciones del aparato (*SI / NO*).
- **PRÓTESIS REMOVIBLE:**
En el caso de cada rehabilitación protésica que porte el paciente, indicar:
 - a) Si el paciente ya tenía experiencia en el uso de prótesis removible (*SI*) o si es la primera que porta (*NO*) (en *EXPERIENCIA PREVIA*).
 - b) El tipo de aparato (prótesis removible *PARCIAL METÁLICA*, *PARCIAL ACRÍLICA* o *TOTAL*).
 - c) La vía de carga (*DENTARIA*, *MUCOSA* o *MIXTA*).
- **CONECTOR MAYOR:**
Indicar el conector mayor utilizado en el diseño de cada prótesis parcial removible metálica utilizada por el paciente (la leyenda al final de la ficha explica las abreviaciones).

4) RESULTADO DE CUESTIONARIOS LLEVADOS A CABO

- **CSG-12**
Coloque, en números árabes, el puntaje total (sumatoria final) obtenido por el paciente en el Cuestionario de Salud General de Goldberg, versión corta de 12 preguntas. Clasifique luego al paciente de acuerdo a dicho puntaje.

- *OHIP-Sp 49*
Coloque, en números árabes, el puntaje total (sumatoria final) obtenido por el paciente en la versión en español de 49 preguntas del Oral Health Impact Profile.
- *CET*
Coloque, en números árabes, el puntaje total (sumatoria final) obtenido en el Cuestionario de Evaluación Técnica, por cada prótesis removible parcial metálica del paciente, indicando si es la prótesis superior o inferior (ejemplo: $S = 10 / I = 18$). Clasifique luego al aparato rehabilitador de acuerdo a dicho puntaje.

5) DERIVACION A:

Una vez finalizado el examen clínico y completada la etapa de encuestas autoadministradas, se le comunica al paciente su necesidad de tratamiento, indicando en la ficha si se realizó o no una derivación (y a qué especialidad), con o sin solicitud de radiografías u otros exámenes complementarios.

ANEXO 7:

Cuestionario De Salud General De Goldberg (CSG-12)

Nombre: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas, si no comprende alguna, déjela en blanco. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

En las últimas semanas ...	MEJOR que de costumbre	IGUAL que de costumbre	MENOS que de costumbre	MUCHO MENOS que de costumbre
¿Ha sido capaz de concentrarse bien en lo que hace?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Ha perdido sueño por preocupaciones?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Se ha sentido útil para los demás?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Se ha sentido constantemente bajo tensión?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Ha sentido que no puede solucionar sus problemas?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Ha sido capaz de disfrutar la vida diaria?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Ha sido capaz de enfrentar sus problemas?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Se ha sentido triste o deprimido?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Ha perdido confianza en sí mismo?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Ha sentido que usted no vale nada?	(0)	(0)	(1)	(1)
¿Se ha sentido feliz considerando todas las cosas?	(0)	(0)	(1)	(1)

Puntaje:

0 = MEJOR que de costumbre, IGUAL que de costumbre.

1 = MENOS que de costumbre, MUCHO MENOS que de costumbre.

Evaluación de Resultados:

0 a 4 = Paciente con salud mental adecuada.

5 a 12 = Paciente con posible trastorno ansio depresivo.

ANEXO 8:

Spanish Version Of The Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp)
Versión validada para Chile por Rodrigo López y Vibeke Baelum

Nombre: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas, si no comprende alguna, déjela en blanco. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Limitación funcional

En el último mes...	nunca	casi nunca	ocasionalmente	frecuente mente	muy frecuente mente
¿Has tenido dificultades mordiendo algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido problemas pronunciando alguna palabra por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has notado un diente que no se ve bien?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido que tu apariencia ha sido afectada por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido que tu aliento se ha deteriorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido que tu sensación de sabor ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has retenido alimento en tus dientes o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido que tu digestión ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido que tus prótesis no ajustan apropiadamente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Dolor físico

En el último mes...	nunca	casi nunca	ocasionalmente	frecuente mente	muy frecuente mente
---------------------	-------	------------	----------------	-----------------	---------------------

¿Has tenido molestias dolorosas en tu boca?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido dolor en los maxilares?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido dolor de cabeza por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido dolor de dientes?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido dolor de encías?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has encontrado incomodidad al comer algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido áreas dolorosas en tu boca?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido prótesis incómodas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Disconfort psicológico

En el último mes...	nunca	casi nunca	ocasionalmente	frecuente mente	muy frecuente mente
¿Has estado preocupado por problemas dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sido consciente de ti mismo por tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Los problemas dentales te han hecho miserable?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido disconfort sobre la apariencia de tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Te has sentido tenso/a por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Incapacidad física

En el último mes...	nunca	casi nunca	ocasionalmente	frecuente mente	muy frecuente mente
---------------------	-------	------------	----------------	-----------------	---------------------

¿Ha sido poco clara la forma en que tú hablas por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿La gente ha malentendido algunas de tus palabras por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido que hay menos sabor en tus alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sido incapaz para cepillar tus dientes apropiadamente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Tu dieta ha sido insatisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sido incapaz de comer con tus prótesis por problemas con ellas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has evitado sonreír por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Incapacidad psicológica

En el último mes...	nunca	casi nunca	ocasionalmente	frecuente mente	muy frecuente mente
---------------------	-------	------------	----------------	-----------------	---------------------

¿Tu sueño ha sido interrumpido por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has estado molesto por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has encontrado difícil relajarte por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Te has sentido deprimido por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Se ha afectado tu concentración por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has estado un poco avergonzado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Incapacidad social

En el último mes...	nunca	casi nunca	ocasionalmente	frecuente mente	muy frecuente mente
---------------------	-------	------------	----------------	-----------------	---------------------

¿Has evitado salir por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sido menos tolerante con tu pareja o familia por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido problemas relacionándote con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

En desventaja

En el último mes...	nunca	casi nunca	ocasionalmente	frecuente mente	muy frecuente mente
---------------------	-------	------------	----------------	-----------------	---------------------

¿Has sentido que tu salud general ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sufrido cualquier pérdida financiera por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
¿Has sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Puntaje:

1 = NUNCA.

2 = CASI NUNCA.

3 = OCASIONALMENTE.

4 = FRECUENTEMENTE.

5 = MUY FRECUENTEMENTE.

ANEXO 9:

Cuestionario De Evaluación Técnica (CET)

Nombre: _____

Instrucciones: Leer cuidadosamente el instructivo CET, luego realizar una calibración y finalmente leer estas preguntas. Contestar a todas las preguntas, marcando con una cruz la respuesta escogida.

Nº preg	Pregunta	Respuesta	
---------	----------	-----------	--

1	OCCLUSIÓN	Correcta (1)	Incorrecta (0)
2	ESTÉTICA Ubicación de Dientes	Sí (1)	No (0)
3	Forma, Tamaño y Color de Dientes	Sí (1)	No (0)
4	POLVO ADHESIVO Superior	No (1)	Sí (0)
5	Inferior	No (1)	Sí (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	RETENCIÓN (Respuesta a fuerzas extrusivas) Superior	Buena (1)	Mala (0)
14	Inferior	Buena (1)	Mala (0)
15	ESTABILIDAD (Sin movimiento) Superior	Sí (1)	No (0)
16	Inferior	Sí (1)	No (0)
17	CONTROL LINGUAL	Sí (1)	No (0)
18	ADAPTACIÓN DE RETENEDORES Superior	Sí (1)	No (0)
19	Inferior	Sí (1)	No (0)
20	ZONA DE ALIVIO DE TEJIDO BLANDO Superior	Sí (1)	No (0)
21	Inferior	Sí (1)	No (0)
22	ZONA DE ALIVIO DE TEJIDO DURO Superior	Sí (1)	No (0)
23	Inferior	Sí (1)	No (0)

24	MÁRGENES O BORDES (grosor) Superior	Delgados (1)	Gruesos (0)
25	Inferior	Delgados (1)	Gruesos (0)
	MÁRGENES O BORDES (superficie)		

26	Superior	Romos (1)	Filosos (0)
27	Inferior	Romos (1)	Filosos (0)
28	Superior	Lisa (1)	Irregular (0)
29	Inferior	Lisa (1)	Irregular (0)

30	Superior	No (1)	Sí (0)
31	Inferior	No (1)	Sí (0)
32	Superior	No (1)	Sí (0)
33	Inferior	No (1)	Sí (0)
34	Superior	No (1)	Sí (0)
35	Inferior	No (1)	Sí (0)
36	SECRECIÓN SALIVAL	Sí (1)	No (0)

Puntaje:

0 = Primera columna de respuestas.

1 = Segunda columna de respuestas.

Evaluación de Resultados:

*** prótesis removible parcial metálica superior:**

Puntaje total = 19

0 a 14 = calidad técnica deficiente

15 a 19 = calidad técnica adecuada

*** prótesis removible parcial metálica inferior:**

Puntaje total = 21

0 a 15 = calidad técnica deficiente

16 a 21 = calidad técnica adecuada

ANEXO 10:

Instructivo de CET

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

01. Oclusión

Para pacientes portadores de prótesis parciales (en posición postural normal, no con la cabeza reclinada), se considerará la oclusión como:

Correcta: Si se logra MIC y ausencia de interferencias en las lateralidades y protrusiva.

Incorrecta: Cuando no exista un buen engranaje dentario o interferencias oclusales evidentes.

Estética

02. Ubicación de los Dientes

Se examina solicitando al paciente que sonría; al realizar esta acción, el operador observará:

Sí: Textura facial adecuada, línea blanca y línea de la sonrisa adecuadas, curva frontal de compensación, línea media y simetría adecuadas.

No: Falta de textura facial, solamente se observa la línea blanca de la dentadura artificial, ausencia de curva frontal de compensación y/o presencia de línea media alterada y asimetrías.

03. Forma, Tamaño y Color

En pacientes desdentados parciales, examinaremos estos aspectos comparando la forma, el tamaño y el color de los dientes artificiales con los dientes naturales, anotando:

Sí: Cuando estos parámetros coincidan y las estructuras naturales sean semejantes a las artificiales.

No: Cuando se observe una discrepancia evidente entre las estructuras naturales y las artificiales.

Polvos Adhesivos

Se debe constatar la utilización de estos adhesivos.

04-05. Superior e Inferior

Sí: Presentes.

No: Ausentes.

Nota importante:

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

Límites

06-07. Extensión del Límite Posterior Superior e Inferior

En el caso de los pacientes portadores de prótesis parciales, la extensión del límite posterior considerará su relación con sus piezas pilares. Este será:

Adecuado: Si se presenta un contacto armónico con los pilares posteriores.

Corto: Si existe un espacio entre el acrílico de la prótesis y los pilares posteriores.

Extendido: Si el acrílico sobrepasa la anatomía de las piezas pilares posteriores.

08-09. Límite Vestibular Superior e Inferior

El límite vestibular se considerará:

Adecuado: Si está en la línea de reflexión de los tejidos al traccionar la mejilla. En caso de prótesis parciales superiores con piezas pilares anteriores y posteriores se considerará adecuado aunque el acrílico no llegue a la zona de reflexión de los tejidos.

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

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

10. Límite Lingual

A los pacientes portadores de prótesis inferiores, se les debe solicitar que ubiquen la punta de la lengua en la zona anterior de la bóveda palatina, en apertura máxima, luego se considerará:

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

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

Extendido: Si se desprende en forma inmediata.

Respuesta a Fuerzas Intrusivas (Soporte)

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

11-12. Superior e Inferior

Se observarán los movimientos de bamboleo o báscula que experimente la prótesis al aplicar fuerzas intrusivas leves, utilizando alternativamente los dedos pulgares del operador en el caso de las superficies oclusales de los dientes artificiales superiores, e índices en el caso de las caras oclusales inferiores.

Buena: Cuando no se presenta ningún tipo de báscula.

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

Respuesta a Fuerzas Extrusivas (Retención)

La retención de una dentadura artificial, es la resistencia que ofrece frente a fuerzas extrusivas o de desalojo.

13. Superior

Se solicita al paciente que abra la boca, y, utilizando el examinador sus dedos índices y pulgar, en forma de pinza, traccionará suavemente la prótesis superior, aplicando la fuerza a nivel de los premolares. El clínico entonces observa y anota la calidad de la retención:

Buena: Si hay una alta resistencia al desalojo.

Mala: Si se desaloja fácilmente al aplicar la fuerza.

14. Inferior

Se le solicita al paciente que abra levemente su boca y realice suaves movimientos con sus mejillas y lengua. El examinador constatará con sus dedos si la prótesis inferior está en su lugar o ha sido desplazada, calificando entonces la retención como:

Buena: Si la prótesis ha permanecido en su sitio.

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

Estabilidad

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

15. Superior

El examinador solicitará al paciente que abra su boca, y utilizando sus dedos pulgar e índice a modo de pinza, se apoyará en la región premolar de los dientes artificiales. Luego, aplicará una fuerza rotacional paralela al plano oclusal, evaluando el movimiento resultante:

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.

16. Inferior

Estando el paciente sin la prótesis superior instalada en su boca, el examinador debe colocar sus dedos índice y pulgar en la región incisiva, y, con la lengua en posición relajada, se debe intentar de movilizar la aparatología en sentido antero-posterior, observando entonces:

Sí: Inexistencia de movimiento.

No: Evidente movilidad.

17. Control Lingual

Se le indica al paciente que apriete suavemente, y se le consulta en qué posición ha quedado su lengua, anotando:

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.

Adaptación de los Retenedores

Cada retenedor tiene un diseño específico, que no interfiere con la oclusión, con una determinada posición y dirección del tercio terminal (bajo el ecuador protésico), de acuerdo al diente pilar.

18-19. Superiores e Inferiores

Los retenedores de la prótesis superior deben seguir el diseño realizado en el diente pilar, acceder con el tercio terminal al socavado retentivo determinado, quedar adaptados a la superficie dentaria y levemente separados de los tejidos blandos y con la terminación de la retención de características y longitud adecuada. De acuerdo a estas características clínicas, se debe anotar:

Sí: Presencia de retenedores adecuados.

No: Presencia de retenedores inadecuados.

Zona de Alivio Tejido Blando

20-21. Superior e Inferior

Sí: Deben estar aliviadas zonas de tejidos blandos como frenillos.

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

Zona de Alivio Tejido Duro**22-23. 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**24-25. Superior e Inferior**

Consignar la característica según corresponda: **Delgado** o **Grueso**.

26-27. Superior e Inferior

Consignar la característica según corresponda: **Romo** o **Filoso**.

Superficie de Acrílico**28-29. Superior e Inferior**

Consignar la característica según corresponda: **Lisa** o **Irregular**.

Presencia de Estomatitis**30-31. Superior e Inferior**

Observar la mucosa verificando:

No: La salud de los tejidos.

Sí: 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**32-33. Superior e Inferior**

Observar la mucosa verificando:

No: La salud de los tejidos.

Sí: La presencia de úlceras o zonas enrojecidas.

Presencia de Hiperplasias**34-35. Superior e Inferior**

Observar la mucosa verificando:

No: La salud de los tejidos.

Sí: La presencia de hiperplasias (inclusive épulis fisurado).

36. Secreción Salival

Se debe constatar la presencia de saliva que permita lubricar los tejidos duros y blandos:

Sí: Si encuentra una secreción de saliva adecuada y presencia de mucosas y lengua.

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

ANEXO 11:

Consideraciones De Diseño Y Elección De Conector En Maxilar Superior

En 1953 Blatterfein confeccionó un método de cinco pasos para diseñar conectores en el maxilar superior (McGivney, 2004):

Paso nº1: Limitar las áreas de soporte primario.

Paso nº2: Limitar las zonas que no serán ocupadas por el conector: 5 a 6 mm desde cara palatina de los dientes, línea media prominente y el velo del paladar.

Paso nº3: Dibujar las zonas que están disponibles para poner un conector.

Paso nº4: Selección del conector propiamente tal, siendo para ello cuatro factores importantes:

a) Confort del paciente:

A considerar y recalcar que el grosor y ubicación del conector debe ser adecuado y que no altere de ninguna forma las funciones de la lengua durante la fonación y masticación.

b) Rigidez:

Debe tener una máxima rigidez posible que permita la distribución de fuerzas, y en el caso del maxilar superior otorgar además soporte.

c) Localización de la base dentaria:

La topografía muchas veces será un factor importante, no se puede colocar una barra palatina anterior en una gran zona desdentada posterior y viceversa.

d) Retención Indirecta:

De ser necesaria, de acuerdo a la topografía y cinemática, debe aplicarse.

Paso nº5: Se unifica el resto de los elementos al conector seleccionado.

ANEXO 12:

Hoja De Rechazo

Si usted rechaza participar en este estudio, nos gustaría saber cuál de las siguientes razones reflejan mejor su decisión:

- a) Sólo porque no quiero.
- b) Creo que esto no sirve para nada.
- c) No me gusta contestar encuestas.
- d) No me gusta revelar aspectos de mi vida.
- e) No me gusta la atención odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- f) No estoy satisfecho/a con el tratamiento odontológico que recibí en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- g) No tengo tiempo.
- h) Mi salud no me permite movilizarme hasta la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- i) Otra: ¿Cuál? _____

Nombre: _____

Firma: _____

.....
...

Encuesta realizada vía: a) entrevista telefónica
b) entrevista directa

ANEXO 13:

Aprobación Ética

Puesto que la presente investigación involucra a seres humanos, el protocolo y un formulario solicitado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, fueron evaluados por la ya mencionada comisión, teniendo en cuenta además el Currículum Vitae del docente guía - investigador -, Dra. Alejandra Rivera U., y los formularios de consentimiento y asentimiento informado a utilizar en la tesis.

En el formulario se presentaron los antecedentes generales de la investigación (título, investigadora principal e investigadores estudiantes), y se presentó la investigación descriptiva cualitativa llevada a cabo mediante el examen clínico de pacientes, de sus fichas clínicas, y una encuesta realizada por el mismo paciente (solo).

La investigación cumple con todos los principios de la Declaración de Helsinki. El estudio no incluye intervención, procedimientos invasivos, utilización de tejidos humanos, exposición a radiaciones ionizantes, drogas, aparatos tecnológicos ni ningún daño físico o psicológico a los pacientes, quienes se beneficiarán de un control odontológico gratuito, informándoles respecto al real estado clínico de su rehabilitación protésica, siendo derivado a especialidad en caso de ser necesario.

A cada paciente (cuyos datos se obtienen de la base de datos de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso) citado telefónicamente, se le explicará adecuadamente en qué consiste el estudio, para que luego pueda firmar el consentimiento informado.

Los investigadores del presente estudio recibieron una donación de productos MAVER no utilizados más que para agradecer la participación de los pacientes, y representan a la institución en la cual estudian, sin ningún otro patrocinador.

Los resultados de la tesis serán publicados, sin divulgar datos personales de los pacientes, como seminario de tesis requisito para optar al título de Cirujano Dentista, en la misma Facultad de Odontología.

Con todos estos antecedentes, el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso aprobó la realización de la presente investigación, sin enviar, sin embargo, un documento firmado a los investigadores.

ANEXO 14:

Documentos De La Facultad De Odontología De La Universidad De Valparaíso
Utilizados En Caso De Ser Necesario

Orden de Interconsulta


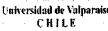
INTERCONSULTA	 Escuela de Odontología	Universidad de Valparaíso Facultad de Odontología Escuela de Odontología
	 Universidad de Valparaíso CHILE	
		Ficha Simple N° _____
		Historia Clínica _____
		Interconsulta
		Doctor _____
		Cátedra o Servicio _____
		Ruego a Ud. examinar al Sr. / Sra. _____
		y tenga a bien informar sobre _____
		Doctor o Alumno _____
	Cátedra o Servicio _____	
	Fecha _____	
	Resultado de Interconsulta	
	Doctor o Alumno _____	
	Cátedra o Servicio _____	
	Puedo informar a Ud. _____	
	Doctor _____	
	Cátedra o Servicio _____	
	Fecha _____	

Figura: XII: Orden de Interconsulta de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso

Citación

Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología

CITACIÓN

PACIENTE

ASIGNATURA CLÍNICA

DOCENTE o ALUMNO

FECHA	DÍA	HORA

*Entregue esta citación al recepcionista
en la sala de espera*

Figura: XIII: Citación para atención de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso

Calibración Intra-Examinador E Inter-Examinador

Los operadores se calibraron en las 21 preguntas de CET y en el diagnóstico de salud del terreno biológico del paciente (información solicitada en la ficha clínica), obteniendo índices kappa por cada pregunta, que luego se promediaron por operador y luego en general para obtener un valor final de calibración (López de Ullibarri & Pita, 2001). En las tablas siguientes se detalla la concordancia encontrada por cada ítem evaluado.

a) CALIBRACIÓN INTRAEXAMINADOR

	PREVIA A LA INVESTIGACIÓN			DURANTE LA INVESTIGACIÓN			POSTERIOR A LA INVESTIGACIÓN		
	CLÍNICO 1	CLÍNICO 2	CLÍNICO 3	CLÍNICO 1	CLÍNICO 2	CLÍNICO 3	CLÍNICO 1	CLÍNICO 2	CLÍNICO 3
CET 1	1	1	0,66	1	1	0,66	1	1	1
CET 2	0,33	0,33	1	0,33	0,66	1	0,33	0,66	1
CET 3	1	1	0,33	1	1	0,33	1	1	1
CET 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 9	1	1	0,66	1	1	0,66	1	1	0,66
CET 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 11	1	0,33	0,33	0,66	0,66	0,33	0,66	0,33	0,33
CET 12	1	1	0,66	1	1	1	1	1	0,33
CET 13	1	1	0,33	1	1	1	1	1	0,33
CET 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 15	0,33	1	0,33	0,66	1	0,66	0,66	0,66	0,66
CET 16	0,66	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 17	1	0,33	0,33	1	1	0,33	1	1	0,33
CET 18	1	0,33	1	1	0,66	1	1	1	1
CET 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 21	1	1	1	1	1	1	1	1	1
FICHA	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Media	0,92	0,88	0,80	0,94	0,95	0,86	0,94	0,94	0,85

MEDIA DE TODOS LOS CLÍNICOS	MEDIA DE TODOS LOS CLÍNICOS	MEDIA DE TODOS LOS CLÍNICOS
0,87	0,92	0,91

TABLA XX: Calibración por pregunta intra-examinador, previa, durante y posterior a la toma de datos.

b) CALIBRACIÓN INTER-EXAMINADOR

	PREVIA A LA INVESTIGACIÓN			DURANTE LA INVESTIGACIÓN			POSTERIOR A LA INVESTIGACIÓN		
	CLÍNICO 1	CLÍNICO 2	CLÍNICO 3	CLÍNICO 1	CLÍNICO 2	CLÍNICO 3	CLÍNICO 1	CLÍNICO 2	CLÍNICO 3
CET 1	1	1	0,66	1	1	0,66	1	1	1
CET 2	0,66	0,66	0,66	0,33	0,66	0,66	1	0,66	0,66
CET 3	1	1	0,66	1	1	0,66	1	1	0,66
CET 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 9	1	1	0,66	1	1	0,66	1	1	0,66
CET 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CET 11	0,33	0,66	0,66	1	1	0,66	0,66	1	1
CET 12	0,66	0,66	0,66	1	1	0,66	1	0,66	0,33
CET 13	1	1	1	1	1	1	1	1	0,66
CET 14	0,33	1	0,33	1	1	1	1	1	0,66
CET 15	0,66	1	0,66	0,66	1	0,33	0,66	1	0,33
CET 16	0,66	1	0,66	1	1	1	1	1	1
CET 17	0,66	1	0,33	0,66	1	1	1	1	0,66
CET 18	1	0,66	1	1	0,66	1	1	1	1
CET 19	0,33	1	1	1	1	1	0,66	1	1
CET 20	1	1	0,66	1	1	1	1	1	1
CET 21	1	1	1	1	1	1	1	1	1
FICHA	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Media	0,83	0,94	0,80	0,89	0,92	0,83	0,91	0,92	0,80

MEDIA DE TODOS LOS CLÍNICOS	MEDIA DE TODOS LOS CLÍNICOS	MEDIA DE TODOS LOS CLÍNICOS
0,86	0,88	0,88

TABLA XXI: Calibración por pregunta inter-examinador, previa, durante y posterior a la toma de datos.

Finalmente, cada valor se comparó con los valores del test de Kappa recomendados por Landis y Koch en 1977, expresados en la siguiente tabla:

VALOR DE KAPPA	FUERZA DE CONCORDANCIA
< 0,20	POBRE
0,21 - 0,40	DEBIL
0,41 - 0,60	MODERADA
0,61 - 0,80	BUENA
0,81 - 1.00	MUY BUENA

TABLA XXII: Valores del Test Kappa de Cohen.

ANEXO 16:

Pacientes Excluidos

	2006	2007	2008	2009	TOTAL
PACIENTES					
PROTESIS TOTALES	59	57	63	60	239
PROTESIS ACRILICAS	43	23	45	37	148
PROTESIS PARCIALES METALICAS	145	102	156	134	537
SIN FICHA	96	50	95	41	282
SIN ALTA	6	3	4	5	18
pacientes contactados	43	49	57	88	237
SIN DATOS ACTUALES	9	15	12	7	43
NO CONTESTARON	15	6	4	29	54
NO COMPLETARON TESIS	0	2	2	2	6
NO QUISIERON PARTICIPAR	6	9	8	12	35
INADECUADA CAPACIDAD COGNITIVA	2	4	10	2	18
CSG-12 NO APROBADO	0	0	2	0	2
pacientes incluidos	9	14	20	33	76
prótesis incluidas	13	26	36	62	137
PROTESIS					
CET NO APROBADO	0	2	3	6	11
TRATAMIENTO NO HECHO EN ODO-UV	0	0	0	0	0
NO USA PRÓTESIS HOY	4	3	4	11	22
CON REPARACIÓN	0	0	0	2	2
UNIVERSO FINAL	9	21	29	43	102
equivalencia en pacientes	9	13	16	28	66

ANEXO 17:

Fotografías De Toma De Datos

Autoadministración del Cuestionario de Salud General de Goldberg (CSG-12) y del Spanish version of the Oral Health Impact Profile - 49 (OHIP-49 Sp) por parte del paciente.



Figura XIV: Paciente completando encuestas.

Examen clínico (con llenado de Ficha Clínica) y administración del Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) por parte de los examinadores.

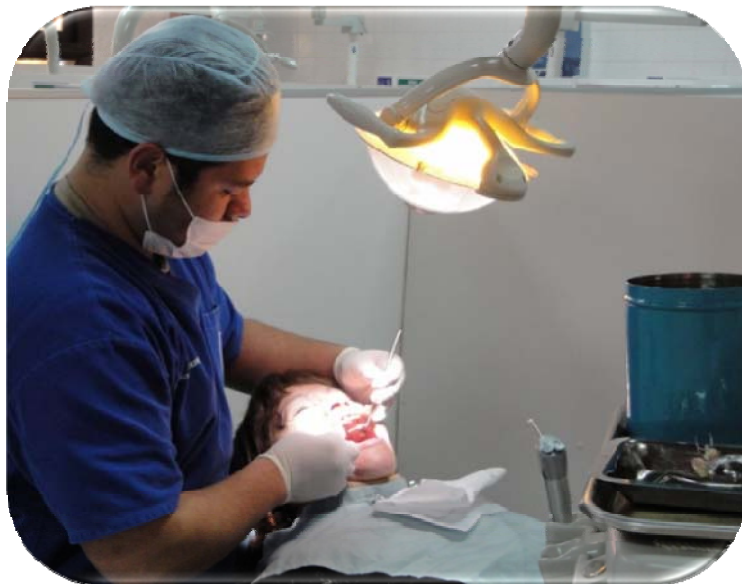


Figura XV: Operador A completando ficha clínica.



Figura XVI: Operador B completando CET.



Figura XVII: Operador C completando CET.