



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA REHABILITACIÓN CON
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTES DEL CENTRO DE
SALUD PAMPA CANGALLO – AYACUCHO 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR

Bachiller: ROQUE TUEROS, PATRICIA NELLY

ASESOR: MG.CD.JOAN PAUL DE LA CRUZ ANGULO

LIMA-PERÚ

2018

A mi difunto padre que hace un año me dejó y a mi madre, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme mucha fortaleza y valor para terminar este proyecto.

A mis maestros, de desarrollo de mi vida universitaria por su crítica, por su excelencia, por sus consejos, que me ayudaron a formarme como persona y profesional, por brindarme sus conocimientos y haber hecho posible la culminación de este proyecto.

Por último, agradecer a todas aquellas personas que me apoyaron durante el transcurso de mi carrera que hicieron posible la culminación de este proyecto.

RESUMEN

El objetivo de esta tesis fue Determinar la relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.

El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 86 adultos seleccionados por muestreo no probabilístico. La información se obtuvo mediante un cuestionario y evaluación; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre edad, sexo, clasificación de Kennedy, estado y ubicación de la prótesis y el índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la relación entre la autopercepción de salud oral y la clasificación de Kennedy, estado, ubicación de prótesis, edad y sexo se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. La mayoría de la muestra presentó una “regular” autopercepción de la salud oral (45,3%), seguido por “mala” (29,1%). Se encontró relación entre el índice de GOHAI y clasificación de Kennedy ($p:0,001$), estado ($p:0,001$) y ubicación ($p:0,040$) de la prótesis, sexo ($p:0,001$) y edad ($p:0,001$). La mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “regular” necesitando una reevaluación protésica. El GOHAI es un instrumento de sencilla aplicación, para evaluar la autopercepción de salud oral, se requieren estudios adicionales con nuevos factores intervinientes.

Palabras clave: Calidad de vida, Índice GOHAI, prótesis parcial removible.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the relationship between quality of life and rehabilitation with a removable partial prosthesis in patients of Pampa Cangallo - Ayacucho 2018 health center.

The study was descriptive. The sample consisted of 86 adults selected by non-probabilistic sampling. The information was obtained through a questionnaire and evaluation; The data collection instrument included information on age, sex, Kennedy classification, state and location of the prosthesis and the Geriatric Oral Health Index (GOHAI). The descriptive analysis of the indicators was carried out, grouping them into absolute and relative frequencies. To evaluate the relationship between oral health self-perception and the Kennedy classification, state and location of prosthesis, age and sex, the chi-squared test was used with a level of significance of 5%.

The majority of the sample presented a "regular" self-perception of oral health (45.3%), followed by "bad" (29.1%). A relationship was found between the GOHAI index and Kennedy classification ($p: 0.001$), state ($p: 0.001$) and location ($p: 0.040$) of the prosthesis, sex ($p: 0.001$) and age ($p: 0.001$).

Most of the sample presented a "regular" self-perception in need of a prosthetic re-evaluation. The GOHAI is an instrument of simple application, to evaluate the self-perception of oral health, additional studies are required with new intervening factors.

Key words: Quality of life, GOHAI index, removable partial prosthesis.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INDICE

INDICE DE TABLAS

INDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

12

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

14

1.2 Formulación del problema

16

1.3 Objetivos de la investigación

17

1.4 Justificación de la investigación

18

1.4.1 Importancia de la investigación

18

1.4.2 Viabilidad de la investigación

18

1.5 Limitaciones del estudio

19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

20

2.2 Bases teóricas

30

2.2.1 Paciente desdentado

30

2.2.2	Prótesis Parcial Removible	37
2.2.3	Calidad de vida	44
2.2.4	Autopercepción	47
2.3	Definición de términos básicos	49

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Formulación de hipótesis	52
3.2	Variables, dimensiones y definición conceptual y operacional	53

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1	Diseño metodológico	56
4.2	Diseño muestral	56
4.3	Técnica e instrumento de recolección de datos	58
4.4	Técnicas de procesamiento de la información	59
4.5	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	59
4.6	Aspectos éticos contemplados	59

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1	Análisis descriptivo	62
5.2	Análisis inferencial	74
5.3	Comprobación de hipótesis	74
5.4	Discusión	81

CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	90
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXOS	
Anexo 1: Carta de presentación	
Anexo 2: Constancia de desarrollo de la investigación	
Anexo 3: Consentimiento informado	
Anexo 4: Instrumento de recolección de datos	
Anexo 5: Matriz de consistencia	
Anexo 6: Fotografías	

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N°1 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según clasificación de Kennedy	62
TABLA N°2 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el estado de la prótesis.	62
TABLA N°3 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según la ubicación de la prótesis.	66
TABLA N°4 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el índice GOHAI.	68
TABLA N°5 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según edad.	70
TABLA N°6 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según sexo.	72

TABLA N°7 Tabla comparativa entre la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. Chi Cuadrado	74
TABLA N°8 Tabla comparativa entre la calidad de vida y el estado de la prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. Chi Cuadrado	76
TABLA N°9 Tabla comparativa entre la calidad de vida y su ubicación en los maxilares de la prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. Chi Cuadrado	77
TABLA N°10 Tabla comparativa entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo. Chi Cuadrado	79
TABLA N°11 Tabla comparativa entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad. Chi Cuadrado	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO N°1 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según clasificación de Kennedy	63
GRÁFICO N°2 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el estado de la prótesis	65
GRÁFICO N°3 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según la ubicación de la prótesis.	67
GRÁFICO N°4 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el índice GOHAI	69
GRÁFICO N°5 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según edad.	71
GRÁFICO N°6 Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según sexo.	73

INTRODUCCIÓN

Los conceptos contemporáneos refieren que la salud bucal debe significar comodidad física, psicológica y social en relación con el estado de todo el complejo maxilofacial, la rehabilitación oral protésica es capaz de brindar una mejor calidad de vida a las personas, ya que gran parte de los problemas orales y sus consecuencias tienen impacto sobre esta. De lo anteriormente mencionado se concluye que la odontología, está designada a ayudar a las personas en factores biológicos y psicológicos de sus pacientes. Por eso, antes de iniciar un tratamiento el profesional tiene que estar preparado para solucionar de los problemas bucales presentes y del manejo de la persona que están tratando como paciente.

A través de la Organización Mundial de Salud (OMS) y sus principios en relación al cuidado de la salud bucal con el propósito de mejorar el estado bucal de los ciudadanos, y con esto, disminuir el número de personas edéntulos en la población. El concepto de Calidad de vida relacionado a la salud excede al de la propia salud o enfermedad y tiene que ver con la propia percepción de sentirse bien individualmente y en relación con la sociedad. La mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tienen un impacto muy directo sobre la calidad de vida de sus pacientes. La calidad de vida relacionada a la salud oral se define como el juicio personal acerca de qué manera factores funcionales, psicológicos, sociales y de dolor o incomodidad afectan el bienestar.

Uno de los principales instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral fue el índice de salud oral geriátrico (Geriatric Oral health Assesment Index o GOHAI) que fue desarrollado por Atchison y Dolan en 1990. Este instrumento consiste en un cuestionario de 12 ítems, los cuales evalúan la función física que influye en el comer, hablar y deglutir; la función psicosocial, incluyendo preocupación por la salud bucodental, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud bucodental y dificultad en el contacto social debido a problemas bucodentales; y el dolor e incomodidad. La importancia del índice GOHAI radica en la facilidad de su uso, el cual puede ser contestado en forma completa, además de que el instrumento presenta una adecuada validez y confiabilidad.

Bajo estas consideraciones, el presente estudio se utilizó escalas de medición para la calidad de vida como es el Índice de GOHAI relacionando con las diferentes características de las prótesis de los pacientes rehabilitados, siendo escalas fiables y medibles en las cuales se utilizaron pruebas estadísticas adecuadas para la interpretación de resultados, estableciendo la relación de estas dos variables, ya que, en nuestra realidad loco-regional observamos una alta frecuencia de pacientes portadores de prótesis.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La calidad de vida, se define según la Organización Mundial de La Salud (OMS) como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones¹. En el siglo XXI está destinado a conformarse por una población con tendencia a envejecer, por este motivo, se han de buscar estrategias para la mejora del bienestar y calidad de vida de este sector de la población². En la salud, el término mira desde varias perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores determinantes y condicionantes del proceso salud/enfermedad, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo, por eso evalúa el impacto físico y psicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias³; la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades⁴.

La rehabilitación oral de pacientes edéntulos con Prótesis Parcial Removible (PPR), es uno de los tratamientos odontológicos más solicitados por los adultos, sobre todos adultos mayores. El reemplazo de dientes ausentes

permite a los pacientes restablecer su función masticatoria, mejorar la estética y fonética; todas ellas funciones importantes, para el desenvolvimiento de la persona en su rutina diaria. En consecuencia, el uso de prótesis dental se vuelve de suma importancia en la vida del paciente, ya que, al mejorar muchos aspectos funcionales, afecta su calidad de vida de manera positiva⁵. Uno de los aportes de la Odontología es brindar un mejor estilo de vida de las personas, ya que gran parte de los problemas de salud oral y las consecuencias que puedan llevar tienen impacto en la calidad de vida⁶. Por tanto, el odontólogo encargado de la elección, planificación, elaboración e instalación de este tipo de tratamiento en el paciente, tiene la obligación de brindarle al mismo, un producto final que le asegure cumplir todas las funciones indicadas a corto y largo plazo⁶.

Para este tipo de personas del Centro Poblado Los Morochucos de la Provincia de Cangallo del Departamento de Ayacucho por ser un distrito de bajos recursos económicos no están conscientes sobre su estado de salud bucal, ya que la mayoría de la población se dedican a su agricultura, ganadería y le dan poco interés al cuidado de su salud bucal; ya que, desde pequeños no han tenido una formación de sus padres por tal motivo las personas no tienen la costumbre del cepillado es por eso que hoy en día las piezas dentarias presentan enfermedades bucales como las enfermedades periodontales donde los pacientes al ver que sus dientes presentan movilidad dentaria, cambio de coloración, halitosis, sangrado gingival, es ahí cuando acuden a un centro de salud o un consultorio privado en lo cual el pronóstico

brindado de un profesional odontólogo será desfavorable para el paciente y esto podría conllevar a una deficiente calidad de vida de la persona, esto por desconocimiento acerca de los tratamientos y beneficios de las rehabilitaciones, como el uso prótesis removibles parciales.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema Principal

¿Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018?

1.2.2. Problema Secundario

- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y el estado de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y su ubicación en los maxilares de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo Principal

Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.

1.3.2. Objetivo Específicos

- Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.
- Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y el estado de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.
- Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y su ubicación en los maxilares de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.
- Determinar la autopercepción de la calidad de vida según la escala de GOHAI, en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.

- Determinar la relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

La calidad de vida, hoy en día es parte primordial en el desarrollo de las personas como parte de su crecimiento personal, en el presente estudio se buscó identificar el grado de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles y la mejora de su calidad de vida. Se justifica el presente estudio ya que no existen estudios previos en este sector social y demográfico, así mismo, se aporta información de la calidad de atención y éxito del tratamiento protésico realizado en la zona de estudio. El beneficio se ve reflejado para los profesionales, pues estos en base a los resultados obtenidos mejoraran sus técnicas de atención y protocolos, se fomentará la investigación en diversos temas relacionados a la problemática loco-regional.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

El presente trabajo fue factible para su realización, ya que existió un consentimiento informado para los pacientes, así como también apoyo de la institución a través de los permisos y autorizaciones dadas, sobre el aspecto

económico el investigador asumió todos los costos que se requirió para la realización del proyecto.

1.5. Limitaciones del estudio

El estudio estuvo limitado por el tamaño muestral, ya que se determinó a través de un muestreo no probabilístico, por el cual se ve disminuido el tamaño muestral. No existió limitaciones administrativas ya que el estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Pampa Cangallo, provincia de Cangallo, departamento de Ayacucho, donde se asumió todo tipo de gasto y se obtuvo la autorización de la Dirección del Centro de Salud y el acceso a este.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Marcello-Machado, et al. (2018), En la presente investigación el objetivo de este estudio clínico prospectivo fue evaluar la función masticatoria (MF) y la percepción subjetiva de pacientes con tejido pobre en prótesis en relación con el cambio y el tiempo requerido para identificar una mejoría en estos parámetros después de la rehabilitación con sobredentaduras mandibulares (MO) por dos implantes de dos piezas de diámetro estrecho. Se usó el siguiente métodos Veintitrés pacientes edéntulos fueron seleccionados para la instalación de MO. La función masticatoria (MF) se evaluó con las pruebas de rendimiento masticatorio (MP) y umbral de deglución (ST). En la prueba de MP, cada voluntario recibió instrucciones de masticar una porción de Optocal (alimento de prueba artificial estandarizado) durante 40 ciclos masticatorios. Durante la prueba del umbral de deglución, los pacientes recibieron instrucciones de masticar una nueva porción de cubos optocales hasta que sintieron el deseo de tragar. Las pruebas de MF se realizaron mientras los usuarios de prótesis completas (CD) (línea de base) y 1, 3, 6 y 12 meses después de la carga de MO. Además, la percepción subjetiva se evaluó a través de los cuestionarios Impacto Dental en la Vida Diaria (DIDL), Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica (GOHAI), y Perfil de Impacto en la Salud Oral en Edéntulos (OHIP-EDENT) al inicio y 3, 6, y 12 meses después de la

carga de MO. Obtuvieron los siguientes resultados Una mejora significativa en la función masticatoria ($p < .05$) ya se observó en el primer mes de carga. Tres meses después de la carga de OM, se encontró una mejora significativa ($p < 0,05$) en la percepción subjetiva de los pacientes. El tamaño del efecto indica que el OM tuvo el mayor impacto en los dominios relacionados con la función y la comodidad de todos los cuestionarios y en relación con el dominio psicosocial del GOHAI. El nivel de satisfacción del paciente aumentó significativamente después de la carga de MO y alcanzó > 90% de pacientes satisfechos a los 12 meses. Concluyeron que el MO mejoró tanto el MF del paciente como su calidad de vida relacionada con la salud oral y la satisfacción con respecto a la prótesis en un corto período de tiempo.⁷

Rekhi A, et al. (2018), EL objetivo del presente estudio fue la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) entre las personas mayores que residen en hogares de ancianos en Delhi, India. La metodología fue la siguiente: La calidad de vida relacionada con la salud oral se midió mediante el uso de la versión hindi del índice de evaluación de salud oral geriátrica (GOHAI), que se probó por su confiabilidad y validez. Se recogieron datos sociodemográficos y se formularon preguntas sobre la autopercepción de la salud general, la salud oral y la necesidad percibida de tratamiento dental. La evaluación clínica también se realizó. Teniendo el resultado el puntaje aditivo-GOHAI medio de la población de estudio fue de 41.57 ± 6.07 . Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre GOHAI y

las medidas percibidas. Los puntajes GOHAI disminuyeron con una disminución en el número de dientes presentes y una disminución en el número de dientes con caries coronal y radicular. Aquellos sujetos que necesitaban prótesis de unidades múltiples o prótesis completas tenían OHRQoL significativamente peor que aquellos sin necesidad de prótesis o necesidad de prótesis de unidad única. Concluyen que el estudio reveló el alcance de los problemas dentales en los residentes de ancianos y puede ayudar a planificar medidas preventivas apropiadas.⁸

Aguilar A, et al. (2017), realizó su investigación con el objetivo de describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis dental donde su población fue Residentes de la Comunidad Mucuy Baja, Municipio Santos Marquina, Tabay, Estado Mérida su tipo de estudio fue corte transversal de campo y se concluyó que no reportan sentir afectada su calidad de vida por el uso de las prótesis dentales, por otra parte las incomodidades se encuentran asociadas al aspecto físico.⁹

Guaman V. (2017) realizó su investigación con el objetivo de comparar la calidad de vida de pacientes desdentados parciales antes y después de la rehabilitación protésica, donde la población de estudio fue en la Clínica Integral de octavo y noveno ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Ecuador, su tipo de estudio fue observacional de corte descriptivo transversal y se usó el instrumento de cuestionario de OHIP-14 y se concluyó que se obtuvo una disminución significativa del impacto del

estado de salud bucal en la calidad de vida al reemplazar las piezas perdidas mediante prótesis. En la primera aplicación del cuestionario OHIP-14, se determinó que la pérdida dentaria ocasiona un alto impacto, lo cual se relaciona con una menor satisfacción y disminución de la calidad de vida del paciente. Se analizó la autopercepción de la calidad de vida del paciente una vez que el paciente ha sido rehabilitado protésicamente, se encontró un bajo impacto en la calidad de vida; es decir, los efectos en diversas áreas originados por la pérdida dentaria en los adultos pueden disminuirse con el uso de la prótesis dental, mejorando la autopercepción de salud bucal después de un mes de adaptación. Posiblemente debido al restablecimiento de la habilidad masticatoria, fonación y estética, el tratamiento protésico si tiene efectos significativos sobre la calidad de vida del paciente.¹⁰

Campos H, et al. (2017), El presente estudio se realizó en Brazil donde el objetivo fue evaluar La enfermedad de Alzheimer (EA) puede afectar la función masticatoria y afectar la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL). No se sabe si la rehabilitación oral con prótesis removibles convencionales puede restaurar la función masticatoria y mejorar la OHRQoL en estas personas. El objetivo de este estudio clínico fue evaluar la influencia de la rehabilitación oral con prótesis removibles en la eficiencia masticatoria y OHRQoL en ancianos con y sin EA. Treinta y dos ancianos con EA leve (n = 16, edad media = 76.7 ± 6.3 años) o sin EA (n = 16, edad media = 75.2 ± 4.4 años) fueron reclutados. Todos los participantes primero se sometieron a la eficiencia masticatoria y evaluaciones OHRQoL, y 2 meses después de la

inserción de nuevas prótesis removibles, las variables fueron reevaluados. La eficiencia masticatoria se determinó usando el método de tamizado, y OHRQoL se midió aplicando el Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica (GOHAI). Los datos de la línea de base y después de la inserción de las nuevas prótesis removibles se compararon mediante la prueba t pareada. Las diferencias de grupo en cada punto de tiempo se evaluaron mediante la prueba t ($\alpha = .05$). Después de la inserción de las nuevas prótesis removibles, la eficiencia masticatoria y OHRQoL mejoraron tanto en los ancianos con EA como en el control. Al inicio del estudio, los ancianos con EA tenían una eficiencia masticatoria menor y una mayor OHRQoL que los controles ($p < 0,05$). Después de la inserción de prótesis removible, los ancianos con AD continuaron mostrando valores de eficiencia masticatoria más bajos que los controles, pero su OHRQoL fue similar. La rehabilitación oral con nuevas prótesis removibles mejoró la eficiencia masticatoria y la OHRQoL de los ancianos con y sin EA, aunque la eficiencia masticatoria no alcanzó los niveles de control en los ancianos con EA.¹¹

Sotomayor L.(2016), realizó su investigación con el objetivo de analizar la calidad de vida antes y después de la rehabilitación protésica removible, donde la población fue pacientes que han sido rehabilitados en la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar-Chile, su tipo de estudio fue cuantitativo de diseño cohorte y se usó el instrumento del cuestionario de OHIP-14 donde se concluyó que los

resultados de la entrevista a los tres meses demostraron una disminución de este índice, lo que nos permite concluir que en este periodo se produce la adaptación completa y profunda del paciente a su nueva rehabilitación. El impacto positivo que estas rehabilitaciones otorgan a la calidad de vida del paciente se refleja principalmente en la disminución del puntaje obtenido en la dimensión Discomfort Psicológico por los pacientes de esta muestra. Esto nos permite concluir que las prótesis removibles se involucran principalmente en la percepción respecto a la apariencia y felicidad del paciente. Mientras que la dimensión Limitación Funcional se mantiene constante, manifestando poco impacto, aun cuando el paciente haya sido rehabilitado exitosamente. La experiencia previa de utilización de prótesis removibles de los sujetos estudiados no presento diferencias, considerando que todas las prótesis removibles fueron recién instaladas, por lo tanto, se encontraron en buenas condiciones. La evaluación según la extensión y material de confección de la rehabilitación protésica resultó ser estadísticamente significativa en el maxilar superior a los tres meses post instalación. Siendo la prótesis parcial metálica la que alcanzo un mayor impacto en la calidad de vida.¹²

Schuster A, et al. (2016), El presente estudio se realizó en Brazil .El objetivo de este estudio observacional longitudinal fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) después de la rehabilitación del paciente con sobredentaduras mandibulares retenidas por implantes (IMO) e identificar la contribución de los diferentes dominios de OHRQoL en Brazil. Los cuestionarios del Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-EDENT), Impacto

Dental en la Vida Diaria (DIDL) y el Índice de Evaluación de la Salud Oral Geriátrica (GOHAI) fueron completados dos veces por 25 pacientes: después de 3 meses de rehabilitación con dentaduras completas (CD) y después 3 meses de carga de IMO utilizando pilares de montante. La evaluación después de la rehabilitación IMO mostró una mejora significativa en tres dominios DIDL: apariencia ($p = 0,011$), comer y masticar ($p = 0,003$), y el rendimiento general ($p = 0,003$). Los resultados de GOHAI mostraron diferencias significativas en dos dominios: psicosocial ($p = 0.005$) y dolor y malestar ($p = 0.0004$). Los resultados de OHIP-EDENT mostraron mejoras significativas en cinco dominios: limitación funcional ($p = 0,0001$), dolor físico ($p = 0,0002$), discapacidad física ($p = 0,0010$) y discapacidad psicológica y discapacidad ($p = 0,032$). Los tamaños de efecto observados más grandes fueron cercanos a una desviación estándar y se observaron en el dominio de comer y masticar (0,93) del DIDL; el dominio del dolor y la incomodidad (0,83) del GOHAI, y los dominios de limitación funcional (0,89), dolor físico (1,02), discapacidad física (0,84) del OHIP-EDENT. El porcentaje de pacientes satisfechos aumentó en todos los dominios. La OHRQoL autor reportada de los usuarios de CD mejoró significativamente después de 3 meses de tratamiento con IMO, especialmente en lo que respecta a los aspectos funcionales y relacionados con el dolor.¹³

Moya E, et al. (2015), Realizó su investigación con el objetivo de evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos

ingresados a rehabilitación protésica, su población fue la Universidad Fenis Terrae-Chile, año 2013-2014 y su tipo de estudio fue transversal y se usó el instrumento GOHAI y se concluyó que el 89,0% percibe como negativa su calidad de vida relacionada con la salud bucal.¹⁴

Molina K. (2015), realizó su investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis dental total, su población de estudio fue en la Universidad Andrés Bello, facultad de Odontología sede Concepción-Chile, año 2014-2015 y su tipo de estudio fue cuantitativo, cuyo diseño es de tipo observacional: transversal, analítico y se usó el instrumento de un cuestionario de 40 preguntas sobre la calidad de vida de enfermos crónicos (PECVEC) y se concluyó que el tratamiento de rehabilitación con prótesis dental total, mejora la calidad de vida de los pacientes, mostrando los resultados que en el 100 % de los pacientes existe mejoría, se demuestra que las tres dimensiones de la calidad de vida estudiadas en esta investigación influyen considerablemente en la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con prótesis dental total en la etapa de pre y post tratamiento. Por lo tanto, el realizar adecuadamente el tratamiento de rehabilitación en los pacientes que necesitan prótesis dental total, mejora su calidad de vida de forma integral.¹⁵

Bellamy C, et al. (2014), El presente estudio se realizó en México. La finalidad del presente estudio fue identificar la relación que hay entre la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) en pacientes con pérdida dental y uso de prótesis removible. Material y métodos: Estudio transversal en 533 adultos

mayores de 50 años de la Unidad Médica Familiar 20—IMSS—. Se aplicó un cuestionario que incluyó el OHIP-14 (escala que mide la CVRSO) y medición clínica de la pérdida dental y las prótesis removibles. La prevalencia de edentulismo total fue de 9,9% y de uso de prótesis 35%, de éstas 66% tenían mala calidad. La media del OHIP-14 fue de 9,83. Se clasificó a los sujetos en siete grupos siguiendo dos criterios: pérdida dental (menos de 20 dientes) y uso de prótesis removible. En la evaluación, el grupo con peor CVRSO fue el grupo que no usaba prótesis removible pero sí requería al tener menos de 20 dientes. Determinaron que el uso de prótesis removible, cuando las personas tienen menos de 20 dientes, mejora la CVRSO aun siendo éstas de mala calidad. Si se tienen 20 dientes o más puede ser una opción no usar prótesis removible para tener una buena calidad de vida relacionada con la salud oral, pero si se tiene menos de 20 dientes sí es necesario.¹⁶

Antecedentes Nacionales

Tantas S, (2017), realizó su investigación con el objetivo de determinar la relación entre el edentulismo parcial o total, y calidad de vida en pacientes adultos mayores con ausencia parcial o total de sus piezas dentarias del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima del año 2016. Es un estudio descriptivo, observacional y transversal. Evalúa a 152 personas adultas mayores mediante un cuestionario dividido en tres partes, la primera de datos generales como edad y sexo, la segunda del odontograma y la tercera parte corresponde al índice GOHAI que consta de 12 ítems

relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones: la función física, función psicosocial, y el dolor e incomodidad. En los resultados se observa que el GOHAI en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza indica un valor de 33.71. El 1.3% presenta respuesta de salud bucodental regular, con un GOHAI de 51.50 y el 98.7% presenta respuesta de mala calidad de vida con un GOHAI de 33.47. Concluye que la mayor parte de la muestra presenta una autopercepción mala de su calidad de vida relacionada a su salud oral.¹⁷

Márquez G, et al. (2011) Realizó su investigación con el objetivo de Explorar si existe una diferencia en la percepción y autorreporte de calidad de vida en población migrante rural-urbana en comparación con un grupo urbano no migrante, donde su población fue el distrito de San Juan de Miraflores-Lima, su tipo de estudio fue transversal y se concluyó que el impacto de la migración rural-urbana en la calidad de vida indica un efecto diferencial según sus distintos dominios.¹⁸

Gallardo A, et al. (2012) Esta investigación tuvo como objetivo: Determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se realizó el análisis descriptivo de los

indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. Resultados. La mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, con el nivel educativo ($p:0,085$), ni con la existencia de enfermedades sistémicas. Concluyen que la mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado. ¹⁹

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Pacientes desdentados

Es aquella persona con ausencia de los dientes donde puede trastornar las funciones del sistema estomatognático como la masticación, la fonética y la estética, en el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona.²⁰

También aminora la importancia de la función masticatoria perjudicando en la preferencia de los alimentos, además puede provocar impedimentos en la función masticatoria causando perjuicios sociales como en la comunicación,

también afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas afectadas.²¹

Donde puede perjudicar de forma desfavorable al sistema estomatognático manifestándose en una deformación de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces en una repercusión de la articulación temporomandibular, todas estas alteraciones tienen secuelas estéticas y funcionales que reducen la eficiencia masticatoria.²²

Y esto puede variar en el aspecto de la fonación, produce impedimentos en la pronunciación y en ocasiones afecta la autoimagen y la autoestima, es un indicador de la salud oral de una población y se asocia con una menor calidad de vida, los factores socioeconómicos, diferentes estilos de vida y comportamientos deficientes de salud bucal, son fuertes predictores del edentulismo.²³

Edéntulo parcial

El edentulismo parcial es una patología que aflige a un gran número de la población mundial, en nuestro país no hay estadísticas oficiales, que nos permitan conocer la situación real, aunque conocemos programas de prevención que se llevan a cabo tanto pública como privadamente. Incluso la propia OMS considera el edentulismo parcial además de ser crónico, definitivo e incapacitante, que afecta la salud general y oral del individuo, así como su calidad de vida. Es por eso que la obvia apariencia envejecida y la flacidez facial que las personas presentan como resultado de la pérdida progresiva de los dientes²⁴

Causas de la pérdida dental

Caries: proviene de un origen multifactorial, que tiene su inicio después de la erupción dental y suaviza el tejido duro hasta convertirse en una cavidad, las partes más afectadas son los primeros molares definitivos debido a su morfología y su función masticatoria hace que el biofilm se acumule más y aparece la caries.²⁵

Traumatismos: La traumatología dental es la rama de la odontología que se acerca la epidemiología, etiología, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de lesiones producido en las mandíbulas y los tejidos circundantes. Las lesiones traumáticas pueden ser involuntario o intencional, de tejidos duros y blandos y el resultado de traumatismos directo o indirecto²⁵. Las causas de traumatismos que se relacionan más en la pérdida dental son las siguientes: caídas, lesiones deportivas, agresiones, fracturas dentales²⁶

Enfermedad periodontal: Las enfermedades periodontales son un grupo de enfermedades localizadas en la encía y en las estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar), que son producidas por ciertas bacterias de la placa subgingival. Se han clasificado como gingivitis (limitada a la encía) y periodontitis (se extienden a los tejidos más profundos con la destrucción de la inserción del tejido conectivo en el cemento, la reabsorción del hueso alveolar y una mayor movilidad del diente hasta que finaliza con su caída²⁷

Endodoncia: la pulpa es la parte más interna de las piezas dentarias, está constituida por el paquete vasculonervioso, las causas más frecuentes para que se dé una infección y posterior inflamación, son a razón de factores que

pueden ser caries profundas, tratamientos reiterativos, traumatismos que terminan con tratamiento de endodoncia.²⁵

Causas del fracaso endodóntico: Infección microbiana, incorrecta apertura cameral, conductos no tratados, conductos que se limpian y obturan incorrectamente, errores durante la instrumentación, sobreextensión de los materiales de obturación, filtración coronal y quistes radiculares.²⁸

Clasificación de los arcos parcialmente edéntulos

-Clasificación de Friedman: Propuesto en 1954, se basó en las diferentes funciones de los segmentos del arco dental

Dividió el segmento posterior en dos zonas:

1. B → Espacio posterior
2. C → Espacio de soporte Cantiliver

Aspectos Positivos: Simplicidad

Aspectos Negativos: No especifica cuadrantes edéntulos unilaterales y bilaterales.²⁴

Clasificación de la Escuela Americana de Prostodoncia

El Colegio Americano de Prostodoncia implementó un sistema de clasificación para determinar y mejorar el nivel de diagnóstico y complejidad de los tratamientos en los pacientes con diferentes grados de edentulismo parcial.

El sistema establece cuatro clases de acuerdo al grado de complejidad, establecidos con los siguientes criterios diagnósticos: localización y extensión

de las áreas edéntulas, condiciones de los dientes, oclusión y características de los rebordes alveolares residuales²⁹.

Sistema de clasificación de edentulismo parcial según el grado de complejidad:

Grado I: Mínimo compromiso en la localización y extensión de las áreas edéntulas (limitadas a una arcada), de los dientes pilares (sin tratamientos pre-protésicos), características oclusales y condiciones del reborde residual.

Grado II: Compromiso moderado en la localización y extensión de las áreas edéntulas en ambas arcadas, los dientes pilares y las condiciones oclusales requieren de tratamientos adicionales y compromiso moderado de los rebordes residuales.

Grado III: Compromiso substancial en la localización y extensión de las áreas edéntulas en ambas arcadas, dientes pilares que requieren tratamientos adicionales substanciales, características oclusales que requieren reestablecerse sin modificación en la dimensión vertical oclusal y rebordes residuales que comprometen la estabilidad de las bases.

Grado IV: Compromiso severo y pronóstico reservado en la localización y extensión de las áreas edéntulas, dientes pilares que requieren excesivo tratamiento adicional, características oclusales que requieren reestablecer la oclusión con modificaciones en la dimensión vertical oclusal y rebordes residuales que no brindan soporte y estabilidad.²⁹

Clasificación de Kennedy

El método de clasificación de Kennedy fue propuesto originalmente por el Dr. Edward Kennedy en 1925 y, al igual que las clasificaciones de Baylin y Skinner, intenta agrupar las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer unos principios que faciliten el diseño de cada situación.

Kennedy dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos a los que añadió modificaciones, las áreas edéntulas, que presentan alguna diferencia con las clases básicas³⁰

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

Clase I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.

Clase II: Área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes con ausencia total o parcial de premolares y molares

Clase III: Área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula.

Clase IV: Área edéntula única bilateral (que atraviesa a la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes.³⁰

Uno de los mayores atributos primordiales del método de Kennedy es que nos permite una distinción rápida y sencilla de los arcos dentales desdentados y su relación con los diseños protésicos en sus formas dentomucosoportadas y dentosoportadas. Los profesionales que lo aplican y además están muy relacionados con los principios de diseño de las prótesis parciales, pueden relacionar rápidamente el tipo de arcada con el diseño adecuado para este. Con la clasificación de Kennedy afrontaremos con lógica, los problemas que

se plantean en el diagnóstico, plan de tratamiento y elaboración de las prótesis parciales removibles.³⁰

Reglas de Applegate aplicables a la clasificación de Kennedy:

Applegate aportó ocho reglas aplicables al método de Kennedy

Regla 1: La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original.

Regla 2: Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 3: Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 4: Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 5: El área (0 áreas) edéntula mas posterior en la que se determina la clasificación.

Regla 6: Las áreas edéntulas, que no determinan la clasificación se refieren con modificaciones y se designan por un número.

Regla 7: La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8: No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV.³⁰

Rehabilitación en pacientes desdentados

El tratamiento de estos pacientes, hoy en día, tiene alternativas que van desde la fabricación de prótesis fijas, prótesis removibles, metal o acrílico, a la colocación de implantes, ofreciendo prótesis implantosoportadas o

sobredentaduras. Incluso cuando el interés en los implantes la atención dental continúa creciendo, muchos pacientes desdentados continúan optando por prótesis removibles convencionales y las prótesis fijas.¹²

Por lo tanto, este último juega un papel importante en la restauración de la función oral y una adición a la salud general. La selección de tratamientos removibles es de naturaleza conservadora y se proporciona de forma rápida y más económica.¹²

2.2.2. Prótesis parcial removible

Es la rama de la prostodoncia cuya función es reemplazar los dientes perdidos y los tejidos orales vecinos por medio de un aparato que el paciente puede extraer e insertar a voluntad.³¹

Este tipo de prótesis debe diseñarse para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del paciente, así como para proteger tanto la salud de los dientes remanentes como sus estructuras de soporte, así como las crestas alveolares residuales.³¹

En prótesis parciales removibles, las siguientes actividades son responsabilidad absoluta del profesional: el diagnóstico y el plan de tratamiento, la preparación de la boca y el diseño de la prótesis, ya que, para poder, es esencial tener un conocimiento completo de las condiciones orales del paciente.³¹

La prótesis parcial necesita cumplir con determinadas características que son fundamentales para su correcto funcionamiento. Para esto su diseño y la preparación de las piezas dentarias remanentes deben ofrecer:

- **Eje de inserción:** El diseño del P.P.R debería permitirle ingresar al lugar de asentamiento, es decir, para lograr una correcta inserción, una solución correcta y de eso la posición permite una extracción suave, independientemente de la acción de los retenedores, que deben retener, pero no bloquear.³²

Obtener una posición de asentamiento absolutamente estable: Obtener el acuerdo depende del diseño, del tipo de desprendimiento, de la anatomía topográfica estructuras óseas dentales y residuales.³²

Permitir que esta estabilidad se mantenga de la manera más eficiente ante los requerimientos funcionales y parafuncionales: Para permitir el P.P.R. mantener la estabilidad obtenida en su asentamiento antes de la fuerza funcional y parafuncionales, las mismas requiere un diseño que aproveche al máximo exhaustiva la topografía de cada caso. Esto es lo que las escuelas protésicas clásicas llaman apoyo, estabilidad y retención.³²

Diagnóstico, plan de tratamiento, diseño, secuencias del tratamiento y preparación de la boca: El diagnóstico se empieza con la historia clínica médica y dental. El examen completo oral debe incluir la interpretación clínica y radiográfica de: caries, estado de las restauraciones presentes, estado del periodonto, respuesta previa de los dientes (especialmente de los dientes pilares) y de la cresta residual, la vitalidad de los dientes remanentes; adicionalmente la evaluación del plano oclusal, la forma de la arcada y las relaciones oclusales de los dientes remanentes y el estudio de los modelos en un articulador.

Una vez se ha completado el diagnóstico y seleccionado la dentadura parcial removible, se secuencian el plan de tratamiento y se diseña la dentadura parcial teniendo en cuenta el soporte disponible³⁰

Indicaciones de una prótesis parcial removible

Como sucede en esta profesión, en la mayoría de los casos las indicaciones son fáciles de determinar, pero en toda profesión existen casos en los que se hace difícil y complicado tomar una decisión. Es decir, que se pueden plantear varias soluciones viables, pero sólo una de ellas será siempre la mejor, y sólo la experiencia, la preparación del profesional y su instinto diagnóstico pueden llevar a dar al paciente una solución que será, sin duda, la mejor para él y le dará los mejores resultados a largo plazo.

Las principales indicaciones de una prótesis parcial removible son las siguientes:

- 1.- En individuos de edad avanzada, una prótesis parcial removible representará un número menor de visitas, y evitar anestesia para la preparación de pilares, entre otros.
- 2.- Cuando existen grandes espacios desdentados.
- 3.- En casos de excesiva pérdida ósea.
- 4.- En extracciones recientes y en zonas extensas desdentadas como consecuencias de un traumatismo con largos períodos de cicatrización.
- 5.- En todos aquellos casos de extremos libres uni o bilaterales.
- 6.- Por consideraciones económicas.³³

Contraindicaciones

- 1.- Pacientes con boca séptica
- 2.- Presencia de inflamación en los tejidos
- 3.- Presencia de torus o exostosis que impidan la rehabilitación protésica inmediata
- 4.- Presencia de neoplasias malignas³⁴

Componentes de la prótesis parcial removible

Los elementos constitutivos de una PPR que deben considerarse en secuencia al momento del diseño: Apoyos, retenedores, conectores mayores, conectores menores y bases. ³⁴

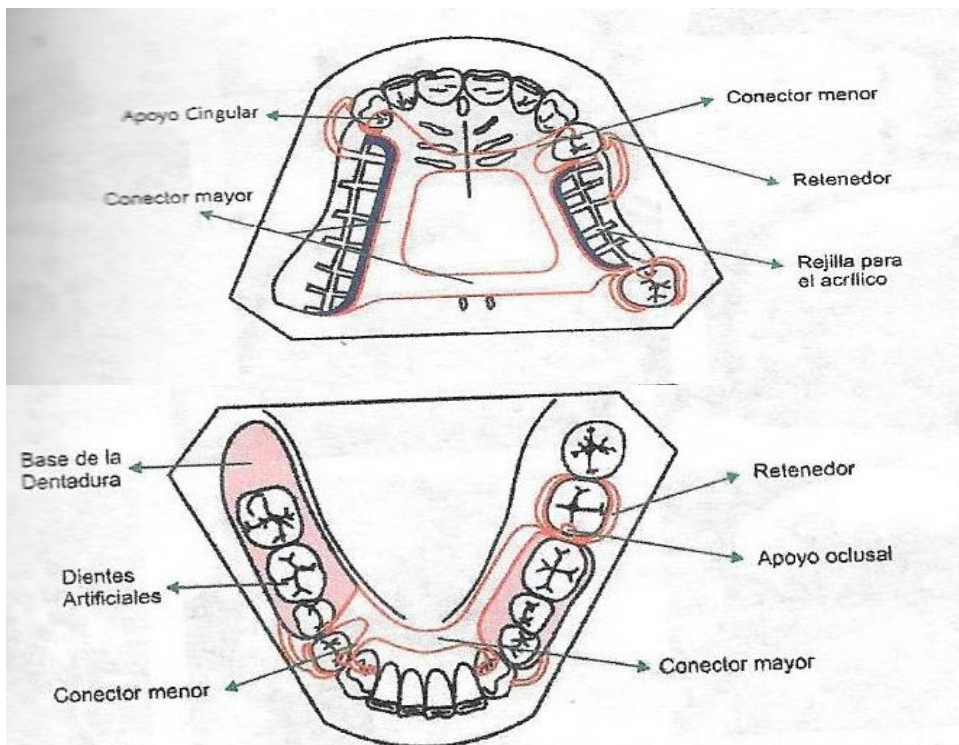


Figura 01 y 02. Loza D. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid: Ripano; 2006.

Los apoyos: El apoyo es una extensión rígida de la estructura metálica que transmite las fuerzas funcionales a los dientes y previene el movimiento de la prótesis hacia los tejidos blandos. Ha sido demostrado que las fuerzas generadas por una carga positiva de la PPR son transmitidas a los pilares a través de los apoyos oclusales. En lo cual encontramos: apoyos oclusales, linguales e incisales ³⁴

Los retenedores: Son los elementos de una prótesis que ofrecen resistencia al desplazamiento. Las bases de las prótesis, cuando tienen la extensión adecuada, así como una buena adaptación a los tejidos subyacentes, contribuyen significativamente a la retención como resultado de la adhesión, la cohesión, presión atmosférica y la gravedad, considerados en la retención para dentaduras completas. Esto es también para prótesis parciales removibles de bases amplias a para las bases de la clase I y II de KENNEDY.³⁴

Requisitos de un retenedor:

Soporte: evita el desplazamiento de la prótesis hacia los tejidos

Retención: Es la resistencia al desplazamiento de la prótesis en sentido oclusal

Estabilidad: Es la resistencia que ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas.

Reciprocación: Significa que la fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del retenedor debe ser neutralizada por una fuerza igual y opuesta.

Circunvalación: Se refiere a la extensión del perímetro del pilar que debe ser cubierta por el retenedor, este debe cubrir las tres cuartas partes de la circunferencia del pilar.

Pasividad: Significa que cuando el retenedor está en su sitio sobre el pilar, no debe ejercer fuerza activa sobre éste; la función retentiva se debe ejercer sólo cuando se hace presente una fuerza que trata de desplazar a la prótesis de su sitio.

Tipos de retenedores

Retenedores directos: Se ubican en los pilares localizados a cada extremo del espacio edéntulo y producen la retención sobre la pieza pilar en que se ubican.

Retenedores indirectos: Es el tercer apoyo de una dentadura parcial removible que ayuda a los retenedores directos a prevenir el desplazamiento de las bases de extensión distal en sentido oclusal. Pueden ser: Apoyos oclusales, placa lingual, barra de Kennedy, brazos linguales de extensión, prolongaciones anteriores de una placa palatina que descansa sobre las rugosidades palatinas por delante de la línea de fulcrum.³²

Conectores mayores: El conector principal es la unidad de la PPR que une las partes de ella de un lado al otro del arco dental. El requisito principal de este elemento es la rigidez, para asegurar una distribución de las fuerzas que se aplican a las estructuras de soporte. El conector más grande debe ser lo suficientemente rígido para transmitir fuerzas oclusales de hasta 500 Newton desde un lado del arco al otro, esto de alguna manera permitir que las fuerzas

se distribuyan por igual a los segmentos dento-alveolar y muco-óseo respectivamente.

El conector más grande no debe interferir con la función de mover los tejidos, como los aparatos ortopédicos y los tejidos del suelo de la boca; debe mantenerse alejado de ellos; tampoco debe ubicarse en tejidos duros como torus palatino, torus mandibular o la línea prominente del paladar.³³

Conectores mayores del maxilar superior:

Barra palatina simple: Es el conector más simple. Tiene la forma de media luna con la parte plana en íntimo contacto con la mucosa palatina. Se debe ubicar entre la cara distal del primer molar y las foveas palatinas.

Barra palatina doble: Es un conector más rígido que la barra palatina simple porque consta de una barra palatina anterior y otra posterior que unen las bases por ambos extremos.

Placa palatina total: Es un conector que cubre todo el paladar, similar a la placa parcial pero más extensa. Está indicada en los casos con pocos dientes remanentes anteriores o cuando los pilares y el reborde residual son pobres.

Conectores mayores del maxilar inferior:

Barra lingual: Es el conector de elección siempre que haya espacio suficiente entre el margen gingival lingual de las piezas anteriores y el piso de boca elevado. Debe existir suficiente espacio para un conector mayor rígido que no invada la zona del margen gingival libre de los dientes naturales.

Placa lingual: Llamada también barra centrada de KENNEDY, banda lingual o cubierta lingual. Es un conector en forma de placa que se extiende desde el

cíngulo de los dientes anteriores hasta el surco lingual que forman los tejidos del suelo de la boca con la mucosa alveolar lingual.

Barra sublingual: Es una versión y más rígida que la barra lingual. El principio fundamental es evitar cubrir innecesariamente los dientes remantes y los márgenes gingivales.

Conectores menores: Son componentes de la PPR que unen al conector mayor con las otras unidades de las prótesis estos elementos tienen la función de transmitir la fuerza oclusal de la prótesis a los pilares y además transfieren el efecto de los retenedores, apoyos y componentes estabilizadores al resto de la prótesis.

Base de la dentadura: Es el quinto componente de la estructura de la dentadura parcial removible. La base descansa sobre los tejidos blandos brindando soporte, estabilidad y retención para la prótesis dentomucosoportadas. El material que descansa sobre los tejidos puede ser: metálico o de acrílico y debe brindar retención para los dientes artificiales.³⁴

2.2.3. Calidad de vida

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así la calidad de vida reside en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas, personales del “sentirse bien”.¹⁴

También la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes ³⁵

La Calidad de vida en relación a la salud

La calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de los potenciales de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social.

En primer lugar, que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee.

Aspectos subjetivos:

- Intimidad
- Expresión emocional
- Seguridad percibida
- Productividad personal
- Salud percibida

Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad.

Aspectos objetivos

- Bienestar material
- Relaciones armónicas con el ambiente
- Relaciones armónicas con la comunidad
- Salud objetivamente considerada³⁶

Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral

La OMS define la salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que comprometen boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta ,defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, entre otros.

La salud bucal es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos .Las alteraciones de la cavidad pueden limitar el desempeño de las actividades diarias, a nivel laboral y en el hogar, de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales pueden perjudicar sus estilos de vida. ³⁵

La salud general está fuertemente condicionada por la salud oral, puesto que la calidad de vida está íntimamente ligada a la salud actuará influenciando física y psicológicamente la vida de los pacientes. Bajo este concepto, surge el término calidad de vida relacionada con la salud oral que es “el impacto de los trastornos e intervenciones orales sobre el estado de la salud bucal, percibido por los pacientes”.

2.2.4. Autopercepción:

Hace referencia al conjunto de valoraciones que una persona tiene respecto a sus capacidades, y se relaciona directamente con sus creencias, actitudes, valoraciones, expectativas, que se fundamenta en la realidad pero se transforma en su mundo interior.³⁷

La autopercepción es una valoración propia de los individuos, que puede ser positiva o negativa, sobre el bienestar funcional, social y psicológico. O sea, se refiere a la experiencia individual y sus consecuencias en la vida diaria; se constituye en un contexto sociológico y psicológico, se refiere a la experiencia individual y sus consecuencias en la vida diaria ;se constituye en un contexto sociológico y psicológico que puede ser aplicado en plano individual o poblacional, y que pertenece a un paradigma socio ambiental en el que se crea un compromiso con las maneras de medir la percepción ,los sentimientos y los comportamientos .³⁸

La autopercepción de la salud como elemento base en el funcionamiento integral se generan transiciones de tipo psicosocial, que afectan el estilo de vida por el incremento de agentes que acompañan esta etapa, como son: el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos, y todas aquellas acciones que directa o indirectamente aluden a la salud percibida.³⁹

Se considera como una medida simple pero completa para evaluar la salud con base en múltiples dimensiones, y constituye un indicador válido y relevante del estado de salud. Su comprensión puede ayudar a los

profesionales de la salud pública a priorizar intervenciones de salud y prevenir enfermedades, independientemente de la salud objetiva y los estilos de vida, pues se asocia con los diversos resultados de la enfermedad.⁴⁰

Índice de Salud Oral Geriátrico/ Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Este instrumento, que mide la calidad de vida relacionado a la salud oral fue desarrollado por Atchison y Dolan en 1990, está basado en tres supuestos:

- La salud buco-dental puede ser medida utilizando la autoevaluación.
- Los niveles de salud bucodental varían entre las personas, y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción de la persona.
- La autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud bucodental.⁴¹

Fue validado el índice de GOHAI en Chile, estuvo basada en una población geriátrica institucionalizada que entregó valores de correlación significativos.⁴²

Este instrumento también se usó en la población peruana porque diversos estudios han demostrado que el instrumento presenta una adecuada validez y confiabilidad, y ha sido traducido a distintos idiomas para su aplicación en otros países.¹⁴

El instrumento final cuenta con 12 ítems de 38 con respuesta tipo Likert en valores que van del 1 al 5: siempre (1); frecuentemente (2); algunas veces (3); rara vez (4); nunca (5). Los ítems 1, 2, 3 y 4 evalúan la función física que influye en el comer, hablar y deglutir. Los ítems 6, 7, 9, 10 y 11 evalúan la función psicosocial, incluyendo preocupación por la salud bucodental, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud bucodental y dificultad en el contacto social debido a problemas bucodentales. Los ítems 5, 8 y 12 evalúan dolor e incomodidad, incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad bucodental.

Se evalúa de manera global a partir de la sumatoria de las respuestas para cada ítem, lo cual da un rango entre 12 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud bucodental.¹⁶

2.3. Definición de términos básicos

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **Prostodoncia:** Es aquella rama de la odontología que se encarga de devolver la función, anatomía, fonación y estética alteradas del aparato estomatognático como consecuencia de la pérdida de uno o más dientes.
- **Aspecto subjetivo:** es un adjetivo que identifica algo como propio de la manera de pensar o sentir de una persona.
- **Aspecto objetivo:** Es un grado en que una vida cumple estándares explícitos de “buena vida” tal como se mediría por un observador externo, como en el caso de un examen médico.

- **Alfa de Cronbach** coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, y cuya denominación Alfa fue realizada por Cronbach en 1951.
- **PPR:** Prótesis parcial removible.
- **GOHAI:** Geriatric Oral Health Assessment / Índice de Salud Oral GeriátricoIndex.
- **Calidad de Vida:** Es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos.
- **Autopercepción:** Es una base en el funcionamiento integral del ser humano se generan transiciones de tipo psicosocial, que afectan el estilo de vida por el incremento de agentes que acompañan esta etapa, como son el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos y todas aquellas acciones que directa o indirectamente aluden a la salud percibida.
- **Salud bucal :**la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.
- **Percepción de la salud bucal:** Es el bienestar bucal percibido con la función dental, dientes y encía del individuo.
- **Edéntulo parcial:** es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia parcial de piezas dentarias

- **Clasificación de Kennedy:** Agrupa las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer unos principios que faciliten el diseño de cada situación.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis principal

Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.

3.1.2. Hipótesis Nula

No Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.

3.1.3. Hipótesis Secundarias

- Existe relación entre la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.
- Existe relación entre la calidad de vida y el estado de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.
- Existe relación entre la calidad de vida y la ubicación en los maxilares de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.
- Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad.

- Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo.

3.2. Variables definición conceptual y operacionalización

3.2.1. Definición conceptual

Variable Dependiente: Calidad de vida

Calidad de vida es el que concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva, que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar.

Variable Independiente: Rehabilitación con prótesis parcial removible

Aparatología que va sustituir a algunos o todos los dientes en una parte del arco dentario o del arco desdentado. Estas se pueden extraer de la boca y ser reposicionadas a voluntad.

3.2.2. Definición operacional

Variable Dependiente: Calidad de vida

Es una apreciación subjetiva y la percepción del individuo sobre su estado físico, social y espiritual y está en relación a la salud bucal a la función física, psicológica y a la sensibilidad al dolor.

Variable Independiente Rehabilitación con prótesis parcial removible

Aparatología que reemplazará los dientes perdidos y devolverá las funciones masticatorias, estéticas y armónicas.

3.2.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA O VALOR
REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS PARCIAL REVOMIBLE	Tipo de desdentado parcial	PPR: Clasificación de Kennedy	Nominal	I II III IV
	Estado de prótesis	Condiciones físicas de la prótesis	Nominal	- Buen estado - Mal estado
	Ubicación en los maxilares	En donde se encuentra ubicada la prótesis parcial removible	Nominal	- Maxilar Superior - Maxilar Inferior - Bimaxilar
CALIDAD DE VIDA	Función física Función psicológica Sensibilidad al dolor	Índice de GOHAI	Ordinal	Bueno Regular Malo
EDAD	Cantidad de años cumplidos o grupo etario	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Nominal	25 - 40 años 41 – 60 años 61 – 85 años
SEXO	Característica Fenotípicas	Rasgos y características sexuales de los pacientes.	NOMINAL	Masculino Femenino

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

El diseño de la investigación fue:

Según su finalidad del estudio es correlacional.

Según la secuencia temporal es transversal.

Según la interferencia del investigador es observacional porque los datos reflejan la evolución natural de los eventos.

Según el tiempo es prospectivo porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación.⁴³

4.2. Diseño muestral

4.2.1. Población

La población estuvo conformada por todos los pobladores que se atendieron en el Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho, portadores de prótesis parcial removibles en el mes de mayo 2018.

4.2.2. Muestra

La muestra se determinó a través del cálculo con la fórmula para tamaños muestrales, la cual concluyo con una muestra mínima de 86 pacientes.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Donde:

N= 198

Z=1.96

Precisión =5%

P =89.1%

Q= (1-p)=11%

n=86 pacientes

La muestra será no probabilística, y estuvo conformada por aquellos pobladores que acudieron al Centro de Salud Pampa Cangallo durante el mes de mayo.

Criterios de inclusión y exclusión**Criterios de inclusión**

- Pobladores que tengan prótesis parcial removible, y que acepten su participación en el trabajo de investigación.
- Pobladores de ambos sexos
- Pobladores que tengan mayoría de edad

Criterios de exclusión:

- Pobladores con alguna discapacidad física y cognitiva.
- Pobladores que no acepten su participación.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1 Técnica

Se le explicó a cada sujeto el motivo de la entrevista, en qué consistía el estudio, si cumplía con los criterios de inclusión y se le invitó a participar de la investigación. Su aprobación fue expresada a través de la firma del consentimiento informado.

Se dio comienzo a la entrevista de una duración estimada de 20 minutos posterior a la atención odontológica realizada por el odontólogo del Centro de Salud Pampa Cangallo.

Se registraron los datos generales del paciente, y las variables propias de la investigación en un formulario administrado por el operador para complementar la investigación mediante una evaluación clínica donde se registró edad, sexo, tipo de clasificación de Kennedy, ubicación y estado de la prótesis (anexo de la ficha).

4.3.2. Instrumento

El GOHAI consta de 12 ítems relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones:

- 1) Función física, que influye en comer, hablar y deglutir;
- 2) Función psicosocial, que incluye la preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de su salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales

3) Dolor e incomodidad, que incluye el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral.

Cada ítem presenta cinco opciones de respuesta, con valores que van de 1 a 5. Seguidamente se calculó la sumatoria de las respuestas para cada participante, obteniéndose un rango entre 0 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de salud oral, la cual se catalogará como:

“Buena” (57-60 puntos), “Regular” (51-56 puntos), “Mala” (50 puntos o menos).

4.4 Técnicas de procesamiento de la información

Los datos obtenidos fueron registrados en dos fichas, una para el Examen clínico intraoral y otra para el GOHAI luego se registraron los datos en una tabla matriz, posteriormente se utilizó los programas Excel y SPSS versión 24 para el análisis respectivo donde los resultados se mostrarán en tablas y gráficos

4.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se utilizaron cuadros y tablas para describir las frecuencias de cada variable, así como, para la confiabilidad de la prueba evaluada el Alfa de Cronbach (0,967) la prueba estadística de Chi cuadrado para la contrastación de hipótesis con un nivel de confianza de 95%.

4.4.2. Aspectos éticos

El presente estudio se acogerá a las normas éticas básicas, por lo que la información recogida de los pacientes, se manejará exclusivamente para el

desarrollo de la presente investigación, que será de carácter confidencial, por lo que la identidad de los pacientes se mantendrá en absoluta reserva. Para las características del estudio se solicitará un consentimiento informado a los que participen de la investigación, informándole de forma clara y precisa acerca de los objetivos. Se contará con la debida autorización del área correspondiente de la UAP, y el Centro de Salud Pampa Cangallo.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles (clasificación de Kennedy, estado de la prótesis, ubicación de la prótesis) mediante el índice de GOHAI, en un total de 86 pacientes portadores de prótesis que acudieron al Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho el mes de mayo del 2018. El índice de GOHAI se relacionaron con clasificación de Kennedy, estado de la prótesis, ubicación de la prótesis, sexo y edad obteniendo los siguientes resultados. Estos resultados se presentarán mediante cuadros y gráficos estadísticos.

5.1 Análisis descriptivo

Tabla N°1

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según clasificación de Kennedy
N=86

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Clase I	55	64,0	64,0	64,0
Clase III	20	23,3	23,3	87,2
Clase IV	11	12,8	12,8	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos del investigador

En la frecuencia de la población estudiada de acuerdo a la clasificación de Kennedy, se observa que 55 (64%) son de la clase I, 20 (23,3%), son de la clase III, 11 (12,8%) son de la clase IV y 0 (0%) de la clase II. (Ver *Tabla N°1* y *Gráfico N°1*)

Gráfico N°1

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según clasificación de Kennedy.

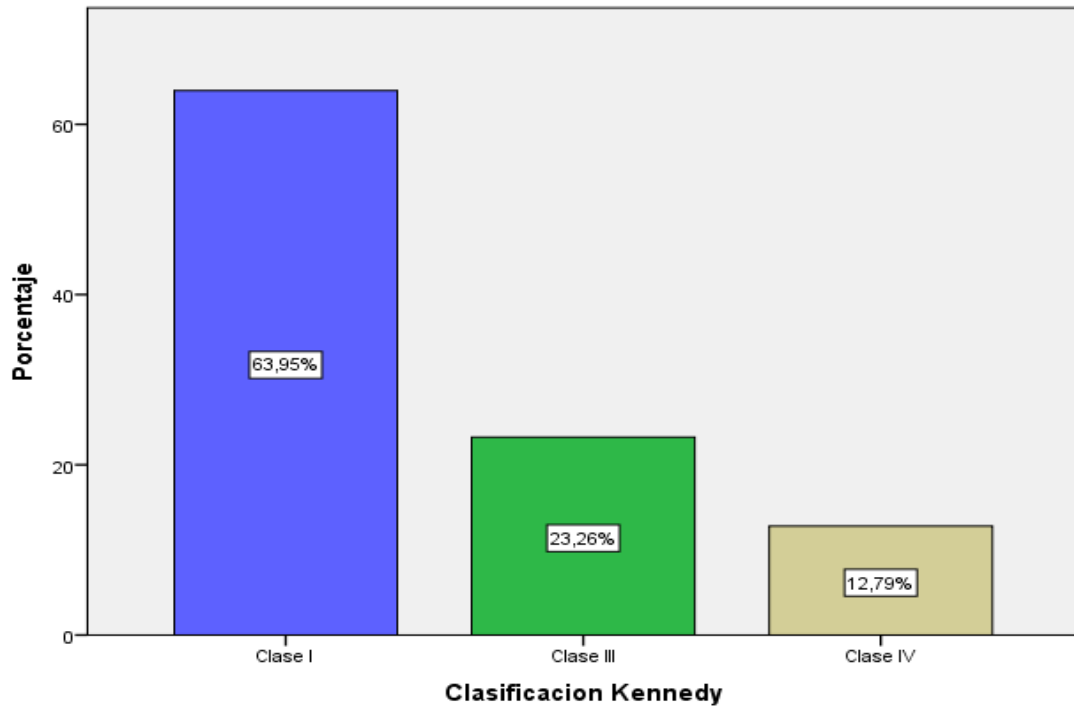


Tabla N°2

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el estado de la prótesis

N=86

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bueno	61	70,9	70,9	70,9
Malo	25	29,1	29,1	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos del investigador

En la frecuencia de la población estudiada de acuerdo al estado de la prótesis, se observa que 61 (70,9%) mantienen en buen estado la prótesis y 25 (29,1%) se encuentran en mal estado. (Ver Tabla N°2 y Gráfico N°2)

Gráfico N°2

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el estado de la prótesis.

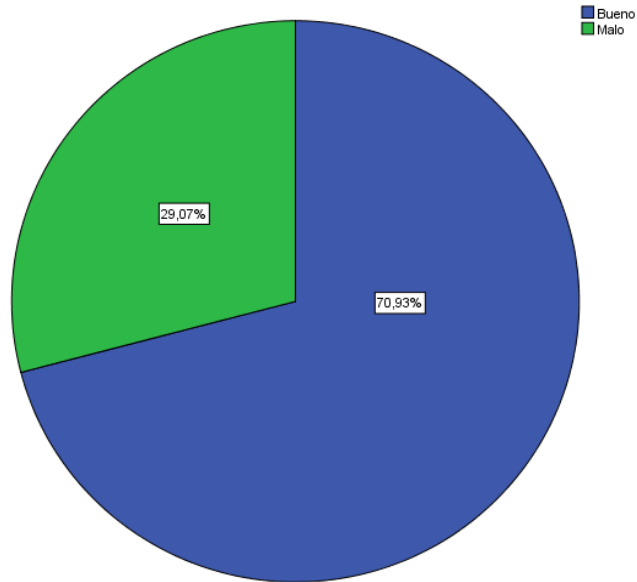


Tabla N°3

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según la ubicación de la prótesis.

N=86

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Superior	32	37,2	37,2	37,2
Inferior	52	60,5	60,5	97,7
Bimaxilar	2	2,3	2,3	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos del investigador

En la frecuencia de la población estudiada de acuerdo a la ubicación de la prótesis, se observa que 32 (37,2%) se encuentra en el maxilar superior, 52 (60,5%) en el maxilar inferior y 2 (2,3%) en ambos maxilares. (Ver Tabla N°3 y Gráfico N°3)

Gráfico N°3

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según la ubicación de la prótesis.

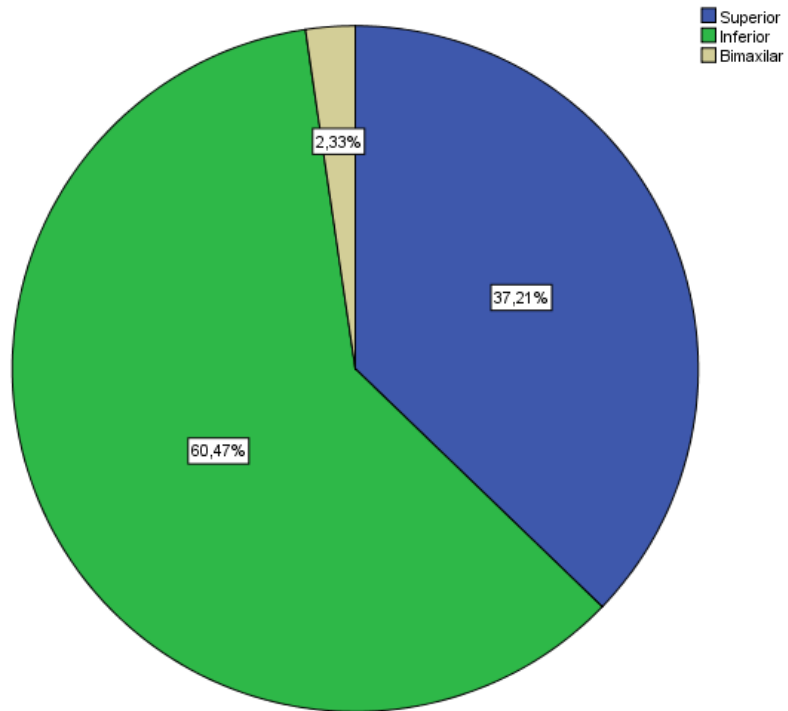


Tabla N°4

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el índice GOHAI.

N=86

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bueno	22	25,6	25,6	25,6
Regular	39	45,3	45,3	70,9
Malo	25	29,1	29,1	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos del investigador

En la frecuencia de la población estudiada de acuerdo al índice de GOHAI, se observa que 22 (25,6%) indican una puntuación buena, 39 (45,3%) una puntuación regular y 25 (29,1%) una puntuación mala. (Ver *Tabla N°4* y *Gráfico N°4*)

Gráfico N°4

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según el índice GOHAI.

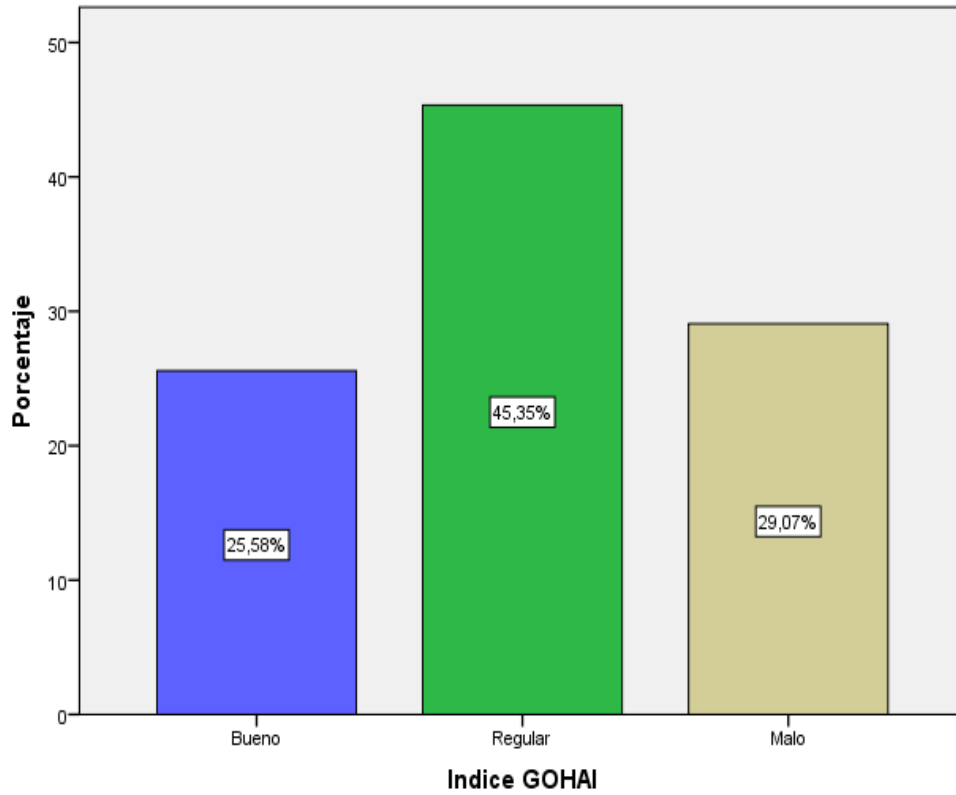


Tabla N°5

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según edad.

N=86

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
28 - 40 años	33	38,4	38,4	38,4
41 - 60 años	26	30,2	30,2	68,6
61 a 83 años	27	31,4	31,4	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos del investigador.

En la frecuencia de los grupos etarios estudiados, se observa que existe una distribución entre los grupos de 28 a 40 años 33 (38,4%), de 41 a 60 años 26 (30,2%) y de 61 a 83 años 27 (31,4%). (Ver Tabla N°5 y Gráfico N°5)

Gráfico N°5

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según edad.

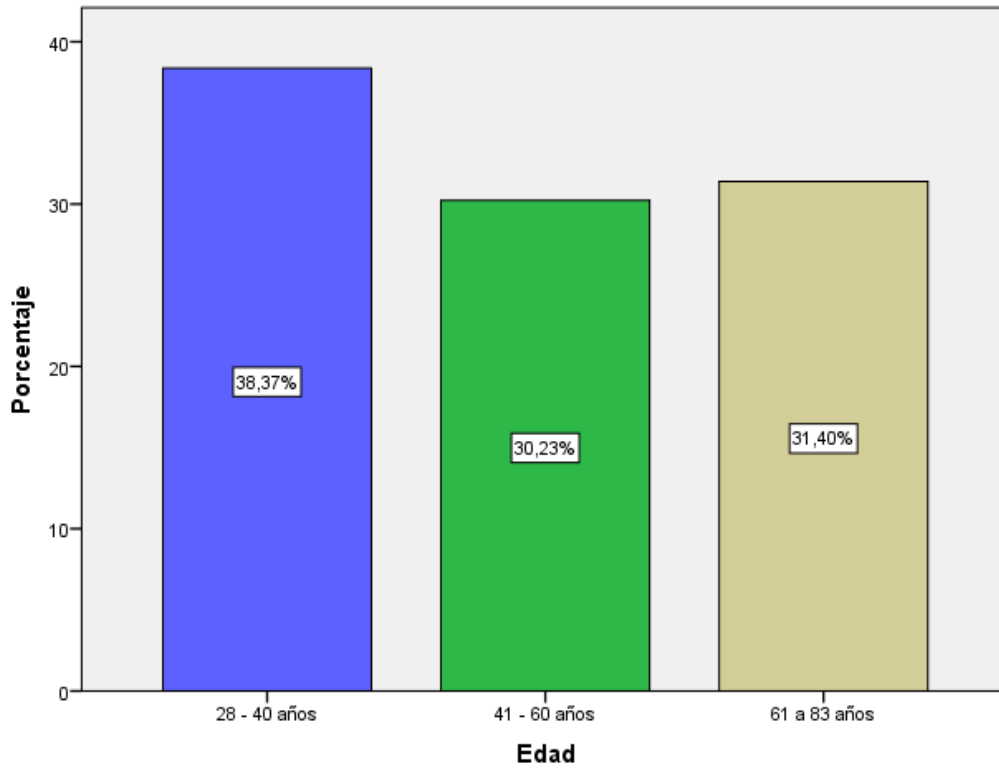


Tabla N°6

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según sexo.

N=86

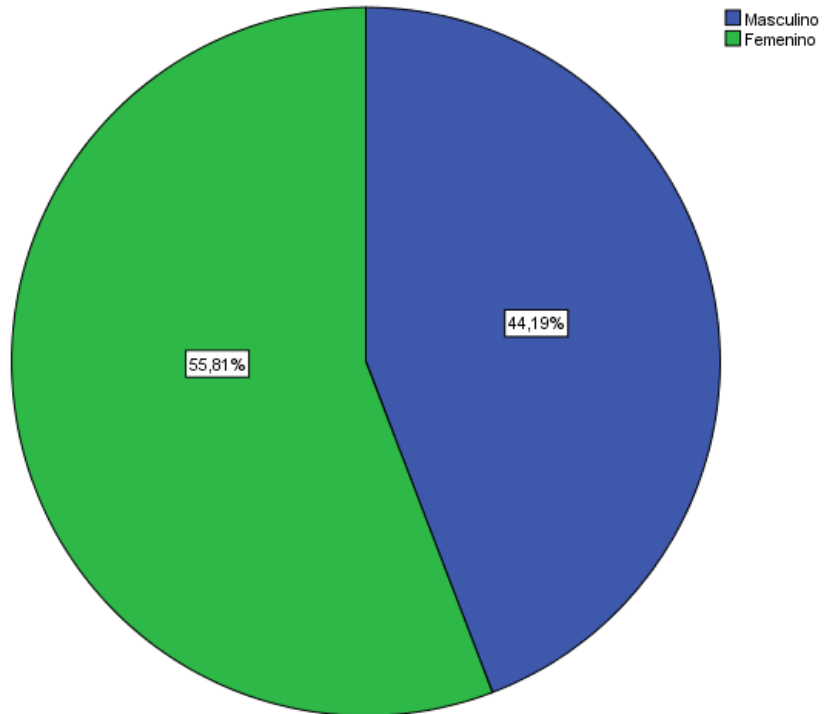
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	38	44,2	44,2	44,2
Femenino	48	55,8	55,8	100,0
Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos del investigador.

En la frecuencia de la población estudiada de acuerdo al género, se observa que 38 (44,2%) y 48 (55,8%) de los pacientes pertenecían al sexo masculino y femenino, respectivamente. (*Ver Tabla N°6 y Gráfico N°6*)

Gráfico N°6

Distribución de frecuencia de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en el Centro de Salud Pampa Cangallo - Ayacucho en el mes de mayo 2018, según sexo.



5.2 Análisis inferencial

Tabla N°7

Tabla comparativa entre la relación de la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. Chi Cuadrado

		Índice GOHAI			
		Bueno	Regular	Malo	Total
Clasificación Kennedy	Clase I	10 45,5%	22 56,4%	23 92,0%	55 64,0%
	Clase III	5 22,7%	13 33,3%	2 8,0%	20 23,3%
	Clase IV	7 31,8%	4 10,3%	0 0,0%	11 12,8%
Total		22 100,0%	39 100,0%	25 100,0%	86 100,0%

$p = 0,001$

Fuente: Base de datos del investigador

Con un nivel de significancia del 5%, con grado de libertad de 4 según la tabla de valor de chi cuadrado tenemos un valor límite de 9,488 y en nuestro análisis de chi cuadrado obtuvimos el valor de 18,427 ($p=0,001$). Por lo cual, asumimos que existe relación entre el Índice de GOHAI y la clasificación de Kennedy. Teniendo el mayor porcentaje la asociación entre un Índice de

GOHAI malo (92,0%) y la clase I de Kennedy. Así como, una ausencia de casos a nivel de la clase IV de Kennedy y un índice de GOHAI malo.

Tabla N°8

Tabla comparativa entre la relación de la calidad de vida y el estado de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. Chi Cuadrado

		Índice GOHAI			Total
		Bueno	Regular	Malo	
Estado de la Prótesis	Bueno	20	38	3	61
		90,9%	97,4%	12,0%	70,9%
	Malo	2	1	22	25
		9,1%	2,6%	88,0%	29,1%
Total		22	39	25	86
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p=0,001

Fuente: Base de datos del investigador

Con un nivel de significancia del 5%, con grado de libertad de 2 según la tabla de valor de chi cuadrado tenemos un valor límite de 5,991 y en nuestro análisis de chi cuadrado obtuvimos el valor de 59,653 (p=0,001). Por lo cual, asumimos que existe relación entre el Índice de GOHAI y el estado de la prótesis. Teniendo el mayor porcentaje la relación entre un Índice de GOHAI regular (97,4%) y un estado regular de la prótesis. Así como, un índice GOHAI malo con un mal estado de la prótesis.

Tabla N°9

Tabla comparativa entre la relación de la calidad de vida y su ubicación en los maxilares de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. Chi

Cuadrado

p=0,040

		Índice GOHAI			
		Bueno	Regular	Malo	Total
Ubicación de la Prótesis	Superior	12	15	5	32
		54,5%	38,5%	20,0%	37,2%
	Inferior	10	24	18	52
		45,5%	61,5%	72,0%	60,5%
	Bimaxilar	0	0	2	2
		0,0%	0,0%	8,0%	2,3%
Total		22	39	25	86
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos del investigador.

Con un nivel de significancia del 5%, con grado de libertad de 4 según la tabla de valor de chi cuadrado tenemos un valor límite de 9,488 y en nuestro análisis de chi cuadrado obtuvimos el valor de 10,041 (p=0,040). Por lo cual, asumimos que existe asociación entre el Índice de GOHAI y la ubicación de la prótesis. Teniendo el mayor porcentaje la relación entre un Índice de GOHAI

malo (72,0%) y las prótesis inferiores. Así como, no se registra un índice GOHAI bueno y regular en relación a la ubicación bimaxilar de la prótesis.

Tabla N°10

Tabla comparativa entre la relación de la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo. Chi Cuadrado

		Índice GOHAI			
		Bueno	Regular	Malo	Total
Sexo	Masculino	0	21	17	38
		0,0%	53,8%	68,0%	44,2%
	Femenino	22	18	8	48
		100,0%	46,2%	32,0%	55,8%
Total		22	39	25	86
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p=0,001

Fuente: Base de datos del investigador

Con un nivel de significancia del 5%, con grado de libertad de 2 según la tabla de valor de chi cuadrado tenemos un valor límite de 5,991 y en nuestro análisis de chi cuadrado obtuvimos el valor de 24,641 (p=0,001). Por lo cual, asumimos que existe asociación entre el Índice de GOHAI y el sexo del paciente. Observamos un mayor porcentaje de asociación entre índice de GOHAI bueno (100,0%) y el sexo femenino, contrariamente a ningún caso masculino para este.

Tabla N°11

Tabla comparativa entre la relación de la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del Centro de Salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad. Chi Cuadrado

		Índice GOHAI			
		Bueno	Regular	Malo	Total
Edad	28 - 40 años	10	23	0	33
		45,5%	59,0%	0,0%	38,4%
	41 - 60 años	12	10	4	26
		54,5%	25,6%	16,0%	30,2%
	61 a 83 años	0	6	21	27
		0,0%	15,4%	84,0%	31,4%
Total		22	39	25	86
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p=0,040

Fuente: Base de datos del investigador

Con un nivel de significancia del 5%, con grado de libertad de 4 según la tabla de valor de chi cuadrado tenemos un valor límite de 9,488 y en nuestro análisis de chi cuadrado obtuvimos el valor de 52,570 (p=0,040). Por lo cual, asumimos que existe asociación entre el Índice de GOHAI y la edad del paciente. Teniendo el mayor porcentaje la asociación entre un Índice de GOHAI regular (59,0%) y el grupo poblacional de 28 – 40 años. Así como, un índice de GOHAI malo (84,0) en relación al grupo poblacional de 61 a 83 años.

5.4 Discusión

El impacto de la salud oral sobre la calidad de vida puede generar grandes beneficios al informar sobre aspectos tales como sentimientos y percepciones a nivel individual y colectivo, lo que favorece una comunicación efectiva entre profesionales y pacientes y quizás sirva para medir los resultados clínicos de los servicios prestados⁴⁴ por lo que se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan el seguimiento a estos cambios en relación a la salud oral y calidad de vida; así mismo se sugiere utilizar estos resultados para el diseño e implementación de estudios de intervención que logren prevenir condiciones orales desfavorables para la calidad de vida⁴⁵.

A nivel internacional la prevalencia del Edentulismo Parcial tomando como base la Clasificación de Kennedy es muy estudiada tanto en países de Latinoamérica como en Asia, Europa y Medio Oriente, debido a que es utilizado como un indicador del estado de conservación de las piezas dentarias en boca; razón por la cual se lleva a cabo periódicamente este tipo de estudio donde se permite contrastar si hay mejoras o no. De esta manera se puede comprobar si las políticas y programas de prevención y conservación en salud oral son efectivas⁴⁶.

La dependencia de prótesis removibles es todavía una realidad de vida de millones de personas en todo el mundo. Muchos individuos portadores de prótesis convencionales experimentan una serie de problemas con sus aparatos diariamente, tales como la inestabilidad de la prótesis mandibular,

dificultad para triturar los alimentos, disminución de la confianza en sí mismo, alteración de la satisfacción y la calidad de vida, y disminución del contacto social. Uno de los principales objetivos de la promoción en salud consiste en desarrollar nuevas tecnologías que intenten solucionar estos problemas habituales. El punto de vista del paciente se reconoce cada vez más como un elemento importante en los resultados de la atención ⁴⁷.

Esta investigación se centra principalmente en la relación del éxito de la prótesis parcial removible desde la percepción de los pacientes que fueron atendidos en Centro de Salud – Pampa Cangallo. Se determinó el nivel de autopercepción de la calidad de vida a través del índice de GOHAI con el tratamiento rehabilitador con prótesis parciales removibles tomando en cuenta factores como la clasificación de Kennedy, estado y ubicación de la prótesis. La población se compone por hombres y mujeres en pacientes adultos y adultos mayores, se conformaron tres grupos etarios.

Para la clasificación de Kennedy obtuvimos que la mayor frecuencia es para la Clase I (64,0%), según Tanta S. (2017) obtuvo resultados similares con la prevalencia de Clase I tanto en maxilar (52,4%) y mandibular (69,2%) ¹⁷. Sánchez *et al* (2011) encontró según la clasificación de Kennedy, que la mayor prevalencia en el maxilar fue la clase III, con 34.3%, seguido de la clase I un 27.5%; mientras que para la mandíbula fue de 43.1% para la clase I ⁴⁸. López J (2009) en Lima - Perú encontró también la mayor prevalencia en la Clase I, sin embargo, la diferencia de porcentaje entre la Clase I y II en solo de 2.2% ⁴⁶, y en nuestro estudio no se observó ningún caso con clase II, lo cual nos

permite suponer que existen variaciones dentro del territorio nacional, esto debido a la diferencia socio cultural entre una zona rural y una urbana, debiendo realizar campañas de sensibilización.

Para el estado de la prótesis obtuvimos una mayor frecuencia buena (70,9%) en comparación a una mala (29,1%), se observa un resultado favorable se puede atribuir a una buena técnica de limpieza y mantenimiento de la prótesis por parte del paciente y el profesional a cargo, también observamos que existe una relación con el índice de GOHAI directamente proporcional ya que un mal estado de la prótesis nos das índice “malo”, según Mulet *et al* (2006) esto puede estar asociado con la creencia errónea de que con la colocación de las prótesis se ha concluido el trabajo y muchas veces acuden al odontólogo solo cuando la misma necesita afectando la calidad de vida. Ser reparada o ante el dolor o lesión evidente que afecta el bienestar del individuo.⁴⁹

A nivel de la ubicación se obtuvo que la mayor frecuencia es para la prótesis del maxilar inferior (60,5%), superior (37,2%), bimaxilar (2,3%); en el estudio de López J. (2009) muestra una perdida mayor de los dientes postero inferiores, seguidamente de los postero superiores, mostrando concordancia con nuestro resultado ⁴⁶. También, se encontró relación con el índice de GOHAI, dando un índice “malo” para la ubicación inferior, contrariamente a nuestro resultados según Marcello *et al* (2018), las prótesis parciales inferiores con función de masticación y deglución mejoran la calidad de vida, esa

variación podríamos relacionar a un mal diseño y confección de la prótesis por parte del operador, creando una insatisfacción en el paciente rehabilitado.⁷

En nuestro estudio, para el Índice de GOHAI se obtuvo la mayor frecuencia para el estado “regular” (45,3%), seguidamente del “malo” (29,1%), Al comparar las estadísticas hay que precisar que algunos estudios expresan sus resultados como prevalencias para cada categoría del GOHAI, mientras que en otros casos reportan el promedio global de sus muestras. Nuestros resultados, se asemejan a los obtenidos por Gallardo *et al* (2012), donde obtuvieron que su muestra tiene una “mala” percepción seguida por una “regular”, la variación resultaría ya que estos evaluaron otros factores (nivel educativo y enfermedades sistémicas).¹⁹

Entre los estudios realizados en Brasil, Miranda *et al* (2011) encontraron que el 36,3% tenía una autopercepción de su salud oral “regular” y 31,9% “mala”⁵⁰. Souza *et al* (2010) encontraron que la percepción “regular” fue de 17,5% y la “mala” fue de 78,6%.⁵¹ Costa *et al* (2010)⁵², Alcarde *et al* (2010).⁵³, Bonan *et al* (2008)⁵⁴, Lima *et al* (2007)⁵⁵, Henriques *et al* (2007)⁵⁶ y Santos *et al* (2007)⁵⁷ reportaron en sus muestras valores promedio de GOHAI catalogados como de una autopercepción “mala”. En México, Esquivel y Jiménez (2012) evaluaron el efecto de una rehabilitación protésica, encontrando que -previo al tratamiento- el 88,7% tuvo una autopercepción “regular” o “mala” de su salud oral.⁵⁸

En otro estudio, Esquivel y Jiménez (2010) reportaron que la suma de ambas categorías fue de 92,7%.⁵⁹ Sin embargo, algunos estudios reportan cifras más

favorables. Vasconcelos *et al* (2012) encontraron una autopercepción de salud oral “buena” en el 52% de pacientes brasileiros.⁶⁰ Asimismo, Silva *et al* (2011).⁶¹ y Silva *et al* (2005)⁶² encontraron valores promedio de GOHAI catalogados como de una autopercepción “buena”.

De acuerdo al objetivo principal que consiste en la relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en paciente del Centro de Salud Pampa Cangallo, se observó que:

De acuerdo a este objetivo específico que consiste en determinar el nivel de autopercepción de la calidad de vida, y su relación con clasificación de Kennedy, se tiene como resultado que, de los 86 pacientes evaluados, la clase I presenta un índice “malo” (92,0%) seguido de un índice “regular” (56,4%), Rekhi *et al* (2018) obtiene resultado donde a una menor cantidad de piezas dentarias se asocia a un índice “malo”.⁸, así mismo, Guaman V. (2017)¹⁰ y Sotomayor L. (2016)¹² observan la pérdida dentaria disminuye la calidad de vida y la rehabilitación con una prótesis parcial removible aumenta en el factor de discomfort psicológico, pero no tiene un alto impacto por la limitación de la función, concordando con nuestros resultados, podemos atribuir esta similitud a que en la pérdida posteriores de piezas dentarias y su importancia en la oclusión y masticación no siempre se restablece la función por un mal diseño y/o falta de acondicionamiento de los dientes restantes. Marcello *et al* (2018)⁷, Campos *et al.* (2017)¹¹ y Molina M.¹⁵ determinan que la rehabilitación con prótesis parciales removibles restauran sus funciones y aumenta la calidad de vida, podemos deducir que la zona edéntula del paciente afectara

directamente a la autopercepción de la calidad de vida de cada individuo ya que vemos en nuestro estudio que la clase III (22,7%) y IV (31,8%) presentan un índice “bueno”. Aguilar *et al* (2017) determina que el uso de prótesis parcial removible no afecta en la calidad de vida.⁹ y Bellany *et al* (2014) obtienen que el uso de prótesis parcial removible aumenta la calidad de vida independientemente de la calidad de la prótesis¹⁶, podemos atribuir estos resultados de estos estudios difieren por la muestra trabajada y los factores asociados. Moya *et al* (2014)¹⁴ y Tantas S (2017)¹⁷, describen una mala calidad de vida relacionadas al uso de prótesis parciales removibles y con zonas edéntulas, estos resultados podemos asociarlos a la desadaptación de las prótesis, falta de controles post instalación acercándose a nuestros resultados ya que nuestra muestra es de una población rural donde existe un mayor descuido de la población.

Según sexo presenta un mayor uso de prótesis el sexo femenino (55,8%) masculino (44,2%), Según López J (2009) en relación al género, en las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron gran preponderancia en sexo masculino sobre el femenino⁴⁶, difiere en nuestro estudio ya que el nuestro se realizó en una zona rural en donde la idiosincrasia de la población femenina, falta de planificación familiar con un alto índice de hijos, contribuyen como factor de pérdida de piezas dentales.

Para la edad se observa que el grupo de adultos jóvenes de 28 a 40 años presentan la mayor frecuencia (38,4%) 41 a 60 años (30,2%) 61 a 83 años (31,4%) Es probable que los adultos jóvenes y maduros del estudio por su

condición física general aventajada frente a los adultos mayores no precisen un mejor estado de salud oral para mantenerse saludables, contrario en algunos adultos mayores que presentan complicaciones en su estado de salud general y que cualquier afección como un mal estado de salud oral podría complicar su bienestar y calidad de vida. Díaz *et al*(2012), valoró el impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores, reportando presencia de prótesis desadaptadas en más de la mitad de la muestra estudiada, cálculos dentales en el 80 % y de restos radiculares en menos del 30 %, ante lo cual se puede inferir la existencia de diferentes condiciones orales.⁶³

Según Reich *et al* (2018) la edad de los individuos valorados, resulta importante considerar que la prevalencia de estos hallazgos, varía en las distintas edades de la adultez lo que hace necesario considerar la posibilidad de implementar programas que permitan hacer promoción y prevención en salud oral en esta población que a futuro representará a la población mayor, para los cuales está ampliamente documentada la existencia de trastornos orales como pérdida de dientes y deterioro de la condición periodontal con subsecuentes problemas de masticación, dolor, dificultades al comer, y problemas en las relaciones sociales.⁸

Por otro lado, este estado de salud oral hallado en el estudio no se espera encontrar en este grupo de adultos jóvenes. Esta población joven y madura corresponde a los adultos trabajadores que con escasa disponibilidad de tiempo y demandas laborales podrían dificultar la asistencia a los servicios odontológicos, cuyos horarios de oferta no resultan atractivos para este grupo

y a largo plazo generaría un descuido en la salud oral de la población productiva de un país. Por ello se ameritarían programas de promoción y prevención que acudan a los espacios laborales de esta población y contribuyan a disminuir los índices de morbilidad oral que a largo plazo conllevarían a un ausentismo laboral, enfermedades sistémicas y disminución de la producción económica de un país.

CONCLUSIONES

1. En este estudio se concluyó que, si existe una relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parciales removibles, se observó los pacientes portadores de prótesis refirieron un estado “regular” según índice de GOHAI.
2. Se observó que el diseño a partir de la clasificación de Kennedy está asociado a la calidad de vida, donde la clase I presenta mayor grado de insatisfacción (Índice GOHAI = bueno), donde la mayor frecuencia en el diseño es para la clase I de Kennedy.
3. Se observó que el estado de la prótesis y la calidad de vida están relacionadas, resultando que un buen estado de la prótesis se asocia a un estado regular según el Índice de GOHAI, un 70,9% mantiene su prótesis en buen estado.
4. Se observó que la ubicación de la prótesis y la calidad de vida están relacionadas, resultando que la ubicación inferior de la prótesis presenta un mayor grado de insatisfacción (índice de GOHAI = malo). la ubicación inferior es la que predomina.
5. Se observó que el sexo y la edad tienen relación con la calidad de vida, donde el sexo masculino tiene una mayor insatisfacción. Con predominancia en el sexo femenino (55,8%).
6. El grupo etario de 28 a 40 años de edad tienen un estado regular según el índice de GOHAI. Se observa mayor frecuencia en el grupo de 28 a 40 años.

RECOMENDACIONES

- Tener un adecuado conocimiento sobre la preparación y diseño de la prótesis parcial removible de acuerdo a la clasificación de Kennedy, diseñándolo de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- Se debe indicar y reforzar en cada paciente las indicaciones explícitas para los portadores de prótesis parciales removibles, de esta manera mejorar el cuidado y tiempo de vida de esta.
- A nivel de prevención se debe realizar campañas y sesiones de aprendizaje para el cuidado de la salud bucal, así mismo, realizar tratamientos recuperativos y restaurativos antes de una extracción.
- Concientizar a la población sobre el cuidado de la salud oral
- A nivel del gobierno realizar planes de intervención para el cuidado de la salud oral en zonas rurales adecuadas a su condición.
- Realizar más estudios de investigación, en los cuales evaluar más factores intervinientes e incentivar el estudio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Rev. Hacia la promoción de la salud. 2007; 12(1):11-24.
2. Aguilar J, Alvarez J, Lorenzo J. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. Int. Jou. Develop. Educ. Psychology - INFAD Rev. Psicología. 2011; 4(1):161-168.
3. Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto de calidad de vida. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. 2005; 23(1):79-90.
4. Fleury E, Lana da Costa C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):580-588.
5. Cirilo J. Factores que influyen en el uso de la prótesis parcial removible en pacientes del servicio de estomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Tesis Pre Grado]. Lima: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
6. Flores E. Nivel de satisfacción de pacientes rehabilitados con prótesis total y prótesis parcial removible en la clínica estomatología [Tesis Pre Grado]. Piura: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Cesar Vallejo; 2017.
7. Marcello-Machado R, Faot F, Schuster A, Bielemann A, Nascimento G, ¿Del Bel Cury A. How fast can treatment with overdentures improve the masticatory

function and OHRQoL of atrophic edentulous patients? A 1-year longitudinal clinical study. *Clin Oral Implants Res.* 2018 Feb;29(2):215-226

8. Rekhi A, Marya C, Nagpal R, Oberoi S. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among the Institutionalised Elderly in Delhi, India. *Oral Health Prev Dent.* 2018;16(1):59-66.

9. Aguilar A, Avendaño A, Parrillo A, Vergara A, Salazar D, Calidad de vida en adultos mayores portadores de prótesis dental. *Rev. Investigación odontológica IADR.* 2017; 5(2):195-203

10. Guaman V. Comparación de la calidad de vida de pacientes desdentados parciales antes y después de un tratamiento [tesis pregrado]: Quito: Universidad Central de Ecuador; 2017.

11. Campos C, Ribeiro G, Rodrigues Garcia R. Mastication and oral health-related quality of life in removable denture wearers with Alzheimer disease. *J Prosthet Dent.* 2018;119(5):764-768.

12. Sotomayor Jofré L. Rehabilitación Protésica Removible y su relación con la Calidad de Vida del paciente desdentado [tesis pregrado]. Chile: Universidad Andrés Bello; 2016.

13. Schuster A, Marcello-Machado R, Bielemann A, Nascimento G, Pinto L, et. al. Short-term quality of life change perceived by patients after transition to mandibular overdentures. *Braz Oral Res.* 2017; 3(27):31-e5.

14. Moya P, Tapia E, Caro J, Otero J, Toro C. Calidad de vida relacionada con salud oral en adultos ingresados a rehabilitación protésica. Chile.2015;106(3)12-15.
15. Molina M, Calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis dental total [tesis pregrado] Chile: Universidad Andrés Bello; 2015
16. Bellamy C, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Av Odontoestomatol. 2014; 30 (4): 195-203
17. Tantas S. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores [tesis pregrado]. Lima-Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
18. Márquez G, Loret de Mola C, Bernabé-Ortiz A, Smeeth L, Gilman R, Miranda J. Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana. Rev Peru Med Exp. Salud Publica. 2011; 28(1): 35-41
19. Gallardo A, Picasso.M, Huillca N, Ávalos J. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. Kiru. 2013; 10(2):145-150.
20. Gutierrez V, León R, Castillo D, Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatológica Herediana.2015; 25(3): 180.

21. Belaunde A, Salazar F, Castillo D, Manrique J, Orejuela F, Zabaleta C, Lopez M. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Revista Estomatológica Herediana .2012; 22(2): 77-8.
22. Cisneros M, Verastegui A, Fernández H. Prevalencia del edentulismo de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos en una clínica docente universitaria. Revista Científica Alas Peruanas .2014, 1(1): 1-18.
23. Gonzáles C, Rosete J, Huitzil E. Frecuencia de edentulismo en la Clínica de Odontología de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Revista Tamé.2016 5(14)489-49.
24. Cargua J. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito [tesis pregrado]. Quito – Universidad de las Américas; 2016.
25. Flores G. Causas más frecuentes en la pérdida dental basada en la percepción de pacientes mayores [tesis pregrado]. Quito – Universidad de las Américas; 2016
26. Mallqui H, Hernández A. Traumatismos dentales en dentición permanente. Rev. Estomatol Herediana. 2012; 22(1):42-49
27. Rubio G, Cruz I, Torres M. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Med Esprit. 2013;15(01):1-8
28. Jara-Chalco LB,Zubeate –Meza JA. Retratamiento endodóntico no quirúrgico. Rev.Estomatol Herediana(Lima).2011;21(4):231-236

29. Vieira N, Análisis de las necesidades protésicas de acuerdo a la complejidad del tratamiento de los pacientes. Acta odontológica (Venezuela). 2017;55(2)
30. McCracken. Prótesis Parcial Removible. España: Editorial Elseiver. 2011.
31. Rendón Yudice. Prótesis Parcial Removible [en línea]. México: Médica Panamericana; 2004[10 de abril 2018].URL disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=AckWYAYGcfgC&printsec=copyright&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false
32. Alvarez H, Alvarez M, Alvare J, Cattaneo S. Revisión de los conceptos clásicos de la biomecánica de la prótesis parcial removible. Fac. Odon. (Buenos Aires). 2013;28(65):1-10
33. Mallat D, Mallat C. Prótesis Parcial Removible y sobredentaduras [en línea]. España:Elsevier;2004. [10 de abril 2018].URL disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=FC5o8mnt_asC&printsec=frontcover&dq=Mallat+Desplast+E,+Mallat+Callis+E.+Pr%C3%B3tesis+Parcial+Removible+y+sobredentaduras.+Espa%C3%B1a:+An+elsevier.+2004.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiFp_WmmcnaAhXRtlkKHZj5Ak4Q6AEIMDAB#v=onepage&q&f=false
34. Loza D. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid: Ripano; 2006.
35. Cerón-Bastidas XA. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. Rev Nac Odontol. 2014;10(19):83-9

36. Ardilla R. Calidad de vida: Una definición integradora. Rev. Latinoam, Psic. 2003; 35(2):161-164.
37. Villamizar- Acevedo G, Becerra Alvarez DR, Delgado Martinez AC. Autopercepción de estudiantes de psicología sobre sus competencias en los campos laboral, educativo y salud. Revista de Estudios y Experiencias en Educación” (Colombia).2014; 13, (6) 151-167
38. Marcilia Rodríguez F, Arpajón Peña Y, Herrera López I, Justo Díaz Jiménez Quintana Z. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. Revista Cubana de Estomatología 2016;53(4)
39. Marcilia Rodríguez F, Arpajón Peña Y, Herrera López I. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(1):51-63
40. Eduardo Bustos-Vázquez, Julián Alfredo Fernández-Niño, Claudia Iveth Astudillo-García. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. Rev.Biomédica 2017; 37(1) ,92-103
41. Montes C, Juárez T, Cárdenas A, Rabay C, Heredia E, García C, Sánchez S, Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP). México.2014;18(2):111-119.

42. Salazar A. Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomia Inventory (XI) en adultos mayores [tesis pregrado]. Chile – Universidad de Chile; 2010.
43. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. Mc.Graw.Hill Education
44. Bennadi, D. & Reddy, C. V. K. Oral health related quality of life. J. Int. Soc. Prev. Community Dent. 2013; 3(1):1-6,
45. Díaz S., Meisser A., Tirado R., Fortich N., Tapias L., Gonzales D. Impacto de salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes de clínicas odontológicas universitarias. Int. J. Odontostomat. 2017; 11(1):5-11.
46. Lopez J. E Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" [tesis pregrado]. Lima-Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
47. Kay J. Impacto de la rehabilitación con sobredentadura mandibular implantoasistida, sobre la calidad de vida Relacionada con la salud bucal, medida con OHIP-49SP, en un Ensayo clínico no controlado. [tesis pregrado]. Santiago Chile – Universidad de Chile; 2011.
48. Sánchez M, Román M, Dávila R. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011; 16(2): 110-115.
49. Mulet M., Hidalgo S., Díaz S. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis: Etapa diagnóstica. AMC [Internet]. 2006 Oct [citado 2018 Jul 08];

10(5):34-43.

Disponível

em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500005&lng=es

50. Miranda L, Silveira M, Miranda L, Bonan P. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(2):251-69.

51. Souza E, Barbosa M, Oliveira P, Espindola J, Gonçalves K. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(6):2955-64.

52. Costa E, Saintrain M, Vieira A. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(6):2925-30.

53. Alcarde A, Bittar T, Fornazari D, Meneghim M, Ambrosano G, Pereira A. A Cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. Rev Odonto Ciênc. 2010; 25(2):126-31.

54. Bonan P, Borges S, Haikal D, Silveira M, Martelli-Júnior H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. Rev Odonto Ciênc. 2008;23(2):115-9.

55. Lima L, Soares M, Passos IA, Rocha A, Feitosa SC, Lima MG. Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais. Rev. Odontol. UNESP. 2007; 36(2):131-6.

56. Henriques C, Telarolli R, Loffredo L, Montadon A, Campos J. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. *Cienc Odontol Bras.* 2007;10(3):67-73.
57. Santos F, Morais M, Barbosa A, Sampaio F, Forte F. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB. *Arq Odontol.* 2007; 43(2):23-32.
58. Esquivel R, Jimenez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM.* 2012; 69(2):69-75.
59. Esquivel R, Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. *Revista Asociación Dental Mexicana.* 2010; 67(3):127-32.
60. Vasconcelos L, Prado Junior R, Teles J, Mendes R. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(6):1101-10.
61. Silva D, Held R, Torres S, Sousa M, Neri A, Antunes J. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(6):1145-53.
62. Silva D, Souza M, Wada R. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(4):1251-9.
63. Diaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev. Clini Med Fam.* 2012;5(1):9-16

ANEXOS

ANEXO N°1: CARTA DE PRESENTACIÓN



Pueblo Libre, 15 de mayo de 2018

EDWIN CANGANA GARCIA
Director del Centro de Salud "PAMPA CANGALLO"

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada **ROQUE TUEROS, PATRICIA NELLY**, con código **2011228496**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD PAMPA CANGALLO – AYACUCHO 2018"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



18/5/18

ANEXO N° 2: CONSTANCIA DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN



EL QUE SUSCRIBE GERENTE DEL CLAS PAMPA CANGALLO, MICRO RED DE SALUD PAMPA CANGALLO, RED SALUD CENTRO AYACUCHO, DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO,

HACE CONSTAR:

POR MEDIO DE LA PRESENTE DEJAMOS CONSTANCIA QUE LA SEÑORITA **ROQUE TUEROS, PATRICIA NELLY** IDENTIFICADA CON DNI N°74207723 DE LA **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**, HA REALIZADO SU EJECUCIÓN DE PROYECTO CON EL TÍTULO "**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD PAMPA CANGALLO – AYACUCHO 2018**", EN NUESTRO CENTRO DE SALUD A COMPLETA SATISFACCIÓN Y DEMOSTRÓ RESPONSABILIDAD Y BUENA FORMACION ACADÉMICA.

SE OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA PARA LOS FINES QUE LA INTERESADA CONSIDERE CONVENIENTE.

PAMPA CANGALLO, 02 DE JUNIO DEL 2018



ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente documento,

Yo.....

..... De.....años de edad, identificado

con el DNI N°....., acepto ser parte del trabajo de investigación bajo el título “RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD PAMPA CANGALLO – AYACUCHO 2018” y he sido informado acerca del procedimiento y objetivo del mismo.

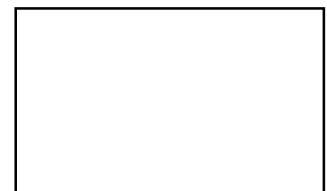
También es de mi absoluto conocimiento y acepto el manejo de mis datos con el fin de hacer más confiable el presente estudio.

Ante cualquier duda o consulta la pondré en conocimiento al encuestador ROQUE TUEROS Patricia Nelly, quien es el único responsable del manejo de datos de este documento.

Por lo expuesto, acepto todas las condiciones expresadas en el presente documento, en señal de mi conformidad, lo suscribo.

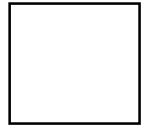
Firma del encuestado(a)

DNI N°.....



Huella dactilar

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



**UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

FACULTAD

Y CIENCIAS DE LA SALUD

DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Agradecemos marcar las preguntas con una X de acuerdo a lo que consideran

Con que frecuencia en los últimos tres meses...	siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Cuántas veces limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
2.- ¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?					
3.- ¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?					
4.- ¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?					
5.- ¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?					
6.- ¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
7.- ¿Con que frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
8.- ¿Con que frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes encías o prótesis dentales?					
9.- ¿Con que frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes encías o prótesis dentales?					
10.- ¿Con que frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías interactivas?					
11.- ¿Con que frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					
12.- ¿Con que frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

1.-Ubicación en los maxilares de la prótesis parcial removible

- Maxilar Superior

- Maxilar Inferior

- Bimaxilar

2.-Tipo de desdentado (Clasificación de Kennedy):

SUPERIOR: (I) (II) (III) (IV)

INFERIOR : (I) (II) (III) (IV)

3.- Estado de prótesis:

SUPERIOR:

Buen estado

Mal estado

INFERIOR:

Buen estado

Mal estado

ANEXO N°5: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PRINCIPAL ¿Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018?</p> <p>ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018? • ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y el estado de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018? • ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y su ubicación en los maxilares de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018? 	<p>PRINCIPAL Determinar la relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. •Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y el estado de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. •Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y su ubicación en los maxilares de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. 	<p>PRINCIPAL Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.</p> <p>NULA No Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.</p> <p>SECUNDARIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre la calidad de vida y la clasificación de Kennedy para la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. • Existe relación entre la calidad de vida y el estado de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro 	<p>V.INDEPENDIENTE Rehabilitación con Prótesis parcial removible</p> <p>V.DEPENDIENTE calidad de vida</p> <p>VARIABLE DE CONTROL</p> <p>Edad Sexo</p>	<p>DISEÑO METODOLÓGICO Observacional</p> <p>TIPO DE ESTUDIO correlacional</p>

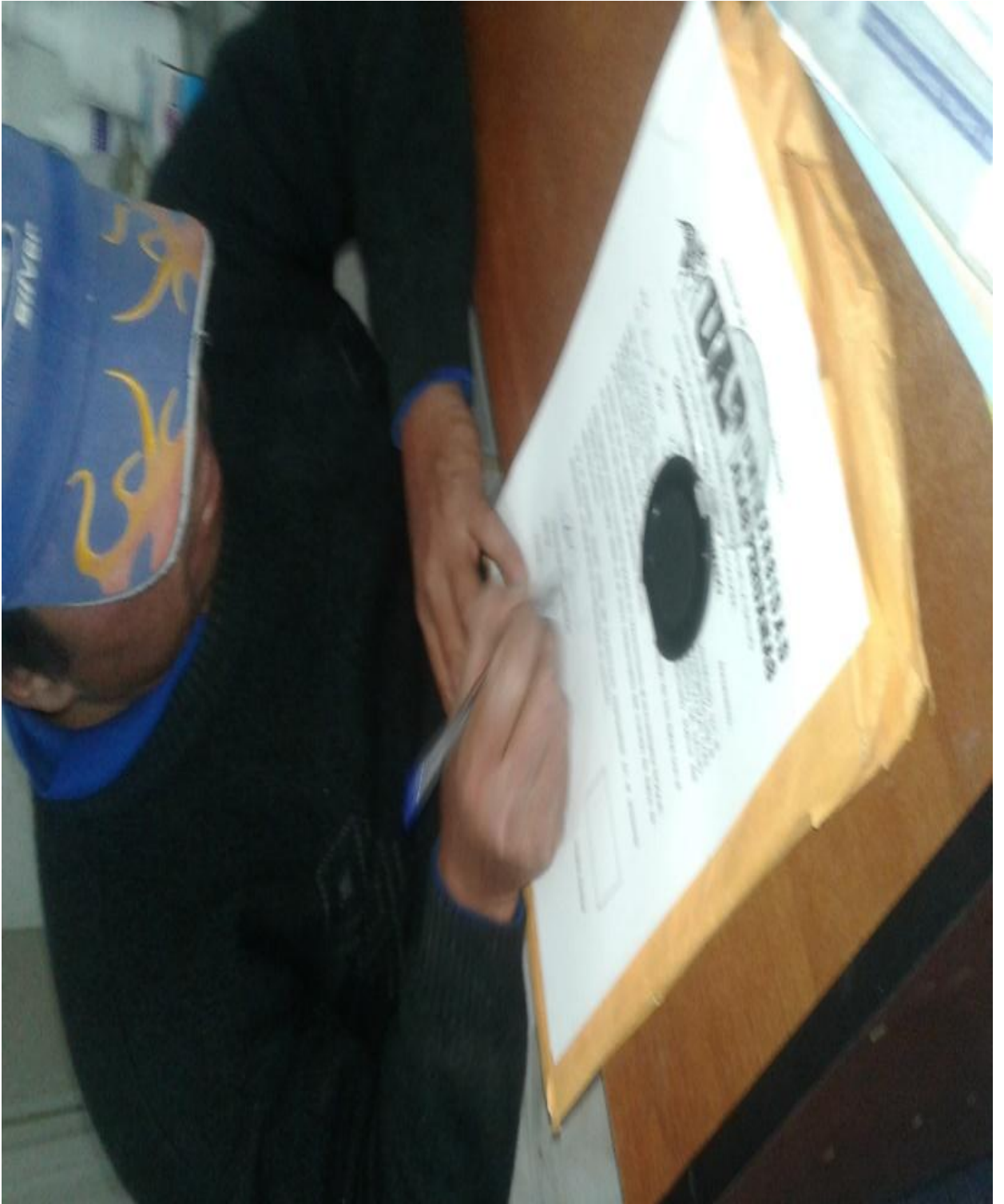
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad? • ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo? 	<ul style="list-style-type: none"> •Determinar la autopercepción de la calidad de vida según la escala de GOHAI, en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. •Determinar la relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad. •Determinar la relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo. 	<p>de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre la calidad de vida y la ubicación en los maxilares de la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018. • Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según edad. • Existe relación entre la calidad de vida y la rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes del centro de salud Pampa Cangallo – Ayacucho 2018, según sexo. 		
--	--	---	--	--

ANEXO N°6: FOTOGRAFÍAS

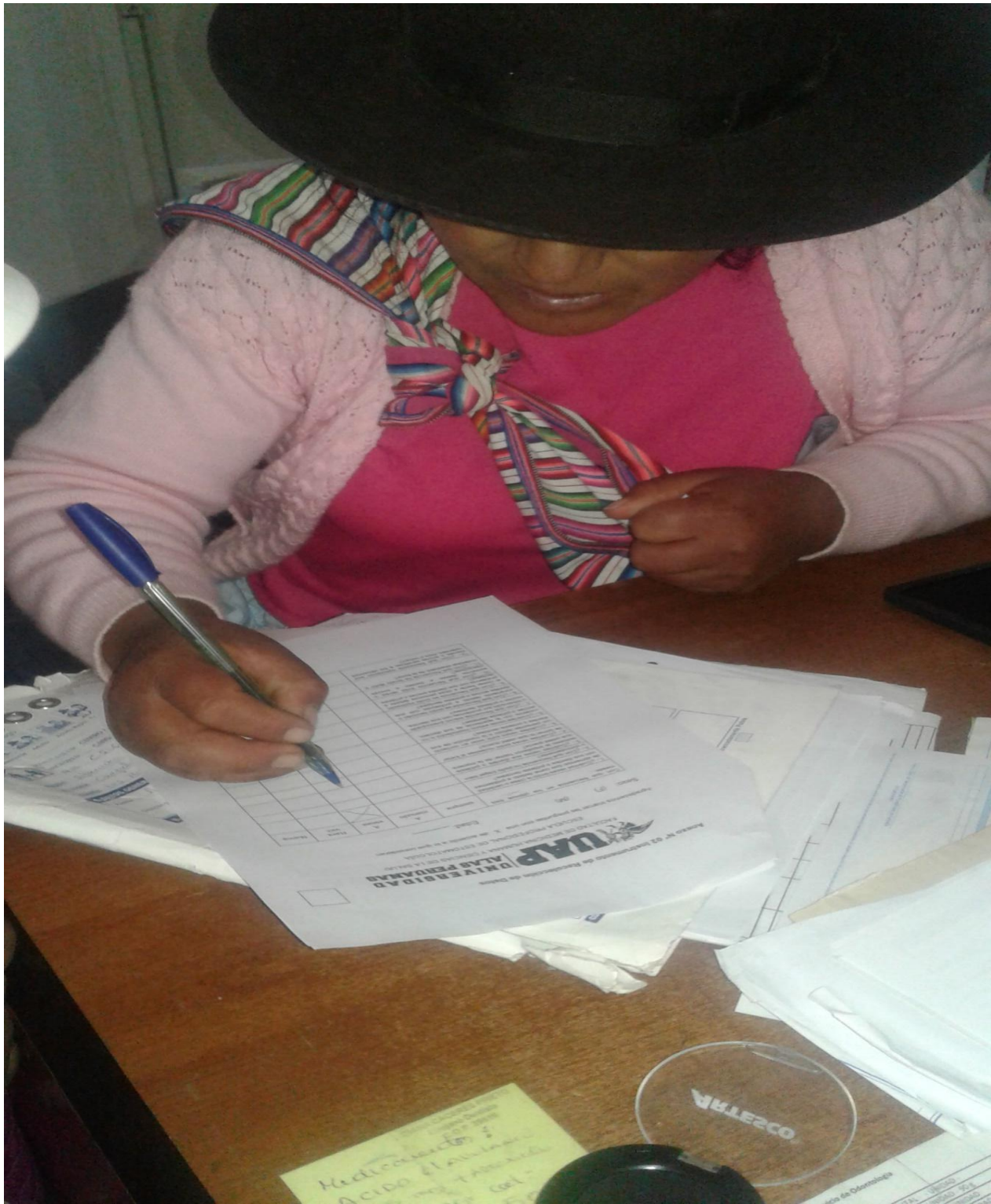












Medicamentos:
Acido f...
...
...



...
...
...

