

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACIÓN**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL**

**“RELACIÓN DEL ESTADO FÍSICO-FUNCIONAL DE PRÓTESIS COMPLETAS Y
LA SALUD DE TEJIDOS BUCALES EN PACIENTES DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2010–2014.”**

AUTORES:

**BR. ENGEE ARELY ALVARADO ORELLANA
BR. RODRIGO ALEXANDER CÁCERES AMAYA**

DOCENTES ASESORES:

**DR. ABRAHAM ERIBERTO MELÉNDEZ
DRA. RUTH FERNÁNDEZ DE QUEZADA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, LUNES 20 DE JUNIO DE 2016.

AUTORIDADES

**RECTOR-INTERINO
JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN**

**VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO
ING. ARMANDO VILLALTA**

**DECANO
GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR**

**VICE-DECANO
JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA**

**SECRETARIO
DR. JOSÉ BENJAMÍN LÓPEZ GUILLÉN**

**DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA
DRA. OLIVIA ANGÉLICA GARAY DE SERPAS**

**COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
DRA. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ**

TRIBUNAL EVALUADOR

DR. OSCAR EVENOR LEIVA VALENCIA
DR. JOSÉ ALEJANDRO CASTRO GONZÁLEZ.
DR. ABRAHAM ERIBERTO MELÉNDEZ ESCALANTE

AGRADECIMIENTOS

A NUESTRO DIOS:

Por habernos dado sabiduría, entendimiento y perseverancia en la carrera, permitiéndonos ahora realizarnos como verdaderos profesionales.

A NUESTROS AMADOS Y RESPETADOS PADRES:

Por habernos dado apoyo incondicional durante toda nuestra carrera y por formarnos con principios, valores e ideales de vida.

A NUESTRO DOCENTE DIRECTOR Y ASESOR:

Docente asesor Abraham Eriberto Meléndez por su dedicación, esfuerzo y tiempo y por sus recomendaciones e ideas que contribuyeron a esta investigación.

Docente director Ruth Fernández de Quezada por su colaboración y orientación durante esta investigación.

DEDICATORIA

A nuestros padres y familiares, con todo nuestro amor y cariño, por ser ellos quienes lo dieron todo para que pudiéramos alcanzar nuestra meta.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	9
2. INTRODUCCIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. HIPÓTESIS.....	13
4.1 Hipótesis Nula (H_0).....	13
4.2 Hipótesis Alternativa (H_a).....	13
5. MARCO TEÓRICO.....	14
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
6.1 Tipo de investigación.....	22
6.2 Tiempo y lugar.....	22
6.3 Variables e indicadores.....	22
6.4 Esquema de investigación.....	24
6.5 Población y muestra.....	25
6.5.1 Población.....	25
6.5.2 Muestra.....	25
6.6 Recolección y Análisis de datos.....	25
6.6.1 Estudio Piloto.....	25
6.6.2 Recolección de datos.....	26
6.6.3 Análisis de datos.....	27
7. RESULTADOS.....	28
8. DISCUSIÓN.....	38

9. CONCLUSIONES.....	42
10.RECOMENDACIONES.....	43
11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
12.ANEXOS.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ESTADO FÍSICO DE PRÓTESIS.....	29
TABLA 2. HIGIENE DE LA PRÓTESIS SEGÚN GUÍA DE OBSERVACIÓN.....	29
TABLA 3. CUADRO RESUMEN DE ESTADO FÍSICO DE PRÓTESIS.....	30
TABLA 4. HIGIENIZACIÓN DE LA PRÓTESIS SEGÚN ENTREVISTA.....	30
TABLA 5. PRESENCIA DE PIGMENTACIONES Y CÁLCULO EN PRÓTESIS SUPERIOR CON FRECUENCIA DE HIGIENE.....	31
TABLA 6. PRESENCIA DE PIGMENTACIONES Y CÁLCULO EN PRÓTESIS INFERIORES CON FRECUENCIA DE HIGIENE.....	31
TABLA 7. ESTADO FUNCIONAL DE LAS PROTESIS.....	32
TABLA 8. DESALOJO DE PRÓTESIS EN REPOSO ENTREVISTA.....	32
TABLA 9. CUADRO RESUMEN DEL ESTADO FUNCIONAL.....	33
TABLA 10. ESTADO FUNCIONAL DE LA PRÓTESIS A TRAVÉS DEL USO.....	33
TABLA 11. DOLOR AL UTILIZAR LAS PRÓTESIS ENTREVISTA.....	34
TABLA 12. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS OBSERVACIÓN.....	34
TABLA 13. TIPO DE LESIÓN.....	34
TABLA 14. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS ASOCIADO AL ESTADO FÍSICO DE LAS PRÓTESIS SUPERIOR E INFERIOR.....	35
TABLA 15 ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS ASOCIADO AL ESTADO FÍSICO DE PRÓTESIS SUPERIOR.....	35
TABLA 16. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS ASOCIADO AL ESTADO FUNCIONAL DE LAS PRÓTESIS SUPERIOR E INFERIOR.....	36
TABLA 17. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS Y FRECUENCIA DE HIGIENE DE PRÓTESIS.....	37

1. RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado físico-funcional e higiene de las prótesis completas y su efecto en la salud de los tejidos bucales, en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Metodología: El diseño de estudio corresponde a una investigación observacional descriptiva transversal de asociación de variables. La muestra fue de 127 pacientes usuarios de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador que fueron tratados con prótesis completas entre los años 2010 a 2014, para lo cual se utilizó una cédula de entrevista y una guía clínica de observación. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron las de chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: En relación al estado físico el 74.4% de las prótesis superiores presentaron buen estado y para las prótesis inferiores el 71.2%. En cuanto a la higiene de la prótesis, el 43.31% lo realizan una vez al día. En cuanto a la higienización de su boca, el 45.67% la realizan dos veces al día. El 74.4 % se encontraron en buen estado funcional, datos que para la prótesis inferior fue menor con 45.76% En cuanto al estado de los tejidos bucales el 83% de los pacientes no presentan lesiones y el 16% si, presentando con mayor frecuencia la estomatitis subprotésica con 14.2%.

Conclusiones: Existe una relación significativa (P valor=0.002) entre el estado físico de la prótesis superior y las lesiones de tejidos blandos. No se logró una diferencia estadística significativa entre la higiene de la prótesis y el estado funcional con la aparición de lesiones de tejidos blandos.

1. ABSTRACT

Objective: evaluate the hygiene of full dentures and their physical-functional conditions and its effect on the health of oral tissues in patients at the clinics in the Dentistry School at the University of El Salvador.

Methodology: This project is an observational research study using descriptive variables association. The sample consisted in 127 different patients from our clinics in the Dentistry School at the University of El Salvador, who were treated with full dentures between the years 2010-2014, for which a writ of interview and clinical observation guide was used. Statistical tests used were statistics Pearson chi - square test.

Results: Regarding the physical condition 74.4 % of upper dentures had good condition, and lower dentures had 71.2%. As for the hygiene of the prosthesis, 43.31 % of the patients do it once a day. 45.67 % of the patients sanitize their mouth 2 times a day. 74.4 % of upper denture was in good condition, and for the lower denture had a lower percentage, only 45.76%. Regarding the status of the oral tissues, 83% of the patients have no injuries and 16% are more prone to suffer denture stomatitis with a percentage of 14.2 %.

Conclusions: There is a significant relationship (P value = 0.002) between the physical condition of the upper denture and the soft tissue injuries. A statistically significant difference between hygiene of the prosthesis and functional status with the appearance of soft tissue injuries could not achieved.

2. INTRODUCCIÓN

La prótesis completa, se define como aquella prótesis que sustituye todos los dientes naturales del maxilar superior o inferior, ha sido el tratamiento rehabilitador de elección de los pacientes totalmente desdentados, debido a sus características de adaptabilidad, funcionabilidad, biocompatibilidad y economía, las cuales, permiten restituir las funciones: masticatoria, fonética y estética facial, así como la conservación de la salud del paciente ^(1, 2, 3, 4, 5).

Sin embargo, a pesar de su utilidad, la colocación de cualquier tipo de prótesis dental en boca, provoca inevitables variaciones en el medio bucal ⁽⁶⁾, las cuales pueden presentarse desde modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas ^(4, 5, 7, 8). La aparición de lesiones en mucosa bucal, se debe en la mayoría de casos a la calidad de las prótesis, así como la deficiente higiene bucal. Debido a lo anterior con la utilización de herramientas tales como la educación, observación, detección y vigilancia de los factores de riesgo así como el estado físico y funcional de las prótesis, se puede prevenir la aparición de estas lesiones ⁽⁶⁾.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, se realiza este tipo de rehabilitaciones protésicas, sin embargo no se cuenta con un programa de seguimiento continuo o estudios que evalúen el éxito o fracaso del tratamiento, ni el estado de los tejidos de soporte. Debido a lo anterior, el objetivo de la presente investigación es crear evidencia científica que establezca la relación entre el estado físico-funcional e higiene de las prótesis completas y su influencia en los tejidos bucales, en pacientes rehabilitados con prótesis completa en las clínicas de la FOUES, en el período 2010 – 2014. El diseño de la investigación corresponde a un estudio observacional descriptivo transversal de asociación de variables, en una muestra constituida por 127 pacientes; para lograr los objetivos propuestos se utilizó como instrumentos para recolectar la información un cuestionario y una guía de observación.

Los resultados más relevantes de la investigación reflejan que la porcentualidad general del buen estado físico de las prótesis que se confeccionan en la FOUES fue para las prótesis superiores el 74.4% y en las prótesis inferiores el 71.2%. Así mismo para el buen estado funcional fue el 74.4% para las prótesis superiores y para las prótesis inferiores el 45.76%. En cuanto a la higiene, tanto para la prótesis como para la cavidad bucal el 43.31% higieniza la prótesis una vez al día, dato que no coincide en cuanto a la frecuencia misma de la higiene de la boca pues el 45.67% lo hacen dos veces al día. Los dos tipos de lesiones encontradas con mayor frecuencia fueron en primer lugar la estomatitis subprotésica con el 14.2% y en segundo lugar la úlcera traumática con el 2.4%.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar el estado físico-funcional e higiene de las prótesis completas y su efecto en la salud de los tejidos bucales, en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, elaboradas entre los años 2010 a 2014.

Objetivos específicos:

- 1- Determinar el estado físico e higiene de las prótesis completas, en pacientes de las clínica de la facultad de odontología de la Universidad de El Salvador, según su año de elaboración, 2010-2014.
- 2- Determinar el estado funcional de las prótesis completas realizadas en las clínicas de la FOUES entre los años 2010 a 2014.
- 3- Evaluar el estado de salud de los tejidos bucales de los pacientes que fueron tratados con prótesis completa en el período 2010 a 2014
- 4- Identificar clínicamente las principales patologías causadas por el uso de prótesis completa.
- 5- Relacionar el estado físico-funcional e higiene de las prótesis completas con el estado de salud de los tejidos bucales de los pacientes tratados entre los años 2010 a 2014.

4. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

El estado de salud de los tejidos bucales, está asociada al estado físico-funcional e higiene de las prótesis completas confeccionadas en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, entre los años 2010 a 2014.

4.1 Hipótesis Nula (Ho)

No existe asociación entre el estado físico y funcional de las prótesis completas con la salud de los tejidos bucales, en pacientes tratados en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, entre los años 2010 a 2014.

4.2 Hipótesis Alternativa (Ha)

Existe asociación entre el estado físico y funcional de las prótesis completas con la salud de los tejidos bucales, en pacientes tratados en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, entre los años 2010 a 2014.

5 MARCO TEÓRICO

La salud bucal definida por la OMS como: ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes, y otras enfermedades o trastornos que afectan la cavidad bucal ⁽¹²⁾, tiene influencia sobre la calidad de vida de las personas, pues ésta, es fundamental para la salud general y bienestar de las personas a lo largo de su vida ^(2,11).

La pérdida total de los dientes, es causada principalmente por caries y enfermedad periodontal, ^(1,9,10) se incrementa conforme aumenta la edad ^(6, 7), y representa un severo problema para la calidad de vida de los individuos ⁽⁴⁾, pues los dientes, además de ser un órgano funcional de la masticación, constituyen un componente fundamental de la apariencia individual, el habla y la comunicación interpersonal ^(3, 4, 10, 13), por lo tanto su pérdida genera ciertas secuelas como: disminución en altura y espesor del reborde alveolar y en consecuencia se altera la dimensión vertical, disminución de la eficacia masticatoria, fonética, alteraciones en la estética facial y autoestima del paciente, ^(3,4,10,11) es por esas razones que la ausencia total de dientes, provoca un grado de invalidez o incapacidad oral, que debe ser resuelto a través de la rehabilitación protésica. ^(2, 3, 6, 9, 10, 11)

Uno de los propósitos principales de la rehabilitación protésica es rehabilitar al paciente desdentado, desde los puntos de vista: funcional, estético, psíquico y social, mejorando así su calidad de vida. ^(1, 6, 10)

La dentadura total convencional o prótesis completa, que es definida como aquella prótesis que sustituye todos los dientes naturales del maxilar superior o inferior, ha sido un tratamiento rehabilitador de elección dadas sus características de adaptabilidad, funcionabilidad, biocompatibilidad y economía; éstas prótesis permiten restituirle al paciente su función masticatoria, la estética facial y la conservación de la salud. ^(1, 2, 3, 4, 5)

Sin embargo, a pesar de su utilidad, la colocación de cualquier tipo de prótesis dental en boca, provoca inevitables variaciones en el medio bucal, pues ella es un elemento que actúa como cuerpo extraño, y obliga a los tejidos a reaccionar para adaptarse; ⁽⁶⁾ por lo que la mucosa bucal es el primer lugar donde se manifiesta el estímulo de la prótesis, ^(5,6) reflejándose de igual forma en los rebordes alveolares, ya que cuando estos son sometidos a cargas funcionales sufren una reabsorción ósea por consecuencia de la presión que se ejerce sobre ellos. Esta reabsorción depende en mayor o menor grado del tipo y distribución de las cargas oclusales y de la presión ejercida sobre los tejidos

blandos influyendo además, factores como la edad, sexo, condiciones sistémicas y nutricionales del paciente;⁽⁹⁾ es decir, que el éxito o fracaso de las prótesis completas depende de varios factores, siendo tres los fundamentales: la calidad y buen estado físico de las prótesis, el estado bucal (presencia o no de lesiones en los tejidos bucales) y la actitud mental del paciente.⁽¹⁴⁾

La calidad de las prótesis constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Para considerar una prótesis como adaptada o desadaptada, se deben evaluar clínicamente las áreas de soporte, mecanismos de retención y estabilidad de la prótesis.⁽⁴⁾ La frecuencia de aparición de lesiones en la mucosa, se relaciona con el estado de la prótesis, es decir, existencia de porosidades, pigmentaciones, cálculos, fracturas, dientes faltantes y desgaste dentario.⁽¹⁾

Según Lemus Crus y col.⁽⁶⁾ para medir la calidad de las prótesis completas, su funcionabilidad y biocompatibilidad en los pacientes portadores de las mismas, deben ser examinadas intrabucal y extrabucalmente. Se evalúa el tiempo de uso, el material con que fue confeccionada, las posibles reparaciones existentes, presencia de defectos en la prótesis, terminado y pulido, biomecánica (retención, soporte, estabilidad, dimensión vertical), estos criterios darán una apreciación en escala de la calidad de la prótesis, la cual podrá ser buena o mala calidad.

Vergés Callard y col.⁽¹⁴⁾ encontraron que el 54.6% de los pacientes en estudio rechazaban las prótesis totales siendo las principales causas del rechazo, el desajuste (51.8%) y las fracturas (30.1%). Según Rodríguez V. y col.⁽³⁾ un 97% de las dentaduras evaluadas, presentó falta de estabilidad y de retención; encontrando además que el 50% de las prótesis presentaba fracturas, cerca del 50% tenían bordes irregulares, el 33% falta de dientes y el 91% manchas y decoloración.

Moreno Castillo evidenció un alto porcentaje de cálculo tanto en la prótesis superior como en la inferior, siendo más prevalente esta característica en los hombres; además se encontraron más porosidades en las prótesis superiores de las mujeres y más pigmentaciones en las prótesis de los hombres (tanto superior como inferior). Las prótesis con mayor frecuencia de fractura fueron las inferiores y especialmente las de las mujeres (17%); la pérdida de dientes se presentó con mayor porcentaje en la prótesis inferior de los hombres (diferencias significativas $p < 0,05$) y en la superior en las mujeres. Más de la mitad de las prótesis inferiores presentaron desgaste dentario tanto en hombres como en mujeres.⁽¹⁾

Díaz Martell,⁽¹¹⁾ estableció la relación entre el tiempo de uso de la prótesis y el grado de ajuste y adaptación, encontrando que el 100% de las prótesis que

tenían hasta 5 años de fabricación se encontraban ajustadas, mientras que el porcentaje de aparatos desajustados fue en aumento de forma proporcional con el tiempo de uso.

En cuanto al grado de satisfacción con la prótesis total superior Moreno Castillo y col. ⁽¹⁾ encontraron que casi el 80% de la población manifestaba estar satisfecho, con su aparato protésico, dentro de las cuales se encontró un gran porcentaje de satisfacción con la prótesis total superior, dada por la retención, soporte y estabilidad que se logra por el área de contacto con el paladar y se presentó un porcentaje mayor de personas insatisfechas con su prótesis inferior, lo cual se explica por la reabsorción alveolar como proceso natural de envejecimiento que se presenta en el maxilar inferior desdentado. De los pacientes que rechazaban la prótesis el 59% no acudió a consulta de seguimiento, mientras que de los pacientes que no la rechazaban el 92.8% si asistió; lo cual pone en evidencia la importancia de asistir a las consultas después de instaladas las dentaduras, ya que son necesarios ajustes posteriores a su colocación, para devolver el bienestar al paciente. ⁽¹⁴⁾

Otro factor que determina el éxito o fracaso del tratamiento protésico es la salud de los tejidos blandos de soporte. Las lesiones a nivel de mucosa bucal, constituyen un problema importante de salud, diferentes factores de riesgo favorecen su aparición, entre estos factores locales a tener en cuenta en el desarrollo de las lesiones orales, se encuentran los de carácter traumático, la mala higiene oral y la sequedad bucal. ⁽⁶⁾ Los primeros incluyen quemaduras, mucosa mordisqueada, laceración, efecto local del tabaco y la acción de las prótesis. ⁽⁶⁾

La instalación de una prótesis, produce cambios en el medio bucal dependiendo de las características de ésta y de la capacidad de reaccionar de cada organismo, es decir, que las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccional o susceptibilidad de los tejidos y la forma de agresión que ejerza la prótesis. Estos cambios son muy variados y pueden presentarse desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas, que pueden ser influenciadas por hábitos higiénicos y alteraciones neuromusculares, capaces de generar modificaciones no fisiológicas. ^(4, 5, 7, 8)

Como se mencionó anteriormente, el reborde alveolar sufre biológicamente reabsorciones ante las cargas oclusales por la fuerza ejercida durante el proceso de masticación. Esta condición acelera la reabsorción del hueso en menor o mayor grado dependiendo del tipo y distribución de las cargas oclusales, y de la presión ejercida sobre los tejidos blandos; éstas condiciones funcionales protésicas, y otros factores tales como la edad, el sexo, condiciones sistémicas, nutricionales del paciente, la mala higiene bucal, con acumulación

de placa bacteriana y en ocasiones la presencia de *Cándida Albicans*, problemas inmunológicos o sistémicos o ser portadores de prótesis por períodos de tiempo que oscilan entre los 10 y 45 años, durante 24 horas al día, favorecen a la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplásicas. ⁽³⁾

Las prótesis estomatológicas actúan como factor traumático local, es decir, que tienen un carácter irritativo crónico.⁽⁶⁾ Las prótesis mal confeccionadas, inadecuadamente conservadas o utilizadas continuamente durante largos períodos de tiempo, sin ser cambiadas periódicamente contribuyen a la aparición de lesiones sobre los tejidos bucales que están en contacto con el aparato protésico. ^(1, 5, 6, 11)

En el estudio realizado por Díaz Martell, ⁽¹¹⁾ se concluyó que el tiempo de utilización de las prótesis influyó en la aparición de alteraciones mucosas; Mulet García y col. ⁽⁷⁾ encontraron que el 81.4% de la población estudiada usa de forma continua el aparato protésico, esto y el no realizar visitas periódicas al odontólogo se constituyen como factores de riesgo en la aparición de lesiones. García Alpizar y col. ⁽⁵⁾ Sotomayor Camayo y col. ⁽⁴⁾ concuerdan con éste resultado, y de igual forma Gutiérrez Segura quien apreció que el 65.6% de las lesiones encontradas, se presentaron en pacientes que utilizaban la prótesis de forma permanente. Concluyendo que existe una relación entre la aparición de lesiones orales con el tiempo de uso prolongado de uso de la prótesis y la falta de períodos de descanso. ⁽⁹⁾

Sotomayor Camayo y col. concluyeron en su estudio que el estado de adaptación de la prótesis completa influye significativamente en la presencia de alteraciones mucosas, y que el uso de prótesis desadaptadas se asocia con las alteraciones mucosas: hiperplasia, queilitis angular y úlcera traumática.⁽⁴⁾ También García Alpizar establece que las lesiones mucosas fueron 4 veces más frecuentes en aquellos pacientes con prótesis en mal estado (desajustada y/o desgastada), que en los pacientes con prótesis en buen estado. Además concluyen que la falta de control periódico de las prótesis; su uso continuo y cotidiano y su desajuste, causan sin duda, una disminución de las defensas locales, circunstancia que pudiera aprovechar la *Cándida Albicans* para instalarse como patógeno sobreañadido a la afección existente si la hubiera y aumentar su gravedad. ⁽⁵⁾

La calidad de las prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resulta de gran interés para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas. ⁽⁶⁾

El grado de satisfacción del portador de prótesis dentales no será igual si aparecen lesiones en la mucosa bucal, porque estas podrán ocasionar molestias e inadaptación con la aparatología, produciendo el fracaso del tratamiento rehabilitador. ⁽⁶⁾

La mucosa bucal está sujeta a diversas lesiones como resultado del uso de dentaduras artificiales, por lo que se hace necesario controlar los factores de riesgo en un intento por prevenir o disminuir las afecciones bucales en los pacientes con aditamentos protésicos. ⁽⁷⁾

Según Rodríguez Vanessa y col., el 94% de la población estudiada presentó signos clínicos de alteración de la mucosa de soporte, ⁽³⁾ mientras que Sotomayor Camayo y col., encontraron que el 73,7% de los examinados presentaron alteraciones mucosas asociadas al uso de prótesis completa, ⁽⁴⁾ encontrando además, que las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, de modo que más del 95% de las lesiones se presentan en personas mayores a 40 años, con un promedio de edad de 60 años. ⁽⁶⁾

Las lesiones bucales más frecuentes asociadas con el uso de la prótesis estomatológica son la estomatitis subprotésica, úlceras traumáticas, épulis, procesos neoplásicos benignos como el papiloma o el fibroma y la queilitis comisural. ^(1, 6, 7, 8). La mayoría de investigaciones sobre el estado de prótesis completa y su relación con la salud de los tejidos, concuerdan que la estomatitis protésica es la patología que se presenta con mayor prevalencia. ^(1, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 15).

La estomatitis subprotésica que se define como una patología de alta prevalencia, inflamatoria infecciosa generalizada de la mucosa que está en contacto con la superficie interna de una prótesis, generalmente desadaptada; ésta, se debe al taponamiento paraqueratótico sobre los orificios de los conductos por donde fluyen secreciones originando una dilatación de éstos, que clínicamente se observa como una mucosa extremadamente roja, inflamada, dolorosa o granular, la mayor cantidad de veces se presentan focos de hiperemia del tamaño de la cabeza de un alfiler y mayormente se afecta el maxilar superior, lo cual puede estar relacionado con causas como la baja frecuencia de remoción nocturna de las prótesis. ^(1, 4, 8, 9, 15)

El diagnóstico de la estomatitis subprotésica es fundamentalmente clínico y se basa en el reconocimiento de sus lesiones, según Newton ésta se clasifica en tres grupos (I,II,III) de acuerdo al aspecto clínico de la mucosa afectada bajo la zona de soporte de la prótesis: ^(8,12) el grado I presenta áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos; el grado II se caracteriza por presentar un dibujo de los contornos de la prótesis, mucosa de color rojo brillante con áreas eritematosas difusa y el grado III presenta una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que pueden tomar aspecto papilar, como resultado del predominio de los fenómenos proliferativos. ⁽⁸⁾

Según Espansandín González y col., la mayor afectación por estomatitis subprotésica se produce con mayor frecuencia en las personas mayores de 60 años, en el maxilar superior (89.19%, $P < 0.001$), que en el inferior (16.22%); con relación al sexo, el femenino fue más afectado (69.37%).⁽⁸⁾

La úlcera traumática, es una lesión pequeña, de forma irregular, cubierta por una delicada membrana necrótica, rodeada por un halo de signos de inflamación, dolorosa, las cuales pueden producirse como un defecto post-instalación debido al desconocimiento o imposibilidad de acudir a los controles para el ajuste respectivo, o por prótesis desadaptadas.^(4,9) El épulis fisurado son lesiones ubicadas en el fondo de surcos vestibulares y linguales en relación con los bordes de la prótesis, se caracteriza por presentar bandas de tejido hiperplásico, blando, móvil, de tamaño variable, en ocasiones ulcerado.⁽⁹⁾ La hiperplasia, se caracteriza por el desarrollo de rollos alargados de tejido en el área de los pliegues mucolabiales como resultado de la reabsorción del reborde alveolar tanto por traumatismo de las prótesis desadaptadas, como por un sobre uso de estas.⁽⁴⁾ Otras lesiones caracterizadas en general por cambios de color, textura y volumen de la mucosa, tales como queratosis (manchas blancas de contorno suave y límites precisos), leucoplasia (placa blanquecina bien delimitada que constituye la expresión más severa del trastorno de queratinización de la mucosa), nevo (mancha oscura de límites precisos) y el fibroma (crecimiento submucoso de superficie suave normocoloreado o ligeramente más pálido y firme), también han sido relacionadas con el uso de prótesis.⁽⁹⁾

Según Brevis, A.P. y col., un 75% de la población en estudio presentó alteraciones en la mucosa palatina compatibles con estomatitis subprotésica.⁽¹⁴⁾ En los resultados obtenidos por Díaz Martell,⁽⁶⁾ mostraron que la patología de mayor prevalencia fue la estomatitis subprotésica con un 35.29%, seguida por las úlceras traumáticas con 33.82% y por último el épulis con 27.94%, siendo el sexo femenino el más afectado; encontrando además que la mayor parte de estas afecciones en la mucosa bucal estaban asociadas a prótesis desajustadas. Rodríguez V. y col., encontraron que un 77% de la población presentó estomatitis subprotésica, el 48.48% presentó papilomatosis, el 33.33% presentó signos clínicos de épulis, el 70% candidiasis a la evaluación clínica y el 6.06% queilitis angular. Lemus Cruz,⁽⁶⁾ encontró estomatitis subprotésica 39.5%, queilitis comisural 26.3%, épulis fisurado 15,3%, queratosis friccional 12.1%, alteraciones linguales 7.4%, y úlcera traumática 4.7%. Según Mulet García,⁽⁷⁾ el 23.2% presentaron estomatitis subprotésica, seguida por la queilitis angular con 66.9%. García Alpipzar y col., determinaron que la estomatitis fue la lesión producida con más frecuencia, 12%; seguida por lesiones de crecimiento hiperplásico (épulis) con un 8% y un 5.6% para la queilitis angular.⁽⁵⁾ Sotomayor Camayo y col., encontraron que las alteraciones mucosas más frecuentes fueron: estomatitis subprotésica (33,3%), úlcera traumática (21,4%),

hiperplasia (16,7%), leucoplasia (11,9%), queilitis angular (9,5%) y candidiasis pseudomembranosa (7,1%).⁽⁴⁾ Gutiérrez Segura y col., identificaron en un 80.3% a la estomatitis subprotésica, úlcera traumática (10,7%), érpulis (6,6%), queratosis (5,7%), leucoplasia (1,6%), y nevo (2,4%).⁽⁹⁾ Mientras que Moreno Castillo y col., encontraron que el 11% de los rebordes superiores e inferiores presentaban aumentos fibrosos, mientras que la mitad de la población examinada se encontró estomatitis en el arco superior y una décima parte en el arco inferior.⁽¹⁾ Concluyendo de ésta forma que la estomatitis subprotésica es la patología de mayor prevalencia.

En relación al sexo y aparición de lesiones, Díaz Martell encontró que el sexo femenino fue el más afectado, resultados que concuerdan con García Alpizar, quien estableció que el sexo femenino tiene un riesgo de tener lesiones bucales 1.33 veces más que los del sexo masculino.⁽⁵⁾ Contrario a esto, Moreno Castillo y col., concluyeron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres y el riesgo de padecer estomatitis subprotésica.⁽¹⁾ Aunado al desajuste de las prótesis, las lesiones de los tejidos pueden ser debido a la deficiente higiene de las prótesis, y en múltiples casos los estados inflamatorios de la mucosa bucal son provocados por infecciones de tejidos a causa de microorganismos, cuyos medios de cultivo son los restos de alimentos depositados en la prótesis, dando ambos factores en conjunto una probabilidad de 70 % de padecer lesiones bucales.^(4, 5, 7)

Según García Alpizar, las lesiones de la cavidad bucal en pacientes con prótesis completas con una mala higiene de ésta, se presentan más de dos veces en relación a los pacientes con buena higiene.⁽⁵⁾ En cuanto a las condiciones de higiene bucal de la prótesis y la mucosa Moreno Castillo y col., encontraron que la mayoría de la población en estudio manifestó cepillarse tres o más veces al día, siendo más marcada esta tendencia en las mujeres ($p < 0,05$).

Con respecto a la remoción de las prótesis en la noche se encontró que el 46% se retiran ambas prótesis, especialmente las mujeres (58%). Además, algo más de un tercio de la población no utiliza ningún tipo de enjuague bucal, siendo los hombres quienes menos practican este hábito (más del 80%). Casi las tres cuartas partes de los pacientes manifestaron limpiarse la mucosa con una distribución porcentual similar entre hombres y mujeres.⁽¹⁾ Los controles posteriores a las 24, 48 y 72 horas a la colocación de la prótesis en boca y la educación por parte del odontólogo sobre el uso adecuado de las prótesis son fundamentales para el éxito del tratamiento rehabilitador. La deficiente educación en los pacientes portadores de prótesis dental que además están sometidas a un gran número de factores de riesgo mencionados anteriormente, en conjunto, favorecen la aparición de afecciones tales como úlcera, estomatitis subprotésica, hiperplasia papilar inflamatoria, hiperqueratosis

friccional, épulis fisurado, hiperplasia fibrosa, fibromas, entre otras de la cavidad bucal las cuales pueden evitarse si se explotan herramientas como la educación para la salud y de ésta forma mejorar la información y la actitud en lo que a salud bucal se refiere, ⁽⁷⁾ pues con la observación, detección y vigilancia de los factores de riesgo se podrá influir o prevenir la aparición de lesiones tales como: úlcera, Estomatitis subprotésica, Hiperplasia papilar inflamatoria, Hiperqueratosis friccional, Épulis fisurado, Hiperplasia fibrosa, fibromas. ⁽⁶⁾

Estudios demuestran que la mayoría de las personas que usan prótesis no reciben instrucciones adecuadas sobre higiene bucal por parte del odontólogo tratante, esto aunado a las dificultades que la población adulta mayor para realizar una adecuada higiene, probablemente por la pérdida de la fuerza y de la autonomía. ⁽¹⁾

6 MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación:

El diseño de estudio corresponde a una investigación observacional descriptiva transversal de asociación de variables.

6.2 Tiempo y lugar:

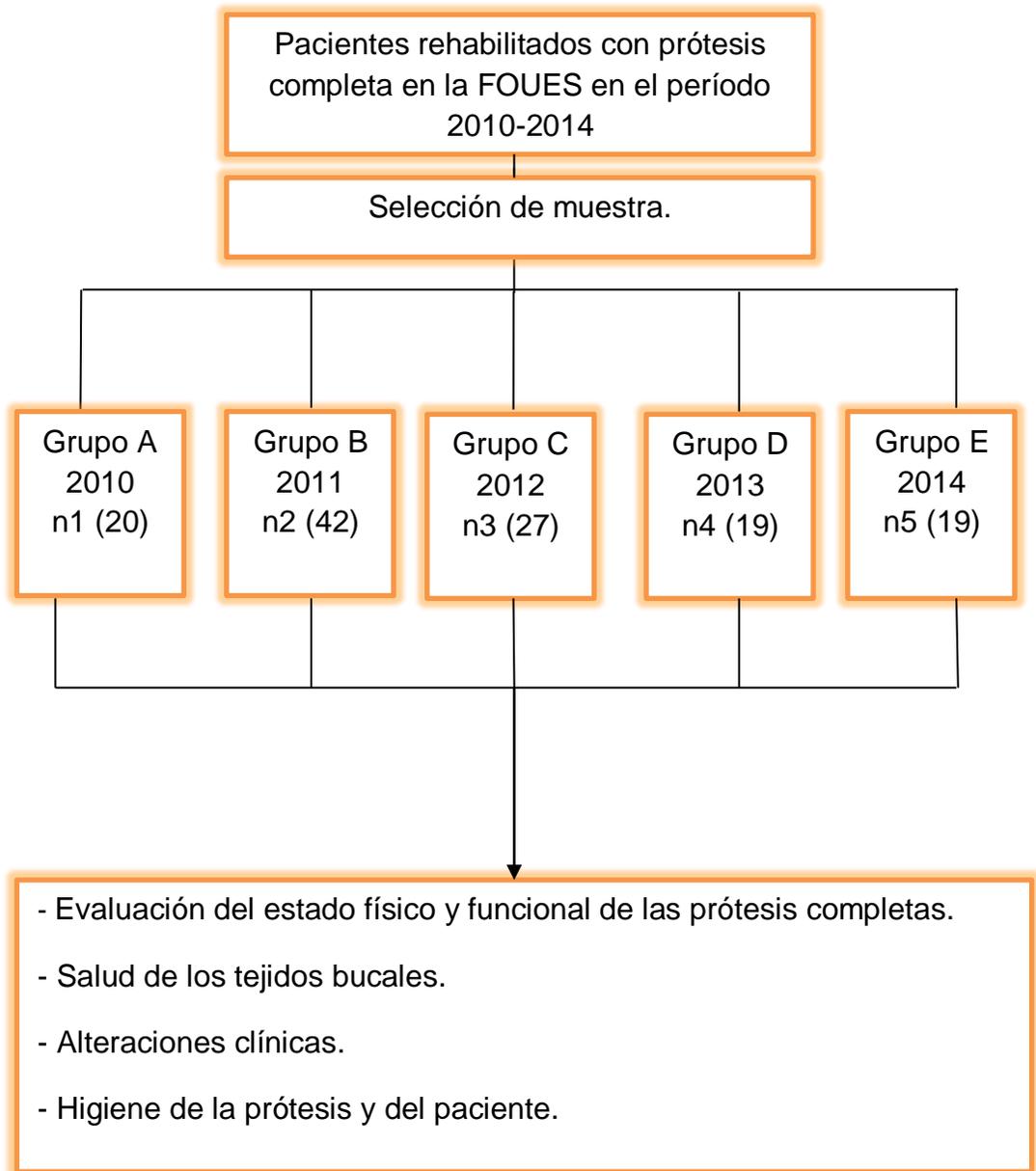
La investigación se realizó el periodo de septiembre octubre y noviembre de 2015 en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

6.3 Variables e indicadores

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
variable independiente			
Estado físico de la prótesis completa	Estado físico del aparato protésico utilizado en la rehabilitación morfofuncional del paciente totalmente desdentado	Estado de la prótesis completa al examen observacional	<ul style="list-style-type: none"> -Fractura de la prótesis -Desgaste de los dientes y base de la prótesis -Falta de dientes, o dientes ausentes en las prótesis. -Manchas y/o decoloración de la prótesis -Presencia de cálculo, en la prótesis. -Bordes irregulares de la base de la prótesis
Estado funcional de la prótesis completa	Estado funcional del dispositivo artificial utilizado en la rehabilitación morfofuncional del paciente totalmente desdentado.	Función y adaptación idónea de la prótesis completa	<ul style="list-style-type: none"> -Estabilidad: la prótesis se mantiene estable durante las fuerzas horizontales al masticar, y hablar. -Retención: la prótesis no se desalojan fácilmente ante fuerzas de tracción. (Besar, movimientos parafuncionales). -Oclusión Estable: presencia de una oclusión balanceada bilateral. prótesis no se desplaza al hacer movimientos de lateralidad y protrusivos.

			<p>-Funcionabilidad</p> <p>Utiliza la prótesis:</p> <p>Todos los días, todo el día,</p> <p>solo de vez en cuando,</p> <p>solo para salir, se le cae la prótesis al comer, hablar o sin motivo aparente, siente alguna molestia en sus tejidos por la prótesis, se la quita para dormir</p>
Higiene	Higiene bucal de los pacientes portadores de prótesis completa	nivel de higiene bucal de los pacientes portadores de prótesis completa	<p>-Cepilla o lava diariamente las prótesis dentales.</p> <p>-Sumerge la prótesis en agua con algún limpiador de dentaduras.</p> <p>-Remoción nocturna de la prótesis.</p> <p>-Lava su boca diariamente</p>
variable dependiente			
Salud de los tejidos bucales	Presencia o no de alteraciones patológicas en la mucosa bucal de los pacientes portadores de prótesis completa.	Estado de salud o alteraciones de tejidos blandos en portadores de prótesis completa confeccionada en la FOUES	<p>-Salud de tejidos blandos: sanos, con alteración o enfermo.</p> <p>-Patologías o alteración de los tejidos a nivel clínico: Úlcera, Estomatitis subprotésica, Hiperplasia papilar inflamatoria, Hiperqueratosis friccional, Épulis fisurado, Hiperplasia fibrosa, fibromas</p>

6.4 Esquema de investigación:



6.5 Población y muestra:

6.5.1 Población

El universo de este estudio estuvo conformado por 189 pacientes usuarios de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador a los que se les confeccionaron prótesis completa en el periodo 2010- 2014. Dato obtenido de la base de datos del archivo clínico de la FOUES. Sin embargo se realizó una depuración de esta, debido a que 62 sujetos no tenían completos sus datos para ser contactados quedando la cantidad de 127 pacientes. Dicha población se distribuyó en los cinco años de acuerdo a la población estudiantil que cursaba la clínica de restaurativa.

6.5.2 Muestra

La muestra de esta investigación fue obtenida al aplicar la fórmula estadística a la población de 189 quedando una muestra de 127 pacientes, posteriormente se aplicó el muestreo estratificado obteniéndose la muestra por años quedando conformada de la siguiente manera:

- Año 2010: 20 pacientes
 - Año 2011: 42 pacientes
 - Año 2012: 27 pacientes
 - Año 2013: 19 pacientes
 - Año 2014: 19 pacientes
- Total: 127 pacientes.

6.6 Recolección y Análisis de datos

6.6.1 Estudio Piloto.

Previo al trabajo de campo se realizó una prueba piloto, con el objetivo de validar instrumentos, determinar el tiempo requerido para completarlos, obtener un adecuado mecanismo para la obtención y registro de los datos; así mismo para calibrar criterios de los investigadores, evaluar la comprensión del instrumento de estudio por parte del sujeto a evaluar, detectar las dificultades al momento del paso de instrumentos y realizar los ajustes necesarios a los instrumentos y protocolos.

Se evaluaron 16 pacientes de 25 que se habían convocado, 5 por cada año de estudio. Los datos obtenidos reflejaron que había déficit en los instrumentos

que recogen la información necesaria para cumplir los objetivos de la investigación y se realizaron ciertos ajustes a los instrumentos con el propósito de mejorar la fiabilidad de la información, el llenado y vaciado de los datos.

Se concluyó que durante el paso de la cédula de entrevista, los pacientes comprendieron las preguntas, y no se dificultó la obtención de sus respuestas, solo se decidió agregar una interrogante la cual es: si es portador de prótesis total (Superior/Inferior) ¿En cuál de ellas siente molestias? Con las opciones de respuesta superior e inferior.

En relación a la guía de observación, no existió mayor inconveniente por parte del operador para comprender los aspectos a evaluar. Sin embargo se decidió agregar, cuadros de selección en ambos aspectos a evaluar, para obtener un mejor registro de la información y facilitar de esta forma el vaciado de los datos posteriormente.

Además se estipuló que el tiempo requerido para el paso de instrumentos fue de 15 minutos por paciente.

6.6.2 Recolección de datos

La selección y contacto con los sujetos a evaluar, se realizó con la información proporcionada por la base de datos del área de archivo de la FOUES, con dicha información se contactó a los pacientes y se estableció el día y hora para el paso de instrumentos.

Durante el paso de instrumentos, el investigador 1 fungió como operador realizando el examen clínico al paciente, y el operador 2 realizó el registro de fotografías y datos.

El paso de instrumentos se realizó de la siguiente manera: los sujetos contactados, fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión, se explicó el objetivo de la investigación, mencionando que la información obtenida sería estrictamente confidencial y únicamente utilizada con fines de estudio y se leyó el consentimiento informado (ver anexo 2), posteriormente con los pacientes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado se realizó el paso de instrumentos.

El paso de instrumentos, se realizó en las unidades odontológicas asignadas por Dirección de Clínicas de la FOUES, módulo 35 de área de endodoncia siguiendo todas las medidas de bioseguridad, se colocó al paciente en posición decúbito dorsal, posteriormente el operador sentado detrás de la cabeza del paciente procedió al examen clínico; se inició con el cuestionario (ver anexo 3),

el cual estaba compuesto por una serie de preguntas cerradas y del cual se obtuvo la información necesaria para determinar el estado físico-funcional en relación a sus prótesis completas y la higiene que el paciente realiza a éstas y a su cavidad bucal. Además se consideró conveniente preguntar sobre la satisfacción del tratamiento.

Posterior al cuestionario se continuó con el paso de la guía de observación (ver anexo 4), con la cual se obtuvo la información necesaria para determinar el estado físico y funcional de las prótesis y el estado de salud de los tejidos bucales, para lo cual se mantuvo al paciente en posición decúbito dorsal, y el operador auxiliándose de un equipo de diagnóstico básico descartable y de la luz del equipo dental, procedió a realizar la observación extraoral de las prótesis y determinar su estado físico, posterior a esto se procedió a realizar la evaluación intraoral de las prótesis, para determinar su estado funcional, luego se pidió al paciente que se retirara las prótesis y se examinaron los tejidos bucales del paciente para evaluar su estado de salud, al terminar el examen clínico se pidió al paciente que colocara en boca nuevamente las prótesis.

Al finalizar el paso de instrumentos se explicó al paciente sobre el estado de sus prótesis y tejidos bucales y se dio recomendaciones sobre el uso adecuado de las prótesis completas, se explicó las técnicas de higiene para sus tejidos bucales y de su prótesis, además se realizó la limpieza a las prótesis que lo ameritaban y que tenían calculo dental y manchas exógenas, de igual manera se corrigió los bordes irregulares de algunas prótesis y se logró en otras la oclusión adecuada y la remisión a la clínica de emergencia de la FOUES para corregir algunos defectos en las prótesis o para iniciar nuevo tratamiento, posterior a eso se le entregó un kit de limpieza cuyo contenido fue pastillas de COREGA TAB y cepillo para prótesis y pasta dental y finalmente se dio las gracias al paciente por participar en la investigación.

6.6.3 Análisis de datos

Los datos obtenidos se ingresaron, y analizaron con test de significación e inferencia estadística empleando el software SPSS v.18 versión de prueba y sus resultados se presentan en las tablas de contingencia y para la prueba de hipótesis se utilizó el Chi cuadrado de Pearson; esta prueba servirá para comprobar si existe diferencia significativa entre el estado físico y funcional de la prótesis (variable independiente) con las lesiones de tejidos blandos (variable dependiente). (Ver anexo n° 14)

7 RESULTADOS

La descripción de los resultados se presenta siguiendo los objetivos e hipótesis. La población total fue 127 pacientes y 243 prótesis de los cuales 9 tenían solamente prótesis superior, 2 con prótesis inferior y 116 con ambas prótesis:

Objetivo N°1 referente al estado físico e higiene de las prótesis están las tablas N° 1 hasta la N° 4.

Objetivo N° 2 concerniente al estado funcional de las prótesis se describe en las tablas N° 5 hasta la N° 8.

Objetivo N°3 que evalúa el estado de salud de los tejidos bucales de los pacientes con prótesis completa, se presenta en las tablas N° 9 y 10.

Objetivo N°4 que Identifica clínicamente las principales patologías causadas por el uso de prótesis completas, la tabla N° 11

Objetivo N°5 cuya finalidad era relacionar el estado físico-funcional e higiene de las prótesis completas con el estado de salud de los tejidos bucales de los pacientes; así como las hipótesis. Se describen en las tablas N° 12 hasta la N°19

TABLA 1. ESTADO FÍSICO DE PRÓTESIS.

Prótesis	superior		inferior	
	Sí	%	Si	%
Fractura Superior	7	5.60	3	2.54
Desgaste de los dientes	35	28.00	37	31.36
Pérdida de dientes.	3	2.40	1	0.85
Irregularidades prótesis	13	10.40	13	11.02
El porcentaje se calculó con: 125 prótesis superiores y 118 inferiores				

La Tabla 1 muestra que la prevalencia de desgaste de los dientes es mayor en las prótesis inferiores con el 31.36% y el 28% en superiores, en cuanto a fracturas y a la falta de dientes es a la inversa, la mayor prevalencia se da en las prótesis superiores el 5.6% y 2.54%.

TABLA 2. HIGIENE DE LA PRÓTESIS SEGÚN GUÍA DE OBSERVACIÓN.

		Sí	%	No	%
prótesis superior	pigmentación y cambio de coloración	29	23.20	96	76.80
	Cálculo dental	48	38.40	77	61.60
prótesis inferior	pigmentación y cambio de coloración	27	21.60	91	72.80
	Cálculo dental	45	36.00	73	58.40

La Tabla 2, presenta el estado con respecto a la higiene de las prótesis tanto superior como inferior y se logra establecer que en el 23.20% de las prótesis superiores se presentan pigmentadas mientras que en el 76.80% no, además en cuanto a presencia de cálculo dental el 38.40% lo presentó y el 61.60% no tenía cálculo dental; además para las prótesis inferiores se presentó únicamente en el 21.60% pigmentación y cambio de coloración; así con 36.00% cálculo dental respectivamente.

TABLA 3. CUADRO RESUMEN DE ESTADO FÍSICO DE PRÓTESIS.

Prótesis superior		
	Frecuencia	%
Buen estado físico	93	74.4
Mal estado físico	32	25.6
Total	125	100
Prótesis inferior		
Buen estado físico	84	71.2
Mal estado físico	34	28.8
	118	100

Nota: En la Tabla 3, se presenta el resumen del estado físico de las prótesis, resultando que el 74.4% de las prótesis superiores presenta buen estado físico y en las prótesis inferiores el 71.2%.

TABLA 4. HIGIENIZACIÓN DE LA PRÓTESIS SEGÚN ENTREVISTA.

		Frecuencia	%
Frecuencia de Higiene Prótesis	Una vez	55	43.31
	Dos veces	42	33.07
	Tres veces	13	10.24
	No realiza	17	13.39
Frecuencia de higiene boca	Una vez	46	36.22
	Dos veces	58	45.67
	Tres veces	11	8.66
	No realiza	12	9.45

La Tabla 4, refleja información que expresan los pacientes en cuanto a la higiene que tiene, tanto para la prótesis como para la cavidad bucal y el 43.31% higieniza la prótesis una vez al día respectivamente, dato que no coincide en cuanto a la frecuencia misma de la higiene de la boca pues el 45.67% lo hacen dos veces.

TABLA 5. PRESENCIA DE PIGMENTACIONES Y CÁLCULO EN PRÓTESIS SUPERIOR CON FRECUENCIA DE HIGIENE.

		Frecuencia de Higiene Prótesis				Prueba Chi cuadrado de Pearson
		Una vez	Dos veces	Tres veces	No lo realiza	
Pigmentación y cambio de color de la prótesis superior	Sí	15	6	1	7	Chi cuadrado 7.666 Valor p (0.053)
	No	40	36	11	9	
Cálculo en prótesis superior	Sí	25	7	6	10	Chi cuadrado 14.155 Valor p (0.003)
	No	30	35	6	6	
Para el cómputo se tomaron 125 prótesis superiores						

TABLA 6. PRESENCIA DE PIGMENTACIONES Y CÁLCULO EN PRÓTESIS INFERIORES CON FRECUENCIA DE HIGIENE.

		Frecuencia de Higiene Prótesis				Prueba Chi cuadrado de Pearson
		Una vez	Dos veces	Tres veces	No lo realiza	
Pigmentación cambio de color en la prótesis inferior	Sí	14	6	1	6	Chi cuadrado 7.479 Valor p (0.279)
	No	38	32	10	11	
Cálculo en prótesis inferior	Sí	22	8	2	13	Chi cuadrado 21.313 p. valor (0.002)
	No	30	30	9	4	
Para el cómputo se tomaron 118 prótesis inferiores.						

Las Tablas 5 y 6 presentan la relación entre las variables pigmentaciones y cambio de color en la prótesis superior e inferior y la frecuencia con la que el paciente higieniza la prótesis. En las que al realizar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, no hay relación significativa.

A diferencia de la presencia de cálculo sobre la superficie de las prótesis tanto superior como inferior si hay relación significativa ya que el valor de Chi-cuadrado cae en la zona de rechazo de hipótesis nula y el p valor es inferior a 0.05 (0.003) y (0.002)

TABLA 7. ESTADO FUNCIONAL DE LAS PRÓTESIS.

		Superior	%	Inferior	%
Adaptación	Sí	108	86.40	74	62.71
	No	17	13.60	44	37.29
Estabilidad	Sí	107	85.60	68	57.63
	No	18	14.40	50	42.37
Retención	Sí	107	85.60	69	58.47
	No	18	14.40	49	41.53
Oclusión estable	Sí	51	40.80	44	37.29
	No	74	59.20	74	62.71
Para el cómputo se tomaron 125 prótesis superiores y 118 prótesis inferiores.					

La Tabla 7 muestra el estado funcional de la prótesis de acuerdo a adaptación el 86.40% de las prótesis superiores y el 62.71% de las inferiores están adaptadas. El 85.60% de las superiores y el 57.63% de las inferiores tienen estabilidad. El 85.60% en superior y el 58.47 en inferiores presentan retención. Siendo diferente para la oclusión estable ya que los mayores porcentajes (59.20% y 62.71) se encontraron en los pacientes con inestabilidad oclusal. Estos datos reflejan que el signo de inestabilidad oclusal es el que lleva a que la prótesis no tenga buen estado funcional.

TABLA 8. DESALOJO DE PRÓTESIS EN REPOSO.

	Frecuencia	%
Sí	57	44.9
No	70	55.1
Total	127	100

La Tabla 8 muestra que el 44.9% de pacientes refieren desalojo de su prótesis mientras se está en reposo.

TABLA 9. CUADRO RESUMEN DEL ESTADO FUNCIONAL.

	Superior	%	Inferior	%
Buen estado funcional	93	74.4	54	45.76
Mal estado funcional	32	25.6	64	54.24
Total	125	100	118	100

En la Tabla 9 se presenta el resumen el estado funcional de las prótesis en general resultando que el 74.4% de las prótesis superiores presenta buen estado funcional y en las prótesis inferiores el 45.76%.

TABLA 10. ESTADO FUNCIONAL DE LA PRÓTESIS A TRAVÉS DEL USO.

Uso de la Prótesis	Si	%	No	%
Todo el día	103	81.1	24	18.90
Utiliza la prótesis para comer	112	88.19	15	11.81
Se retira prótesis durante el día	18	14.17	109	85.83
Se retira prótesis durante la noche	83	65.35	44	34.65
Nunca se retira la prótesis	26	20.47	101	79.53
El porcentaje se ha realizado en base al total de la población 127				

La tabla 10, representa el estado funcional de la prótesis según el uso que los pacientes le han dado. El 81.1 % manifiesta que la usa durante todo el día; pero existe un 14.2 % que se la quita durante el día, así mismo hay un 11.8% que no la utiliza para comer. Por lo tanto se puede decir que existe un promedio de un 85.0% de pacientes que si utilizan la prótesis.

TABLA 11. DOLOR AL UTILIZAR LAS PRÓTESIS.

	Frecuencia	Porcentaje %
Sí	25	19.7
No	102	80.3
Total	127	100.0

La Tabla 11 presenta que el 19.7% de los pacientes expresan experimentar dolor al usar sus prótesis mientras que el 80.3% no lo experimentan.

TABLA 12. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS.

	Frecuencia	Porcentaje %
Sin lesiones	106	83.5
Lesiones traumáticas	21	16.5
Total	127	100.0

En la Tabla 12 se presenta información en cuanto al estado de los tejidos bucales en los pacientes resultando así que el 83.5% no presentan lesiones y el 16.5% si presentan lesiones traumáticas.

TABLA 13. TIPO DE LESIÓN.

Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje %
Estomatitis sub protésica	18	14.2
Úlcera traumática	3	2.3
Sin lesión	106	83.5
Total	127	100.0

En la Tabla 13 se presentan los tipos de lesiones encontradas con mayor frecuencia en los pacientes, en el 14.2% se encontró estomatitis sub protésica y en el 2.4% úlcera traumática.

TABLA 14. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS ASOCIADO AL ESTADO FÍSICO DE LAS PRÓTESIS SUPERIOR E INFERIOR.

Estado Físico	Estado tejidos blandos		Total	Significancia Estadística
	Sin lesiones	Lesiones traumáticas		
Buen estado ambas	76	10	86	p=0.031
Mal estado ambas	30	11	41	
Total	106	21	127	

TABLA 15 ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS ASOCIADO AL ESTADO FÍSICO DE PRÓTESIS SUPERIOR.

		Estado de tejidos blandos			Prueba Chi cuadrado de Pearson
		Sin lesiones	Lesiones	Total	
		Frecuencia	Frecuencia		
Estado físico de prótesis superior	Buen estado físico	83	10	93	Valor Chi cuadrado 9.505
	Mal estado físico	21	11	32	Valor p=0.002
Total		104	21	125	

En la Tabla 14 y 15 se presenta información que determina si el estado-físico de la prótesis influye sobre la aparición de lesiones en tejidos blandos en pacientes, para ello se realizó la prueba de chi cuadrado de Pearson en la que se obtuvo los siguientes resultados Al analizar el estado físico de ambas prótesis no dio significativo (p valor =0.031) pero cuando se hace el análisis por prótesis superior e inferior sólo en las superiores se encontró relación entre el estado físico con la presencia de lesiones en tejidos blandos con un nivel de significancia de $p= 0.002$. Cabe mencionar que la mayoría de lesiones se encontraron en el arco superior.

TABLA 16. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS ASOCIADO AL ESTADO FUNCIONAL DE LAS PRÓTESIS SUPERIOR E INFERIOR.

Estado funcional	Estado de tejidos blandos		Total	Significancia Estadística
	Sin lesiones	Lesiones traumáticas		
Buen estado	46	8	54	p=0.653
Mal estado	60	13	73	
Total	106	21	127	

En la Tabla 16 se presenta información que determina si el estado funcional de la prótesis influye sobre la aparición de lesiones en tejidos blandos en pacientes, para ello se realizó la prueba de chi cuadrado de Pearson en la que se obtuvo los siguientes resultados Al analizar el estado funcional de ambas prótesis no dio significativo (p valor =0.653) al igual cuando se realizó en superior e inferior no dio significativo. Esto se debe a que el estado funcional que más afectó esta variable fue la inestabilidad oclusal.

TABLA 17. ESTADO DE TEJIDOS BLANDOS Y FRECUENCIA DE HIGIENE DE PRÓTESIS.

Frecuencia de Higiene Prótesis	Estado de tejidos blandos		Prueba Chi cuadrado de Pearson
	Sin lesiones	Lesiones traumáticas	
Una vez	48	7	Valor p 0.756
Dos veces	34	8	
Tres veces	10	3	
No lo realiza	14	3	

La Tabla 17 se presenta información con respecto al estado de tejidos blandos en el paciente asociado a la frecuencia de higiene de la prótesis completa; sin embargo, para poder confirmar que la frecuencia con la que se higieniza la prótesis influye sobre la aparición de lesiones en tejidos blandos en los pacientes según la información contenida en la prueba de chi cuadrado de Pearson, no influye, dado que el nivel de significancia es de 0.756, p valor mayor a 0.05.

8 DISCUSIÓN

La dentadura total convencional, ha sido el tratamiento rehabilitador de elección en pacientes con edentulismo, que permite restituir el funcionamiento masticatorio y estética del paciente ^(1, 2, 3, 4, 5). Debido a su función, resulta conveniente realizar un seguimiento a los tratamientos realizados, para evaluar su éxito o fracaso y su impacto sobre los tejidos de soporte.

La población total contemplada para este estudio fue de 127 pacientes, de los cuales 20 pacientes corresponden al año 2010, 42 pacientes al 2011, 27 pacientes para el año 2012, 19 pacientes para el año 2013 y 19 para el 2014; todos usuarios de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. El propósito principal de la rehabilitación protésica es rehabilitar al paciente desdentado total, desde todo punto de vista: funcional, estético, psíquico y social, mejorando así su calidad de vida. ^(1, 6, 10)

Vergés Callard y col. (14), encontraron que el 54.6% de los pacientes en estudio rechazaban las prótesis totales siendo las principales causas del rechazo, el desajuste (51.8%) y las fracturas (30.1%). Según Rodríguez V. y col. ⁽³⁾ un 97% de las dentaduras evaluadas, presentó falta de estabilidad y de retención; encontrando además que el 50% de las prótesis presentaba fracturas, cerca del 50% tenían bordes irregulares, el 33% falta de dientes y el 91% manchas y decoloración.

Para determinar el estado físico de la prótesis, se tomaron en cuenta varios factores cuyos resultados fueron; para el desgaste de los dientes el 31.36% presentándose con mayor frecuencia en las prótesis inferiores y con el 28% las superiores, así mismo para la presencia de las irregularidades fue mayor en prótesis inferiores con el 11.02% en cuanto a fracturas fue mayor en prótesis superiores con 5.6%; y para la falta de dientes la mayor prevalencia fue en las prótesis superiores con 2.54%, (ver tabla 1)

De forma general en cuanto al estado físico de la prótesis, resultó que el 74.4% de las prótesis superiores presenta buen estado físico y en las prótesis inferiores el 71.2%. (Ver tabla 3).

Según Lemus Crus y col. ⁽⁶⁾ para medir la calidad de las prótesis completas, su funcionalidad y biocompatibilidad en los pacientes portadores de las mismas, deben ser examinadas intrabucal y extrabucalmente, se evalúa el tiempo de uso, el material con que fue confeccionada, las posibles reparaciones existentes, presencia de defectos en la prótesis, terminado y pulido, biomecánica (retención, soporte, estabilidad, dimensión vertical), estos criterios darán una apreciación en escala de la calidad de la prótesis, la cual podrá ser buena o mala calidad. Así mismo Díaz Martell, ⁽¹¹⁾ estableció la relación entre el

tiempo de uso de la prótesis y el grado de ajuste y adaptación, encontrando que el 100% de las prótesis que tenían hasta 5 años de fabricación se encontraban ajustadas, mientras que el porcentaje de aparatos desajustados fue en aumento de forma proporcional con el tiempo de uso.

Nuestro estudio resume el estado funcional de las prótesis en general resultando que el 74.4% de las prótesis superiores presenta buen estado funcional y en las prótesis inferiores el 45.76%. (Ver tabla 9)

De forma individual los factores que determinaron el estado funcional se presentan a continuación: adaptación el 86.40% de las prótesis superiores y el 62.71% de las inferiores están adaptadas, el 85.60% de las superiores y el 57.63% de las inferiores tienen estabilidad; el 85.60% de las superiores y el 58.47 de las inferiores presentan retención. Siendo diferente para la estabilidad de la oclusión ya que los mayores porcentajes (59.20% y 62.71) se encontraron en los pacientes con inestabilidad oclusal. (Ver tabla 7)

Las prótesis completas actúan como factor traumático local, es decir, que tienen un carácter irritativo crónico.⁽⁶⁾ Las prótesis mal confeccionadas, inadecuadamente conservadas o utilizadas continuamente durante largos períodos de tiempo, sin ser cambiadas periódicamente, han contribuido con la aparición de lesiones sobre los tejidos bucales que están en contacto con el aparato protésico.^(1, 5, 6, 11) En cuanto al estado de los tejidos bucales en los pacientes los resultados revelan que el 83.5% no, presentaron lesiones y el 16.5% si presentaron lesiones traumáticas. (Ver tabla 12)

En cuanto a las patologías asociadas por el uso de prótesis completa se determinó que el 14.2 % se refiere a estomatitis sub protésica, el 2.4 % manifestó que se encontró úlcera traumática, mientras que el 83.5 % de los pacientes en estudio no presento lesión (ver tabla 13). En los resultados obtenidos por Díaz Martell,⁽⁶⁾ mostraron que la patología de mayor prevalencia fue la estomatitis sub protésica con un 35.29%, seguida por las úlceras traumáticas con 33.82%; Sotomayor Camayo y col., encontraron que las alteraciones mucosas más frecuentes fueron: estomatitis sub protésica (33,3%), úlcera traumática (21,4%), mientras que Mulet García,⁽⁷⁾ el 23.2% presentaron estomatitis sub protésica, seguida por la queilitis angular con 66.9%.

Coincidiendo con este estudio encontramos que el mayor porcentaje de patologías causadas por el uso de prótesis completa fue la presencia de estomatitis sub protésica. La mayoría de investigaciones sobre el estado de prótesis completa y su relación con la salud de los tejidos, concuerdan que la estomatitis sub protésica es la patología que se encuentra con mayor frecuencia.^(1, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 15)

Para determinar si el estado físico de la prótesis influye sobre la aparición de lesiones de tejidos blandos en los pacientes, se realizó con la prueba de chi

cuadrado de Pearson en la que se obtuvieron los siguientes resultados. Al analizar el estado físico de ambas prótesis no dio significativo (p valor =0.031), pero cuando se hace el análisis por prótesis superior e inferior solo en las superiores se encontró relación entre el estado físico con la presencia de lesiones en tejidos blandos, con un nivel de significancia de (p valor =0.002) cabe mencionar que la mayoría de lesiones se encontraron en el arco superior. (Ver tabla 14 y 15).

Según Espansandín González y col., la mayor afectación por estomatitis sub protésica se produce con mayor frecuencia en el maxilar superior (89.19%, $P < 0.001$), que en el inferior (16.22%).⁽⁸⁾

García Alpizar establece que las lesiones mucosas fueron 4 veces más frecuentes en aquellos pacientes con prótesis en mal estado (desajustada y/o desgastada), que en los pacientes con prótesis en buen estado.⁽⁵⁾

Mientras que para establecer la asociación entre el estado de tejidos blandos y el estado funcional de las prótesis superior e inferior lo realizamos con la prueba de chi cuadrado de Pearson. Cuando analizamos el estado funcional de ambas prótesis no dio significativo (p valor =0.653) y cuando lo hicimos superior e inferior también no dio significativo, esto se debe a que el estado funcional que más afectó esta variable fue la inestabilidad oclusal. (Ver tabla 16)

Las lesiones de los tejidos pueden ser debido a la deficiente higiene de las prótesis, y en múltiples casos los estados inflamatorios de la mucosa bucal son provocados por infecciones de tejidos a causa de microorganismos, cuyos medios de cultivo son los restos de alimentos depositados en la prótesis, dando ambos factores en conjunto una probabilidad de 70 % de padecer lesiones de tipo infecciosa.^(4, 5, 7)

Según García Alpizar, las lesiones de la cavidad bucal en pacientes con prótesis completas con una mala higiene; se presentan más de dos veces en relación a los pacientes con buena higiene.⁽⁵⁾ En cuanto a las condiciones de higiene bucal de la prótesis y la mucosa Moreno Castillo y col., encontraron que la mayoría de la población en estudio manifestó cepillarse tres o más veces al día.

En nuestro estudio no se logró evidenciar que las lesiones de los tejidos blandos están relacionadas con la frecuencia de higiene de las prótesis; ya que (P valor fue 0.756). (Ver tabla 17) Cabe destacar que la frecuencia de higiene fue obtenida a partir de la cédula de entrevista, y la presencia de lesiones a través de una guía de observación. Encontrando mayor frecuencia de lesiones cuando los pacientes higienizan sus prótesis una o dos veces al día.

A pesar que no se tenía como objetivo la variable satisfacción; se retomó en la cédula de entrevista donde se pudo determinar que existen 62 personas que se

sienten satisfechas (Ver anexo N.5). Pero el uso diario arrojó que el 81.1 % manifiesta que la usa durante todo el día; pero existe un 14.2 % que se la quita durante el día, así mismo hay un 11.8% que no la utiliza para comer. (Ver tabla 10)

9 CONCLUSIONES

- 1- El 74.4% de las prótesis superiores presenta buen estado físico y el 71.2% para las prótesis inferiores.
- 2- El 43.31%, higieniza la prótesis una vez al día y el 10% lo realiza tres veces al día.
- 3- El 45.67%, higieniza la boca dos veces al día y el 8.66% lo realiza tres veces al día.
- 4- El 74.4% de las prótesis superiores presentó buen estado funcional y el 45.76% de las prótesis inferiores.
- 5- El signo que afecta en mayor proporción el estado funcional de las prótesis completas es la inestabilidad oclusal con un 59.20% en superior y un 62.71% en inferior.
- 6- Las afecciones de la cavidad bucal que se presentaron con mayor frecuencia fueron en primer lugar la estomatitis sub protésica 14.2% y en segundo lugar el 2.4% úlcera traumática.
- 7- Existe una relación significativa (P valor = 0.002) entre el estado físico de las prótesis con la presencia de lesiones en tejidos blandos.
- 8- No se estableció una diferencia estadística significativa entre el estado funcional y la aparición de lesiones de tejidos blandos (p valor =0.653).
- 9- No se estableció diferencia significativa entre la frecuencia de higiene y la presencia de lesiones de tejidos blandos (P valor = 0.756).

10 RECOMENDACIONES

Recomendaciones

1. Se recomienda a Dirección de Clínica y docentes de la FOUES generar mecanismos para garantizar que los estudiantes realicen los tres controles respectivos después de la entrega de la prótesis, ya que la mayoría de los pacientes en estudio manifestaron no haber recibido sus tres controles en totalidad.
2. Los resultados evidencian prestar más atención a los signos como el de inestabilidad oclusal para elevar la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis completa.
3. Recomendar a los estudiantes de la FOUES capacitar a los pacientes antes y en el transcurso de la rehabilitación; referente a retirar las prótesis por las noches para que así los tejidos de soporte tengan la debida oxigenación y descanso y así evitar la aparición de lesiones traumáticas.
4. Educar a los pacientes edéntulos de la FOUES sobre la buena higiene y cuidado de sus prótesis dentales, para que éstas mismas se mantengan en buen estado, y el tiempo de durabilidad sea mayor, así mismo la importancia del cuidado e higiene de los tejidos blandos para evitar alteraciones bucales a futuro.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Castillo J. A., Montoya Sepúlveda A. F., Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la facultad de odontología de la universidad de Antioquia: un estudio piloto. Rev FacOdontolUnivAntioq [serial on the Internet]. 2012 Dec [cited 2014 July 21]; 24(1): 22-36 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2012000200003&lng=en.
2. Hernández Mejía, Radhames, Calderón García, Rocío. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RCOE 2006, Vol. 11, N°2, 181.191.
3. Rodríguez V., Arellano, L., Zambrano, R., Roldan, M.. Lesiones de los Tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Los Nevados, estado de Mérida. Rev. Odontológica de Los Andes (Arg.). 2007. Vol. 2- N°1. Enero-junio 2007. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24831/1/articulo5.pdf>
4. Sotomayor Camayo J.; Pineda Mejía M. E.; de la Cruz Castellón L. A.. Alteraciones Clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. Odontología Sanmarquina. 2002; 1 (10): 17-22 Lima Perú. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2002_n10/alte_clini.htm
5. García Alpizar B., Benet Rodríguez M. Prótesis dentales y lesiones en el adulto mayor. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. ISSN: 1727-897X. Medisur2010; 8 (1). Disponible en [.http://www.medisur_sld.cu/index.php/medisur/article/view/1052/9](http://www.medisur_sld.cu/index.php/medisur/article/view/1052/9)
6. Lemus Cruz L. M., Triana K., Del Valle Selenenko O.; Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev. Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2014 Jul. 21] ; 46(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100003&lng=es
7. García Mullet M., Hidalgo S., Díaz Gómez S. Salud bucal de pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (5) ISSN 1025-0255.

8. EspasandínGonzálezS., Martínez Toledo G., ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE MÁS DE DOS AÑOS DE USO Revista de Ciencias Médicas La Habana 2013; 19(2). Disponible en: [HTTP://WWW.CPICMHA.SLD.CU/HAB/VOL19_2_13/HAB09213.HTML](http://WWW.CPICMHA.SLD.CU/HAB/VOL19_2_13/HAB09213.HTML)
9. Gutiérrez Segura M., Sánchez Ramírez Y., Castillo Santiesteban Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM [revista en la Internet]. 2013 Dic. [citado 2014 Jul. 21] ; 17(4): 452-460. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005&lng=es.
10. Esquivel Hernández, R., Jiménez Fárez, J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. Revista ADM/marzo-abril 2012/Vol.LXIX N° 2 P.P69-75
11. Díaz Martell Y., Martell Forte I. de la Caridad, Zamora Díaz J. D. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev. Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Sep. [citado 2014 Jul. 11] ; 44(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002&lng=es
12. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. Nota informativa N°318, Febrero de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
13. Finbarr Allen, P., Sinclair McMillan, A. A Review of the Functional and Psychosocial Outcomes of Edentulousness Treated with Complete Replacement Dentures. Journal of the Canadian Association. Novembre 2003. Vol. 69, N° 10.
14. Vergés Callard E., Corona Carpio M. H., Causas del rechazo de las prótesis totales en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología 2007 Diciembre44(4):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400008&lng=es
15. Brevis azocar P., CancinoMarchant Juan. Estomatitis Subprótesis: Estudio Clínico y Microbiológico de Cándida. Int. J. Odontostomat. 2(1):101-1082008. Disponible en: [http://www.ijodontostomat.com/pdf.2\(1\)/](http://www.ijodontostomat.com/pdf.2(1)/)

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACIÓN



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“RELACIÓN DEL ESTADO FÍSICO-FUNCIONAL DE PRÓTESIS COMPLETAS Y LA SALUD DE TEJIDOS BUCALES EN PACIENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2010–2014.”

AUTORES:

M.R. ENGEE ARELY ALVARADO ORELLANA
B.R. RODRIGO ALEXANDER CÁCERES AMAYA



*Aprobado
Ruth Fernández
Participado por
Junta Directiva
Acuerdo N° 16*

DOCENTES ASESORES:
DR. ABRAHAM ERIBERTO MELÉNDEZ
DRA. RUTH FERNÁNDEZ DE QUEZADA

CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO 2015.

Anexo 2



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
“RELACIÓN ENTRE EL ESTADO FÍSICO-FUNCIONAL DE LAS PRÓTESIS
COMPLETAS CON LA SALUD DE LOS TEJIDOS BUCALES, EN
PACIENTES DE LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2010 – 2014.”
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Odontólogos en servicio social de La Facultad de Odontología de La Universidad de El Salvador, realizarán un trabajo de investigación sobre la asociación entre el estado de las prótesis completas y la salud de los tejidos blandos. El cual consiste en obtener información sobre el estado actual de prótesis completas, así como, el estado de salud de los tejidos blandos de la cavidad oral.

Por lo que se solicita su colaboración para realizar un examen clínico, el cual incluirá únicamente la observación de los tejidos orales así como de su prótesis completa, auxiliándonos de instrumentos de uso odontológico. Por lo cual en dicho examen no se correrá riesgo alguno. La evaluación se realizará en las clínicas de las FOUES y esta durará unos minutos, utilizando medidas de bioseguridad para su protección y comodidad; además la información que se brinde será de uso estrictamente confidencial. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, y no implica riesgo alguno contra su integridad física, si usted está de acuerdo en participar tendrá los siguientes beneficios: Conocerá el estado actual de su prótesis completa así como la de los tejidos blandos de su cavidad oral y recibirá recomendaciones sobre el uso adecuado y un kit de limpieza para el cuidado de las mismas, de ser necesaria se remitirá a las clínica de emergencia de la FOUES para una nueva evaluación. Si ha comprendido la información leída, y está de acuerdo en participar en la investigación; complete lo siguiente con sus datos personales: Yo: _____ con Documento Único de Identidad número: _____, estoy de acuerdo en participar en la investigación, he comprendido de que se trata la investigación y el motivo por el cual se realiza, he tenido la oportunidad de preguntar y entender el procedimiento que se llevará a cabo, los resultados que se pretenden, los beneficios y riesgos que pueden derivarse. Consiento mi participación voluntaria en esta investigación, y firmo el presente documento,

Ciudad de _____ a los _____ días, del _____ de 2015

Firma: _____

Anexo 3

Código de paciente:

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
CUESTIONARIO N° _____**

EDAD: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

SEXO: _____

Objetivos:

Determinar la efectividad de las prótesis completas realizadas en la FOUES en el período 2010 – 2014.

Indicaciones:

-Utilice lapicero azul o negro para llenar el instrumento.

-Responder las preguntas que se le formularán a continuación, según usted lo estime conveniente.

1. ¿Se siente satisfecha/o con la prótesis completa que se le confecciono en la FOUES?

1. Satisfecho _____

2. Medianamente satisfecho _____

3. Insatisfecho _____

2. ¿Ingiere sus alimentos utilizando la prótesis completa?

1. Sí _____

2. No _____

3. ¿Siente flojas sus prótesis completa cuando las tiene en su boca?
1. Sí ____ 2. No__
4. ¿Ha presentado algún tipo de dolor al usar la prótesis completa?
1. Sí ____ 2. No__
5. ¿Utiliza su prótesis completa durante todo el día?
1. Sí ____ 2. No__
6. ¿En qué momento se retira su prótesis completa?
1. Durante el día__ 2. Durante la noche__ 3. Nunca__
7. ¿Realiza usted la higiene de su prótesis?
1. Si ____ 2. No____
8. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si ¿con que frecuencia lo realiza al día?
1. Una vez ____ 2. dos veces ____ 3. tres veces ____
9. ¿Realiza usted la higiene de su boca?
1. Si ____ 2. No____
10. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si ¿con que frecuencia lo realiza al día?
1. Una vez ____ 2. Dos veces ____ 3. Tres veces ____
11. Si es portador de prótesis completa (superior e inferior) ¿En cuál de ellas siente molestia?
1. Superior____ 2. inferior____

Fecha en que se realiza el cuestionario: _____

Anexo 4

Código de paciente:

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

GUÍA DE OBSERVACIÓN N° _____

Fecha: _____

Objetivos:

- Diagnosticar el estado de conservación en que se encuentran las prótesis completas elaboradas en la FOUES en el periodo 2010 – 2014.
- Establecer la prevalencia de alteraciones de tejidos blandos en portadores de prótesis completas confeccionadas en la FOUES en el periodo 2010- 2014.

Indicaciones:

- Acondicionar el sillón dental cumpliendo las normas de bioseguridad.
- Coloque al paciente en el sillón dental.
- Examinar detenidamente la prótesis completa para establecer su estado de conservación.
- Evaluación del estado funcional de la prótesis completa.
- Examinar clínicamente los tejidos blandos de la cavidad oral y diagnosticar su estado.
- Completar el instrumento utilizando lapicero azul o negro, según lo observado, siguiendo el orden de los aspectos a observar y anotando el número de respuesta en el cuadro que está ubicado a la derecha de cada aspecto.
- Agradecer al paciente por su participación en la investigación.

Aspectos a observar

1. Estado físico de la prótesis completa

Físicas	Superior		Inferior	
	Si	No	Si	No
Fractura de la prótesis				
Desgaste de los dientes y base de la prótesis				
Falta de dientes o dientes ausentes en la prótesis				
Manchas y/o decoloración de la prótesis				
Presencia de cálculo en la prótesis				
Bordes irregulares de la base de la prótesis				
Estado físico de las prótesis				
Buen estado físico	1			
Mal estado físico	2			

Estado físico	Superior	Inferior

2. Estado funcional de las prótesis

Funcional	Superior		Inferior	
	Si	No	Si	No
Adaptación				
Estabilidad				
Retención				
Oclusión Estable				
Buen estado funcional	1			
Mal estado funcional	2			

Estado funcional	Superior	Inferior

3. Estado de los tejidos blandos de las/los pacientes portadores de prótesis completa

Estado de los tejidos blandos	Si	No
Ausencia de lesiones		
Presenta lesiones traumáticas*		

Sin lesiones 1
Lesiones traumáticas 2

1 Estomatitis subprotésica	
2 Úlcera traumática	
3 Épulis fisurado	
4 Fibroma	
5 Queilitis angular	
6 Otros (hiperqueratosis, leucoplasia, nevo, otros.)	

Anexo 5. Satisfacción y estado funcional de la prótesis

		satisfacción con la prótesis		
		Satisfecho	Medianamente satisfecho	Insatisfecho
Estado funcional Superior	Buen estado funcional	54	37	2
	Mal estado funcional	12	13	7
Estado Funcional Inferior	Buen estado funcional	31	21	2
	Mal estado funcional	27	30	7

Satisfacción y estado funcional de la prótesis prueba de chi-cuadrado

		satisfacción con la prótesis
Estado funcional Superior	Chi cuadrado	14.776
	gl	2
	Sig.	.001*
Estado funcional Inferior	Chi cuadrado	3.822
	gl	2
	Sig.	.148 ^a

De 243 prótesis completas evaluadas, 232 corresponden a 116 pacientes que presentaban ambas prótesis, y las 11 restantes pertenecen a 11 pacientes que presentaban una unidad. Los datos reflejan que 62 pacientes dicen estar satisfechos con su prótesis, 51.5 medianamente satisfechos y 14.5 de ellos completamente insatisfechos. Resultado así la información contenida en la Tabla de la prueba de chi cuadrado que comprueba que existe relación bajo un nivel de 0.001 entre el estado funcional y la satisfacción del uso de la prótesis superior, mientras que para la prótesis inferior no existe relación entre las variables dado que el nivel de significancia es de 0.148.

Anexo 6. Equipó de trabajo y docente asesor.



Anexo 7. protesis con presencia de fractura y cambio de coloracion.



Anexo 8. Ambas prótesis presentan fracturas, pigmentación y cambio de coloración así mismo cálculo



Anexo 9. Prótesis superior en mal estado físico, presenta ausencia de pieza dental.



Anexo 10. Se observa lesión a nivel de mucosa palatina.



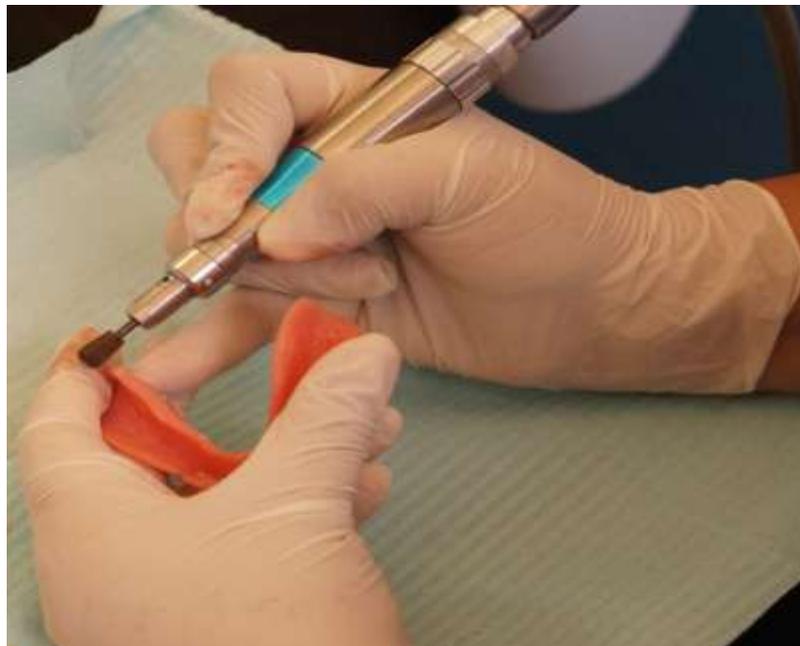
Anexo 11. La imagen muestra la inestabilidad oclusal.



Anexo 12. La imagen muestra la inestabilidad oclusal y la acumulación de cálculo en la prótesis, en el sector antero superior.



Anexo 13. Se observa el desgaste de los flancos de la prótesis, debido a que el paciente portador manifestaba dolor en la zona durante la masticación.



Anexo 14.

Chi cuadrado de Pearson y su utilidad en la investigación.

- El chi cuadrado de Pearson es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.
- Se simboliza por χ^2
- La prueba estadística seleccionada y adecuada para el procedimiento de estimación y prueba de hipótesis, es la chi-cuadrada, la cual establece la diferencia entre el conjunto de frecuencias observadas en una muestra y el conjunto correspondiente de frecuencias teóricas esperadas.
- Por convención estadística se utiliza el valor de 0.05 de probabilidad como el valor límite o crítico. Si el valor de Chi-cuadrado calculado para un experimento es mayor a 0.05 que el correspondiente al de la probabilidad se rechaza la hipótesis, y si el valor es menor a 0.05 se acepta la hipótesis.

