



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE GOHAI Y OIDP EN PACIENTES DE RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLES, EN EL SECTOR VALLE DE LOS CHILLOS EN UN PERÍODO DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2017.”

AUTOR

Jeniffer Alejandra Cuero Oliva

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE GOHAI Y OIDP EN PACIENTES DE
RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS
REMOVIBLES, EN EL SECTOR VALLE DE LOS CHILLOS EN UN PERÍODO DE
SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2017.”

“Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontóloga General”

PROFESOR GUIA

Dra. María Gabriela Romero

AUTOR(A)

Jeniffer Alejandra Cuero Oliva

AÑO

2018

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Valoración del índice de GOHAI y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores portadores de prótesis removibles, en el sector Valle de los Chillos en un período de septiembre y octubre 2017, a través de reuniones periódicas con la estudiante Jeniffer Alejandra Cuero Oliva, en el semestre 2017-2018, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dra. María Gabriela Romero Guerrero

Rehabilitadora Oral

CC: 0201708492

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, Valoración del índice de GOHAI y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores portadores de prótesis removibles, en el sector Valle de los Chillos en un período de septiembre y octubre 2017, de la estudiante Jeniffer Alejandra Cuero Oliva, en el semestre 2017 – 2018, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Dra. Adriana Emilie Lasso Hormaza

Rehabilitadora Oral

C.C: 1713710547

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, en el cual eh citado fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autores vigentes.”

Jeniffer Alejandra Cuero Oliva

C.C 1718194044

AGRADECIMIENTOS

Primer lugar doy gracias a Dios al culminar con éxitos mi carrera, bendiciendo y guiando mis pasos cada día, para que con responsabilidad y esmero hoy concluya un ciclo más en mi vida lleno de sacrificios y también de mucha satisfacción.

A mi familia, pareja, amigos y docentes quienes me acompañaron en el transcurso de este gran camino, brindándome sus consejos y apoyo, hasta cumplir con los objetivos propuestos en este gran proyecto.

A mis tutoras de tesis Dra. María Gabriela Romero y Dra. Adriana Lasso por guiarme con gran sabiduría y su dedicación constante en mi investigación.

A residencias de adultos mayores quienes con gratitud y amabilidad supieron abrirme las puertas de su establecimiento, para poder recolectar los datos necesarios para mi tema de investigación.

DEDICATORIA

Dedico mi presente estudio de investigación a mis padres, hermanos y mi pareja, quienes han sido mi pilar durante toda mi vida y más aún en este gran momento, gracias por su apoyo y paciencia que me han sabido brindar, lo cual eso hoy me ha permitido culminar con éxitos mi carrera y ser desde ahora una gran profesional en la salud oral.

RESUMEN

El presente tema de estudio fue realizado con el fin de establecer y conocer el grado de insatisfacción con el uso de prótesis dentales, en pacientes que sean integrantes de residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos, evaluando en un período de 2 meses (septiembre – octubre) mediante el *índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)* y *Geriátric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)*. En una muestra representativa de tres residencias para adultos mayores, se realizó encuestas y así comprender las diferentes particularidades de la muestra y la correcta aplicación de los instrumentos *índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)* y *Geriátric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)*. Dando así como resultados en un total de 42 participantes, entre 65 a 98 años, en los cuales predominó el género femenino con el 71%. Se logró conocer que el 57% de los participantes se encuentran insatisfechos con su estado de salud oral respecto al uso de prótesis dentales; siendo que el género masculino quienes presentaron una menor percepción del estado oral personal con un 42%. De acuerdo al índice *Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)* se conoció que el hecho de comer-beber, la higiene y hablar-pronunciar, referían más dificultad para los participantes del estudio. Finalmente el índice *GOHAI* obtuvo mayor exclusión en las características de la población y por otro lado el índice *OIDP* mostró una relación superior con el estado de la dentición.

ABSTRACT

The present subject of study was carried out in order to establish and know the degree of dissatisfaction with the use of dental prostheses, in patients who are members of residences for older adults, in the Valle de los Chillos sector, evaluation in a period of 2 years. months (September - October) through the Oral Impacts in Daily Activities (OIDP) and Geriatric Index / General Oral Health Evaluation Index (GOHAI) index. In a representative sample of three residences for older adults, surveys were conducted and the different characteristics of the sample and the correct application of the instruments are included. Oral Impact in Daily Activities (OIDP) and Geriatric / General Index of Oral Health Evaluation (GOHAI). Giving as well as results in a total of 42 participants, between 65 to 98 years, in which the female gender predominates with 71%. It was achieved that 57% of the participants were dissatisfied with their oral health status regarding the use of dental prostheses; being the masculine gender that presents a lower perception of the personal oral state with a 42%. According to the Oral Impacts in Daily Interpretations (OIDP) index, it was known that eating-drinking, hygiene and speech-pronunciation, referred to more difficulty for study participants. Finally, the GOHAI obtained a greater exclusion in the characteristics of the population and in another side the OIDP index showed a higher relation with the state of the dentition.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	1
2. JUSTIFICACIÓN.	3
3. MARCO TEÓRICO.	5
3.1. Salud oral.	5
3.2. Calidad de vida.	6
3.3. Satisfacción Oral.	7
3.4. Paciente Geriátrico.	8
3.5. Edentulismo.	9
3.5.1. Tipo de edentulismo.	11
3.5.2. Prevalencia de edentulismo con respecto a la edad del paciente.	12
3.6. Principales causas de la pérdida dental.	13
3.6.1. <i>Caries dental.</i>	13
3.6.2. <i>Enfermedad periodontal.</i>	14
3.7. Consecuencias por pérdida dental.	15
3.7.1. Alteraciones funcionales.	16
3.7.2. Alteraciones intraorales de la pérdida de dientes.	17
3.8. Prótesis Dentales.	19
3.8.1. Calidad de prótesis.	20
3.8.2. Rendimiento satisfactorio de prótesis removible.	20
3.8.3. Satisfacción funcionaria de prótesis totales.	21
3.8.4. Cumplimiento masticatorio adecuado de prótesis dental.	21
3.8.5. Limitación funcional de prótesis muco-soportada.	22
3.8.6. Prótesis desajustada.	23
3.8.7. Presencia de dolor físico.	24
3.8.8. Patologías generadas por uso de prótesis dentales.	25
4. OBJETIVOS.	26
4.1. Objetivo General.	26

4.2. Objetivos Específicos.	26
5. HIPOTESIS.	27
6. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.	27
6.1. Instrumento GOHAI.	28
6.2. Instrumento ODP.	29
7. MATERIAL Y MÉTODOS.	30
7.1. Tipo de estudio.	30
7.2. Universo de la muestra.	30
7.2.1. <i>Criterios de inclusión.</i>	31
7.2.2. <i>Criterios de exclusión.</i>	31
7.3. Descripción del método.	32
8. RESULTADOS.	33
9. DISCUSIÓN.	40
10. CONCLUSIONES.	47
11. SUGERENCIAS.	48
REFERENCIAS.	50
ANEXOS,	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Satisfacción	34
Tabla 2: Percepción	36
Tabla 3: Género	37
Tabla 4: Comer -Beber -DIFICULTAD.....	38
Tabla 5: Higiene - DIFICULTAD	39
Tabla 6: Hablar - Pronunciar - DIFICULTAD	40

ÍNDICES DE FIGURAS

Figura 1: Nivel de Satisfacción	35
Figura 2: Percepción	36
Figura 3: Género	37
Figura 4: Comer - Beber - DIFICULTAD	38
Figura 5: Higiene - DIFICULTAD.....	39
Figura 6: Hablar - Pronunciar - DIFICULTAD	40

1. INTRODUCCIÓN.

Las personas han sufrido inconvenientes con la salud oral desde tiempos atrás, por los cuales se han ido indagando soluciones; inclusive en tiempos antiguos el hombre se ha causado heridas inspiradas en la vanidad y estética (Lajes Ugarte M., 2014; 14(3): 615-628). Por ende, se conoce que las prótesis dentales han sido originarias desde civilizaciones antiguas. De hecho la primera prótesis dental elaborada; se ha investigado que fue realizada por los etruscos, el cual es un pueblo ubicado en Italia en el siglo IV a.C. y ahora en la actualidad son conservados en el Museo de la Escuela Dental de París. El pueblo mencionado utilizaba dientes provenientes de animales para sustituir las piezas naturales de personas humanas, las cuales se encontraban ausentes y las colocaban en bandas de materiales como el oro, lo que ponía de manifiesto una extraordinaria habilidad artesanal.

El tratamiento protésico se ha convertido uno de los tratamientos odontológicos de mayor elección, contra la pérdida de dientes; por lo tanto, es el que se utiliza con más frecuencia en rehabilitación oral; según Guillaume Bonnet (2016, 5:2019). Es muy importante la recuperación de funciones primarias como es la masticación, para poder moler y mezclar la comida, el cual ayuda a la formación de bolo alimenticio una vez en el estómago. Luego procede a la iniciación del proceso digestivo, deglución e incluso precepción de sabores; sin esta capacidad, a no poder triturar bien los alimentos un paciente edéntulo conllevaría a producir más ácido generando a largo o corto plazo gastritis crónica.

Por lo tanto, Kosuru R. K., (2017) en una investigación realizada a demostrado que la salud oral en mal estado es un gran problema, ya que, la pérdida dental ha

prevalecido a lo largo del tiempo; inclusive ahora que se ha realizado programas de concientización ante el cuidado oral; sin embargo, es muy evidente las bajas tasas de utilización de prótesis dentales y mal estado de salud bucal. Un 80 % de pacientes que participaron en esta investigación, reportaron la limpieza que realizan a sus dentaduras postizas solo con cepillo y agua, lo que para ellos significa que estaban en buen estado, por otro lado, el examen clínico reveló que un poco más de la mitad de participantes poseían en mal estado sus prótesis.

La boca juega un papel vital en la función de fonética o habla, cuando existe alteraciones en: forma, labios, dientes, etc.; se produce cambios en la pronunciación de palabras correctamente, lo cual impide al paciente tener una conversación fluida, al devolver cierta función se considera poder devolver la seguridad y confiabilidad de las personas edéntulo ante la sociedad.

Muchos pacientes edéntulos desafortunadamente al no poseer ya sus piezas naturales en boca tienden a buscar una solución a su problema y usan prótesis removibles; sin embargo, pueden presentar problemas significantes ante la sociedad e incluso emocionalmente en aspecto de su vida personal, comparando con pacientes los cuales poseen piezas naturales es decir sus propios dientes; resultando para algunos difícil el poder adaptarse a dentaduras postizas. Por este motivo existió el interés ante las consecuencias del uso de prótesis dentales que estimularon a realizar instrumentos los cuales indiquen el impacto del cambio de prótesis dentales en satisfacción de la salud bucal que presente el paciente según Kuldeep S Shekhawat (2017; PP.:81-85).

La pérdida dental, ya sea por diferentes factores como puede ser: caries dental, enfermedad periodontal, hábitos o hasta enfermedades sistémicas, sigue siendo un tema muy impactante para la sociedad, especialmente para quien por diferentes circunstancias tienen que usar prótesis dental totales o parciales, lo cual no solo afecta al estado de salud que es principalmente sino también la calidad de vida que posee el paciente edéntulo como lo menciona Kuldeep S Shekhawat (2017; PP.:81-85).

En el estudio presentado por Komagamine Y. (2014,10.1186/1472-6831-14-45), se estableció que la satisfacción de los pacientes edéntulos frente a la adaptación protésica, se puede clasificar mediante un cuestionario evaluando una escala de Likert o escala analógica, ciertos métodos de evaluación pueden no ser fiables en un 100% ya que existirán pacientes insatisfechos, sin embargo, no se sabe con exactitud cuál es la causa que produce esta insatisfacción, y para corroborar la información se necesita investigar varios factores indispensables como: facilidad de masticar, confort, retención que posee prótesis en boca, si es que existe dolor, ajuste protésica y estética en relación forma, tamaño, color de dientes utilizados.

2. JUSTIFICACIÓN.

Como profesionales de la salud dental aparte de dar al paciente un correcto tratamiento para su bienestar, sería muy importante el analizar las distintas circunstancias por las cuales los pacientes portadores de prótesis dentales asisten al consultorio dental; con ayuda de la presente investigación enfocada en poder determinar los diferentes motivos de satisfacción ante la valoración del índice GOHAI y OIDP.

De la misma manera sería muy importante aprender mediante el estudio investigado, poder concientizar y mejorar conocimientos referentes al bienestar oral de los pacientes adultos mayores debido que se cooperará en el beneficio de los pacientes en los servicios propuestos, ya que los pacientes deben de recuperar una “buena” salud oral, sin embargo esto no significa estar ausente de alguna patología en especial; como lo menciona la Organización Mundial de la Salud define como “ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Y no solo ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2013).

La salud oral del adulto mayor es muy importante, especialmente en paciente edéntulo, ya sea general o psicológico esto puede llegar a afectar a un nivel muy grande en ciertas actitudes como son: el autoestima, la confiabilidad, la seguridad; también capacidades de función como: la masticación, fonética, etc.; se ven comprometidas al poseer algo que no es parte del cuerpo como son los dientes naturales en caso de pacientes que no requieren prótesis dentales; ya que este problema afecta mucho, principalmente en la sociedad se ha llegado a ver el interés de pacientes edéntulos por colocarse prótesis totales no solo para poder retomar cierta discapacidad que por lo general y lo más principal es la masticación, en la actualidad los pacientes desean una mejora también en lo que refiere a la estética dental, es decir ahora en rehabilitación oral de prótesis se busca mucho lo que es estética-funcional.

Actualmente en Ecuador los trastornos periodontales avanzados pueden desencadenar en la pérdida de piezas dentales, esto se ha demostrado un porcentaje del 15%-20% en personas adultas que se encuentren en una edad media (35-44 años). Aproximadamente de la población mundial general, el 30% que se localizan en edades englobadas dentro de los 65 y los 74 años, ya no poseen dientes propios según OMS (2013).

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Salud oral.

El bienestar de la cavidad oral en un paciente de edad avanzada, como son los adultos mayores, generalmente se ha demostrado que es muy deficiente a comparación de alguien más joven; en los pacientes se ve un incremento de caries dental, enfermedad periodontal y sobre todo una alta incidencia en pérdida de dientes, para lo que necesitan en su mayoría tratamientos protésicos, todo esto por el descuido ante un cuidado oral responsable. Por estos motivos se han visto afectadas muchas funciones primordiales que cumplen las piezas dentales, así mismo contribuyen a una desestabilización frente enfermedades ya sean crónicas y en sí la calidad de vida que el paciente maneje. En ciertos casos incluso es muy necesario la vigilancia de un equipo especializado y multidisciplinario el cual ayude a una atención responsable como pueden ser familiares, dentista, e incluso cuidadores. (Gil-Montoya J. A., 2015, pp. 461-467).

Antiguamente existía mucha controversia con el cuidado dental, ya que se le consideraba de acuerdo a la época en que se encontraban la tecnología odontológica, así como también a la situación económica del paciente; debido a esto varias personas no acudían con el odontólogo, por lo que antes se consideraba un privilegio para quienes poseían buen status económico; otro aspecto muy conocido anteriormente era la extracción dental como tratamiento de elección frente a cualquier molestia que el paciente padecía, gracias a ello se generaba un edentulismo temprano.

Como relata Valverde Leiva A. (2016, pp. 61-72) acorde con la OMS, se han realizado varios estudios que han sido dirigidos para mejorar la salud bucodental en ciertos países. Sin embargo, aunque se ha logrado ayudar a varios pacientes con una correcta rehabilitación oral, el edentulismo se ha transformado en un gran dilema de la salud bucal mundial, puesto que existe una gran demanda de pacientes requiriendo como rehabilitación oral la confección de prótesis dentales.

El tratamiento protésico es muy complejo, ya sean prótesis removibles o fijas las cuales están indicadas en pacientes con condiciones clínicas, haciendo más empeño en pacientes ancianos. Siempre antes de iniciar el tratamiento de elección, se debe considerar aspectos importantes como es el estado físico y mental, capacidad de autocuidado, tiempo, costo y previsibilidad. Los ancianos saludables ayudan mucho en la realización del tratamiento según Picos A. M. (2014, PP. 203–206.)

3.2. Calidad de vida.

Según la OMS la calidad de vida en una persona se dirige a la percepción personal que cada individuo, esto se puede expresar tanto en contextos socioculturales, expectativas, valores en intereses que pueden existir tanto de forma física o psicológica. La percepción que el individuo tenga con respecto a su estado bucal ya sean en tejidos duros o blandos dentro de la cavidad oral se vean implicados al desempeño de actividades diarias realice; siendo que la valoración bucodental se deriva como algo subjetivo, suele estar directamente influenciado a la personalidad del paciente, así tal como el entorno donde vive, el desarrollo que presenta cada persona, por ello es muy aconsejable el uso de ciertos instrumentos

permitan una correcta evaluación dentro de un enfoque metodológico para lograr el enfoque de la percepción.(Fuente J. 2010)

Hewlett S. A. (2015, pp.48) señala en su estudio realizado que el edentulismo estaba asociado positivamente con la edad, género femenino, personas solteras, personas que no tenían educación formal o vivieran en un área urbana e incluso en aquellas personas que tenían un diagnóstico conocido de alguna enfermedad crónica. Este estudio fue comparativo lo cual se realizaron entre dos grupos que fueron pacientes edéntulos y pacientes que poseían sus piezas dentales naturales, donde los pacientes edéntulos reportaron niveles más bajos de bienestar subjetivo que los individuos dentados, ya que ser edéntulo tenían mucha insatisfacción en su calidad de vida, presentando una puntuación mayor en el promedio de WHOQOL.

3.3. Satisfacción Oral.

Se debe de conocer que satisfacción en general es el sentimiento de bienestar o placer que tiene la persona cuando ha colmado un deseo o ha cubierto alguna necesidad, ahora en el caso del campo odontológico como lo menciona Reyes-Fernández S. en su investigación realizada en 2015, que la satisfacción a nivel mundial se encuentra en un estándar alto, esto ha visto debido que las calificaciones dadas por los pacientes son acorde a un entendimiento y comprensión que el paciente observa del odontólogo al hacer un gran esfuerzo ante cualquier circunstancia para poder satisfacer al paciente.

Del mismo modo Reyes aclara que existe ciertos aspectos sociodemográficos como pueden ser la edad, sexo, el nivel económico suelen ser considerados como

variables ante el nivel de satisfacción que el paciente puede detectar, a consecuencia que estos pueden influir ante la expectativa y percepción que suelen tener de la calidad y seguridad en los servicios de salud.

3.4. Paciente Geriátrico.

Como es de conocimiento general una persona llega a ser mayor desde los 65 años de edad, pero es muy importante saber que adulto mayor no es lo mismo que paciente geriátrico; aunque en ambos pacientes se refiere a la persona quien ha llegado a una edad avanzada, sin embargo, existe cierta diferencia. El adulto mayor es quien vive independientemente ante actividades cotidianas que realice, obviamente puede existir adulto mayor sano o enfermo sin cambio alguno en su forma de vivir; por otro lado el paciente geriátrico, generalmente mayor de 75 años, es quien vive dependientemente de una persona particular para su cuidado personal debido a su fragilidad ante cualquier agresión, o por el envejecimiento del cuerpo en general pueden presentar diferentes tipos de patologías, incluso son normalmente productoras de limitaciones funcionales ya sean psicológicas o físicas, e incluso ambas.

Este estudio se realizará en pacientes adultos mayores quienes puedan tener una autopercepción adecuada de su salud oral personal; según Razak P. A. (2014, pp. 110-116), la salud oral en una persona mayor es más difícil debido al envejecimiento; sin embargo no está separada de la salud general del paciente, a pesar que existe pocos ancianos los cuales se mantienen en una adecuado y muy satisfactorio estado físico y/o mental, la sociedad y en especial los profesionales de la salud no deben de suponer que así se verán en toda la comunidad de adulto mayor, por el contrario se debe tener en consideración el concomitamiento de

algunos aspectos de la vejez y los diferentes tipos que existen, por lo que obviamente a transcurrir el tiempo, los tejidos corporales en una edad avanzada se tornan un tanto difíciles ante el producto de células corporales y pérdida de lubricación de funciones deterioradas de diversos órganos.

El manejo correcto ante un adecuado diseño e implementación de ciertas técnicas de protocolos de odontología preventiva para personas con esta disposición, sin subestimar su necesidad de una atención a su salud oral. El cuidado dental suele ser limitado, únicamente cuando existe la emergencia sin tener en cuenta la conservación de las piezas dentales, por esto es sumamente importante que en la actualidad exista el cuidado dental de paciente mayores cotidianamente, como sería lo correcto en todo paciente en general. Para ello Razak también menciona algo muy curioso, una muy buena opción para poder ayudar a pacientes de residencias para adultos mayores es la “odontología domiciliaria”, no es algo conocido ni tampoco algo muy práctico, por otro lado, mediante encuestas que se le realice al paciente se puede detectar ciertas necesidades que presente y así guiar a un control adecuado de la misma.

3.5. Edentulismo.

El edentulismo dental se considerada una patología producida por la pérdida parcial o total de las piezas definitivas en una persona ya adulta, esto se da por diversas circunstancias en la vida personal del paciente, sin embargo, este acto no solo puede afectar a personas de mayor edad como se acostumbra pensar, ya que como se dijo anterior mente se debe a circunstancias del paciente, es decir toda persona esta susceptible a pérdida dental.

Fayad M. I., (2016, pp.S187–S191) nos explica que la pérdida dental tiene una gran influencia en niveles biológicos, sociales, psicológicos, y la condición de vida vinculado con la salud bucal; debido a los cambios funcionales y emociones que el paciente debe aprender a superar con las prótesis dentales.

Sin embargo, Fayad M. I., también comenta que la disminución de número de pacientes edéntulos es un reflejo claro de la mejora de la salud bucal de la población en ciertos países, en comparación de otros lugares la prevalencia de edentulismo todavía es significativa.

En un estudio de Emami E. (2013), llegaron a la conclusión que el edentulismo tiene una extensa serie de consecuencias, las cuales son perjudiciales para la salud oral y general de los pacientes que lo padecen, estas dificultades pueden ser: reabsorción residual de la cresta hasta una función masticatoria alterada, una dieta poco saludable, discapacidad social y mala condición vital relacionado a la salud bucal; en cambio en la salud general los resultados dieron a conocer el riesgo que una persona edéntula puede sufrir enfermedades sistémicas y ha llegado a demostrarse un aumento de la tasa de mortalidad.

Pese que en el Ecuador se está consiente que existe un gran problema con la salud oral, pero sin embargo, no se ha logrado evidenciar datos fiables ante las personas desdentadas en el país; por otra parte, en cuanto respecta la pérdida de dientes naturales con relación directa a la ancianidad, se puede aclarar que no ha sido hallados oficialmente una cifra exacta, según Hormaza Lasso A. (2015); especificando que el único estudio publicado por el gobierno fue en 1996 ,

publicado por el Ministerio de salud pública del Ecuador, donde se observó que el bienestar de salud oral era relacionado con la necesidad de extraer las piezas dentales permanentes y temporales. Los resultados de la dicha investigación fueron que un 16.9% de menores de edad, necesitaban extracciones, ya sean piezas dentales o permanentes. En niños de se encontraban en 7 años de edad, la indicaciones de extracción fue del 0.16%, y por otra parte a los 8 años hubo 0.5%, y para adolescentes de 12 a 15 años fue 2.3% con indicación de extracciones dentales. Generando así en 1996 una extensa cantidad de casos de edentulismo desde una corta edad.

3.5.1. Tipo de edentulismo.

Según Cortés V., (2014, pp. 257-262) existen muchas combinaciones posibles de paciente edéntulo, esta distribución se conoce como clasificación de Kennedy, siendo muy necesario pues existen muchas diferencias anatómicas las cuales intervienen en el tratamiento. Para un correcto diagnóstico se debe saber ciertos parámetros:

Arcada dentaria: determinar tipo de arcada si es superior o inferior.

Ausencia dentaria: número de piezas que se encuentran ausentes.

Y la clasificación de Kennedy se basan en:

- Clase I: zonas edéntulo posteriores bilaterales
- Clase II: una zona desdentada posterior

- Clase III: zona desdentada limitada anterior y posteriormente poro dientes
- Clase IV: zona desdentada bilateral ubicada por delante de dientes remanentes.

Obteniendo como resultados en diferentes estudios para la clasificación de Kennedy de ambas arcadas, se encontró con un porcentaje mayor en clase III con 42% en arcada superior, y en la arcada inferior con porcentaje para clase I y III de 29%, siendo que la clase IV es la menos prevalente en ambas arcadas.

Márquez J., (2014) en su estudio evidenció que los arcos parcialmente edéntulos superiores se observa con mayor frecuencia clase I de Kennedy, mientras que la menor clasificación encontrada fue la clase IV de Kennedy con un 23,51%; por otro lado, en los arcos inferiores observó que la clasificación I de Kennedy sigue siendo la más predominante con un 58,33%, mucho mayor que el arco superior y la clase IV de Kennedy igualmente es la menor observada con 0%.

3.5.2. Prevalencia de edentulismo con respecto a la edad del paciente.

En la actualidad, el edentulismo en la sociedad no se ha erradicado por completo, debido que, por diferentes circunstancias las personas pierdes piezas dentales, quienes a lo largo del tiempo deben de utilizar prótesis dentales, por lo que el profesional estomatólogo rehabilitador, es especializado en la realización de tratamiento de acuerdo a los diferentes niveles de complejidad que exista, para poder satisfacer al paciente con las molestias que presente y mejorar su salud bucal y con ello beneficiar la calidad de vida, como se demostró en un estudio realizado por Gutiérrez Vargas V., (2015, pp.: 179-86.); aunque no se han

realizado estudios únicamente enfocados en la prevalencia de edentulismo en pacientes de diferentes edad, este estudio realizó una investigación en pacientes de 18 a 64 años, recolectando datos generales de los pacientes en los cuales resultó más frecuente edentulismo en pacientes de 32 a 40 años de edad con un 76,8%.

3.6. Principales causas de la pérdida dental.

La principal determinante de pérdida dental se ha considerado que es la caries dental con un resultado del 77%, en segundo lugar la enfermedad periodontal con un 20%, y en un tercer lugar con menor prevalencia se observó la causa de pérdida dental por traumatismos dentomaxilofaciales en un porcentaje de 3%; en las arcadas parciales las cuales están desdentadas que se estableció fue en el género femenino con el 72,14%, siendo obviamente el género masculino con leve prevalencia, el maxilar con mayor zonas edéntulas fue el maxilar inferior con 51,81% ligeramente mayor en relación al maxilar superior, según en un estudio realizado por Cisneros del Águila M., (2014).

3.6.1. Caries dental.

La caries dental es la secuela de un daño o afectamiento en la estructura dental, originando cavitaciones en las piezas dentarias, que a medida del tiempo pueden ir haciéndose más grandes y profundas. También son denominadas como erosiones, que se pueden producir por algún tipo de alimento o falta de higiene del paciente la cual altera la flora bacteriana del paciente, generando una mayor

proliferación de bacterias; como se conoce los culpables van a ser los dulces. Sin embargo, existe también otros influyentes como nos explica Fernández M. L., (2015, 15:68), la caries es un factor riesgoso en ser desarrollado hasta por el consumo de ciertos medicamentos como son los antibióticos que contienen sacarosa, así mismo pacientes que presentan el consumo de penicilina diariamente tenían una colonización disminuida de *Streptococcus mutans*, por lo cual existiría una menor experiencia de poseer caries dental, sin embargo produciría una prevalencia de caries similar a pacientes que consumían lactobacilos.

Cuando se hace un agujero en el diente es culpa de la placa dental, la cual es una masa o capa de sustancia formada especialmente de bacterias quienes que provocan caries. El germen causante que habita en la cavidad oral elabora cierto ácido y en el momento que la placa dental es adherida en los dientes, este producto de las bacterias tiene la capacidad de ir desgastando cada capa de las piezas dentales principalmente el esmalte ya que es la primera capa expuesta.

3.6.2. Enfermedad periodontal.

También conocida como padecimiento de las encías, es una inflamación que puede llegar a una infección en tejidos que abarcan y mantienen como soporte a los dientes. Según Kaye E.K., (2013, PP.: 713–718) esta enfermedad se ha convertido durante los últimos años una de los motivos principales causantes de pérdida dentales, por descuido de las personas adultas. Generalmente es una enfermedad silenciosa o asintomática, por esta razón es que las personas que la padezcan en un largo tiempo no sepan sobre su desarrollo; así mismo la caries es causada por el sarro adherido a los dientes, la placa dental generada de gérmenes

formándose continuamente en las caras dentales con la diferencia que no causan cavitación alguna.

Cualquier persona puede tener inflamación gingival y no sentir diferencia alguna en su boca, esto ha sido tema de algunas investigaciones dentales y diagnósticos del periodonto habitualmente son de gran importancia. Los diferentes protocolos a cumplir en el correcto tratamiento deben de relacionarse al tipo de enfermedad y hasta el punto en el cual se encuentre ya desarrollada.

Un diagnóstico correcto y temprano de la enfermedad ayuda a un correcto tratamiento ante ciertos padecimientos, en el texto Wright C. D., (2017) las condiciones periodontales a menudo se pueden reconocer en las primeras fases, sin embargo a pasar el tiempo y la enfermedad periodontal progresa, como por ejemplo los signos como las encías inflamadas y sangrantes hasta la movilidad de las piezas dentales debido a la pérdida del apoyo y soporte, esto puede generar mucho dolor; debido a la gravedad que produce dicha enfermedad se ha convertido en una causa muy importante para la pérdida dental.

3.7. Consecuencias por pérdida dental.

En el momento que los pacientes pierden las piezas dentales no solo sufren en el ámbito estético, debido a no lucir una bonita sonrisa, sino, suelen crear problemas ya psicológicos que se derivan de pérdida de su autoestima y físicos.

Las consecuencias físicas además de manifestarse principalmente en la masticación, este cambio se refleja en la dieta del paciente, ya que al no poseer

dientes se produce un cambio el cual afecta directamente al hueso alveolar que se encuentra desprotegido por las piezas faltantes. Este proceso es indispensable debido a la estimulación para mantener la forma y densidad que la masticación genera; sin embargo, si el proceso falla o no se lleva a cabo, el resultado recae en la reducción del hueso afectando así a la encía; mediante el daño siga agravando la pérdida funcional y estética se verá cada vez más afectado. (Dr. Rangel Rivera J. C., 2009)

Las consecuencias obtenidas ante una extracción o pérdida prematura de las piezas dentales producen diferentes afectaciones hacia el paciente, desde el ámbito estético hasta la correcta capacidad funcional. Se puede agrupar algunos problemas por la ausencia de las piezas dentarias en cambios faciales, intraorales y funcionales.

Se producen varios cambios debido a la falta de piezas dentales manifestando una serie de trastornos ya sean psicológicos, estéticos y principalmente funcionales; así mismo alteraciones tanto en tejidos peri-orales y orales según Dr. Vieira D., (2013).

3.7.1. Alteraciones funcionales.

Debido a la falta de piezas dentales el paciente reconoce varias molestias, empezando con la trituración de alimentos la cual se vuelve insuficiente debido que se ve necesitado buscar otro mecanismo para su digestión. Así mismo se produce una pérdida de propiocepción, existen diferencias muy marcadas entre la propiocepción que generan los dientes naturales y la que el paciente va a sentir

con las prótesis dentales; a continuación, comienzan a existir problemas dinámicos mientras el paciente mastica obligándolo a optar nuevos patrones de movimientos. En el caso de los pacientes desdentados totales se ha demostrado que el patrón de movimiento retrocede a un patrón de deglución infantil, en el cual utiliza más los músculos peri-orales y la lengua y así de cierto modo poder ayudar a establecer apoyo a la mandíbula, según Dr. Vieira D., (2013).

Picos A. M. (2014, pp. 203–206) señala que la función masticatoria esta dramáticamente comprometida en estos casos, ya que afecta el estado nutricional por la selección de alimentos inadecuados, el cual produce un bolo alimenticio inadecuado causando problemas de digestión. También señala que las funciones como estética y fonética pueden conducir a la depresión y aislamiento social de la persona que lo está padeciendo.

3.7.2. Alteraciones intraorales de la pérdida de dientes.

En todas las personas el hueso alveolar necesita de cierta estimulación como se habló anteriormente, esta estimulación se debe gracias a la masticación, la cual ayuda a mantener la forma, densidad y volumen del hueso; esta manifestación se da gracias a que los dientes que transmiten fuerzas de compresión y tracción, por esto se debe que cuando el paciente pierde una pieza dental se pierde la estimulación originando la disminución de trabéculas y densidad de dicha zona, provocando también disminución de ancho y altura del volumen óseo.

Las prótesis removibles ya sean totales o parciales no actúan como dientes naturales en este nivel, es decir estas no van a estimular al crecimiento y mantenimiento del hueso debido que la función masticatoria solo transfiere en la superficie ósea y no a todo el hueso, produciendo así una pérdida ósea acelerada por el poco aporte sanguíneo.

Según Andrei O. C., (2016, PP.: 861–864) quien presento un caso personal sobre su paciente, al empezar con el tratamiento, en el examen clínico observó diferentes alteración intraorales en este caso supo explicar que sea por la edad y también por las prótesis anteriormente usadas se encontraban en un estado no adecuado para su uso; estos cambios se dieron por ejemplo: oclusión deficiente, atrofia ósea en la mandíbula resultado de la perdida dental, en la arcada superior se observó tejido en estado flácido por desestabilidad de prótesis provocando mayor desplazamiento en el momento de masticar o realizar alguna función oral, zonas deficientes y limitadas; por estos antecedentes se debe de tener varias pautas para poder rehabilitar en este tipo de personas principalmente con el uso de materiales correctos de impresión de consistencia baja ante cualquier presión no soportable por el paciente.

En varios estudios la presencia de crestas flácidas fue del 24% en el sector de la mandíbula superior y solo un 5% en la arcada inferior; esta alteración es el resultado generado de extracciones o pérdidas dentales incontrolables, así mismo en personas enfermas; los tejidos que se encuentren con una elasticidad menor contribuyen al desplazamiento de las prótesis dentales provocando una mala retención de prótesis relacionada especialmente con una atrofia del hueso alveolar muy grave.

Por otro lado, Pietrokovski J. (2007, PP.: 141-147), indica que los diferentes cambios morfológicos que se pueden dar tanto en maxilares y mandíbulas de pacientes desdentados; es así como se registró en los participantes que existen una extensa clase de arcada tanto en tamaños, formas y grosor; en sí la mandíbula y el maxilar son estructuras óseas muy bien detalladas y definidas, en ciertos casos el tejido de las crestas residuales se encontraran como tejidos estables o en otros casos reabsorbidos en su totalidad; esta resorción abarca así mismo el proceso del hueso alveolar, el paladar se continua del maxilar e incluso las placas adyacentes pertenecientes a la mandíbula.

3.8. Prótesis Dentales.

Las protesis dentales o también llamadas dentaduras, debido que mediante material rígido reemplazan los dientes naturales en un plano superficial, se han convertido a lo largo del tiempo en la alternativa más elegida ante la pérdida dental. Sin embargo como lo describe García Alpizar B. en el 2010, a pesar que han sido el tratamiento de elección, no está por demás comunicar al paciente los daños que pueden causar , conjunto a mas factores bucales como es la susceptibilidad de los tejidos blandos debido al envejecimiento, así mismo, estilo de vida que el paciente ha llevado en el transcurso de su vida; pueden llevar a cambios de la mucosa dental lo cual causan problema ante la salud personal del paciente y con la sociedad, ya que, más se han visualizado en protesis muy antiguas que el paciente sigue usando pero ya no se encuentran como la primera vez dando consecuencias como protesis desajustadas, mal realizadas, o mal cuidadas.

3.8.1. Calidad de prótesis.

Según Lemus Cruz L. M. quien realizó su investigación en el 2010, donde demuestra que ante la ubicación de cualquier tipo de prótesis que se vaya a realizar como tratamiento odontológico, debe ser estudiado, ya que es inevitable variaciones del medio bucal por varios factores, sin embargo ante una rehabilitación protésica se obliga a los tejidos blandos del paciente acoplarse a nuevas circunstancias realizadas correctamente junto con la capacidad que tenga el organismo.

Por tal motivo Lemus explica que la calidad de cada prótesis realizada por el profesional juega un papel sumamente importante, ya que, del odontólogo depende estudiar y valorar todo terreno bucal donde se va a trabajar y realizar un correcto seguimiento y cumpliendo cada aspecto importante de las prótesis dentales, para que con ello en la aparición de lesiones bucales producidas cuando estos aspectos no son cumplidos con seriedad, así mismo existen grandes complicaciones como la insatisfacción del paciente.

3.8.2. Rendimiento satisfactorio de prótesis removible.

Aunque las prótesis removibles son la mayoría de veces y al transcurrir el tiempo son menos apreciadas debido a complicaciones para el paciente en cuanto a su comodidad, estética, función masticatoria, estabilidad oclusal y hasta el mantenimiento de la higiene oral; se han ido realizando estrategias para ayudar y modificarlas para perfeccionar la aplicación de las prótesis dentales de tal manera se vuelvan menos invasivas y a la vez más rentables, ya que se ha notado un porcentaje de creciente en paciente geriátricos es decir se verá el aumento de

porcentaje en pacientes edéntulos los cuales necesitaran de prótesis mucoso portadas siendo el tratamiento viable y predecible en odontología, según Xie Q., (2015, pp.:234—242).

3.8.3. Satisfacción funcionaria de prótesis totales.

Al-Omiri M. K., (2014, pp. 366-372), demostró que la satisfacción de los pacientes antes de un tratamiento protésico sería de un 35.3% los cuales mostraban una insatisfacción con su salud oral y un 10,3% estaban satisfechos, sin embargo estos resultados variaron en un incremento en pacientes satisfechos después del tratamiento; en lo que respecta el aumento de la satisfacción no se debió a la posición que se encontraba la prótesis sino el tipo de prótesis que los pacientes debían utilizar es lo que mejoro su comodidad significativamente ya que se observaron cambios principalmente al comer, claro que por otro lado en un aspecto estético no estaban del todo satisfechos la mayoría de género femenino.

3.8.4. Cumplimiento masticatorio adecuado de prótesis dental.

Neves F. D (2015 - Volumen 14, Number 3), en un estudio realizado con un test de desempeño masticatorio reveló estadísticas sobre el rendimiento satisfactorio, en lo que respecta la masticación entre dientes naturales y prótesis dentales existen grandes diferencias dando como resultado que entre estos grandes grupos comparados con la fuerza masticatoria de dientes naturales son significativos, sin embargo entre el grupo de prótesis fija y prótesis removibles no pudo evidenciar una diferencia significativa, dando así como conclusión que los dientes naturales siempre van a poseer un mayor valor para un desempeño masticatorio y por el otro lado las prótesis dentales totales serán quienes tengan un menor valor.

3.8.5. Limitación funcional de prótesis muco-soportada.

Frente a una pérdida parcial o total de dientes propios, los pacientes buscan recompensar ese estado mediante tratamiento odontológicos como son las prótesis dentales o comúnmente llamadas dentaduras postizas, este tipo de solución se refiere a dientes de materia artificial que tiene ciertas propiedades para reemplazar a los dientes naturales, obviamente se ve una solución y mejora en la masticación, habla y estética; sin embargo existe ciertas limitaciones dentro de este ámbito como por ejemplo, debido que es un cuerpo extraño para el cuerpo humano el cual el paciente puede colocarse y sacárselo, no siempre se obtiene una correcta sujeción al hueso maxilar, produciendo cierto nivel de movilidad interrumpiendo en funciones como el habla e incluso genera nerviosismo al paciente que no puede controlar esto.

Por otro lado, no solo se ha comprobado limitación en el ámbito funcional, sino también estético, ya que debido a la pérdida dental los pacientes junto al odontólogo deben de realizar la correcta elección de las prótesis dentales, ya sean totales o parciales, esto en relación a la calidad del material a utilizar, forma, color y textura de los dientes postizos; adaptando una estructura más natural al paciente, esto ayudara así mismo a evitar que el paciente envejezca.

Martin-Ares M. (2015, pp.: 1500–1505) demuestra que el análisis realizado en su estudio sobre la satisfacción general en sus pacientes edéntulos dando como variables satisfechos casi completos y pacientes insatisfechos, obteniendo un porcentaje muy menor en satisfacción casi completa, y se recalcó que los

pacientes edéntulos no se sentían incapacitados funcionalmente, sin embargo existen muchas limitaciones al pronunciar ciertos fonemas, incluso se habría alterado el sabor de los alimentos al tener que utilizar prótesis dentales ocasionando interrupciones al momento de comer y en cuanto a la higiene bucal se observó ya un mayor número de insatisfacción ante el tratamiento.

3.8.6. Prótesis desajustada.

Según Velga N. (2016, pp:3(1)), las principales razones para el uso de prótesis dentales para una correcta rehabilitación va a ser la estética, comodidad y calidad de vida para el paciente por eso es de suma importancia tener en cuenta que el perder los dientes por obvias razones va a repercutir en el estado de animo de cada persona, y si a eso se aumenta una prótesis mal ajustada, planificación errónea del tratamiento juntos con la falta de instrucciones del paciente puede provocar varias lesiones como hiperplasia, estomatitis, úlceras traumática, lesiones periodontales y hasta micosis.

También menciona que las prótesis dentales que se encuentran mal ajustadas deben de ser corregidas o reemplazadas, sin embargo cuando esta presenta algunos defectos lo mejor sería reemplazarlo por una prótesis bien hecha y así se podrán prevenir las lesiones orales, debido que el uso de las dentaduras están más propensos a realizar cambios en la boca como son placa dental o el aumento de procesos inflamatorios en la cavidad oral, incluso Velga asocia con un trauma el utilizar prótesis desajustadas.

3.8.7. Presencia de dolor físico.

En un estudio realizado por Yen Y-Y. (2015, pp.15: 1) señala que, aquellos pacientes que presentan dolor con el uso de prótesis dentales observaron que se debía a la presencia de úlcera bucal, halitosis e incluso presentaban boca seca, para lo cual realizaron una regresión múltiple jerárquica que ayudaría a la investigación de la capacidad de los factores relacionados con el desgaste de la dentadura para poder controlar luego las variables sociodemográficas, dentaduras y hasta el uso de servicios dentales.

Por otro lado, Costa Y. M. (2015, pp.:555–561.) indicó que la sensibilidad profunda al dolor de los músculos masticatorios en portadores de prótesis dentales está asociada con OHRQoL (Oral-Health-Related Quality of Life), pero no están asociadas a los factores protésicos, sin embargo, igual se debe de tener en cuenta la importancia preventiva y pronóstica en las prótesis dentales completas hasta que se pueda evidenciar con conclusiones más sólidas sobre el tema.

Kumagai H. (2016) realizó un estudio investigativo entre 333 participante que usaban prótesis removibles parciales de los cuales un 42.9% indicaron que presentan un dolor intensivo en el uso de prótesis dentales y el 50.5% sobrante presentaban un dolor frecuente, este malestar se presentaba en el momento de ocluir o masticar, esto se observó un relación positivo entre el lado de la mandíbula, número de dientes perdidos, clasificación de Kennedy, tipo de prótesis, número de dientes pilares, condición de la mucosa, daño en la mucosa, prominencia de hueso, bruxismo, sequedad oral y hasta el género y edad.

3.8.8. Patologías generadas por uso de prótesis dentales.

Un estudio realizado por Díaz Martell Y., (2007) se pudo comprobar mediante un examen clínico que la patología de mayor prevalencia por el uso de prótesis resultó ser la estomatitis subprotésica con un 35,29% y en un segundo lugar se encontró la úlcera traumática con un 33,82%; estos resultados se observó que fueron más comunes en pacientes en edades de 65 a 74 años en general sin embargo las patologías se dieron con mayor porcentaje en pacientes de género femenino, así mismo se encontró que las llagas sintomáticas halladas en pacientes quienes poseen prótesis dentales menor a 5 años, por otro lado el épulis se establecía con un porcentaje de 27,94% y estomatitis subprotésica se dio en portadores con un tiempo de uso de las prótesis mayor a 5 años.

Jainkittivong A. (2010; pp.26–32.) señaló otras lesiones que ese pueden dar con el uso de prótesis totales y parciales como es la úlcera traumática 19.5%, estomatitis inducida por dentadura 18,1% así mismo en un menor grado se pudo encontrar hiperplasia 5%, queilitis angular 4.7%, fricción queratosis 3,7% irritación fibroma 1.8% y candidiasis 1.6%. La prevalencia de estas enfermedades se encontró con mayor frecuencia en el uso de dentaduras completas que en las parciales con un porcentaje de 49% a 42.2% respectivamente; así mismo las lesiones en la mucosa se registraron con mayor frecuencia en personas de mayor edad entre el grupo estudiado e incluso entre ambos géneros se demostraba que en hombres se daba mayor prevalencia de estas lesiones.

Por otro lado, así mismo Jainkittivong A. (2010; pp.26–32.) Demuestra ciertas enfermedades que se puede dar en la mucosa oral, sin embargo, no están relacionadas al uso de las prótesis dentales como son lengua fisurada 27,6%,

lengua atrófica 8,4%, tatuaje de amalgama 5.8% leuco edema 4,7%, liquen plano 4,7%, lengua peluda 3,4%, melanosis relacionada al tabaquismo 2,9%, leucoplasia 2,9%.

4. OBJETIVOS.

4.1. Objetivo General.

- Valorar el porcentaje de pacientes satisfechos e insatisfechos con su salud oral, en residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos, en un periodo de 2 meses.

4.2. Objetivos Específicos.

- Determinar el porcentaje de percepción de salud oral en pacientes adultos mayores, mediante encuestas de índice OIDP en un período de septiembre – octubre del 2017, para que futuras rehabilitaciones orales se enfoquen en recuperar la percepción de los pacientes.
- Identificar la relación entre el género de los participantes con el estado de salud bucal, mediante un análisis comparativo basado en los resultados obtenidos en la encuesta de OIPD, para que futuros estudios se concentren en el género con mayor prevalencia de mala salud oral.
- Establecer las características que provocan mayor insatisfacción en los participantes, por medio de la categorización de los resultados para facilitar la resolución de estos problemas en proyectos futuros.

5. HIPOTESIS.

Ho: Los pacientes adultos mayores tienen una satisfacción menor o igual a 57 puntos con el uso actual de sus prótesis dentales.

Hi: Los pacientes adultos mayores tienen una satisfacción mayor a 57 puntos con el uso actual de sus prótesis dentales.

5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES.

Salud Bucal.

Género.

5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

Satisfacción.

Percepción.

6. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

La encuesta ha sido uno de los mejores métodos básicos y sencillos para la recolección de datos sobre todo en cuanto a salud se refiere. Para su validez el cuestionario debe ser esencial logrando pruebas ventajosas, siendo las pruebas

verbales más reconocidas como herramientas para una evaluación ante preguntas que causen o tengan algún tipo de problema en el entrevistador. El objetivo de este estudio fue aplicar dos tipos de instrumentos para la valoración ante la satisfacción de los pacientes adultos mayores; los instrumentos de GOHAI y OIDP, los cuales fueron elegidos debido a su gran validación en estudios realizados en diferentes pacientes, por lo cual se han convertido en los más confiables y exactos con preguntas cognitivas de manera personal que han demostrado tener propiedades psicométricas aceptables para cada participante.

6.1. Instrumento GOHAI.

General Oral Health Assessment Index (Índice General de Evaluación de Salud Oral).

En el artículo principal acerca de los dos instrumentos Montes-Cruz Ch. (2014, pp. 111-119), nombra que el instrumento para el índice general de evaluación de salud oral llamado también GOHAI fue descrito por Atchinson y Dolan en 1990, el cual es basado en tres parámetros principales como son: 1) autoevaluación de la salud oral, 2) variación de los escalones de salud oral entre pacientes y 3) la autopercepción se identifica también como indicadora ante la salud oral.

Jain R. (2015, pp. 272-278) menciona que este instrumento consta de 12 ítems los cuales evalúan aquellos problemas relacionados a la salud bucodental, se evalúan tres tipos de mediciones en desempeños físicos como: masticar, hablar pronunciar y ingerir; funciones psicosociales: intranquilidad, autoconciencia, insatisfacción, alejamiento; y dolor o malestar existente: uso de medicamentos, malestar.

Cada ítem antes mencionado se realiza en una escala de 1-5 con ciertos tiempos de duración como nunca, raramente, a veces, a menudo o siempre; formulándolas así en diferentes direcciones ya sean positivas o negativas, puesto que el intercalar las preguntas da a los pacientes el poder de considerar cada pregunta.

La validez del estudio califica el nivel de grado que el puntaje de cada ítem se demuestra siendo así elementos auto informados en la salud general, oral, necesidades bucales y lo más necesario satisfacción al estado de salud oral.

6.2. Instrumento OIDP.

Oral Impacts on Daily Performances / (Perfil de Impacto de Salud Oral).

Montes-Cruz Ch. (2014, pp. 111-119), menciona que este instrumento fue creado por Adulyanon en 1996, quien se basó teóricamente en la Distribución Internacional de las Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías en la OMS (Organización Mundial de la Salud) para relacionar con el sector Odontológico, ante los impactos de un deterioro de salud bucal que asimismo afecte a la calidad de vida del paciente.

Este estudio consta de 8 ítems, se considera que es una encuesta resumida del estudio de GOHAI ya que es más corta en términos del contenido; en cada interrogación se valora la constancia junto con el daño que dure el malestar bucal, que a su vez ocasionan dificultad para realizar actividades habituales. Según Rodakowska E. (2014, pp. 14:106), este instrumento evalúa 7 dimensiones de

impactos en condiciones orales comprender: obstáculo funcional, malestar físico, discapacidad física, psicológica, social y general centrados en el paciente, cumpliendo mejor con los principales criterios de medición ante la condición de vida vinculada con el bienestar oral.

7. MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1. Tipo de estudio.

Observacional descriptivo transversal prospectivo

El presente tema de investigación es de tipo Observacional descriptivo transversal prospectivo. La investigación se basará mediante resultados obtenidos por encuestas realizadas a los participantes de residencias para adultos mayores, en el sector del Valle de los Chillos; donde se realizará la valoración del índice de GOHAI y OIDP hacer de la salud oral de los pacientes, en un periodo de septiembre y octubre del presente año.

7.2. Universo de la muestra.

El universo estará establecido por el número correspondiente de pacientes los cuales residen en cada centro que se acudirá para la realización de la investigación con la respectiva autorización solicitada previamente.

RESIDENCIAS PARA EL ESTUDIO:

Residencia del Adulto Mayor Años Dorados: 15 pacientes

Casa Hogar San Rafael: 20 pacientes

Establecimiento Mi Querido Viejo: 25 pacientes

- **Muestra.**

Debido a los criterios de exclusión e inclusión del estudio fueron seleccionados 42 pacientes que usen prótesis totales o parciales removibles y sean integrantes de las residencias para adultos mayores mencionadas.

7.2.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes adultos mayores a 65 años.
- Pacientes que otorgaron el consentimiento para su participación en el estudio.

7.2.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes que no otorgaron el consentimiento para su participación en el estudio.
- Pacientes con estado de salud general grave el cual impidió la comunicación

7.3. Descripción del método.

Luego de obtener la respectiva autorización de parte de las autoridades del establecimiento redactada en (Anexo 1); se procederá a asistir al establecimiento correctamente uniformado en donde se realizará la recolección de los respectivos datos necesarios de los pacientes los cuales residen en cada residencia y cumplan con los debidos criterios de inclusión, una vez obtenidos los datos, a cada paciente se realizará la respectiva presentación de mi persona como investigador del estudio y se le informará al paciente sobre la investigación a realizar correctamente para poder preguntar si desea ser participe voluntariamente, en el caso que el individuo acepte se empezará con la lectura del consentimiento informado (Anexo 2), especificando detalladamente el procedimiento, si en tal caso el participante tenga alguna duda podrá realizar la pregunta para aclararle satisfactoriamente, la comunicación deberá ser clara sin interferencias, intervenciones y sin tratar de temas no asociados a la investigación dando confiabilidad y seguridad al paciente. Se procederá a realizar las encuestas pertinentes al estudio (Anexo 3) y (Anexo 4). Una vez llenada correctamente la encuesta se procederá a realizar un chequeo dental al paciente con el instrumental básico, el cual estará sellado y esterilizado debidamente correcto; en el casillero de Observaciones se registrarán las necesidades que el paciente requiera, para poder guiar al familiar o el cuidador correspondiente a una atención adecuada al paciente, seguido de esto se dará por terminado el proceso dando las gracias al paciente por su participación.

8. RESULTADOS.

Mediante una deliberación descriptiva se obtuvo el porcentaje para un puntaje de las encuestas GOHAI y OIDP, ante las variables: salud bucal, género y satisfacción. Para el respectivo detalle de cada dato obtenido en las encuestas se utilizó una prueba de contraste de hipótesis mediante el T student y para las muestras independientes se realizó mediante un programa de frecuencias, obteniendo así los datos necesarios para los objetivos que se planteados en el presente estudio. El nivel de confiabilidad en el que el trabajo es del 95%.

En la Tabla 1, se hace representación al objetivo general que propuso el presente estudio, el cual de los puntajes de la encuesta de GOHAI; teniendo en cuenta que el puntaje mínimo el cual un paciente podría tener es de 15 y 60 el máximo puntaje, sin embargo, se obtuvo una media de 57 puntos, es decir pacientes quienes tengan una calificación mayor a los 57 puntos se referirá como satisfechos, y quienes tengas menor a los mismos 57 puntos se entenderá como insatisfechos.

Por lo tanto, de acuerdo a los datos obtenidos mediante la encuesta GOHAI en los 42 participantes se comprobó que el nivel de satisfacción es inferior a 57%, es decir, menor a los 57 puntos, dando un resultado que el 52% de los participantes obtuvieron menor puntaje que de los 57 puntos, esto demuestra que los participantes no están muy satisfechos, sin embargo, no es una diferencia muy significativa. Confirmando así la hipótesis del investigador en el presente estudio.

Tabla 1: Satisfacción

Estadísticas de muestra única						
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar		
SATISFACCIÓN	42	0,5218	0,0863	0,0133		
Prueba de muestra única						
	Valor de prueba = 0,57					
	T	GI	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
SATISFACCIÓN	-3,615	41	0,001	-00481762	-0,075091	-0,021261

El promedio del porcentaje de satisfacción de la muestra es de 0,5218 (52,18%), este valor se lo compara con 0,57 (57%), en la prueba T-Student de muestra única se observa que el valor de significación Sig. (Bilateral) = 0,001 siendo inferior a 0,05, por lo tanto, se acepta H_a - Hipótesis del Investigador – “**la media de la muestra no es similar a 0,57 (57%)**”.

SATISFACCIÓN - GOHAI

■ PAC. SATISFECHOS ■ PAC. INSATISFECHOS

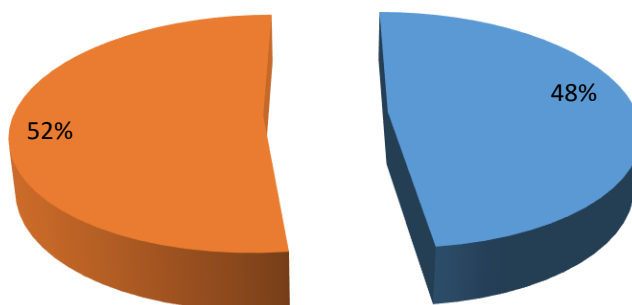


Figura 1: Nivel de Satisfacción

Se evidenció mediante el Índice de GOHAI que el 52% de los participantes se encuentran insatisfechos con y el 48% restantes están satisfechos, en base al uso de sus prótesis dentales y su salud oral.

Por otro lado, para el primer objetivo específico planteado en el presente estudio, se realizó un análisis de la encuesta OIDP, del cual se ha demostrado que el 29% de los participantes tienen una mejor percepción de sus problemas y beneficios en su salud oral, con una correlación estadística significativa en la encuesta OIDP, como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2: Percepción

percepción	Total
baja percepción	30
mayor percepción	12
Total	42

baja percepción	71%
mayor percepción	29%

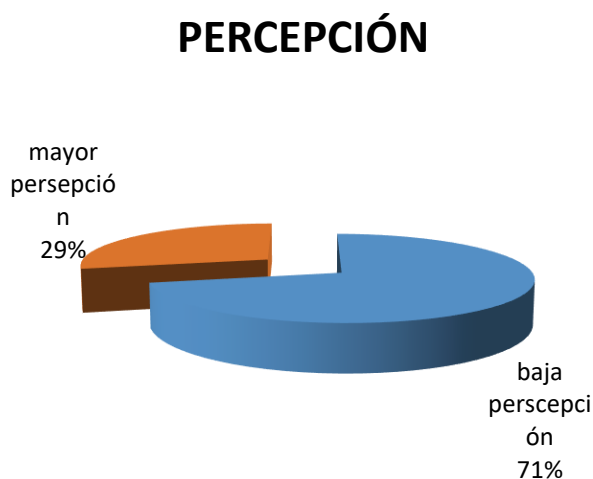


Figura 2: Percepción

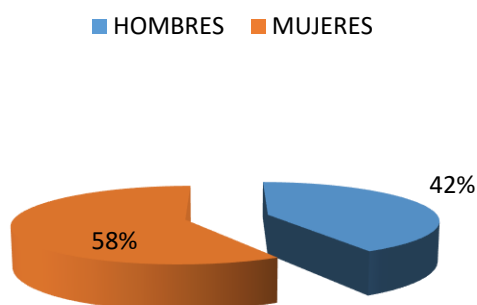
El 29 % de los participantes en el estudio demostraron que tienen mayor percepción acerca de su salud bucal. (Entendiendo como mayor percepción es la capacidad de poseer el conocimiento de una cosa mediante a impresión que comunican los sentidos). Mientras que el 71% de los participantes tienen baja percepción.

De acuerdo a ello se realizó una comparación de género para la comprobación del segundo objetivo específico, el cual se utilizó para demostrar el género más predominante con un nivel de mayor percepción; pese que no fue con una gran diferencia entre ambos géneros, se halló que el género femenino predomina con el 58% de mantener una buena percepción en su salud oral (Tabla 3).

Tabla 3: Género

	MAYOR PERCEPCION
HOMBRES	5
MUJERES	7
	12

GÉNERO



HOMBRES	42%
MUJERES	58%

Figura 3: Género

Según el número de participantes, quienes obtuvieron mayor percepción con su salud bucal, se realizó un conteo del número que pertenecían hombre y mujeres, siendo que el 58% fueron género femenino y el 42% género masculino.

Con el fin de verificar la viabilidad del tercer objetivo específico, a los resultados obtenidos de las dos encuestas en el total de 42 participantes, se realizó un análisis más exhaustivo, del cual se pudo demostrar los principales motivos o manifestaciones por los cuales los pacientes refirieron insatisfacción.

Para ello, la principal causa se vio reflejada con el hecho de comer-beber con el 98% (Tabla 4), en este ítem los participantes supieron referir que tienen diversas causas como son el hecho que no pueden comer cosas duras, ya sea, carne o frutas como la manzana; existe sensibilidad más con los líquidos fríos, y existen alimentos que a ellos les gustaría comer tranquilamente como cuando lo hacían con sus piezas dentales propias.

Tabla 4: Comer -Beber -
DIFICULTAD

Dificultad	Total
No existe	1
Si existe	41
Total	42

No existe	2%
Si existe	98%

Comer-Beber Dificultad

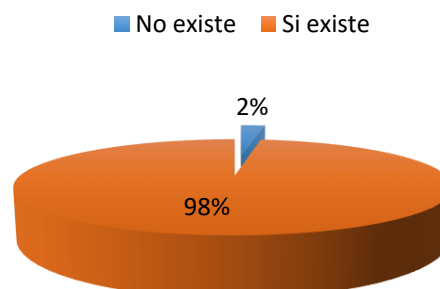


Figura 4: Comer - Beber - DIFICULTAD

Mediante la encuesta OIDP se obtuvieron resultados que el 98% de los participantes si tienen dificultad con sus prótesis dentales en el momento de comer y beber.

En un segundo lugar se ve implicada con la higiene con un 69% (Tabla 5); en cuanto los participantes que estuvieron dentro del estudio cabe recalcar que son integrantes de residencias para adultos mayores, donde están a cargo de personas especializadas para su cuidado; en estos casos supieron manifestar que ellas serían las encargadas de la higiene dental de las protesis de los participantes.

Tabla 5: Higiene - DIFICULTAD

Dificultad	Total
No existe	13
Si existe	29
Total	42
No existe	31%
Si existe	69%

HIGIENE - DIFICULTAD

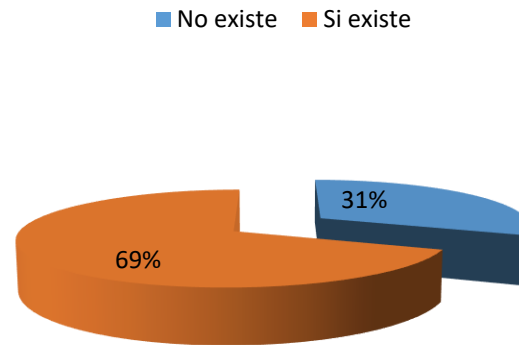


Figura 5: Higiene - DIFICULTAD

Existe 69% de dificultad en los participantes en lo que se refiere a la higiene dental.

El tercer lugar se vio reflejada la dificultad de poder hablar y pronunciar la palabras correctamente con un 67% (Tabla 6); debido a la edad de los participantes la movilidad y resistencia de poder mantener su musculatura como la de una persona más joven, por ende se ve involucrada la habilidad de pronunciar las palabra. Como se mencionaron anteriormente una razón y la cual los integrantes refiriendo se ven relacionada con la disminución de hueso alveolar, ya que debido a esta causa no pueden usar sus protesis como normalmente otra persona lo haría.

Tabla 6: Hablar - Pronunciar - DIFICULTAD

Dificultad	Total
No existe	14
Si existe	28
Total	42

No existe	33%
Si existe	67%

HABLAR PRONUNCIAR – DIFICULTAD.

■ No existe ■ Si existe

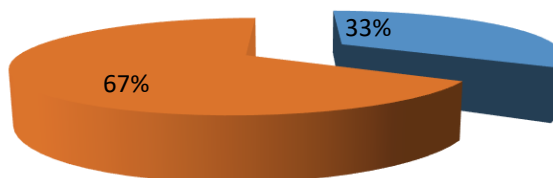


Figura 6: Hablar - Pronunciar - DIFICULTAD

Al menos el 67% de los participantes presentan dificultad, en el momento de hablar y tener que pronuncias palabras con sus prótesis dentales.

9. DISCUSIÓN.

Con este trabajo queríamos valorar el nivel de satisfacción de los pacientes de residencias para adultos mayores, de los cuales la muestra fue de 42 participantes, en donde se encontró que el 52% obtuvieron valores menores a los 57 puntos del Índice GOHAI que significan insatisfacción. Por ende los participantes se encuentran insatisfechos con el uso de sus prótesis dentales con respecto a su salud oral, a pesar de que en otro estudio de Esquivel Hernández R. I. en el 2010, donde utilizaron el mismo instrumento GOHAI en un total de 96 participantes, se demostró que en su caso el 92.7% obtuvieron menor puntaje de la media (57 puntos), y se podría decir que se encontraban insatisfechos, sin

embargo, en este estudio se invirtieron los resultados, es decir, quienes obtuvieron mayor puntaje a la media estaba insatisfechos, y menor puntaje a la media estaban satisfechos, esto en un futuro se puede mal interpretar o causar confusión, ya que la disposición de los niveles que se utilizó en el presente estudio son acorde al artículo original presentado por Montes – Cruz Ch. en el 2014.

En esta investigación también determinamos cuántos de estos 42 pacientes estaban satisfechos, que vendría a ser el 48% restante del estudio. En el estudio realizado por Esquivel Hernández R. I. en el año 2012 donde realizó una evaluación así mismo con el Índice GOHAI en un total de 53 sujetos, evidenció que el menor porcentaje de sus pacientes estaban satisfechos, más sin embargo en este estudio realizaron una comparación de las preguntas del índice en un antes y después del uso de prótesis dentales, dando así a conocer que los participantes después de usar sus prótesis dentales mejoraban notablemente el nivel de satisfacción. Así como en la investigación presentada por Hernández Mejía R. en 2006 demostró que en 100 participantes aplicando una escala de medición diferente abreviada PEVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos), demostró que la satisfacción en la salud oral de los pacientes adultos mayores va aumentando progresivamente mientras el paciente va siendo atendido por el profesional.

Resulta interesante que en diferentes estudios encontrados, han presentado investigaciones con diferentes métodos para establecer el nivel de satisfacción que los pacientes presentan, como fue en el de Hernández Mejía R. quien propuso escala de PEVEC y otros investigadores como Montes – Cruz Ch que incluso aparte de utilizar el índice GOHAI, hace el uso en su estudio como instrumentos de Katz y otro de Lawton, los cuales ayudan a evaluar la existencia de limitaciones de actividades en la vida diaria básicas e instrumentales,

respectivamente, y existen muchos más índices como Dental Impact Profile, Dental Impact on Daily Living, Oral Health Quality of Life Questionnaire, descritos por Mirachi C, en el 2006, donde especifica en su revisión bibliográfica.

No obstante, Misrachi C., para la evaluación en pacientes geriátricos y problemas de salud oral más usado por su extensa validación y fiabilidad es el MOS SF-36 HEALTH SURVEY, el cual es un cuestionario de 36 ítems evaluando 8 dominios, más sin embargo, en este estudio se vio utilizado el índice de GOHAI, por su facilidad al ser aplicable debido que puede ser utilizado en estudios transversales como es en este caso, y así mismo permite evaluar la salud oral del paciente, al igual que problemas psicosociales mediante 12 ítems siendo más corto para los pacientes asociados a esta área mediante; por lo cual ha sido varias veces utilizado como se ha visto en estudios como Sánchez García S (2010 70 (4):300-7) y Esquivel R. I (2012; 67(3):127-32), en los fue utilizado el índice GOHAI como instrumento principal para la determinación de la salud oral en buena condición de vida en los adultos mayores.

Continuando en el presente estudio se obtuvo que solo el 29% de los participantes tienen un mayor percepción de su salud oral, esto se refiere que aquellos pacientes son quienes tienen una buena impresión mediante los sentidos, sin embargo, el 71% de los participantes no poseen esta capacidad, es decir, tienen una mala percepción, por el contrario se ha comprobado en varios estudios como es el de Díaz Cárdenas en el 2012, que realizó un estudio donde se evaluaron a 120 adultos mayores dando en sus resultados que solo el 16% presentaron una percepción baja.

Este resultado a comparación del estudio presente, se puede decir que la ayuda que tuvo el anterior estudio fueron las piezas dentarias presentes en boca ya que

un requisito era no tener menos de 19 piezas dentales; al poseer cierta cantidad de piezas dentales se verá mejorado en el nivel de percepción ya que son los pilares que transmiten al ligamento periodontal la sensación de percibir al morder o hablar. Como se puede observar en un estudio realizado por Castrejón-Pérez en el 2010 quien utilizó el mismo instrumento OIDP, en 246 personas, donde obtuvo que un 49% de sus participantes tenían baja percepción bucal, y coincidió que era pacientes quienes poseían de 1 a 9 piezas dentales en boca, el cual concuerda con el estudio presente ya que los pacientes quienes obtuvieron una mejor percepción dental eran quienes tenían todavía cierto número piezas dentarias en boca.

Por el contrario, en otro estudio realizado por Jiménez Férrez J., en un total de 80 sujetos aplico tres tipos de instrumentos por medio de entrevistas, los cuales fueron: a) Escala Moral de Bienestar Subjetivo, indicativo de satisfacción, paz o logro; b) Cuestionario EuroQol-5D, midiendo calidad de vida, y c) Instrumentos de Strauss, midiendo la percepción bucal en ancianos; por lo cual en sus resultados Férrez demuestra que cuatro de cada cinco adultos mayores percibieron un nivel de bienestar entre bueno y muy bueno, y solo 1 de cada cinco adultos mayores perciben un status oral malo.

Así mismo, en esta investigación se reflejó que el género femenino es más auto perceptible con su condición de salud bucal. A pesar que no existen muchos estudios que se refieran o se dé una explicación directa a este resultado para compararlo, en la mayoría de estudios se encuentran con mayor porcentaje de participante de género femenino, más sin embargo, esto podría ser una variable a explicar que pueden presentar mayor autopercepción, por otro lado, en un estudio realizado por Kassebaum N.J. (2014) en 150 participantes, demostró la prevalencia de pérdida dental severa se da con mayor gravedad en pacientes de

género masculino que las mujeres, y se puede decir que debido a que las mujeres por instinto de género son quienes están más implicada y se preocupan por su salud bucal tienden a perseverar más tiempo sus piezas dentales que un hombre, no obstante al pasar el tiempo esta brecha sí ha disminuido entre ambos géneros. Y como se vio reflejada en el estudio la diferencia entre géneros no es muy significativa.

Del mismo modo, de acuerdo con el estudio de Montes Cruz Cristopher (2014, PP. 111-119.), se debe saber que estado de las piezas dentales han representado gran problema en la salud oral general en cada adulto mayor, así mismo, ya es de conocimiento en estudios anteriormente realizados en adultos mayores, la mayoría de participantes son de género femenino, debido que sufren ciertas molestias más que los hombres, desde etapas muy jóvenes, produciendo cambios bucales como en las piezas dentales; son quienes acuden con mayor frecuencia a los centros de servicios de salud según Esquivel Hernández R. (2012, P.P. 69-75).

En comparación con Jiménez Férrez J. encontró una diferencia significativa entre géneros, ya de su estudio donde participaron 80 sujetos, los pacientes de género masculino resultaron tener una percepción positiva ante las mujeres, esto pudo ser porque en su muestra fueron casi iguales en cantidad entre ambos géneros, y junto con los tres tipos de instrumentos que utilizó pudieron ser de gran ayuda, ya que, una desventaja en este estudio fue que en el total de participantes predominó el género femenino y se utilizó un solo tipo de instrumento. Así mismo, se encontró en el estudio de Duque-Duque V. en el 2013, donde participaron 100 pacientes, demostró que de sus participantes quienes tenían percepción baja de salud bucal fueron los pacientes de género femenino, dando así a conocer que los hombres tenían 9 veces mayor un nivel de percepción de salud bucal.

Gracias a los datos de esta investigación se obtuvieron grandes consideraciones de importancia, este resultado más reflejo en un aspecto funcional donde se ve implicada la capacidad de masticar cosas duras y pronunciar palabras, siendo esta capacidad como la principal característica por que los participantes se encuentran con mayor molestia, no obstante como se observó en el estudio de Esquivel Hernández R. antes mencionado, obtenía un resultado mayor con pacientes satisfechos, sin embargo los resultados en los dos estudios reflejaron que existía insatisfacción referentes a la masticación y deglución de alimentos duros.

Por otro lado, ciertos autores como Almeida E. O. (2007; 17(2):104-107), quien realizó una revisión bibliográfica, considera que realizar sobre dentaduras o también mencionadas como dentaduras extensas, permiten mantener el 80% de la habilidad masticatoria; aunque de hecho se da gracias a la presencia del ligamento periodontal uno de los factores que ayudarían a una mejor retención de las prótesis en boca.

En un segundo lugar en el estudio se vio implicada con la higiene; y en efecto se observó que los participantes del estudio, existe una gran deficiencia en el cepillado dental, por ende una de las consecuencias más recurrentes fueron inflamación gingival, además según Ionel A. (2016, pp.534-541) que en su investigación donde participaron 108 personas adultos mayores, los participantes de su estudio debido a la falta de higiene por una mal adecuada técnica de cepillado e incluso no iban con frecuencia al odontólogo presentaban enfermedad periodontal, teniendo un mutuo acuerdo con el estudio presente.

En cuanto los participantes que estuvieron dentro del estudio cabe recalcar que son integrantes de residencias para adultos mayores, donde están a cargo de personas especializadas para su cuidado; en estos casos supieron manifestar que

ellas serían las encargadas de la higiene dental de las prótesis de los participantes. Debido a esto Caballero García F. J. (1998;33:9125-31) especifica que la higiene en las prótesis dentales es muy importante ya que se pretende eliminar residuos de comida, ya sean en tejido blandos como en duros y a su vez se busca una correcta desinfección de las mismas, por eso es que Caballero a propuesto en su investigación ciertos consejos para el cuidado e higiene protésica como es el uso correcto de cepillo especiales y jabón neutro, lavado en pequeñas cantidades de agua, enjuagado en un medio antiséptico como hipoclorito sódico al 1% o 2%; y cepillar y enjuagar muy bien al siguiente día antes de empezar a usarlas.

Por último, el tercer lugar se lleva la dificultad de poder hablar y pronunciar la palabras correctamente; debido que en el estudio dado que se realizó en personas de mayor edad, los participantes van perdiendo su capacidad de movilidad y resistencia de poder mantener su musculatura como la de una persona más joven, por ende se ve involucrada la habilidad de pronunciar las palabra.

Se encontraron estudios donde los autores como Ikebe K. (2012; 40(5):406-14.), Hassel A. J. (2010; 27(4):242-7) y Vasconcelos L. (2012); concuerdan en sus estudios respectivamente que los pacientes edéntulos quien utilizan con menor frecuencia la prótesis inferior y siempre la superior son quienes obtienen un mayor nivel de autopercepción de su salud oral, así mismo se observa en pacientes adultos mayores quien hacen uso de ambas prótesis a la vez. Más sin embargo, por otra parte, Pennacchiotti en su investigación refiere que los pacientes edéntulos que usan sus dentaduras inferiores han demostrado una baja autopercepción, y que en quienes usan prótesis superior, por el contrario refieren una autopercepción buena.

Para el estudio presentado sería necesario en próximas investigaciones, algún tipo estudio diferente para corroborar los estudios obtenidos los instrumentos de GOHAI y OIDP, y analizando cómo se comportan referentes a otros estudios de evaluación y confirmando su validez con programas preventivos o terapéuticos que busquen mejorar la bienestar bucal en los participantes y pacientes adultos mayores.

Así se pudo evidenciar que en la investigación, los dos instrumentos fueron válidos y de gran importancia, no obstante, el índice de GOHAI obtuvo una distinción en las peculiaridades de la población debido a su descripción, a comparación de OIDP quien presento una mayor correlación ante el estado de la salud oral en los participantes.

10. CONCLUSIONES.

- En el estudio se demostró que el 52% de los participantes, se encuentran insatisfechos con el uso de prótesis dental.
- La mayor percepción oral se vio demostrada en los participantes puede variar de acuerdo al número de piezas dentales que tengas en boca los pacientes.
- El género de los individuos, en el estudio, tuvo correlación con el malestar en la percepción después de la pérdida de piezas dentales propias, ya sean totales o parciales, siendo el género masculino quienes refieren baja percepción a su condición oral.

- Existe concordancia de características en su diario vivir que provocan un grado de insatisfacción en los participantes, de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio.

11. SUGERENCIAS.

Se sugiere para próximas investigaciones realizar en una muestra con número de pacientes más significativa para poder obtener mucho mejor los resultados.

Se aconseja mantener un control correcto en pacientes que usa prótesis totales o parciales, tanto superiores e inferiores; y mejorar las prótesis de pacientes que tengan en mal estado, así ayudara a reducir el grado de insatisfacción y molestias ante el uso diario.

Para la percepción baja en el género masculino se sugiere realizar charlas, campañas y proyectos más exhaustivos en las residencias de adultos mayores, para mejorar la importancia y aumentar la concientización ante el cuidado de la salud oral en los pacientes.

Así mismo para disminuir la molestia que existe con ciertas actividades diarias con el uso de prótesis dentales, sería más apto, tener más precaución en la cumplimiento del tratamiento desde el inicio, así viendo cualquier defecto que se presente y corrigiéndolo a momento oportuno.

Por otro lado, sería de gran ayuda el complementar este estudio aplicando algún otro tipo de método o encuesta los cuales sean dirigidos a otros factores de insatisfacción, así podrá determinar la relación de los problemas que presenten los pacientes en ese momento con sus prótesis dentales.

REFERENCIAS.

Al-Omiri M. K., Sghaireen M. G., Al- Qudah A. A., Hammad O. A., Lynch C. D., y Lynch E., (2014). **Relationship between impacts of removable prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction and person ality profiles.** *Journal of Dentistry*, Volúmen 42, Número 3, Páginas 366-372, Copyright © 2013 Elsevier Ltd

Almeida E.O, Silva EMM, Falcón Antenucci RM, Freitas Júnior AC. **Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes.** *Revista Estomatol Herediana.* 2007; 17(2):104-107.

Andrei O.C., Margarit R., Tanasescu L.A., Daguci L., y Daguci C., 2016. **Prosthetic rehabilitation of complete edentulous patients with morphological changes induced by age and old ill fitted dentures.** *Rom J Morphol Embryol.* Pp: 861–86.

Caballero Garcia F. J., Caballero García J. C., Ortolá Siscar J. C. **Higiene de las protesis dentales removibles en el anciano.** *Revista Esp Geriatr Gerontol.* 1998; 33: 9125 – 31.

Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. **Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos.** *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(5):321–9.

Cisneros del Aguila M., Verastegui Sandoval A., Fernández Lozano H., (2014). **Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria.** *Revista científica alas peruanas.*

Cortes V., Carrasco F., Vergara C., **PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y TOTAL EN ISLAS BUTACHAUQUES y TAC, QUEMCHI, 2013.** *Rev Chil Salud Pública* 2014; Vol 18 (3): 257-262.

Costa Y. M., Porporatti A. L., Hilgenberg-Sydney P. B., Bonjardim L. R. y Conti P. C., (2015). **Deep pain sensitivity is correlated with oral-health-related quality of life but not with prosthetic factors in complete denture wearers.** *J Appl Oral Sci.* Pp: 23(6): 555–561. doi: 10.1590/1678-775720150174.

Díaz Martell Y, Forte Martell I., Díaz Zamora J., (2007). **Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas.** *Rev Cubana Estomatol* v.44 n.3 *Ciudad de La Habana.*

Díaz Cárdenas S., Arrieta Vergara K., y Ramos Martínez K., 2012. **Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores.** *Rev. Clínica de Medicina de Familia.* Vol. 5. Colombia. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>.

Duque-Duque V. E., Tamayo-Catrillon J., Echeverria-Cadavid P. A., Gutierrez-Osorio A. Y. 2013. **Oral health related quality of life in older adults assisting “IPS Universitaria” of Medellin and associated factors.** *Revista CES Odontología ISSN 0120-971X Volumen 26 No. 1.*

Emami E, Freitas de Souza R., Kabawat M.,S. Feine J., (2013). **The Impact of Edentulism on Oral and General Health.** *International Journal of Dentistry.* Article ID 498305. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/498305>.

Esquivel Hernández R. I., 2012. **Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. The effect of the use of dental prostheses on perceptions of oral health.** *REVISTA ADM/MARZO-ABRIL 2012/VOL. LXIX NO. 2. P.P. 69-75.*

Esquivel Hernández R. I., 2010. **Necesidad de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación GOHAI.** *Rev. ADM. Vol LXVII.*

Fayad M. I., Baig M. N., Alrawaili A. M., (2016). **Prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia.** *J Int Soc Prev Community Dent.* (Suppl 3): S187–S191. doi: 10.4103/2231-0762.197189.

Fernández ML, Kawachi I, Corrêa-Faria P, Pattusi MP, Paiva SM, Pordeus IA.(2015). **Caries prevalence and impact on oral health-related quality of**

life in children with sickle cell disease: cross-sectional study. *BMC Oral Health.* Jun 18; 15:68. Doi: 10.1186/s12903-015-0052-4.

Fuente Hernández J., Sumano Moreno O., Sifuentes Valenzuela M. C., Zelocuatecatl Aguilar A., 2010. **IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEMANDANTES DE ATENCIÓN DENTAL.** *Universitas Odontológicas.* <<http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>> ISSN N 0120-4319.

García Alpizar B., Benet Rodríguez M., Castillo Betancourt E. E., 2010. **Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor.** *MediSur. Vol. 8.*

Gil-Montoya J. A., Ferreira de Mello A. L., Barrios R., Gonzalez-Moles M. A. y Bravo M., 2015. **Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review.** *Clin Interv Aging.* Pp. 10: 461–467. doi: 10.2147/CIA.S54630.

Gutiérrez Vargas V., León Manco R., Castillo Andamayo D., (2015). **Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal.** *Rev estomatol herediana. Jul-set; 25(3): 179-86.*

Hassel AJ, Steuker B, Rolko C, Keller L, Rammelsberg P, Nitschke I. 2010. **Oral health-related quality of life of elderly Germans—comparison of GOHAI and OHIP-14.** *Community Dent Health.* 27(4):242-7.

Hewlett S. A., Yawson A. E., Calys-Tagoe B., Naidoo N., Martey P., Chatterji S., Kowal P., Mensah G., Miniuci N. y Biritwum R. B., (2015). **Edentulism and quality of life among older Ghanaian adults.** *BMC Oral Health.* 2015; 15: 48. Doi: 10.1186/s12903-015-0034-6.

Hernández-Mejía R., Calderón-Grcía R., Fernández-López J. a., Cueto-Espinar A., 2006. **Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada /Scale to measure quality of life in edentulous patients rehabilitated with full tissue-supported prostheses.** *RCOE Vol. 11.*

Ikebe K, Hazeyama T, Enoki K, Murai S, Okada T, Kagawa R, et. al. 2012. **Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 40(5):406-14.

Ionel A., Lucaciu O., Bondor C., Moga M., Ilea A., Feurdean C., Buhățel D., Hurubeanu L., Câmpian RS.. 2016. **Assessment of the relationship between periodontal disease and cardiovascular disorders: a questionnaire-based study.** *Clujul Med.* ;89(4):534-541. DOI:10.15386/cjmed-639.

Jain R., Dupare R., Chitqoppi R. y Basavaraj P., 2015. **Assessment of validity and reliability of Hindi version of geriatric oral health assessment index (GOHAI) in Indian population.** *Indian J Public Health.*;59(4):272-8. doi: 10.4103/0019-557X.169654.

Jainkittivong A., Aneksuk V., Langlais R. P., (2010). **Oral mucosal lesions in denture wearers. The Authors 26 Journal compilation 2009 The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology 2010;** 27: 26–32. doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00289.x

Kassebaum N.J., Bernabé E., Dahiya M., Bhandari B., Murray C.J.L., and Marcenes W., (2014). **Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis.** *JDR Clinical Research Supplement.*

Kayne E.K., Valencia A., Baba N., Spiro A., Dietrich T., and Garcia R.I. 2013. **Tooth loss and periodontal disease predict poor cognitive function in older men.** *J Am Geriatr Soc.* PP. 713–718.. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02788.x

Komagamine , Y., Kanazawa M., Kaiba Y., Sato Y.,and Minakuchi S. . (2014). **Reliability and validity of a questionnaire for self-assessment of complete dentures.** *BMC Oral Health.* Doi: 10.1186/1472-6831-14-45

Kosuru R. K., Devi G., Granhi V., Prasan K. K., Yasangi M. K., Dhanalaskshmi M., (2017). **Denture Care Practices and Perceived Denture Status among Complete Denture Wearers.** *J Int Soc Prev Community Dent.* Jan-Feb; 7(1): 41–45. doi: 10.4103/2231-0762.200705

Kuldeep S Shekhawat, Arunima Chauhan, Nansi Ramalingam. (2017). **Impact of remove partial denture on quality of life measured after 6 months and 1 year of use.** *Original research.* Pp. 81-85.

Kumagai H., Fueki K., Yoshida-Kohno E., Wakabayashi N., (2016). **Factors associated with mucosal pain in patients with partial removable dental prostheses.** *Journal of Oral Rehabilitation* 2016. Doi: 10.1111/joor.12417.

Lajes Ugarte M., Aúcar López J., Cardoso I., Díaz Gómez S. (2014). **Influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes.** *Humanidades Médicas;* 14(3): 615-628.

Lasso Hormaza A. 2013. **Como impacta en la calidad de vida del adulto el edentulismo total o parcial.** Recuperado el 15 de diciembre de 2017 <http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3366/LASSO%20HORMAZA%2c%20ADRIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lemus Cruz L. M., Triana K., Fuertes Rufin L., León Castell C., 2010. **Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de las lesiones bucales en el adulto mayor.** *Revista Habanera de Ciencias Médicas.*

Martin-Ares M., Barona-Dorado C., Guisado-Moya B., Martínez-Rodríguez N., Cortes-Breton-Brinkman J., Martínez-González J. M., (2015). **Prosthetic hygiene and functional efficacy in completely edentulous patients: satisfaction and quality of life during a 5-year follow-up.** *Clinical Oral Implants Research* Volume 27, Issue 12. Pp.: 1500–1505. DOI: 10.1111/clr.12604.

Márquez J., Laca M., Contreras C., Vieira J., (2014). **Manejo de impresiones en prótesis parciales removibles en la práctica odontológica en tres laboratorios dentales.** *Acta odontológica venezolana*. Vol.52.

Ministerio de salud pública del Ecuador. Recuperado de new.paho.org/hq/dmdocuments/.../OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf

Misrachi C., Espinoza I., 2006. **Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revisión Bibliográfica.** *Revista Dental de Chile* 2005; 96 (2): 28-35.

Montes-Cruz Ch., Juárez-Cedillo T., Cardenas-Bahena A., Rabay-Gánem C., Heredia-Ponce E., García-Peña C., y Sánchez-García S., 2014. **Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index**

(GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en un población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontologica Mexicana*, Vol. 18, Num. 2. Pp 111-119.

Neves F. D., Mendes F. A., Borges T. de F., Silveria Mendonca D. B., Prado M., y Zancoppe K., (2015). **Masticatory performance with different types of rehabilitation of the edentulous mandible.** *Braz J Oral Sci.* - Volume 14, Number 3. <http://dx.doi.org/10.1590/1677-3225v14n3a02>.

Organización Mundial de la Salud. (2013). **Salud mental: un estado de bienestar.** *OMS/P. Virot.* Recuperado el 19 de Abril del 2017 del enlace http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Picos A.M., Donca V., Picos A., (2014). **Prosthetic Rehabilitation in Partially Edentulous Elders – A Case Report.** *Clujul Med.* 87(3): 203–206. doi: 10.15386/cjmed-340.

Pietrokovski J., Starinsky R., Arensburg B., and Kaffe I., 2007. **Morphologic Characteristics of Bony Edentulous Jaws.** *Journal of Prosthodontics*, Vol 16, No 2. pp 141-147. DOI: 10.1111/j.1532-849X.2007.00165.x.

Rangel Rivera J. C., García del Prado G. L., Quintana Castillo M., Gutierrez Hernández M. E., Gutierrez Hernández N. 2009. **Necesidades de crear**

programas de promoción y prevención en el adulto mayor. *Revista Cubana Esromatologica. Vol 46. N2. Ciudad de La Habana.*

Razak P. A., Richard K. M., Thankachan R., Abdul Hafiz K. A., Nanda Kumar K., y Sameer K .M., **Geriatric Oral Health: A Review Article.** 2014. *J Int Oral Health.*; pp. 110–116.

Reyes-Fernandez S., Paredes-Solis S., Legorreta-Soberanis J., Romero-Castro N. S., Flore-Moreno M., 2015. **Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México.** *Revista Cubana de Estomatológica. Vol. 52.* Ciudad de la Habana.

Rodakowska E., Mierzyriska K., Baqinska J., y Jamiolkowski J., 2014. **Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland.** *BMC Oral Health.* 20;14:106. doi: 10.1186/1472-6831-14-106.

Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T. **Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population.** *J Public Health Dent.* 2010; 70 (4):300-7.

Valverde Leiva A., Fernández López O., Vargas Koudriavtsev T., (2016). .
: <http://dx.doi.org/10.15517//ijds.v0i0.23920>.

Vasconcelos L, Prado RR, Teles LB, Mendes RF. **Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro.**

Cad. Saúde Pública. Internet. 2012;28(6):1101-10. Citado 5 Nov 2014. Disponible

en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102.

Velga N., Herdacle A., Diniz L., Brittiies B., Pinto S., Santos A., Antunes C., Monteiro D., Rebelo G., Silva N., Coelho C. y Correia A., (2016). **Oral lesions associated with removable prosthesis among elderly patient's Portugal.** *International Journal of Dentistry and Oral Health.* Doi <http://dx.doi.org/10.16966/2378-7090.218>.

Vieira D. 2013. **Consecuencias de la falta de deitnes.** *CClinicas Dentales Barcelona Propdental.*

Wright C.D., McNeil D,W., Edwards C.B., Crout R.J., Neiswanger K, Shaffer J.R., Marazita M.L., (2017). **Periodontal Status and Quality of Life: Impact of Fear of Pain and Dental Fear.** *Pain Res Manag.:* 5491923. Doi: 10.1155/2017/5491923.

Xie Q., Ding T., Yang G., (2015). **Rehabilitation of oral function with removable dentures – still an option?.** *Journal of Oral Rehabilitation* 42; 234—242. DOI: 10.1111/joor.12246.

Yen Y-Y., Lee H-E., Wu Y-M., Lan S-J., Wang W-C., Du J-K., Huang S-T. y Hsu K-J., (2015). **Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan.** *BMC Oral Health.* Pp: 15: 1. doi: 10.1186/1472-6831-15-1.

ANEXOS.

ANEXO 1: Carta de Solicitud



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Valle de los Chillos, _____

Director (a) o Administrador (a):

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo, deseándoles el mayor de los éxitos en las actividades que desempeñan, me dirijo a ustedes muy respetuosamente. Yo, Jeniffer Alejandra Cuero Oliva con cédula 1718194044, estudiante de la Universidad de las Américas de la Facultad de Odontología con número de matrícula 706935, mediante esta carta me permito solicitar de forma muy cortés la autorización para realizar mi presente estudio de titulación en el establecimiento.....

....., con el objeto de realizar valoración dental en base al índice GOHAI y OIDP, mediante dos encuestas los participantes geriátricos serán capaces de responder o algún responsable de la persona también podrá ayudar a llenar dicha encuesta, el participante será diagnosticado con un equipo de diagnóstico dental básico su cavidad bucal, al finalizar la encuesta se pedirá permiso al participante o al responsable en el momento de poder tomar una foto al participante, este registro únicamente será utilizado con el fin de demostrar a la tutora responsable que el estudio se realizó a diferentes personas y de acuerdo al número de encuestas que se registren en el establecimiento. El registro de las encuestas se empezará a realizar en el mes de septiembre de acuerdo al número de participantes presentes en el establecimiento se demorará uno a tres días.

Atentamente,

DIRECTOR (A) o ADMINISTRADOR (A)

ALUMNA

NOMBRE:

NOMNRE: Jeniffer Alejandra

Cuero Oliva

C.I.

C.I.171819404-4

Telf.:

telf.: 0987264328



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

Valle de los Chillos,

1, Agosto, 2017

Dra. Eliana Crespo

Directora General

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo, deseándoles el mayor de los éxitos en las actividades que desempeñan, me dirijo a ustedes muy respetuosamente. Yo, Jeniffer Alejandra Cuero Oliva con cédula 1718194044, estudiante de la Universidad de las Américas de la Facultad de Odontología con número de matrícula 706935, mediante esta carta me permito solicitar de forma muy cortés la autorización para realizar mi presente estudio de titulación en el establecimiento RESIDENCIA de ADULTO MAYOR AÑOS DORADOS, con el objeto de realizar valoración dental en base al índice GOHAI y OIDP, mediante dos encuestas los participantes geriátricos serán capaces de responder o algún responsable de la persona también podrá ayudar a llenar dicha encuesta, el participante será diagnosticado con un equipo de diagnóstico dental básico su cavidad bucal, al finalizar la encuesta se pedirá permiso al participante o al responsable en el momento de poder tomar una foto al participante, este registro únicamente será utilizado con el fin de demostrar a la tutora responsable que el estudio se realizó a diferentes personas y de acuerdo al número de encuestas que se registren en el establecimiento. El registro de las encuestas se empezará a realizar en el mes de septiembre de acuerdo al número de participantes presentes en el establecimiento se demorará uno a tres días.

Atentamente,

DIRECTOR (A) o ADMINISTRADOR (A)

ALUMNA

NOMBRE: Dra. Eliana Crespo

NOMBRE: Jeniffer Alejandra Cuero Oliva

C.I. 010159803

**HOGAR GERIATRICO
AÑOS DORADOS U**

Eliana Crespo Marquez

TLFN.:

0997129

TEC. MEDICO EN FISIOTERAPIA
M.S.P. Libro: 1 Folio: 009 No. 26

DIRECTORA

ANEXO 2 : Lista de pacientes: Hogar Geriátrico Años Dorados II



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TEMA: “Valoración del índice de GOHAI Y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos, portadores de prótesis removibles, en el período de septiembre y octubre 2017.”

RESIDENCIA: Hogar Geriátrico Años Dorados II

NOMBRE	GENERO	EDAD
Zoila Jara	Femenino	87
Soila Orosco	Femenino	82
Dolores Pérez	Femenino	88
Edgar Gallegos	Masculino	65
María Arteria Rodríguez	Femenino	96
Luisa Socali	Femenino	79
Leonor López	Femenino	90
Blanca Mejía	Femenino	75
María Allán	Femenino	82
Ester Beltrán	Femenino	94



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Valle de los Chillos, 25 de Julio de 2017

Director (a) o Administrador (a):

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo, deseándoles el mayor de los éxitos en las actividades que desempeñan, me dirijo a ustedes muy respetuosamente, Yo, Jeniffer Alejandra Cuero Oliva con cédula 1718194044, estudiante de la Universidad de las Américas de la Facultad de Odontología con número de matrícula 706935, mediante esta carta me permito solicitar de forma muy cortés la autorización para realizar mi estudio de titulación en el establecimiento CASA HOGAR SAN RAFAEL, con el objeto de realizar valoración dental en base al Índice GOHAI y ODP, mediante dos encuestas los participantes geriátricos serán capaces de responder o algún responsable de la persona también podrá ayudar a llenar dicha encuesta, el participante será diagnosticado con un equipo de diagnóstico dental básico su cavidad bucal, al finalizar la encuesta se pedirá permiso al participante o al responsable en el momento de poder tomar una foto al participante, este registro únicamente será utilizado con el fin de demostrar a la tutora responsable que el estudio se realizó a diferentes personas y de acuerdo al número de encuestas que se registren en el establecimiento. El registro de las encuestas se empezará a realizar en el mes de septiembre de acuerdo al número de participantes presentes en el establecimiento se demorará uno a tres días.

Atentamente,

DIRECTOR (A) o ADMINISTRADOR (A)

NOMBRE: Dra. Gisella Andrade

C.I. 0905391900

DIRECTORA
Casa Hogar San Rafael

ALUMNA

NOMBRE: Jeniffer Alejandra Cuero Oliva

C.I.171819404-4

ANEXO 3 : Lista de pacientes: Casa Hogar San Rafael



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TEMA: “Valoración del índice de GOHAI Y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos, portadores de prótesis removibles, en el período de septiembre y octubre 2017.”

RESIDENCIA: Casa Hogar San Rafael

NOMBRE	GENERO	EDAD
Lelia Argentina Albán Alfaro	Femenino	87
María Olimpia Monar	Femenino	80
Dartanial Ledezma	Masculino	89
Carmen Elina Guillen Gómez	Femenino	90
Ángel Rogelio Carrera	Masculino	80
Ligia Beltrán	Femenino	90
Piedad Arellano	Femenino	96
Pablo José Marcel	Masculino	67
Jaime Guillermo Lupera	Masculino	65
Antonio Arauz	Masculino	90
Inés Alarcón	Femenino	83
Juanita Rodríguez	Femenino	80
Marujita Proaño	Femenino	89
Concepción Lazcano	Femenino	88
Beatriz Alurio	Femenino	77
Ana María Niquinga	Femenino	92



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Valle de los Chillos, 25 de Julio de 2017

Director (a) o Administrador (a):

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo, deseándoles el mayor de los éxitos en las actividades que desempeñan, me dirijo a ustedes muy respetuosamente, Yo, Jeniffer Alejandra Cuero Oliva con cédula 1718194044, estudiante de la Universidad de las Américas de la Facultad de Odontología con número de matrícula 706935, mediante esta carta me permito solicitar de forma muy cortés la autorización para realizar mi estudio de titulación en el establecimiento MI QUERIDO VIEJO, con el objeto de realizar valoración dental en base al Índice GOHAI y ODP, mediante dos encuestas los participantes geriátricos serán capaces de responder o algún responsable de la persona también podrá ayudar a llenar dicha encuesta, el participante será diagnosticado con un equipo de diagnóstico dental básico su cavidad bucal, al finalizar la encuesta se pedirá permiso al participante o al responsable en el momento de poder tomar una foto al participante, este registro únicamente será utilizado con el fin de demostrar a la tutora responsable que el estudio se realizó a diferentes personas y de acuerdo al número de encuestas que se registren en el establecimiento. El registro de las encuestas se empezará a realizar en el mes de septiembre de acuerdo al número de participantes presentes en el establecimiento se demorará uno a tres días.

Atentamente,

CASA HOGAR PARA ANCIANOS
"Mi Querido Viejo"
TELF.: 234-7880
234-1019
CEL.: 097 541 252

Por: *Abacado P.*
DIRECTOR (A) o ADMINISTRADOR (A)

NOMBRE: *Grace A. Baada P.*
C.I. *1706802301*

ALUMNA

NOMBRE: Jeniffer Alejandra Cuero Oliva
C.I.171819404-4

ANEXO 4 : Lista de pacientes: Mi Querido Viejo



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TEMA: “Valoración del índice de GOHAI Y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos, portadores de prótesis removibles, en el período de septiembre y octubre 2017.”

RESIDENCIA: Mi Querido Viejo

NOMBRE	GENERO	EDAD
Piedad de Vinuesa	Femenino	90
Luis Edgar Bravo	Masculino	85
Ximena León	Femenino	71
Blanca Vaca	Femenino	93
José Antonio Peña Herrera	Masculino	87
Berta Fierro	Femenino	85
Juanita Llanganate	Femenino	91
María Elis Beltrán	Femenino	78
Luis Cornejo	Masculino	87
Josefina Ordoñez	Femenino	94
Marcelo Colina Dávalos	Masculino	80
Raúl Barriga	Masculino	83
Alfonso Moreno	Masculino	93
Rocío Alvarez	Femenino	88
Maharta Bernal Clavijo	Femenino	65
María Piedad Prado Morillo	Femenino	78

ANEXO 5 : Consentimiento Informado



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO
VALORACIÓN DE ÍNDICE GOHAI Y OIDP**

Responsables: Dra. Gabriela Romero

Estudiante: Jeniffer Cuero

Institución: Universidad de las Américas

Facultad de Odontología

Teléfono: 0986526408

0987264328

Email: mg.romero@udlanet.ec

jacuero@udlanet.ec

Título del proyecto: “Valoración del índice de GOHAI Y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos, portadores de prótesis removibles, en el período de septiembre y octubre 2017.”

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte de un curso en el que están inscritos, para poder aumentar el conocimiento en cuanto a **VALORACIÓN DE ÍNDICE GOHAI Y OIDP**

. PROPÓSITO

El objetivo es determinar la Valoración del índice de GOHAI Y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en el curso, usted debe ser persona adulta, y presentar máximo 15 piezas dentales en boca. Se realizarán un tipo de evaluación:

1) Test de Evaluación

- Se dará al paciente un espejo facial.
- Se entregará un test de evaluación con esfero de color azul.
- Se irá explicando a cada paciente en voz alta cada pregunta.
- Usted deberá anotar el nivel de satisfacción en cada uno de los espacios correspondientes de la ficha entregada (5 =máximo / 1=insatisfactorio).
- Si tiene alguna observación a realizar anotar en el espacio destinado al final de la encuest

INICIALES DEL NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Nombre del Clínico Responsable	_____ Firma del Clínico Responsable	_____ Fecha

ANEXO 6 : Encuesta GOHAI.

(Moya Rivera P., 2015, Pp: 13 – 15)

INSTRUCCIONES

- 1.- Leer con atención el consentimiento informado en las primeras hojas. Si está de acuerdo llenar con el nombre completo en la parte inferior de los dos lados de la hoja.
- 2.- INVESTIGADOR: leer con voz alta y claro cada ítem de la encuesta. Si el investigado no entiende con claridad, explicar de mejor manera a que se refiere el ítem correspondiente.
- 3.- En la encuesta de GOAHI marcar con un esfero de azul y círculo el nivel de satisfacción que el participante indique teniendo conocido que 1 (insatisfactorio), 2 (casi insatisfactorio), 3 (poco satisfactorio), 4 (satisfactorio), y 5 (mayor satisfacción).
- 4.- En la encuesta de OIDP se marcará en cada casilla según la molestia que el paciente está presentando y el investigador se ira guiando con el rango que se debe de utilizar para cada criterio.
- 5.- Para culminar el estudio el participante responderá a 3 últimas preguntas relacionadas al bienestar oral.

Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría.

1. Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura? 1 2 3 4 5
2. Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas? 1 2 3 4 5
3. Cuántas veces ha tragado usted bien? 1 2 3 4 5
4. Cuantas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura? 1 2 3 4 5

5. Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia? 1 2 3 4 5

7. Cuando usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o

su dentadura?

8. Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las

molestias en su boca?

9. Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no

están bien?

10. Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?

11. Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?

ANEXO 7 : Encuesta OIDP

(Paredes-Martínez E. R, 2014, Pp: 171-177.)

OIDP

	PRESENCIA DE DIFICULTAD (0/1)	PERIODO (1-5)	SEVERIDAD (0-5)	CAUSA
Comer, beber				
Hablar, pronunciar				
Higiene				
Rol ocupacional				
Relaciones sociales				
Dormir				
Relajarse				
Sonreír				
Estado emocional				

Observaciones del bienestar oral

¿Qué aspecto considera usted el más importante en una boca?

¿Cuál es la principal queja con su boca?

Valore en una escala de 0 a 10 la satisfacción que tiene con su boca actualmente.

ANEXO 8 : Prueba Piloto



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PRUEBA PILOTO

TEMA: “Valoración del índice de GOHAI Y OIDP en pacientes de residencias para adultos mayores, en el sector Valle de los Chillos, portadores de prótesis removibles, en el período de septiembre y octubre 2017.”

En el establecimiento seleccionado para realizar la prueba piloto, respondieron al instrumento, con cada paciente, lo cual se tomó como las primeras encuestas redactadas de la operación estadística. Las encuestas se realizaron a 10 pacientes, en el establecimiento HOGAR GERIÁTRICO AÑOS DORADOS II.

No se presentó ningún problema al localizar el establecimiento, por otro lado, es bueno mencionar la importancia de prestar atención en el sector la nomenclatura específica para cada calle, puesto que el sector es un poco confuso.

En el momento de realizar la prueba piloto todos los pacientes estuvieron de acuerdo con la participación en el estudio; existieron pacientes lo cuales por criterios de exclusión no participaron en el estudio, sin embargo, no se presentaron mayores inconvenientes, el personal del establecimiento son personas muy colaboradoras y atentas, ni tampoco se presentaron errores en las encuestas realizadas.

En lo que corresponde el llenado de dichas encuestas, con cada paciente se fue observando ciertos impedimentos al momento de formular las preguntas, como fue debido a la pérdida de audición que los participantes presentaron, ya sea por la

edad que tienen, se requirió aumentar un poco más el tono de voz para poder realizar el estudio. Así mismo se observó cierta confusión con el pase de la pregunta 8, ya que está relacionada a medicamentos para malestar dental, sin embargo, los participantes mencionaban medicamentos personales que deben de ingerir.

La estrategia utilizada fue que el investigador se presente ante el paciente dando confianza y seguir con cierta conversación explicando adecuadamente lo que se va a realizar; mientras el investigador mantenía una conversación amena se fue destacando cierta información apta para responder cada ítem para que la encuesta no se convierta en monotonía o el participante pierda el interés.

En general, el campo operativo fue exitoso por el ambiente muy comfortable que se obtuvo desde un principio con la directora del establecimiento, las enfermeras y con los pacientes adultos mayores, con quienes se pudo adquirir una hermosa experiencia al compartir un momento muy ameno mientras se realizaba el respectivo estudio.

Por consiguiente, la prueba piloto logro cumplir con los objetivos de evaluar el desempeño de las dos encuestas con un tiempo de duración adecuado. Además, fue posible observar ciertas inquietudes que los participantes presentaban en su cavidad oral aparte de los ítems propuestos por el estudio.

NOMBRE	GENERO	EDAD	P. TOTAL	P. PARCIAL	Cf. KENNEDY	SATISFACCION
Zoila Jara	Femenino	87	Sup. e Inf.	-		4
Soila Orosco	Femenino	82	-	Sup. e Inf.	I	8
Dolores Pérez	Femenino	88	Sup. e Inf.	-		6
Edgar Gallegos	Masculino	65	superior		I	6
María Arteria Rodríguez	Femenino	96	superior	inferior	I	7
Luisa Socali	Femenino	79	Superior	-		8
Leonor López	Femenino	90	-	Superior	II	7
Blanca Mejía	Femenino	75	Sup. e Inf.	-		5
María Allán	Femenino	82	Superior	-		5
Ester Beltrán	Femenino	94	Superior	-		5

Pacientes con prótesis total removible bimaxilar: 3

Pacientes con prótesis total removible unimaxilar: 4

Pacientes con prótesis total y parcial removible: 1

Pacientes con prótesis parcial: 2

ANEXO 9 : Tablas de Resultados.

En un total de 42 adultos mayores los cuales de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión conformaron la muestra.

Tabla 7 : Frecuencias de género.

Género	Total
Masculino	12
Femenino	30
Total	42

Masculino 29%

Femenino 71%

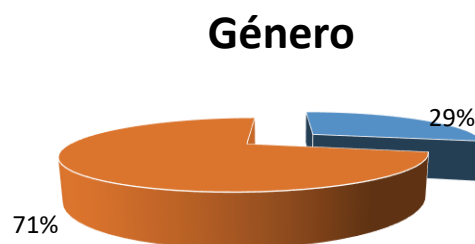


Figura 7

El 71% de participantes fueron de género femenino.

Frecuencias del GOHAI.

Tabla 8 . Pregunta 1

Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	4	9,5	9,5	9,5
	Frecuente	6	14,3	14,3	23,8
	Algunas veces	13	31,0	31,0	54,8
	Rara vez	7	16,7	16,7	71,4
	Nunca	12	28,6	28,6	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?

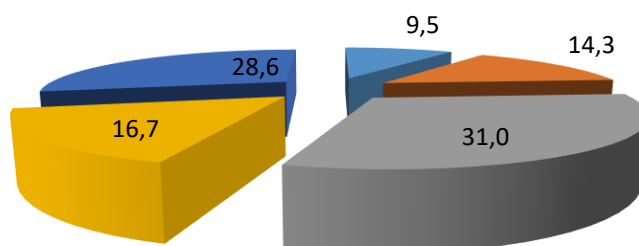


Figura 8

El 31% de participantes han tenido algunas veces que comer menos o cambiar su tipo de comida debido a las dentaduras protésicas, 28,6% nunca y el 16,7% rara vez han presentado problemas.

Tabla 9. Pregunta 2

Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	11	26,2	26,2	26,2

	Frecuente	15	35,7	35,7	61,9
	Algunas veces	6	14,3	14,3	76,2
	Rara vez	4	9,5	9,5	85,7
	Nunca	6	14,3	14,3	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?

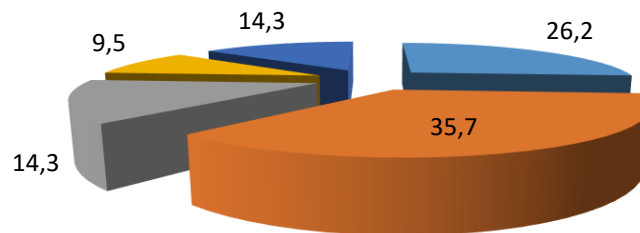


Figura 9

El 35,7% de participantes han tenido más frecuente problemas al masticar comidas de textura dura, el 26,2% han presentado siempre y el 14,3% algunas veces.

Tabla 10. Pregunta 3

Cuántas veces ha tragado usted bien?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	9,5	9,5	9,5
	Rara vez	8	19,0	19,0	28,6
	Algunas veces	20	47,6	47,6	76,2
	Frecuente	8	19,0	19,0	95,2
	Siempre	2	4,8	4,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces ha tragado usted bien?

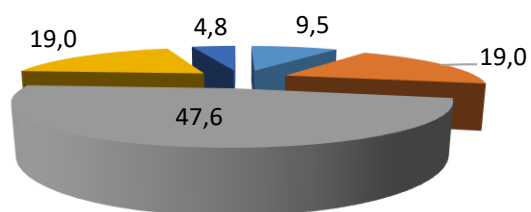


Figura 10

El 47,6% de participantes han tenido algunas veces han tragado bien, el 19% han presentado rara vez y frecuente.

Tabla 11 . Pregunta 4

Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	3	7,1	7,1	7,1
	Frecuente	8	19,0	19,0	26,2
	Algunas veces	14	33,3	33,3	59,5
	Rara vez	13	31,0	31,0	90,5
	Nunca	4	9,5	9,5	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?

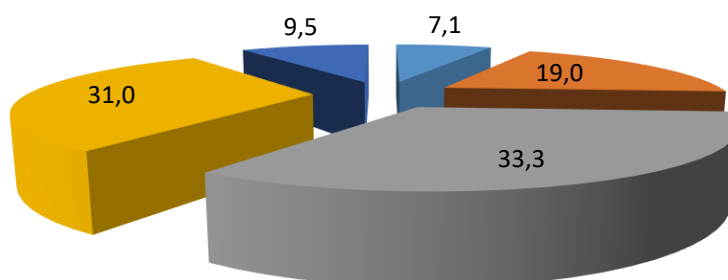


Figura 11

El 33,3% de participantes han tenido algunas veces problemas al hablar bien, el 31% han presentado rara vez y el 19% frecuente.

Tabla 12 . Pregunta 5

Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	Siempre	31	73,8	73,8	73,8
	Frecuente	6	14,3	14,3	88,1
	Rara vez	2	4,8	4,8	92,9
	Nunca	3	7,1	7,1	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?

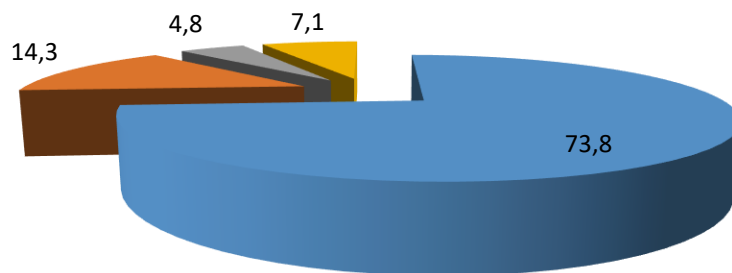


Figura 12

El 73,8% de participantes han tenido siempre problemas de salir o hablar con otras personas, el 14,3% han presentado frecuente y el 4,8% rara vez.

Tabla 13 . Pregunta 6

Cuando usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	29	69,0	69,0	69,0
	Frecuente	7	16,7	16,7	85,7
	Algunas veces	2	4,8	4,8	90,5
	Rara vez	2	4,8	4,8	95,2
	Nunca	2	4,8	4,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

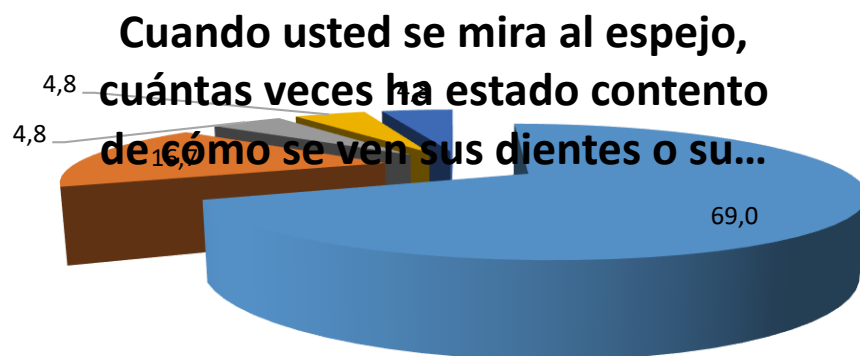


Figura 13

El 69% de participantes han estado siempre contentos al verse sus dientes y el 16,7% han presentado frecuentemente.

Tabla 14 . Pregunta 6

Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	6	14,3	14,3	14,3
	Rara vez	15	35,7	35,7	50,0

	Algunas veces	10	23,8	23,8	73,8
	Frecuente	7	16,7	16,7	90,5
	Siempre	4	9,5	9,5	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?

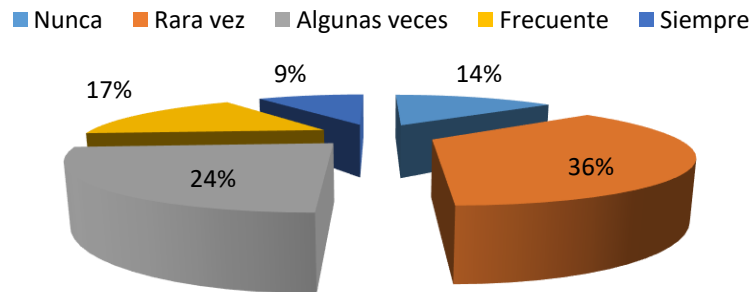


Figura 14

El 35,7%% de participantes rara vez no han podido comer sin alguna molestia, el 23,8% han presentado algunas veces y el 16,7% frecuentemente.

Tabla 15 . Pregunta 7

Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	18	42,9	42,9	42,9
	Frecuente	15	35,7	35,7	78,6
	Algunas veces	3	7,1	7,1	85,7
	Rara vez	4	9,5	9,5	95,2
	Nunca	2	4,8	4,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?

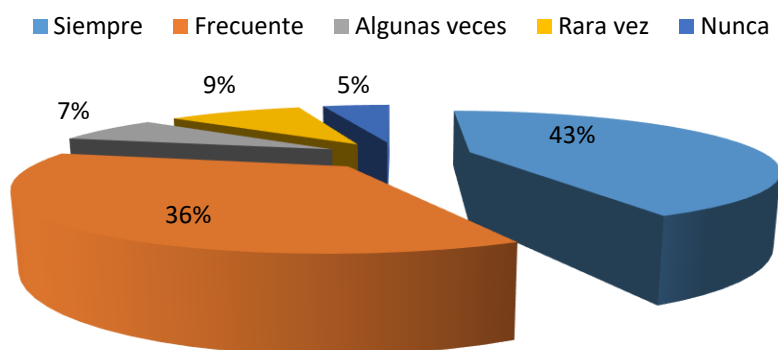


Figura 15

El 42,9% de participantes han tenido que usar siempre medicamentos para aliviar molestias dentales, el 35,7% frecuentemente y el 9,5% han presentado rara vez.

Tabla 16 . Pregunta 8

Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	Siempre	10	23,8	23,8	23,8
	Frecuente	23	54,8	54,8	78,6
	Algunas veces	2	4,8	4,8	83,3
	Rara vez	4	9,5	9,5	92,9
	Nunca	3	7,1	7,1	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?

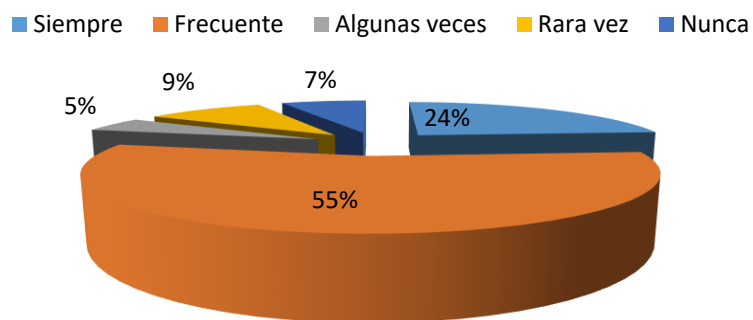


Figura 16

El 54,8% de participantes han estado frecuentemente preocupados por sus dentaduras, el 23,8% han estado siempre y el 9,5% rara vez.

Tabla 17 . Pregunta 8

Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	20	47,6	47,6	47,6
	Frecuente	12	28,6	28,6	76,2
	Algunas veces	2	4,8	4,8	81,0
	Rara vez	4	9,5	9,5	90,5
	Nunca	4	9,5	9,5	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?

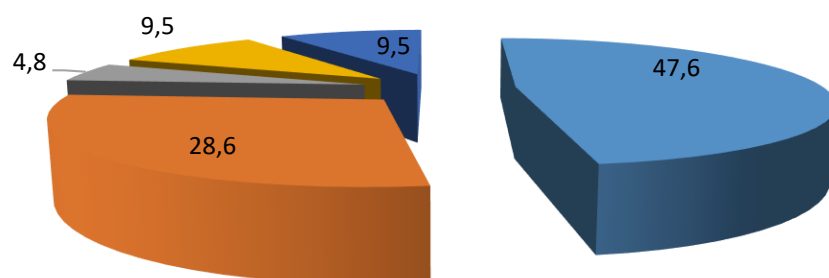


Figura 17

El 47,6% de participantes han estado siempre nervioso por problemas dentales, el 28,6% frecuentemente y el 9,5%% han estado rara vez y nunca preocupados.

Tabla 18 . Pregunta 9

Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	Siempre	2	4,8	4,8	4,8
	Frecuente	2	4,8	4,8	9,5
	Rara vez	7	16,7	16,7	26,2
	Nunca	31	73,8	73,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?

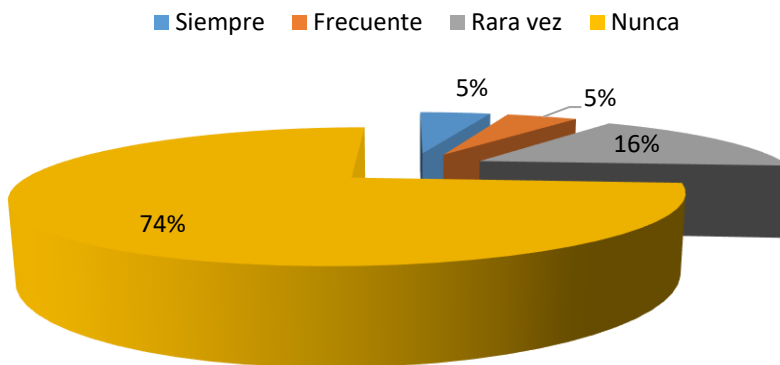


Figura 18

El 73,8%% de participantes nunca han dejado de comer a gusto frente otras personas y el 16,7% han estado incomodos rara vez.

Tabla 19 . Pregunta 10

Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	9	21,4	21,4	21,4
	Frecuente	9	21,4	21,4	42,9
	Algunas veces	11	26,2	26,2	69,0
	Rara vez	11	26,2	26,2	95,2
	Nunca	2	4,8	4,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?

■ Siempre ■ Frecuente ■ Algunas veces ■ Rara vez ■ Nunca

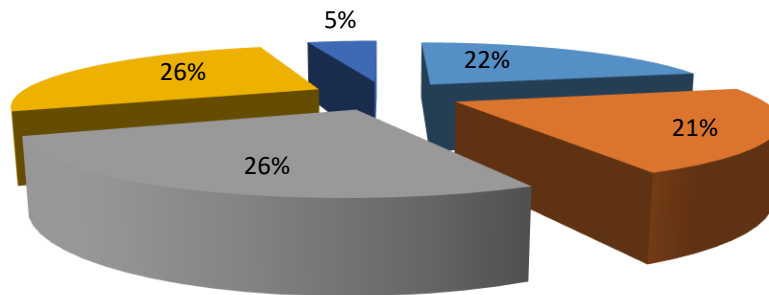


Figura 19

El 26,2% de participantes han tenido alguna vez y rara vez sensibilidad al frío y calor, y el 21,4% siempre y frecuentemente.

Frecuencias de OI DP.

Tabla 20 COMER BEBER – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	1
poco tiempo	5
tiempo moderado	11
tiempo prolongado	16
tiempo largo	9
TOTAL	42

no aplica	2%
poco tiempo	12%
tiempo moderado	26%
tiempo prolongado	38%
tiempo largo	21%

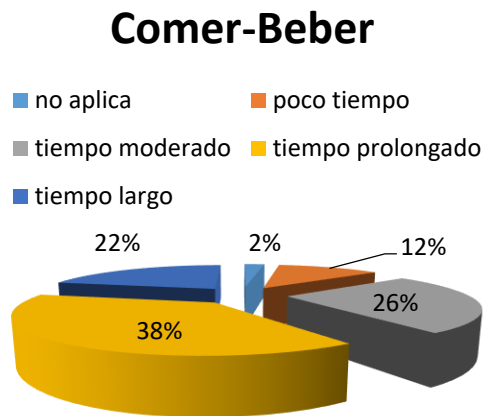


Figura 20

En los participantes en quienes existe dificultad: el 38% indica molestia por un tiempo prolongado, el 26% a un tiempo moderado, 21% en un tiempo largo y solo con un 12% por poco.

Tabla 21 : COMER BEBER – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	1
suave	0
leve	7
moderado	7
grave	14
crónico	13
TOTAL	42

no aplica	2%
suave	0%
leve	17%
moderado	17%
grave	33%
crónico	31%

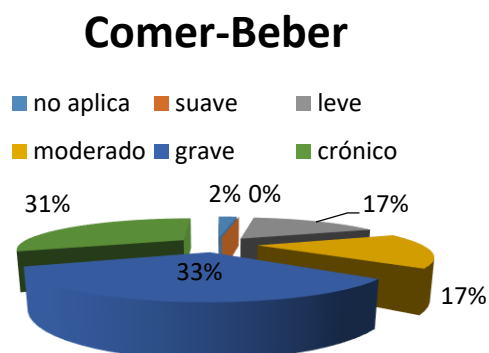


Figura 21

La severidad con el grado de dolor que se ha verificado en los participantes redondea con mayor porcentaje de 33% grado grave, 31% con un grado crónico y con un 17%, cuyos participantes tienen grado de molestia leve y moderado

Tabla 22 : HABLAR PRONUNCIAR – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	14
poco tiempo	9
tiempo moderado	6
tiempo prolongado	9
tiempo largo	4
TOTAL	42

no aplica	33%
poco tiempo	21%
tiempo moderado	14%
tiempo prolongado	21%
tiempo largo	10%

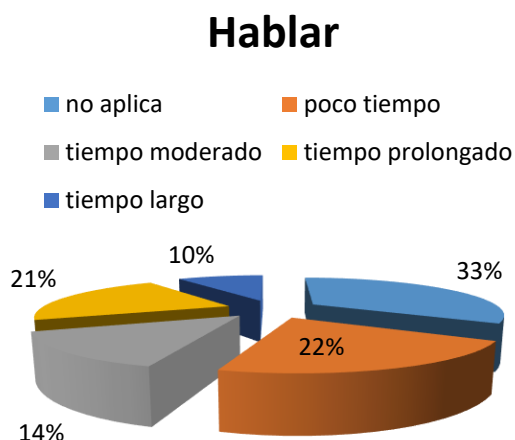


Figura 22

El 21% de participantes indican la dificultad persiste en un tiempo prolongado y durante poco tiempo, el 14% en un tiempo moderado y el 10% por un tiempo largo, sin embargo, el 33% siendo mayor para participantes que presentan dificultad.

Tabla 23 : HABLAR PRONUNCIAR – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	14
suave	1
leve	9
moderado	12
grave	3
crónico	3
TOTAL	42

no aplica	33%
suave	2%
leve	21%
moderado	29%
grave	7%
crónico	7%

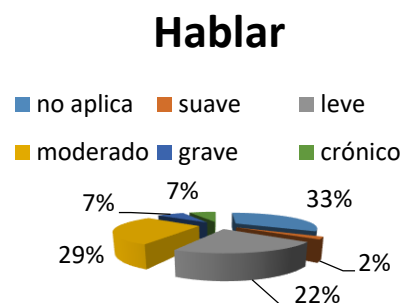


Figura 23

La severidad más prominente en los pacientes fueron de un grado moderado con un 29%, siguiendo con 21% grado leve, el 7% con una severidad tanto grave y crónico.

Tabla 24 : HIGIENE – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	14
poco tiempo	10
tiempo moderado	10
tiempo prolongado	7
tiempo largo	1
TOTAL	42

no aplica	33%
poco tiempo	24%
tiempo moderado	24%
tiempo prolongado	17%
tiempo largo	2%

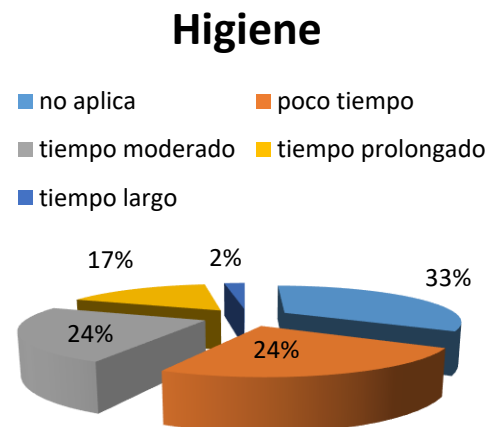


Figura 24

Los participantes con dificultad refieren el 24% en un periodo de tiempo moderado y poco, 17% ante tiempo prolongado y solo 2% en pacientes con periodo largo.

Tabla 25: HIGIENE - SEVERIDAD

Severidad	Total
no aplica	13
suave	1
leve	10
moderado	7
grave	9
crónico	2
TOTAL	42

no aplica	31%
suave	2%
leve	24%
moderado	17%
grave	21%
crónico	5%

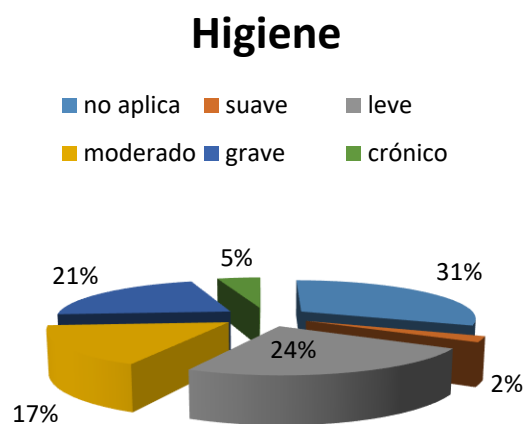


Figura 25

El 24% de participantes se demostró un grado de severidad leve, continuando con el 21% de grado grave, 17% moderado y 5% de pacientes con severidad crónico.

Tabla 26 : ROL OCUPACIONAL – DIFICULTAD.

Dificultad	Total
No existe	42
Si existe	0
Total	42

No existe 100%
Si existe 0%

Ocupación

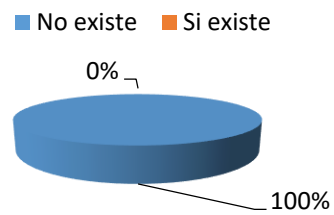


Figura 26

El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan dificultad con sus prótesis dentales en su rol ocupacional

Tabla 27 : ROL OCUPACIONAL – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	42
poco tiempo	0
tiempo moderado	0
tiempo prolongado	0
tiempo largo	0
TOTAL	42

no aplica	100%
poco tiempo	0%
tiempo moderado	0%
tiempo prolongado	0%
tiempo largo	0%

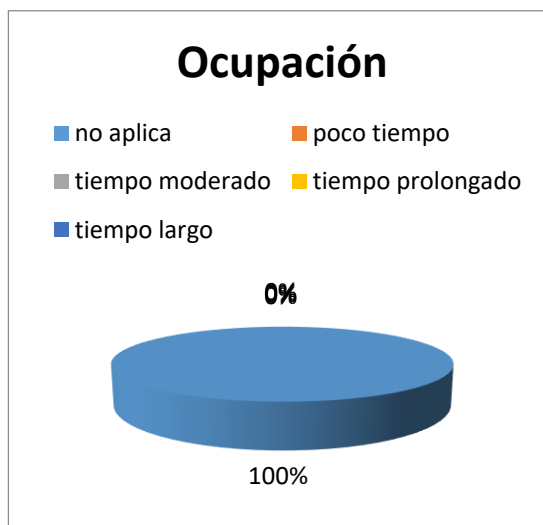


Figura 27

El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan dificultad en cierto período con sus prótesis dentales en su rol ocupacional.

Tabla 28 : ROL OCUPACIONAL – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	42
suave	0
leve	0
moderado	0
grave	0
crónico	0
TOTAL	42

no aplica	100%
suave	0%
leve	0%
moderado	0%
grave	0%
crónico	0%



Figura 28

El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan grado de severidad con sus prótesis dentales en su rol ocupacional.

Tabla 29 : RELACIONES SOCIALES – DIFICULTAD.

Dificultad	Total
No existe	35
Si existe	7
Total	42

No existe 83%
Si existe 17%

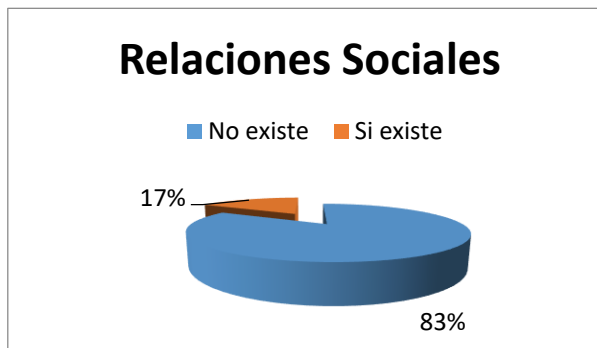


Figura 29

El 17% de los participantes presentan dificultad por sus prótesis dentales.

Tabla 30 : RELACIONES SOCIALES – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	36
poco tiempo	3
tiempo moderado	1
tiempo prolongado	1
tiempo largo	1
TOTAL	42

no aplica 86%
poco tiempo 7%

Relaciones Sociales

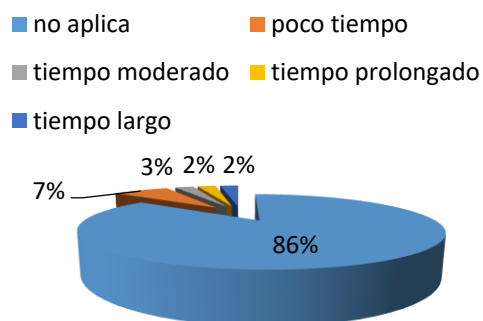


Figura 30

tiempo moderado	2%
tiempo prolongado	2%
tiempo largo	2%

En los participantes que presentaron dificultad, se registró un 7% durante poco tiempo, y el 2% tanto en tiempo moderado, prolongado y largo respectivamente.

Tabla 31 : RELACIONES SOCIALES – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	35
suave	1
leve	2
moderado	2
grave	1
crónico	1
TOTAL	42

no aplica	83%
suave	2%
leve	5%
moderado	5%
grave	2%
crónico	2%

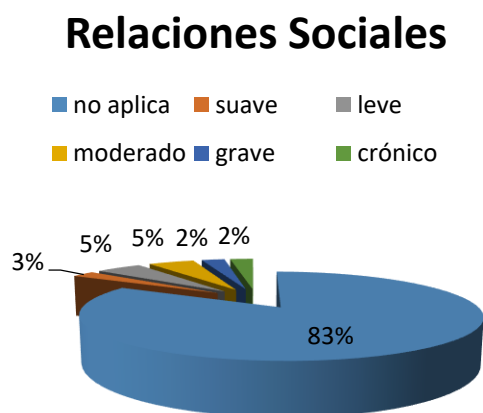


Figura 31

Se registró el 5% en una severidad leve y moderada, y un 2% de pacientes con grado suave, grave y crónico.

Tabla 32 : DORMIR – DIFICULTAD.

Dificultad	Total
No existe	42
Si existe	0
Total	42

No existe	100%
Si existe	0%

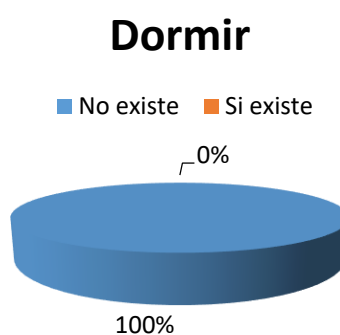


Figura 32

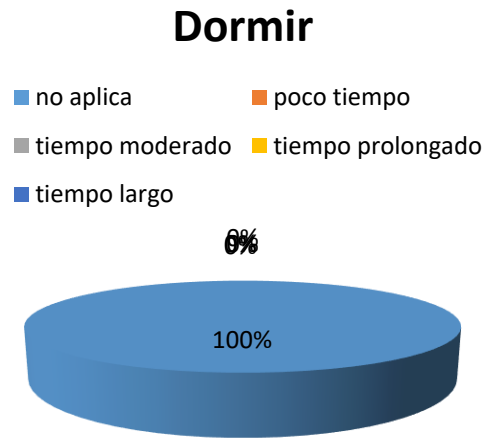
El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan dificultad con sus prótesis dentales al momento de dormir.

Tabla 33 : DORMIR – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	42
poco tiempo	0
tiempo moderado	0
tiempo prolongado	0
tiempo largo	0
TOTAL	42

no aplica	100%
poco tiempo	0%
tiempo moderado	0%
tiempo prolongado	0%
tiempo largo	0%

Figura 33



El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan dificultad en un cierto tiempo con sus prótesis dentales al momento de dormir.

Tabla 34 : DORMIR – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	42
suave	0
leve	0
moderado	0
grave	0
crónico	0
TOTAL	42

no aplica	100%
suave	0%
leve	0%
moderado	0%
grave	0%
crónico	0%

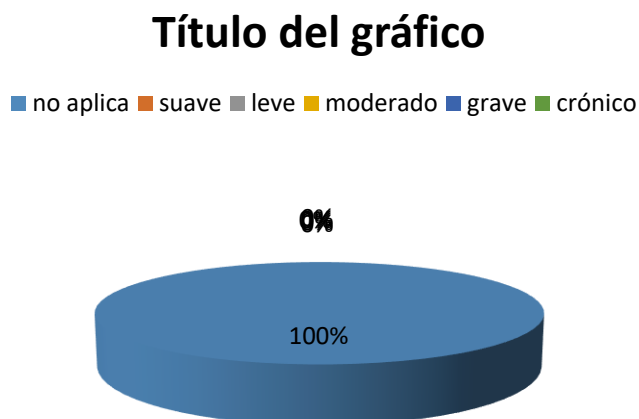


Figura 34

El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan grado de severidad con sus prótesis dentales al momento de dormir.

Tabla 35 : RELAJARSE – DIFICULTAD.

Dificultad	Total
No existe	42
Si existe	0
Total	42

No existe	100%
Si existe	0%

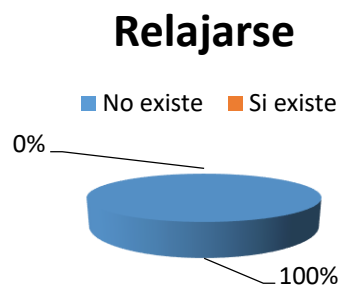


Figura 35

El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan dificultad con sus prótesis dentales al momento de relajarse.

Tabla 36 : RELAJARSE – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	42
poco tiempo	0
tiempo moderado	0
tiempo prolongado	0
tiempo largo	0
TOTAL	42

no aplica	100%
poco tiempo	0%
tiempo moderado	0%
tiempo prolongado	0%
tiempo largo	0%

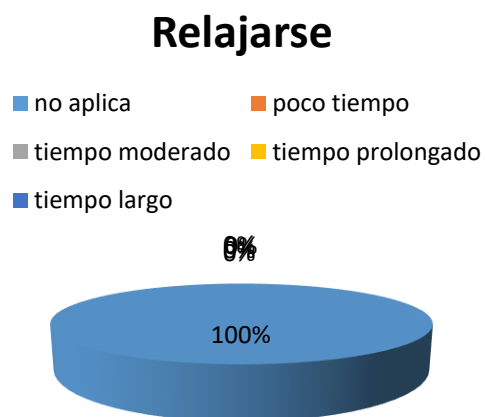


Figura 36

El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan período de dificultad con sus prótesis dentales al momento de relajarse.

Tabla 37 : RELAJARSE – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	42
suave	0
leve	0
moderado	0
grave	0
crónico	0
TOTAL	42

no aplica	100%
suave	0%
leve	0%
moderado	0%
grave	0%
crónico	0%

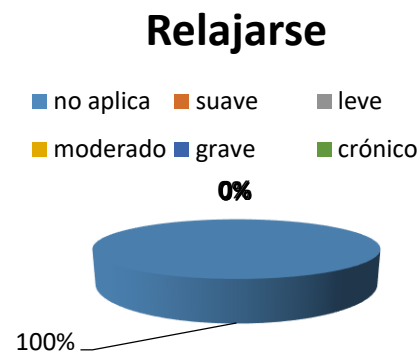


Figura 37

El 100% de los participantes que son parte del estudio no presentan grado de severidad con sus prótesis dentales al momento de relajarse.

Tabla 38 : SONREIR – DIFICULTAD.

Dificultad	Total
No existe	36
Si existe	6
Total	42

No existe	86%
Si existe	14%

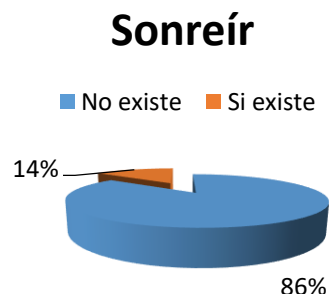


Figura 38

El 14% de los participantes tienen dificultad con sus prótesis dentales al momento de sonreír

Tabla 39 : SONREÍR – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	36
poco tiempo	4
tiempo moderado	1
tiempo prolongado	1
tiempo largo	0
TOTAL	42

no aplica	86%
poco tiempo	10%
tiempo moderado	2%

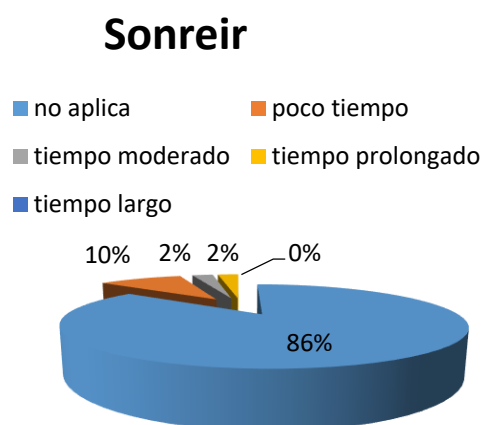


Figura 39

tiempo prolongado 2%
 tiempo largo 0%

El 10% de los participantes tienen dificultad durante poco tiempo, y un 2% presentan durante tiempo moderado y prolongado respectivamente. .

Tabla 40 : SONREÍR – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	36
suave	0
leve	4
moderado	2
grave	0
crónico	0
TOTAL	42

no aplica 86%
 suave 0%
 leve 10%
 moderado 5%
 grave 0%
 crónico 0%

Título del gráfico

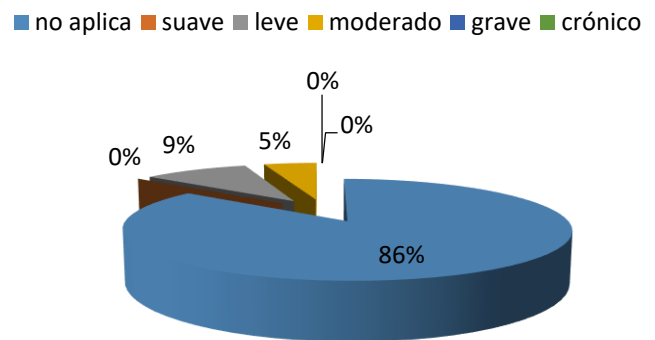


Figura 40

La severidad registrada con mayor porcentaje fue leve con el 10% y con el 5% moderado.

Tabla 41 : ESTADO EMOCIONAL – DIFICULTAD.

Dificultad	Total
No existe	28
Si existe	14
Total	42

No existe 67%
Si existe 33%

Estado Emocional

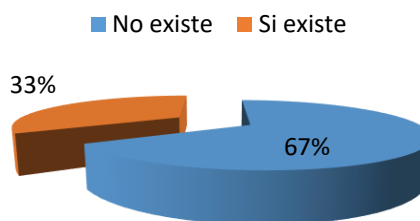


Figura 41

El 33% de los participantes presentan dificultad con su estado emocional por el uso de prótesis dentales.

Tabla 42 : ESTADO EMOCIONAL – PERÍODO.

Período	Total
no aplica	28
poco tiempo	4
tiempo moderado	8
tiempo prolongado	1
tiempo largo	1
TOTAL	42

no aplica 67%

Estado Emocional

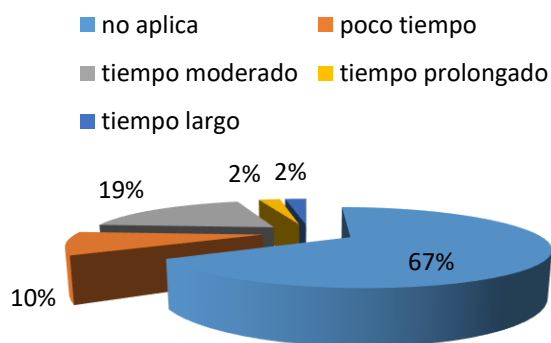


Figura 42

poco tiempo	10%
tiempo moderado	19%
tiempo	2%
prolongado	2%
tiempo largo	2%

El 19% de pacientes tienen molestia durante tiempo moderado, 10% un tiempo corto y 2% por un tiempo prolongado y largo respectivamente.

Tabla 43 : ESTADO EMOCIONAL – SEVERIDAD.

Severidad	Total
no aplica	28
suave	1
leve	8
moderado	5
grave	0
crónico	0
TOTAL	42

no aplica	67%
suave	2%
leve	19%
moderado	12%
grave	0%
crónico	0%

Estado Emocional

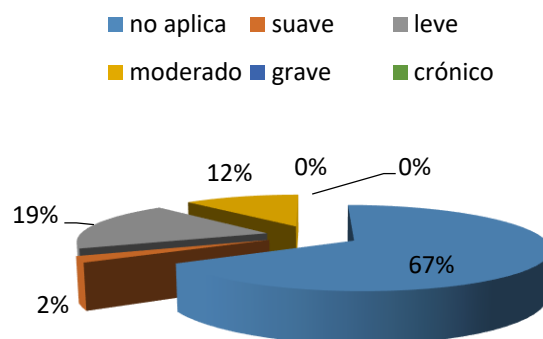


Figura 43

En los pacientes se observó el 19% tienen una severidad leve, el 12% severidad moderada, y el 2% con una severidad suave.

