



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“CAUSA MÁS COMÚN PARA EL CAMBIO Y RENOVACIÓN DE PRÓTESIS
REMOVIBLE EN PACIENTES DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDAN A
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Autor

Sergio Xavier Villagómez Villafuerte

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“CAUSA MÁS COMÚN PARA EL CAMBIO Y RENOVACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE EN
PACIENTES DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDAN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontólogo

Profesora Guía

Dra. Natalia Daniela Proaño Cornejo

Autor

Sergio Xavier Villagómez Villafuerte

Año
2018

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, Causa más común para el cambio y renovación de prótesis removible en pacientes de 40 a 70 años de edad, que acudan a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas, a través de reuniones periódicas con el estudiante Sergio Xavier Villagómez Villafuerte, del noveno semestre, 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. Natalia Daniela Proaño Cornejo
CI: 1711779338
Rehabilitadora Oral

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Causa más común para el cambio y renovación de prótesis removible en pacientes de 40 a 70 años de edad, que acudan a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas , de Sergio Xavier Villagómez Villafuerte, de noveno semestre, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dr. Byron Velasquez Ron
C I: 1705956470
Rehabilitador oral

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

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

Sergio Xavier Villagómez Villafuerte

CI: 1714983689

DEDICATORIA

Todo mi esfuerzo y amor puesto en el transcurso del tiempo, es dedicada plenamente a mi familia Mi padre, que siempre es mi fortaleza y mi modelo a seguir Mi madre. que con su amor me brinda enseñanzas y me forma como ser humano. Mi hermana, que con sus consejos y apoyo me ha ayudado a seguir adelante.

Y a mi abuela, con su carisma y amor me ha dejado ver cuán hermosa es la vida.

RESUMEN

El edentulismo parcial y total es un problema irreversible presente en un gran porcentaje de la población mundial. Los pacientes que sufren pérdidas dentales, sobrellevan cambios de aspecto psicológico, baja autoestima y disminución de la calidad de vida en general. Al encontrarse con dicho problema, los pacientes buscan una solución, la rehabilitación mediante dispositivos protésicos removibles, las cuales buscan devolver y reproducir aspectos estéticos y funcionales; lamentablemente no asegura que el paciente tenga problemas con dichas prótesis especialmente mientras transcurre tiempo de uso, lo que puede volver a la misma en disfuncional, antiestética. El objetivo principal es determinar la causa más común que se puede dar para que el paciente tome la decisión de realizar el cambio. Por lo que se realizó un marco teórico sobre la problemática planteada, basándonos en variables como la edad, el género, el tipo de prótesis removible, la estética, funcionalidad, patología oral, tiempo de uso y los aspectos psicológicos. Para la recopilación de datos, se realizó encuestas a cien personas basándonos en criterios de inclusión y exclusión. Se realizó la tabulación y análisis de resultados, obteniendo gráficos según las variables, cuyos resultados y conclusiones fueron; el género predominante fue el femenino con 58%, de acuerdo al tipo de prótesis la predominante fue la prótesis total removible con 52%, el rango de edad fue de 60 a 70 años con 45% y la causa común entre prótesis removibles fue la dificultad para la alimentación con 58%.

Palabras clave: Arcada edéntula, maxilares edentados, prótesis dental, maxilares parcialmente desdentados

ABSTRACT

The partial and total edentulism is an irreversible problem that affects a large percentage of the world's population. Patients, who suffer loss dental, cope with changes of psychological aspect, low self-esteem and decrease the life quality in general. Faced with this problem, patients look for a solution, in which the primary and most common, is the rehabilitation with removable prostheses. faced with this problem, patients seek a solution, rehabilitation through removable prosthetic devices, which seek to return and reproduce aesthetic and functional aspects; unfortunately, it does not ensure that the patient has problems with these prostheses especially during the time of use, which can return to it in dysfunctional, unsightly. For this reason the present study has as main objective to determine the most common cause for the patient to take the decision of changing the removable prosthesis. Therefore, a theoretical framework on the issue was raised, based on variables such as age, gender, type of removable prosthesis, aesthetics, functionality, oral pathology, time of use and the psychological aspects. For data recollection, hundred people were surveyed after checking the inclusion and exclusion criteria. The tabulation and analysis of results were made giving us graphics according to the variables, the findings and conclusions were: the predominant gender was the female with 58%; according to the type of prosthesis, total denture won with 52%; the age range was 60 to 70 years with 45% and the common cause among removable prosthesis users was the difficulty for food with 58%.

Key words: Jaw, Edentulous, dental prosthesis

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	2
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
2.3 Hipótesis.....	3
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 Capítulo I: Edentulismo.....	4
3.2 Capítulo II: Aspectos psicológicos y sociales.....	5
3.3 Capítulo III: Prótesis removibles	6
3.3.1 Prótesis total removible.....	6
3.3.2 Prótesis parcial removible	7
3.3.3 Prótesis Inmediata	7
3.3.4 Cuidado e higiene de la prótesis dental removible.....	8
3.4 Capítulo V: Factores que influyen al cambio y renovación de una prótesis removible.	9
3.4.1 Funcionalidad	9
3.4.2 Estética.....	11
3.4.3 Factores relacionados a materiales protésicos.....	12
3.5 Capítulo IV: Patologías y lesiones orales relacionadas con prótesis removibles.	14
3.5.1 Úlcera traumática.....	16
3.5.2 Candidiasis oral.....	17
3.5.3 Estomatitis protésica	17
3.5.4 Queilitis angular o estomatitis angular	18
3.5.5 Épulis fisurado	19
3.5.6 Hiperplasia papilar inflamatoria	20
4. UNIVERSO Y MUESTRA	21

4.1	Tipo de estudio.	21
4.2	Universo y muestra	21
4.3	Criterios de inclusión	21
4.4	Criterios de exclusión	22
4.5	Variable dependiente.....	22
4.6	Variables independientes	22
5.	MATERIAL Y MÉTODO	23
6.	RESULTADOS.....	24
7.	DISCUSIÓN	48
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
8.1.	Conclusiones.....	53
8.2.	Recomendaciones.	53
9.	REFERENCIAS.....	54
	ANEXOS.....	60

1. INTRODUCCIÓN

El edentulismo ha estado presente por décadas. La pérdida de piezas dentales afecta gravemente al bienestar psicosocial y funcional de los pacientes; dicha pérdida influye en la disminución de altura y anchura del hueso alveolar, provocando una alteración radical en la apariencia facial, reduciendo la eficacia masticatoria y disminuyendo la ingesta nutricional (Peera, S., 2016, pp, 1-2). Uno de los tratamientos a elección es la conformación de prótesis, sea total o removible, incluso en la actualidad, las prótesis convencionales continúan representando la primera opción de rehabilitación que se ofrece al desdentado total o parcial en muchos lugares del mundo (Peera, S., 2016, pp, 7). Varios estudios han demostrado que la pérdida de dientes es un impacto negativo en cuanto a la calidad de vida, poniendo en riesgo y en peligro las actividades ordinarias, tales como la fonación, deglución, masticación y la vida social. Además, se ha relacionado con condiciones sistémicas en cuanto a salud, tales como la hipertensión, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares (Garcez, C., Morales, A., Ribeiro, A., 2016, pp 345). La reducción residual alveolar es considerado una de las secuelas orales más importantes del edentulismo, tanto el ámbito local y sistémico son factores que implican esta etiología, en la cual se incluye el tiempo en el cual es paciente ha sido edéntulo (Divaris, K., Ntounis, A., 2010, pp 1-2). Montero, J (2016, pp, 502) señala que la mayoría de los pacientes perciben mejora en masticación, estética y satisfacción con su sistema estomatológico después de recibir una prótesis dental convencional. Como toda rehabilitación oral, pueden existir diferentes factores por los cuales las prótesis pueden fracasar ya sea la falta de conocimiento en cuanto al uso, higiene y cuidado de las mismas, o factores sistémicos. Moya (2012, pp. 200-201), señala que puede existir un fracaso de una prótesis total o parcial removible, por la pérdida de retención debido a la disminución de película salival entre la prótesis y mucosa debido a la presencia de xerostomía o reducción y reabsorción ósea, así como entran factores en cuanto al material, manipulación, cuidado de la prótesis y la higiene del paciente que lo usa. La renovación de la prótesis van de la mano con la

incomodidad tanto funcional como estética, sugerida por los mismos portadores de las prótesis, las cuales varían por rango de edad, como lo comenta Bonnet (2016, pp, 129-131).

1.1 Justificación

Se pretende recopilar información relevante en cuanto a las razones más comunes que puede influir para cambio y renovación de una prótesis removible, analizando los diferentes factores que pueden interactuar con los pacientes y determinar los motivos que se dieron para la toma de decisión de realizar el cambio respectivo de la misma. Enfocándonos en el factor más predominante que se encuentre entre pacientes que se acerquen a la clínica de la Universidad de las Américas,

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Objetivo general.

- Determinar la causa común para el cambio y renovación de prótesis removibles en pacientes de 40 a 70 años de edad que acudan a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas.

2.2 Objetivos específicos.

1. Conocer la edad en la que se realizan más cambios de prótesis removibles de acuerdo al rango establecido.
2. Indicar el género que realiza más cambio de prótesis removible.
3. Determinar qué tipo de prótesis removible realiza más cambio.

2.3 Hipótesis.

Estudio de tipo observacional descriptivo, no existe hipótesis, puesto que es de carácter estadístico permitiendo reportar las opiniones subjetivas sobre la causa más común para el cambio de prótesis removible, reconociendo los factores asociados, contemplando la observación de las variables, sin llegar a la intervención de alguna del encuestado.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Capítulo I: Edentulismo.

El edentulismo ha estado presentes por décadas. La pérdida de dientes afecta profunda y gravemente al bienestar psicosocial de los pacientes, puesto que influye en una disminución de altura y anchura del hueso alveolar, provocando una alteración radical en la apariencia facial, reduciendo la eficacia masticatoria y disminuyendo la ingesta nutricional (Peera, S., 2016, pp, 1-2). Uno de los tratamientos a elección es la conformación de prótesis, sea total o removible, incluso en la actualidad, las prótesis convencionales continúan representando la primera opción de rehabilitación que se ofrece al desdentado total o parcial en muchos lugares del mundo (Peera, S., 2016, pp, 7).

La Organización Mundial de la Salud establece y considera que una persona tiene una buena salud bucal si el mismo conserva al menos 20 piezas dentales naturales, tanto funcionales como estéticamente y que los mismos no necesitan de una prótesis; es decir que se resalta la importancia de retener los dientes para llevar una vida sana y productiva (Kosuru, K., Devi, G., Grandhi, V., 2017, pp 3). A pesar de que no amenazan la vida, el edentulismo, su impacto es significativo en un paciente, puesto que interviene en limitaciones funcionales, psicológicas y sociales (Hewlett, S. Yawson, A., Calys-Tagoe, B., 2015, pp.1).

El edentulismo es uno de los puntos más representativos de las patologías orales crónicas y continúa siendo uno de los problemas de salud pública a nivel global. La pérdida dental es multifactorial, los cuales la caries y la enfermedad periodontal son los procesos predominantes para la pérdida natural de las piezas dentales, aunque el ámbito social también se ve implicado. La reducción residual alveolar es considerada uno de las secuelas orales más importantes del edentulismo, tanto el ámbito local y sistémico son factores que implican

esta etiología, en la cual se incluye el tiempo en el cual es paciente ha sido edéntulo (Divaris, K., Ntounis, A., 2010, pp 1-2).

Se ha demostrado que la pérdida de dientes es un impacto negativo, poniendo en riesgo y en peligro las actividades ordinarias, tales como la fonación, deglución, masticación y la vida social. Además, se ha relacionado con condiciones sistémicas en cuanto a salud, tales como la hipertensión, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares (Garcez, C., Morales, A., Ribeiro, A., 2016, pp 345).

3.2 Capítulo II: Aspectos psicológicos y sociales

La pérdida dental es un cambio abrupto que se debe conllevar como la pérdida de un órgano que va a influir en su función cognitiva, se consideró una relación entre la pérdida de piezas dentales y la baja puntuación en MMSE, Mini Examen de Estado Mental, puesto que los adultos mayores con una baja puntuación de MMSE no utilizaban frecuentemente servicios odontológicos, obviamente su pérdida dental va relacionada con la enfermedad periodontal, el factor más común para la pérdida de las mismas, con las cuales se ha planteado una hipótesis en la cual las citoquinas inflamatorias inducidas por la enfermedad periodontal pueden entrar o influir en el cerebro (Okamoto, N., Morikawa, M., Kurumatami, N., 2010, pp 11-21).

También recalca Garcez, C (et al. 2016, pp 345) que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Oral de Brasil en 2010, los individuos de 65 a 74 años tienen un promedio de 25,3 dientes perdidos y más de la mitad en un 53,7% son completamente desdentados. En el ámbito socio económico, las personas que viven en las comunidades rurales pueden hacer frente a múltiples desventajas asociadas con edentulismo y las rehabilitaciones protésicas son de alto costo para personas geriátricas (Joseph, A., Janakiram, C., Mathew, A., 2016, pp. 5). Además de la dificultad de acceder a la atención de la salud oral llegan a tener un alto grado de decadencia en cuanto a su salud en general (Saman, D., Lemieux, A., Lutyia, M., 2014, pp. 3).

Los pacientes que pierden una fonética correcta, sienten un cambio psicológico abrupto que al ser rehabilitados con una prótesis removible tienen un cambio significativo en cuanto a su autoestima y percepción, puesto que su habilidad de masticación mejora por la sustitución de las áreas edéntulas por las piezas artificiales de la dentadura. La estética aumenta, por la presencia de dientes y el soporte de la prótesis, proporcionan una naturalidad tanto en labio como en mejillas corrigiendo el colapso de la pérdida de dientes. La pronunciación mejora, especialmente en la zona anterior, ya que permite a los portadores un habla más clara. Su autoestima mejora considerablemente debido a que devuelve la apariencia y la confianza al tratar en sociedad (Singh, H., Shama, S., Singh, S., 2014, pp. 2).

3.3 Capítulo III: Prótesis removibles

La prótesis es la sustitución de un órgano natural perdido por uno artificial que llegue a cumplir su misma funcionalidad; en odontología se habla de prostodoncia a todo aparato que reemplaza un órgano dental perdido o ausente y a tejidos subyacentes que se vean afectados, esto va dependiendo de los diferentes factores que se pueden dar para atribuir su pérdida (Llanquechoque, R. 2012, pp 1148)

La prótesis removible debe cumplir puntos específicos como restaurar funciones en cuanto a la masticación, estética y fonética, así como también una compensación biomecánica (Besaadet, M., Nicolas, E., Veryne, J., 2013, pp. 2).

3.3.1 Prótesis total removible

Cuando los pacientes quedan totalmente desdentados la prótesis total es la opción principal para su rehabilitación, puesto que la misma se encarga de reponer y reproducir las funciones de las arcadas desdentadas. Este tipo de

prótesis total obtiene su retención por el contacto directo entre la prótesis y la mucosa (Esquivel, R., Jiménez, J., 2012, pp 69).

3.3.2 Prótesis parcial removible

Son principalmente confeccionadas cuando existen brechas desdentadas, de extensión corta o larga, las cuales pueden llegar a ser; Mucosoportadas, el cual su apoyo está en mucosa; Dentomucosoportadas, las cuales se apoyan en piezas dentales y mucosa oral; Dentosoportadas, se apoyan en piezas dentales únicamente. La prótesis parcial removible contiene elementos que ayudan a la propagación de fuerzas y retención en la cavidad oral, además de reponer estructuras perdidas, preservando y protegiendo las estructuras remanentes (Farías, A., Torre, G., Fonte, G., Rizzatti, C. 2012).

Existen varias modificaciones que se puede realizar al momento de la confección de una prótesis parcial removible y va de la mano según su tipo de edentulismo, las cuales se les puede identificar por la clasificación de Kennedy, ya que se usa con más frecuencia y se guía por las zonas edéntulas más extensas (Farías, A., et al., 2012).

- Clase I: Son zonas edéntulas bilaterales posteriores
- Clase II: Zona desdentada unilateral posterior
- Clase III: Zona desdentada unilateral con un pilar posterior
- Clase IV: Zona edéntula bilateral limitada en la porción anterior

3.3.3 Prótesis Inmediata

Aquella que usamos inmediatamente después de las exodoncias planeadas para iniciar el tratamiento rehabilitador. Este tipo de prótesis se crea antes de la parte quirúrgica para reemplazar las piezas extraídas y de esta manera controlar el sentimiento de pérdida del paciente desdentado al no tener que pasar por cambios físicos ni estéticos. Las prótesis inmediatas no deben ser

utilizadas por un tiempo prolongado debido a que los tejidos blandos van a sufrir cambios postquirúrgicos y la prótesis puede llegar a no adaptarse adecuadamente y ocasionar molestias y lesiones en las zonas en la que esta se adapta (Fuentes, L., Del Valle, O., Justo, M. 2007).

3.3.4 Cuidado e higiene de la prótesis dental removible

Una mala higiene viene asociada con la falta de orientación y la destreza manual de la mayoría de portadores debido a su edad (Cruz, P., Andrade, I., Peracini, A. 2011, pp 672). La limpieza y desinfección de las prótesis dentales son acciones principales que el paciente debe realizar para el mantenimiento y el bienestar del tejido bucal, requieren de una limpieza eficiente y constante para evitar el desarrollo y formación de biofilm protésico (Kosuru, K., 2017, pp 7).

La combinación de tejido blando y superficies duras en la cavidad oral comprende un ambiente único para la colonización microbiana y se ha determinado una conexión muy cercana entre condiciones sistémicas y las infecciones orales microbianas que se encuentran en el biofilm (Shi, B., Wu, T., Lux, R., 2016, pp. 3-4).

Existen varios métodos para la higiene de las prótesis dentales, las cuales se pueden dividir entre procedimientos mecánicos o químicas; Los métodos mecánicos comprenderán de todo lo referente a cepillado y dispositivos ultrasónicos los cuales combinan vibración con líquido en movimientos. Y en cuanto a los métodos químicos los podemos clasificar de acuerdo a su composición y mecanismo; como lo son el hipoclorito, peróxidos, enzimas, ácidos, medicamentos y enjuagues (Cruz, P, et al. 2011, pp 675).

3.4 Capítulo V: Factores que influyen al cambio y renovación de una prótesis removible.

3.4.1 Funcionalidad

3.4.1.1 Dificultad para alimentarse

Los pacientes que usan prótesis dentales en mal estado funcional, por lo general, tienden a tener dificultades en centralizar y formar el bolo alimenticio, por lo cual no pueden tener una alimentación balanceada y nutritiva debido a que la falta de retención en la mandíbula, permite el desplazamiento y desajuste de la prótesis dentro de los tejidos blandos, mientras que, la lengua y cachetes proporcionan extra-funciones que tratan de estabilizar la prótesis y posicionar el bolo alimenticio en los dientes artificiales, contribuyendo una masticación débil y deficiente (Goncalvez, T., Villanova, L., 2014, pp 178). Así como lo comenta Bessadet, M (2013, pp 393), las prótesis removibles deben ser capaces de cumplir y restaurar funciones de masticación, estética y fonética; ya que, una mala rehabilitación en función, conlleva una falla en la producción correcta del bolo alimenticio.

3.4.1.2 Mala dicción

El habla humana, es el resultado de procesos como respiración, fonación, resonancia, articulación, audición, y funciones neurológicas. Generalmente se tiene dificultades para determinar el grado y patrón de cambios en la fonación antes y después de un tratamiento protésico (Bulycheva, EA., Trezubov, VN., Alpatova, UV., 2016, pp 1). Una disminución en cuanto a la retención, estabilidad y soporte tienen consecuencias en cuanto a la comodidad del paciente, debido a los ajustes requeridos (Goodacre, BJ., Goodacre, CJ., Baba., NZ, Kattadilyil, MT., 2016, pp. 255). Una mala adaptación de la prótesis tiene un punto significativo para la satisfacción del portador, puesto que una

buena pronunciación y fonética provee una satisfacción en el paciente (Yen, Y., 2015, 2). Además, se demuestra que la calidad de pronunciación con la prótesis incrementa el periodo de hábito en cuanto al uso de la prótesis dental, puesto que la fonética representa una calidad funcional, una buena retención, soporte y estabilidad de la misma (Broka, K., Vidzis, A., Grigorievs, J., Sokolovs, J., et al., 2013, pp 23).

3.4.1.3 Mala adaptación

Los problemas biomecánicos de retención y soporte son uno de los factores más comunes en portadores de prótesis removibles, puesto que para que exista una retención debe existir una relación íntima entre la mucosa, y base protésica, en la que los pacientes pueden sufrir variaciones anatómicas en mucosa en el caso de una prótesis total o en piezas pilares en el caso de prótesis parciales, así como también puede existir algún tipo de variación del material, lo que deje de producir la retención requerida (Galaz, S., Miranda, F., Garcia, O., Acosta, H., Carriel, L. 2012, pp 24).

Moya y Chappuzeau (2012, pp. 200-201), señala que puede existir un fracaso de la prótesis por la pérdida de retención de la prótesis total o parcial removible extensa debido a la disminución de película salival entre prótesis y mucosa debido a la presencia de xerostomía o reducción y reabsorción ósea, así como entran factores en cuanto al material, manipulación, cuidado de la prótesis y la higiene del paciente que lo usa.

3.4.1.4 Deslizamiento al ocluir

La rehabilitación protésica se enfoca en reproducir la funcionalidad que se ha perdido; puesto a que lo pacientes portadores de prótesis aplican fuerzas mayores por su falta de propiocepción; la prótesis debe ser confeccionada para resistir fuerzas oclusales, tanto laterales como horizontales. Cuando una

prótesis no está compensada con un tope o anclaje oclusal, las fuerzas masticatorias en función realizan desplazamiento entre prótesis, formando fuerzas alternas que producen daños a tejidos blandos y duros, así como también produciendo un mayor desgaste del material y dejando una prótesis disfuncional (Kuć, J., Sierpińska, T., Gołębiowska, M., 2017, pp 483).

3.4.1.5 Balances o palancas al ocluir

Las prótesis removibles deben poseer una oclusión balanceada, en especial la prótesis total removible por la ausencia de piezas pilares. Cuando una prótesis está correctamente balanceada posee contacto simétrico entre todos los dientes con interdigitación máxima de cúspides, tanto en momentos de oclusión como en movimientos mandibulares excéntricos, de esta forma las fuerzas oclusales laterales son transmitidas por toda la prótesis evitando daño alguno de tejidos duros o blandos (Hidalgo, I., Bernaloa, J., 2009, pp 126).

3.4.1.6 Incomodidad

Puesto que el edentulismo afecta en todo sentido a la funcionalidad oral, los pacientes que sufren edentulismo total o parcial tienden a tener síntomas muy relacionados al dolor al ocluir o masticar. Así como también existen síntomas similares en pacientes que sean portadores de prótesis, los cuales pueden llegar a tener un grado de incomodidad que perjudique en su diario vivir y su satisfacción en cuanto a su salud oral (Sánchez, M., Velásquez, R., Dávila, R. 2011, pp 112).

3.4.2 Estética

Una simetría estética u armonía facial consiste en el equilibrio y las interrelaciones que se establecen entre los labios, cara, encía, dientes. Cuando se ubica una prótesis en el paciente, puede llegar a pasar que el color sea el

correcto, pero si las dimensiones y formas de las piezas dentales no se armonizan con la composición facial se presenta un fracaso estético (Sánchez, A., Vieira, J., Arenas, D., 2009).

La prótesis removible debe cumplir puntos específicos como restaurar funciones en cuanto a la masticación, fonética, así como también una compensación biomecánica y estética. Pero hay que tener en cuenta que la opinión y aceptación del paciente debe ser un punto principal para considerar, puesto que la percepción subjetiva de lo estético es diferente para cada persona (Besaadet, M., Nicolas, E., Veryne, J., 2013, pp. 2).

Al ser rehabilitados con una prótesis removible los pacientes obtienen un cambio en todos los aspectos, puesto que su habilidad de masticación mejora por la sustitución de las áreas edéntulas. La estética aumenta, ya que la presencia de dientes y el soporte de la prótesis, proporcionan una naturalidad tanto en labio como en mejillas corrigiendo el colapso de la pérdida de dientes, pero cuando proporciones no son compensadas el paciente sufre una asimetría facial y de la mano un afecto psicológico al no sentirse conforme estéticamente. La pronunciación mejora, especialmente en la zona anterior, ya que permite a los portadores un habla más clara. Y la autoestima mejora considerablemente debido a que devuelve la apariencia y la confianza al tratar en sociedad (Singh, H., Shama, S., Singh, S., 2014, pp. 2).

3.4.3 Factores relacionados a materiales protésicos

Teniendo en cuenta que la fabricación de dentaduras completas se asocia a la reconstrucción de las superficies oclusales y dimensión vertical, se planteó que estas pueden sufrir cambios dependiendo del material, fuerza de oclusión y trato de la prótesis (Kúc, J., Sierpin´ska. 2017, pp. 2).

Los materiales que son usados para la conformación de prótesis removibles pueden favorecer a la aparición de algunas lesiones o patologías, por lo que

estos productos deben ser biocompatible con todos los tejidos que estarán en contacto, cumpliendo funciones de incompatibilidad y funcionalidad, manteniendo su estructura sin deformarse en el entorno en el que va a ser aplicado (Nápoles, G., et al, 2016, pp 160).

Los usos de titanio se han convertido en un material biocompatible ya comprobado, aunque estudios dicen que puede causar reacciones inflamatorias en un estimado de 0,6% de pacientes. El cromo cobalto al ser considerado como el mejor material en la confección de una prótesis, sus propiedades físicas no son las ideales, en sí, puesto que la mayoría del material se distorsiona con el tiempo, y en el caso de prótesis parciales no se ajustaba correctamente al diente pilar (Campbell, SD., Cooper, L., Craddock, H.,2017, pp. 2 – 3).

A pesar de que el cromo cobalto es el metal a elección por su conductividad térmica para la percepción en la comida, se demuestran en estudios una alergia a dicho metal, y una inconformidad en los pacientes puesto que al ser insertado en la cavidad oral la sensación de partículas de metal sale a flote de inmediato (Wada, T., Takano, T., Ueda, T., Sakurai, K., 2016, pp. 5). El uso de no metales, como el polietileno metacrilato o polimetacrilato de metilo, son altos en estética, pero su desventaja es su baja conductividad térmica, su menor resistencia mecánica y fragilidad, y un alto nivel de expansión térmica; también su posible citotoxicidad debido a la lixiviación de productos químicos (Campbell, SD. et al 2017, pp. 2 – 3). Estudios hablan de la resina termoplástica como un material sensible a la estimulación mecánica, lo que puede acelerar la acumulación de placa en la dentadura y dar lugar a la irritación de la mucosa (Fueki, K., Yoshida-Kohno, E., Wakabayashi, N., 2017, pp. 4).

Las bases de resina de baja fuerza mecánica son vulnerables a la deformación durante el proceso de masticación y al impacto, por lo tanto, son necesarios refuerzos obligatorios en dicho material (Im, S., Huh, Y., Park, C., 2017, pp.

23). Entre las varias propiedades que deben ser analizadas en un polímero, la porosidad presenta una gran relevancia; una micro-porosidad presente en la superficie de la prótesis puede facilitar a la adhesión y proliferación de microorganismos, interfiriendo con los procedimientos mecánicos para la limpieza de la misma. La rehabilitación de pacientes edéntulo es la razón, claro está, para la fabricación de prótesis dentales, y dependiendo de la ubicación geográfica, el número de uso de dentaduras se incrementa (Divaris, K. et al. 2010, pp. 1). Teniendo en cuenta un factor importante, la presencia de poros en materiales de prótesis es una característica indeseable para el confort del paciente, puesto a su almacenamiento de microorganismos en los espacios vacíos (Lima, J., Maciel, J., 2016, pp 554).

Montero, J (2016, pp, 502), señala que la mayoría de los pacientes perciben mejora en masticación, estética y satisfacción con su sistema estomatológico después de recibir una prótesis dental convencional. Como toda rehabilitación oral, pueden existir diferentes factores por los cuales las prótesis llegan fracasar, ya sea la falta de conocimiento en cuanto al uso, higiene y cuidado de las mismas, o factores sistémicos.

3.5 Capítulo IV: Patologías y lesiones orales relacionadas con prótesis removibles.

Las prótesis dentales constituyen una de las alternativas principales en cuanto a la reproducción de funcionalidad cuando existe pérdida de piezas dentales, más no significa que las mismas no puedan provocar algún tipo de daños que en conjunto con la susceptibilidad de tejidos y los tiempos de uso, pueden llegar a producir algún tipo de lesión bucal (García, B., Capote, M., Morales, T., 2012, pp 32). Las prótesis dentales pueden ser la causa directa de patologías orales, debido a las condiciones ambientales y la carga de fuerza en mucosa oral. Las dentaduras defectuosas crean oportunidades para el alojamiento de

alimentos y limitan la limpieza natural de la lengua, labios y mejillas (Mubarak, S., Hmud, A., Chandrasekharan, S., Ali, A., 2015, pp 506).

Los pacientes portadores de prótesis removibles que tienen mala calidad por una falta de higiene, una mala confección, o que la prótesis haya perdido sus cualidades de funcionalidad por un uso prolongado son factores que atribuyen a la aparición de lesiones y patologías orales (Nápoles, I., Rivero, O., Garcia, C., Pérez, D., 2016, pp 160).

El tratamiento de una patología asociada a una prótesis removible tiene efectos positivos en el paciente puesto que se le devuelve el confort de la misma, pero al menos la mitad de las personas que usan prótesis presentan al menos una lesión oral o patología asociada a la prótesis en uso; en los cuales las lesiones más comunes son la estomatitis sub-protésica, queilitis angular y úlceras traumáticas (Martoni, E., Ayuso, R., Martinez, J., 2014, pp 2). Pero a pesar de todo algunas de las lesiones no son del todo bacterianas, también pueden existir lesiones o alteraciones en la mucosa oral por algún tipo de traumatismo por un incorrecto ajuste oclusal o el diseño de la prótesis que no consiguen transmitir una fuerza homogénea (Ballester, J., López, A., Somacarrera, L., Moreno, L., Rodríguez, M., 2009, pp. 1).

Las alteraciones en la cavidad oral por la pérdida de dientes producen una reducción en el valor funcional de la prótesis, la cual puede descompensar la adaptación, consiguiendo lugares para la acumulación de microorganismos, distorsiones de voz y fracasos funcionales (Artjomenko, V., Vidzis, A., Zigurs, G., 2015, pp. 118-119).

Uno de los hábitos más comunes de los pacientes portadores de una prótesis removible es el uso nocturno de la misma, que a largo plazo puede reducir el efecto protector que se encuentra en la saliva y obstruir una buena oxigenación de la mucosa, lo que le hace que sea menos resistente a las agresiones mecánicas y microbiológicas, aumentando el riesgo de cambios inflamatorios crónicos dentro de la mucosa, así como también el riesgo de úlceras

traumáticas, estomatitis protésica y la resorción alveolar ósea (Baran, I., Nalcaci, R., 2011, pp 100). También afecta a la condición de sueño, puesto que puede conducir a una mordida abierta y una respiración bucal produciendo una disminución en el tono muscular de la faringe y conduciendo al desarrollo de una apnea obstructiva del sueño (Emami, E., Nguyen, P., Almeida, F., 2014, pp. 1-2).

3.5.1 Úlcera traumática

Sin duda una de las lesiones más comunes que se pueden encontrar en pacientes portadores de prótesis nuevas o viejas debido a que la mucosa oral sufre cambios con la edad y se vuelve más susceptible a lesiones e irritaciones en los tejidos de soporte. Las ulceraciones son localizadas con mayor frecuencia en la tuberosidad maxilar y la porción posterior del surco alveolo lingual mandibular (Kurtulmus-Yilmaz S1, Yilmaz HG, Tumer H, Sadettinoglu K., 2015, pp. 224 – 229). Las úlceras son de las más frecuentes en pacientes portadores de prótesis que se da principalmente por balances debido a mala adaptación, desajustes, una excesiva movilidad de la misma dentro de la cavidad oral, lo que da como resultado la disminución de espesor del epitelio de la mucosa, generalmente esta lesión puede llegar a un grado más agresivo en el cual pueden aparecer por la evolución de la misma regiones con erosiones y úlceras dolorosas (Ballesteros, J., et al., 2009, pp. 1).

Se desarrollan debido a rebordes extendidos o una oclusión desequilibrada; dicha úlcera tiene más frecuencia durante los primeros 5 años de uso de la prótesis dental (Mubarak, S., et al., 2015, pp. 507).

El tratamiento para las úlceras traumáticas se basa en realizar ajustes para mejorar la adaptación de las prótesis. Es importante aliviar el malestar ocasionado por las úlceras con el fin de evitar que el paciente se niegue a utilizar las prótesis, en este caso se aconseja utilizar sustancias tópicas como anestésicos y geles (Kurtulmus-Yilmaz, S. et al, 2015, pp. 224 – 229).

3.5.2 Candidiasis oral

Se da por la proliferación y ataque de un hongo “*Candida albicans*” el cual crece de forma agresiva tanto en garganta como en boca. Se caracteriza por presentar síntomas como manchas blancas en boca, mejillas, garganta y lengua; acompañada de sensibilidad y dolor. En pacientes portadores de prótesis tienen un porcentaje entre 50 a 60% de padecer dicha lesión, puesto que este se va formando por los pH en saliva los cuales llegan alterarse por los materiales de la prótesis y la formación de biofilm en la misma (Abaci, O., Haiki-Uztan, A., Ozturk, B., Toksavul, S. 2010, pp 365). Estudios indican que la “*Candida albicans*” es conocida por tener afinidad por las superficies acrílicas y las obturaciones viejas, en estos casos este tipo de bases son factores contribuyentes para su adhesión y formación de biofilm (Gleiznys, A., Zdanavičienė, E., Žilinskas J. 2015, pp. 54 - 66).

El tratamiento recomendado para eliminar esta patología va desde el uso de cremas antifúngicas, aunque muchos pacientes crean resistencia a estas sustancias (Iyer, M., Gujjari, AK., Gowda, V., Angadi, S. 2017, pp. 267 - 272).

3.5.3 Estomatitis protésica

Es un proceso inflamatorio que afecta principalmente a la mucosa del paladar que esté recubierta por una prótesis; la condición por lo general es asintomática, pero cuando los síntomas estén presentes pueden aparecer sangrados en la mucosa, ardor o sensación de dolor y sequedad en la boca. El microorganismo responsable de dicha patología es “*Candida albicans*”, los cuales coexisten en la flora oral de individuos con o sin dientes, y va a depender de factores para que su patogenia vaya en aumento (Abaci, O., Haliki-Uztan, A., Ozturk, B., 2010, pp. 368).

Existen tres tipos de estomatitis protésica; la de tipo I caracterizada por un punteado rojizo, se localiza como una inflamación simple; el tipo II una mucosa hiperémica difusa y atrófica, se localiza sobre toda el área de la dentadura y la tipo III se encuentra hiperémica localizada en la parte central del paladar duro con un aspecto granular o nodular. En cuanto al trato que se le da a esta patología, la terapia antifúngica juega un papel importante, así como también las prácticas de una correcta higiene oral incluyendo enjuagues con actividad anti-candida que contenga triclosan, gluconato de clorhexidina o formulaciones de aceites esenciales (Hilgert, J., Giordani, J., 2016, pp. 2).

Varios estudios han indicado que la edad o tiempo de la prótesis, los hábitos de higiene y hábitos en cuanto al uso, es decir, el cuidado, conocimiento de desgaste y otros factores, son datos importantes para el desarrollo de la estomatitis protésica, en las cuales el factor más principal para su desencadenamiento es la higiene oral del portador (Sadig, W, et al, 2010, pp. 229).

Entre los muchos factores etiológicos y predisponentes, se cree que la especie "*candida*" puede adherirse y producir dicha infección, puesto que una prótesis puede ser un depósito común para los microorganismos, tiene la capacidad de adherirse y proliferar en tejidos blandos como duros. Esto dependerá de la superficie de la dentadura, dependiendo de sus propiedades físicas, porosidad, hidrofobia y rugosidad de la misma (Aslanimehr, M., Resvani, S., Mahmoudi, A., 2017, pp. 2).

3.5.4 Queilitis angular o estomatitis angular

Es una manifestación en forma de fisuras eritematosas bilaterales que se localizan en los ángulos de la boca, este tipo de estomatitis puede ser fomentada por factores sistémicos así como infección por *cándida*; Sharon et al. En el año 2010 (pp. 230 - 242) señala que puede ser ocasionada también por deficiencias nutricionales particularmente falta de vitamina B12 o hierro y

respiradores bucales. Este tipo de estomatitis puede ser multifactorial, pero principalmente en portadores de prótesis es por el hecho de que han perdido dimensión vertical, y existen pliegues en los cuales se encontrará un ambiente húmedo para la formación de dicha patología. El uso prolongado de prótesis en mal estado agravan las arrugas ocasionadas por la reabsorción ósea (Sharon, V., Fazel, N., 2010, pp. 234 – 235).

El tratamiento depende de la causa, en caso de una queilitis angular provocada por “candida albicans” se debe aplicar cremas contra hongos; cuando tenemos queilitis provocada por problemas protésicos se debe arreglar la prótesis para conseguir las dimensiones adecuadas y evitar la formación de pliegues en comisuras (Sharon, V., Fazel, N., 2010, pp. 234 – 235).

3.5.5 Épulis fisurado

También llamada fibroma irritativo, es una lesión causada por un trauma crónico de baja intensidad de dolor que se da por un desajuste o algún tipo de fractura en los flancos de la prótesis removible; se caracteriza por presentar pliegues de tejido conectivo hiperplásico recubierto de epitelio escamoso estratificado en la zona vestibular del reborde mandibular o maxilar, en las cuales pueden llegar a existir ulceraciones o inflamaciones agudas (Forray, F., 2015, pp 11).

Además de que esta lesión origina una reabsorción del hueso alveolar, va acompañada de una coloración rojiza que se torna más pálida a medida de que siga evolucionando. Dicha lesión puede ser tratada con criocirugía por ser la menos invasiva en todos los tejidos, deshidratando la lesión puesto que libera antígenos que eliminan el tejido neoplásico (Estrada, G., Zayas, O., Márquez, M., González, E., 2008, pp 1).

3.5.6 Hiperplasia papilar inflamatoria

También conocido como papilomatosis, y es reconocido como una evolución de la estomatitis sub-protésica. Se caracteriza por aparecer en portadores de prótesis que estén cruzando la cuarta y sexta década de vida. Presenta unos nódulos de 2 a 4 mm hiperplásicos y eritematosos los cuales se van a presentar con quemazón y picor, localizados debajo de la base de la prótesis. Ocurre generalmente por una higiene deficiente y un desajuste; y en muchos casos esta lesión es asintomática (Ballesterro, J., et al, 2009, pp 2).

4. UNIVERSO Y MUESTRA

4.1 Tipo de estudio.

Estudio es de tipo Observacional descriptivo, de carácter estadístico que va a permitir reportar la causa subjetiva para el cambio de prótesis removible contemplando la observación de las variables, sin llegar a la intervención de alguna sin llegar a una intervención

4.2 Universo y muestra

- Pacientes de 40 a 70 años con edentulismo parcial o total de forma aleatoria que asisten a recibir atención en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas.
- Individuos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión llegando a un cálculo estimado de 98 participantes que se acerquen o sean rehabilitados en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas

4.3 Criterios de inclusión

- Pacientes portadores de prótesis parcial o total removible.
- Pacientes de 40 a 70 años de edad con edentulismo parcial o total.
- Pacientes que vayan a realizar un cambio de prótesis por opiniones o percepciones personales.
- Pacientes con un período prolongado de uso de prótesis removible, las cuales por el tiempo hayan perdido funcionalidad, estética y necesiten de un cambio.
- Pacientes que hayan cambiado de prótesis removible al menos una vez.

4.4 Criterios de exclusión

- Pacientes que necesiten un ajuste de retenedores, rebase o acondicionador de tejidos de prótesis removible y no una renovación.
- Pacientes portadores de prótesis fija.
- Pacientes menores al rango de edad establecido.

4.5 Variable dependiente

- Pacientes con prótesis removibles total o parcial

4.6 Variables independientes

- Edad
- Genero
- Estética
- Funcionalidad
- Patología bucal
- Tiempo de uso de prótesis
- Aspecto psicológico

5. MATERIAL Y MÉTODO

Se pidió autorización a la Universidad de las Américas para entrar en horas de actividad de clínica y se realizó la recolección de datos (Anexo 1).

El procedimiento del estudio consistió en una encuesta clínica, en la cual se añadió un listado sobre los diferentes factores o causas que pueden haber referido para que el paciente haya tomado la decisión de un cambio de prótesis removible (Anexo 3).

Para el cálculo de la muestra se realizó una formula estadística (Anexo 4), en la cual intervenían los estudiantes que estén cursando clínica V y estudiantes que estén cursando la materia de prótesis total, puesto que deben realizar tratamientos de rehabilitación con sus respectivos pacientes, así como también se añadió un pequeño porcentaje de personas que puedan acercarse a la clínica odontológica. En cuanto a la interacción con el paciente, se explicó el motivo del estudio, entregando la encuesta sobre el tema, explicando cada ítem para la recolección de información.

1. Primer paso

Interactuar con el paciente, comentarle sobre el estudio que se va a llevar a cabo e informándole sobre los objetivos del mismo.

2. Segundo paso

Se le procederá a la entrega de la encuesta explicando cada uno de los ítems que contiene los diferentes tipos de factores que se pueden dar para el cambio de prótesis removible, los cuales también están detallados, para que el paciente los lea y escoja fácilmente.

3. Tercer paso

Concluyendo con el llenado de la encuesta, se le pedirá al paciente que firme el consentimiento informado, incluido en la encuesta, el cual informa que los datos brindados y recopilados serán utilizados únicamente para el estudio, finalizando así el proceso de recopilación de información.

6. RESULTADOS

1. Tipo de prótesis

Del tipo de prótesis que tienen los encuestados, el 48% de los evaluados tienen Prótesis Parcial y el 52% tienen Prótesis Total.

Tabla 1.

Análisis de porcentaje de tipos de prótesis removibles

Tipo de Prótesis					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PARCIAL	48	48,0	48,0	48,0
	TOTAL	52	52,0	52,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tipo de Protesis

■ PARCIAL ■ TOTAL

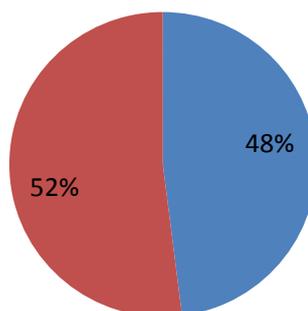


Figura 1. Análisis de porcentaje de tipo de prótesis removible.

2. Género

En la encuesta realizada se determinó que, de los evaluados, el 42% son de género masculino y el 58% son de género femenino.

Tabla 2.

Análisis del porcentaje de género masculino y femenino

Género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	42	42,0	42,0	42,0
	Femenino	58	58,0	58,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

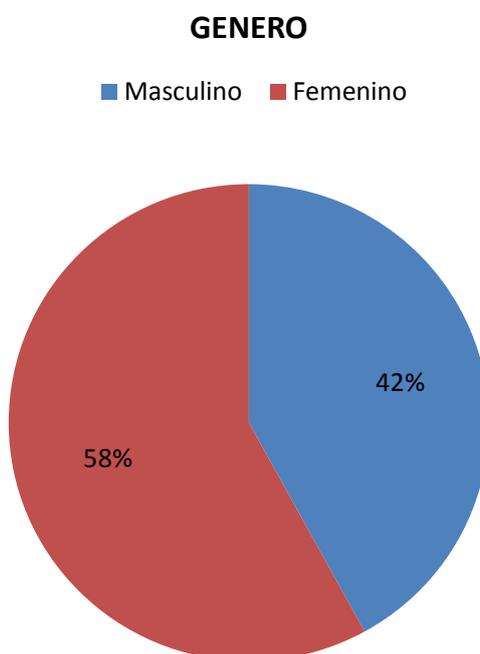


Figura 2. Porcentaje de género masculino y femenino.

2.1 En la prueba de cálculo Chi cuadrado de Person dio un resultado entre los tipos de prótesis con relación al género, en la que obtuvo:

Prótesis parcial: El 22% son de género Masculino y el 26% son de género Femenino

Prótesis total: el 20% son de género Masculino y el 32% son de género Femenino.

Tabla 3.
Análisis del tipo de prótesis dependiendo del género

Tabla cruzada					
			Tipo de Prótesis		Total
			PARCIAL	TOTAL	
Género	Masculino	Frecuencia	22	20	42
		%	22,0%	20,0%	42,0%
	Femenino	Frecuencia	26	32	58
		%	26,0%	32,0%	58,0%
Total		Frecuencia	48	52	100
		%	48,0%	52,0%	100,0%

Tabla 4.
Pruebas de chi-cuadrado de Pearson del tipo de prótesis

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,557	1	0,456

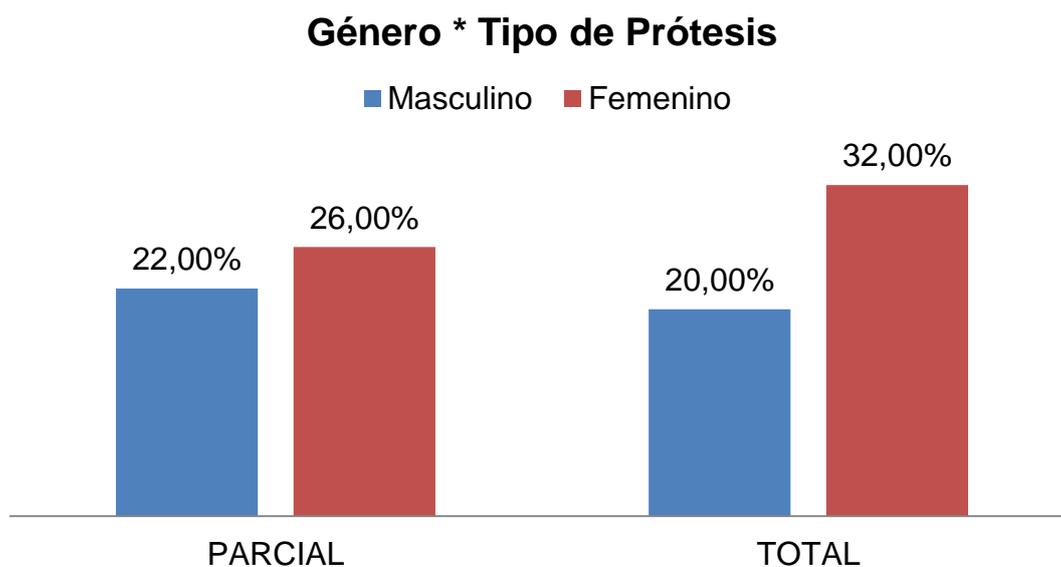


Figura 3. Análisis del tipo de prótesis por género.

3. Edad

De los evaluados, el 22,0% están entre 40 a 49 años, el 33,0% están entre 50 a 59 años y el 45,0% entre 60 a 70 años

Tabla 5.
Análisis del porcentaje de edad.

Grupos edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	40 a 49 años	22	22,0	22,0	22,0
	50 a 59 años	33	33,0	33,0	55,0
	60 a 70 años	45	45,0	45,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



Figura 4. Porcentajes del rango de edad.

3.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) es inferior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis NO son similares con relación al grupo de edad. Dándonos como resultado

Prótesis parcial: el 21% de los encuestados están entre 40 a 49 años, el 19% están entre 50 a 59 años y el 8% entre 60 a 70 años.

Prótesis total: el 1% de los encuestados están entre 40 a 49 años, el 14% están entre 50 a 59 años y el 37% entre 60 a 70 años

Tabla 6

Análisis del porcentaje de edad dependiendo de la prótesis removible.

Tabla cruzada					
			Tipo de Prótesis		Total
			PARCIAL	TOTAL	
Grupos edad	40 a 49 años	Frecuencia	21	1	22
		%	21,0%	1,0%	22,0%
	50 a 59 años	Frecuencia	19	14	33
		%	19,0%	14,0%	33,0%
	60 a 70 años	Frecuencia	8	37	45
		%	8,0%	37,0%	45,0%
Total		Frecuencia	48	52	100
		%	48,0%	52,0%	100,0%

Tabla 7

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	37,528	2	0,000

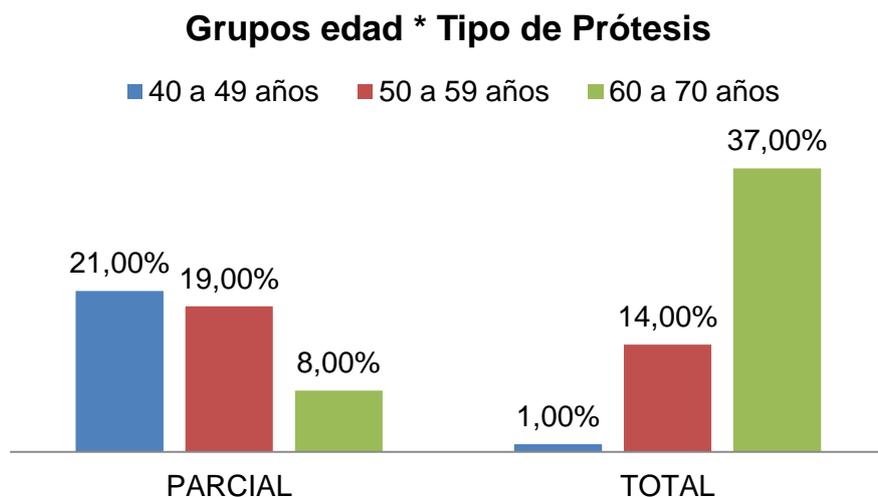


Figura 5. Grupos de edad dependiendo del tipo de prótesis

4. Estética

En los resultados obtenidos, se preguntó si la percepción de belleza que ellos tienen respecto al color, al tamaño y a la forma de los materiales de la prótesis es de agrado. En los cuales los resultados fueron; 46% que si influye la estética y 54% no influye para un cambio.

Estetica

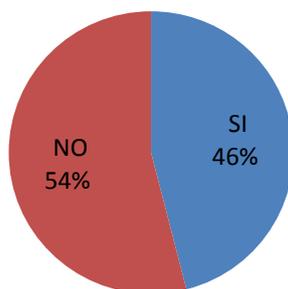


Figura 6. Análisis del porcentaje de agrado estético.

4.2 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,712) es superior a 0,05, por tanto los

porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a la estética (no influye). Dádonos como resultado:

Prótesis parcial: El 23% de los encuestados alegan que si influye como causa para cambio y el 25% alego que no

Prótesis total: El 23% de los encuestados alego que sí y el 29% cito que no.

Tabla 8.

Prueba de chi-cuadrado de Pearson sobre la variable estética.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,137	1	0,712

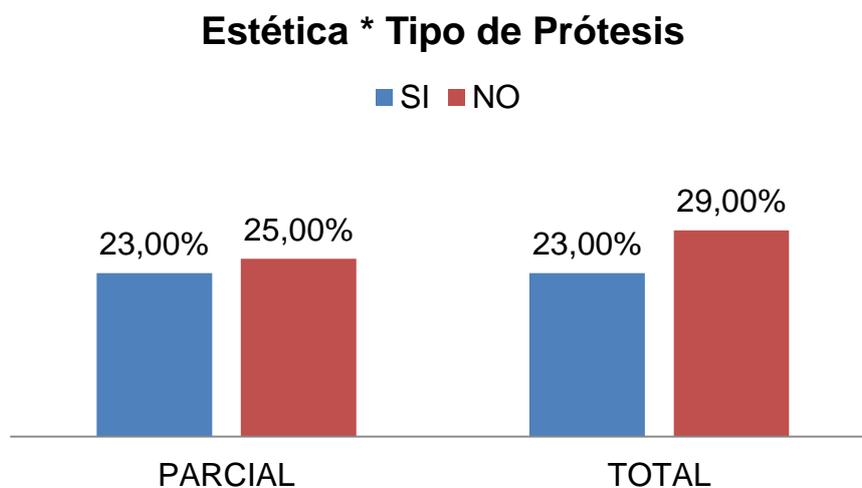


Figura 7. Análisis de estética por el tipo de prótesis removible

5. Funcionalidad

5.1 Mala adaptación

Se preguntó a los encuestados si la prótesis ya no se ajusta o se adapta bien, se afloja constantemente y produce molestias. Dádonos como resultado un

51% que afirmaron tener un alojamiento constante, mientras que el 49% dijo que no.

Prótesis desajustada

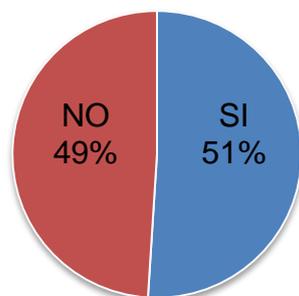


Figura 8. Análisis de porcentaje de desajuste de prótesis removible

5.1.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,164) es superior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a la Prótesis desajustada (no influye). Dándonos como resultado:

Prótesis parcial: el 21% si en prótesis desajustada y no el 27%

Prótesis Total: el 30% si en prótesis desajustada y no el 22%

Tabla 9

Prueba de chi-cuadrado de Pearson por desajusto de prótesis

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,942	1	0,164

Prótesis desajustada * Tipo de Prótesis

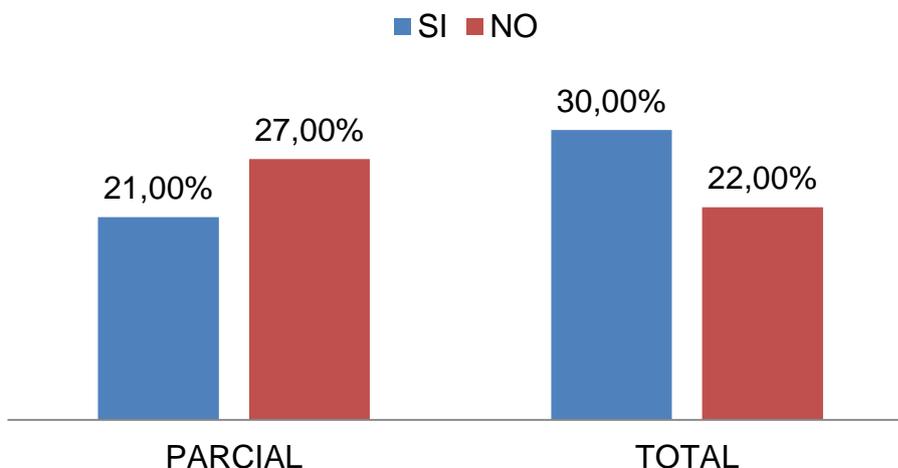


Figura 9. Análisis de porcentaje de desajuste de prótesis removible

5.2 Palancas entre prótesis

Se preguntó si la prótesis poseía balances al momento de masticar, es decir al momento de ocluir o desocluir la prótesis sufría balances y aflojamiento por sectores o zonas. Dándonos como resultado un 50% en ambos casos.

Palancas entre protesis

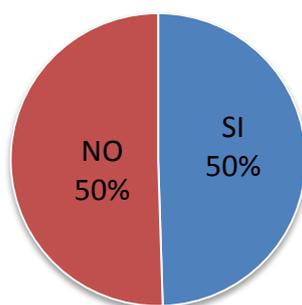


Figura 10. Análisis de porcentaje de balance a la masticación

5.2.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,689) es superior a

0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a los Balances a la masticación (no influye). Dádonos como resultado:

Prótesis parcial: el 23% de los encuestado alegaron que si puede ser una causa los balances a la masticación, mientras que alegaron que no el 25%

Prótesis total: el 27% si en Balances a la masticación y no el 25%

Tabla 10

Prueba de chi-cuadrado de Pearson para el balance a la masticación

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,160	1	0,689

Palanca entre protesis * Tipo de Prótesis

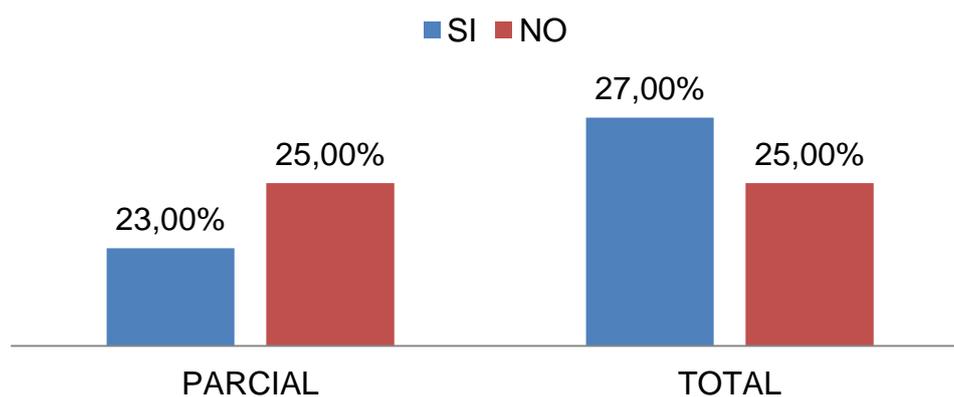


Figura 9. Porcentaje de deflexión por el tipo de prótesis removible

5.3 Mala dicción

Se realizó preguntas si existe dificultad para pronunciar palabras como ochocientos setenta en forma seriada y saber si siente que las pronuncia mal y no logra pronunciar. Y el 53% de los encuestados afirmo que tenía dificultad para pronunciar o formular palabras, mientras que el 47% no.

Problemas para hablar

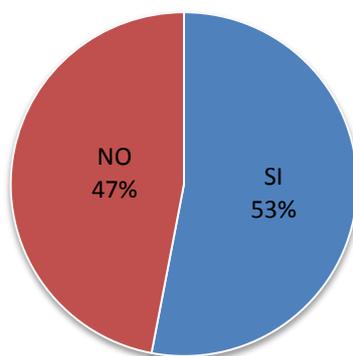


Figura 10. Porcentaje de problemas en la dicción.

5.3.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,822) es superior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a los Problemas para hablar (no influye)

Prótesis parcial: el 26% alegaron si poseen problemas para hablar y no el 22%

Prótesis total: el 27% alegaron que si poseen problemas para hablar y no el 25%

Tabla 11.

Prueba de chi-cuadrado de Pearson en problemas con dicción

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,050	1	0,822

Problemas para hablar * Tipo de Prótesis

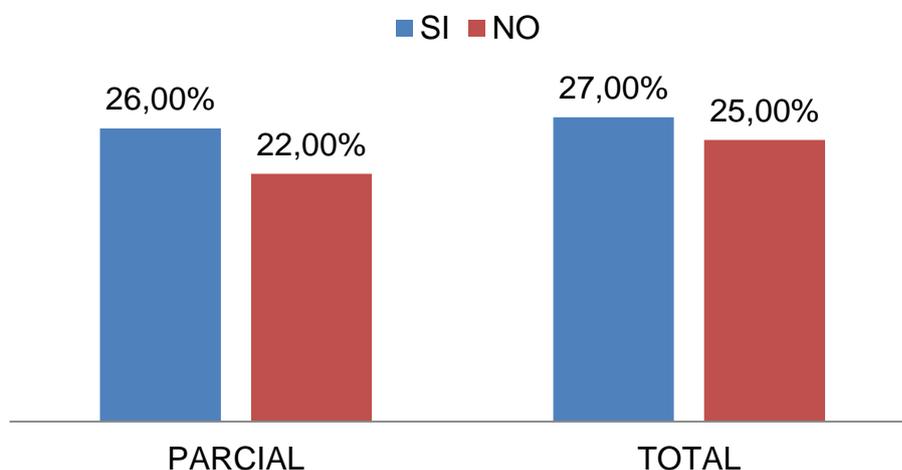


Figura 10. Porcentaje de problemas en dicción en tipo de prótesis removible

5.4 Dificultad al alimentarse

Se preguntó si la alimentación se complicaba en momentos de ingerir alimentos duros o suaves. Los encuestados alegaron que si tenían dificultad siendo el 58% y no el 42%.

Dificultad para alimentarse

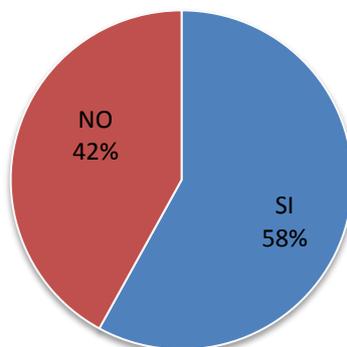


Figura 11. Porcentaje en dificultad para alimentarse

5.4.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,948) es superior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a la Dificultad para alimentarse (no influye): Dádonos como resultado:

Prótesis parcial: el 28% afirmo tener dificultad para alimentarse y no el 20%

Prótesis total: el 30% afirmo tener dificultad para alimentarse y no el 22%

Tabla 12.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson de la dificultad de alimentación

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,004	1	0,948

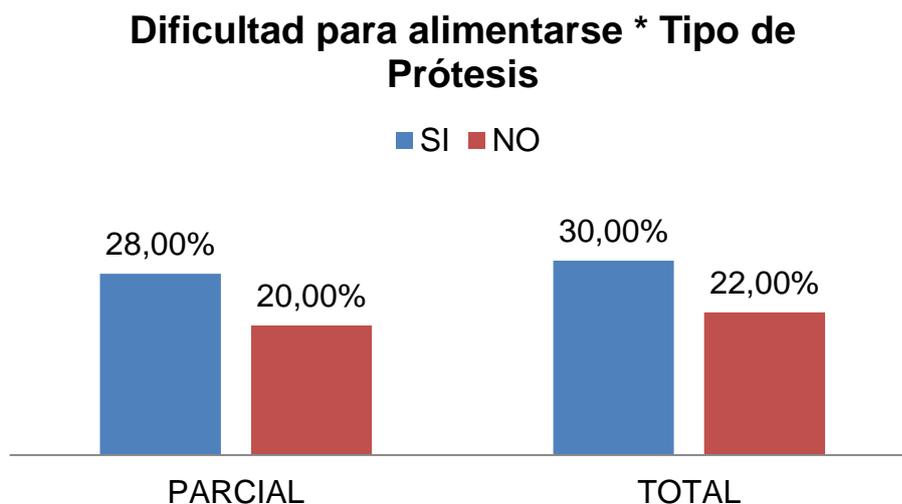


Figura 12. Porcentaje de dificultad al alimentarse

5.5 Deslizamiento entre prótesis (deflexión)

Se preguntó si al momento de ocluir sufre deslizamientos entre prótesis, puesto que la misma no posee un anclaje o llave oclusal. Los resultados fueron que no influye como causa en un 62% y que si puede influir en un 38%.

Deslizamientos al ocluir

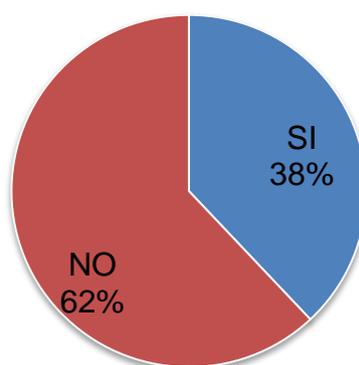


Figura 13. Porcentaje de ausencia de anclaje oclusal

5.5.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,754) es superior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a los Deslizamientos al masticar (no influye): Resultado:

Prótesis parcial: el 19% si en Deslizamientos al masticar y no el 29%

Prótesis total: el 19% si en Dificultad para alimentarse y no el 29%

Tabla 13.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson en deslizamiento al masticar

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,098	1	0,754

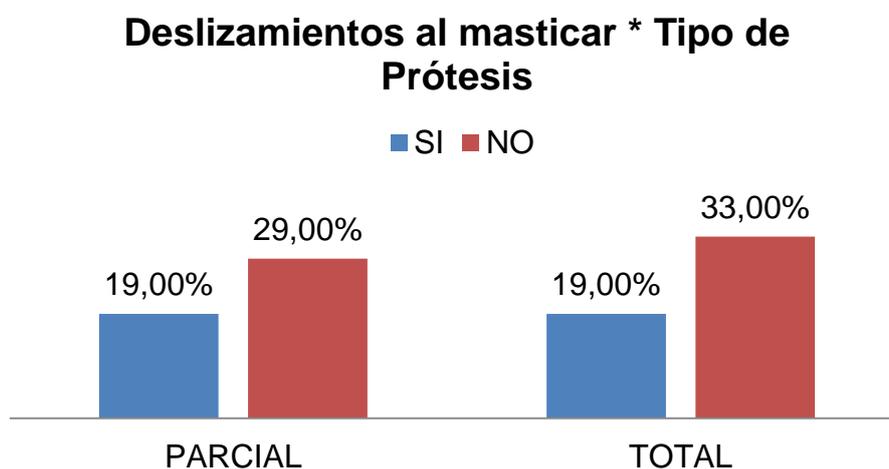


Figura 14. Porcentaje de deslizamiento al ocluir por tipo de prótesis

5.6 Incomodidad

Se preguntó si sentían incomodidad al usar la prótesis, a lo que 50% alegaron que sentían incomodidad al usarla y 50% no

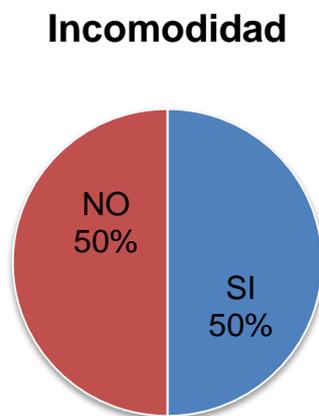


Figura 15. Porcentaje de incomodidad

5.6.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,109) es superior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a la Incomodidad (no influye)

Prótesis parcial: el 28% afirmo tener Incomodidad y no el 20%

Prótesis total: el 22% afirmo tener Incomodidad y no el 30%

Tabla 14.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson en incomodidad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,564	1	0,109

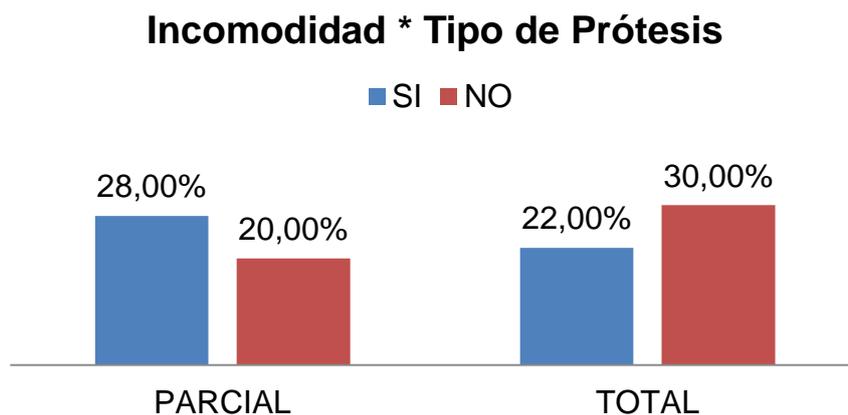


Figura 16. Porcentaje de incomodidad por el tipo de prótesis

6. Patología bucal

Se realizó preguntas referentes si en algún momento de usar la prótesis removibles tenían algún tipo de sensación como picor, ardor, dolor, o algún síntoma que cesaba cuando se retiraban las prótesis. El 29% de los encuestados refirieron haber tenido uno o más síntomas mientras que el 71% no refirió sintomatología alguna.

Patologia bucal

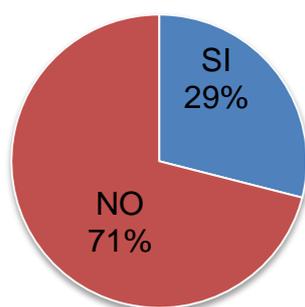


Figura 17. Porcentaje de patología oral

6.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,030) es inferior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis NO son similares con relación a la Patología Bucal (Si influye). Resultados:

Prótesis parcial: el 9% afirmo tener algún tipo de sintomatología y no el 39%

Prótesis total: el 20% afirmo tener sintomatología y no el 32%

Tabla 15

Prueba de chi-cuadrado de Pearson para patología oral

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,710	1	0,030

Patología Bucal * Tipo de Prótesis

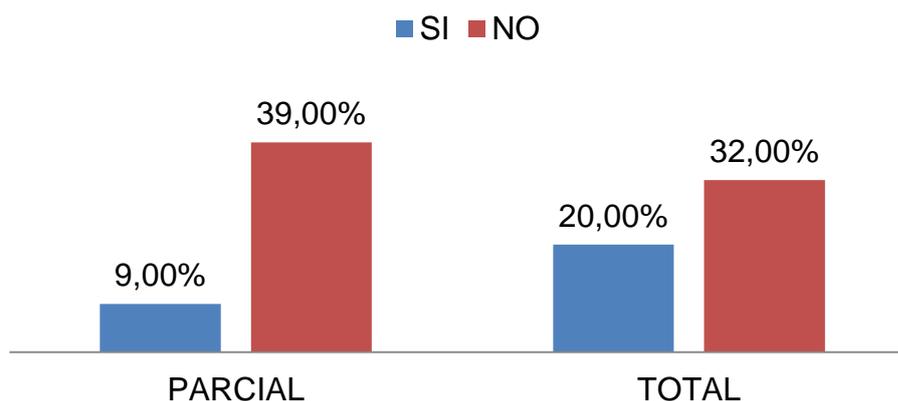


Figura 18. Porcentaje de patología oral según el tipo de prótesis removible

7. Tiempo de uso de la prótesis

Se preguntó si un factor influyente para el cambio de la prótesis es el tiempo, puesto que por su largo periodo de uso el material ha sufrido desgastes y modificaciones, y el 41% afirmaron que si influye, mientras que el 59% allego que no.

Tiempo de uso

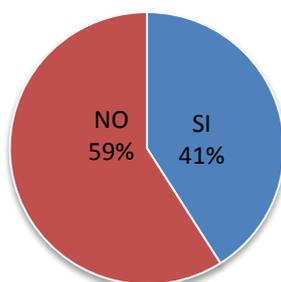


Figura 19. Porcentaje de tiempo de uso de prótesis removible

7.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) es inferior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis NO son similares con relación al Tiempo de uso (Si influye).

Prótesis parcial: el 9% afirmo el tiempo uso puede ser un factor y no el 39%.

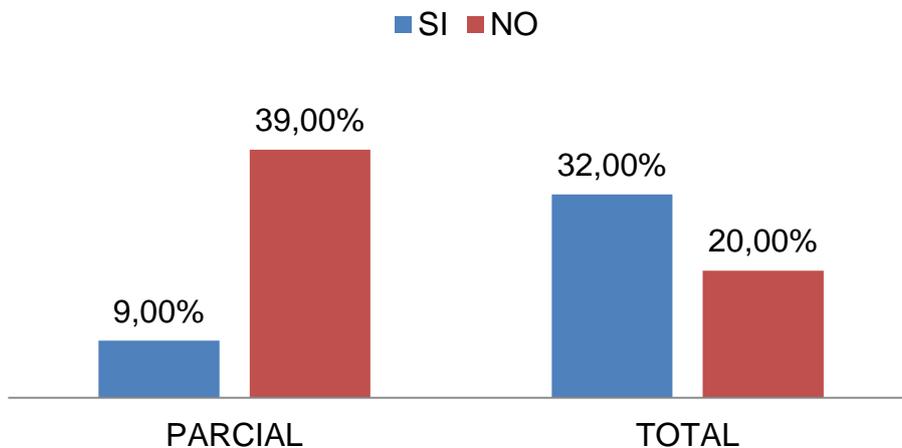
Prótesis total: el 32% afirmo el tiempo uso puede ser un factor y no el 20%

Tabla 16.

Prueba de chi-cuadrado de Pearson para el tiempo de uso

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,891	1	0,000

Tiempo * Tipo de Prótesis



Figura

20. Porcentaje de uso de tiempo en cada tipo de prótesis removible

8. Aspectos psicológicos

En cuanto a la percepción psicológica, se preguntó si había necesidad de sentirse mejor consigo mismo y si su autoestima se ve afectado por una prótesis en mal estado. A lo que el 43% alego que si había una necesidad de sentirse bien consigo mismo y un 57% aporoto que no.

Aspecto Psicológico

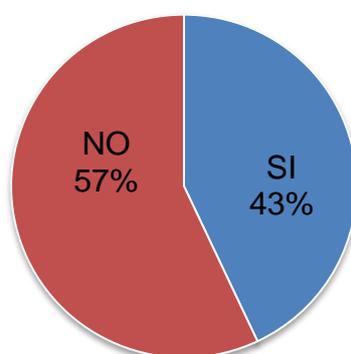


Figura 21. Porcentaje de aspecto psicológico

8.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,796) es superior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación al Aspecto Psicológico (no influye).

Prótesis parcial: el 20% respondió que si puede influir el Aspecto Psicológico y no el 28%

Prótesis total: el 23% respondió que si puede influir el Aspecto Psicológico y no el 29%

Tabla 17

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson del aspecto psicológico

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,067	1	0,796

Aspecto Psicológico * Tipo de Prótesis

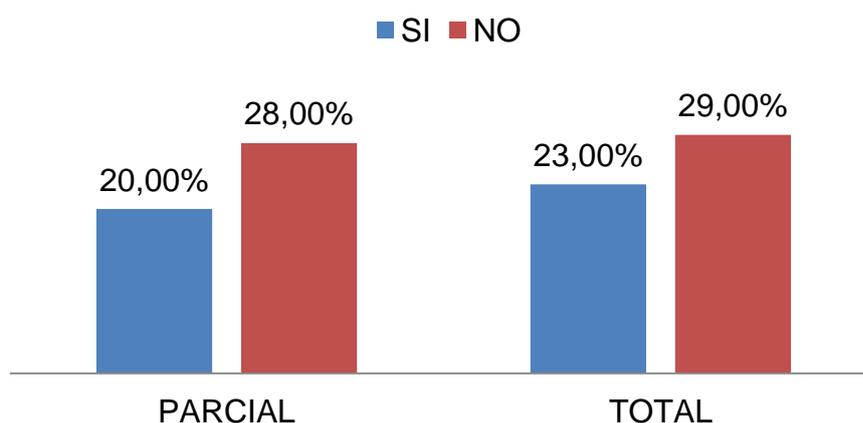


Figura 23. Porcentaje de aspecto psicológico según el tipo de prótesis

9. Otras razones

En esta variable las razones que más repitieron los encuestados fueron un 4% por fractura de prótesis, 2% por fractura de dientes artificiales, 4 % por una prótesis mal hecha y 6% por pérdida de piezas pilares dándonos como resultado un 17% que alegaron que si puede influir y un 83% no refirió otras razones

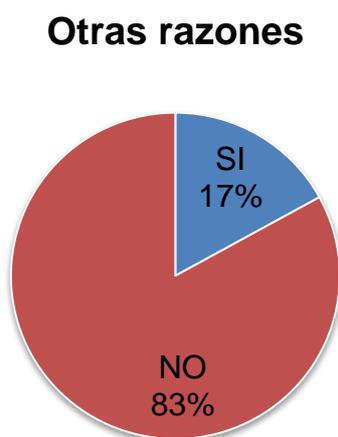


Figura 24. Porcentaje de otras razones para cambiar de prótesis removible

9.1 En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,654) es superior a 0,05, por tanto los porcentajes entre los tipo de prótesis son similares con relación a otros aspectos (no influye)

Prótesis parcial: El 9% de los encuestados alego si en otros Aspecto y no el 39%

Prótesis total: El 8% de los encuestados alego si en otros Aspecto y no el 44%

Tabla 18.
Prueba de chi-cuadrado de Pearson sobre

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,200	1	0,654

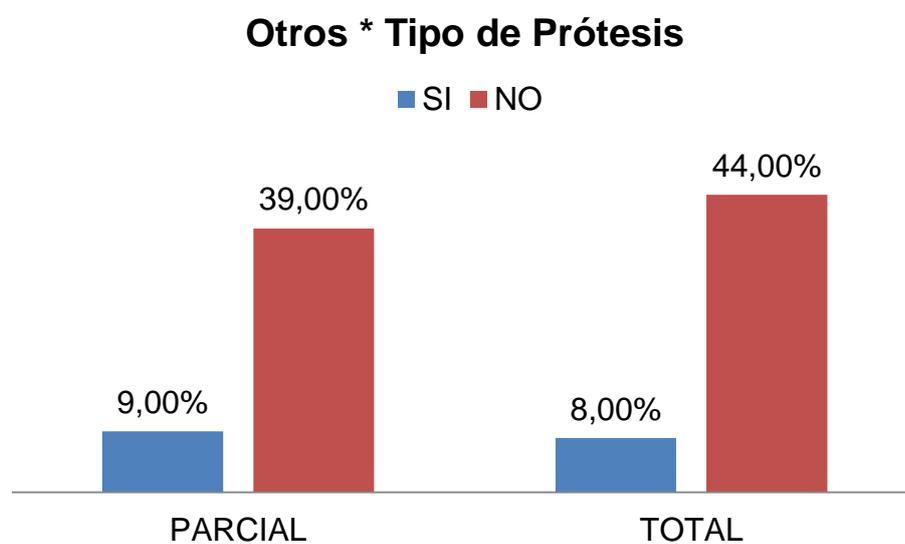


Figura 25. Porcentaje de otras razones por tipo de prótesis removible

7. DISCUSIÓN

Uno de los puntos esenciales que se debe cumplir en Odontología, es devolver o replicar la funcionalidad oral, en todos sus aspectos, para mantener saludable al sistema estomatognático. En rehabilitación oral una de las alternativas más seleccionadas es la conformación de prótesis totales o parciales, las cuales tienen como fin reproducir toda la funcionalidad y estética que se ha perdido, sin embargo, pueden existir diferentes causas o motivos para que un paciente rehabilitado tome la decisión de realizar un cambio de prótesis, es por dicha razón que el presente estudio se enfoca precisamente en determinar la razón del porque se puede realizar un cambio y lograr enfocarse en dichos factores para poder mejorar una rehabilitación protésica.

Se propuso una encuesta en la cual se incluía factores como estética, funcionalidad, patología oral, tiempo de uso de la prótesis removible, aspecto psicológico, los cuales, podían a influir en dicha decisión y analizar los resultados.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor número de pacientes han realizado cambios de prótesis removibles de acuerdo a su género predomina más el sexo femenino con 58% de los encuestados, concordando con el estudio de Baumgarten, A. (2017) en el cual realizó un estudio a sobre el estado dental y protésico de la población de Porto Alegre, Brasil, en los cuales encuestó 925 personas, de los cuales, el género predilecto fue el femenino con 58.1%. Discrepando con Ortiz, B. (2014), en su estudio sobre la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años en la ciudad de México, en el que se encuestaron a 533 en los que el género predilecto fue el masculino con 61% mientras que el femenino fue un 56,5%, esta diferencia puede darse por el rango de edad, puesto que la diferencia no es tan significativa.

En cuanto a la edad en la que se frecuenta tenemos como resultado 45% en un rango de 60 a 70 años de edad. De la misma manera en el estudio realizado

por Vidal, (2006), en el cual analizo los factores que influyen al uso tiene como resultado individuos encuestados entre los 60 a 74 en un 71,8 % de una muestra total de 149 adultos mayores. Coincidiendo también con Ortiz, B (2014), en el que el promedio de la población estudiada fue de 67,4 años coincidiendo con el rango de edad que se estableció en el estudio. De igual manera, Singh, H (2014), en su estudio sobre los problemas que enfrentan los portadores de prótesis removible, concuerda con sus resultados que fueron un porcentaje mayoritario los pacientes de 65 a 70 años de edad.

De la misma manera se analizó la prevalencia mayor del tipo de prótesis dándonos un resultado de 52 % en prótesis total. Así como también en el estudio sobre mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integral, de Nápoles, L (2016), en el cual se realizó una encuesta entre 110 pacientes portadores de prótesis removible quienes fueron atendidos en la Clínica Martínez del Moncada, en Santiago de Chile, en el cual dieron como resultado que los pacientes principalmente predominantes eran portadores prótesis totales en un 50.0% en pacientes de 60 años.

Entrando ya en las variables analizadas, tenemos que los pacientes no concuerdan que la estética sea un factor influyente con un resultado de 54 %, el cual no varía por el tipo de prótesis removible. A diferencia del estudio de Hofmann, K (2016) sobre los predictores de la satisfacción del paciente con la renovación de prótesis removible, en el cual explica que la estética es considerada de los puntos más importantes, por ser de percepción subjetiva, se comprueba que la pérdida de elementos o piezas en zonas posteriores tienen poco o ningún impacto, a diferencia de la pérdida de piezas anteriores los cuales se ven asociadas con la percepción de la belleza, motiva a las personas a buscar una sustitución y reproducción de la estética ausente.

En cuanto a la mala adaptación o desajuste de la prótesis, los encuestados afirmaron que puede ser un factor de cambio en un 51% siendo en este caso los portadores de prótesis total los que predominan con un 30% de afirmación.

Concordando con el estudio sobre los criterios de retención y estabilidad en usuarios de prótesis completa de Limpuangthip, N (2017), en el cual revela que la retención o adaptación influye en la insatisfacción del 70% de portadores de prótesis, puesto que dicho desajuste revelo una producción de mayor sensibilidad en cuanto tejidos blandos y duros, así como también la acumulación de microorganismos en el material puesto que se ha perdido el sellado periférico y la calidad de la prótesis.

El balance de la prótesis al ocluir no tuvo un porcentaje que influyese para realizar un cambio de prótesis en los encuestados, puesto que los valores son muy similares siendo de 50% tanto respuestas afirmativas como negativas. A diferencia del artículo sobre oclusión en prótesis total de Hidalgo I (2009), en el cual afirma que cuando no existe una oclusión balanceada, los contactos asimétricos puede dar sobrecargas en zonas específicas de la mucosa produciendo diferentes tipos de inconvenientes y patologías, los cuales influyen en grados altos de insatisfacción para el portador.

En cuanto a problemas de dicción o mala pronunciación de palabras como ochocientos setenta y su serie, se obtuvo un resultado afirmativo de un 53 %. Como afirma, Singh, H (2014), en su estudio donde se enfoca en los problemas que pueden enfrentar adultos mayores con prótesis removibles, demuestra que el 64% de los encuestados tenían dificultades para hablar o pronunciar palabras, revelando que les resultaba difícil interactuar y comunicarse, limitándose en pronunciar algunas palabras cuando usaban la prótesis removible,

La dificultad para alimentarse fue factor predominante entre los encuestados, puesto afirmaron que puede influir en el cambio en un 58%. Corroborando con los resultados obtenidos en el estudio de Ortiz, B (2014), sobre la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud oral, en la cual se reportó mayor inconformidad en portadores de prótesis removibles refiriendo problemas para comer; en los cuales un 38,8% afirmo tardar más tiempo en comer y 32.5% había dejado de comer algún tipo de alimento ya que no podía. Así como

también lo resalta Krestschman, D. (2015), en su estudio sobre el rendimiento masticatorio y el nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis removible, en el cual afirma que el mayor factor de incomodidad que se manifiesta con la masticación es la dificultad de triturar y formar bolo alimenticio, puesto que esta condición en particular, obliga a muchos pacientes en seleccionar y restringir muchos alimentos de su dieta diaria, generando disgusto y menoscabo, principalmente cuando están en presencia de otros individuos.

El deslizamiento entre prótesis dio como un resultado negativo, puesto que los encuestados alegaron que no puede llegar a influir en el cambio de prótesis removible tanto total como parcial, con porcentaje de 62% de no. Al contrario de Kuć, J (2017), en el que su estudio sobre la evaluación de los parámetros funcionales en la oclusión de portadores de dentaria, alega que la mayoría de problemas que se da en pacientes rehabilitados protésicamente es cuando las fuerzas oclusales que se transmiten verticalmente al hueso no son distribuidas correctamente produciendo daños a nivel articular, puesto que al poseer un anclaje o estabilizador los contactos prematuros y desplazamientos entre prótesis, llegan a producir un desgaste continuo y problemas relacionados en la aplicación de fuerzas.

En cuanto a la incomodidad los resultados generales no variaron puesto que dieron 50%. A diferencia del estudio de Singh, H. (2014), sobre los problemas que enfrentan los adultos mayores que viven con prótesis dental, en el cual afirma que el 62% de hombres y el 58% de mujeres no pudieron adaptarse a sus prótesis removibles, puesto que tuvieron molestias y dificultades para realizar algunas acciones básicas, así como también su incomodidad ante el dolor, hinchazón y el rendimiento funcional con las prótesis que usaban.

De acuerdo a la patología oral, fue un influyente específico para los portadores prótesis totales con un porcentaje de 20% el cual puede influir al cambio. Alegando el estudio sobre prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores de Alpizas, B (2012), en el cual, obtuvo resultados sobre lesiones más

frecuentes en adultos mayores del 78,5% relacionadas al uso de prótesis; siendo la estomatitis subprotésica la lesión más influyente con el 43%.

El tiempo de uso obtuvo un resultado general de 59% negativo, pero fue un factor específico para los portadores de prótesis total, los cuales indicaban un valor de 32 % revelando que era un factor influyente para realizar el cambio de prótesis. Coincidiendo con el estudio sobre afecciones de la mucosa oral encontrada en pacientes geriátricos portadores de prótesis de Martell, Y. (2007) en el cual indica que las prótesis que poseen un rango de tiempo entre 6 a 10 años de uso se encontraban sin ningún tipo de funcionalidad, con intervalos altos del 85% en prótesis de 11 a 20 años y del 100% en prótesis con más de 21 años

El factor psicológico dio como resultado que no influye en el cambio de prótesis con 57 % de negación. A diferencia del estudio de Sousa e Silva (2010) sobre el impacto de la pérdida dental en calidad de vida en la que se observa que la incomodidad psicológica fue de las dimensiones de mayor impacto en la calidad de vida de las personas entrevistadas, puesto que influye en su percepción de aceptación y el sentimiento subjetivo de humillación.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Conclusiones.

Se determinó que el género predominante respecto al cambio de prótesis es el sexo femenino con un 58%.

De acuerdo al tipo de prótesis removible, la predominancia fue la prótesis total con 52%.

En cuanto a la edad en el que se realizan más cambios, se determinó que en el rango de 60 a 70 años predomina con 45%, del cual el 37% son prótesis totales. En cambio en el rango de 40 a 49 años predomina la prótesis parcial con un 21%.

Se determinó que la causa o el factor predominante para el cambio de prótesis removibles tanto totales como parciales es la dificultad para alimentarse con 58%

8.2. Recomendaciones.

Se recomienda realizar un seguimiento adecuado cuando se realice rehabilitación protésica, para corregir o evitar sintomatología que se puede presentar en el transcurso del tiempo.

El profesional debe alentar y apoyar a los pacientes portadores de prótesis removibles, dándoles indicaciones claras sobre sus usos y la higiene adecuada que debe tener para evitar complicaciones futuras.

Alentar a los profesionales de la salud bucal para desarrollar diferentes tipos de técnicas preventivas para reducir el porcentaje de edentulismo en la sociedad.

REFERENCIAS

- Abaci, O., Haliki-Uztan, A., Ozturk, B. (2010). Determining Candida spp. Incidence in Denture Wearers. *Springer Science Business Media B.V.* 169 (5). Pág. 365-372. DOI: 10.1007/s11046-010-9275-8
- Artjomenko, V., Vidzis, A., Zigurs, G. (2015). Connection of functional quality of partial removable dentures and the degree of patients' phonetic adaptation. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal.* 17(14). Pág. 118- 123. PMID: 27189497
- Aslanimehr, M., Resvani, S., Mahmoudi, A. (2017). Comparison of Candida Albicans Adherence to Conventional Acrylic Denture Base Materials and Injection Molding Acrylic Materials. *Journal dent (Shiraz).* 18(1). Pág. 61-64. PMCID: PMC5338177
- Ballesterro, J., López, A., Somacarrera, L., Moreno, L., Rodríguez, M. (2009). Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis. *Revista Gaceta Dental.* Recuperado: <https://www.gacetadental.com/2009/02/lesiones-en-la-mucosa-oral-originadas-por-prtesis-31690/#>
- Baran, I., & Nalcaci, R. (2011). Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. *Elsevier Ireland Ltd Archives of Gerontology and Geriatrics,* 2(53); pág 99-105. DOI: 10.1016/j.archger.2010.07.002
- Baumgarten, A., Schmidt, J., Rech, R., Hilgert, J., Goulart, B. (2017). Dental status, oral prosthesis and chewing ability in an adult and elderly population in southern Brazil. *Journal Clinics Sao Paulo.* 72 (11). Pág. 681 – 685.
- Bessadet, M., Nicolas, E., Veryne, J. (2013). Impact of removable partial denture prosthesis on chewing efficiency. *J Appl Sci Oral.* 21 (5). Pág. 1-10. DOI: 10.1590/1679-775720130046
- Bonnet, G. (2016). Influence of the renewal of removable dentures on oral health related quality of life. *SpringerPlus,* 5 (1); pág. 1-8. DOI: 10.1186/s40064-016-3699-7
- Broka, K., Vidzis, A., Grigorievs, J., Sokolovs, J., Zigurs, G. (2013). The influence of the design of removable dentures on patient's voice quality. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal.* 15 (1). Pág. 20 – 25. PMID: 23732826

- Bulycheva, EA., Trezubov, VN., Alpatova, UV. (2016). Sound Production in Totally Edentulous Patients Before and After Prosthetic Treatment. *Journal Prosthodont*. DOI: 10.1111/jopr.12535
- Campbell, SD., Cooper, L., Craddock, H. (2017). Removable partial dentures: The clinical need for innovation. *Journal of Prosthetic Dentistry*. (17). Pág. 1-8. DOI: 10.1016/j.prosdent.2017.01.008
- Divaris, K., & Ntounis, A. (2010). Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*; pág 1-6. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2010.00440.x
- Enami, E., Nguyen, P., Almeida, F. (2014). The effect of nocturnal wear of complete dentures on sleep and oral health related quality of life: study protocol for a randomized controlled trial. *TRIALS*. 1(15); pág. 2-7. DOI: 10.1186/1745-6215-15-358
- Esquivel, R., Jimenez, J. (2012). The effects of the use of dental prostheses on perceptions of oral health. *Revista ADM*, 60 (2), Pág. 69 - 75.
- Estrada, G., Zayas, O., Márquez, M., Gonzales, E. (2008). Tratamiento del épulis bucal fisurado con criocirugía. *MEDISAN*. 12 (4).
- Farías, A., Torre, G., Fonte, G., Rizzatti, C. (2012). La prótesis parcial removible en el contexto de la odontología actual. *Acta Odontológica Venezolana*. 51 (2). Recuperado: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-26/>
- Forray, F. (2015). Manejo no quirúrgico de hiperplasia fibrosa inflamatoria. *Revista dental de Chile*. 106 (2). Pág. 11 – 14
- Fueki, K., Yoshida-Kohno, E., Wakabayashi, N. (2017). Oral health-related quality of life in patients with non-metal clasp dentures: a randomised cross-over trial. *Journal Oral Rehabilitation*. 44(5). Pág. 405 – 413. DOI: 10.1111/joor.12494
- Fuertes, L., Del Valle, O., Justo, M. (2007). REHABILITACION CON PROTESIS INMEDIATA EN PACIENTES GERIATRICOS: (PRESENTACION DE UN CASO). *Rev. haban cienc méd* [online]. 6(2): 0-0. ISSN 1729-519X. Recuperado: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000200011&lng=es&nrm=iso.
- Galaz, S., Miranda, F., Garcia, O., Acosta, H., Carriel, L. (2012). Estudio comparativo de la retención en prótesis totales superiores elaboradas en impresiones de Alginato y Pasta Zinquenólica. *Revista Dental de Chile*. 103(2): 23 – 28.

- Garcez, C., Morales, A., & Ribeiro, A. (2016). Edentulism, Severe Tooth Loss and Lack of Functional Dentition in Elders: A Study in Southern Brazil. *Brazilian Dental Journal*, 27 (3); pág. 345- 351. DOI: 10.1590/0103-6440201600670
- García, B., Capote, M., Morales, T. (2012) Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. *Revista Finlay*. 2 (1). Pág. 32 – 44.
- Gleiznys, A., Zdanavičienė, E., Žilinskas J. (2015). Candida albicans importance to denture wearers. A literature review. *Stomatologija*. 17 (2): 54-66.
- Goncalves, T., Villanova, L. (2014). Effect of complete and partial removable dentures on chewing movements. *Journal of Oral Rehabilitation*. 41. Pág. 177-183. DOI: 10.1111/joor.12125
- Goodacre, BJ. Goodacre, CJ., Baba, NZ., Kattadiyil, MT. (2016). Comparison of denture base adaptation between CAD-CAM and conventional fabrication techniques. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 116 (2). Pág. 249 – 256. DOI: 10.1016/j.prosdent.2016.02.017
- Hewlett, S., Yawson, A., Calys-Tagoe, B. (2015) Edentulism and quality of life among older Ghanaian adults. *BMC Oral Health*. 15 (48); pág. 1-9. DOI 10.1186/s12903-015-0034-6
- Hidalgo, I., Bernaloa, J., (2009). Oclusión en prótesis total. *Rev. Estomatologica Herediana*, 19 (2): 126-130
- Hilgert, J., Giordani, J. (2016). Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dental and Oral Health*. 64 (12). Pág. 2539 – 2545. DOI: 10.1111/jgs.14399
- Hofman, S., Cuypers, L., Ivanova, A., Duyck, J. (2016). Predictors of Patient Satisfaction with Removable Denture Renewal: A Pilot Study. *Journal of Prosthodontics*.. (1). DOI: 10.1111 / jopr.12537
- Im, S., Huh, Y., Park, C. (2017). Comparison of the fracture resistances of glass fiber mesh- and metal mesh-reinforced maxillary complete denture under dynamic fatigue loading. *Journal of Advanced Prosthodontics*. 9(1). Pág. 22-30. doi.org/10.4047/jap.2017.9.1.22
- Iyer, M., Gujjari, AK., Gowda, V., Angadi, S. (2017). Antifungal response of oral-associated candidal reference strains (American Type Culture Collection) by supercritical fluid extract of nutmeg seeds for geriatric denture wearers: An in vitro screening study. *J Indian Prosthodont Soc*. 17 (3): 267-272. doi: 10.4103/jips.jips_10_17.

- Joseph, A., Janakiram, C., Mathew, A. (2016). Prosthetic Status Needs and Oral Health Related Quality of Life (OHRQOL) in the Elderly Population of Aluva, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 10(11). Pág 1-9. DOI: 10.7860/JCDR/2016/19298.8768
- Kosuru, K. (2017). Denture Care Practices and Perceived Denture Status among Complete Denture Wearers. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 7(1). Pág 1-8. DOI: 10.4103/2231-0762.200705
- Kosuru, K., Devi, G., Grandhi, V. (2017). Denture Care Practices and Perceived Denture Status among Complete Denture Wearers. *Journal Int Soc Prev Community Dent*. 7 (1). Pág. 41 - 45. DOI: 10.4103/2231-0762.200705
- Kretschmann, D., Torres, A., Fuentes, M., Pozo, J., Araveno, R., Quiroga, R. (2015). Masticatory performance and satisfaction level in patients treated with complete dentures. *Elsevier*. 8 (1): 17-23.
- Kúć, J., Sierpin´ska. (2017). Evaluation of functional parameters in the occlusion of complete denture wearers before and after prosthetic treatment. *Journal of Prosthodontic Research*. (17). Pág. 1 – 11. DOI: 10.1016/j.jpor.2017.03.003
- Kuć, J., Sierpinska, T., Gołębiewska, M. (2017). Evaluation of functional parameters in the occlusion of complete denture wearers before and after prosthetic treatment. *Elsevier*. 61 (4): 480 - 490
- Kurtulmus-Yilmaz S1, Yilmaz HG, Tumer H, Sadettinoglu K. (2015). Clinical evaluation of the Er, Cr: YSGG Laser therapy in the treatment of denture-related traumatic ulcerations: a randomized controlled clinical study. *Photomed Laser Surg*, 33 (4); 224-9. Doi: 10.1089/pho.2014.3846.
- Lima, J., Maciel, J., Hotta, J. (2016). Porosity of temporary denture soft liners containing antifungal agents. *Journal Appl Oral Sci*. 24(5). Pág. 453 – 461. DOI: 10.1590/1678-775720160092
- Limpuangthip, N., Somkotra, T., Arksornukit, M. (2017). Modified retention and stability criteria for complete denture wearers: A risk assessment tool for impaired masticatory ability and oral health-related quality of life. *Journal of Prosthetic Dentistry*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.09.01>
- Llanquichoque, R. (2012). Técnica de confección de prótesis totales. *Revista de actualización Clínica*. 24. pág. 1148 - 1152.

- Martell, Y, Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Rev, Cubana Estomatología*. 44 (3).
- Martori, E., Ayuso, R., Martinez, J. (2014). Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *J Prosthet Dent*. 111 (4). Pág. 273-279. DOI: 10.1016/j.prosdent.2013.07.015
- McKenna, G., Allen, PF., O'Mahony, D. (2015). The impact of rehabilitation using removable partial dentures and functionally orientated treatment on oral health-related quality of life: a randomised controlled clinical trial. *Journal of Dentistry*. 43 (1). Pág. 66 – 71. DOI: 10.1016/j.jdent.2014.06.006
- Montero, J., Castillo, R., & Lynch, C. (2013). Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *Journal of dentistry*, 6 (41); 494-502. DOI: 10.1016/j.jdent.2013.01.006
- Moya, P., & Chappuzeau, E. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Estomatol Herediana*. , 3 (2); pág. 197-201.
- Mubarak, S., Hmud, A., Chandrasekharan, S., Ali, A. (2015). Prevalence of denture-related oral lesions among patients attending College of Dentistry. Univesity of Dammam: A clinic-pathological study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 5 (6), pág. 506 – 512. DOI: 10.4103/2231-0762.170525.
- Nápoles, I., Rivero, O., García, C., Pérez, D. (2016). Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. *Rev. Arch Med Camagüey*. 20 (2). Pág. 160 – 161.
- Nápoles, J., Carbonelli, T., Corona, M., Araño, Z., Bandera, Luisa. (2016). Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integral. *MEDISAN*. 20(10). Pág.: 4067- 4070.
- Okamoto, N., Morikawa, M., & Kurumatami, N. (2010). Relationship of tooth loss to mild memory impairment and cognitive impairment: findings from the fujiwara-kyo study. *Biomed Central*, 6 (77); pág. 1-33. DOI: 10.1186/1744-9081-6-77
- Ortiz, Bellamy., Altamirano, M. (2014). The relationship between oral health-related to quality of life, tooth loss and removable prostheses in IMSS

- beneficiaries adults over the age of 50. *Avances Odontoestomatológico*. 30 (4)
- Peera, S. (2016). Dental prosthetic status and treatment needs of adult population in Jizan, Saudi Arabia: A survey report. *European Journal Of Dentistry*, 10(4); pág. 1-2. DOI: 10.4103/1305-7456.195173
- Saman, D., Lemieux, A., Lutfyya, M. (2014). A population-based study of edentulism in the US: does depression and rural residency matter after controlling for potential confounders? *BMC Public Health Biomed Central*. 14 (65). Pág. 1-24. DOI: 10.1186 / 1471-2458-14-65
- Sánchez, A., Vieira, J., Arenas, D. (2009). Consideraciones estéticas en el diseño de retenedores directos de prótesis parciales removibles. *Acta Odontológica Venezolana*. 39 (1).
- Sánchez, M., Velázquez, R., Dávila, R., Gonzales, A. (2011). Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Rev. Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 16(2). Pág.: 110-115.
- Sharon, V., Fazel, N. (2010). Oral candidiasis and angular cheilitis. *Department of Dermatology*. 23 (3): 230 – 242. DOI: 10.1111/j.1529-8019.2010.01320.x
- Shi, B., Wu, T., Lux, R. (2016). The Denture-Associated Oral Microbiome in Health and Stomatitis. *mSphere*. 1 (6). Pág 1-37. DOI: 10.1128/mSphere.00215-16
- Sing, H., Shama, S., Singh, S. (2014). Problems faced by complete denture-wearing elderly people living in Jammu district. *Journal Clinic Diagnostic Res*. 8(12). DOI: 10.7860/JCDR/2014/9900.5265
- Souza e Silva, M., Villaça., Magalhaes, E., Ferreira, E. (2010). E Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(3): doi: 10.1590/S1413-8123201000030002
- Wada, T., Takano, T., Ueda, T., Sakurai, K. (2016). Evaluation of participants' perception and taste thresholds with a zirconia palatal plate. *Journal of Prosthodontic Research*. 60 (4). Pág 1-7. DOI: 10.1016/j.jpor.2016.02.005
- Yen, Y.-Y. (2015). Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*, 15 (1); pág 1-12. DOI: 10.1186/1472-6831-15-1

ANEXOS

Anexo 1: Carta de autorización



Universidad de las Américas

Facultad de Odontología

Carta de Autorización

Por medio de la presente, Yo, Sergio Villagómez, con cedula de identidad 1714983689 y número de matrícula 703646, requiero la autorización para el uso de las instalaciones de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas, para ingresar en horarios de actividad y realizar encuestas a pacientes, desarrollando una recopilación de datos para el presente estudio “Causa más común para el cambio y renovación de prótesis removible en pacientes de 40 a 70 años de edad, que acudan a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas”.



Firma de la Autoridad Responsable

Anexo 3: Encuesta

Universidad de las Américas						
Facultad de Odontología						
Nombre	Género		M: _	F: _	Edad:	
Estoy cambiando mi prótesis por: (Marcar con una x)					SI	NO
Estética	El color, tamaño o forma de los dientes ya no son de su agrado.					
Funcionalidad	La prótesis ya no se ajusta o se adapta bien, es decir, no se retiene y afloja constantemente.					
	Tiene balances al momento de masticar o de hablar. No esta fija en su totalidad.					
	No puede pronunciar algún tipo de palabras o siente que las pronuncia mal. (La pregunta la realiza el encuestador)					
	La alimentación se vuelve difícil puesto que la masticación de alimentos se ve complicada por la prótesis.					
	La prótesis no posee un anclaje oclusal, es decir, al morder sufre deslizamientos entre dientes.					
	Siente incomodidad o molestia al momento de usar las prótesis					
Patología bucal	Siente algún tipo de picazón, ardor o molestia al momento de usar las prótesis los cuales cesan después de dejar de usar las mismas.					
Tiempo	Las prótesis llevan mucho tiempo de uso y el desgaste es un factor influyente para cambiarla. Tiempo de uso de la prótesis: _____					
Aspecto psicológico	Siente que necesita cambiar la prótesis para verse y sentirse mejor					
Otras razones						
Tipo de edentulismo	Edentulismo Total: _____		Edentulismo parcial: __ Clase: _____			
Consentimiento informado						
Acepta haber participado en la encuesta y brindado datos voluntariamente, los cuales serán utilizados únicamente para el presente estudio.			 Firma			

Anexo 4: Formula y cálculo de muestra

Z= Nivel de confianza

(Sigma) σ = Desviación estándar de la población

N= Población

e= Margen de error

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5^2 * 131}{0.05^2 * (131 - 1) + 1.96^2 * 0.5^2}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.25 * 131}{(0.0025 * 130) + (3.8416 * 0.25)}$$

$$n = \frac{125.81}{0.325 + 0.96}$$

$$n = \frac{125.81}{1.285}$$

n= 98 Pacientes

