

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL
SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y EL NIVEL DE LA
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS
PARCIALES REMOVIBLES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA. AREQUIPA. 2016**

**TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER:
ATARAMA GUTIÉRREZ, MAGNOLIA
EMPERATRIZ**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AREQUIPA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios. Quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades que se presentaban, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles, que me han enseñado a valorarte cada día más.

A mis ángeles, que me cuidan desde el cielo. A mi abuelito, que más que un abuelo fue y será siempre mi papá, mi amado papi Víctor, que ya no está a mi lado físicamente, pero su cariño prevalece siempre en mi corazón, gracias por confiar en mi desde el momento que supiste que ingresé a la universidad, fuiste un hombre honesto y bondadoso, mi ejemplo a seguir. A Papá Israel, mamá Reneé, y a mi María Camilita.

A mis padres, a ti mamá. Por haberme educado, gracias por tus consejos y motivaciones, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar en mí ese sabio don de la responsabilidad, y sobre todo gracias por darme la vida.

A ti papá. A quien le agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo moral que me has brindado siempre para culminar mi carrera profesional.

A mi hermano Manuel. Porque siempre he contado con él pese a la distancia, gracias; por el apoyo y la amistad que tenemos desde que éramos niños.

A mi mami María y a mi tía Lenny, que siempre han estado ahí para mí, por aceptar ser mis primeras pacientes, gracias por la confianza y su amor incondicional.

A mi sobrinita María Brunellita, quien ha sido y es mi motivación, inspiración, felicidad y porque para mí siempre será mi hijita.

A mis docentes, por las enseñanzas y conocimientos compartidos a lo largo de mi formación profesional. Y a mis amigas, por las experiencias y momentos vividas en estos años, porque de una u otra manera estuvieron pendientes de mí en este extenso proceso.





“De los esfuerzos de hoy, depende el éxito del mañana”

Mamá

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Determinación del Problema.....	15
1.2. Enunciado del Problema	15
1.3. Descripción del Problema	15
1.3.1. Área del Conocimiento	15
1.3.2. Operacionalización de variables.....	16
1.3.3. Interrogantes Básicas.....	16
1.3.4. Taxonomía de la investigación	17
1.4. Justificación	17
2. OBJETIVOS.....	18
3. MARCO TEÓRICO	19
3.1. Marco Conceptual.....	19
3.1.1. Edentulismo Parcial	19
3.1.2. Clasificación	20
3.1.3. Reglas de Applegate	23
3.1.4. Prótesis Parcial Removible	24
3.1.5. Componentes de una prótesis parcial removible	24
3.1.6. Diferencia entre la prótesis dentosoportada y la dentomucosoportada	40
3.1.7. Definición de satisfacción	44
3.1.8. Satisfacción del paciente	46
3.1.9 Sistemas de evaluación subjetiva para pacientes: Instrumentos de evaluación	49

a).....	G
Geriatric Oral Health Assessment Index: GOHAI.....	50
b).....	O
Oral Health Impact Profile.....	51
c).....	O
Oral Impacts on Daily Performances: OIDP.....	57
d).....	T
The Oral Health Quality of life Inventory: OH-QoL....	58
3.2. Revisión de Antecedentes Investigativos	60
4. HIPÓTESIS.....	64
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN ..	66
1.1. Técnica	66
1.2. Instrumento	66
1.3. Materiales	67
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	68
2.1. Ubicación Espacial	68
2.2. Ubicación Temporal	68
2.3. Unidades de Estudio	68
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
3.1. Organización	70
3.2. Recursos	70
3.2.1. Recursos Humanos.....	70
3.2.2. Recursos Físicos.....	70
3.2.3. Recursos Económicos.....	71
3.2.4. Recursos Institucionales.....	71

3.3. Prueba piloto.....	71
4. ESTRATEGIA DE MANEJO DE LOS RESULTADOS	71
4.1. Plan de procesamiento de los datos.....	71
4.2. Plan de análisis de datos.....	72
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	75
DISCUSIÓN.....	95
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES.....	98
BIBLIOGRAFÍA.....	99
HEMEROGRAFÍA.....	100
INFORMATOGRAFÍA.....	101
ANEXOS.....	102
Anexo N° 1: Modelo de Instrumento	103
Anexo N° 2: Matriz de Sistematización	105
Anexo N° 3: Consentimiento Informado.....	107
Anexo N° 4: Autorización.....	108
Anexo N° 5: Secuencia Fotográfica.....	109

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1:	Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares superior e inferior	76
TABLA Nº 2:	Indicadores de la satisfacción en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles	78
TABLA Nº 3:	Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en ambos maxilares y el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy	80
TABLA Nº 4:	Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en maxilar superior y el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy	82
TABLA Nº 5:	Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en maxilar inferior y el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy	84
TABLA Nº 6:	Distribución de la clasificación de Kennedy y modificaciones en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en relación a ambos maxilares superior e inferior	86
TABLA Nº 7:	Nivel de satisfacción de pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en maxilar superior	88
TABLA Nº 8:	Nivel de satisfacción de pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en maxilar inferior	90
TABLA Nº 9:	Grupo etareo de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy	92
TABLA Nº10:	Género de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº 1: Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares superior e inferior	77
GRAFICO Nº 2: Indicadores de la satisfacción en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles.....	79
GRAFICO Nº 3: Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en ambos maxilares y el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.....	81
GRAFICO Nº 4: Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en maxilar superior y el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.....	83
GRAFICO Nº 5: Relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en maxilar inferior y el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.....	85
GRAFICO Nº 6: Distribución de la clasificación de Kennedy y modificaciones en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en relación a ambos maxilares superior e inferior.....	87
GRAFICO Nº 7: Nivel de satisfacción de pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en maxilar superior.....	89
GRAFICO Nº 8: Nivel de satisfacción de pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en maxilar inferior.....	91
GRAFICO Nº 9: Grupo etareo de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy.....	93
GRAFICO Nº10: Género de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares.....	95

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo de investigación es poder determinar la frecuencia del edentulismo parcial en pacientes adultos según la clasificación de Kennedy y conocer el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la U.C.S.M, Arequipa. 2016.

Esta investigación trata de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal desarrollado en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Por ello se estudiaron 43 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, contabilizándose 60 maxilares edéntulos parciales.

Para la obtención de los datos se empleó estadística descriptiva con frecuencias absolutas (n°) y relativas (%); los datos fueron cuantificados con el programa estadístico SPSS. 21, las tabulaciones y el análisis de los datos se ejecutaron con la prueba estadística de Chi cuadrado.

Para la evaluación se realizó un examen clínico, consignando los datos en una ficha de registro observacional y mediante un cuestionario de preguntas se registraron los datos para lo correspondiente a nivel de satisfacción el cual se utilizó el cuestionario OHIP- Edent 19 (Oral Health Impact Profile).

Los resultados nos muestran que el edentulismo parcial corresponde al tipo de pérdida dental más frecuente, así también se pudo observar que los pacientes entre los 59 a 68 años de edad es donde se encuentra la mayor frecuencia de edentulismo parcial siendo la clase II de Kennedy la más frecuente con un 58.2% mostrándonos a su vez que el nivel de satisfacción para la clase II de Kennedy es regular 37.21% y baja 9.30%. Por otro lado la clase IV de Kennedy fue la menos frecuente 4.6% en nuestra investigación.

Como conclusión, la mayor frecuencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta mayor entre los 59 a 68 años, a predominio del sexo femenino y la clase II es la más predominante.

Palabras clave: Edentulismo parcial, clasificación de Kennedy y nivel de satisfacción.

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the frequency of partial edentulism in adult patients according to the Kennedy classification and to know the level of satisfaction of patients with removable partial dentures in the dental clinic of the U.C.S.M, Arequipa. 2016.

This research is about a descriptive, observational, prospective and transversal study developed in the dental clinic of the Catholic University of Santa Maria. For this reason, 43 patients who met the inclusion criteria were studied, accounting for 59 partial edentulous maxillaries.

To obtain the data, descriptive statistics were used with absolute (n°) and relative (%) frequencies; The data were quantified using the SPSS statistical program. 21, tabulations and data analysis were performed using the Chi square statistical test.

For the evaluation, a clinical examination was carried out, recording the data in an observational record and using a questionnaire the data were recorded for the corresponding level of satisfaction using the OHIP-Edent 19 (Oral Health Impact Profile).

The results show that partial edentulism corresponds to the type of dental loss more frequent, so it was also observed that patients between 59 and 68 years of age is where the highest frequency of partial edentulism is found, with Kennedy class II being More frequent with 58.2% showing us that the level of satisfaction for class II of Kennedy is regular 37.21% and low 9.30%. On the other hand Kennedy's class IV was the least frequent 4.6% in our research.

As a conclusion, the highest frequency of partial edentulism corresponds to the adult population aged between 59 and 68 years, predominantly female and class II is the most predominant.

Key words: Partial edentulism, Kennedy classification and level of satisfaction.

INTRODUCCION

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, que se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total, produciéndose por diversas causas.

En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias, perjudica de manera desfavorable al sistema estomatognático, manifestándose una oclusión alterada, como también el componente neuromuscular y casi siempre con repercusiones graves en la articulación temporomandibular. Así mismo las estructuras orales remanentes sufren modificaciones de posición y contorno e inclusive la formación de un componente anatómico nuevo, el reborde desdentado.

Por tal razón, la odontología rehabilitadora se especializa en la ejecución de tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad devolviéndole al paciente, la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales ya sean de tipo fijo o removible totales o parciales, en remplazo a las piezas dentarias perdidas, buscando siempre una correcta oclusión; sin embargo, pueden existir prótesis mal adaptadas o deterioradas ya sea por su prolongado tiempo en boca, las cuales llegan a impedir la ingesta de alimentos de forma satisfactoria, produciendo daños estomatológicos.

Todas estas alteraciones tienen efectos o secuelas ya sean estéticas y funcionales que aminoran la capacidad masticatoria en comparación con los que tienen una dentición completa, influenciando en la elección de los alimentos al evitar aquellos que son difíciles de masticar. El paciente nota estas secuelas de distintas maneras, variando desde acciones de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez.

Por otro lado la satisfacción del paciente es un elemento fundamental en la evaluación de los servicios de salud y se considera una respuesta actitudinal y

de juicio de valor que el usuario o el paciente construye, producto de su uso e interacción con el servicio o tratamiento recibido.

El objetivo de la presente investigación, es poder determinar la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles.

El diseño de investigación fue observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Éste estudio consistió en una muestra de 43 pacientes.

La tesis consta de tres capítulos. En el capítulo I, denominado planteamiento teórico se aborda el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el capítulo II, se aborda el planteamiento operacional, que consiste en las técnicas, instrumentos y materiales así como el campo de verificación, las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el capítulo III se presentan los resultados de la investigación que involucran el procesamiento y el análisis estadístico, es decir las tablas graficas e interpretaciones, así como la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

Finalmente incluiremos la bibliografía, la hemerografía, la informatografía y los anexos correspondientes.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Planteamiento del problema

1.1. Determinación del problema

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias y se puede clasificar en edentulismo parcial y edentulismo total. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de la piezas dentarias en boca.

La pérdida de dientes altera las funciones de sistema estomatognático, como es la masticación, la fonética y la estética. En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando así al consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, también la ausencia de piezas dentales puede inducir a problemas de autoestima en el paciente.

Por otra parte, aunque las prótesis convencionales pueden satisfacer las necesidades estéticas y funcionales de muchos pacientes, la pérdida de dientes y la presencia de este tipo de prótesis supone en ocasiones un efecto de rechazo o incomodidad para el paciente.

Misch y Cols, en 1991, estudiaron el efecto psicológico que presentaban 104 pacientes totalmente desdentados portadores de prótesis convencionales. Un porcentaje presentaba dificultad para hablar, la mitad de los pacientes evitaba la ingesta de alimentos debido a la inestabilidad de sus prótesis, otro grupo señalaba masticar mejor sin ellas y otros pacientes

afirmaron que nunca las llevaban. El impacto que esta situación genera en el paciente ha derivado en múltiples estudios que analizan la calidad de vida relacionada con la salud oral. El OHIP (Oral Health Impact Profile) es un instrumento que mide la percepción del paciente sobre el impacto social que le causan sus problemas orales. Fue desarrollado por Slade and Spencer y es la medida de salud oral más completa y sofisticada que se emplea en América del Norte, en Canadá y Australia, organizados en 7 subescalas: Limitación Funcional, dolor físico, disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y en desventaja y estas respuestas se basan en el formato de respuesta Likert.

Debido a la poca investigación referente al tema en nuestro medio, es que el estudio tiene como objetivo conocer y determinar la frecuencia del edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y a su vez analizar la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles de la clínica odontológica de la UCSM.

1.2. Enunciado

“Relación entre la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles de la Clínica Odontológica en la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016”

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- a) Área General : Ciencias de la Salud
- b) Área Específica : Odontología
- c) Especialidad : Rehabilitación Oral
- d) Línea o Tópico : Prótesis Parcial Removible

1.3.2. Operalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Clase IV 	
<p>Nivel de Satisfacción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación Funcional • Dolor Físico • Malestar Psicológico • Incapacidad Física • Incapacidad Psicológica • Incapacidad Social • Desventaja 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Casi nunca • Algunas veces • Frecuentemente • Siempre

1.3.3. Interrogantes Básicas

a) ¿Cuál es la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016?

b) ¿Cuál es el nivel de satisfacción de pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016?

c) ¿Cómo se relaciona la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de la satisfacción de los pacientes mencionados?

1.3.4. Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el número de mediciones de las variables dependientes	Por el número de muestras o problemas	Por el ámbito de relación		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	Descriptivo/ Prospectivo	Relacional

1.4. Justificación

1.4.1. Originalidad

El presente estudio de investigación está dirigido a relacionar el grado de frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con el nivel de la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, ya que existen muy pocos estudios relacionados a este tema.

1.4.2. Factible

Este estudio es factible ya que contamos con la participación activa de los pacientes atendidos en la clínica odontológica, con recursos económicos y con los elementos necesarios.

1.4.3. Interés

Este trabajo de investigación además de satisfacer la motivación personal, será la herramienta clave para la obtención de mi título profesional, tiene como objetivo también que los alumnos de la clínica odontológica trabajen con las medidas y pasos adecuados en la elaboración de las prótesis dentales y tengan presente que cada paciente tiene sus propias formas de apreciar el trabajo realizado por sus tratantes.

2. Objetivos

- 2.1. Determinar la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016.

2.2. Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016.

2.3. Relacionar el grado de frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con respecto al nivel de la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016.

3. Marco Teórico

3.1. Marco Conceptual

3.1.1. Edentulismo Parcial

Es la ausencia o la pérdida parcial de los dientes. La causa del edentulismo puede ser congénita o adquirida. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y, generalmente, no compatibles con la vida. Sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual.

El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común que el edentulismo congénito y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos.¹

Las principales consecuencias del edentulismo parcial son la reabsorción del hueso alveolar y/o el desplazamiento de los

¹ <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdida-dental.shtml>

dientes vecinos hacia el nuevo espacio creado. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión.

El edentulismo total o un importante edentulismo parcial conlleva importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. Estas consecuencias estéticas se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al frente anterior.

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, que a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento han progresado considerablemente en las últimas décadas, y en consecuencia el promedio de dientes perdidos o la presencia de los edéntulos parciales también están en aumento.²

3.1.2. Clasificación

La clasificación de los desdentados nos ayuda a establecer reglas de planificación y de diseño. Ella tiene una función didáctica y sirve como medio de comunicación entre profesionales, facilitando la explicación de casos clínicos conocidos.³

Clasificación de Kennedy-Applegate, es el método de clasificación utilizado para los arcos parcialmente edéntulos, en el cual se relacionan los dientes remanentes con las zonas edéntulas del paciente.

² ARISTIZABAL HOYOS, Juan Alberto. *Prótesis Parcial Removible*. Pág. 5

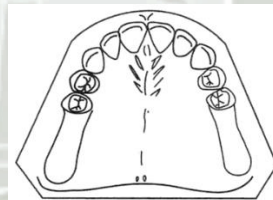
³ KAISER, Frank. *PPR en el Laboratorio*. Pág. 12

El Dr. Edward Kennedy estableció en 1925 su clasificación de los arcos parcialmente edéntulos basándose en la frecuencia de casos encontrados, dividiéndolos en cuatro clases identificadas con numeración romana.⁴

Clase I: Áreas edéntulas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes.

Sobre las área edéntulas bilaterales se ubicaran las bases protésicas a extensión distal y sobre ellas se generará el movimiento rotacional que afectará la estabilidad funcional de la restauración parcial removible.

El adecuado control que se realice de dicho movimiento rotacional dependerá del tipo de soporte que se seleccione al momento de planificar el diseño.

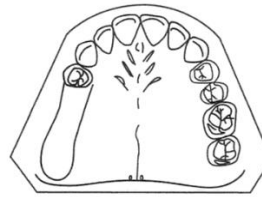


Fuente: RENDON. Prótesis Parcial Removible.

CLASE II: Zona edéntula unilateral, localizada posterior a los dientes naturales remanentes.⁵

⁴ KEOGH, Thomas P. *Prótesis Parcial Removible, clínica y laboratorio*. Pág. 15

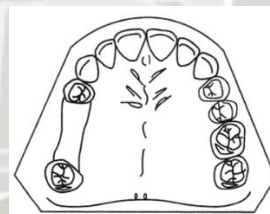
⁵ GORDILLO INSUASTY, Eduardo. GARCIA MORILLO, Margarita. *Manual para Prótesis Parcial Removible*. Pág.10.



Fuente: RENDON. Prótesis Parcial Removible.

CLASE III: Zona edéntula con dientes remanentes anterior y posterior.

Es la situación de dentición parcial que presenta un mejor pronóstico para el soporte, estabilidad y retención de la restauración parcial removible, ya que la base protésica por estar limitada por dientes pilares en cada uno de sus extremos, no puede generar un movimiento rotacional anteroposterior, lo cual permite trabajar en el control de las fuerzas de dirección vertical con un mejor pronóstico.



Fuente: RENDON. Prótesis Parcial Removible.

CLASE IV: Zona edéntula única situada por delante de los dientes remanentes.

En esta situación de dentición parcial la extensión del reborde residual anterior también influye en el estudio biomecánico que se debe establecer antes de realizar el diseño de la restauración parcial removible.⁶

⁶ Ibid. Pág.11.



Fuente: RENDON. Prótesis Parcial Removible.

3.1.3. Reglas de Applegate

- **Regla 1:** La clasificación se debe hacer después de realizar las exodoncias.
- **Regla 2:** Si falta un tercer molar y no va ser reemplazado, no se tiene en cuenta en la clasificación.
- **Regla 3:** Si se halla presente el tercer molar y se va utilizar como diente pilar, se lo considera en la clasificación.
- **Regla 4:** Si falta un segundo molar y no va ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- **Regla 5:** El área desdentada más posterior siempre es la que determina la clasificación.

- **Regla 6:** Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan la clasificación se denominan modificaciones identificándose por su número.
- **Regla 7:** La extensión de la modificación no se considera, si no tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.
- **Regla 8:** No puede haber áreas de modificación en arcos de clase IV.⁷ Si existiese otra zona desdentada posterior al “área desdentada única pero bilateral por atravesar la línea media”, esta determinaría el cambio de clase, de acuerdo con la regla 5.

3.1.4. Prótesis Parcial Removible

Estructura metálica fundida para soporte de dientes artificiales, con la finalidad de reestablecer las siguientes principales funciones orales.

- Masticación
- Estética
- Fonética
- Prevención de inclinación, migración u obstrucción de los dientes remanentes
- Estabilización de los dientes debilitados
- Balance muscular en el complejo oro-facial.⁸

3.1.5. Componentes de una prótesis parcial removible

A. SOPORTE

⁷ Ibid. Pág. 12

⁸ KAISER, Frank. *PPR en el Laboratorio*. Pág. 2

Cuando el apoyo es colocado sobre un diente no preparado o con una preparación inapropiada, actuaría como si dos planos inclinados fueran colocados de forma opuesta.

A.1. Apoyos

Primero se localizan los Apoyos.

Los apoyos son una prolongación rígida de la PPR que está en contacto con los dientes para disipar las fuerzas verticales u horizontales.

Evitan el desplazamiento vertical de la dentadura en dirección gingival.

El apoyo sirve además para restaurar el plano de oclusión o para ferulizar los dientes periodontalmente comprometidos. Estos se preparan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores o en las linguales o incisales de los dientes anteriores, también sobre restauraciones sobre amalgama, sobre restauraciones coladas o sobre provisionales en casos de tratamiento prolongado. Y debe tener adecuado espesor para evitar la distorsión durante la carga.

El apoyo mantiene ensamblados los componentes del gancho, actúa como retenedor indirecto en una PPR a extensión distal; puede ser posicionado anterior o posterior la línea de fulcro actuando como retenedor indirecto. El apoyo previene el acúmulo de alimento entre el gancho y la superficie proximal del pilar.

La preparación debe ser hecha antes de la toma de definitiva. Un apoyo metálico nunca debe ser

colocado sobre un diente que no ha sido adecuadamente preparado para recibir el apoyo.

Los apoyos a su vez se pueden clasificar:

- ✓ Apoyos Oclusales
- ✓ Apoyos Cingulares
- ✓ Apoyos Incisales⁹

A.2. Bases Protésicas

Segundo, se determinan las Bases Protésicas. Las bases descansan sobre los tejidos blandos brindando siempre soporte, y a veces estabilidad y retención para las prótesis dentomucosoportadas.

Pueden ser de metal o de acrílico y proporcionan la retención para los dientes artificiales. El metal está indicado en las prótesis dentosoportadas que no necesitan ser rebasadas. Una ventaja que tiene el metal sobre el acrílico es que es más higiénico lo que permite que el tejido responda más favorablemente a él.

El acrílico está indicado cuando hay necesidad de rebasar la base a extensión distal. Cuando se usa el acrílico, 2mm del tejido subyacente a la placa proximal debe estar cubierto de metal.

Tipos de bases:

⁹ MALLAT DESPLATS, Ernests. *Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras*. Pág. 36.

- Bases Metálicas
- Bases Acrílicas

A.3. Conector Mayor

Tercero, selección del Conector Mayor. El conector mayor es la unidad de la PPR que conecta todos sus componentes. Su principal función es unificar y proporcionar rigidez a la prótesis.¹⁰

Encontramos diferentes tipos de conectores mayores:

- Banda Palatina Simple
- Banda Palatina Antero Posterior
- Placa Palatina Parcial
- Placa Palatina Completa
- Barra Palatina Antero Posterior
- Barra Palatina Posterior
- Conector en forma de U

A.4. Conectores mayores Mandibulares

Los conectores mayores mandibulares no ofrecen soporte, ya que bajo ninguna circunstancia deben ir en contacto directo con los tejidos.

Entre están:

- Barra Lingual
- Barra Sublingual
- Doble Barra Lingual

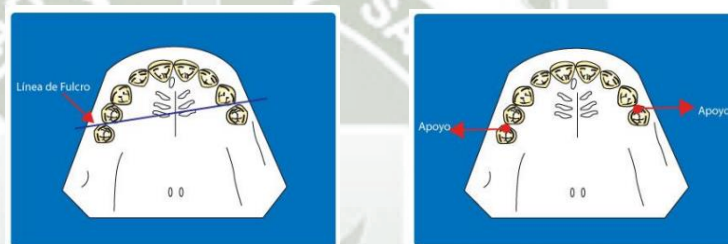
¹⁰ Idem.

- Placa Lingual ¹¹

B. ESTABILIDAD

Para continuar con estabilidad, en el modelo se establece la Línea de Fulcro que une los apoyos localizados en los dientes que limitan las zonas edéntulas.

Esta línea imaginaria establece el centro de rotación y el posible movimiento que va a tener la prótesis ante una eventual carga oclusal.



B.1. Retención Indirecta

La retención indirecta ubicada anterior a la línea de fulcro es una acción de tipo mecánico que neutraliza la separación de las bases protésicas de su asentamiento en el reborde residual, mediante elementos adicionados a la prótesis.

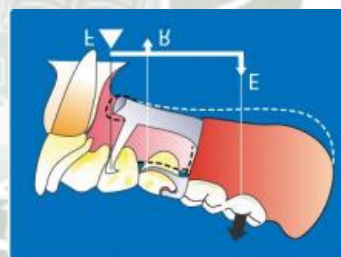
Este movimiento es producido por la acción de palanca que se produce a lo largo de la línea de fulcro que pasa por los pilares extremos.

¹¹ GORDILLO I, Eduardo. GARCIA M, Margarita. Ob. cit. Pág. 37.

Esta acción evita o neutraliza la acción de levantamiento y separación de la base del reborde residual como consecuencia de la acción pegajosa de los alimentos en el momento de la apertura. La acción de los retenedores indirectos esta potenciada por la acción de los ganchos retentivos y ayudada por una base bien adaptada.¹²

Los retenedores indirectos de deben colocar lo más lejos posible de la extensión de la base, para conseguir el mejor brazo de palanca frente a las fuerzas de desalojo. Consta de uno o varios apoyos y conectores menores que los unen al conector mayor.

Las placas proximales, adyacentes a las áreas edéntulas también proporcionan retención indirecta.



En este caso se ha ubicado un apoyo en los dientes anteriores, actuando como retención indirecta y convirtiéndose en el fulcro del movimiento de las bases en dirección oclusal, causando que el gancho se mueva hacia arriba

¹² Ibidem.

del diente, engranando la retención y resistiendo el pivote de la prótesis.

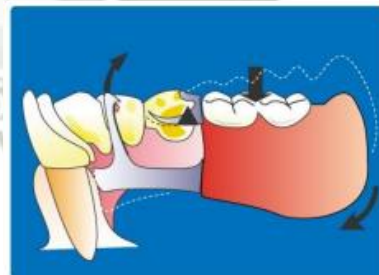
F= Fulcro: Retenedor indirecto, un componente que da soporte

R= Resistencia: Retención generada por el gancho

E= Esfuerzo: Fuerza de desplazamiento, por ejemplo, alimentos pegajosos.¹³

Por lo tanto, se puede ver que para obtener la retención indirecta el gancho siempre debe estar localizado entre las bases y el retenedor indirecto.

Los retenedores indirectos no impiden el desplazamiento hacia el reborde. Este movimiento es resistido por los apoyos oclusales sobre los dientes pilares y por la extensión completa de las bases para obtener el máximo apoyo del reborde residual.



Para entender la forma como los retenedores indirectos son localizados, es necesario considerar los posibles movimientos de la

¹³ Ibid. Pág. 38.

prótesis alrededor de un eje formado por los ganchos. Este eje es la línea de fulcro, que se dibuja entre las puntas retentivas de un par de ganchos sobre los lados opuestos de la arcada.¹⁴



Cuando hay más de un gancho para formar los ejes, como en esta clase Kennedy III, es el gancho más cercano a las bases la que contribuyen más a la retención indirecta.

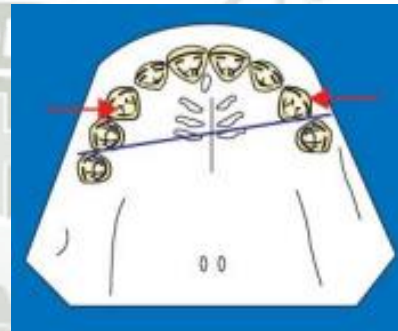


Como la resistencia al desplazamiento de las bases en dirección oclusal usando la retención indirecta es proporcionada por los ganchos, la efectividad de éstos es de suma importancia

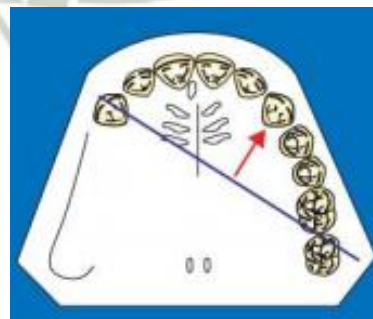
¹⁴ Ibid. Pag.39

para determinar la cantidad de retención indirecta obtenida.¹⁵

Líneas de fulcro en varios tipos de arcadas parcialmente edéntulas, alrededor de las cuales puede rotar la prótesis cuando las bases están sometidas a fuerzas de desalojo, las flechas indican la posición más ventajosa para colocar los retenedores indirectos:

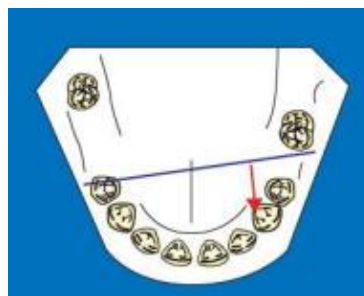


En arcadas clase I, la línea de fulcro que pasa por los pilares más posteriores proporciona algún componente rígido si queda por oclusal de la línea de máximo contorno de los pilares.

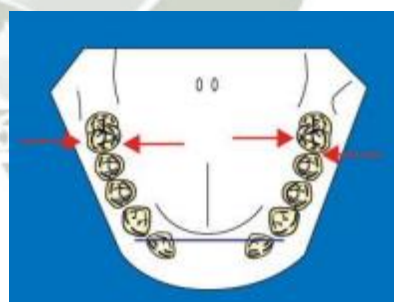


¹⁵ GORDILLO I, Eduardo. GARCIA M, Margarita. Ob. cit. Pág. 43

En arcadas clase II, la línea de fulcro es una diagonal que pasa por el pilar del lado de extensión distal, y por el pilar más posterior del lado contrario.¹⁶



En las arcadas clase III con un diente posterior en el lado derecho, de mal pronóstico y con posibilidades de perderse con el tiempo, la línea de fulcro se considera la misma que si no existiera el diente posterior. De esta manera, en el futuro no será preciso alterar el diseño original de la estructura.



¹⁶ Ibid. Pág. 46

En una arcada Clase IV, la línea de fulcro pasa por los pilares adyacentes al espacio edéntulo.

17

B.2. Conectores Menores

Parte de la PPR que une los componentes como retenedor directo, retenedor indirecto o bases protésicas al conector mayor.

Funciones:

- Proporcionar unificación y rigidez.
- Distribuyen las fuerzas, transfiriéndolas desde el conector mayor a otras partes de la PPR y desde la prótesis a los dientes pilares.
- Actúa como elemento recíproco ya que contacta con los planos guía de los brazos retentivos opuestos.
- Mantienen la vía de inserción contactando con los planos guía.
- Protege evitando la impactación de alimentos y aumentando la retención por fricción.¹⁸

Se tienen los siguientes:

¹⁷ Ibid. Pág. 47.

¹⁸ KAISER, Frank. *PPR en el Laboratorio*. Pág. 6.

- Conectores Menores colocados entre 2 dientes adyacentes.
- Conectores Menores que une un gancho circunferencial al conector mayor.
- Conector Menor que une los apoyos oclusales o los retenedores indirectos al conector mayor.
- Conector Menor que une las bases al conector mayor.
- Conector Menor que une un gancho en barra o un gancho estabilizador al conector mayor.
- Conector Menor que une las placas proximales con las bases.

B.3. Placas Proximales

Se ubican sobre los planos guía, que son superficies preparadas en las caras proximales de los diente pilares adyacentes a los espacios edéntulos; y son los que guían la trayectoria de inserción y remoción de la prótesis.¹⁹



Funciones:

¹⁹ libid. Pag 9.

○ Retención: Proporciona retención por la fricción que ejercen estas placas proximales al acoplarse a los planos guía preparados de los dientes pilares. Cuanto mejor preparados estén y mantengan paralelismo entre ellos mejor será la estabilidad y menos probabilidades de desalajo.

- Estabilidad
- Estética: Permiten una mejor adaptación de los dientes deacrílico al diente pilar
- Reciprocidad: se prolonga aproximadamente entre una tercera y cuarta parte de la superficie vestibular, que es la que actúa como recíproco del gancho en barra.²⁰

C. RETENCIÓN

En la secuencia del diseño terminamos seleccionando la retención directa.

C.1. Retenedores Directos

Son los elementos de una prótesis que ofrecen resistencia al desalajo.

I. Ganchos

²⁰ Ibid. Pp. 41 - 48.

El término gancho representa un conjunto de elementos que funcionan como un todo. Los ganchos se dividen en dos grandes grupos

- Ganchos circunferenciales o supraecuatoriales, son aquellos que alcanzan el área de socavado del diente desde oclusal o incisal.

Entre ellos están:

- Gancho Acker
- Gancho Doble Acker
- Gancho Anular
- Gancho de acción posterior
- Gancho de acción posterior invertido
- Retenedor mitad y mitad
- Gancho en horquilla o de acción inversa²¹

- Ganchos en barra o de proyección vertical, son aquellos que se originan de la armazón metálica de la base de la prótesis y alcanzan el área de socavado desde gingival.

Requisitos de un Retenedor

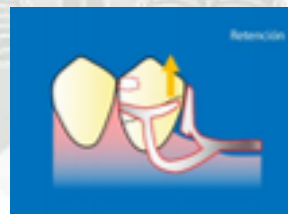
- a. Soporte: Evita el desplazamiento de la prótesis hacia los tejidos. El apoyo oclusal

²¹ Idem.

del retenedor es el que cumple esta función. Con un buen soporte se protege las estructuras periodontales y se distribuyen mejor las fuerzas oclusales.



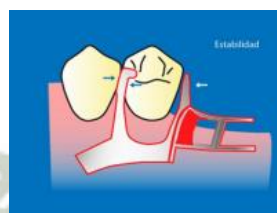
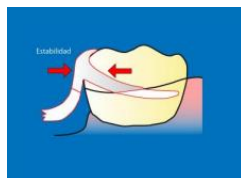
b. Retención: Es la resistencia al desplazamiento de la prótesis en sentido oclusal. Esta función la cumple las puntas retentivas de los ganchos.²²



c. Estabilidad: Es la resistencia que ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas. Esta función la cumplen los elementos rígidos del retenedor como el cuerpo, el brazo estabilizador, los apoyos oclusales, los conectores menores y las placas proximales. Todos estos elementos

²² KAISER, Frank. *PPR en el Laboratorio*. Pág. 19

rígidos hacen contacto con la superficie del pilar en la zona no retentiva.



d. Reciprocidad: La fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del gancho debe ser neutralizada por una fuerza igual y opuesta.

Esta función la cumple el brazo retentivo, que no debe invadir la zona retentiva. La reciprocidad también se logra con otros elementos rígidos como conectores menores, placa proximal.²³



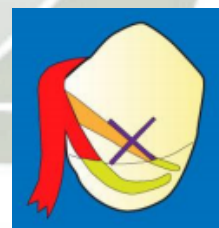
²³ Ibid. Pág. 20.

e. Circunscripción: El retenedor debe cubrir el diente pilar en 180 grados o las tres cuartas partes de la circunferencia.

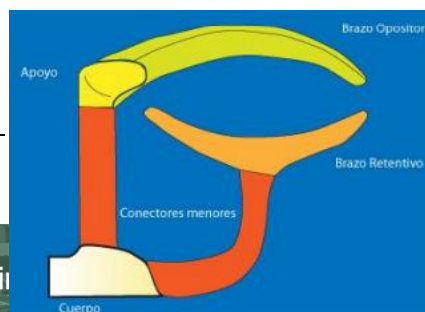
De esta manera se evita el movimiento del pilar fuera de la estructura del retenedor.



f. Pasividad: Quiere decir que cuando el retenedor está en su sitio sobre el pilar, no debe ejercer fuerza activa sobre él; la función retentiva se debe ejercer sólo cuando se presente una fuerza que intente desplazar la prótesis de su sitio. Por eso el brazo retentivo solo en su último tercio debe ubicarse en la zona sub-ecuatorial.²⁴



ELEMENTOS DE UN RETENEDOR



²⁴Ibid. Pág. 23.

3.1.6. Diferencia entre la prótesis parcial removible dentosoportada y la dentomucosoportada

Existen básicamente dos tipos de prótesis parcial removible de acuerdo con el tipo de soporte que reciben: Una es dentosoportada y la otra dentomucosoportada, de extensión distal o de extremo libre.

La prótesis dentosoportada que es la que restaura espacios edéntulos limitados por piezas dentarias (clase III y IV con espacios edéntulos cortos) ofrece una marcada superioridad sobre la prótesis dentomucosoportada ya que toda la carga lo soportan enteramente los dientes pilares colocados en los extremos de los espacios edéntulos.

Este tipo de prótesis funciona con mayor semejanza a una prótesis parcial fija ya que los retenedores directos colocados en dichas piezas neutralizan cualquier desplazamiento de la prótesis en dirección gingival, oclusal u horizontal que se pueda generar como resultado de las fuerzas de la masticación o por la acción de las fuerzas desplazantes y la adhesividad de los alimentos.

La prótesis parcial removible de extremo libre, por el contrario, es de tipo dentomucosoportada lo que equivale a decir q el soporte se lo brinda:

- a) La mucosa bucal que recubre los rebordes alveolares residuales
- b) Las piezas dentarias. A este grupo pertenecen las clases de Kennedy I, II y IV con espacios edéntulos extensos.²⁵

Los dientes son soportados por el hueso alveolar al cual están unidos por el ligamento periodontal, que es un tejido fibroso organizado en grupos de fibras. El espesor de este ligamento es de aproximadamente 0.2 mm en aquellos casos en que las fuerzas masticatorias son normales.

Esto significa que los dientes pilares, en condiciones normales bajo presión, pueden intruirse hasta un máximo de 0.2 mm.

La mucosa bucal que recubre los rebordes alveolares residuales va en contacto directo con la parte interna y los bordes de la prótesis, su espesor aproximado es de 2mm.

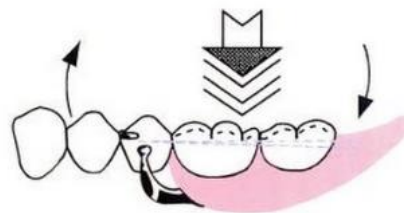
Este soporte combinado de la prótesis implica que las fuerzas de la masticación deben distribuirse entre dos tejidos con una diferencia marcada en el grado de desplazabilidad, y por el otro lado la mucosa bucal representa el tejido móvil. La ausencia de retención directa en la parte posterior de la base, como la diferencia en el grado de desplazabilidad de los tejidos son los responsables de la rotación multidireccional de la base de la

²⁵ RENDON YÚDICE, Roberto. *Prótesis parcial removible: Conceptos Actuales, atlas de diseño*. Pág.10

prótesis que se realiza alrededor de 3 ejes imaginarios.

Estos ejes de rotación son:

- 1) La línea del fulcro principal, que pasa a través de los descansos de los dientes pilares más posteriores.
- 2) Un eje longitudinal, que pasa por el apoyo oclusal en el diente vecino al espacio edéntulo y por la cresta del reborde alveolar residual.



- 3) Un eje vertical perpendicular al plano horizontal, localizado cerca de la línea media por lingual de los incisivos superiores o inferiores.

Esta rotación de la base de la prótesis alrededor de los 3 ejes descritos anteriormente es la responsable de las fuerzas verticales y horizontales que se generan sobre los dientes pilares y los rebordes desdentados.²⁶

Por esta razón tanto el diseño como la extensión y adaptación de la base de la prótesis deben estar enfocados a controlar o minimizar estos movimientos, para así mantener las fuerzas dentro del límite de tolerancia fisiológica de estos tejidos.

²⁶ IBIDEM.

Incluso en la literatura se han reportado varios casos en los cuales, con el fin de evitar estos movimientos, se han empleado implantes en la parte posterior del reborde alveolar residual, los cuales brindan soporte y retención a la base de extensión distal. Esto convierte a la prótesis dentomucosoportada en una prótesis soportada por dientes e implantes.²⁷



²⁷ Ibid. Pág.11

3.1.7. Definición de satisfacción

Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: “la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja”, Al ser definida como la acción de satisfacer, pudiéramos ser más exquisitos aun observar que significa satisfacer: “pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar, gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme, uno con algo o con alguien”.

Evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que nos resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

- a) La satisfacción es siempre satisfacción con algo o alguien que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
- b) Para que exista satisfacción con algo como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no “satisfactorio” o no.

La satisfacción entonces no estaría dada solo como una sensación o estado individual y único, aunque esa sea su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Dependiendo del contexto en el cual se le emplee la palabra satisfacción referirá diversas cuestiones.

Uno de los usos más difundidos del término es aquel que refiere gusto, placer o alegría que un individuo experimenta, siente por algo o alguien.

La satisfacción es un estado de la mente, generado por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral por lo cual las diferentes zonas cerebrales compensan el potencial energético dando una sensación de plenitud, en tanto la menor o mayor sensación de satisfacción que alguien presenta dependerá de la optimización del consumo energético que lleva a cabo el cerebro, es decir, cuanto mayor sea la capacidad de neurotransmitir mayor será la posibilidad de satisfacción.

Si no se consigue la optimización mencionada devendrá la insatisfacción y el individuo de inmediato empezará a sentir inquietud e insatisfacción como consecuencia de ello. Si la satisfacción es acompañada por la seguridad racional de haber hecho lo que se encontraba a nuestro alcance y encima con un grado de éxito, tal situación contribuirá a sostener el estado armonioso en lo que a funcionamiento mental respecta.

Por último la satisfacción se refiere como:

- Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.
- Cosa que satisface o produce placer.
- Razón o acción con que se responde a una queja o a una ofensa.
- Respuesta acertada a una pregunta, queja o duda.
- Acción de colmar un deseo o satisfacer una necesidad.
- Premio que se da a una acción que lo merece.²⁸

²⁸ PAREDES M. *Nivel de Satisfacción del paciente y de estudiantes del IX semestre de Odontología Clínica UCSM. Arequipa 2011.* Pág. 65

3.1.8. Satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es un indicador legítimo para mejorar los servicios y las metas estratégicas para todas las organizaciones de salud, ya que refleja aspectos subjetivos desde el punto de vista de los pacientes respecto de los servicios de salud, de los tratamientos recibidos y de la relación con los profesionales.²⁹

La satisfacción del paciente es frecuentemente utilizada para evaluar la calidad de la atención médica y para guiar el desarrollo de los servicios de atención médica ya que cada vez toma más relevancia la opinión de los pacientes en las soluciones terapéuticas, ya que son ellos quienes usan estas soluciones todos los días, siendo determinantes en el éxito o fracaso de las mismas.³⁰

Además se ha considerado a la satisfacción como un indicador de la calidad de vida en sí mismo que es consistente durante el tiempo, aunque puede estar sujeto a variaciones.

La literatura nos muestra que los parámetros objetivos no necesariamente se correlacionan con la percepción del paciente acerca del éxito del tratamiento, por lo tanto, lo que puede considerarse exitoso para un clínico, no necesariamente va a ser calificado como tal por el paciente.

Para que el resultado de un tratamiento sea calificado como exitoso, o satisfactorio, debe cumplir con las expectativas del paciente, lo que nos habla de un concepto complejo, altamente subjetivo, y determinante en la evaluación de los tratamientos realizados.

²⁹ OMAN, Med. *Encuesta de satisfacción del paciente como una herramienta para la mejora de la calidad*. Pág. 3- 7.

³⁰ MICHAUD PL, GRANDMONT P, FEINE JS, EMAMI E. *La medición de los resultados basados en el paciente: satisfacción con el tratamiento se asocia con la calidad relacionada con la salud oral de la vida*.

Por otra parte, se ha conceptualizado satisfacción terapéutica como “la calificación de un destinatario o el informe de los aspectos más destacados del proceso y los resultados de su experiencia en el tratamiento de acuerdo a criterios predeterminados”.

La relación entre las expectativas y la satisfacción del paciente ha sido establecida en variados ensayos clínicos, y se ha descrito que las expectativas de los pacientes se ven significativamente más satisfechas si sus expectativas acerca del tratamiento y el alivio de los síntomas coinciden.

La satisfacción del paciente depende así de muchos factores, y el valor de la medición del nivel de la satisfacción del paciente ha sido enfatizado crecientemente ya que se ha sugerido que las apreciaciones de satisfacción de los pacientes pueden ser más sensibles al cambio que la calidad de vida.

Se ha marcado y descrito a la satisfacción del paciente, como un importante resultado que se basa netamente en el paciente, porque permite la cuantificación directa de la opinión del paciente de diferentes aspectos de un determinado tratamiento dado.

Durante los pasos clínicos, los resultados de los pacientes acerca de la satisfacción con el tratamiento son usualmente evaluados en conjunto con la calidad de vida.

Dentro de las ventajas, respecto de las evaluaciones de la calidad de vida relacionada con la salud oral, de usar las evaluaciones de la satisfacción del paciente como un “resultado del tratamiento”, es su simplicidad y comprensibilidad para los clínicos, ya que al ser más cortas, son más prácticas para realizar en un ambiente clínico, son menos desgastantes para los pacientes y el encuestador.³¹

³¹ RAMÍREZ R. *Calidad de vida relacionada con la salud oral como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura*. Pág. 182

Se ha demostrado también, que los instrumentos de evaluación de la satisfacción de los pacientes son lo suficientemente sensibles para capturar diferencias clínicamente significativas entre varios tratamientos protésicos, lo que justificaría su uso al menos en el área protésica o de rehabilitación oral.

Es importante resaltar que la calidad de vida relacionada con la salud oral y la satisfacción del paciente son dos resultados muy distintos. El primero está básicamente orientado hacia la influencia de una terapia en una condición de salud de un paciente, mientras que el segundo, es decir la satisfacción, está asociado directamente con la terapia en sí.

Sin embargo, cuando se realizan mediciones de resultados basados en el paciente, la calidad de vida relacionada con la salud oral y la satisfacción del paciente se describen como términos muy parecidos es decir, sinónimos

Los factores que influyen los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud oral y la satisfacción pueden también ser diferentes. Por ejemplo, la satisfacción de los pacientes variará con las preferencias individuales, con las expectativas preconcebidas del paciente acerca del resultado motivado por la información previamente obtenida, y con el tipo, cantidad y la calidad de la información entregada por el clínico al paciente.

Estos factores pueden no tener el mismo efecto en la calidad de vida relacionada con la salud oral, ya que esta medida no está directamente orientada hacia modalidades de tratamiento a diferencia de la satisfacción propiamente dicha.³²

Por lo tanto, comparar estudios usando la evaluación de satisfacción de los pacientes o la calidad de vida relacionada con la salud oral puede

³² Ibid. Pág. 183

ser muy complejo y a la hora de reportar se debe elegir uno de los dos instrumentos. Dado que estos dos resultados reportados en los pacientes han sido comúnmente usados por separado, en conjunto, uno en reemplazo del otro, o derivado uno del otro en diferentes estudios de evaluación de la efectividad del tratamiento, ha sido propuesto si la evaluación de la satisfacción protésica puede ser usada como un resultado alternativo de calidad de vida relacionada a la salud oral.

Como ya se ha definido anteriormente entonces, la satisfacción del paciente es el resultado de la diferencia entre la percepción que la persona tiene del servicio prestado y de las expectativas que tenía en un principio o de las que pueda tener en visitas sucesivas, de tal manera que si las expectativas son mayores que la percepción del servicio, la satisfacción disminuirá. Esas expectativas del paciente se forjan a partir de propias experiencias anteriores y de las de personas conocidas, así como de las promesas y compromisos que el propio sistema adquiere con los pacientes. Por tanto, la satisfacción no podemos considerarla como una dimensión estática, ya que puede aumentar o disminuir en función de la evolución de los dos parámetros anteriormente mencionados.³³

3.1.9. Sistemas de evaluación subjetiva para pacientes:

Instrumentos de evaluación

Existe una asociación entre la evaluación del profesional sobre la calidad de la restauración y la satisfacción de los pacientes con la prótesis. El estudio de Marachlioglou y Cols., en 2010 compara la puntuaciones, sobre el éxito final del tratamiento rehabilitador en un desdentado total y otro parcial, de un odontólogo, un protésico y de los pacientes.³⁴ Concluyen que los pacientes tenían mayores expectativas

³³ Ibid. Pp. 183 – 184.

³⁴ MICHAUD PL, GRANDMONT P, FEINE JS, EMAMI E. *La medición de los resultados basados en el paciente: satisfacción con el tratamiento se asocia con la calidad relacionada con la salud oral de la vida.* Pág. 31

que el técnico y el odontólogo, sin embargo este percibe también los resultados funcionales y estéticos.

Son muchos los sistemas de evaluación descritos en la literatura para analizar la satisfacción de los pacientes ante distintos tratamientos. La descripción de cada uno de ellos irá enfocada a un tratamiento rehabilitador específico.

El profesional puede diagnosticar el estado físico del paciente pero no puede analizar la situación psicológica si no usa instrumentos que midan la salud oral y la influencia que tiene en su modo de vida. Estos indicadores se crearon a partir de 1970 para evaluar el impacto físico, psicológico y social que tenían las patologías orales en los pacientes. Entre estos instrumentos tenemos:

I. Geriatric Oral Health Assessment Index: GOHAI

Atchinson y Dolan en 1990 confeccionaron el GOHAI, que es un instrumento de 12 preguntas donde el paciente informa de sus problemas bucales funcionales y el impacto psicosocial atribuido a las enfermedades bucodentales.

Fue diseñado para ser utilizado en la evaluación de la eficacia de los tratamientos dentales en población adulto mayor, aunque recientemente se ha comprobado su utilidad en población de adultos jóvenes.

No está claro que esté prevista su utilización en la práctica clínica con pacientes individuales, o, con grupos de pacientes en ensayos clínicos.³⁵

³⁵ FEINE JS, EMAMI E. *La medición de los resultados basados en el paciente: satisfacción con el tratamiento se asocia con la calidad relacionada con la salud oral de la vida*. Pág. 33

Sus 12 preguntas fueron derivados de un grupo inicial de 36, elaboradas después de una revisión bibliográfica, consultas con especialistas en salud bucal y entrevistas cualitativas a personas que asistían a centros y clínicas dentales.

Los temas fueron elegidos para reflejar tres dimensiones, a saber: 1) Función Física incluyendo comer, hablar y tragar, 2) Función Psicosocial incluyendo preocupación o inquietud acerca de la salud bucal, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia sobre la salud oral y evitar el contacto con otras personas debido a problemas bucales; 3) Dolor/Incomodidad. Teniendo en cuenta que sólo hay 12 enunciados, es probable que las preocupaciones de algunos pacientes no sean capturadas por esta medida.³⁶

II. Oral Health Impact Profile: OHIP

El OHIP (Oral Health Impact Profile), es una escala que analiza la percepción del paciente sobre el impacto social que le causan sus alteraciones bucales. Fue desarrollado por Slace y Spencer en 1994, y es la medida de salud oral más completa y sofisticada.

Se emplea habitualmente para el análisis de la satisfacción del paciente en América del Norte, Canadá y Australia. El OHIP, está basado en el modelo teórico Locker de la salud bucal. En su forma original, contiene 49 ítems organizados en 7 subescalas: Limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y disfunción. Las respuestas se basan en el formato Likert que contiene cinco opciones de respuestas puntuadas de 0 a 4 (nunca=0, casi nunca=1, en ocasiones=2, con bastante frecuencia=3, muy a menudo=4). El resumen de la puntuación

³⁶ IBIDEM.

se calcula sumando todas las puntuaciones (puntuaciones altas indican niveles pobres de estatus de salud oral).

El OHIP permite detectar las consecuencias que tiene en el paciente cualquier problema bucal. Un paciente que demanda un tratamiento con implantes probablemente haya sufrido problemas de tipo psicológico, funcional, o social.

Estos problemas no pueden ser detectados por el clínico sino que se necesita la aportación de un componente subjetivo por parte del paciente, luego el OHIP es una herramienta válida en la fase de diagnóstico.

El cuestionario perfil de impacto de salud oral (OHIP) fue desarrollado con el objetivo de proporcionar una medida global de auto-reporte de la disfunción, discomfort y discapacidad atribuidas a las condiciones orales. Estos instrumentos pretenden complementar los indicadores epidemiológicos bucales tradicionales proporcionando así información sobre la sobrecarga de la enfermedad en las poblaciones y la eficacia de los servicios de salud en la reducción de esta sobrecarga.

Por otra parte, el OHIP tiene como objetivo la captura de los impactos que están relacionados con las condiciones orales en general. Todos los impactos en el OHIP se conceptualizan como resultados adversos, y por lo tanto el instrumento mide los aspectos negativos de la salud oral.

El desarrollo del OHIP, siguió el enfoque que se había utilizado en centros de salud para medir el impacto de la atención médica al bienestar funcional y social. El enfoque consistía en identificar un modelo conceptual que definiera dimensiones relevantes, para así obtener una amplia gama de enunciados asociados a pesos numéricos que pudieran ser combinados para crear puntuaciones en una subescala, que reflejara la frecuencia de

cada impacto y establecer juicios sobre la gravedad del impacto.

37

Estudios posteriores indicaron que OHIP se asocia significativamente con la calidad de vida. Esto sugiere que lo que podría ser considerado como una medida creada por expertos centrado en la salud bucal subjetiva puede ser la captura de eventos que tienen efectos en el bienestar general y en la calidad de vida.

El OHIP-49 ha sido utilizado para describir, discriminar y evaluar el bienestar respecto a la salud bucal, demostrando alta confiabilidad y validez en diferentes grupos de individuos.

Encontramos reportes de su uso en varios países y sus traducciones adaptadas a las diferentes culturas en Australia, EEUU, Canadá con versión inglesa y francesa, China, Finlandia, Hungría, Alemania, Suecia, España, Israel, Japón, Korea, Brasil, Sri Lanka, Croacia y Eslovenia, Holanda, Arabia Saudita, Chile y México, convirtiéndose así en uno de los principales instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud bucal. Además se ha utilizado como una buena herramienta en ensayos clínicos en los cuales se comparan diversos tratamientos para el desdentamiento u otras intervenciones en salud bucal.

Un obstáculo para el uso de estos instrumentos es el tiempo requerido para completarlos en la clínica y en estudios clínicos donde los pacientes usualmente deben contestar varios cuestionarios. Además los clínicos pueden encontrar que es

³⁷ WONG A, CHEUNG C, MCGRATH C. *Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics: OHIP-aesthetic. Community Dent Oral Epidemiol.* Pp. 64 - 65.

mucho el tiempo consumido y dificultad en la interpretación de estos largos instrumentos.³⁸

En pro de la creación y aplicación de cuestionarios más cortos es que Slade en el año 1997 creó el OHIP-14, desarrollado a partir del OHIP-49 mediante el método de regresión.

Para desarrollar esta versión corta del OHIP las declaraciones o enunciados pertinentes al uso de prótesis fueron excluidas antes de realizar el análisis estadístico. Esto puede afectar las propiedades de medición al evaluar los resultados con tratamientos protésicos, es así que en estudios de pacientes desdentados había una alta prevalencia de valores "0" (no impacto) para un gran número de preguntas del OHIP-14, a pesar de su pobre salud bucal y dificultad con el uso de las prótesis dentales, esto se conoce como "efecto piso".

El impacto de este fenómeno en las propiedades de medición, no puede detectar la mejoría que causa la intervención. Esto sugiere que una porción de las preguntas del OHIP-14 no resulta apropiada para pacientes portadores de prótesis removible. Una preocupación adicional es que la versión corta no tiene ninguna pregunta relacionada con la percepción de la dificultad de mascar, un problema que es frecuentemente reportado por los pacientes que usan prótesis removible.³⁹

II.1. OHIP- Estético

Es un instrumento de evaluación abreviado de 14 preguntas generado a partir de un enfoque basado en expertos, comparable en términos de 10 propiedades de evaluación al OHIP-49 y además es mejor que otras versiones abreviadas

³⁸ Ibid. Pág. 66.

³⁹ Ibid. Pág. 67.

estudiadas: OHIP-14, OHIP-regresión (obtenida mediante regresión estadística) en la medición de discriminación en estética dental y presentando confiabilidad y sensibilidad al cambio en intervenciones estéticas-blanqueamiento dental.

Los pacientes responden (formato tipo Likert) qué tan seguido ha ocurrido cada problema en una escala con 5 opciones con sus respectivos puntajes: muy a menudo (4), bastante frecuencia (3), ocasionalmente (2), casi nunca (1), nunca o no sabe (0).

Para calcular el puntaje general de OHIP-estético de cada paciente, los puntajes de las 14 respuestas son sumadas, produciéndose así un puntaje general entre 0 y 56.

Esta encuesta no se encuentra disponible en el idioma español, por lo que la necesidad de tener una versión en nuestro idioma se debe a que el uso de instrumentos de evaluación, que ya han sido validados en otros idiomas, permite poder comparar los resultados entre diferentes países y grupos poblacionales.

40

II.2. OHIP- EDENT

Más tarde se creó el OHIP-EDENT, desarrollado por Locker y Allen en sujetos de Canadá y Reino Unido creado a partir del OHIP- 49, los cuales agregaron 5 preguntas a la versión OHIP-14, con el fin de evaluar el impacto de la salud bucal y de algunas intervenciones específicas en pacientes desdentados totales y parciales.⁴¹

⁴⁰ Ibid. Pág. 68 - 69.

⁴¹ ALLEN F, LOCKER D. *A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults*. Pág 50.

Este cuestionario demostró aplicabilidad, validez y sensibilidad. Consiste en 19 preguntas, manteniendo las 7 dimensiones originales del OHIP-49 (Limitación Funcional, Dolor Físico, Disconfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y Minusvalía o Desventaja). Obteniéndose un puntaje entre 0 y 76.

Los autores concluyeron que esta versión mantenía las propiedades de medición del OHIP-49, recomendando su uso en desdentados, en vez de la versión reducida OHIP-14.

La proporción de sujetos que reportaron impacto fue calculada para cada una de las 49 preguntas (Método del Impacto).

Para estos sujetos se calculó el valor promedio para cada pregunta. El porcentaje de sujetos que reportaron impacto fue multiplicado por el puntaje promedio para indicar la frecuencia de impacto.

Finalmente el valor de la frecuencia fue multiplicado por el peso de la pregunta. Los valores de impacto fueron ordenados, el que poseía mayor valor de impacto era el problema más severo y de mayor importancia para los pacientes. Así se identificaron las dos preguntas de mayor valor de impacto para cada dimensión, obteniéndose finalmente 19 preguntas que corresponden al OHIP-EDENT.

En ese mismo estudio se midió la sensibilidad al cambio del OHIP EDENT y se vio que era mejor que la del OHIP-14 y era menos sensible al efecto piso, además era capaz de medir el cambio en las respuestas tan efectivamente como el OHIP-49.⁴²

⁴² Ibid. Pág. 53.

Montes y Mena, (2011) validaron OHIP-EDENT en su versión español obtenido a través de la reducción del número de preguntas del OHIP-49sp, según la correspondencia lingüística respecto a la versión inglesa y brasileña, mostrando una buena confiabilidad basada en las pruebas de consistencia interna y estabilidad temporal, además de sensibilidad al cambio, mostrando un comportamiento similar a la encuesta original OHIP-49Sp.⁴³

III. Oral impacts on daily performances: OIDP

En 1997 fue presentado el OIDP (Oral impacts on daily performances) el cual tiene como objetivo proporcionar un indicador socio dental que se centra en medir los impactos de

los desórdenes bucales graves en la capacidad de la persona para realizar las actividades diarias tanto físicas, psicológicas, como sociales. Este instrumento fue creado para evaluar las necesidades dentales de la población con el fin de facilitar la planificación de los programas de atención dental. El OIDP está inspirado en el modelo teórico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y fue adaptado para evaluar el impacto de la salud bucal por Locker.

Tras el análisis de la consistencia interna y de la correlación, la versión final del OIDP se compone de ocho preguntas empleando un sistema de puntuación que evalúa la frecuencia y la gravedad de los impactos. Más tarde se realizó una adaptación lingüística-cultural al español del cuestionario original en inglés.

⁴³ MONTES D, MENA B. *Confiabilidad y sensibilidad al cambio del cuestionario "Perfil de impacto de salud oral en desdentados (OHIP-EDENT) obtenido de la reducción de preguntas del OHIP-49 SP.* Pág. 112

En el 2004 se desarrolló el C-OIDP (Child- ODP) para evaluar el grado de repercusión que diversos problemas bucodentales podían ocasionar en la vida de los escolares Bernabé y col realizaron la adaptación al español en una población peruana y más recientemente Cortes y col realizaron la adaptación y validación de una versión auto administrada en España.⁴⁴

IV. The oral health quality of life inventory: OH-QoL

El cuestionario OH-QoL (The oral health quality of life inventory) es un instrumento que evalúa la satisfacción de una persona con su salud bucal y el estado funcional, así como la importancia que le atribuye el encuestado a ambas. Esta medida es parte de una entrevista OHQOLI (Quality of Life Interview) formada por 66 preguntas de las cuales 15 corresponden al OH-QoL (The oral health quality of life inventory).

Esta entrevista, además de los elementos del OHQoL, incluye una autoevaluación de la salud bucal y el estado funcional, SROH (Self-Report assessments of Oral Health and functional status), un índice de nutrición y calidad de vida NutQoL (Nutrition Quality of Life Index), y una versión de una entrevista de calidad de vida general QOLI (Quality of Life Inventory).

Esto permitiría trazar una distinción entre el ámbito objetivo representado por la autoevaluación de salud oral (SROH) y

⁴⁴ CORTES M, FJ, ROSEL E, ARTAZCOZ J, BRAVO M, TSAKOS G. *Adaptation and validation for Spain of the Child-Oral Impact on Daily Performance (C-OIDP) for use with adolescents. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* Pág. 106

lo subjetivo representado OH-QoL. Los elementos del SRHO hacen referencia a síntomas y problemas funcionales orales, mientras que los elementos del OH-QoL preguntan sobre la importancia de la salud bucal y el estado funcional de la persona y su nivel de satisfacción con su situación y funcionamiento actual oral.

Los elementos del NutQoL pretenden medir la importancia y la satisfacción atribuible a los hábitos dietéticos. El QOLI evalúa la importancia y la satisfacción que la persona atribuye 16 áreas claves, entre ellas la salud general, la autoestima, objetivos y valores, dinero y actividades de ocio.

Las preguntas SRHO y el cuestionario OH-QoL se obtuvieron de la literatura y la opinión de expertos y se componen de seis dominios:

- 1) Gusto y función salival
- 2) Estética dental y facial
- 3) Salud oral en general y su estado funcional
- 4) Dolor dental y facial
- 5) El habla, y por último
- 6) Masticación y deglución.

En el cuestionario final las preguntas del OH-QoL se distribuyen entre medio de los elementos del SROH.⁴⁵

⁴⁵ CORNELL JE, SAUNDERS MJ, PAUNOVICH ED, FRISH MB. *Oral Health Quality of Life Inventory (OH-QoL)*
En Measuring oral health and quality of life. Pág. 135-139

3.2. Revisión de Antecedentes Investigativos

a) **TÍTULO:** “EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN USUARIA EN PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE.”

AUTORES: Gisela Moyano de Sánchez. Alejandra Basualto Quiroz. Abelardo Báez Rosales.

REFERENCIA: Departamento de Odontología Restauradora, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello (UNAB), Viña del Mar, Chile. Revista Dental de Chile 2014

RESUMEN: El objetivo es establecer la satisfacción usuaria como un elemento relevante en el resultado clínico final del tratamiento con prótesis removible. El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo constituida por 137 pacientes, desdentados parciales o totales, que se realizaron prótesis removibles.

La muestra final constó de 60 pacientes, se les realizó una encuesta de satisfacción usuaria, y de éstos 30 fueron

examinados clínicamente. Los resultados fueron que el nivel de satisfacción usuaria en la universidad es de un 70%, al comparar su prótesis antigua versus la realizada en la universidad, el 63.3% se encuentra muy satisfecho. El 3.3% dijo estar insatisfecho con su prótesis, sin embargo, el 100% de los pacientes volvería a atenderse en la universidad y la recomendaría.

En conclusión, la satisfacción usuaria es un conjunto multidimensional de factores, que influyen directamente en la percepción final del tratamiento.

b) **TITULO:** “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN”

AUTORES: Laura Bárbara Velázquez-Olmedo, Lyzbeth Beatriz Ortiz-Barrios, Areli Cervantes-Velázquez, Ángel Cárdenas-Bahena, Carmen García-Peña, Sergio Sánchez-García

REFERENCIA: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Revista Médica Instituto México Seguro Social. 2014

RESUMEN: Dado que ha habido un aumento en la expectativa de vida gracias a los avances médicos y tecnológicos, desde hace ya algunos años los investigadores se han propuesto conocer las necesidades de los adultos mayores con el fin de ofrecerles una mejor atención en salud, puesto que el proceso de envejecimiento genera cambios físicos, biológicos y sociales.

A partir de este conocimiento se hace evidente la repercusión del estado de salud general y oral en la calidad de vida, lo cual tiene un impacto que, por lo general, es negativo. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es brindar tanto a investigadores como a clínicos una revisión de los instrumentos que han sido más utilizados para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (el Oral Health Impact Profile [OHIP], el Oral Impacts on Daily Performances [OIDP] y el General Oral Health Assessment Index [GOHAI]), su estructura, evaluación, validación y aplicación en investigaciones llevadas a cabo en adultos mayores mexicanos. Asimismo, se revisan muchos de los reportes en los que se compara la utilidad de los instrumentos mencionados.

En gran medida la atención dental se ha enfocado en la rehabilitación de la funcionalidad de la cavidad oral y ha dejado de lado la satisfacción y la autopercepción de la salud oral de cada paciente, por lo que no se puede traducir en una atención integral de los individuos. Por lo tanto, la medición de la calidad de vida es importante, puesto que nos permite estudiar los efectos de un tratamiento o enfermedad, en este caso en el estado de ánimo, las expectativas del paciente y su forma de percibirlo de acuerdo con su entorno.

En este sentido, el ser conscientes del impacto en la calidad de vida, y en especial la del adulto mayor, nos ayuda a proponer acciones para una mejor atención.

Para esto se debe tener como meta una mejor calidad de vida para la población, no solo mejorando su expectativa de vida, sino promoviendo su bienestar biopsicosocial.

- c) **TITULO:** “INCIDENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL CENTRO

DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE LOJA EN
EL PERIODO JULIO – NOVIEMBRE DEL 2011,
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”

AUTOR: Gabriel Alejandro Luna Mejía.

REFERENCIA: Área de la Salud Humana. Nivel de Post grado
Carrera de Odontología. Universidad Nacional de Loja

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la Incidencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los internos del Centro De Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja. El universo estuvo constituido por 414 internos, 373 de sexo masculino y 41 de sexo femenino, esto tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

El tipo de estudio fue: observacional y descriptivo, porque mediante la observación directa y la evaluación clínica pude describir la situación existente, y de tipo transversal por razón de que la recolección de datos se la hizo en un tiempo determinado.

Para lograr el objetivo se examinó la cavidad bucal de los internos, se llenó una historia clínica, para establecer las causas y la frecuencia de la pérdida de piezas dentales; se tomaron fotografías de todos los maxilares parcialmente edéntulos e impresiones, mediante estos instrumentos se procedió a realizar la clasificación.

Los resultados de la investigación revelaron que: La clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72% y la modificación III-1 en ambos maxilares con 26,91%. Según la edad, en los rangos de: menores de 20 años, 20 a 39 y de 40 a 59 años, la clase III de Kennedy es la

más frecuente, a excepción del rango de mayores de 60, en la cual la clase I es la que predomina.

Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente.

4. HIPÓTESIS

Dado que, es premisa incuestionable que el buen tratamiento esté seguido de una adecuada satisfacción personal.

Es probable que, la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy se relacione directamente con el nivel de satisfacción en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO

OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. TECNICA

1.1.1 Precisión de la Técnica

Se utilizó la observación clínica intraoral, para poder recoger la información de una de las variables: Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.

Así mismo se aplicó un cuestionario de preguntas para poder recoger información para la segunda variable sobre el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles.

1.1.2 Esquemmatización

VARIABLE INVESTIGATIVA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL	Observación Clínica Intraoral	Ficha de registro
NIVEL DE LA SATISFACCIÓN	Cuestionario	Ficha de cuestionario

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Instrumentos Documentales

Como instrumento de observación documental se aplicó una ficha de registro y un cuestionario.

a) Precisión del Instrumento

Se utilizó un instrumento elaborado denominado Test de Perfil de Impacto de Salud Oral u Oral Health Impact Profile (OHIP) confeccionado en base a los indicadores.

b) Validación del Instrumento

Desarrollado por Allen y Locker, OHIP-19, con el fin de evaluar el impacto de la salud bucal y de algunas intervenciones específicas en pacientes desdentados totales o parciales. Este cuestionario demostró aplicabilidad, validez y sensibilidad.

Consiste en 19 preguntas, manteniendo las 7 dimensiones originales del OHIP-49 (Limitación Funcional, Dolor Físico, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y Obstáculo).

c) Modelo del Instrumento

Véase en los anexos.

1.2.2. Instrumentos Mecánicos

Sólo se consigna la computadora y accesorios, teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación.

1.3 MATERIALES

- Útiles de escritorio
- Guantes descartables

- Barbijos descartables
- Espejos bucales

2 CAMPO DE VERIFICACION

2.1 ÁMBITO ESPACIAL

La investigación se realizó en el ámbito institucional general de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María ubicada en el distrito de Umacollo, Arequipa

2.2 TEMPORALIDAD

La investigación se realizó en el semestre par del año 2016.

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

a. Alternativa

Casos

b. Características de los casos

b.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años y menores de 75 años de edad.
- Pacientes que colaboren con el estudio.
- Pacientes lúcidos y orientados.
- Pacientes de ambos géneros

b.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 75 años

- Pacientes con algún tipo de discapacidad que lo limite a colaborar con el estudio.
- Pacientes familiares de los alumnos tratantes.
- Pacientes con enfermedades sistémicas.
- Pacientes que estén siendo atendidos por tratantes de post grado.

b.3. Criterios de eliminación

- Deseo de no participación.
- Deserción por enfermedad o deceso.

c. Cuantificación de los casos

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 * P(1 - P)}{i^2}$$

Formalización de la muestra

Donde:

n: El tamaño de la muestra que queremos calcular

Z α : 1.96 (Cuando el margen de error α = 0.05 / 5%)

P: 0.50 (Proporción esperada para la variable de interés)

i: $\frac{w}{2} = 0.15$ (Nivel de precisión)

w: 0.30 (Amplitud del intervalo de confianza)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.30)(1-0.30)}{(0.15)^2}$$

$$n = 43 \text{ pacientes}$$

d. Formalización de los casos

N° de Pacientes	N° de Arcos	Maxilar Superior	Maxilar Inferior
43	60	32	28

3 ESTRATEGIA DE RECOLECCION

3.1 ORGANIZACIÓN

Antes de la aplicación del instrumento se realizaron ciertas acciones previas:

- Autorización del director de clínica de la Universidad Católica de Santa María.
- Coordinación con los pacientes.

3.2 RECURSOS

3.2.1 Recursos Humanos

Investigadora: Magnolia Emperatriz Atarama Gutiérrez.

Asesor: Dr. Carlos Díaz Andrade.

3.2.2 Recursos Físicos

Representado por la infraestructura de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

3.2.3 Recursos Económicos

El presupuesto para la recolección y otras tareas investigativas fue plenamente autofinanciada.

3.2.4 Recursos Institucionales

Instalaciones de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

3.3 PRUEBA PILOTO

3.3.1 Tipo de prueba

Incluyente

3.3.2 Muestra piloto

5% del grupo

3.3.3 Recolección piloto

Administración de los instrumentos a las muestras piloto

4 ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento

4.1.1 Tipo de procesamiento

Manual y computarizada

4.1.2 Operaciones del procesamiento

a) Clasificación

La información recolectada y obtenida a través de los instrumentos será ordenada en una matriz de sistematización que figurará en los anexos de la tesis posteriormente.

b) Codificación

Este recurso será necesario siempre y cuando se apele a un procedimiento computarizado.

c) Conteo

Se elaboraron tablas de doble entrada.

d) Tabulación

Se elaboraron tablas de doble entrada.

e) Graficación

Se confeccionaron graficas de barras dobles.

4.2 Plan de análisis

- **Tipo de análisis**

Cuantitativo variado y cualitativo

- **Tratamiento estadístico**

VARIABLES	TIPO	ESCALA	ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS	PRUEBA
Frecuencia del edentulismo parcial	Ordinal	Ordinal	Frecuencia numérica	Chi Cuadrado de independencia
Nivel de la satisfacción	Ordinal	Ordinal	Frecuencia porcentual	



CAPITULO III

RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA N° 1

FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN
DE KENNEDY EN AMBOS MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR

CLASES	TOTAL	
	Nº	%
Clase I	5	11.63
Clase II	8	18.60
Clase III	11	25.58
Clase IV	2	4.65
Clase I – I	3	6.98
Clase I – II	2	4.65
Clase II – I	5	11.63
Clase II – II	5	11.63
Clase III – III	2	4.65
TOTAL	43	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización

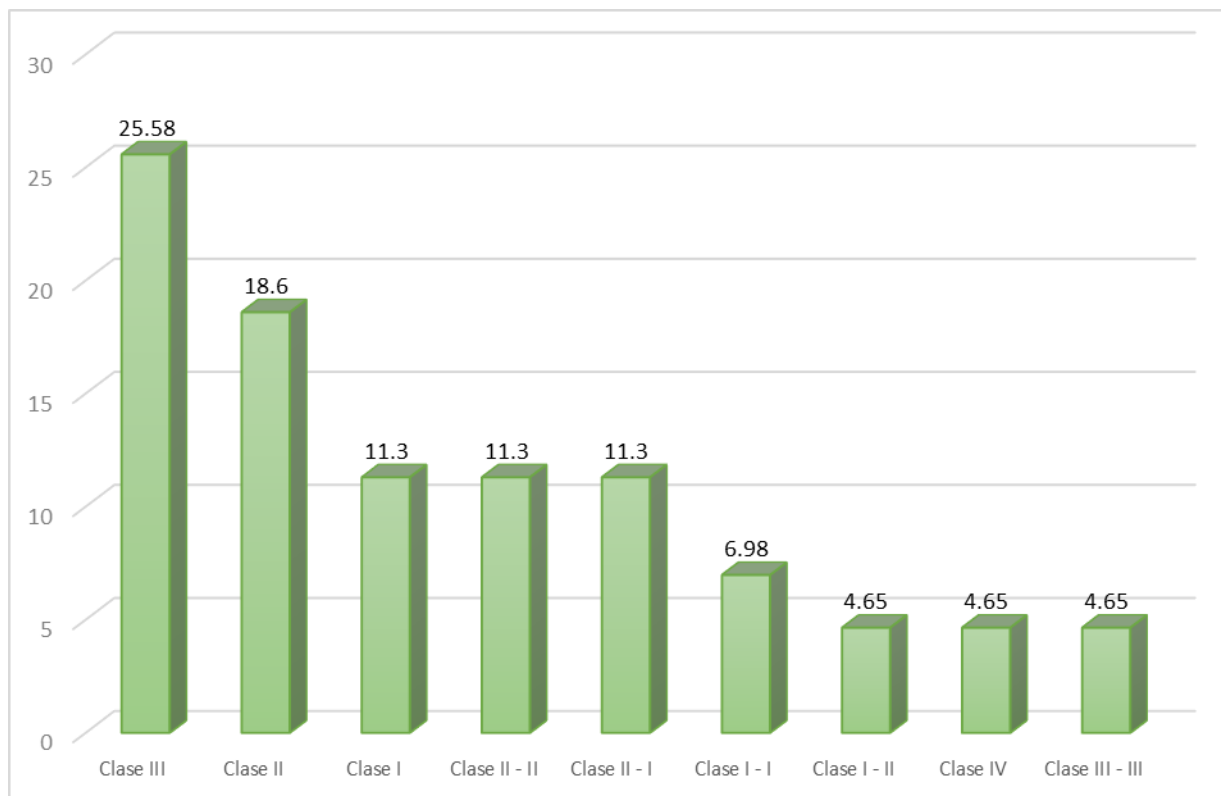
INTERPRETACIÓN:

Podemos apreciar que la clase predominante en el grupo de pacientes estudiados, es la clase III de Kennedy con el 25.58% en relación a un solo maxilar, la siguiente sería la clase II de Kennedy que presentó un 18.60%, por otro lado la clase I de Kennedy mostró tener un 11.63%, mientras la clase IV de Kennedy presentó un 4.65% de frecuencia.

Cabe resaltar que la clase con mayor frecuencia no solo en un maxilar, sino en ambos maxilares es la clase II de Kennedy con un 46.51%, siguiendo después las clases III y I con un 30.23% respectivamente.

GRAFICO N° 1

FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN
DE KENNEDY EN AMBOS MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR



Fuente: Matriz de Sistematización

TABLA N° 2

**INDICADORES DE LA SATISFACCION EN LOS PACIENTES PORTADORES
DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES**

INDICADORES DE LA SATISFACCION	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	<i>Limitación funcional</i>	0	0.0	25	58.1	12	27.9	6	14.0	0	0.0	43
<i>Dolor físico</i>	0	0.0	27	62.8	12	27.9	4	9.3	0	0.0	43	100.0
<i>Malestar psicológico</i>	2	4.7	41	95.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	43	100.0
<i>Discapacidad física</i>	0	0.0	21	48.8	18	41.9	4	9.3	0	0.0	43	100.0
<i>Discapacidad psicológica</i>	1	2.3	37	86.0	5	11.6	0	0.0	0	0.0	43	100.0
<i>Discapacidad social</i>	6	14.0	37	86.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	43	100.0
<i>Desventaja</i>	0	0.0	38	88.4	4	9.3	1	2.3	0	0.0	43	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización

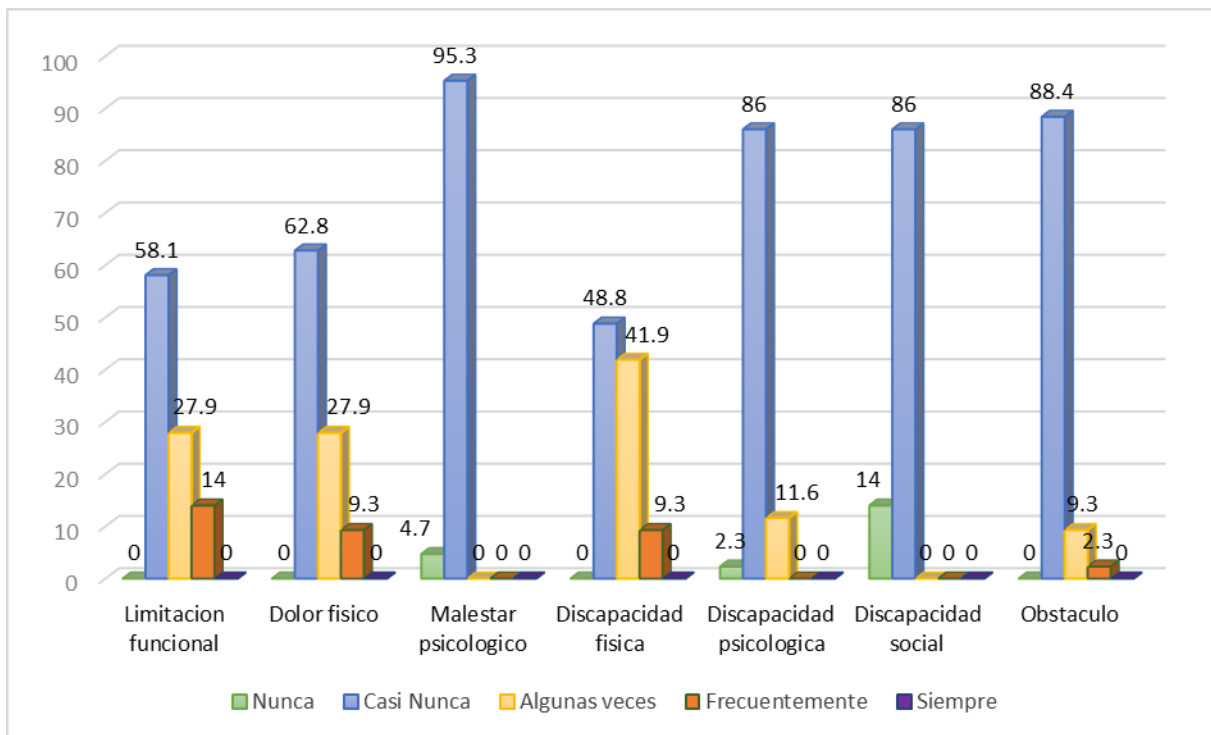
INTERPRETACIÓN:

Se observa que, para la respuesta de “Casi nunca”, 58.1% es para limitación funcional, 62.8% para dolor físico, 95.3% malestar psicológico, 48.8% para discapacidad física, un 86.0% para discapacidad psicológica y social y el 88.4% en desventaja. En cambio para la opción de respuesta “Algunas Veces”, el 41.9% presentó tener discapacidad física, el 27.9% limitación funcional y dolor físico y el 11.6% mostró tener discapacidad psicológica.

Y en el caso de “Frecuentemente” el 14.0% lo manifestó en limitación funcional, mientras que el 9.30% fueron para dolor físico y discapacidad física, a su vez el 2.3% lo obtuvo en el indicador de desventaja.

GRAFICO N° 2

INDICADORES DE LA SATISFACCION EN LOS PACIENTES PORTADORES
DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES



Fuente: Matriz de Sistematización

TABLA N° 3

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES
PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN AMBOS
MAXILARES Y EL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION
DE KENNEDY**

NIVEL DE SATISFACCIÓN	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Muy bueno</i>	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<i>Bueno</i>	0	0.00	0	0.00	6	13.95	0	0.00	6	14.00
<i>Regular</i>	3	6.98	16	37.21	5	11.63	2	4.65	26	60.50
<i>Bajo</i>	5	11.63	4	9.30	2	4.65	0	0.00	11	25.50
<i>Muy bajo</i>	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	8	18.61	20	46.51	13	30.23	2	4.65	43	100.00

Chi-cuadrado: $22.9 \geq 12.59$ ($p \leq 0.05$)

Fuente: Matriz de Sistematización

INTERPRETACIÓN:

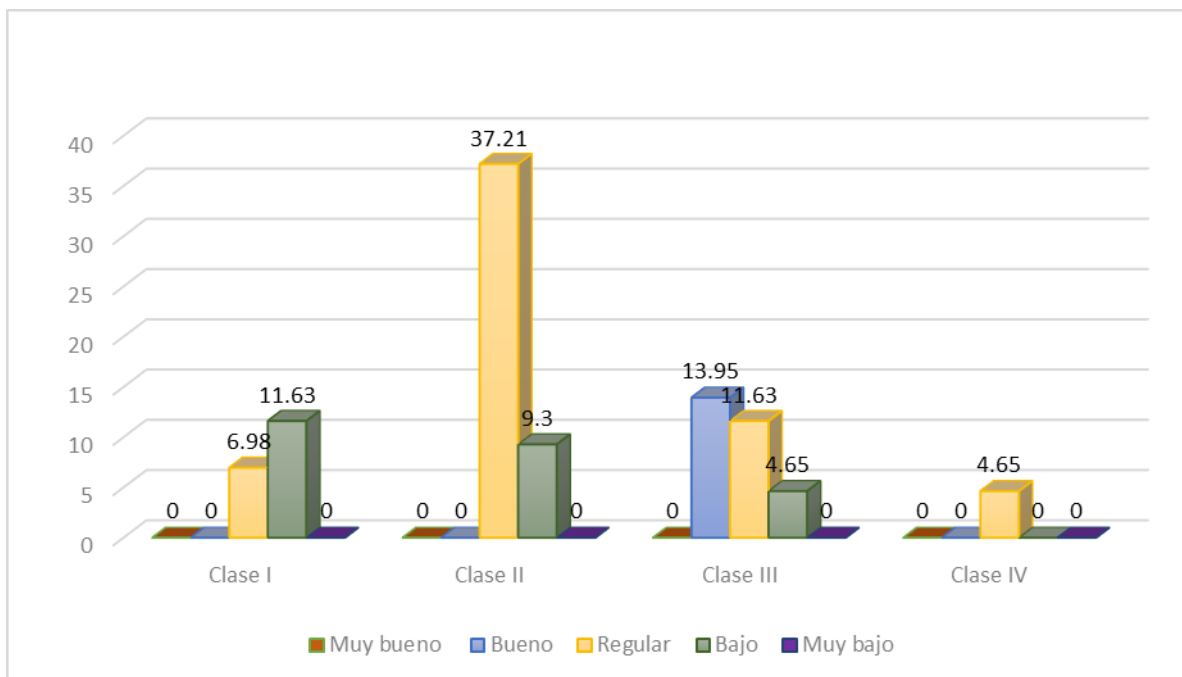
Observamos que 8 pacientes presentaron clase I de Kennedy, en el cual 5 pacientes (11.63%) presentaron un nivel de satisfacción bajo y 3 pacientes (6.98%) presentaron un nivel de satisfacción regular. Por otro lado vemos que 20 pacientes presentaron clase II de los cuales 16 (37.21%) tienen un nivel de satisfacción regular y 4 pacientes (9.30%) un nivel de satisfacción bajo.

Para la clase III de Kennedy tenemos que de 13 pacientes (30.23%), 6 (13.95%) presentaron un nivel de satisfacción buena, por otro lado 5 pacientes (11.63%), mostraron tener un nivel de satisfacción regular. En caso de la clase IV de Kennedy, 2 pacientes (4.65%) presentaron un nivel de satisfacción regular.

De acuerdo a la prueba estadística de chi-cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción que presentaron los pacientes según clase.

GRAFICO N° 3

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN AMBOS MAXILARES Y EL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY



Fuente: Matriz de Sistematización

TABLA N° 4

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN MAXILAR SUPERIOR Y EL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY

NIVEL DE SATISFACCIÓN	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Muy bueno</i>	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<i>Bueno</i>	0	0.00	0	0.00	5	15.63	0	0.00	5	15.6
<i>Regular</i>	4	12.50	11	34.37	3	9.38	1	3.12	19	59.4
<i>Bajo</i>	2	6.25	4	12.50	2	6.25	0	0.00	8	25.0
<i>Muy bajo</i>	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	6	18.75	15	46.87	10	31.27	1	3.12	32	100.00

Chi-cuadrado: 13.81 ≥ 12.59 (p ≤ 0.05)

Fuente: Matriz de Sistematización

INTERPRETACIÓN:

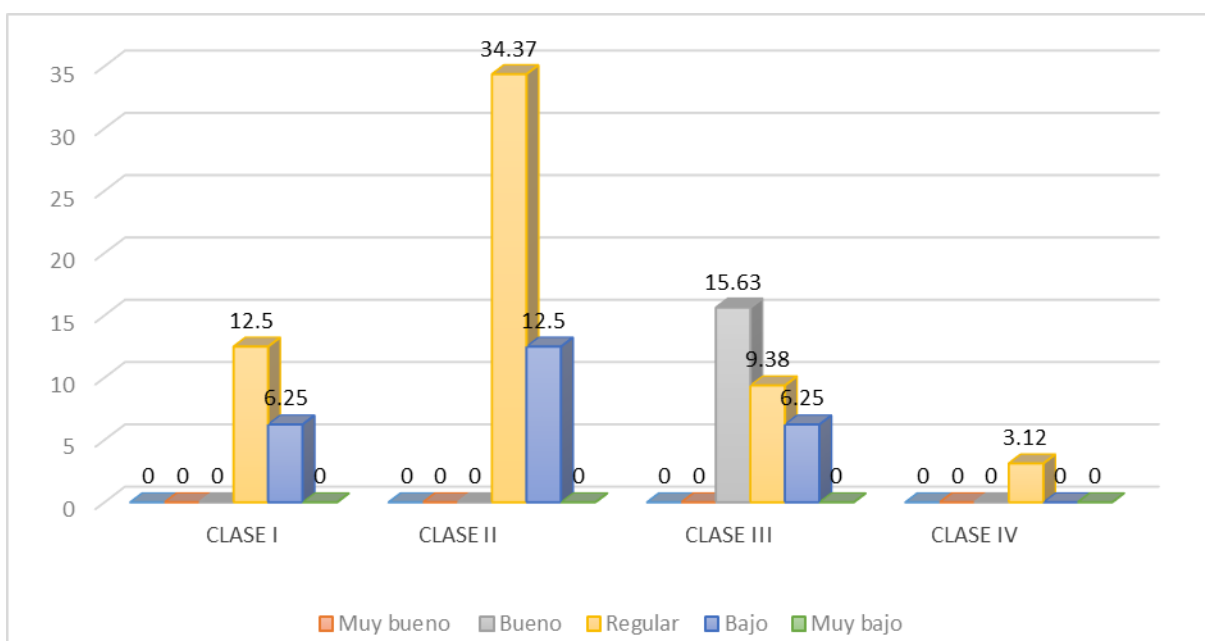
Se puede observar en la tabla, que dentro de los 32 maxilares superiores vistos, 6 (18.75%) fueron para la clase I de Kennedy presentando un nivel de satisfacción regular 4 pacientes (12.50%) y 2 pacientes (6.25%) un nivel de satisfacción baja. Así también se obtuvo que para la clase II de Kennedy, 11 (34.37%) pacientes presentaron una satisfacción regular y 4 (12.50%) un nivel de satisfacción bajo.

En el caso de la clase III de Kennedy 5 (15.63%) mostraron un nivel de satisfacción bueno, 3 (9.38%) un nivel regular y 2 (6.25%) un nivel de satisfacción bajo. Y para la clase IV de Kennedy un paciente (3.12%) presentó nivel de satisfacción regular.

De acuerdo a la prueba estadística de chi-cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción que presentaron los pacientes según las clasificaciones.

GRAFICO N° 4

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES
PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN MAXILAR
SUPERIOR Y EL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE
KENNEDY



Fuente: Matriz de Sistematización

TABLA N° 5

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN MAXILAR INFERIOR Y EL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

NIVEL DE SATISFACCION	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Muy bueno</i>	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<i>Bueno</i>	0	0.00	0	0.00	2	7.14	0	0.00	2	7.14
<i>Regular</i>	5	17.86	9	32.14	3	10.72	1	3.57	18	64.29
<i>Bajo</i>	7	25.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00	8	28.57
<i>Muy bajo</i>	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	12	42.86	10	35.71	5	17.86	1	3.57	28	100.00

Chi-cuadrado: 18.04 \geq 12.59 ($p \leq 0.05$)

Fuente: Matriz de Sistematización

INTERPRETACIÓN:

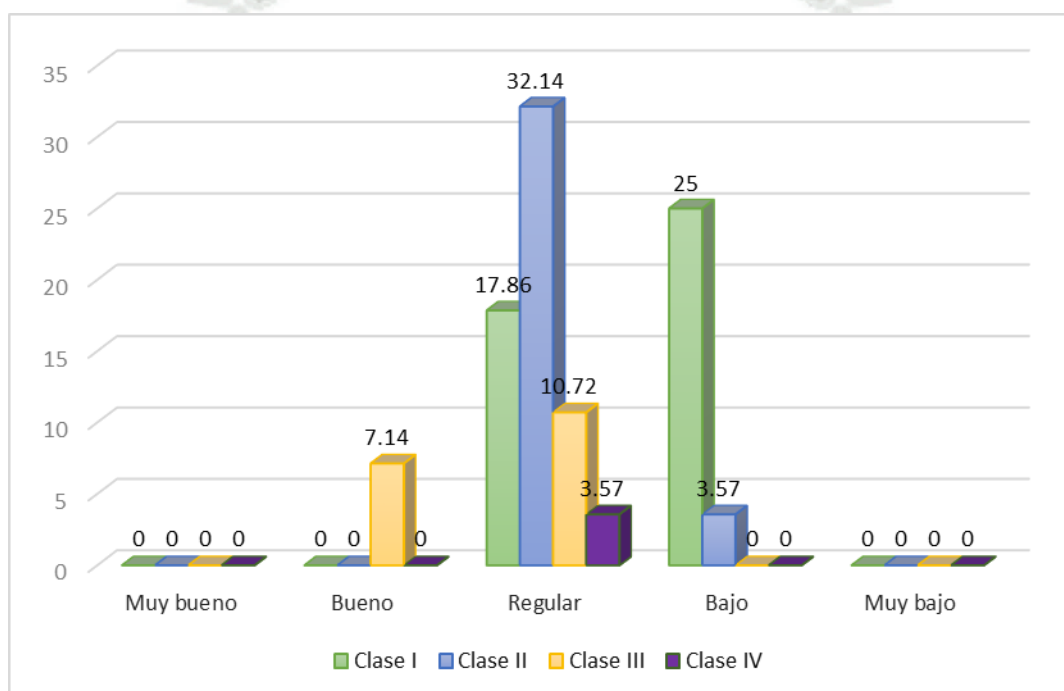
Podemos observar en la tabla que el total de maxilares inferiores fue de 28 de los cuales 12 (42.86%) fueron para la clase I de Kennedy, presentando un nivel de satisfacción bajo 7 pacientes (25.00%) y 5 (17.86%) una satisfacción regular. Para la clase II de Kennedy 9 pacientes (32.14%) su nivel de satisfacción fue regular mientras que para 1 (3.57%) fue bajo.

En el caso de la clase III de Kennedy 3 (10.72 %) pacientes presentaron un nivel de satisfacción regular y 2 (7.14%) un nivel bueno. En la clase IV de Kennedy se tuvo a 1 paciente (3.57%) el cual presento un nivel de satisfacción regular.

De acuerdo a la prueba estadística de chi-cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción que presentaron los pacientes según las respectivas clases.

GRAFICO N° 5

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES
PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN MAXILAR
INFERIOR Y EL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY



Fuente: Matriz de Sistematización



TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE LA CLASIFICACION DE KENNEDY Y
MODIFICACIONES EN LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS
PARCIALES REMOVIBLES EN RELACIÓN A AMBOS MAXILARES
SUPERIOR E INFERIOR**

CLASES	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
	Nº	%	Nº	%
<i>Clase I</i>	6	14.00	12	27.90
<i>Clase II</i>	15	34.90	10	23.30
<i>Clase III</i>	10	23.30	5	11.60
<i>Clase IV</i>	1	2.30	1	2.30
<i>Clases con Modificaciones</i>	11	25.50	15	34.90
<i>Total</i>	43	100.00	43	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización

INTERPRETACIÓN:

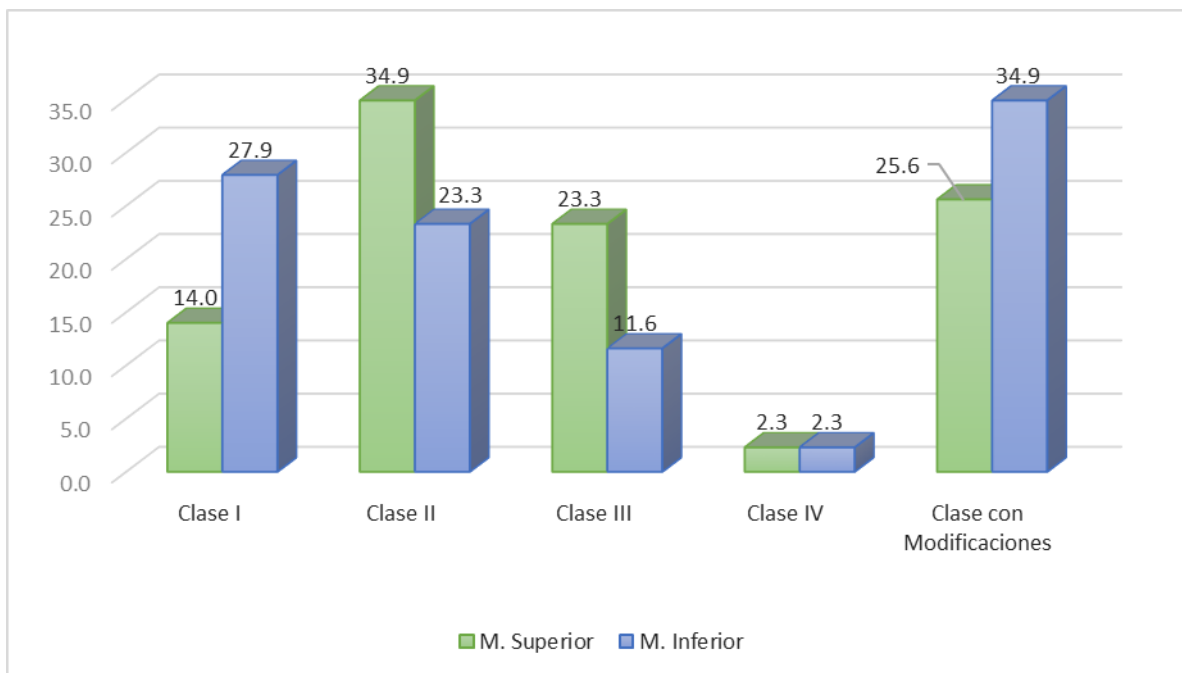
Observamos que en el maxilar superior, el 14.0% presentó clase I de Kennedy, el 34.9% clase II de Kennedy el 23.3% para clase III de Kennedy y el 2.3 para la clase IV de Kennedy.

En el maxilar inferior se presentó, el 27.9% para la clase I de Kennedy, el 23.3% para la clase II de Kennedy y el 11.6% en la clase III de Kennedy y al igual que el maxilar superior para clase IV de Kennedy solo el 2.3%

Para las clases y sus modificaciones se obtuvo que en el maxilar superior se presentaron 25.6% de los casos, mientras que en el maxilar inferior se presentó 34.9%.

GRAFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LA CLASIFICACION DE KENNEDY Y MODIFICACIONES EN LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN RELACIÓN A AMBOS MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR



Fuente: Matriz de Sistematización

TABLA N° 7

**NIVEL DE SATISFACCION DE PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS
PARCIALES REMOVIBLES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y
SUS MODIFICACIONES EN MAXILAR SUPERIOR**

Clase y Modificaciones	MAXILAR SUPERIOR							
	Bajo		Regular		Bueno		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I-1	0	0.00	1	4.76	0	0.00	1	4.76
I-2	0	0.00	1	4.76	0	0.00	1	4.76
I-3	0	0.00	1	4.76	0	0.00	1	4.76
II-1	0	0.00	3	14.29	1	4.76	4	19.05
II-2	0	0.00	2	9.52	2	9.52	4	19.05
II-3	0	0.00	3	14.29	0	0.00	3	14.29
III-1	1	4.76	1	4.76	2	9.52	4	19.05
III-2	2	9.52	0	0.00	0	0.00	2	9.52
III-3	0	0.00	1	4.76	0	0.00	1	4.76
Total	3	14.29	12	57.14	6	28.57	21	100.00

Chi Cuadrado: 13.81 \geq 12.59 (p \leq 0.05)

Fuente: Matriz de Sistematización

INTERPRETACIÓN:

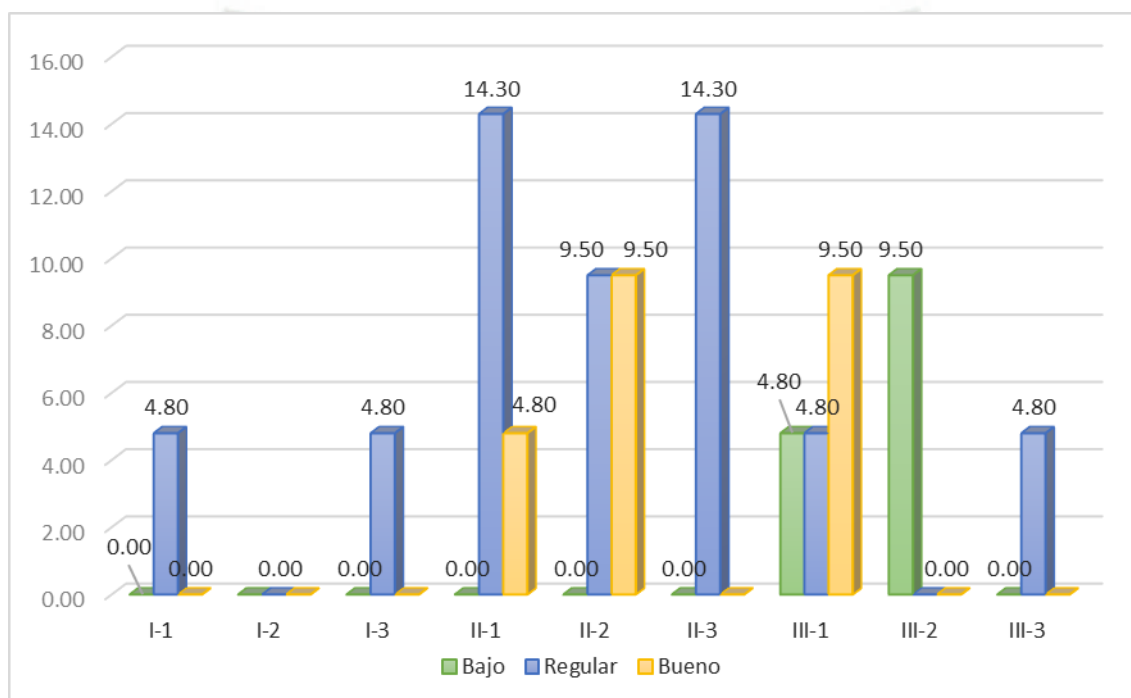
Vemos en la tabla, que para la clase I de Kennedy modificaciones. 1, 2 y 3 el nivel de satisfacción es regular (14.28%). Para la clase II de Kennedy modificaciones 1, 2 y 3 se encuentra un nivel de satisfacción regular (38.10%) y un 13.98% para nivel de satisfacción bueno.

En el caso de la clase III de Kennedy modificación 1 y 2 (14.28%) el nivel de satisfacción fue bajo. Para la clase III modificaciones 1 y 3 el nivel de satisfacción fue regular y para la clase III mod. 1 fue bueno.

De acuerdo a la prueba estadística de chi-cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción que presentaron los pacientes según las respectivas clases.

GRAFICO N° 7

**NIVEL DE SATISFACCION DE PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS
PARCIALES REMOVIBLES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y
SUS MODIFICACIONES EN MAXILAR SUPERIOR**



Fuente: Matriz de Sistematización

TABLA N° 8

**NIVEL DE SATISFACCION DE PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS
PARCIALES REMOVIBLES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y
SUS MODIFICACIONES EN MAXILAR INFERIOR**

Clases y Modificaciones	MAXILAR INFERIOR							
	Bajo		Regular		Bueno		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I-1	0	0.00	2	15.38	2	15.38	4	30.76
I-2	0	0.00	1	7.69	2	15.38	3	23.07
II-1	0	0.00	1	7.69	1	7.69	2	15.38
II-2	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
II-3	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
III-1	1	7.69	2	15.38	0	0.00	3	23.07
III-2	0	0.00	1	7.69	0	0.00	1	7.69
III-3	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	1	7.69	7	53.85	5	38.46	13	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización

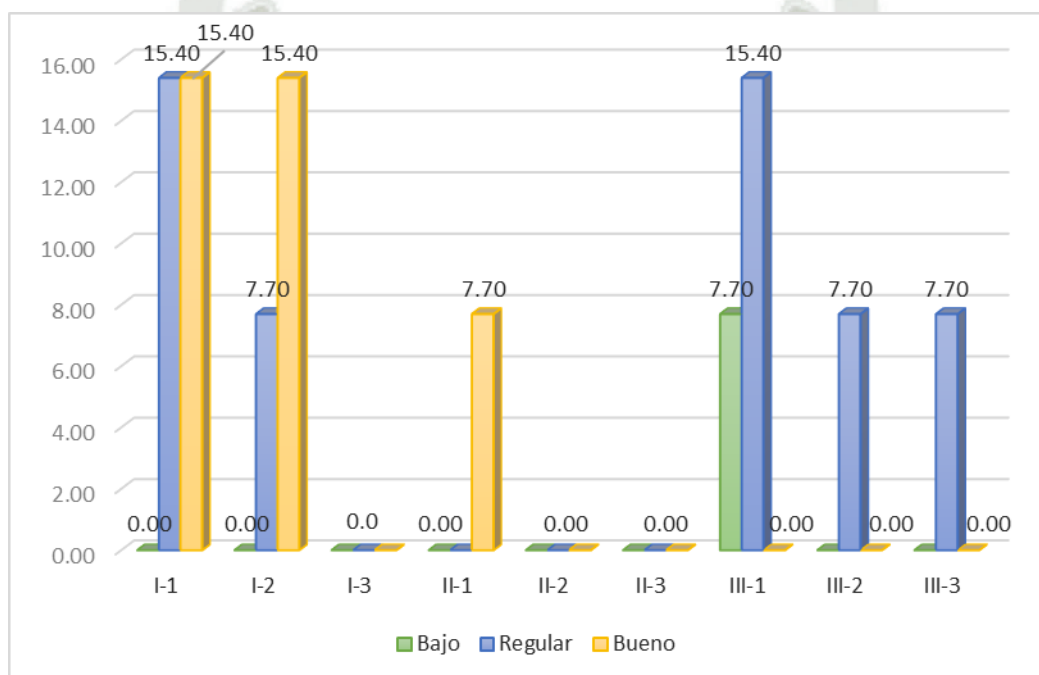
INTERPRETACIÓN:

La tabla n° 8 muestra, que para la clase I de Kennedy modificaciones. 1 y 2 los niveles de satisfacción en regular fueron 23.07% mientras que para el nivel de satisfacción bueno fue 30.76%. En la clase II de Kennedy modificación 1 se encuentra un nivel de satisfacción regular con un 7.69% al igual que el mismo porcentaje para un nivel de satisfacción bueno.

La clase III de Kennedy modificación 1 y 2 (23.07%) el nivel de satisfacción fue regular .y para la clase III modificaciones 1 el nivel de satisfacción fue bajo con un 7.69%.

GRAFICO N° 8

NIVEL DE SATISFACCION DE PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES EN MAXILAR INFERIOR



Fuente: Matriz de Sistematización

TABLA N° 9

**GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS
PARCIALES REMOVIBLES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY**

GRUPO ETAREO	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
27 - 38 años	0	0.00	1	2.33	3	6.98	1	2.33	5	11.64
39 - 48 años	2	4.65	5	11.63	0	0.00	0	0.00	7	16.28
49 - 58 años	2	4.65	4	9.30	4	9.30	0	0.00	10	23.25
59 - 68 años	3	6.98	6	13.95	3	6.98	1	2.33	13	30.24
69 - 78 años	1	2.33	4	9.30	3	6.98	0	0.00	8	18.61
TOTAL	8	18.61	20	46.51	13	30.23	2	4.65	43	100.00

Chi- cuadrado: $11.63 \leq 21.03$ ($p \geq 0.05$)

Fuente: Matriz de Sistematización

INTERPRETACIÓN:

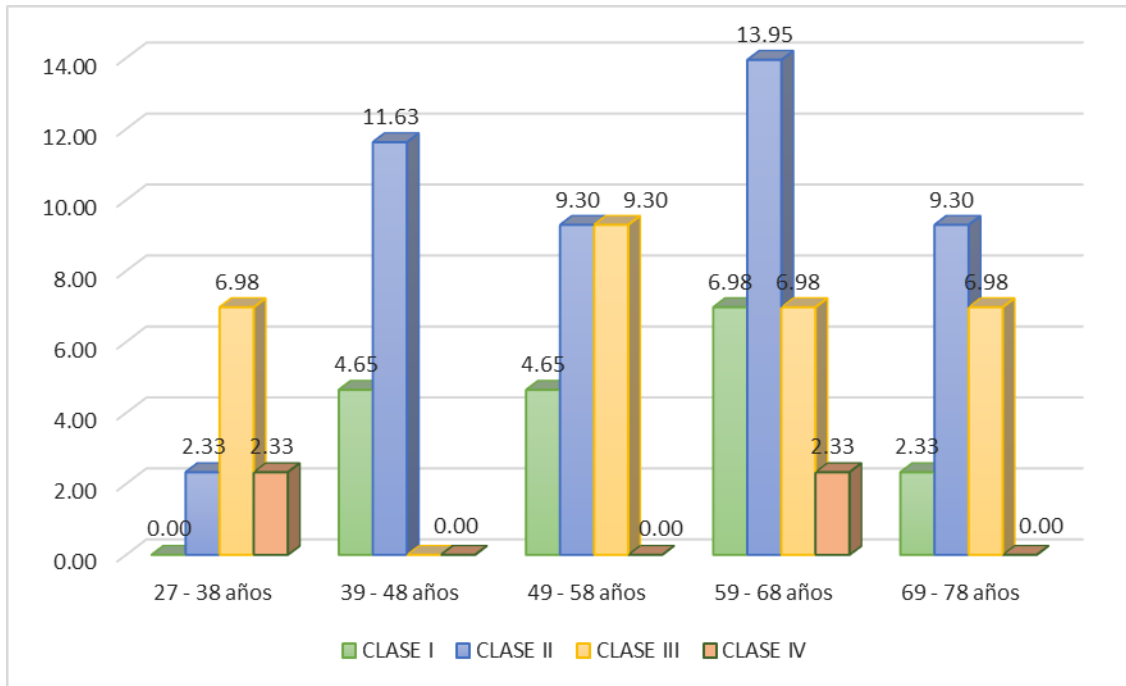
Obtuvimos de acuerdo al cuadro de grupo etareo, que del total de pacientes para la clase I de Kennedy, 3 de ellos (6.98%) tienen edades entre 59 y 68 años de edad, 2 (4.65%) pacientes entre las edades de 39 y 48 años y también 2 pacientes entre las edades de 49 y 58 años de edad.

En clase II de Kennedy 6 de los pacientes (13.95%) están entre las edades de 59 y 68 años, 5 (11.63%) entre 39 y 48 años, 4 pacientes (9.30%) entre 49 y 58 años y 1 paciente entre los 27 y 38 años de edad.

Así, de acuerdo a la prueba estadística de chi-cuadrado, no se encontraron diferencias estadísticamente entre las edades y el tipo de clase.

GRAFICO N° 9

**GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS
PARCIALES REMOVIBLES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY**



Fuente: Matriz de Sistematización



TABLA N° 10

**GÉNERO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES
REMOVIBLES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN AMBOS
MAXILARES**

<i>M. Sup.</i>	<i>M. Inf</i>	<i>FEMENINO</i>		<i>MASCULINO</i>		<i>TOTAL</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>I</i>	<i>I</i>	2	8.00	1	5.56	3	6.98
<i>I</i>	<i>II</i>	1	4.00	1	5.56	2	4.65
<i>II</i>		3	12.00	2	11.11	5	11.63
<i>II</i>	<i>I</i>	2	8.00	3	16.67	5	11.63
<i>II</i>	<i>II</i>	3	12.00	2	11.11	5	11.63
<i>III</i>		5	20.00	3	16.67	8	18.60
<i>III</i>	<i>III</i>	2	8.00	0	0.00	2	4.65
<i>IV</i>		1	4.00	0	0.00	1	2.33
	<i>IV</i>	1	4.00	0	0.00	1	2.33
	<i>III</i>	1	4.00	2	11.11	3	6.98
	<i>II</i>	2	8.00	1	5.56	3	6.98
	<i>I</i>	2	8.00	2	11.11	4	9.30
<i>I</i>		0	0.00	1	5.56	1	2.33
Total		25	100.00	18	100.00	43	100.00

Fuente: Matriz de Sistematización

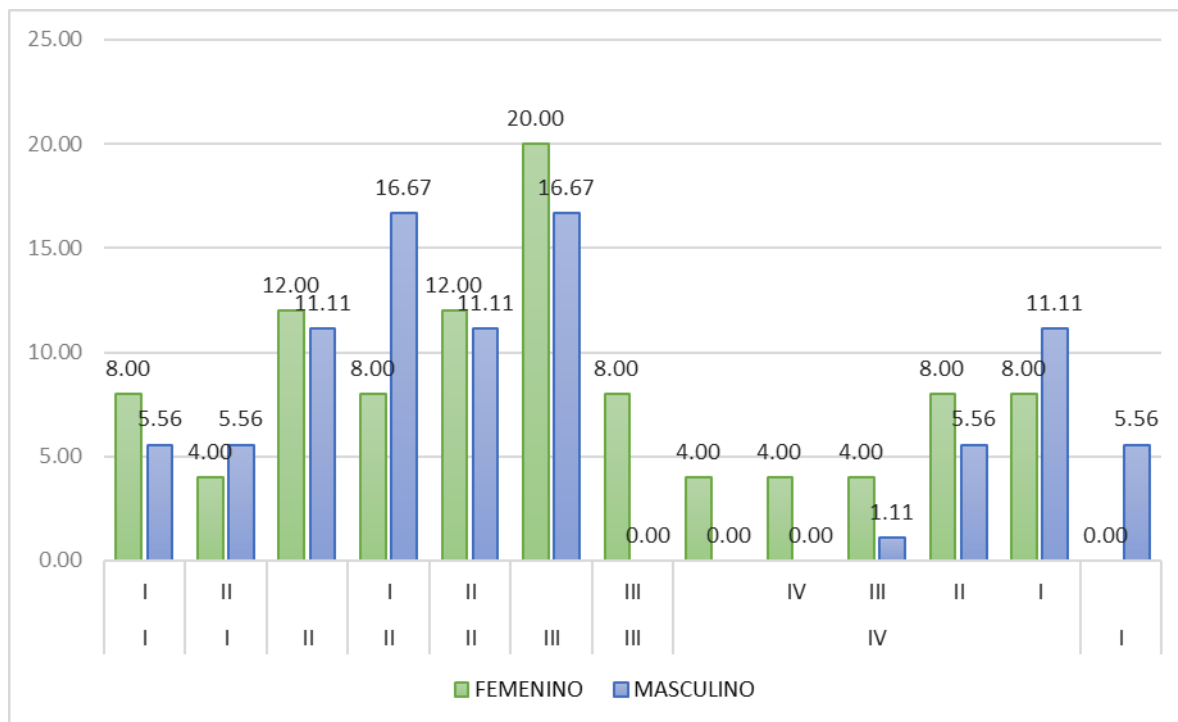
INTERPRETACIÓN:

El género predominante en esta investigación fue el sexo femenino teniendo un total de 25 casos mientras que para el sexo masculino obtuvimos 18 casos, encontrándose también que la clase II de Kennedy fue la que prevaleció para el género femenino, así como el maxilar superior.



GRAFICO N° 10

**GENERO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIALES
REMOVIBLES SEGUN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN AMBOS
MAXILARES**



Fuente: Matriz de Sistematización

DISCUSION

Al evaluar la frecuencia del edentulismo parcial en los diferentes grupos etáreos comprendidos desde las edades de 27 a 75 años de edad, nuestro estudio nos muestra que en los adultos mayores, es decir, pacientes entre los 59 a 68 años de edad es donde se encuentra la mayor frecuencia de edentulismo parcial siendo la clase II de Kennedy la más frecuente con un 58.2% siendo el maxilar superior el que presenta también mayor frecuencia 34.9% mostrándonos a su vez que su nivel de satisfacción es regular 37.21% y baja 9.30% para esta clase. La clase III de Kennedy continua con una frecuencia de 34.9% y encontramos niveles de satisfacción de regular 11.63% a bueno 13.95%, por otro lado la clase IV de Kennedy fue la menos frecuente 4.6% en nuestra investigación.

Al respecto, los autores Laura Bárbara Velázquez-Olmedo, Lyzbeth Beatriz Ortíz- Barrios, Areli Cervantes-Velázquez, Ángel Cárdenas-Bahena, Carmen García-Peña, Sergio Sánchez-García obtuvieron que al estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores 150 adultos mayores entre 60 y 85 años que acuden a atención dental en centros comunitarios de la Ciudad de México $EP = 69.9 \pm 6.78$ años; $H = 42 \%$; $M = 58 \%$.

Las dimensiones con mayor puntaje fueron malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional; se identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca, molestias al comer, dolor bucal e interrupción de la alimentación.

El estado de la dentición en los adultos mayores tiene repercusiones en la capacidad para efectuar sus actividades habituales y, por lo tanto al tener una insatisfacción, afecta su calidad de vida.

Por otro lado para los autores, Gisela Moyano de Sánchez. Alejandra Basualto Quiroz y Abelardo Báez Rosales, frente a la investigación realizada “Evaluación de satisfacción usuaria en portadores de prótesis removible”, su muestra final

constó de 60 pacientes, se les realizó una encuesta de satisfacción usuaria, y de éstos 30 fueron examinados clínicamente.

Los resultados fueron que el nivel de satisfacción usuaria en la universidad es de un 70%, al comparar su prótesis antigua versus la realizada en la universidad, el 63.3% se encuentra muy satisfecho. El 3.3% dijo estar insatisfecho con su prótesis, sin embargo, el 100% de los pacientes volvería a atenderse en la universidad y la recomendaría.

En conclusión, la satisfacción usuaria es un conjunto multidimensional de factores, que influyen directamente en la percepción final del tratamiento.

Y para el autor Gabriel Alejandro Luna Mejía, los resultados de la investigación revelaron que la clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72% y la modificación III-1 en ambos maxilares con 26,91%.

Según la edad, en los rangos de menores de 20 años, 20 a 39 y de 40 a 59 años, la clase III de Kennedy es la más frecuente, a excepción del rango de mayores de 60, en la cual la clase I es la que predomina.

Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Los resultados mostraron que los pacientes entre los 59 a 68 años de edad, es donde se encuentra la mayor frecuencia de edentulismo parcial siendo, la clase II de Kennedy la más frecuente con un 58.2% mostrándonos a su vez que el nivel de satisfacción para la clase II de Kennedy es regular 37.21% y baja 9.30%. Por otro lado la clase IV de Kennedy fue la menos frecuente 4.65% en nuestra investigación.

SEGUNDA

Los indicadores en los que se muestra mayor insatisfacción por parte de los pacientes son para; dolor físico, limitación funcional, discapacidad física, y desventaja mientras que, para malestar psicológico, discapacidad psicológica y social los indicadores no presentan mucha relevancia.

TERCERA:

Según la prueba X^2 , existe relación significativa entre la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de satisfacción en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles

CUARTA

Consecuentemente se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna o de la investigación con un nivel de significación de 0.05

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Recomendar a los futuros tesisistas realizar el presente estudio en una población mayor, ya sea en nuestra institución u hospitales para así poder ampliar los resultados de este tema que no tiene muchos estudios realizados.

SEGUNDA

Se sugiere asimismo realizar estudios investigativos sobre el nivel de satisfacción de los pacientes de la clínica odontológica en relación a las otras especialidades según sus tratamientos efectuados y finalizados.

TERCERA

Conviene también sugerir a nuevos tesisistas investigar el nivel de satisfacción de los pacientes recientemente rehabilitados, es decir, posterior a la instalación de sus prótesis totales removibles y prótesis fijas, ya sean por los alumnos de cuarto y quinto año como los de especialidad, a fin de crear o fijar semejanza o diferencias en la aceptación de estas mismas.

CUARTA

Recomendar a tesisistas de la segunda especialidad de rehabilitación oral investigar el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis totales removibles subsiguiente a la instalación de una prótesis implanto soportadas realizadas en la clínica odontológica.

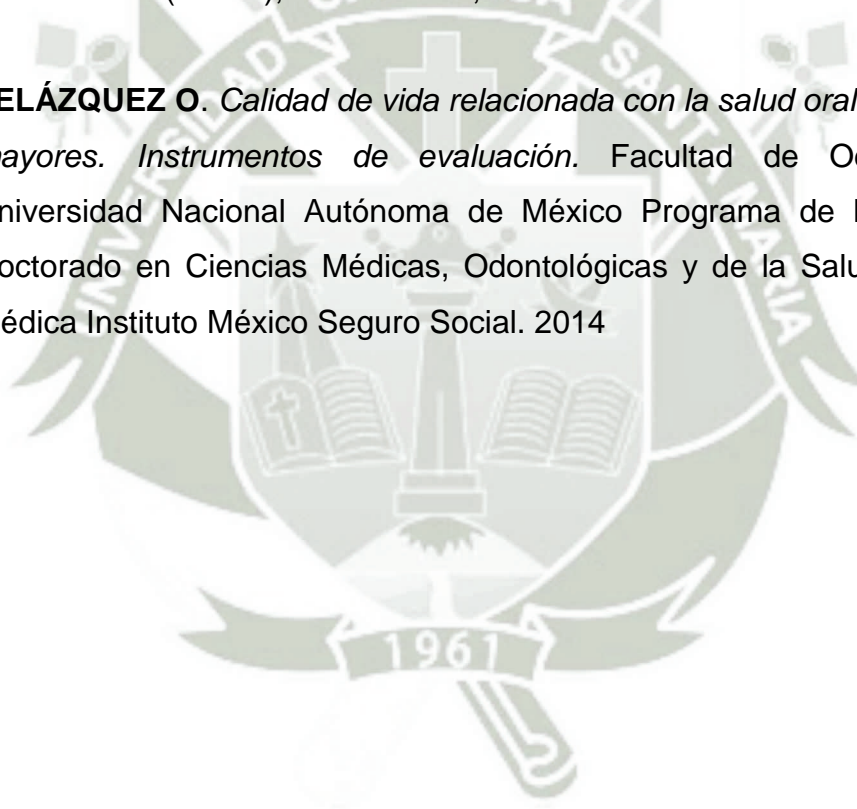
BIBLIOGRAFIA

- **BOUCHER**, Luis. *“Rehabilitación del Desdentado Parcial”*. 1era Edición. Nueva Editorial Interamericana. México D.F.1984.
- **ELOY**, A. *“Prótesis parcial removible en la práctica odontológica”*. Acta Odontológica de Venezuela Vol. 37 N° 3 Caracas, 1 999.
- **GRABER** George. *“Atlas De Prótesis Removible. Editorial”* MASSON, 1992.
- **KNEZOVIC**, D. *“The Influence of Kennedy’s Classification, Partial Denture Material and construction on Patients’ Satisfaction”*. Acta Stomatológica Croat. 2001.
- **MALLAT DESPLAT**, Ernest. *“Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras”*. Ed. Elsevier, 2004.
- **PERALTA**, G. *“De la filosofía de la calidad y satisfacción al sistema de mejora continua”*. Editorial PANORAMA. 2002.
- **STEWART**, Kenneth. *“Prostodoncia Parcial Removible”*. 2da Edición. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas L.A. Caracas Venezuela, 1993.



HEMEROGRAFIA

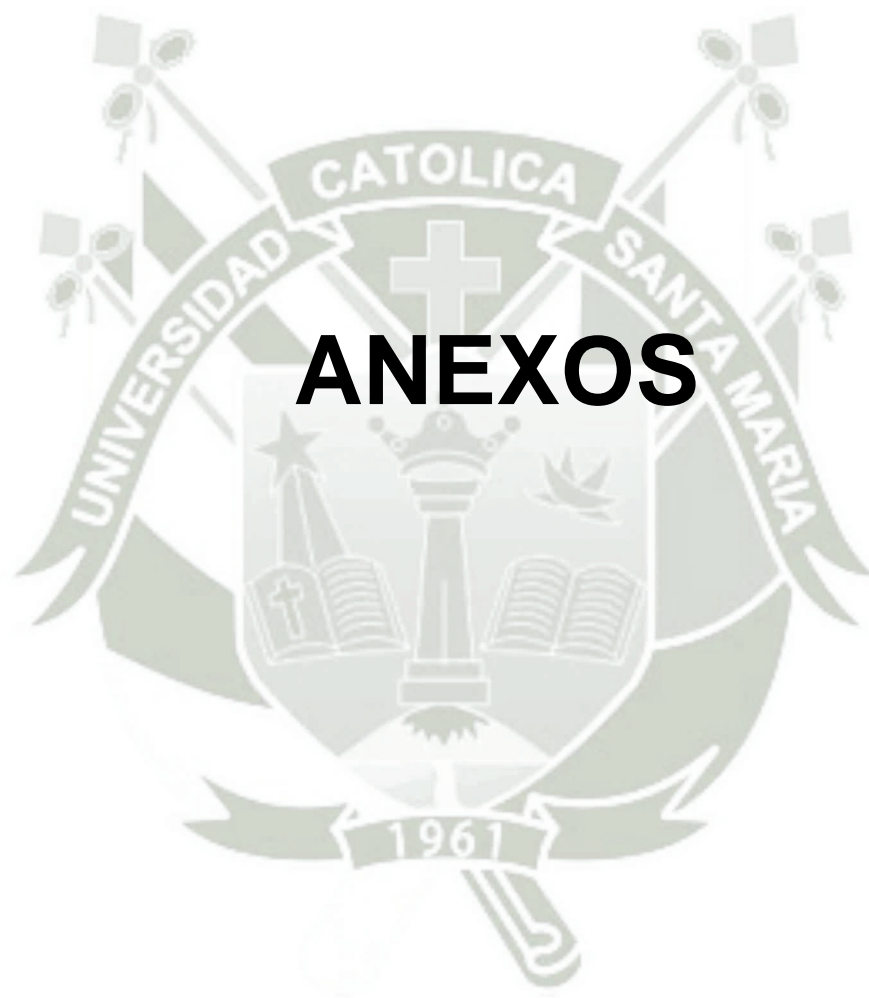
- **LUNA G.** *Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja.* Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Loja. 2011
- **MOYANO G, BASUALTO A, BÁEZ A.** *Evaluación de satisfacción usuaria en portadores de prótesis removible.* Departamento de Odontología Restauradora. Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello (UNAB), Viña del Mar, Chile Revista Dental de Chile
- **VELÁZQUEZ O.** *Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación.* Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Revista Médica Instituto México Seguro Social. 2014



INFORMÁTOGRAFIA

- http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202014/pdf/evaluacion_de_satisfaccion_web.pdf
- <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130484/Asociaci%C3%B3n-de-la-satisfacci%C3%B3n-con-la-calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-oral,-respecto-a-la-rehabilitaci%C3%B3n-prot%C3%A9sica.pdf?sequence=1>
- <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdida-dental.shtml>





ANEXOS

ANEXO N° 1

MODELO DEL INSTRUMENTO

FICHA N° ____

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA PACIENTES

ENUNCIADO: "FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y NIVEL DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA. AREQUIPA. 2016"

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Por favor lea detenidamente cada pregunta y conteste colocando una cruz (+) o un aspa (X) sobre la alternativa que usted considere la adecuada.

CUESTIONARIO OHIP- EDENT

Preguntas OHIP-EDENT		Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuente-mente	Siempre
1 Limitación funcional						
1.	¿Ha tenido dificultades mordiendo algún alimento por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
2.	¿Ha retenido alimento en sus prótesis?	0	1	2	3	4
3.	¿Ha sentido que sus prótesis no ajustan apropiadamente?	0	1	2	3	4
2 Dolor físico						
4.	¿Ha tenido molestias dolorosas en su boca por su prótesis?	0	1	2	3	4
5.	¿Ha encontrado incómodo comer algún alimento por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
6.	¿Ha tenido áreas dolorosas en su boca a causa de sus prótesis?	0	1	2	3	4
7.	¿Ha tenido prótesis incómodas?	0	1	2	3	4
3 Malestar psicológico						
8.	¿Ha estado preocupado por problemas dentales o su prótesis dental?	0	1	2	3	4
9.	¿Ha sido consciente de sí mismo, por sus prótesis?	0	1	2	3	4
4 Discapacidad física						
10.	¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con su boca o prótesis?	0	1	2	3	4
11.	¿Ha sido incapaz de comer con sus prótesis por problemas con ellas?	0	1	2	3	4
12.	¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4

5 Discapacidad psicológica						
13.	¿Se ha sentido deprimido por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
14.	¿Ha estado un poco avergonzado por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
6 Discapacidad social						
15.	¿Ha evitado salir por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
16.	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
17.	¿Ha estado un poco irritable con otra gente por problemas en sus prótesis?	0	1	2	3	4
7 Desventaja		0	1	2	3	4
18.	¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
19.	¿Ha sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con sus prótesis?	0	1	2	3	4
Total =						

FICHA DE REGISTRO OBSERVACIONAL

CLASIFICACION DE KENNEDY	MAXILAR SUPERIOR	MAXILAR INFERIOR
CLASE I		
Modificación		
CLASE II		
Modificación		
CLASE III		
Modificación		
CLASE IV		

ANEXO N° 2
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ENUNCIADO: "FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y NIVEL DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA. AREQUIPA. 2016"

N° DE FICHA	E D A D	S E X O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOT AL	MAX SUP	MOD	MAX. INF	MOD	TIEMPO CON PROTESIS
1	75	M	1	1	1	0	2	1	0	2	0	2	0	2	0	1	0	0	0	1	1	15	III	3		15 años	
2	64	M	4	3	2	3	3	3	1	2	1	3	1	4	1	2	1	1	0	1	3	39	I		I	2	6 años
3	59	F	1	3	2	3	3	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	0	0	0	2	30	I	1	I	1	4 años
4	68	M	4	2	3	2	3	2	1	2	1	3	1	1	1	2	0	0	0	1	2	31	II				7 años
5	70	M	3	3	3	2	3	2	1	2	1	3	3	3	2	3	1	0	1	2	2	40			I	2	10 años
6	58	F	2	1	1	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	19	III	1			3 años
7	72	M	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	1	1	1	2	38	III	1			8 años
8	60	F	3	2	2	1	3	2	1	2	1	3	2	1	2	3	2	1	1	2	3	37			IV		5 años
9	52	F	2	2	2	1	2	2	1	2	1	3	2	3	1	2	0	0	0	1	2	29	II	2			4 años
10	38	F	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	30	IV				5 años
11	62	M	4	2	3	3	4	3	2	2	1	3	3	3	2	2	1	1	2	1	3	45	I	2			3 años
12	55	M	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	0	1	1	0	0	0	1	1	18			III	2	4 años
13	63	F	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	7	III		III	1	2 años
14	64	M	3	2	3	2	3	2	2	1	0	3	1	3	1	3	1	1	1	2	3	37	II	2	II	1	5 años
15	60	F	1	2	2	1	3	2	0	1	0	3	0	2	1	2	1	0	0	1	1	23	II	1			3 años
16	51	F	1	2	1	1	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1	0	0	1	2	26			III	1	6 años
17	52	M	3	2	2	2	3	2	1	2	0	3	2	3	2	3	2	1	1	2	3	39			I	1	1 año y medio
18	30	F	2	1	2	2	2	2	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	20			II		2 años
19	61	M	1	2	2	2	2	2	1	2	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	20			III	1	1 año
20	44	F	2	1	1	1	2	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	14	II	2			3 años
21	58	F	3	3	2	3	4	3	2	2	1	3	2	3	1	2	1	0	1	1	2	39	II	2	I		9 años
22	70	M	3	3	3	3	4	3	2	1	0	3	2	3	1	3	1	1	0	1	2	36	II		I	1	12 años
23	53	F	2	1	1	1	2	1	0	1	0	2	1	2	1	2	1	0	0	0	1	19	III	2			2 años

24	73	F	2	1	2	1	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2	1	1	0	0	2	28	II	1	II		10 años
25	29	F	1	1	1	2	2	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	0	0	0	1	16	III	2			4 años
26	69	F	3	3	0	3	3	2	2	2	1	3	1	3	1	2	1	0	0	0	2	32	II		I	2	2 años
27	38	F	1	0	1	1	2	1	2	1	0	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	22	III	1			8 años
28	53	M	2	2	2	3	3	2	1	3	1	3	2	4	1	2	2	1	1	2	3	40	II	1	I		9 años
29	72	F	2	2	2	2	2	2	1	0	0	2	1	2	1	0	0	0	0	0	1	22	III		III		14 años
30	45	F	3	4	4	3	4	3	4	2	2	4	3	3	2	2	1	1	1	2	3	53			I		1 año
31	62	F	1	0	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	17	III				12 años
32	39	F	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1	2	37			II	1	2 años
33	57	F	3	2	2	1	3	2	3	2	1	3	2	2	1	2	1	1	1	2	2	36	I		I		4 años
34	27	M	1	0	1	1	2	1	0	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	14	III	1			10 meses
35	51	F	3	2	2	3	3	3	2	2	1	3	2	3	2	2	2	0	0	1	2	38	I		II		3 años
36	59	M	3	2	1	2	2	1	1	1	0	2	1	0	1	2	1	0	1	1	2	24	II	3			6 años
37	41	M	1	1	1	2	2	1	1	1	0	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	23	II				2 años
38	43	F	2	1	2	3	3	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1	0	0	1	2	32			I		1 año
39	42	M	0	2	1	2	3	2	0	2	0	3	2	3	0	2	1	0	0	1	2	26			II		9 años
40	68	F	3	2	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	0	1	0	1	1	29	II	1	II		8 años
41	72	M	1	2	2	3	3	2	2	1	0	3	2	3	0	2	1	0	0	1	2	30	I	3	II		14 años
42	48	F	3	2	2	2	3	3	1	2	1	3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	37	II	3	II		5 años
43	66	M	3	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	3	2	2	1	1	0	2	2	39	II	3	I	1	7 años



ANEXO N° 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO

Yo _____ declaro sin presión de ninguna naturaleza y de plena convicción autorizar a la bachiller Magnolia Emperatriz Atarama Gutiérrez , para que me tome en cuenta como unidad de estudio en la investigación titulada **“FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y NIVEL DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA 2016”**

La cual le servirá para obtener el título profesional de Cirujano – Dentista. Declaro así mismo haber sido informado de los derechos y obligaciones que me corresponden como unidad de estudio en la presente investigación, en lo que concierne al respeto del principio de beneficencia, anonimato y confidencialidad de la información brindada es libre de determinación y derecho a un trato justo y digno antes durante y después a la investigación.

Como acuerdo de lo expresado firman las partes.

Investigado (a)

Investigadora

Arequipa:

ANEXO N° 4
AUTORIZACIÓN

SOLICITO: Autorización para realizar proyecto de tesis.

DOCTOR MARIO FLORES GONZALES - DIRECTOR DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

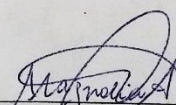
Magnolia Emperatriz Atarama Gutiérrez, Bachiller de la Facultad de Odontología, con Código de Matrícula 2009600362, a usted con el debido respeto expongo:

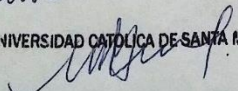
Que, para la realización de mi tesis, recorro a usted a fin de **SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA** y recabar los datos necesarios de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica para realizar la tesis titulada: "FRECUENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y NIVEL DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.C.S.M. AREQUIPA 2016".

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted acceder a lo solicitado, agradeciendo la atención prestada a la presente.

Arequipa, 14 de setiembre de 2016


Magnolia Emperatriz Atarama Gutiérrez
Código de Matrícula 2009600362

Recibido 14/16
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CD. Mario Flores Gonzales
DIRECTOR CLÍNICA ODONTOLÓGICA

ANEXO N° 5
SECUENCIA FOTOGRAFICA



Imagen 1: Paciente femenino de 43 años de edad con prótesis parcial removible, clase I de Kennedy en maxilar inferior. Tiempo de uso de su prótesis 1 año.



Imagen 2: Paciente femenino de 29 años de edad con prótesis parcial removible, clase III de Kennedy modificación 1 en maxilar superior. Tiempo de uso de su prótesis 10 meses.



Imagen 3: Paciente femenino de 58 años de edad con prótesis parcial removible clase III de Kennedy modificación 1 en maxilar superior. Tiempo de uso de su prótesis 7 años.



Imagen 4: Paciente femenino de 39 años de edad con prótesis parcial removible clase IV de Kennedy en maxilar inferior. Tiempo de uso de su prótesis 5 años.



Imagen 5: Paciente femenino de 60 años de edad con prótesis parcial removible clase II de Kennedy modificación 1 en maxilar superior. Tiempo de uso de su prótesis 3 años.

