



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ADULTOS ANTES
Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON PRÓTESIS DENTAL FIJA**

Andrés Camilo Correa Bolaño

Universidad del Magdalena

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Odontología

Santa Marta, Colombia

2022



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ADULTOS ANTES
Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON PRÓTESIS DENTAL FIJA**

Andrés Camilo Correa Bolaño

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de:

Odontólogo

Director (a):

Harold Berdugo De la Cruz

Codirector (a):

Renata De La Hoz Perafan

Línea de Investigación:

Calidad de Vida

Grupo de Investigación:

**Unidad de investigación en medicina estomatológica preventiva y social
(UIMEPS)**

Universidad del Magdalena

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Odontología

Santa Marta, Colombia

2022

Nota de aceptación:

Aprobado por el Consejo de Programa de Odontología en cumplimiento de los requisitos exigidos por el Acuerdo Superior N° 11 de 2017 y Acuerdo Académico N° 41 de 2017 para optar al título de odontólogo.

Jurado

Jurado

Contenido

	Pág.
1. Resumen.....	8
2. Introducción	11
3.Planteamiento del problema	12
4. Justificación	15
5. Objetivos	16
5.1 Objetivo general	16
5.2 Objetivos específicos.....	16
5.3 Hipótesis	17
6. Fundamentación teórica.....	17
6.1 Calidad de vida	17
6.2 Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB)	18
6.3 Prótesis dental fija.....	19
6.4 Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos	20
□ Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI): Es específico para la evaluación de la calidad de vida en adultos mayores. Analiza efectos positivos y negativos de afecciones relacionadas con la salud bucal en el periodo de los últimos 3 meses (25,26).	20
6.5 Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)	20
7. Fundamentación metodológica	22
7.6 Criterios de selección:	23
7.6.1 Criterios de inclusión:.....	23
7.6.2 Criterios de exclusión:.....	23
7.7 Instrumentos de recolección de datos.....	23
7.7.1 Historia clínica:	23
7.7.2 Recolección de datos sociodemográficos:.....	23
7.7.3 Recolección de datos de CVRSB:.....	24
7.8 Variables	24
7.9 Análisis de datos	30
8. Resultados.....	31
Tabla 2. Características de los participantes.	32
Tabla 3. Puntajes totales de CVRSB antes y después del tratamiento según el número de dientes, tipo, zona y material de la prótesis.	36
Tabla 4. Puntajes de CVRSB por dimensiones del OHIP-14 antes y después del tratamiento.	38
Tabla 5. Puntajes de CVRSB por ítems del OHIP-14 antes y después del tratamiento.	39

Tabla 6. Distribución porcentual de la CVRSB por ítems antes y después del tratamiento.	41
Tabla 7. Puntajes por dimensión del OHIP-14 según el sector de tratamiento.....	43
Tabla 8. Puntajes por ítems del OHIP-14 según el sector de tratamiento.	44
9. Discusión	45
10. Conclusiones	50
11. Anexos	51
11.1 Consideraciones ético-legales	51
11.2 Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos	59
.....	59
11.3 Cuestionario OHIP-14	59
.....	59
12. Bibliografía	60

Lista de tablas	Pág.
Tabla 1: Tabla de variables.....	25
Tabla 2. Características de los participantes.....	33
Tabla 3. Puntajes totales de CVRSB antes y después del tratamiento según el número de dientes, tipo, zona y material de la prótesis.....	37
Tabla 4. Puntajes de CVRSB por dimensiones del OHIP-14 antes y después del tratamiento.....	40
Tabla 5. Puntajes de CVRSB por ítems del OHIP-14 antes y después del tratamiento.....	41
Tabla 6. Distribución porcentual de la CVRSB por ítems antes y después del tratamiento.....	43
Tabla 7. Puntajes por dimensión del OHIP-14 según el sector de tratamiento.....	45
Tabla 8. Puntajes por ítem del OHIP-14 según el sector de tratamiento.....	46

LISTA DE SÍMBOLOS

Símbolo	Significado
CV	Calidad de vida
CVRSB	Calidad de vida relacionada con la salud bucal
PDF	Prótesis dental fija
OHIP	<i>Oral health impact profile</i>
±	Desviación estándar

1. Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal antes y después del tratamiento con prótesis dental fija en los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena.

Métodos: Se realizó un estudio tipo panel que reclutó una muestra consecutiva de 42 pacientes con indicación de rehabilitación protésica fija. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal (CVRSB) se midió con la escala OHIP-14 antes del tratamiento y después de cuatro semanas de instaurada la prótesis. Los puntajes se calcularon según los tipos de prótesis fija (corona individual y prótesis fija de más de 2 unidades), tipo de material (libre de metal y metal-cerámica) y por zona de tratamiento (estético y masticatorio).

Resultados: La edad media de todos los participantes fue de $46 \pm 10,1$. La mayoría de los participantes fueron mujeres (71,4%). Los pacientes con niveles educativos más altos requirieron corona individual, las personas dedicadas a quehaceres domésticos requirieron prótesis con más de un diente a reemplazar. Los pacientes de bajos estratos socioeconómicos tuvieron mayor necesidad de prótesis, igual que los afiliados al régimen de salud subsidiado. Se encontró una mejora general significativa de la CVRSB para todos los pacientes ($p < 0,001$) al comparar las puntuaciones globales antes ($19,48 \pm 10,26$) y después del tratamiento ($8,95 \pm 6,05$). Los pacientes con corona y prótesis fijas de 2 o más unidades tuvieron puntajes similares antes del tratamiento, pero después de este, la mayor disminución del puntaje del OHIP-14 estuvo en el grupo con

prótesis fijas de 2 o más unidades. El puntaje de impacto de la CVRSB mejoró más en los pacientes con prótesis libres de metal.

Conclusiones: Las prótesis dentales fijas independientemente de su tipo, material o zona de tratamiento se asociaron con una reducción del puntaje del OHIP-14 en todas las dimensiones de la CVRSB. Igualmente, después del tratamiento con prótesis fija dental se redujo la frecuencia de problemas notificados antes del tratamiento.

Palabras clave: Calidad de vida, salud bucal, prótesis dental fija, OHIP-14

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life related to oral health before and after treatment with fixed dental prostheses in patients at the Dental Clinic of the Universidad del Magdalena.

Methods: A panel study was carried out that recruited a consecutive sample of 42 patients with an indication for fixed prosthetic rehabilitation. Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) was measured with the OHIP-14 before treatment and after four weeks after implantation of the prosthesis. Scores were calculated according to the type of fixed prosthesis (single crown and fixed prosthesis of more than 2 units), type of material (metal-free and metal-ceramic), and by treatment area (aesthetic and masticatory).

Results: The mean age of all participants was 46 ± 10.1 . Most of the participants were women (71.4%). Patients with higher educational levels required individual crowns, people engaged in housework required prosthetics with more than one tooth to be replaced. Patients from low socioeconomic strata had a greater need for prosthesis, as did those affiliated with the subsidized health regime. A significant overall improvement

in OHRQoL was found for all patients ($p < 0.001$) when comparing global scores before (19.48 ± 10.26) and after treatment (8.95 ± 6.05). Patients with crowns and fixed prostheses of 2 or more units had similar scores before treatment, but after treatment, the greatest decrease in the OHIP-14 score was in the group with fixed prostheses of 2 or more units. The OHRQoL impact score improved more in patients with metal-free prostheses.

Conclusions: Fixed dental prostheses, regardless of their type, material or treatment area, were associated with a reduction in the OHIP-14 score in all dimensions of the OHRQoL. Also, after treatment with a fixed dental prosthesis, the frequency of problems reported before treatment was reduced.

Keywords: Quality of life, oral health, fixed dental prosthesis, OHIP-14

2. Introducción

Los tratamientos con Prótesis Dental Fija (PDF) son frecuentemente utilizados en la rehabilitación del edentulismo parcial por causa de afecciones dentales o periodontales. Estas pérdidas de piezas dentarias tienen desenlaces negativos en la salud bucal, presentándose alteraciones funcionales, inseguridad al sonreír y en la comunicación, relacionándose directamente con la calidad de vida. Debido a esto, es importante conocer los efectos que generan los tratamientos protodónticos en la vida de las personas que los reciben, además, tener en cuenta las expectativas del paciente para planificar el tratamiento adecuado y poseer un pronóstico que se adecue a las necesidades del paciente.

Cuando se pierden uno o varios dientes se generan cambios negativos sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal (CVRSB), debido que los pacientes padecen alteraciones funcionales y compromisos estéticos que terminan afectando su CVRSB, que es concebida como multidimensional y subjetiva, abarcando aspectos funcionales, estéticos, psicológicos y sociales, que también repercuten negativamente en el bienestar general de los pacientes.

3.Planteamiento del problema

La pérdida de órganos dentarios constituye una de las principales afecciones bucales en la población adulta, existiendo una relación directa que propone de que a mayor edad disminuye el número de dientes en boca. En 2014 el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), reportó que la población en el rango de edad de 20 a 34 años ha perdido al menos 4 órganos dentarios y poseen 13,20 pares oclusales en promedio, llegando a 10 en el rango de edad de 45 a 64 años y en los de mayor edad conservan hasta 2,22 pares oclusales. Al observar a detalle los datos presentados en el ENSAB IV se encontró que el edentulismo es más frecuente en las mujeres que hombres con porcentajes de 73,03% y 67,65% respectivamente. En cuanto a los regímenes de afiliación en salud se observó que los más afectados son las personas que pertenecen al régimen subsidiado. (1)

Debido a los altos porcentajes de edentulismo parcial a causa principalmente de la caries y la enfermedad periodontal, la población adulta presenta altas necesidades de prótesis dental o recambios en las que poseen, se observó que entre el 21,21% y el 35,96% de las personas mayores de 18 años tenían algún tipo de tratamiento prostodontico y entre un 7,21% a 18,72% necesitan cambiarlo según el equipo odontológico evaluador (1). En cuanto al sexo la proporción de mujeres que poseen prótesis desadaptadas supera en 30% a la de los hombres. Al analizar la proporción por régimen, los sujetos pertenecientes al subsidiado superan en un 34% al régimen contributivo (1).

El con prótesis dental fija dentosoportada es una de las principales opciones de prostodoncia, porque puede cubrir las necesidades esperadas por los sujetos para

subsanan sus funciones bucales que se encuentran alteradas, siempre buscando cumplir con sus expectativas y las del profesional.

Aarabi et al (2), evidenció que los pacientes que recibieron rehabilitación con prótesis dental fija encontraron una reducción en los impactos de la CVRSB por al menos dos años, lo que evidencia que el uso de tratamiento prostodontico en especial PDF mejoran la salud bucal de las personas (2).

Locker D – Slade G (3), evidenciaron que la pérdida de dientes se ha asociado a una peor CVRSB debido a puntajes de OHIP más altos independientemente de la edad de los individuos, principalmente aquellos que tenían menos de 25 dientes en la población de Reino Unido y 20 dientes en los sujetos de Hungría (3), lo que demuestra la importancia de tener buena CVRSB a lo largo de las diferentes etapas de la vida, y así gozar de un adecuado bienestar.

Hasta la fecha, solo unos pocos estudios han investigado la influencia de la ubicación de la prótesis en la CVRSB. Montero et al, concluyó que la mayoría de los pacientes que acudieron a servicios de odontología percibieron mejoras en la capacidad de masticación, estética y satisfacción con el estado de su boca, después de recibir prostodoncia convencional, observando un mayor cambio positivo en los pacientes que fueron rehabilitados en la región anterior en comparación del sector posterior (4). Por otro lado, Sukumar et al (5), reportó que los pacientes con PDF presentaron puntajes en el OHIP más bajos inicialmente, por lo que no se esperan cambios drásticos en los puntajes después de rehabilitarse, lo cual puede entenderse, porque estos pacientes no estaban significativamente afectados (5).

El tratamiento rehabilitador es capaz de generar cambios en el estado psicológico de los pacientes. Estudios previos demuestran que después de recibir la prótesis dental los pacientes manifiestan cambios en su perfil psicológico presentando menor puntuación en los dominios de esta dimensión, debido a la menora de la satisfacción en su salud bucal, lo cual impacta positivamente en la CVRSB (6).

Özhayat y k. Gotfredsen (7), reportaron que los dominios que más afectación tenían los pacientes fueron el psicológico y físico, concluyó que cualquier tipo de tratamiento prostodontico causa mejoras sobre la CVRSB, siendo la PDF una de las que mayor impacto tiene, principalmente en población joven debido a que requieren menor tiempo para adaptarse a la prótesis (7).

Actualmente son cada vez más utilizadas las escalas psicométricas de CVRSB como complemento a los resultados clínicos, debido a que éstas, permiten conocer mejor los efectos del tratamiento en el tiempo y la relación con el diario vivir de los pacientes identificando de manera más precisas que existan cambios clínicos y estadísticos significativos (8). Por tanto, es necesario investigar los efectos que producen la PDF y la CVRSB en los sujetos que las reciben, además, no se tienen referencias similares en Colombia y la costa caribe, por lo que resulta importante conocer los efectos generados por estos tratamientos prostodónticos en las personas y su CVRSB. Por tanto, nuestra pregunta de investigación es ¿Cuál es el efecto del uso de la prótesis fija dental sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos?.

4. Justificación

El edentulismo parcial o total es una afección de alta prevalencia en el caribe colombiano, y, por tanto, existe alta necesidad de tratamientos protésicos en esta región del país. Según el ENSAB IV en la región caribe colombiana, la población mayor cuenta con un promedio de pares oclusales de 10,34, motivo por el cual, es importante estudiar los efectos que presenta esta población para fortalecer el conocimiento sobre las alteraciones funcionales y psicosociales que causan edentulismo parcial, y el efecto que podría generar el tratamiento prostodontico sobre la CVRSB (1).

Las afecciones causadas por la pérdida de órganos dentarios ocasionan cambios funcionales, estéticos y psicosociales, que se agravan ante la falta de tratamientos protésicos. Este estudio permitió conocer los efectos sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal en adultos que reciben tratamiento prostodónticos, mediante indicadores que evalúan la percepción de salud y calidad de vida relacionada con salud bucal; considerada subjetiva e individual en cada paciente, dada la influencia del entorno social, cultural y ambiental en el que se desenvuelve (9). Esto fue posible gracias a que se empleó como método de evaluación, una escala psicométrica válida y ampliamente utilizada a nivel mundial, para recabar información de forma medible y confiable del constructo de CVRSB. Así, se utilizó OHIP-14 la cual evalúa la CVRSB en siete dimensiones que miden la frecuencia de los impactos negativos que se presenten en la vida de los pacientes, conociendo con mayor exactitud las áreas de la vida que más se ven afectadas por la salud bucal (9, 10).

La relevancia social de este estudio se le adjudica, a que ayuda a conocer el efecto que tienen los tratamientos protésicos brindados por los estudiantes de odontología de la Universidad del Magdalena, en la vida de las personas que lo reciben permitiendo identificar los cambios en la salud bucal. Este estudio contribuirá a la promoción de la salud en adultos, debido que, evaluó, la calidad de vida relacionada con la salud bucal, contribuyendo así con los objetivos de desarrollo sostenible del milenio desde la salud y bienestar. Además, contribuir al conocimiento del público general y profesionales de odontología, acerca de los beneficios del tratamiento con prótesis dental fija como opción para el edentulismo parcial. La finalidad de este estudio es evaluar el efecto del tratamiento con prótesis dental fija sobre la CVRSB en el entorno odontológico universitario en una institución de la región caribe colombiana (11).

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Evaluar el cambio en los puntajes de calidad de vida relacionada con la salud bucal antes y después del tratamiento con prótesis dental fija en los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena

5.2 Objetivos específicos

5.2.1 Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

5.2.2 Analizar los puntajes de CVRSB antes y después del tratamiento según el número de dientes, tipo, zona y material de la prótesis.

5.2.3 Analizar Puntajes de CVRSB antes y después del tratamiento con prótesis dental fija por ítems y dimensiones del OHIP-14.

5.3 Hipótesis

- Hi: El uso de prótesis fija dental mejora la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los pacientes.
- H0: El uso de prótesis fija dental no mejora la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los pacientes.

6. Fundamentación teórica

6.1 Calidad de vida

El uso del término Calidad de Vida (CV) puede remontarse en los Estados Unidos posterior a la segunda guerra mundial. La razón de su implementación fue conocer, si las personas percibían que tenían una buena vida o si se sentían seguras financieramente. A partir de la década de los 60, los investigadores en CV empezaron a recolectar más información acerca de indicadores relacionados, pero con fines meramente económicos (12). Actualmente la calidad de vida es un tema de investigación para muchas disciplinas como: medicina, psicología, economía, sociología y ciencias ambientales. Presentando diversas definiciones y se sigue en discusión (13).

La OMS (1994) define “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (14).

Calidad de vida es un concepto que comprende más dominios que los físicos y psicológico, y trasciende a la salud dado que engloba los valores, relaciones y propósitos del individuo (15). CV es importante en la medicina debido que, es un predictor en la toma de decisiones para la elección de un tratamiento, y, por lo tanto, del pronóstico (16). Calidad de Vida también se ha definido, como la respuesta de los individuos a las enfermedades y emociones (17). Otros autores, la definen como una relación de las capacidades intelectuales y afectivas del ser, además, CV también se puede categorizar en dimensiones subjetivas y objetivas (17). La dimensión subjetiva abarca los distintos roles en los que se desempeña el individuo: roles sociales, laborales, familiares y comunitarios, para algunos investigadores incluye la satisfacción personal, estado espiritual, bienestar moral y social. La dimensión objetiva abarca los logros materiales que puede conseguir una persona: ingresos, posesiones y éxito profesional, entre otros (17).

6.2 Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB)

Para tratar la calidad de vida relacionada con la salud bucal es necesario definir salud bucal. Es definida como: “La salud bucal es multifuncional ya que incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad y malestar del complejo craneofacial”. La salud bucal es un componente fundamental de la salud general y del bienestar físico y mental (18). Existe a lo largo de un constructo influenciado por los valores y actitudes de las personas y las comunidades, dicha influencia se da por las experiencias cambiantes, las percepciones, las expectativas y la capacidad de la persona para adaptarse a las circunstancias (18). A pesar de que los

problemas bucales en su mayoría no presentan riesgo de muerte a corto plazo, si causan problemas funcionales, estéticos y psicológicos que impactan de manera negativa la calidad de vida y el bienestar de los individuos (19,20). La esperanza de vida ha aumentado en Colombia y a nivel mundial, esto se da como resultado de avances tecnológicos en materia de salud y disminución de factores de riesgo para muchas enfermedades, que permiten que la población llegue a la tercera edad en mejores condiciones de salud. Sin embargo, esto puede verse afectado si los adultos mayores no poseen una calidad de vida, con las condiciones mínimas para llevar una vida plena (21).

6.3 Prótesis dental fija

Es una prótesis fija que va cementada, atornillada o retenida mecánicamente o de manera similar a dientes naturales, raíces dentales o a implantes para soportar la estructura de una prótesis dental (22). También se puede definir como una restauración indirecta con recubrimiento parcial o completo, que puede cubrir una o más estructuras realizadas sobre órganos o implantes dentales que provee protección, estabilidad, función y estética (23). Puede incluir el reemplazo de uno a dieciséis dientes en cada arco dental. Dependiendo del material puede ser: metal-cerámica, cerámica o libre de cerámica (22). Corona completa es una restauración indirecta extra coronaria de cubrimiento total, es decir, que cubre la totalidad del remanente de la corona clínica del diente pilar, sobre el cual es cementada (23,24).

Características que debe poseer la prótesis dental: Debe ser funcional para permitir una correcta fonación y masticación, además, necesita ser estética para lograr imitar a los demás dientes en tamaño, forma y matiz. De igual forma debe tener una retención suficiente como para no desajustarse durante la masticación y fonación.

6.4 Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos

El estado y la percepción de la salud bucal ha tomado mayor importancia en los últimos años, han diseñado instrumentos que permiten evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal, desde un panorama general hasta de forma específica de una enfermedad o trastorno (25). Entre los más utilizados están los siguientes:

- ***Oral health and quality of life (OHQoL-UK)***: Mide los aspectos positivos y negativos del efecto de la salud bucal sobre la CVRSB.
- ***Oral impacts on daily performance (OIDP)***: Mide únicamente aspectos negativos sobre las actividades diarias en un periodo de 6 meses.
- ***Specific Condition Oral Impacts on Daily Performance (CS-OIDP)***: Es una variación del comentado anteriormente, pero se diferencia porque evalúa una causa específica relacionada con el efecto que produce en la CVRSB.
- ***Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)***: Es específico para la evaluación de la calidad de vida en adultos mayores. Analiza efectos positivos y negativos de afecciones relacionadas con la salud bucal en el periodo de los últimos 3 meses (25,26).

6.5 Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)

Dentro de los instrumentos empleados para la evaluación y percepción de la salud oral, OHIP es uno de los más importantes y reconocidos a nivel mundial. Por tanto, es el más estudiado, debido a que se centra en la individualidad perceptiva de los niveles de salud oral, de los pacientes en búsqueda de los determinantes que impactan su calidad de vida. Este instrumento de medición lleva un enfoque orientado en el estudio de los

impactos percibidos, en cuanto a la frecuencia de los mismo en la vida cotidiana del paciente. (27,28).

Existe un modelo desarrollado por la OMS, considerado la versión más completa del OHIP-49. Este posee 49 ítems posteriormente modificados por Locker y finalmente reducido a 14, dando origen a OHIP-14 que es el empleado actualmente. Esta última modificación simplificada demostró gran validez, al contener seguimiento coherente ajustable, lineal y clara en su marco teórico de los componentes principales (29).

El OHIP-14 fue desarrollado por Slade 1997 testeando su capacidad para medir los resultados funcionales, sociales y psicológicos de condiciones bucales basadas en 14 preguntas con respuestas en una escala tipo Likert de frecuencia de impacto, durante un cierto período de tiempo, donde: “con mucha frecuencia se codifica = 4, con bastante frecuencia = 3, ocasionalmente = 2, Casi nunca = 1 o nunca = 0”. Dichas preguntas constituyen siete dimensiones: limitación funcional, malestar físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social, minusvalía (2,29,30).

Se calculan las puntuaciones finales del OHIP-14 sumando los códigos de las 14 respuestas. Por tanto, el puntaje de la escala puede oscilar entre 0 y 56, donde los valores más altos indican mayor impacto de las enfermedades bucales en la CVRSB. En la medición de la CVRSB, el OHIP es un indicador subjetivo adecuado que proporciona información sobre los impactos de las afecciones bucales en la vida de un individuo y la necesidad percibida de tratamiento (7,31).

7. Fundamentación metodológica

7.1 Enfoque metodológico: El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo dado que se cumplen características tales como: siguió una serie de pasos secuenciales para desarrollar la recolección y análisis de datos. Asimismo, se analizó la información recolectada de las variables medidas con el fin de responder a los objetivos planteados y probar la hipótesis definida previamente (32).

7.2 Tipo de estudio: Longitudinal de panel con dos momentos de medición en pacientes con indicación de tratamiento con prótesis dental fija.

7.3 Población de estudio: Adultos, candidatos para recibir tratamiento de prótesis dental fija en la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena.

7.4 Muestreo: El método seleccionado para determinar el tamaño de la muestra en esta investigación fue probabilístico simple: contraste de hipótesis para comparación de dos medias.

7.5 Muestra: El tamaño muestral se calculó en base a Aarabi G, et al. (2). Donde describieron la CVRSB después de tratamientos prostodónticos durante un período de dos años en pacientes tratados con dentadura postiza fija, removible parcial y completa. Para el cálculo del presente estudio se tomó como referente la puntuación de la CVRSB obtenida en el periodo de 4-6 semanas. Fue aceptado un riesgo de 0,05 y un poder estadístico de 90%, una diferencia de 18,2 en la media de puntuación de la CVRSB, una desviación estándar de 28,5. Según este cálculo, se requirió un número mínimo de 40 participantes.

- n= adultos con indicaciones de prótesis fija.
- $Z\alpha = 5\% = 1,645$
- $Z\beta = 90\% = 1,282$
- $S^2 = (28,5)^2 = 812,2$
- $d^2 = (18,2)^2 = 349,6$
- n= 40

$$n = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 * S^2}{d^2}$$

$$n = \frac{2(1,64 + 1,28)^2 * (28,5)^2}{(18,2)^2}$$

$$n = \frac{2(8,5) * (812,2)}{349,8}$$

$$n = \frac{13807,4}{349,6}$$

7.6 Criterios de selección:

7.6.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad (≥ 18 años)
- Paciente que acceden voluntariamente a participar en el estudio
- Pacientes con indicaciones de prótesis dental fija.

7.6.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con algún tipo de limitación cognitiva/mental que le impida resolver los cuestionarios.

7.7 Instrumentos de recolección de datos

7.7.1 Historia clínica:

Historias clínicas fueron revisadas por el investigador principal, siguiendo las directrices del Programa de Odontología de la Universidad del Magdalena. Supervisadas y aprobadas por un docente clínico especialista del área de rehabilitación oral.

7.7.2 Recolección de datos sociodemográficos:

La recolección de datos sociodemográficos se realizó por medio de cuestionarios de manera presencial en el momento de la atención odontológica del paciente, además, se firmó el consentimiento informado (anexos).

7.7.3 Recolección de datos de CVRSB:

La obtención de datos se hizo por medio del cuestionario OHIP-14 (anexos) antes del tratamiento y 4 semanas después, el cual se aplicó a los pacientes por vía telefónica, se hizo una explicación detallada de cómo deben responder las preguntas y se les informó que no hay preguntas buenas o malas y por lo tanto no estarán influenciados por el personal de investigación a dar una respuesta en particular.

7.8 Variables

Tabla 1

No.	Nombre Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías
1	Edad	Edad del paciente	Cuantitativa Discreta	Razón	Años	
2	Sexo	Sexo del paciente	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Femenino Masculino
3	Estado civil	Estado marital	Cualitativa Politómica	Nominal		Soltero, Casado, Viudo, Separado, Unión libre, Divorciado.

4	Número de hijos	Número de hijos del paciente	Cuantitativa	Razón	Personas	
5	Número de personas que viven en su hogar incluyendo el encuestado	Personas con quien reside	Cuantitativa	Razón	Personas	
6	Área de residencia	Lugar de residencia	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Cabecera municipal, Rural
7	Nivel de escolaridad terminado	Máximo grado de estudio alcanzado	Cualitativa Politómica	Ordinal		Sin educación, Primaria, Secundaria, Técnico o Tecnólogo, Universitario, Postgrado
8	Etnia	Grupo étnico al que	Cualitativa Politómica	Nominal		Indígena, Afrocolombiano

		pertenece el individuo				Palenquero o Gitano, Mestizo, Caucásico, Otro.
9	Ocupación actual	Estado laboral	Cualitativa Politómica	Nominal		Desempleado, Empleado, Quehaceres domésticos, Independiente, Estudiante
10	Estrato domiciliario	Estrato social	Cualitativa Politómica	Ordinal		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6
11	Sufre una enfermedad sistémica	Enfermedad sistémica padecida por el paciente	Cualitativa Politómica	Nominal		Cáncer, Hipertensión, Enfermedad renal, Otro, No refiere
12	¿Está su enfermedad controlada?	Estado de la enfermedad sistémica	Cualitativa Politómica	Nominal		Sí, No, No aplica

13	¿A que régimen de salud pertenece?	Régimen de afiliación al sistema de seguridad social del estado	Cualitativa Politómica	Nominal		Régimen contributivo, Régimen subsidiado, Régimen especial
14	¿Ha utilizado prótesis?	Antecedente de uso de prótesis dental	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Sí No
15	¿Qué tipo de prótesis?	Tipo de prótesis dental que utilizó	Cualitativa Politómica	Nominal		Prótesis fija, Prótesis parcial removible, No aplica
16	¿Cuándo fue su última visita al odontólogo?	Frecuencia de asistencia al odontólogo	Cualitativa Politómica	Ordinal		1 semana, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 1 año, más de 1 año, nunca ha asistido
17	¿Considera usted que	Percepción del paciente sobre	Cualitativa	Nominal		Sí

	necesita prótesis dental?	necesidad del uso de prótesis dental	Dicotómica			No
18	¿Considera usted que su salud bucal es?	Percepción del paciente sobre su salud bucal	Cualitativa Politómica	Nominal		Muy mala, Mala, Regular, Buena, Muy buena
19	¿Se ha preocupado tanto por sus dientes que ha pensado que tiene que asistir al odontólogo?	Percepción del paciente sobre la necesidad de asistencia al odontólogo	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Sí No
20	¿Se ha sentido tan mal con su condición oral que ha llegado a llorar?	Percepción de malestar del paciente sobre su condición bucal	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Sí No

21	¿Se ha sentido alguna vez acomplejado por sus dientes?	Percepción de paciente sobre su seguridad sobre su dentadura	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Sí No
22	¿Cómo considera la apariencia de sus dientes?	Percepción del paciente sobre la estética de los dientes	Cualitativa Politómica	Nominal		Muy mala, Mala, Regular, Buena, Muy buena
23	¿Considera que su apariencia personal le facilita alcanzar sus metas?		Cualitativa Dicotómica	Nominal		Sí No
24	Número de dientes naturales en boca	Número de dientes naturales que posee el paciente	Cuantitativa	Razón	Diente	

25	¿Ubicación de los dientes reemplazados ?	Sector donde se recibirá la prótesis dental fija	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Sector estético, Sector masticatorio
26	Tipo de material protésico	Material de la prótesis dental fija	Cualitativa Politómica	Nominal		Metal, Metal-cerámica, libre de metal
27	Tipo de tratamiento protésico	Tipo de prótesis dental fija	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Corona individual, Prótesis fija de tres o más unidades

7.9 Análisis de datos

El tipo y frecuencia de impacto sobre la CVRSB se analizó de la siguiente manera: Bajo impacto recuento de las respuestas “Nunca y casi nunca” y alto impacto recuento de las respuestas “A veces, frecuentemente y siempre”. También se analizaron los puntajes promedio del OHIP-14, por ítems y por dimensiones, antes y después del tratamiento.

Para la descripción de las características de la muestra se calcularon medias y desviación estándar para las variables numéricas (Mediana y rango intercuartilco para edad). Además, se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Se usó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de los datos de CVRSB, la cual mostró que estas tenían una distribución normal. Lo que en consecuencia determinó el uso de pruebas paramétricas durante el análisis inferencial.

Para probar las diferencias en las puntuaciones de la CVRSB antes y después del tratamiento en todos los participantes y de acuerdo al tipo, zona y material del tratamiento, se usó la prueba t de student para muestras relacionadas. Las diferencias entre los puntajes de CVRSB por dimensiones e ítems del OHIP-14 también se probaron mediante la prueba de t para muestras relacionadas. Todas las pruebas se consideraron como significativas si arrojaron valores de $p < 0,05$.

Los datos fueron almacenados en Microsoft Excel 2015 y analizados en SPSS V25.

8. Resultados

La mediana de edad de todos los participantes fue de $46 \pm 10,1$ mientras que para el grupo de corona individual fue $47,5 \pm 10,2$ y de $45,6 \pm 10,2$ para el grupo de prótesis parcial fija. La mayoría de los participantes eran mujeres (71,4%) (tabla 2). Se observó que los pacientes con niveles educativos más altos requirieron corona individual, lo que sugiere que estos tuvieron menor pérdida de dientes y en consecuencia necesitaron tratamientos protésicos de menor extensión.

En cuanto a la actividad laboral se encontró que las personas con empleo representan al grupo con menos tratamientos protésicos y aquellos que realizan quehaceres domésticos o son trabajadores independientes requirieron prótesis con más de un diente

a reemplazar. Los sujetos pertenecientes a estratos socioeconómicos menores representaron los grupos con mayor necesidad de prótesis dental, al igual que aquellos que están afiliados al régimen de salud subsidiado (tabla 2).

Tabla 2. Características de los participantes.

Variable	Tipo de tratamiento					
	Corona (n=13)		Prótesis fija >2 unidades (n=29)		Total (n=42)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	47,5	(10,2)	45,6	(10,2)	46	(10,1)
Sexo	n	%	N	%	n	%
Femenino	9	69,2%	21	72,4%	30	71,4%
Masculino	4	30,8%	8	27,6%	12	28,6%
Estado civil						
Casado	5	38%	5	17%	10	24%
Separado	1	8%	4	14%	5	12%
Soltero	4	31%	10	34%	14	33%
Unión libre	3	23%	10	34%	13	31%
Nivel de escolaridad						
Postgrado	0	0%	1	3%	1	2%

Primaria	4	31%	6	21%	10	24%
Secundaria	3	23%	15	52%	18	43%
Técnico o Tecnólogo	5	38%	6	21%	11	26%
Universitario	1	8%	1	3%	2	5%
Ocupación actual						
Desempleado	6	46%	6	21%	12	29%
Empleado	0	0%	4	14%	4	10%
Independiente	6	46%	9	31%	15	36%
Quehaceres domésticos	1	8%	10	34%	11	26%
Estrato socioeconómico						
Estrato 0	1	8%	1	3%	2	5%
Estrato 1	4	31%	13	45%	17	40%
Estrato 2	5	38%	8	28%	13	31%
Estrato 3	3	23%	6	21%	9	21%
Estrato 4	0	0%	1	3%	1	2%
Régimen de salud						
Contributivo	4	31%	11	38%	15	36%

Especial	0	0%	2	7%	2	5%
Subsidiado	9	69%	16	55%	25	60%
Zona de tratamiento						
Sector estético	9	69,2%	15	51,7%	24	57,1%
Sector masticatorio	4	30,8%	14	48,3%	18	42,9%
Material del tratamiento						
Libre de metal	7	53,8%	13	44,8%	20	47,6%
Metal-Cerámica	6	46,2%	16	55,2%	22	52,4%
Dientes naturales restantes						
10-19 dientes	4	30,8%	5	17,2%	9	21,4%
20-25 dientes	4	30,8%	17	58,6%	21	50,0%
26-21 dientes	5	38,5%	7	24,1%	12	28,6%
DE: Desviación estándar						

Quando se comparó la media de las puntuaciones totales del OHIP-14 antes ($19,48 \pm 10,26$) y después del uso de prótesis dental fija ($8,95 \pm 6,05$) se observó una reducción de más de 10 puntos en promedio, lo que significó una mejora significativa en la CVRSB para todos los participantes (t de student: 6,848; $p < 0,001$) (Tabla 3).

En el análisis de la CVRSB de acuerdo con el tipo de tratamiento, los pacientes que recibieron corona individual y prótesis fijas de 2 o más unidades tuvieron puntajes promedio similares antes del tratamiento. Sin embargo, estos últimos tuvieron mayor disminución en el puntaje total del OHIP-14. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes antes y después en ambos grupos ($p < 0,001$), lo que se interpreta como una mejora significativa en la CVRSB independientemente del tipo de tratamiento con prótesis fija (Tabla 3).

En relación con la zona del tratamiento, la magnitud de los puntajes entre los grupos fue similares antes y después. Igualmente se observaron mejoras significativas en la CVRSB antes y después para ambas zonas del tratamiento ($p < 0,001$) (Tabla 3).

Al observar por material de la prótesis, la mayor diferencia entre los puntajes se presentó en el grupo que recibió prótesis fija libre de metal. No obstante, en ambos grupos hubo mejoría en la CVRSB.

En el análisis de los puntajes de CVRSB de acuerdo con el número de dientes naturales se identificó una relación inversa, ya que en los pacientes con menor número de dientes (Grupo 1) arrojaron el puntaje más alto del OHIP-14 ($20,9 \pm 10,8$). En contraste con este hallazgo, los pacientes que tenían mayor número de dientes en boca (Grupo 3) tuvieron un puntaje promedio de $17,8 \pm 9,8$; siendo este el menor entre los grupos (Tabla 3).

Tabla 3. Puntajes totales de CVRSB antes y después del tratamiento según el número de dientes, tipo, zona y material de la prótesis.

Variable	Calidad de Vida Relacionada con Salud Bucal					
	Antes		Después			
	Media	DE	Media	DE	T de student	p valor
Tipo de tratamiento						
Corona individual	19,31	10,14	10,23	6,17	3,824	<0,001*
Prótesis fija de ≥ 2 unidades	19,55	10,5	8,38	6,01	5,674	<0,001*
Zona						
Estética	19,54	10,12	10,17	7,1	5,163	<0,001*
Masticatoria	19,39	7,33	10,74	3,9	4,524	<0,001*
Material						
Libre de metal	19,10	8,93	8,05	5,45	6,343	<0,001*
Metal-cerámica	19,82	11,55	9,77	6,56	4,007	<0,001*

Número de dientes naturales						
Grupo 1: (10-19 dientes)	20,9	10,8	8,1	4,8	3,643	0,007*
Grupo 2: (20-25 dientes)	19,9	10,7	9,1	6,4	4,243	<0,001*
Grupo 3 (26-31 dientes)	17,8	9,8	9,3	6,6	4,968	<0,001*
DE: Desviación estándar; * Valor de p significativo a un nivel del 5%.						

En el análisis por dimensiones se puede evidenciar que la dimensión Malestar Psicológico tuvo el puntaje promedio más alto antes del tratamiento (Tabla 4). Sin embargo, esa carga en la dimensión se le puede atribuir al ítem “ha sido consciente de sí mismo por sus problemas bucales”, dado que este aspecto registró el puntaje más alto antes y después del tratamiento en esa dimensión. Lo que puede interpretarse como un alto nivel de conciencia de su vida en general por parte de los pacientes de acuerdo con su condición bucal previa y posterior al uso de la prótesis (Tabla 5). El segundo puntaje más alto estuvo en la dimensión de Malestar Físico antes del tratamiento. Además, es interesante el cambio positivo de los pacientes después del tratamiento en esta dimensión, ya que fue la dimensión con la mayor diferencia (2,71) entre el puntaje antes y después (Tabla 4).

Tabla 4. Puntajes de CVRSB por dimensiones del OHIP-14 antes y después del tratamiento.

	Puntaje total		Dimensión Limitación funcional		Dimensión Malestar físico		Dimensión Malestar Psicológico		Dimensión Incapacidad Física		Dimensión Incapacidad Psicológica		Dimensión Incapacidad Social		Dimensión Desventaja	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Antes	19,48	10,26	1	1,5	3,98	1,8	5,1	1,85	2,43	2,09	3,17	2,47	1,83	2,13	1,98	2,52
Después	8,95	6,05	0,43	0,91	1,26	1,48	4,19	1,29	1,5	2,04	1	1,71	0,29	0,67	0,29	0,89
T student	6,848		2,18		10,432		3,155		2,68		5,494		4,407		4,359	
p valor	<0,001*		0,035*		<0,001*		0,003*		0,011*		<0,001*		<0,001*		<0,001*	

En cuanto a los puntajes por ítems, la terapia protésica se asoció con una mejoría de la CVRSB en “molestias dolorosas”, “incomodidad al comer”, “sentirse tenso”, “difícil relajarse”, “sentirse avergonzado”, “irritable con otras personas”, “dificultades en su trabajo habitual”, “vida en general fue menos satisfactoria” (<0,001), “sensación de sabor ha empeorado” (0,031), “dieta insatisfactoria” (0,015), “totalmente incapaz de funcionar” (0,002). Aunque los ítems “problemas para pronunciar algunas palabras” e “interrupción de comidas” tuvieron menor puntaje después del tratamiento protésico, la diferencia no fue estadísticamente significativa (Tabla 5).

La frecuencia más alta en los informes de peor CVRSB antes del tratamiento se presentó en los ítems: molestias dolorosas (81%), incomodidad al comer (78,6%), tenso (66,7%) interrupción de comidas (52,4%), dificultad para relajarse (57,1%) y sentirse avergonzado (54,8%). Después del uso de prótesis dental la peor CVRSB se distribuyó así: molestias dolorosas (7,1%), incomodidad al comer (31%), tenso (21,4%) interrupción de comidas (28,6%), dificultad para relajarse (19%) y sentirse avergonzado (16,7%) (Tabla 6).

En términos generales observamos muchas similitudes en cuanto al impacto percibido pretratamiento entre el grupo estético y masticatorio, sin embargo, se logran ver discrepancias en cuanto a la mejora dependiendo del aspecto, principalmente en el ítem molestias dolorosas, antes del tratamiento mantuvo el mayor número de personas que informaron peor CVRSB 34 y después del tratamiento tan solo 3. Con respecto al aspecto consciente de sí mismo, pretratamiento mantuvo el mayor número de personas en impactos negativos 38 y postratamiento aumentaron los individuos con peor CVRSB alcanzando 42 (tabla 6).

Tabla 6. Distribución porcentual de la CVRSB por ítems antes y después del tratamiento.

Dimensión	Limitación funcional				Malestar físico				Malestar Psicológico				Incapacidad Física				Incapacidad Psicológica				Incapacidad Social				Desventaja							
Categoría	Peor		Mejor		Peor		Mejor		Peor		Mejor		Peor		Mejor		Peor		Mejor		Peor		Mejor		Peor		Mejor					
CVRSB																																
Ítem	Problemas pronunciar palabras				Molestias dolorosas				Consciente de sí mismo				Dieta insatisfactoria				Difícil relajarse				Irritable con otras personas				Vida en general fue menos satisfactoria							
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Antes	4	9,5	38	90,5	34	81	8	19	38	90,5	4	9,5	17	40,5	25	59,5	24	57,1	18	42,9	14	33,3	28	66,7	15	35,7	27	64,3				
Después	3	7,1	39	92,9	3	7,1	39	92,9	42	100	0	0	12	28,6	30	71,4	8	19	34	81	1	2,4	41	97,6	1	2,4	41	97,6				
Ítem	Sensación de sabor ha empeorado				Incomodidad al comer				Tenso				Interrupción de comidas				Vergüenza				Dificultades en trabajo habitual				Totalmente incapaz de funcionar							
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Antes	10	23,8	32	76,2	33	78,6	9	21,4	28	66,7	19	45,2	22	52,4	20	47,6	23	54,8	19	45,2	14	33,3	28	66,7	11	26,2	31	73,8				
Después	4	9,5	38	90,5	13	31	29	69	9	21,4	33	78,6	12	28,6	30	71,4	7	16,7	35	83,3	3	7,1	39	92,9	2	4,8	40	95,2				

Cuando se analizaron los puntajes de las dimensiones de acuerdo con la zona de tratamiento, la dimensión de malestar físico registró la mayor disminución en el grupo tratado en el sector masticatorio de 3,1 (tabla 7).

El grupo del sector estético mejoró en igual magnitud en la dimensión de incapacidad psicológica y desventaja con una diferencia entre los puntajes antes y después del tratamiento de 1,8. En contraste, los pacientes tratados en el sector masticatorio tuvieron una disminución de 2,7 en el puntaje de la dimensión de incapacidad psicológica, siendo esta la segunda dimensión con mayor disminución de puntaje del OHIP en este grupo de tratamiento (tabla 7).

En el grupo del sector estético, la dimensión de incapacidad social se ubicó tercera en cuanto a mejoría de la CVRSB con una disminución de 1,6 y en el grupo de sector masticatorio el malestar psicológico con una diferencia de puntajes promedio de 1,7 (tabla 7), debido principalmente a los puntajes del ítem “consciente de sí mismo” (tabla 8), presentando los puntajes más altos antes y después de la intervención terapéutica.

Tabla 7. Puntajes por dimensión del OHIP-14 según el sector de tratamiento.

	Dimensión Limitación funcional				Dimensión Malestar físico				Dimensión Malestar Psicológico				Dimensión Incapacidad Física				Dimensión Incapacidad Psicológica				Dimensión Incapacidad Social				Dimensión Desventaja			
	Estético		Masticatorio		Estético		Masticatorio		Estético		Masticatorio		Estético		Masticatorio		Estético		Masticatorio		Estético		Masticatorio		Estético		Masticatorio	
	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE	Med	DE
Antes	1,3	1,8	0,7	0,8	3,9	2,1	4,1	1,3	4,8	2,1	5,4	1,4	2,5	2,1	2,3	2,1	3,2	2,3	3,2	2,7	1,8	1,9	1,8	2,4	2	2,4	1,9	2,8
Después	0,7	1,1	0,1	0,2	1,5	1,6	1	1,2	4,5	1,4	3,7	1,1	1,7	2,2	1,3	1,9	1,4	2,1	0,5	0,9	0,2	0,6	0,4	0,8	0,2	0,8	0,4	1

Tabla 8. Puntajes por ítems del OHIP-14 según el sector de tratamiento.

Sector	Dimensión	Limitación funcional				Malestar físico				Malestar Psicológico				Incapacidad Física				Incapacidad Psicológica				Incapacidad Social				Desventaja			
	OHI-14	Limitación funcional		Sensación de sabor		Malestias dolorosas		Incomodidad al comer		Conciencia de sí mismo		Tenso		Dieta insatisfactoria		Interrupción de comidas		Difícil relajarse		Vergüenza		Irritable con otras personas		Dificultad en el trabajo habitual		Vida en general	Totalmente incapaz de funcionar		
	Ítem	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estético	Antes	0,5	1,2	0,7	1,1	2	1	1,9	1,4	3	1,3	1,9	1,5	1,3	1,4	1,3	1,2	1,6	1,1	1,6	1,5	0,9	1,2	1	1,1	1,3	1,4	0,1	0,4
	Después	0,3	0,7	0,4	0,8	0,7	1,1	0,8	1	3,7	0,6	0,9	1,3	0,8	1,1	0,9	1,2	0,6	1,1	0,8	1,3	0	0	0,2	0,6	0,7	1,2	0,1	0,4
Masticatorio	Antes	0,1	0,3	0,6	0,8	1,8	0,8	2,2	1,1	3,8	0,5	1,7	1,4	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,2	1,8	1,8	0,9	1,4	0,9	1,2	0,9	1,3	0,1	0,3
	Después	0	0	0,1	0,2	0,1	0,5	0,9	1,2	3,5	0,7	0,2	0,6	0,7	1,2	0,6	1	0,4	0,8	0,1	0,5	0,2	0,5	0,2	0,5	1,1	1,6	0,3	1

9. Discusión

La mayor parte de la población colombiana que utiliza prótesis dental fija se encuentran en los grupos de 35 a 44 años (15,81%) y de 45 a 64 (16,23%) años, por tanto, concuerda con la edad de los participantes del estudio cuya media de edad es de $46 \pm 10,2$ sugiriendo que los pacientes entre ese rango de edad necesitan más prótesis dental fija como tratamiento prostodontico en comparación con pacientes de otras edades, esto puede deberse que a esta edad la pérdida de dientes no es tan extensa, por ende el uso de este tipo de prótesis sean las más indicadas para rehabilitar el edentulismo parcial cuando no se han perdido demasiados órganos dentales (1). Con respecto al sexo, los resultados difieren con lo reportado en el estudio nacional de salud bucal. Este indica que los hombres utilizan más prótesis fija que las mujeres y en el presente estudio la mayoría de los participantes eran mujeres (71,4%), es posible que la razón, de que los hombres sean los que más utilizan la prótesis dental se debe a que estos tienen mayor pérdida de dientes en comparación con las mujeres, por ende, buscan la PDF como tratamiento prostodontico sobre a otras opciones de rehabilitación dental (1).

En general los pacientes de esta muestra reportaron puntajes pequeños de impacto sobre la CVRSB antes del tratamiento, evento que se esperaba, ya que por literatura previa se conoce que los pacientes tratados con PDF tienen puntajes menores en el OHIP antes del tratamiento comparado con pacientes que portan otros tipos de prótesis. Asimismo, es sabido que los efectos de la prótesis fija sobre la CVRSB suelen ser menores que otros tipos de tratamientos de rehabilitación bucal (11, 33, 34). Esto puede deberse a que comúnmente este tipo de restauraciones se realizan con el objetivo de

reponer pocos dientes. En ese sentido, no se esperaban grandes efectos producto del tratamiento, debido a que inicialmente los pacientes no estaban gravemente comprometidos en su CVRSB.

En lo concerniente a la mejora en la CVRSB, independientemente del sector los individuos tuvieron disminución en el puntaje del OHIP y por tanto una mejoría de la CVRSB. Este razonamiento constituye una extensión de lo propuesto por estudios anteriores que han reportado que independientemente del tipo o sector del tratamiento rehabilitador, se han observado cambios positivos y estadísticamente significativos en el puntaje de la CVRSB (2, 4). La razón por la que se presentan estos resultados se debe a que el uso de la prótesis fija mejora la CVRSB, teniendo efectos positivos en todos los dominios que componen la salud bucal.

A pesar de que para ambas zonas de tratamiento hubo mejora en la CVRSB, el grupo que recibió prótesis en el sector estético mantuvo puntajes promedio por ítems más altos en comparación con el grupo del sector masticatorio. Dicho resultado puede estar relacionado a la dificultad para rehabilitar de forma natural los dientes del sector anterior y cumplir las expectativas de los pacientes o lograr una satisfacción adecuada en ellos. Este elemento refleja la importancia de informar previamente los posibles resultados al realizar un tratamiento en el sector estético, ya que es posible que en muchos casos no se cumplan o superen las expectativas de los pacientes y se pueda generar una respuesta negativa al tratamiento (7, 35).

El modelo dimensional de la CVRSB evalúa como las personas perciben el impacto de los trastornos bucales fundamentalmente en las áreas de función bucal, dolor, apariencia

e impacto psicosocial. Desde este punto de vista, se espera que un tratamiento protésico exitoso influya en la mejora de aspectos del constructo de CVRSB direccionados con el sector de tratamiento (5). Por ejemplo, una prótesis en el sector estético se espera que mejore aspectos del espectro psicosocial, autoestima y función fonética. Mientras que una rehabilitación en el sector masticatorio buscaría impactar principalmente en la masticación y molestias dolorosas. Este postulado respalda teóricamente estos hallazgos, ya que los pacientes tratados en el sector estético tuvieron predominantemente mejoras en aspectos relacionados con sentirse avergonzado, tenso, dificultad para relajarse, dificultades en su trabajo habitual y pronunciar algunas palabras. Por su parte los pacientes tratados en el sector masticatorio tuvieron mejores resultados en cuanto a incomodidad al comer y dieta insatisfactoria.

Un estudio comparó la CVRSB de una población después del uso de prótesis dentales durante un mes, demostró que los puntajes de casi todas las dimensiones de CVRSB disminuyeron sustancialmente después del tratamiento con prótesis dental fija, excepto en dolor físico y discapacidad social (34). Contrario a este informe, los hallazgos revelaron que en todas las dimensiones del OHIP muestran una considerable disminución de las puntuaciones después de la terapia protésica, independientemente del tipo o sector de la rehabilitación.

En el análisis por dimensiones, se pudo observar que todas disminuyeron significativamente en su puntaje después del tratamiento protésico, sin importar que fuera corona individual o prótesis de más de 2 unidades. A pesar de que este hallazgo es positivo, existen estudios que no concuerdan con estos resultados al afirmar que, los tratamientos con PDF generalmente se indican para reponer pocas unidades dentales

perdidas y qué son más frecuentes en el sector masticatorio, lo que limitaría capturar efectos sobre algunas dimensiones, cómo las del espectro psicosocial si se comparan con tratamientos más extensos indicados en pacientes con formas de edentulismo más severas. Lo que se traduce en que este tipo de prótesis aborden más sectores de tratamiento y por ende mayor efecto sobre otras dimensiones que pueden escapar a las afectadas por el sector masticatorio o estético (2).

Se encontró discordancia con un reporte anterior de un estudio similar que comparó, la CVRSB de los pacientes después de un mes del uso de prótesis dental. Este informa que las puntuaciones en dolor físico y discapacidad social permanecieron prácticamente igual antes y después del tratamiento (34). Sin embargo, en los resultados de este estudio se encontró que las dimensiones dolor físico y discapacidad social junto con incapacidad psicológica y desventaja tuvieron la mayor diferencia en los puntajes antes y después del tratamiento, entendiendo que en las anteriores dimensiones los sujetos percibieron mayor cambio en su CVRSB.

La recuperación de una función masticatoria adecuada es uno de los objetivos de los tratamientos de rehabilitación bucal. Siguiendo esa visión, un estudio en Hungría reportó que en pacientes que buscaban tratamiento protésico, los ítems con impactos negativos más frecuentemente informados fueron: dificultad para comer, tarda más tiempo en comer e incomodidad al comer (8). Esto concuerda con los resultados de este estudio, ya que tres de los cuatro ítems que indagan sobre la función masticatoria (molestias dolorosas, incomodidad comer e interrupción de comidas) registraron mayores frecuencias antes del tratamiento protésico en las respuestas categorizadas como peor CVRSB.

En los resultados se observó que los dos ítems informados con más frecuencia por todos los pacientes fueron; molestias dolorosas e incomodidad al comer, con un 81% y 78,6% respectivamente. Esto resulta algo semejante a lo reportado por el Cuarto estudio Alemán de Salud Bucal (DMV IV), que estudió la CVRSB con el OHIP-14 en una población de adultos entre 35 y 45 años y 65 y 78 años. No obstante, los resultados del presente estudio difieren en el tamaño de la frecuencia del informe, que en el estudio alemán fue de 25% para incomodidad al comer y del 35% para molestias dolorosas (8). Evidenciando en la muestra del estudio la frecuencia de estos problemas en los pacientes parcialmente edéntulos fue mayor.

La literatura ha planteado que el número de dientes es una variable predictora de impactos negativos sobre la CVRSB, señalando que sujetos con menor número de dientes en boca refieren mayor impacto sobre la CVRSB. Estudios poblacionales realizados en Reino Unido y Australia, exhibieron que sujetos que tenían de 1 a 8 dientes referían puntajes globales de 6,6 y 10 respectivamente, al evaluar la CVRSB con el OHIP-14. Por su parte, los sujetos que contaban con 25 a 32 dientes restantes, referían puntajes de 4,9 para personas de Reino Unido y de 6, 7 para los participantes australianos (3, 36). Aunque los resultados indican puntajes promedio muy superiores a los de estos estudios, cabe resaltar qué se mantiene la misma tendencia inversa, reflejando que a mayor número de dientes un menor impacto en la CVRSB.

Indiscutiblemente este estudio al igual que otros, dan cuenta del efecto positivo sobre la CVRSB y, por consiguiente, sobre el bienestar general de los pacientes qué son capaces de generar un tratamiento convencional cómo las prótesis fijas dentales (4). Destacando, además, que incluso cuando estos tratamientos son realizados por estudiantes de

odontología, las prótesis fijas pueden mejorar aspectos claves de la función oral como la masticación, el habla y otros como la autoconfianza y las relaciones sociales. Es así como, cada vez es más común incluir la percepción del paciente en la evaluación de los servicios de salud y sus resultados como parte del quehacer clínico. Por tanto, donde las escalas de medición de CVRSB parecen proporcionar resultados fáciles de interpretar, tanto para el paciente como para el odontólogo. En esa perspectiva, hay autores que sugieren la utilidad de este método para evaluar los efectos de los tratamientos convencionales en los pacientes odontológicos (34).

10. Conclusiones

Después de un mes su uso las prótesis dentales fijas mejoraron la CVRSB de los pacientes, indistintamente del tipo, material o sector de tratamiento. Además, tanto las prótesis fijas individuales como las prótesis fijas de más de 2 unidades se asociaron con una reducción de los problemas informados antes del tratamiento, respaldando su efecto terapéutico benéfico sobre la percepción de CVRSB y el bienestar general de los pacientes.

11. Anexos

11.1 Consideraciones ético-legales

“Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos antes y después del tratamiento con prótesis dental fija”. De acuerdo con lo establecido PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES, sección “Principios éticos generales”. A los participantes del estudio se les espera aplicar el instrumento en las mismas condiciones de entorno y en tiempos similares para respetar el principio de justicia. Si en un determinado momento, algún participante dispone abandonar el estudio, se respetará su decisión, esto está contemplado en el principio de autonomía en el consentimiento informado. De la misma manera, en la investigación se actuará siempre buscando el bienestar de los participantes, sin ocasionar algún tipo de daño, lo anterior va de la mano con el principio de beneficencia y no maleficencia respectivamente.

Correlativamente, no se manifestará en esta investigación ningún tipo de discriminación por motivos de género, origen étnico, discapacidad, edad, idioma, ubicación geográfica o cualquier otra característica individual o social. Así mismo, los responsables del proyecto se cercioran de que los datos sean recogidos de forma ética. El consentimiento se establecerá de acuerdo con una comprensión equilibrada y justa de todo lo que implica la investigación durante y después del proceso.

De acuerdo con las LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales en Colombia. Se pone

en manifiesto el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, Así como las definiciones expuestas en el inciso a.) Autorización: Consentimiento previo, expreso e informado del Titular para llevar a cabo el tratamiento de datos personales; haciendo referencia a la claridad del objetivo de la recolección de información y su futuro uso. Al titular (persona de quien se toman los datos) se le aplica de manera integral los principios de finalidad: “El Tratamiento debe obedecer a una finalidad legítima de acuerdo” (Art 4; inciso b).

Teniendo como propósito obtener conocimiento relevante sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral de los adultos después del uso de prótesis dental fija. Es esencial que en esta investigación el paciente participante autorice su participación en el estudio. Del modo contrario en caso de negativa del paciente a participar o continuar en la investigación será respetada, aun cuando ya hubiesen aceptado participar, mediante una revocatoria de consentimiento informado.

La aplicación del instrumento se realizará por vía telefónica a los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena, los cuales pueden preguntar al entrevistador sobre cualquier eventualidad que pueda presentarse.

Además, apoyados en la RESOLUCIÓN N° 008430 DEL 4 DE OCTUBRE DE 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la

investigación en salud en Colombia, las personas realizadoras de este proyecto de investigación, se aseguran y comprometen a explicar de manera suficiente, adecuada y clara en qué consistirá el estudio, sus beneficios, efectos negativos y posibles riesgos que pudieran aparecer en el desarrollo del mismo. Cabe destacar que se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Este estudio se realizará cuando se logre la autorización: de los participantes del estudio, y de la institución donde se realizará la investigación; el Consentimiento Informado; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución realizadora.

En cuanto al consentimiento informado, este se les aplicará a los participantes del estudio, en el cual se expresa el objetivo de la investigación y el procedimiento a realizar.

Con base en el capítulo 1, artículo 11 de la RES 008430 de 1993, el presente proyecto expondrá riesgos mínimos a los sujetos partícipes de éste, dado que se aplicará un cuestionario psicológico que trata aspectos sensitivos de su conducta, sin embargo, siempre se tratará de proteger y respetar la integridad física y mental de los participantes. Esto se denomina una investigación con riesgo mínimo.

Consentimiento informado

PARTE I:

Este estudio va dirigido a los adultos con indicaciones de prótesis dental fija que sean atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena. Invitados a participar en la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos antes y después del tratamiento con prótesis dental fija”. Este consentimiento informado deberá ser firmado si usted está de acuerdo en aprobar la participación en este estudio.

Nosotros, el estudiante Andrés Camilo Correa Bolaño, el Dr. Harold Berdugo de la Cruz, la Dra. Renata Paola De La Hoz Perafán, el Dr. Camilo Andrés Romo Pérez, trabajamos como investigadores en este proyecto. Estamos haciendo un estudio sobre las propiedades psicométricas del instrumento que mide efectos sobre la calidad de vida en pacientes con prótesis dental fija, llamado “Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos después del tratamiento con prótesis dental fija”. Deseamos invitarlo(a) a ser participe y de la misma manera brindarles toda la información que usted desee. No es obligatorio que tome su decisión ahora y está en total libertad de hablar y/o hacer las preguntas que considere con la persona que usted desee sobre la investigación. Si hay palabras que usted no conozca o términos que no comprenda, puede comentarle a cualquier integrante del equipo investigativo y nos tomamos el tiempo necesario para explicarle y no quede alguna duda, teniendo así total certeza que usted entenderá todo lo mencionado y pueda decidir de la mejor manera.

Objetivo de la investigación: Determinar el efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos con prótesis dentales en la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena.

Tipo de intervención: de acuerdo con el artículo 15 de la resolución 008430 del 04 de octubre de 1993, este estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo, dado que, al momento de llevar a cabo el instrumento de percepción de calidad de vida, se está aplicando un cuestionario psicológico que trata efectos sobre la calidad de vida en adultos.

Selección de participantes: Adultos que reciben tratamiento de prótesis dental en la clínica odontológica de la universidad del Magdalena. Que accedan voluntariamente a participar en el estudio y no posean algún tipo de limitación cognitiva/mental que le impida resolver los cuestionarios.

Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir si le permite participar o no, de la misma manera, usted puede cambiar de idea en el transcurso del estudio y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y protocolo: Los adultos con indicaciones de prótesis dental fija que sean atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena, deseen participar en la investigación, diligenciarán un cuestionario llamado "*Oral Health Impact Profile-14 - OHIP-14*" por vía telefónica. El cuestionario que llenarán consta de dos secciones, en la primera se encontrarán preguntas de aspectos sociodemográficos, clínicos y calidad de vida; y la segunda sección comprende 14 preguntas sobre la salud

bucal del paciente atendido la cual será aplicada en dos ocasiones. El diligenciamiento del cuestionario será supervisado por estudiantes del programa de Odontología de la Universidad del Magdalena.

Beneficios: La participación suya puede ayudar al futuro de la salud bucal de las personas atendidas en la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena y la población de Santa Marta, porque se revisarán los efectos de las prótesis fijas sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de adultos.

Incentivos: usted no recibirá dinero u otro incentivo por participar en el estudio. Los costos de papelería del instrumento serán cubiertos por el equipo de trabajo del proyecto.

Confidencialidad: la información que sea recolectada por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial cumpliendo con la protección de los datos personales (Ley de habeas data del 2012). La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cabe aclarar que usted llenará el instrumento de forma anónima, es decir, no se identificará su identidad en el cuestionario. Cualquier información de los resultados cuando sea socializada o publicada con fines académicos y/o investigativos, tendrán un número en vez de su nombre cuando la información.

Divulgación de los resultados: el conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con la institución educativa antes de que se publique. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas, conferencias y/o encuentros regionales y nacionales con la comunidad científica odontológica.

Derecho a negarse o retirarse: usted está en plena libertad de decidir sobre la participación suya en esta investigación. No está obligado dar su aval. Esto no afectará de ninguna manera su situación como paciente en la institución educativa.

A quién contactar: si usted tiene alguna duda, puede realizarlas ahora o posteriormente, incluso luego de iniciarse el proyecto. Si desea realizar preguntas más tarde, puede contactar:

Estudiante Andrés Camilo Correa Bolaño. Universidad del Magdalena. Correo electrónico: andrescamilocorreab@gmail.com

Dr. Harold José Berdugo de la Cruz. Universidad del Magdalena. Correo electrónico: hberdugo@unimagdalena.edu.co

PARTE II

Formulario de Consentimiento: He sido invitado a participar en la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos después del tratamiento con prótesis dental fija”. He sido informado de los riesgos en el desarrollo de esta investigación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección electrónica que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he

realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

Doctor que lo atiende: _____

Teléfonos de contacto del participante:

1- _____

2- _____

3- _____

11.2 Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos

<p>Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos antes y después del tratamiento con prótesis dental fija</p> <p>Diligencia la encuesta en forma ordenada evitando pasar de un ítem a otro si no son contiguos.</p> <p>andrescamilocorreab@gmail.com (no se comparten) Cambiar cuenta</p>	<p>9. Ocupación Actual</p> <p><input type="radio"/> Desempleado</p> <p><input type="radio"/> Empleado</p> <p><input type="radio"/> Quehaceres domésticos</p> <p><input type="radio"/> Independiente</p> <p><input type="radio"/> Estudiante</p>	<p>17. ¿Considera usted que necesita prótesis dental?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>Número de registro</p> <p>Tu respuesta</p>	<p>10. Estrato domiciliario</p> <p><input type="radio"/> Estrato 0</p> <p><input type="radio"/> Estrato 1</p> <p><input type="radio"/> Estrato 2</p> <p><input type="radio"/> Estrato 3</p> <p><input type="radio"/> Estrato 4</p> <p><input type="radio"/> Estrato 5</p> <p><input type="radio"/> Estrato 6</p>	<p>18. ¿Considera usted que su salud bucal es?</p> <p><input type="radio"/> Muy mala</p> <p><input type="radio"/> Mala</p> <p><input type="radio"/> Regular</p> <p><input type="radio"/> Buena</p> <p><input type="radio"/> Muy buena</p>
<p>1. Edad en años</p> <p>Tu respuesta</p>		<p>19. ¿Se ha preocupado tanto por sus dientes que ha pensado que tiene que asistir al odontólogo?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>2. Sexo del participante</p> <p><input type="radio"/> Masculino</p> <p><input type="radio"/> Femenino</p>		<p>20. ¿Se ha sentido tan mal con su condición oral que ha llegado a llorar?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>3. Estado civil</p> <p><input type="radio"/> Soltero</p> <p><input type="radio"/> Casado</p> <p><input type="radio"/> Viudo</p> <p><input type="radio"/> Separado</p> <p><input type="radio"/> Unión libre</p> <p><input type="radio"/> Divorciado</p>	<p>11. Sufre una enfermedad como:</p> <p><input type="radio"/> Diabetes</p> <p><input type="radio"/> Cáncer</p> <p><input type="radio"/> EPOC o asma</p> <p><input type="radio"/> Hipertensión</p> <p><input type="radio"/> Enfermedad renal</p> <p><input type="radio"/> Otro ¿Cuál?</p> <p><input type="radio"/> No refiere</p>	<p>21. ¿Se ha sentido alguna vez acomplejado por sus dientes?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>4. Número de hijos</p> <p>Tu respuesta</p>	<p>12. ¿Está su enfermedad controlada?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No aplica</p>	<p>22. ¿Cómo considera la apariencia de sus dientes?</p> <p><input type="radio"/> Muy mala</p> <p><input type="radio"/> Mala</p> <p><input checked="" type="radio"/> Regular</p> <p><input type="radio"/> Buena</p> <p><input type="radio"/> Muy buena</p> <p>Borrar la selección</p>
<p>5. Número de personas que viven en su hogar incluyendo el encuestado</p> <p>Tu respuesta</p>	<p>13. ¿A que régimen de salud pertenece?</p> <p><input type="radio"/> Régimen contributivo</p> <p><input type="radio"/> Régimen subsidiado</p>	<p>23. ¿Considera que su apariencia personal le facilita alcanzar sus metas?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>6. Área de residencia</p> <p><input type="radio"/> Cabecera municipal</p> <p><input type="radio"/> Rural</p>	<p>14. ¿Ha utilizado prótesis?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>24. Número de dientes naturales en boca</p>
<p>7. Nivel de escolaridad terminado</p> <p><input type="radio"/> Sin educación</p> <p><input type="radio"/> Primaria</p> <p><input type="radio"/> Secundaria</p> <p><input type="radio"/> Técnico o Tecnólogo</p> <p><input type="radio"/> Universitario</p> <p><input type="radio"/> Postgrado</p>	<p>15. ¿Qué tipo de prótesis?</p> <p><input type="radio"/> Prótesis Fija</p> <p><input type="radio"/> Prótesis parcial removible</p> <p><input type="radio"/> No aplica</p>	<p>25. Ubicación de dientes reemplazados</p> <p><input type="radio"/> Sector estético</p> <p><input type="radio"/> Sector masticatorio</p>
<p>8. Según su color de piel usted considera que pertenece al grupo étnico:</p> <p><input type="radio"/> Indígena</p> <p><input type="radio"/> Afrocolombiano</p> <p><input type="radio"/> Palenquero o Gitano</p>	<p>16. ¿Cuándo fue su última visita al odontólogo?</p> <p><input type="radio"/> 1 semana</p> <p><input type="radio"/> 1 mes</p> <p><input type="radio"/> 3 meses</p> <p><input type="radio"/> 6 meses</p>	<p>26. Tipo de material protésico</p> <p><input type="radio"/> Metal</p> <p><input type="radio"/> Metal-Cerámica</p> <p><input type="radio"/> Libre de metal</p>

<p>OHIP-14</p> <p>Segundo test</p> <p>andrescamilocorreab@gmail.com (no se comparten) Cambiar cuenta</p>	<p>6. ¿Se ha sentido tenso por problemas en sus dientes, boca o prótesis?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p><input type="radio"/> Frecuentemente</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>	<p>12. ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p><input type="radio"/> Frecuentemente</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p>Número de registro</p> <p>Tu respuesta</p>	<p>7. ¿Su dieta ha sido insatisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?</p>	<p>13. ¿Ha sentido que su vida en general fue menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?</p>
<p>1. ¿Ha tenido problemas para pronunciar algunas palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?</p>		

2. ¿Ha sentido que su sensación de sabor ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

8. ¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

14. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

3. ¿Ha tenido molestias dolorosas en su boca?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

9. ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

4. ¿Ha encontrado incomodo comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

10. ¿Ha estado un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

5. ¿Ha sido consciente de sí mismo por sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

11. ¿Ha estado un poco irritable con otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

1. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. IV

Estudio nacional de salud bucal [Internet]. Gov.co. 2014 [citado el 31 de marzo de

2022].

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

2. Aarabi, G., John, M. T., Schierz, O., Heydecke, G., & Reissmann, D. R. (2015). The course of prosthodontic patients' oral health-related quality of life over a period of 2 years. *Journal of Dentistry*, 43(2), 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2014.09.006>
3. Steele, J. G., Sanders, A. E., Slade, G. D., Allen, P. F., Lahti, S., Nuttall, N., & Spencer, A. J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(2), 107–114. <https://doi.org/10.1111/j.0301-5661.2004.00131.x>
4. Montero, J., Castillo-Oyagüe, R., Lynch, C. D., Albaladejo, A., & Castaño, A. (2013). Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. *Journal of Dentistry*, 41(6), 493–503. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.01.006>
5. Sukumar, S., John, M. T., Schierz, O., Aarabi, G., & Reissmann, D. R. (2015). Location of prosthodontic treatment and oral health-related quality of life--an exploratory study. *Journal of Prosthodontic Research*, 59(1), 34–41. <https://doi.org/10.1016/j.jprior.2014.11.003>

6. Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284–290. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>
7. Özhayat, E. B., & Gotfredsen, K. (2012). Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study: PATIENT-RELATED EFFECT OF ORAL REHABILITATION. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(1), 28–36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2011.02245.x>
8. Szabó, G., John, M. T., Szántó, I., Marada, G., Kende, D., & Szentpétery, A. (2011). Impaired oral health-related quality of life in Hungary. *Acta Odontologica Scandinavica*, 69(2), 108–117. <https://doi.org/10.3109/00016357.2010.538717>
9. Luján Tangarife, J. A., & Arias, J. A. C. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de medicina*, 11(3), 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5178935>
10. Sghaireen, M. G., & AL-Omiri, M. K. (2016). Relationship between impact of maxillary anterior fixed prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction, and personality profiles. *The journal of prosthetic dentistry*, 115(2), 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2015.07.009>
11. Øzhayat, E. B., & Gotfredsen, K. (2019). Patient-reported effect of oral rehabilitation. *Journal of Oral Rehabilitation*, 46(4), 369–376. <https://doi.org/10.1111/joor.12756>

12. Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61–71. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>
13. Estoque, R. C., Togawa, T., Ooba, M., Gomi, K., Nakamura, S., Hijioka, Y., & Kameyama, Y. (2019). A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a “QOL-Climate” assessment framework. *Ambio*, 48(6), 619–638. <https://doi.org/10.1007/s13280-018-1090-3>
14. de Mejía, B. E. B., & Merchán, M. E. P. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 11–24. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1944>
15. Panini, R. G., Mosquito, B. P., Impel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 29(3), 263–282. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>
16. Haarstad, K., Wahl, A., Andeans, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., BE island, E., Burge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... LIVSFORSK network. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life*

Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 28(10), 2641–2650.
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>

17. Cheung Chung, M. (1997). A critique of the concept of quality of life. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(2), 80–84.
<https://doi.org/10.1108/09526869710166996>

18. Deck, R., Kohlmann, T., & Jordan, M. (2002). Health-related quality of life in old age: preliminary report on the male perspective. *The Aging Male: The Official Journal of the International Society for the Study of the Aging Male*, 5(2), 87–97.
<https://doi.org/10.1080/tam.5.2.87.97>

19. Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., & Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science & Medicine* (1982), 58(11), 2171–2179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.028>

20. Fitzgerald, R., & Gallagher, J. (2018). Oral health in end-of-life patients: A rapid review. *Special Care in Dentistry: Official Publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 38(5), 291–298.
<https://doi.org/10.1111/scd.12316>

21. Hescot, P. (2017). The new definition of oral health and relationship between oral health and quality of life. *The Chinese Journal of Dental Research: The Official Journal of the Scientific Section of the Chinese Stomatological Association (CSA)*, 20(4), 189–192. <https://doi.org/10.3290/j.cjdr.a39217>

22. Rosenstiel, S. F., Land, M. F., & Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea* (4a ed.). Elsevier.

23. Univerisidad Nacional de Colombia. GUIA DE ATENCION EN REHABILITACION ORAL FACULTAD DE ODONTOLOGIA. (s/f). Edu.co. Recuperado el 19 de octubre de 2022, de http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_atencion_rehabilitacion_oral_abril_2013.pdf
24. Ruiz, E. (s/f). Prótesis dentales. webControl CMS. [citado el 31 de marzo de 2022]. <https://www.vitaldent.com/es/protesis-dental/>
25. Segura Cardona, Á., Universidad CES, De La Hoz, R. P., & Universidad del Magdalena. (2017). Instruments to measure the quality of life related to oral health: a systematic review. *Salud Uninorte*, 33(3), 504–516. <https://doi.org/10.14482/sun.33.3.10919>
26. Velázquez-Olmedo, L. B., Ortíz-Barrios, L. B., Cervantes-Velazquez, A., Cárdenas-Bahena, Á., García-Peña, C., & Sánchez-García, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 448–456. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745483020>
27. López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F., & Lucero Berdugo, M. (2009). Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. *European Journal of Dermatology: EJD*, 19(6), 603–606. <https://doi.org/10.1684/ejd.2009.0762>
28. Bukhari, O. M. (2020). Dental caries experience and Oral Health Related Quality of Life in working adults. *The Saudi Dental Journal*, 32(8), 382–389. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2019.11.003>

29. Papaioannou, W., Oulis, C. J., & Yfantopoulos, J. (2015). The oral health related quality of life in different groups of senior citizens as measured by the OHIP-14 questionnaire. *Oral Biology and Dentistry*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.7243/2053-5775-3-1>
30. Broder, H. L., & Wilson-Genderson, M. (2007). Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 Suppl 1(s1), 20–31. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.0002.x>
31. Robinson, P. G., Gibson, B., Khan, F. A., & Birnbaum, W. (2003). Validity of two oral health-related quality of life measures: Validity of OHRQoL measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 90–99. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.00051.x>
32. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México, DF: Editorial McGraw Hill; 2014.
33. John, M. T., Slade, G. D., Szentpétery, A., & Setz, J. M. (2004). Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *The International Journal of Prosthodontics*, 17(5), 503–511.
34. Wickert, M., John, M. T., Schierz, O., Hirsch, C., Aarabi, G., & Reissmann, D. R. (2014). Sensitivity to change of oral and general health-related quality of life during prosthodontic treatment. *European Journal of Oral Sciences*, 122(1), 70–77. <https://doi.org/10.1111/eos.12104>

35. Awad, M. A., & Feine, J. S. (1998). Measuring patient satisfaction with mandibular prostheses. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(6), 400–405. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb01978.x>
36. Locker, D., & Slade, G. (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology*, 11(2), 108–114. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.1994.tb00116.x>