



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA**

**SISTEMA DE SOPORTE PROTÉSICO EN PACIENTES EDÉNTULOS
Y SU GRADO DE SATISFACCIÓN AL UTILIZAR EL SISTEMA
MUCOSOPORTADO VS EL SISTEMA IMPLANTOSOPORTADO
ESTUDIO DE CASO**

AUTORES:

**BR. MORLES S., PERLERI D.
BR. OROZCO H., CARLOS A.**

**TUTOR DE CONTENIDO:
OD. MARIBED ARENAS.**

**TUTOR METODOLÓGICO:
MSC. THAMARA MALDONADO.**

BÁRBULA, ABRIL DE 2009



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL
HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA**

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR DE CONTENIDO

Yo, MARIBED ARENAS: titular de la cédula de identidad
Nº: 14.714.735, de profesión odontólogo.

Por la presente hago constar que acepto asesorar en calidad de tutor el
trabajo final de investigación elaborado por el (la) ciudadano(a):

- 1.) PERLERI D., MORLES S. C.I.: V 17.178.940
- 2.) CARLOS A., OROZCO H. C.I.: V 18.087.853

Cuyo título es: **SISTEMA DE SOPORTE PROTÉSICO EN PACIENTES
EDENTULOS Y SU GRADO DE SATISFACCIÓN AL UTILIZAR EL
SISTEMA MUCOSOPORTADO VS EL SISTEMA IMPLANTOSOPORTADO
ESTUDIO DE CASO.**

Dicha tutoría comprende desde la elaboración del Proyecto de Investigación
hasta la presentación y entrega del Trabajo Final.

En Bárbula, a los 10 días del mes de julio de 2008

Firma: _____

C.I: V 14.714.735



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL
HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA**

Constancia de Aprobación

En nuestro carácter de Tutores del Trabajo presentado por los Ciudadanos **Perleri D. Morles**, Cédula de Identidad N° **V 17.178.940** y **Carlos A. Orozco**, Cédula de Identidad N° **V 18.087.853** para optar al Grado de Odontólogos, consideramos que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe, cuyo título es: Sistema de Soporte Protésico en Pacientes Edéntulo y su Grado de Satisfacción al Utilizar el Sistema Mucosoportado vs el Sistema Implantosoportado Estudio de Caso.

En Bárbula, a los 24 días del mes de Marzo de 2009.

Prof. Maribed Arenas
Tutor de Contenido
C.I: V 14.714.735

Prof. Tamara Maldonado
Tutor de Metodología
C.I: V 11.503.400

SISTEMA DE SOPORTE PROTÉSICO EN PACIENTES EDÉNTULOS Y SU GRADO DE SATISFACCIÓN AL UTILIZAR EL SISTEMA MUCOSOPORTADO VS EL SISTEMA IMPLANTOSOPORTADO ESTUDIO DE CASO

Autores: *Br Morles S., Perleri D. *Br Orozco H., Carlos A.
*Estudiantes de Odontología de la Universidad de Carabobo
Correo electronico:perleri@hotmail.com; carloslimbiz@hotmail.com
Abril, 2009

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación cualitativa con diseño longitudinal cuyo objetivo general es demostrar el grado de satisfacción del paciente edéntulo al comparar el tipo de soporte protésico mucosoportado vs implantoportado, que acuden a La Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2007-2008. El tipo de muestra a seleccionar es aleatoria. Para recabar los datos se empleó una encuesta reforzada por una entrevista estructurada. La población está conformada por tres pacientes edéntulos que acudieron al consultorio odontológico antes mencionado. La muestra se limita a los tres pacientes edéntulos pertenecientes a la población. Entre las conclusiones que se obtuvieron reflejamos que la prótesis implantoportada con MDI influyó de forma positiva en el grado de satisfacción de cada uno de los pacientes objeto de estudio.

Palabras Clave: prótesis, mucosoportada, implantoportada, satisfacción.

ABSTRACT

This paper is a qualitative research design with longitudinal whose overall objective is to demonstrate the degree of patient satisfaction when comparing edentulous media type prosthetic tissue - supported vs implant - supported, attending Joy Surgical Unit in the period 2007-2008. The type of sample selection is random. To obtain employment data are reinforced by a survey a structured interview. The population is comprised of three edentulous patients attending the dental office above. The sample is limited to three patients belonging to the edentulous population. The conclusions that were obtained reflect the prosthesis implant with MDI have a positive impact on satisfaction of each patient under study.

Key words: prosthesis, tissue supported, implant supported, satisfaction.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La salud pública enfrenta una crisis debido a que parte de la población sufre de pérdidas dentales, lo cual se ha convertido en un problema psicológico, social y de salud importante.

Según Spanish Geriatric Oral Health Research Group (2001), en Estados Unidos y Europa la prevalencia del edentulismo difiere, algunos de los índices más altos son encontrados en el Reino Unido y Nueva Zelanda, y los más bajos en Estados Unidos. En Suecia 49% de las personas de 54 a 64 años de edad no poseen ningún diente, subiendo hasta un 65% en el grupo de 65 a 74 años de edad.

En un estudio realizado en Venezuela, según Ministerio de La Secretaria de la república de Venezuela (1996), en el cual fueron examinados 33.659 casos, se investigó la población con edad comprendida entre los 30,0 y 39,9 años, y se observó que el 87,3% de las personas son dentadas mientras que el resto son edéntulas (sin especificarse si son parciales o totales). Por lo tanto, la pérdida dental es un problema y éste es atribuido a diferentes causas: caries, enfermedades periodontales, traumatismo, factores genéticos, entre otros. Estas cifras epidemiológicas revelan que un grupo poblacional grande mostraba ausencias dentarias; esta situación prevalece y es muy desfavorable.

La odontología tradicional ofrece opciones terapéuticas limitadas al paciente edéntulo; en tal sentido, los pacientes reciben el mismo tratamiento y éste consiste en la colocación de prótesis mucosoportadas. Hoy, a diferencia de antes, existen varios tipos de prótesis que pueden ofrecerse a los edéntulos parciales y totales; vr. grt.: prótesis removibles (parciales y totales) y fijas (coronas, implantes endostiales y subperiostiales, los dos últimos pueden ser de diversos números y tipos). Para elegir el diseño de la prótesis, hay que valorar los problemas bucales existentes en aras de poder determinar si ha de hacerse una restauración fija o removible, pues -en ocasiones- no es posible la realización de lo deseado.

En Venezuela, la situación económica y social del paciente juega un papel importante en la atención odontológica, siendo una limitante a la hora de realizar el tratamiento requerido.

Es por esto que las personas, basándose en su necesidad de recuperar su sistema estomatognático (fonética, estética, masticación y deglución), optan por prótesis totales removibles mucosoportadas ya que éstas son menos complicadas y el tratamiento es más económico, pero su contraparte es que, con el tiempo, pueden causar molestias, eritema o ulceraciones en la mucosa y pérdida retención, entre otras. Por tal motivo, en los pacientes se ve afectado su grado de confort y autoestima; limitando así algunas de sus actividades de vida social.

La prótesis total implantosoportada con “Mini Dental Implant (MDI)” es otra opción terapéutica cuya utilización debe basarse en las necesidades, los deseos y las posibilidades económicas del paciente; este tipo de prótesis ofrece diversas ventajas: se necesita menor cantidad de implantes que cuando se hacen implantes convencionales (aquéllos en los que cada pieza dentaria implica un implante), entraña una mejor conservación de los tejidos blandos, su implantación y carga (inmediata) pueden hacerse en pocas sesiones de trabajo (las cuales suelen ser breves), intervención quirúrgica de fácil acceso y poco invasiva; mientras que su desventaja es el elevado costo

comparativo con la prótesis mucosoportada, pero es notablemente más económico que el implante convencional. Actualmente, no todos los pacientes cuentan con los recursos económicos necesarios para la colocación del MDI.

La satisfacción del paciente juega un papel fundamental en lo que respecta a la colocación de cualquier sistema protésico, ya que este debe cumplir con los requerimientos mínimos que manifiesta el paciente al momento de la elección del tratamiento.

Cuando el paciente determina que la optimización del tratamiento no fue adecuado para su caso, este puede desarrollar cierto grado de insatisfacción, que producirá a la larga un estado mental de alerta con escepticismo hacia el procedimiento utilizado para la resolución del problema. Es por esto que el estudio no solo va enfocado hacia el tipo de tratamiento sino también hacia el grado de satisfacción del paciente.

Por lo explicado anteriormente, es válido preguntarse ¿Cuál o cómo es el grado de satisfacción de los pacientes edéntulos que experimentan los dos sistemas de soporte protésico?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

1.- Demostrar el grado de satisfacción del paciente edéntulo al comparar el tipo de soporte protésico mucosoportado vs implantosoportado, que acuden a La Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2007-2008.

Objetivos Específicos:

1. Establecer el grado de satisfacción de los pacientes que experimentan los dos sistemas de soporte protésico.

2. Comparar el grado de satisfacción de los pacientes con el uso del soporte protésico mucosoportado Vs implantoportado

Justificación de la Investigación

Esta investigación resulta ser un tema novedoso por lo que en el estudio realizado se evidenció la existencia de dos tipos de soporte y el factor predisponente para la utilización de los distintos tipos de prótesis.

Se observó que muchos pacientes edéntulos totales optan por un tratamiento con prótesis removible mucosoportada o por no realizarse ningún sistema protésico, debido a las limitaciones que este implicaría y al alto costo en la realización de implantes. Por lo que se decidió realizar esta investigación con el objeto de dar a conocer la eficacia de un sistema de prótesis implantoportadas con (MDI) y un sistema de prótesis mucosoportado, estableciendo análisis entre ambos tipos de prótesis.

La importancia de lo propuesto en este trabajo, es fácilmente comprendida debido a las incidencias de pacientes que presentan pérdidas dentales totales y la necesidad de solventar dicha situación mediante el conocimiento brindado al paciente, sobre las mismas para su posterior - selección de acuerdo a las necesidades de cada uno.

Es importante destacar la pertinencia de la investigación ya que la condición, estado y edad del paciente, el cual se ve reflejado la necesidad de una rehabilitación protésica, así se destaca no solo el ámbito característico y clínico sino también el aporte beneficioso, útil, y satisfactorio que su ejecución implica.

Para argumentar de forma contundente y precisa lo conveniente o interesante de dicho estudio, se basa en que estas técnicas específicas eviten la limitación económica del paciente en cuanto a una alternativa novedosa y de igual o mejor beneficio de cualquier otra técnica convencional,

tomando en cuenta cada una de las características y especificaciones indicadas que cada una conlleva.

Esta investigación estudio de caso pretendió aportar una fuente documental para futuras investigaciones y trabajos a fines que sigan la misma línea y permita a los estudiantes y profesionales de la odontología mejorar el nivel de conocimientos y dar alternativas en cuanto a la calidad del servicio de rehabilitación protésica al paciente edéntulo.

De igual forma con lo reflejado anteriormente se evidenció no solo el aporte profesional que implica el estudio realizado sino evidentemente el gran aporte a la comunidad en general económicamente y en cuanto al conocimiento de la diversidad de tratamientos que pueden ser realizados para el caso.

Por otra parte, este estudio pertenece al área de rehabilitación del sistema estomatognático línea prostodoncia y oclusión.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la Investigación

Al momento de la realización de dicho estudio se encontraron muy pocos trabajos relacionados directamente con el caso debido a lo novedoso del mismo, sin embargo por analogía o similitud se destacan los siguientes estudios:

En el ámbito internacional es destacado este trabajo realizado por *Bulard, (2001), Dentistry Today*; titulado; “Los injertos dentales minis: aumentando el grado de satisfacción del paciente” debido a que la colocación de injertos puede ser beneficio al paciente donde no solo se les pueden proporcionar injertos dentales convencionales, luego de utilizar esta técnica los ingresos del paciente aumentan.

Dicho estudio, demostró que la demanda más significativa para injertos dentales minis, ha sido la aplicación inmediata y progresiva de una prótesis fija o removible, los injertos dentales minis son una adición excelente y provechosa a cada práctica dental.

Esta publicación es muy importante y guarda una relación directa con nuestro estudio, ya que se observa que los injertos dentales mini son una buena alternativa para los pacientes porque pueden cargar las prótesis de inmediato y le ayuda a aumentar el grado de satisfacción y autoestima.

Otro estudio resaltante elaborado *por Balkin y colaboradores, (2001) Journal of Oral Implatology*; titulado; “Implantoinserción mini-dental con la técnica auto-avanzada en curso para aplicaciones” el propósito de este informe fue ofrecer clínica e histológicamente pruebas para el potencial de uso de una auto-técnica de antemano en el contexto del protocolo Sendax

para la colocación de mini-implantes dentales que pueden integrar y proceder de inmediato cargando con las aplicaciones en curso. La conclusión de este estudio de caso sugiere la utilización de una técnica autoavanzada, con hilos de implantes de titanio y aleaciones con suficiente resistencia para penetrar el hueso sin una preparación del sitio receptor y con un mínimo de diámetro. Esta construcción puede disminuir fracturas y puede proporcionar estabilidad con mini-implantes dentales que, cuando son colocados en un número suficiente de apoyo con la carga inmediata, pueden proporcionar aplicaciones en curso así como una ayuda transitoria o provisional. De la misma manera la histología se muestra saludable, hueso íntegros en las áreas de entorno a los mini-implantes dentales 4 y 5 meses postoperatorios. Además, el estudio histológico demostró que, aunque fueron utilizados dos pacientes bajo diferentes nombres y circunstancias, fueron casi idénticos.

Dichas publicaciones son de suma importancia para esta investigación, porque ofreció evidencias clínicas e histológica del uso de mini-implantes dentales utilizando una auto-técnica con protocolo de antelación para colocar los implantes, y facilitar su integración y carga inmediata.

Bases Teóricas

Un paciente edéntulo total es aquella persona que sufre de ausencias dentarias completas. Según Zarb (1994), el estado edéntulo es una agresión a la integridad del sistema masticatorio que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas que el paciente percibe de diferentes maneras, pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez. La pérdida dental es un problema que se le atribuye a diferentes causas caries, enfermedades periodontales, traumatismo, factores genéticos, entre otros.

Consecuencia de Pacientes Edéntulos Totales

La pérdida de los dientes constituye un severo obstáculo, como fue reportado por Blomberg (1985), los dientes no solo son una parte del sistema masticatorio, ya que la región oral se constituye además en un centro psico-sexual y del habla. Según fue reportado por Franks (1979) La ausencia dentaria total trae complicaciones severas para el individuo como por ejemplo:

- Estética, ya que hay pérdida de la dimensión vertical y línea media por lo tanto se vuelve asimétrica facialmente y oralmente se ve inarmónico.
- Fonética, ya que se le dificulta pronunciar algunas palabras.
- Masticación, porque no puede masticar alimentos es decir no los puede triturar.
- Deglución, porque los alimentos no están bien triturados y cuesta deglutirlos.

De allí, que estas afecciones se evidencian a que sola a la pérdida de los molares está asociada con la función oral deteriorada, y al respecto, muchos autores afirman que sin los molares, la función masticatoria, estabilidad oclusal y función de la ATM estarían afectados.

Sin embargo, el estado edéntulo no es fatal, pero tampoco es una condición que provoque cierta simpatía especial. Hay personas con sentimientos de inferioridad, que hacen lo posible para disimular una prótesis completa, además el paciente edéntulo en vez de ser aceptado normalmente en el consenso humano, frecuentemente es víctima de rechazo.

Tratamiento Paciente Edéntulo Total

Según De Franco R. (Winkler, 1999), el tratamiento se basa de acuerdo a la historia clínica, la exploración física, la edad, el estado de salud

general y el perfil del paciente. Los tratamientos para edéntulos totales pueden ser prótesis totales removibles ya sea mucosoportada o implantosoportadas, o prótesis fijas ya sea por la colocación de implantes. Se le debe explicar al paciente el nivel de éxito y el tratamiento a realizar, de manera que su participación y opinión cuente para la realización del mismo. Los pacientes presentan diferentes problemas de diversas magnitudes algunas de ellas se pueden resolver, mientras que otras se pueden controlar y atender dentro de la estructura de las modalidades válidas del tratamiento protodónico.

Descripción del Sistema de Prótesis Totales Mucosoportadas

Siguiendo con la bibliografía citada la prótesis total mucosoportada es una prótesis que se construye para pacientes desdentados totales, en la que se incluyen todas las piezas dentarias. Las prótesis Totales se suelen colocar 14 piezas por arcada, se omiten siempre los terceros molares o cordales, y a veces según las exigencias de las estructuras bucales, se tiene que reducir el número de piezas a 12, eliminamos o un premolar o un segundo molar.

El Sistema de Prótesis totales con soporte mucosoportada se basa en el contacto directo con la mucosa bucal, al estar la mucosa y la base de la prótesis húmedas, se crea una fuerza de fijación que está en relación entre otros, con la extensión de la prótesis, y con la tensión superficial de la saliva, esta fuerza retiene la prótesis.

El proceso de fijación del sistema de prótesis total mucosoportada se basa en varios componentes principales:

- **Sellado Periférico:** Según Appelbaum M. (Winkler, 1999) la función principal del sellado periférico es mantener el contacto con la parte anterior del paladar blando, para así dar más retención a la prótesis y evitar ser desalojada con facilidad durante fuerzas horizontales y torsión latera; Se

logra mediante el buen recorte muscular de la cubeta y la toma de una buena impresión, de tal manera que no entre aire entre la mucosa y la prótesis.

Evitando también el reflejo nauseoso, ya que no habrá una separación entre la base de la dentadura y el paladar blando durante los movimientos funcionales; reduce también el malestar del paciente cuando ocurre el contacto entre el dorso de la lengua y el extremo posterior de la base de la dentadura.

- **Soporte:** Zuleta L. (2001), explica que es la capacidad de la prótesis de resistir las fuerzas de la intrusión. Un buen soporte es indispensable para la eficacia funcional de la prótesis, el hueso y la mucosa constituyen el terreno de soporte, pero realmente el soporte lo constituye la relación de la prótesis con la mucosa, el hueso alveolar y la saliva.

- **Retención:** Siguiendo la cita anteriormente, es la capacidad de la prótesis para mantenerse en su lugar y no ser desalojada por las fuerzas verticales que se producen dentro de la cavidad bucal. En la retención juegan un papel muy importante la adhesión y cohesión.

- **Adhesión:** Consiste en la atracción que se ejerce entre las moléculas de cuerpos diferentes, en este caso entre la cara interna de la placa de la prótesis y la mucosa.

Las Condiciones para que se realice una mejor adhesión son:

1. Una perfecta adaptación de la prótesis.
2. La retención va a ser proporcional a la extensión de la superficie de contacto.
3. La saliva y su viscosidad, a mayor viscosidad, mayor retención.

- **Cohesión:** Consiste en la atracción molecular en un mismo cuerpo, en este caso en la saliva, la viscosidad de la saliva también es muy importante.

- **Estabilidad:** Según Zuleta L. (2001), es la propiedad que tienen las prótesis de oponerse a las fuerzas que la desalojan en sentido horizontal que se producen dentro de la cavidad bucal.

El éxito de la prótesis mucosoportada depende también de otros factores que son muy importantes, ya que no todos los pacientes consiguen llevar la prótesis de forma confortable y con un buen funcionalismo. Estos factores son:

- **Forma y morfología de las arcadas dentarias:** a mejor estado óseo mejor soporte de la prótesis
- **Musculatura e inserciones musculares:** muchas veces las fuerzas musculares hace expulsiva a la prótesis.
- **Factores psicológicos:** hay pacientes que no soportan la idea de llevar una prótesis removible, y a mayor edad, más difícil es la habituación a la prótesis.
- **Prótesis mal equilibradas:** defecto de construcción, los contactos dentarios no son los ideales.
- **Enfermedades de la boca:** síndrome de boca ardiente, todo lo que pueda producir sequedad oral.
- **Alergias:** Debido a los materiales de la prótesis como por ejemplo el metal.

Dr. Branemark y la Oseointegración

Según Beumer y Lewis (1991), la historia del implante dental de remonta a la década de los sesenta específicamente en 1965 cuando el Profesor e investigador sueco Per-Ingvar Branemark llevó a cabo experimentos para estudiar la respuesta de la médula ósea ante diferentes procedimientos clínicos y de traumatología, instaló unas microcámaras de titanio en huesos de conejo para testear la microcirculación de aquellas piezas óseas, pero cuando quiso retirarlas no pudo porque se habían pegado firmemente al hueso.

De la misma manera, al observar esto la investigación tuvo un propósito más extenso al darse cuenta que podría ser una manera de fijar

estructuras en una forma más estable. Además se descubrió que el metal elemental de titanio podría vincularse con células vivas de hueso. Se diseñó eventualmente un sistema de implantes para la mandíbula humana hechas de puro titanio. Señalando que los primeros se colocaron en la frente de la mandíbula. Hoy, algunos de estos implantes están todavía en su lugar después de más de 30 años de servicio.

Cuando hablamos de osteointegración Chiapasco (2006), se refiere a la directa aposición de tejido óseo sobre la superficie del implante (constituida por óxido de titanio), sin que haya interposición de tejido blando. Por otra parte histológicamente ha sido demostrado que la superficie implantar produce una interfase no solo con el tejido óseo, sino también con el tejido de los espacios medulares. El mismo autor observa que con el transcurrir del tiempo hay evidencias que la conexión entre la superficie a implantar y el tejido óseo se produce a través de una capa de material amorfo constituido por glicoproteínas y por mucosacáridos de alto peso molecular; todavía son desconocidas las consecuencias de este dinamismo de naturaleza químico-físico y biomecánicamente.

Osteoporosis Por Ausencia De Estímulos

Los implantes dentales según Fregueiro (2002), surgen en un primer momento como una alternativa para solucionar problemas en las terapéuticas tradicionales de rehabilitación protésica. Sin embargo, pronto queda evidenciado la dificultad para la colocación de implantes debido a alteraciones en el soporte óseo maxilar. Dentro de estas alteraciones se presenta como factor de riesgo la osteoporosis debido a que esta patología se caracteriza por presentar una reducción en la masa ósea y deterioro en su microarquitectura.

Estas dificultades motivan la necesidad de investigar el modo de generar hueso nuevo para el lecho receptor y así tornarlo apto para la

recepción de implantes. Surge de este modo un nuevo objetivo en la investigación odontológica: crear mecanismos artificiales de regeneración ósea. Así, en esta última década, se introduce el concepto de regeneración tisular guiada (R.G.T.) u osteopromoción en los procesos reparativos. La osteopromoción se define como la capacidad de inducir la regeneración ósea mediante la utilización de barreras físicas . El objetivo es guiar la formación de hueso sano necesario y suficiente para cubrir los defectos óseos, tanto en los procesos alveolares como periodontales, así como también brindar un soporte adecuado para alojar las prótesis dentales mucoso-soportadas o implanto-soportadas.

Sin embargo, la osteopromoción es insuficiente para la implantología si no se considera, al mismo tiempo, la “ley de transformación del hueso” descrita por el anatómico alemán Julius Wolff (1892), donde establece que el hueso va remodelándose en función de las fuerzas que actúan sobre el mismo. Este necesita estímulos para mantener su forma y densidad. Lo cual hace que la relación de interdependencia entre las piezas dentarias y el proceso alveolar se produzca a lo largo de toda la vida transmitiendo las fuerzas de compresión y tracción al hueso circundante. Cuando se pierde una pieza dentaria, la ausencia de estímulos provoca una disminución de las trabéculas en esa zona y una reducción del ancho y la altura del hueso.

Como consecuencia, esta resorción del hueso alveolar da lugar a la formación de rebordes edéntulos atróficos, lo que trae aparejado complicaciones estéticas, de funcionamiento y rendimiento de las prótesis. Como el implante presenta un comportamiento similar al de una pieza dentaria natural, ya que sustituye las raíces dentarias, requiere de estos mismos estímulos para el éxito en la rehabilitación.

Siguiendo con la bibliografía citada se define la oseointegración como la conexión directa estructural y funcional entre el hueso vivo y la superficie del implante sometido a una carga. Por eso, la creación y la manutención de

la oseointegración depende en gran medida de la curación de los tejidos, de la capacidad de reparación y remodelación de los mismos.

Métodos De Regeneración Ósea

Según Fregueiro, existen materiales y métodos para promover la regeneración estos parten del conocimiento de que el hueso está compuesto microestructuralmente por células -osteoblastos, osteoclastos y osteocitos- matriz orgánica y matriz inorgánica (ambas insolubles) y por factores señalizadores solubles (proteínas morfogenéticas y factores de crecimiento). Estos elementos que componen el hueso se combinan para impulsar determinados mecanismos con la finalidad de obtener una mejoría en la regeneración ósea. Estos mecanismos son la osteogénesis, la osteoinducción y la osteoconducción.

La osteogénesis se refiere al proceso de formación y desarrollo de hueso nuevo. Un material osteogénico es el hueso autólogo que está formado por tejido implicado en el crecimiento y reparación ósea.

La osteoinducción alude al proceso de estimulación de la osteogénesis. Los materiales osteoinductivos estimulan la liberación de proteínas inductivas que facilitan la diferenciación celular. Por ejemplo, plasma rico en factores de crecimiento (P.R.G.F.) las proteínas morfogenéticas (BMPs) y también el hueso autólogo.

El último mecanismo, la osteoconducción, proporciona la estructura o matriz física apropiada para la deposición de hueso nuevo. Dentro de los materiales osteoconductivos se encuentra nuevamente el hueso autólogo, fibrina autóloga, plasma rico en factores de crecimiento, hidroxapatita reabsorbible, sulfato de calcio, fosfato tricálcico, fibrina liofilizada, hueso desmineralizado, cristales cerámicos bioactivos y las nuevas superficies osteoconductivas de los implantes. Dentro de estos materiales, el plasma rico en factores de crecimiento es uno de los más utilizados ya que se obtiene de

la sangre del propio paciente y por tanto evita el riesgo de transmisión de enfermedades. Este material es un concentrado de plaquetas donde se producen y liberan factores de crecimiento que, a su vez, se encuentran en los gránulos alfa de las mismas.

Los materiales utilizados para la reparación poseen al menos uno de estos tres mecanismos de acción, a excepción del hueso autólogo que, como se ha visto, es el único que cumple con las tres vías para la neoformación ósea.

Tipos de Implantes Dentales

Implantes Endostiales

Este tipo de implante se inserta en el maxilar para servir como raíz del diente.

Implantes Subperiostiales.

Este tipo de implante, a menudo una opción para personas que ya no pueden usar dentaduras postizas convencionales, consiste en un implante especialmente diseñado que encaja directamente en el hueso existente.

En cuanto al número: Existen los llamados implantes unitarios que sustituyen a un solo diente. Para casos en los que falten varios dientes pueden colocarse varios implantes y en los casos en que falten todos los dientes, varios implantes pueden servir de soporte a una dentadura completa haciéndola más estable y por ello más cómoda y funcional.

En cuanto a la forma: existen varias casas comerciales que fabrican diferentes tipos de tornillos. Los primeros, diseñados en 1965 por el Dr. Branemank, se siguen usando actualmente y son unos de los más fiables. En general tienen forma cilíndrica, con o sin rosca, y miden de 3 a 5 milímetros

con una longitud de 8 a 20 milímetros que se usan dependiendo de la zona de la mandíbula o maxilar y de la cantidad de hueso que exista.

Consideraciones Óseas

Misch (1984), expone que el hueso disponible representa la cantidad de hueso de la zona edéntula en la que se insertarán los implantes. Se miden la anchura, la altura, la longitud, y la angulación

Es importante saber que se mantiene una distancia de 2 mm entre el implante y cualquier punto saliente adyacente, en especial cuando el punto saliente opuesto es el nervio mandibular; un implante puede atravesar sin problemas la cortical del seno maxilar o del borde inferior de la mandíbula, o junto a la placa cribiforme de un diente natural. Sin embargo el implante adquiere movilidad o se ve afectado por la patología peri implante, el punto saliente adyacente puede verse afectado negativamente.

Los fabricantes facilitan la anchura y la longitud de los implantes con forma de raíz. La longitud corresponde a la altura de hueso disponible. La anchura de un implante con forma de raíz corresponde a la anchura y longitud mesiodistal del hueso disponible y la altura corresponde a la altura del hueso.

Por tal motivo cuanto mayor sea la superficie del sistema implante-hueso, menos concentrada estará la fuerza que se transmite al hueso y mejor pronóstico tendrá el pilar del implante. Para un implante con forma de raíz, por cada 0.25 mm que aumenta el diámetro, la superficie aumenta aproximadamente en un 10 %. Por consiguiente, para un implante con forma de raíz que tenga 1 mm más de diámetro, la superficie total aumentará aproximadamente en un 40 %. Además, al aumentar el diámetro disminuye el nivel de tensión en la interfase hueso cresta – implante.

La altura de un implante también influye en la superficie total. Un implante conlleva un aumento de la superficie superior al 10 %. La

importancia de ese aumento de longitud no se refleja a nivel de la interfase con el hueso crestal, sino en la estabilidad inicial, en la cantidad de interfase entre hueso e implante y en la resistencia a largo plazo frente a los momentos de la fuerza. Siguiendo con dicha bibliografía tenemos que el aumento de la altura de un implante en el seno del hueso disponible también favorece la cicatrización, al disminuir el riesgo de movimientos a nivel de la unión.

Los salientes anatómicos opuestos suelen estar constituidos por hueso cortical. El hueso cortical puede remodelarse rápidamente a nivel de las superficies periósticas y endoósea de la formación callosa y a un ritmo 50-100 veces más lento en el hueso cortical que en el trabecular, que inicialmente cicatriza con tejido óseo entrelazado. Más adelante, el hueso trabecular remodelado puede mantener el implante inmovilizado mientras se remodela el hueso cortical.

De este modo, el implante es más propenso a mantener una interfase directa entre el hueso e implante.

Elección del Emplazamiento para los Implantes Mandibulares

En su oportunidad, Misch (1984), destaca que la zona de mayor altura de hueso se encuentra en la mandíbula anterior, entre ambos agujeros mentonianos, o entre los bucles anteriores del conducto mandibular, cuando existen. Esta región suele tener la densidad ósea óptima para el soporte implantológico. El soporte anterior para una sobredentadura presenta numerosas ventajas. Por consiguiente, las opciones terapéuticas que presentamos se basan en la inserción de implantes anteriores.

El hueso disponible de la mandíbula anterior se divide en cinco columnas óseas iguales que pueden servir de emplazamientos potenciales para los implantes y que se designan con las letras A, B, C, D y E, empezando por la derecha del paciente.

Clasificación del Movimiento en las Sobredentaduras

Así mismo, Misch (1984), ofrece además, una clasificación específica donde el movimiento puede producirse hasta en seis direcciones: oclusal, gingival, facial, lingual, mesial y/o distal. No obstante, el movimiento real de la sobredentadura puede ser totalmente diferente del movimiento de los anclajes cuando es independiente. Además, la prótesis puede moverse hasta en seis direcciones, aunque se utilice el mismo tipo de anclaje.

El movimiento de las sobredentaduras de implantes van en seis direcciones o rangos de movilidad, independientemente de las direcciones de movimiento de anclaje.

Si la prótesis tiene rigidez mientras está colocada, pero puede retirarse, el movimiento protésico (MP) se define como MP-1 independientemente de los anclajes utilizados. Por ejemplo, los anillos en O tienen un rango de movilidad de seis direcciones diferentes; sin embargo, si colocamos un anillo en O en una barra de arco completo en cuatro puntos diferentes, y la prótesis se apoya en la barra de la superestructura, la restauración puede tener una movilidad MP-1. una prótesis de bisagra permite los desplazamientos en dos planos, por lo que es una prótesis MP-2. Por ejemplo, la barra y gancho de Hader es un anclaje de tipo 2. Si se coloca este sistema perpendicular al eje de rotación de la prótesis, el MP será también en dos planos (MP-2).

Sin embargo si la barra de Hader está en ángulo o paralela a la dirección de rotación, la prótesis es rígida y permite a un sistema MP-1. Un sistema de anclaje que permite el movimiento vertical y en bisagra es el tipo 3, por ejemplo la barra y gancho de Dolber. Para que el movimiento sea de MP-3, la barra y el gancho deben estar también perpendiculares a la dirección de rotación de la prótesis.

Con lo explicado anteriormente, rara vez es posible utilizar una restauración MP-4 para un sistema de sobredentadura. El sistema de anclaje

tipo 5 permite los movimientos en dirección oclusal, mesial, distal, facial y lingual. El ejemplo más habitual del sistema de anclaje implantológico con cinco direcciones de movimiento es el de imán. Sin embargo, para ofrecer esta movilidad, los implantes tienen por lo general que ser independientes. Si se conecta una superestructura a los implantes, su rango de movilidad disminuye. Un sistema de imanes independientes proporciona una retención excelente aunque la prótesis suele tener estabilidad escasa.

Un anclaje de anillo en O o ERA tiene movilidad en seis direcciones. Sin embargo, puede ser necesario mantener los implantes independientes para conseguir un rango de movimiento MP-6. La barra de una superestructura puede limitar esta movilidad, dependiendo de su diseño. El sistema de apoyo de un anillo en O soporta un mayor momento de fuerza, ya que el componente vertical de este tipo de anclaje se extiende unos 7 mm por encima del implante.

Este sistema de clasificación se utiliza para valorar la dirección de movimiento de la prótesis implantosoportada, no el rango global de movilidad de cada anclaje. Una prótesis MP-1 suele tener un movimiento oclusal y se mantiene rígida mientras permanece en su sitio. Una prótesis con movimiento en bisagra es de tipo MP-2, y una prótesis con movimiento vertical y en bisagra es de tipo MP-3. Las sobredentaduras no suelen tener una movilidad tipo MP-4. Una prótesis MP-5 puede moverse en cinco direcciones, y una prótesis MP-6 tiene una movilidad universal.

Es frecuente que el momento de la prótesis difiera del rango de movilidad de los anclajes, sobre todo cuando los implantes están conectados por una superestructura.

Opciones Terapéuticas Para Las Sobredentaduras

Siguiendo con el último autor antes citado, el mismo nos refiere que las opciones terapéuticas para una sobredentadura van desde una prótesis

fundamentalmente mucosoportada con retención por implantes, hasta una prótesis totalmente implantosoportada con retención rígida. La cantidad de apoyo implantológico necesario para tratar correctamente estas alteraciones dependerá del estado, la anatomía, los deseos y las posibilidades económicas del paciente. La cantidad de apoyo que pueda proveer la restauración dependerá del número y de la posición de los implantes.

En el cuadro mostrado a continuación, se hace referencia de forma resumida cada una de las opciones terapéuticas para las sobredentaduras.

Cuadro N 1

Opciones Terapéuticas para las Sobredentaduras

Opción	Descripción	Movilidad protésica	Reborde posterior
SD-1	Implantes en las posiciones A y E independientes entre sí;	6	Buena anatomía, estabilidad y retención de la dentadura
SD-2	implantes en las posiciones B y D unidos rígidamente por una barra	3-6	Buena forma anatómica del reborde, buena retención, estabilidad de la dentadura
SD-3			
1	Implantes en las posiciones A, C y E unidos rígidamente por una barra cuando el reborde posterior tiene una forma adecuada	2-6	Anatomía posterior moderada o buena, buen flanco lingual sobre la dentadura
2	Implantes en las posiciones B, C y D unidos por una barra rígida cuando el reborde posterior tiene una forma inadecuada	3-6	Mala anatomía posterior, mala estabilidad lateral en la región posterior
SD-4	Implantes en las posiciones A, B, C y D unidos rígidamente por una barra con un voladizo distal de unos 10 mm	2 o 3	Mala anatomía del reborde posterior y/o deseos moderados del paciente
SD-5	Implantes en las posiciones A, B, C, D y E unidos rígidamente por una barra con un voladizo distal de unos 15 mm	1	Mala anatomía del reborde y/o deseos apremiantes del paciente

Fuente: Misch (1984)

Descripción Del Mini Implante (MDI)

Según la Imtec Corporation (2004), los implantes dentales mini son tornillos implantables muy pequeños, de 1,8 mm de diámetro, de titanio, concebidos hace ya más de 20 años por el Dr. Víctor I. Sendax, como recurso de transición para sostener puentes fijos o prótesis mucosoportadas.

Están disponibles en 10, 13, 15, 18 mm de longitud, el implante y empalme vienen en una sola unidad. Los Mini Implantes ofrecen un enorme campo de acción para la estabilización de prótesis parciales y totales removibles.

Estos mini implantes poseen una bola en la cabeza sistema o-ball que entrará en un sistema o-ring que se coloca en la prótesis, logrando la retención y estabilidad adicional para la misma. Con un diseño único de rosca de llave propia, con superficies antirotacionales enroscadas, el implante viene empaquetado y esterilizado para mayor eficiencia y desarrollo al momento del procedimiento clínico.

Con el Dr. Ronald A. Bulard, los ofrecieron como IMTEC Sendax MDI a partir de 1999. Como rasgos principales: (a) permiten un protocolo más conservador; (b) no requieren colgajos ni golpes de inserción, con menos trauma para encía y hueso; (c) por su menor tamaño encajan en rebordes no aptos para los demás implantes en cualquier tipo de hueso; (d) asientan firmemente en posición en íntimo contacto con el hueso; (e) una vez insertados, pueden recibir carga inmediata, sin esperas ni segundas cirugías. Por eso los llaman en inglés Single Day Implants (implantes en el día), con el procedimiento terminado en cuestión de pocas horas.

Está compuesto por una aleación de titanio (titanio, aluminio, vanadio).

Aplicaciones

- Para una estabilización inmediata en prótesis fijas o removibles.
- Soporte inmediato para dientes naturales tratados endodóntica o periodóntalmente.
- En reparaciones provisionales de prótesis rotas
- En aplicaciones de anclaje ortodóntico
- Perfecto empalme interno, por fallas en las prótesis fijas o removibles.
- Compatibles con todos los sistemas de implantes.

Procedimiento

De tal manera, Imtec Corporation divide el procedimiento para la colocación de los implantes dentales mini en dos fases:

Quirúrgico:

- Anestesia local
- Separador de labios, carrillo y lengua con aspiración doble.
- Se efectúan marcas directamente a la mucosa con lápiz demográfico.
- Reutiliza la fresa piloto con micromotor a baja velocidad (permucoso), con generosas cantidades de agua estéril
- Una vez lograda la penetración de la cortical, se atornilla con los dedos el implante con su manguito hasta encontrar resistencia firme
- Ahí se reemplaza por la llave especial de mano y se trabaja con ella hasta que lo permita el hueso.
- Finalmente se pasa la llave de torque con progresos muy controlados, cuidadosos, pequeños, para no recalentar, hasta el asentamiento deseado. “se considera asentado el implante cuando las vueltas de rosca y la base del implante queden subgingivales y solo se vea la cabeza del implante. Ahí debe quedar muy firme; igual o mayor a 40 n. de torque; si no, la calidad ósea será pobre, igual que el pronóstico”

Protésico:

- Se transfiere la ubicación de cada implante a la dentadura
- En los puntos señalados, se tornea una cavidad de unos 5 mm de diámetro aproximadamente
- Se bloquea el cabezal del MDI, para que el material de rebasado no se ande en ella

- Se coloca la cubierta del anillo de goma (o-ring) sobre cada implante y se verifica el buen calce general
- Rebasado con acrílico de autocurado, se asientan en posición (se manda a ocluir al paciente). Polimerizado, se recortan excedentes y se rellenan espacios libres o defectuosos.

Ventajas de las Prótesis Implantosoportadas Frente a otras Alternativas Prostodónticas

Referido a Bianchi (2001), los implantes dentales pueden directamente reponer piezas dentarias perdidas o colaborar en el soporte y retención de prótesis dentales. Contempla además que con él se obtienen múltiples ventajas con respecto a los métodos terapéuticos de rehabilitación tradicional (prótesis mucosoportadas)

- **Mantenimiento del hueso alveolar:** El implante dental insertado en el hueso, supone una de las mejores técnicas de mantenimiento preventivo en odontología. Cuando se coloca un implante, y comienza a funcionar, éste recibe tensiones y tracciones que son transmitidos al hueso que rodea al implante y, por consiguiente, aumenta el número de trabéculas y la densidad del hueso. Un implante endoóseo puede mantener el ancho y la altura del hueso mientras permanezca en buenas condiciones, siguiendo, como se menciona anteriormente, la ley de transformación del hueso de Wolf.

- **Dientes con una buena posición estética:** Mediante un implante se pueden colocar los dientes en una posición que favorezca la estética, logrando así un impacto psicológico positivo en el paciente. El hecho de no tener que quitarse la prótesis evita confirmar la ausencia de sus piezas dentarias, repercutiendo de este modo en un aumento de la confianza en sí mismo.

- **Recuperación de la dimensión vertical:** Los rasgos del tercio inferior de la cara están estrechamente relacionados con el esqueleto subyacente.

Con el tratamiento de prótesis implantosoportadas es posible conseguir la dimensión vertical similar a la de los dientes naturales. Esto hace posible lograr una morfología y un aspecto facial óptimo en todos los planos anatómicos.

- Buena oclusión: Una prótesis implantosoportada permite obtener una oclusión estable (oclusión céntrica), evitando el riesgo de adoptar posiciones variables oclusales que pueden producirse como consecuencia de la inestabilidad de las prótesis mucosoportadas.

- Cargas oclusales directas: Con una prótesis implantosoportada se puede controlar la dirección de las cargas oclusales e impedir las fuerzas horizontales que son las responsables de acelerar la pérdida ósea.

- Aumento de la fuerza oclusal: Una prótesis sobre implantes puede conseguir una fuerza parecida a la de los dientes naturales.

- Mejor función masticatoria. La eficacia de la masticación mejora con una prótesis sobre implantes en comparación con una prótesis convencional.

- Mayor estabilidad y retención: La estabilidad de la prótesis depende del apoyo que proporcionen los implantes; aun así todas las opciones suponen una mejora en la estabilidad. La retención mecánica de los implantes es superior a la retención que proporcionan las dentaduras mucosoportadas.

- Mejor fonética: Al tener mayor estabilidad las restauraciones sobre implantes, no se producen alteraciones de los músculos masticadores ni de los músculos que intervienen en la expresión facial y, por lo tanto, no hay alteración en la fonética.

- Reducción del paladar o los flancos: Las prótesis sobre implantes pueden tener flancos y/o paladar de menor tamaño o directamente no precisar. Esto hace que no solamente tenga una mejor aceptación del paciente sino que también le aporte una mayor percepción oclusal durante el acto masticatorio.

Satisfacción

La satisfacción como un medio de definición incluido en el tema de la investigación, nos refiere el bienestar del paciente con respecto a los tratamientos recibidos por ellos, los cuales, en su oportunidad contribuyeron o no en la buena salud oral para el mismo, es por esto que este tema y su completa explicación son necesarias para la definición del grado de comodidad del paciente.

Es difícil entender el lado emocional de la vida lo que sienten los adultos acerca de ellos mismos, de los demás y de la vida en general. En especial se interesa identificar lo que se llama el bienestar subjetivo y cada uno de sus componentes. (Stacey, y Gatz, 1991).

Son muchas las propuestas acerca del bienestar subjetivo por lo menos Horley (1984) lo define “un estado o sentimiento positivo percibido por la persona”, mientras que Liang (1985) lo describe como “las evaluaciones cognoscitivas y afectivas que el individuo hace de la vida como un todo”. La mayor parte de los psicólogos acepta que el bienestar subjetivo es un concepto abstracto y multidimensional que puede medirse con indicadores como la satisfacción con la vida, el ánimo, la felicidad, la congruencia y el afecto (George, 1981).

Satisfacción con la Vida

Neugarten, Havighurst y Tobin (1961), condujeron la investigación inicial de mayor influencia sobre la satisfacción con la vida (Life satisfaction index A, LSIA) ; (Krause, 1991), a partir de la cual desarrollaron el índice A de satisfacción con la vida, para medirla en los ancianos. Los investigadores consideran que la satisfacción con la vida tiene cinco dimensiones:

- Entusiasmo contra apatía: el grado en el que el individuo participa en actividades, se involucra con otras personas o ideas.
- Resolución y fortaleza: el grado en que la gente asume la responsabilidad de su propia vida.
- Congruencia: el grado en que las metas son logradas. Estudios de adultos de todas las edades muestran que, en lo que respecta a su contribución a la satisfacción con la vida, lo que sucede el presente sigue siendo más importante que lo sucedido en el pasado o lo que pueda suceder en el futuro. Sin embargo, conforme a la gente envejece los logros pasados adquieren mayor importancia pues permite que los ancianos se reconcilien con las penurias del presente y la disminución de recursos del futuro (Shmotkin, 1991)
- Autoconcepto: el grado en que una persona tiene un concepto positivo de ella misma, física, Psicológica y socialmente.
- Tono del estado de ánimo: el grado en que las personas mantienen actitudes optimistas y sentimientos felices

La investigación brindó un apoyo apenas a la versión original del LSIA, como medida válida de satisfacción con la vida entre los ancianos. Otros investigadores hicieron resaltar la necesidad en que la escala incluyeran preguntas concernientes al futuro al evaluar los factores importantes en la satisfacción de los adultos con la vida (Shmotkin, 1992). En otras palabras la satisfacción actual con la vida no depende únicamente de los sentimientos y condiciones de vida actuales, sino también de las perspectivas que las personas tengan a futuro.

Satisfacción Asociada a la Salud

Numerosos estudios indican que la salud es uno de los más importantes factores relacionados con el bienestar subjetivo (George y Landerman 1984;

Hooker, 1992; Okun, Stock, Haring y Witter, 1984; Zautra y Hempel, 1984). Ciertamente un decremento en la satisfacción con la vida y un incremento en la depresión han sido asociados con un deterioro en la percepción de la salud (Rodin y Mc Avay, 1992). Además, es muy poco probable que la gente que está enferma o físicamente incapacitada exprese satisfacción con su vida (Revicki y Mitchell, 1990). Willits y Crider (1988) estimaron la relación entre la evaluación de la salud y otras medidas de satisfacción en adultos de 50 a 55 años de edad y encontraron que las calificaciones de la salud se relacionaron significativamente con cuatro medidas de satisfacción: la satisfacción con la vida, la satisfacción en la comunidad, la satisfacción laboral y la satisfacción matrimonial. Más aun, esas relaciones se mantenían independientemente del género, educación, estatus matrimonial, ingresos, numero de familiares en el área, numero de amigos cercanos o frecuencia de participación en actividades recreativas.

Cuando hablamos de satisfacción según la real academia española es definida como “Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria, Confianza o seguridad del ánimo, cumplimiento del deseo o del gusto.” Pero algo más allá de esta primera impresión, esta resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

1. 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.
2. Para que exista satisfacción 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, como "satisfactorio" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es 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. Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro. De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar, que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante.

Cuadro N 2
Operacionalización de las Variables

Objetivo General	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores y criterios	Instrumentos
-Demostrar el grado de satisfacción del paciente edéntulo al comparar el tipo de soporte protésico mucosoportado Vs implantosoportado, que acuden a La Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2007-2008.	- Satisfacción del paciente edéntulo con Sistemas de soportes en prótesis totales Mucosoportados Vs Implantosoportados	El grado en que una persona tiene un concepto positivo de ella misma, física, psicológica y socialmente.	Adquisición de bienestar general en el desempeño diario dentro de la vida misma.	- Grado satisfacción del Paciente con Prótesis total mucosoportado -Grado de satisfacción de Paciente portador de Prótesis total mucosoportada que pasa a utilizar sistema Implantosoportada.	Grado de satisfacción prótesis mucosoportadas (Alto, medio, bajo) Grado de satisfacción prótesis implantosoportadas (Alto, medio, bajo)	Encuesta Entrevista estructurada

Autores: Morles Perleri.
Orozco Carlos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de la investigación

Ésta es una investigación de tipo cualitativa bajo un enfoque de autor sin control de variables (Lerma, 2002), con método estudio de caso, la cual se define como investigaciones profundas sobre individuos (Polit, 1994), enmarcada dentro de la modalidad investigación de campo, caracterizada porque la información recabada debe obtenerse directamente de los casos de tres (3) pacientes edéntulos, es decir, surge de la realidad (Orozco y Labrador 2002).

Diseño de la Investigación

Según Kerlinger (citado por Pardo y Cedeño, 1997), el diseño de la investigación representa el plan, la estructura y la estrategia concebida por el investigador, para dar respuesta a la pregunta de la investigación.

Una investigación de tipo longitudinal Sierra (2004), es donde se recolectan datos a través del tiempo en puntos o períodos específicos, para ser inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias.

En relación a esta definición, esta investigación es de tipo longitudinal, ya que con ella se estudia el grado de satisfacción de los pacientes edéntulos pertenecientes a la muestra, observando los cambios ocurridos a través del tiempo con ambos tipos de prótesis, haciendo énfasis en los resultados obtenidos hasta el momento de la culminación del estudio.

Población

La población de estudio Salinas y colaboradores (2001), será el conjunto de sujetos que cumplan las características que se deben estudiar; haciendo referencia a este concepto la población de dicho estudio esta enmarcada en pacientes edéntulos, según Orozco y Labrador (1999), esta debe estar limitada en el espacio es decir hasta donde se pueda alcanzar la generalización de los resultados, por tal motivo está conformada por tres pacientes edéntulos que acuden al consultorio odontológico privado “Unidad Quirúrgica la Alegría” donde se estudió características y relación de casos, en el periodo 2007-2008.

Muestra

La muestra Orozco y Labrador (1999), es el subconjunto de la población, es decir, una parte representativa de de la población de donde procede, en el presente se encuentra limitada por los tres pacientes edéntulos de la población que acudieron en el lapso de estudio al consultorio odontológico privado “Unidad Quirúrgica la Alegría” con el propósito de la colocación de prótesis dentales.

Instrumento

El instrumento es un dispositivo o conjunto de objetos materiales que sirve para registrar los datos obtenidos a través de diferentes fuentes (Sierra, 2004).

En el presente trabajo de grado, se realizó la aplicación de dos (2) instrumento, donde el primero (1) consta de una encuesta mediante una consulta breve a los pacientes de la muestra de forma escrita con una escala de estimación policotómica (Sierra, 2004). Esta escala de satisfacción es

aplicada con la finalidad de evidenciar el comportamiento y receptividad (Flames, 2001) del tratamiento protésico utilizado en cada sujeto, dicha encuesta consta de doce (12) ítems con la alternativa de cuatro (4) opciones de respuesta.

El instrumento numero dos (2), se realizó mediante una técnica entrevista estructurada basada en un dialogo o conversación cara a cara con una guía prediseñada (Sierra, 2004), la cual tiene el propósito, de obtener mayor información y lograr satisfacer el objetivo de la investigación que se realiza, Dicha entrevista consta de cuatro (4) pregunta.

Validez del Instrumento

Establecida como la relación existente entre lo que se mide y aquello que realmente se quiere medir (Sierra, 2004), determinando la correspondencia de la investigación, se utilizo el juicio de expertos para la validación del mismo, tras la evaluación y posterior consenso de un (1) experto en metodología, se prosigue a la aprobación de dos (2) especialistas en el área protésica e implantología que afirmen la autenticidad del instrumento a aplicar.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA**

Encuesta para obtener información acerca del grado de satisfacción en cuanto a los sistemas de soporte en prótesis totales mucosoportadas e implantoportadas con (MDI) en pacientes edéntulos totales que acuden al consultorio odontológico privado “Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2008-2009”.

Estimado paciente:

El presente instrumento tiene por finalidad obtener información acerca del grado de satisfacción ante el tipo de prótesis que usted porta, y en base a los resultados obtenidos se realizara un análisis para exponer o evidenciar ventajas y aceptación de dicho tratamiento protésico.

Es este sentido agradezco su colaboración y de antemano le damos las gracias.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LOS CASOS

Actualmente la población sufre de numerosas pérdida dentales, por lo que la odontología ofrece diversas opciones para el paciente edéntulo, con el fin de restablecer su sistema estomatognático (fonética, estética, masticación y deglución). Los pacientes ante dicha situación optan por tratamientos protésicos totales removibles mucosoportados ya que éstos son menos complicados y el tratamiento es más económico, pero no todos los pacientes tienen éxito debido a la resorción ósea existente, por tal motivo se inclinan por un sistema implantosoportado para mejorar la adaptación de la prótesis.

Por tal razón, esta investigación tuvo como finalidad establecer el grado de satisfacción de pacientes, que usaron en primera instancia un sistema mucosoportado y pasaron luego a un sistema implantosoportado, dicho tratamiento fue realizado por un cirujano maxilofacial y un protesista en la Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2007-2008.

La investigación se fundamentó en estudios de casos, utilizando historia clínicas, panorámica y fotografía. En la misma se estudió un total de tres pacientes edéntulo que acudieron al consultorio privado, la Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2007-2008.

El principal factor por el que los pacientes acudieron a la consulta odontológica era para la colocación de una prótesis que mejorara la estabilidad y retención, de esta manera mejorar su fonación, masticación, deglución, y estética, cubriendo el grado de satisfacción de cada paciente. Ya que la prótesis con sistema mucosoportado no logro los efectos nombrado anteriormente, la causa podría a ser atribuida a la resorción ósea, que con el tiempo fue ocasionando pérdida de adaptación y por lo tanto causaba movilidad de la prótesis, lo que ocasionó poco agrado y confort de la misma.

Por esto se optó a la realización de otro tipo de tratamiento que consistió en la colocación de una prótesis total removible soportada por Mini Implantes Dentales, y mejorar progresivamente la satisfacción de cada paciente.

Es importante destacar que los pacientes tenían circunstancias psíquicas y objetivas negativas debido a la mala experiencia. Antes de ofrecerles el plan de tratamiento se combatió lo que más dificulta la receptividad del tratamiento, que fue la barrera psíquica. Luego se procedió a los procedimientos técnicos de acuerdo a los hallazgos individuales.

A continuación se presentan los resultados obtenidos y los análisis interpretativos de cada uno de los casos:

Primer Caso Clínico

Historia Clínica

Datos Personales

Paciente de 50 años de edad, de sexo femenino, casado, de ocupación docente procedente de Puerto Ayacucho, la cual refiere inestabilidad de la prótesis total superior mucosoportada, y ha provocado incomodidad ante el uso de la misma.

Motivo de Consulta

“La prótesis se me va para todos lados”.

Antecedentes Personales

Paciente refiere incomodidad ante el uso de la prótesis total mucosoportada, con inestabilidad de la misma, lo cual, le imposibilitaba sonreír públicamente y masticar correctamente los alimentos, así mismo

expresó que su apariencia personal se veía afectada por la falta de seguridad al momento de realizar dichas actividades, también refiere haber sido intervenida quirúrgicamente (Cesárea).

Enfermedad Actual

Paciente acude a la consulta odontológica, por presentar prótesis total superior mucosoportada mal ajustada desde hace aproximadamente tres meses.

Examen Físico

Paciente edéntulo total unimaxilar superior, con arco superior ovoide, que presenta la altura de los rebordes alveolares reabsorbido, con poca resistencia a los desplazamientos laterales de la prótesis, y forma de “V” de los rebordes residuales en sentido vertical el cual ofrece cierta resistencia vertical. Presenta paladar duro en forma de “U”.

Tratamiento

Luego del llenado de la historia clínica, se procedió a la realización del tratamiento que consistió en un procedimiento quirúrgico con la colocación de implantes (MDI), con un total de cuatro mini implantes en la arcada superior; una vez realizado esto se llevó a cabo la carga protésica, dichos procedimientos fueron realizados por un cirujano maxilofacial y un protesista respectivamente, posteriormente se citó el paciente para la evaluación del grado de satisfacción con cada uno de los sistemas de soporte protésicos utilizados.

Experiencia del paciente con sistema mucosoportado

La paciente durante la encuesta y entrevista, mostró su experiencia negativa con dicho soporte, debido a los inconvenientes que este le causaba, a continuación se detalla lo descrito:

- ✓ La paciente describe la comodidad antes el uso de este sistema de soporte protésico como deficiente debido a la inseguridad que este le causaba.
- ✓ Cuando hablamos del desempeño para comer es descrito por la paciente como deficiente ya que al masticar o morder los alimentos la prótesis se desalojaba o era notablemente perceptible la inestabilidad de la misma.
- ✓ En cuanto a la pronunciación de palabras fue descrito por la paciente como deficiente porque tenía dificultad para pronunciar palabras debido a la inestabilidad de la prótesis, lo que le ocasionaba inseguridad socialmente.
- ✓ Referente a su desenvolvimiento al sonreír y apariencia personal lo describe como deficiente y desagradable porque se sentía insegura e incomodidad debido a la falta de retención que presentaba la prótesis lo que causaba incomodidad al momento de sus tareas cotidianas y sociales.

Ciertamente es observado a lo descrito anteriormente por el paciente que un decremento en la satisfacción, y un incremento en la depresión por los motivos antes mencionados han hecho tener al paciente un deterioro en la percepción de un nuevo tratamiento odontológico; siendo esto un factor asociado a la definición del bienestar o satisfacción del mismo. Al evaluar dichas respuestas, se condujo a la definición del grado de satisfacción como bajo, haciendo hincapié en que cada una de las respuestas fueron expresadas en la escala más baja de los ítems utilizados en la encuesta, reforzada estructuralmente con la entrevista.

Experiencia del paciente con el sistema implantosoportado

La paciente durante la encuesta y entrevista, mostró una gran receptividad al tratamiento con dicho soporte, debido a la seguridad que este le proporciona, manifestándolo de la siguiente manera:

- ✓ La paciente manifestó que su comodidad y seguridad es excelente con el sistema implantosoportado, ya que este sistema le ofrece una fuerte retención y estabilidad a la prótesis.
- ✓ Al comer describe que su habilidad se ha vuelto más placentera ya que puede masticar con seguridad y sin miedo de que la prótesis sea desalojada de su sitio.
- ✓ En cuanto a la pronunciación de palabras la define como excelente ya que tiene la posibilidad de pronunciar las palabras correctamente sin temor a que la fonética sea interrumpida por la inestabilidad protésica que antes acarreaba.
- ✓ La paciente describe que al momento de sonreír y apariencia personal, se siente más segura y confiada públicamente debido a la retención de la prótesis, manifestando que se siente “más bella”.

Al evaluar las respuestas que emitió la paciente durante la realización de la encuesta y la entrevista, se pudo observar que el grado, de bienestar o satisfacción ante el nuevo tratamiento fue la esperada por el paciente, al mejorar muchos aspectos que con su antigua prótesis era un problema, arrojando un resultado con un grado de satisfacción alto, debido a que la paciente manifestó excelencia en cada una de sus respuestas.

Segundo caso clínico

Historia Clínica

Datos Personales

Paciente de 85 años de edad, de sexo masculino, viudo, de ocupación comerciante procedente de Valencia, el cual refiere falta de retención de la prótesis total bimaxilar mucosoportada, dicho inconveniente ha ido aumentando al pasar del tiempo.

Motivo de consulta

“Como mal por causa de la prótesis”

Antecedentes personales

Paciente refiere inestabilidad ante el uso de la prótesis total bimaxilar mucosoportada, expresando su incomodidad al comer principalmente, aunque también hace referencia al desalojo de la misma al momento de hablar, fue intervenido quirúrgicamente (Próstata).

Enfermedad Actual

Paciente acude a la consulta odontológica, por presentar falta de retención en la prótesis total bimaxilar mucosoportada, la cual dificulta su habilidad a la hora de comer.

Examen Físico

Paciente edéntulo total bimaxilar, con descripción anatómica de arcos ovoides en ambos maxilares, que presenta la altura de los rebordes alveolares reabsorbido, con poca resistencia a los desplazamientos laterales de la prótesis, destacando la forma totalmente aplanada del reborde maxilar inferior en la zona posterior a ambos lados de la arcada y forma de “V” de los rebordes residuales en sentido vertical del arco superior el cual ofrece cierta resistencia vertical. Presenta paladar duro en forma de “U”.

Tratamiento

Posterior al llenado de la historia clínica y del examen clínico, se procedió al comienzo del tratamiento de preferencia por el paciente el cual consistía en la colocación de la prótesis implantosoportada, con procedimiento quirúrgico donde se realizó la colocación de implantes (MDI), un total de cuatro mini implantes en la arcada superior y cinco en la arcada inferior; una vez completado este proceso se llevó a cabo la carga protésica, ambos procedimientos fueron realizados por un cirujano maxilofacial y un protesista respectivamente, posteriormente se citó el paciente para la evaluación del grado de satisfacción con cada uno de los sistemas de soporte protésicos utilizados.

Experiencia del paciente con sistema mucosoportado

La experiencia del paciente con el sistema mucosoportado fue reflejado en la encuesta y entrevista realizada al mismo, con el fin de evaluar los diferentes aspectos que nos permitirán definir el grado de satisfacción con tal sistema, dichos aspectos son los siguientes.

- ✓ El grado de comodidad del paciente con este sistema fue definido como regular, ya que a pesar de no poder realizar las tareas con gran firmeza y seguridad se le fue posible la realización de las mismas aunque limitadas.

- ✓ Al momento de la utilización de la prótesis su desempeño al comer fue descrito como deficiente, ya que no podía comer cualquier tipo de alimentos, su alimentación estaba limitada a aquellos que podía masticar sin que la prótesis fuese desalojada rápidamente, estos eran alimentos blandos.
- ✓ Así mismo expreso que su desenvolvimiento al sonreír públicamente se vio afectado, por los movimientos que la prótesis acarreaba en cualquier articulación que implicara su uso.
- ✓ Cuando hablaba, describe que su habilidad fue afectada por el desalojo de la prótesis ante la pronunciación de palabras, haciendo esto que el paciente se limitara ante tal actividad.
- ✓ Al describir su apariencia personal, el paciente refiere que esta no se vio del todo afectada pero si limitada, ya que cuando no realizaba tareas que implicaran utilizar la prótesis, al esta no moverse se sentía igual que siempre.

Al evaluar cada una de las respuestas reflejadas por el paciente en los instrumentos, es evidente que la confianza o seguridad ante el sistema mucosoportado se vio totalmente afectada dando como resultado un estado de ánimo inferior al deseado por el paciente. Esto se corrobora al observar que gran parte de las respuestas describían varias habilidades como deficientes y solo dos de ellas como regular, por tal motivo se define un nivel de satisfacción bajo.

Experiencia del paciente con sistema implantosoportado

Posterior a la realización del tratamiento con un sistema implantosoportado se procedió a la descripción del grado de satisfacción del paciente al haber pasado de un sistema a otro, a continuación se señala su experiencia con el sistema implantosoportado:

- ✓ al haber pasado a un nuevo sistema de soporte y haciendo comparación con el anterior el paciente describe su comodidad como excelente, al tener seguridad en cualquier momento con dicho sistema.
- ✓ El paciente definió su habilidad para comer como excelente en cuanto a su desempeño con el nuevo sistema, manifestando que esta no tiene movilidad alguna permitiendo así comer con más seguridad.
- ✓ Cuando sonríe públicamente la prótesis ha dejado de ser un inconveniente, ya que su desenvoltura es poco o nada limitada por esto.
- ✓ Así mismo expreso que su habilidad para hablar o para la pronunciación de palabras es excelente permitiendo la fluidez al momento de realizar dicha actividad.
- ✓ Cuando habla de su apariencia personal expresa que esta ha mejorado, por la seguridad que tiene en todo momento con el nuevo sistema.

Cuando el paciente pasa de un sistema mucosoportado a un sistema implantosoportado, de acuerdo a lo reflejados en los instrumentos, definió que dichas destrezas podían ser cumplidas con un desempeño excelente, mejorando así su confort y estilo de vida ante situaciones sociales. Elevando el ánimo del paciente totalmente notorio en la entrevista. Como resultado se definió un grado de satisfacción alto.

Tercer caso clínico

Historia Clínica

Datos Personales

Paciente de 53 años de edad, de sexo femenino, casada, de ocupación comerciante procedente de Turmero Estado Aragua, la cual refiere

inestabilidad de la prótesis total bimaxilar mucosoportada, la cual ha ido aumentando al pasar del tiempo.

Motivo de consulta

“La Prótesis se me sale”.

Antecedentes Personales

Paciente refiere inestabilidad ante el uso de la prótesis total bimaxilar mucosoportada, la cual le imposibilitaba realizar un correcto desempeño en tareas tan comunes como; comer, hablar, y sonreír públicamente, dichas tareas las describe con un desempeño “deficiente” o “regular”, así mismo expresó que su apariencia personal se ve afectada sobre todo por la baja autoestima que le provocaban tales inconvenientes, también refiere haber sido intervenida quirúrgicamente (Cesárea, Varices).

Enfermedad Actual

Paciente acude a la consulta odontológica, por presentar falta de retención en la prótesis total bimaxilar mucosoportada, la cual dificulta su habilidad a la hora de cualquier actividad que implique el uso de la misma.

Examen Físico

Paciente edéntulo total bimaxilar, con descripción anatómica de arcos ovoides en ambos maxilares, que presenta la altura de los rebordes alveolares reabsorbido siendo esta característica más acentuada en el arco inferior, ofreciendo poca resistencia a los desplazamientos laterales de la prótesis, y forma de “V” de los rebordes residuales en sentido vertical del

arco superior el cual ofrece cierta resistencia vertical. Presenta paladar duro en forma de “U”.

Tratamiento

Posterior al llenado de la historia clínica y del examen clínico, se procedió al comienzo del tratamiento de elección por el paciente el cual consistía en la colocación de la prótesis implantosoportada, con un procedimiento quirúrgico donde se realizó la colocación de implantes (MDI) especificando un total de cinco mini implantes en la arcada superior y cinco en la arcada inferior; una vez completado este proceso se llevó a cabo la carga protésica, ambos procedimientos fueron realizados por un cirujano maxilofacial y un protesista respectivamente, posteriormente se citó el paciente para la evaluación del grado de satisfacción con cada uno de los sistemas de soporte protésicos utilizados.

Experiencia del paciente con sistema mucosoportado

La experiencia del paciente con el sistema mucosoportado fue reflejado en la encuesta y entrevista realizada al mismo, con el fin de evaluar los diferentes aspectos que nos permitirán definir el grado de satisfacción con tal sistema, dichos aspectos son los siguientes.

- ✓ Al describir la comodidad por la paciente, este refiere que la misma no es satisfactoria ya que se le han limitado ciertas actividades como por ejemplo comer, hablar, etc. Realizando con poca o ninguna posibilidad de realizarlas correctamente.
- ✓ Así mismo la paciente refiere que ha dejado de tener una alimentación balanceada, por causa de los movimientos y desalojo constante de la prótesis.

- ✓ Cuando describe su desempeño al sonreír, al igual que muchos aspectos mencionados, hace referencia que es limitada por el temor que le causa el hecho de que anteriormente al realizar esta actividad la prótesis fue desalojada.
- ✓ Cuando se refiere al momento de hablar, la prótesis le causaba gran inseguridad ya que manifiesta que la misma “bailaba en su boca” impidiendo así la correcta pronunciación de palabras.
- ✓ Al definir su apariencia personal, resalta que su presencia era poco satisfactoria, por la inseguridad que causaba un sistema protésico que no mantuviera su lugar.

Como resultado de la encuesta y entrevista, es evidente la total apatía y poco entusiasmo del paciente debido a lo limitada que se encontraba su vida con el uso del sistema mucosoportado, impidiendo que el mismo se involucrara socialmente en diversas actividades, expresando su concepto negativo tanto física como psicológicamente al definir el desempeño en cada uno de los ítems como deficiente. Llevándonos a la conclusión de un nivel de satisfacción totalmente bajo.

Experiencia del paciente con sistema implantosoportado

Luego de la revisión de la encuesta y la entrevista realizada por el paciente se evaluó el grado de satisfacción del mismo reflejando los siguientes aspectos relacionados con el sistema implantosoportado:

- ✓ La comodidad de la paciente ha pasado de ser algo totalmente tedioso, a un aspecto poco preocupante debido a la seguridad ante el sistema implantosoportado.

- ✓ Con el nuevo sistema de soporte la paciente considera que su alimentación ha mejorado notablemente expresando que le es posible comer gran variedad de alimentos.
- ✓ Al momento de sonreír la paciente explica que ha mejorado aunque no del todo, manifestando que es regular ya que siente temor por la utilización de prótesis.
- ✓ Cuando nos referimos a la pronunciación de palabras la paciente describe que esta habilidad es cumplida correctamente, ya que no existe ninguna interferencia entre la fonación y la prótesis.
- ✓ Con el nuevo sistema de soporte la paciente expresa que se siente satisfecha con su apariencia personal, influenciada en gran parte por la seguridad que le proporciona dicho sistema ante cualquier situación social.

Cuando pasamos a revisar en los instrumentos el grado de satisfacción del paciente con respecto al nuevo sistema de soporte, es evidente la congruencia de los hechos donde las expectativas del paciente fueron alcanzadas, logrando un concepto positivo de ella misma y así mantener una actitud optimista, definiendo cada una de las preguntas con un desempeño excelente a excepción de su sonrisa que todavía siente un poco temor, sin embargo mejoró con respecto a la anterior. Llevándonos a la conclusión de un grado de satisfacción es decir alto.

Cuadro N 3

Cuadro Comparativo de los Casos de Estudio.

Caso	Pacientes con sistema protésico mucosoportado	Pacientes con sistema protésico implantosoportado
1ero	La paciente refleja un decremento en la satisfacción, y un incremento en la depresión, se observa un deterioro en la percepción de un nuevo tratamiento odontológico; siendo esto un factor asociado a la definición del bienestar o satisfacción del mismo. Al evaluar dichas respuestas, se condujo a la definición del grado de satisfacción como bajo, haciendo hincapié en que cada una de las respuestas que fueron expresadas en la escala más baja de los ítems utilizados en la encuesta, reforzada estructuralmente con la entrevista.	Al evaluar las respuestas que emitió la paciente durante la realización de la encuesta y la entrevista, se pudo observar que el grado, de bienestar o satisfacción ante el nuevo tratamiento fue la esperada por el paciente, al mejorar muchos aspectos que con su antigua prótesis era un problema, arrojando un resultado con un grado de satisfacción alto, debido a que la paciente manifestó excelencia en cada una de sus respuestas.
2do	Al evaluar cada una de las respuestas reflejadas por el paciente en los instrumentos, es evidente que la confianza o seguridad ante el sistema mucosoportado se vio totalmente afectada dando como resultado un estado de ánimo inferior al deseado por el paciente. Esto se corrobora al observar que gran parte de las respuestas describían varias habilidades como deficientes y solo dos de ellas como regular, por tal motivo se define un nivel de satisfacción bajo.	Cuando el paciente pasa de un sistema mucosoportado a un sistema implantosoportado, de acuerdo a lo reflejados en los instrumentos, definió que dichas destrezas podían ser cumplidas con un desempeño excelente, mejorando así su confort y estilo de vida ante situaciones sociales. Elevando el ánimo del paciente totalmente notorio en la entrevista. Como resultado se definió un grado de satisfacción alto.
3er	Como resultado de la encuesta y entrevista, es evidente la total apatía y poco entusiasmo del paciente debido a lo limitada que se encontraba su vida con el uso del sistema mucosoportado, impidiendo que el mismo se involucrara socialmente en diversas actividades, expresando su concepto negativo tanto física como psicológicamente el definir el desempeño en cada uno de los ítems como deficiente. Llevándonos a la conclusión de un nivel de satisfacción totalmente bajo	Cuando pasamos a revisar en los instrumentos el grado de satisfacción del paciente con respecto al nuevo sistema de soporte, es evidente la congruencia de los hechos donde las expectativas del paciente fueron alcanzadas, logrando un concepto positivo de ella misma y así mantener una actitud optimista, definiendo cada una de las preguntas con un desempeño excelente a excepción de su sonrisa que todavía siente un poco temor, sin embargo mejoró con respecto a la anterior. Llevándonos a la conclusión de un grado de satisfacción es decir alto.

Autores: Morles Perleri.

Orozco Carlos.

Discusión

Este estudio pudo constatar los inconvenientes y limitaciones de la prótesis total mucosoportada. Ya que todos los pacientes refirieron la inestabilidad de sus antiguas prótesis, situación que se convirtió en el principal motivo de consulta.

Los problemas que presentaron los pacientes con el tratamiento mucosoportado hacen referencia sobre todo a la funcionalidad de la prótesis; presentaban problemas para hablar y tenían dificultades para comer cómodamente; no estaban satisfechos y no querían repetir el tratamiento pues expresaron que éste era largo, y no cumplía con sus expectativas.

Todos los pacientes incluidos en la investigación refirieron que desde la inserción de la prótesis implantosoportada comían cualquier tipo de alimentos, inclusive aquellos de consistencia dura que eran evitados antes de realizado el tratamiento, Cabe destacar que un estudio realizado *Bulard, (2001)*, plantean que el grado de satisfacción del paciente se ve aumentado ya que este es un tratamiento provechoso para la práctica dental hoy en día permitiendo realizarlo con una carga inmediata.

Aun cuando, la aplicación de nuevas terapias normalmente está dominada por las consideraciones financieras, al parecer el aspecto económico relacionado con la prótesis implantosoportada con MDI no fue una limitante definitiva en la rehabilitación de los pacientes edéntulos incluidos en el estudio, aunque el costo de la prótesis total implantosoportada es más alto que el de la prótesis total mucosoportada. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la prótesis implantosoportada con cuatro o cinco implantes dentales minis se presenta como una alternativa económica, ya que estos ofrecen gran estabilidad y poca tendencia al fracaso si se le compara con otras opciones protésicas más complejas que utilizan como elementos de soporte y retención implantes dentales de mayor tamaño lo que

coincide con el estudio realizado por Balkin y colaboradores, (2001). Quienes concluyen que la utilización de una técnica autoavanzada con hilos de implantes de titanio y aleaciones con suficiente resistencia para penetrar el hueso y disminuir fracturas. Además proporcionar estabilidad con mini-implantes dentales que, cuando son colocados en un número suficiente de apoyo con la carga inmediata, pueden proporcionar aplicaciones en curso así como una ayuda transitoria o provisional.

Según los resultados obtenidos y tomando en cuenta las expectativas previas de los pacientes antes de la inserción de la prótesis implantosoportada, se puede afirmar que estuvieron satisfechas las necesidades protésicas en relación al uso de la prótesis mucosoportada. Este estudio sólo buscó establecer la satisfacción de los pacientes con respecto al uso de ambas al momento de pasar de una a otra y hacer comparación, a diferencia de los estudios realizados por *Bulard, (2001)* en el que, además de evaluar la satisfacción se encargó de establecer la demanda de los injertos dentales minis y su utilización en la práctica dental de hoy en día.

Conclusiones

Una vez abordados los aspectos relacionados con el objetivo de esta investigación, el cual fue “Demostrar el grado de satisfacción del paciente edéntulo al comparar el tipo de soporte protésico mucosoportado vs implantosoportado, que acuden a La Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2007-2008.”, cabe destacar que el mencionado estudio no pretendió comprobar la eficacia de un tratamiento sobre otro, sino solo a describir la satisfacción de los pacientes objeto de estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ Los pacientes objetos de estudios que fueron sometidos a tratamiento con sistema implantosoportado con MDI posterior a un tratamiento con sistema mucosoportado en la unidad quirúrgica la alegría se encuentra satisfechos con el mencionado tratamiento.
- ✓ Existe diferencia significativa en cuanto a la comodidad del paciente al haber pasado de un sistema de soporte a otro, encontrándose satisfechos con el sistema que portan actualmente (implantosoportado con MDI)
- ✓ Existe diferencia significativa en cuanto al desempeño para comer y hablar al haber pasado de un sistema de soporte a otro, encontrándose satisfechos con el sistema que portan actualmente (implantosoportado con MDI)
- ✓ Dos de los pacientes expresaron su satisfacción en cuanto al cambio respecto a la desenvoltura al sonreír mientras que uno de ellos expreso que el cambio fue notorio mas todavía siente cierta inseguridad para poder realizar esta expresión

- ✓ Los pacientes expresaron estar satisfechos en cuanto a su apariencia personal al haber pasado de un sistema de soporte a otro.
- ✓ Los factores más importantes que influyeron de forma negativa en el grado de satisfacción de los pacientes portadores de una prótesis mucosoportada fueron la duración y el esfuerzo realizado para hacer este tipo de tratamiento, en conjunto con el poco cumplimiento de sus expectativas.
- ✓ Los factores más importantes que influyeron de forma positiva en el grado de satisfacción de los pacientes portadores de una prótesis implantosoportada fue la seguridad y comodidad que le proporciona este sistema ante la realización de cualquier actividad que implique su uso, debido a la estabilidad y retención de la misma.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA**

CONSENTIMIENTO PREVIA INFORMACIÓN

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que el Od. Maribed Arenas, la Br Perleri Morles y el Br Carlos Orozco realicen un trabajo de investigación y autorizo mi participación en el mismo.

Entiendo que se me realizarán diferentes preguntas sobre mi vida personal y sobre mi salud en general, así como también la recopilación de datos de mi historia clínica en el consultorio odontológico, y que el equipo de investigadores asume preservar la confidencialidad de mis datos, por completo.

Al ser elegido para este estudio por contar con los requisitos buscados por los investigadores, se me ha notificado que es del todo voluntario y que aún iniciada la investigación puedo rehusarme a responder alguna pregunta o realizar alguna prueba así como retirarme en el momento de la investigación que yo decida, sin que se vean afectados los servicios que yo, o cualquier miembro de mi familia, pueda necesitar de alguno de los tres investigadores o de algún prestador de servicio médico u odontológico ya sea público o privado.

El objeto principal de esta investigación es Demostrar el grado de satisfacción del paciente edéntulo al comparar el tipo de soporte protésico

mucosoportado Vs implantoportado, que acuden a la Unidad Quirúrgica la Alegría en el período 2007-2008.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito, y que el Od. Maribed Arenas, cuyo número de móvil es 0414 4253977, los Bachilleres Perleri Morles celular 0414 4259835 y Carlos Orozco celular 0414 4408259 son las personas que tengo que buscar en caso de que tenga alguna pregunta sobre la investigación o sobre los derechos como participante.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____

C.I: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____