

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL**

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA
MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SOCIEDAD,
MORAZÁN Y PÉRIFERICA SAN VICENTE, EN EL AÑO 2018”**

AUTORES:

**OSCAR EMERSON MÁRTIR VENTURA
JUAN JOSÉ MEJÍA MEJÍA**

DOCENTE ASESOR:

MSC. DRA. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SEPTIEMBRE 2020

AUTORIDADES

RECTOR

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ACADÉMICO

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA

DECANO

MPH. DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE

VICE-DECANO

DR. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA

SECRETARIO

DR. JOSÉ BENJAMÍN LÓPEZ GUILLÉN

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

DRA. OLIVIA ANGÉLICA GARAY DE SERPAS

DIRECTORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES Y COORDINADORA DE
PROCESOS DE GRADUACION

MSC. DRA. WENDY YESENIA ESCOBAR DE GONZÁLEZ

TRIBUNAL EVALUADOR

MSC. DRA. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

DRA. KARINA LISSETH JUAREZ SÁNCHEZ

DR. FRANCISCO JOSÉ RIVAS CARTAGENA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por brindarme salud y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades; además de hacer el milagro de salvarme la vida de un trágico accidente y poder llegar hasta este momento de mi carrera. A mis padres que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a no desanimarme, ni rendirme ante nada y siempre perseverar a lo largo de mi proceso académico. A mi familia por su apoyo fraternal en cada una de las decisiones tomadas para salir adelante. A la vida misma por la enseñanza y aprendizaje de los errores cometidos que me convirtió en la persona que soy actualmente.

A todos los docentes que formaron parte de mi formación personal y académica por todos los conocimientos brindados.

Y un agradecimiento muy especial en nombre de Raúl Monterrosa que hubiera dado la vida por llegar a este punto de la carrera.

MÁRTIR VENTURA, OSCAR EMERSON

Gracias a mis padres Juan Mejía Martínez y a mi madre Irma Haydee Mejía de Mejía por su incondicional amor y apoyo durante este largo y duro proceso, gracias por sus acertados consejos, por siempre estar a mi lado en los momentos difíciles, jamás dejarme doblegar en mi camino hasta llegar a este feliz momento. A mi familia por confiar en mí; así como a Dios todo poderoso quien fue quien me ilumino en todo el camino y me regalo la fortaleza para continuar. A mis amistades por animarme en mi carrera.

A todos los docentes que estuvieron presentes con sus enseñanzas; a todos los que nos ayudaron con esta tesis y confiaron en nosotros en todo momento.

MEJÍA MEJÍA, JUAN JOSÉ

INDICE

	Página
RESUMEN	
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3. HIPÓTESIS.....	10
4. MARCO TEÓRICO.....	11
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	16
5.2 TIEMPO Y LUGAR.....	16
5.3 DISEÑO DE ESTUDIO.....	16
5.4 VARIABLES E INDICADORES.....	17
5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	18
5.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	19
6. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	21
7. RESULTADOS.....	22
8. DISCUSIÓN.....	29
9. CONCLUSIONES.....	32
10. RECOMENDACIONES.....	33
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS Y PÉRDIDA DENTAL.....	22
TABLA 2. PRINCIPALES ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES DERIVADAS DE LA PÉRDIDA DENTAL.....	23
TABLA 3. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES. RESULTADO DEL INDICE OIDP.....	24
TABLA 4. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES.....	25
TABLA 5. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA. PRUEBA ESTADÍSTICA: CHI CUADRADO DE PEARSON.....	26
TABLA 6. ASOCIACIÓN DE LA MORTALIDAD DENTAL CON EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	27
TABLA 6.1. ASOCIACIÓN DE LA MORTALIDAD DENTAL CON LAS ZONAS AFECTADAS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	27
TABLA 6.2. ASOCIACIÓN DE LA MORTALIDAD DENTAL CON SECTOR ANTERIOR Y POSTERIOR, CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	28
TABLA 7. ESTADO PROTÉSICO A CAUSA DE LA MORTALIDAD DENTAL.....	28

RESUMEN

Objetivo: Conocer el Impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes de los usuarios atendidos en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Sociedad, Morazán y Periférica, San Vicente en el año 2018.

Metodología: estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal desarrollado en usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Sociedad, Morazán y Periférica, San Vicente, en donde se realizó una investigación con una muestra de 288 pacientes de 15 a 60 años o más. Se utilizó una guía de observación, para completar variables sociodemográficas del paciente y luego una entrevista para conocer el impacto en la calidad de vida por la mortalidad dental. Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 23.

Resultados: El 78.46% de la población en estudio presenta un bajo nivel educativo. El promedio de pérdida dental de la población en estudio es de 8 dientes. Las principales alteraciones clínicas y funcionales derivadas de la pérdida de dientes fueron las mesializaciones, distalizaciones y extrusiones dentales. Se reporta un efecto global del índice OIDP de 38.48 ± 2.539 muy ligero. El 60% de los usuarios presenta mortalidad dental en maxilar y el 78% en la mandíbula sin ser restituidos protésicamente.

Conclusiones: Pese a la presencia muy notoria de alteraciones por mortalidad dental, la autopercepción que los usuarios tienen respecto a la gravedad que representan, repercute mínimamente en el desempeño de sus labores diarias.

Palabras claves: calidad de vida, mortalidad dental, índice OIDP.

SUMMARY

Objective: To know the impact on the quality of life as a consequence of the mortality of permanent teeth of users treated in Community Family Health Units Society. Morazán and Peripheral, San Vicente in the year of 2018.

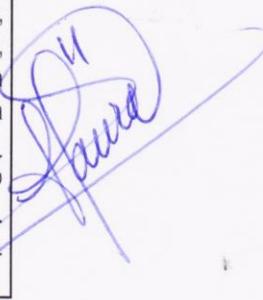
Methodology: Descriptive, Observational and Cross-sectional study developed in users of the Community Family Health Units Society. Morazán and Peripheral, San Vicente where an investigation was carried out with a sample of 288 patients between 15 to 60 years of age or more. An observation guide was used to complete the general data of the patient and sociodemographic variables, and then, an interview to find out the impact on the quality of life due to dental mortality. The data was analyzed in the SPSS program, version 23.

Results: The 78.46% of the population studied have a low level of education. The dental loss average of the entire population is 8 teeth. The main clinical and functional alterations derived from tooth loss were mesialization, distalizations and dental extrusions. A global effect of the OIDP Index of $38.48 \pm 2,539$ has a very slight report. The 60% of users present dental mortality in the maxilla and 78% in the mandible without being prosthetically restored.

Conclusions: Despite the very notorious presence of alterations due to dental mortality, the self-perception that users have regarding the severity they represent, minimally affects the performance of their daily tasks.

Key words: quality of life, dental mortality, OIDP index.

La Licda. Laura Cristina Flores de Pérez,
traductora de idiomas Inglés y Español,
con NIP 0703239, CERTIFICA que la
antecedente es la traducción fiel y completa
al Inglés
de un documento redactado
en Español
San Salvador, 22 de Sept.
de 20 20



1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad dentaria es un importante problema de salud en todo el mundo debido a su impacto en la función oral, así como la calidad de vida en general. En Brasil, S. Henríquez et al,¹ demostraron que además de las alteraciones clínicas y funcionales, la mortalidad dental está ligada estrechamente a un impacto en la calidad de vida muy significativo para las personas ya que no solo afecta condiciones fisiológicas sino también autoestima y alteraciones psicosociales. En México, S. Sánchez García et al,² señalan que las afecciones bucodentales manifiestan disfunción, falta de bienestar y discapacidad.

Las investigaciones relacionadas con impacto en la calidad de vida y mortalidad dental permanente existen en otros países, sin embargo, son muy escasas en El Salvador. Es por esto que surgió este estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal con el objetivo de conocer el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes de los usuarios atendidos por las UCSF Sociedad, Morazán y Periférica, San Vicente, en usuarios entre 15 a más de 60 años durante el año 2018, en donde los investigadores realizaron servicio social. La muestra establecida fue de 288 sujetos de estudio por UCSF, 144 mujeres y 144 hombres.

La obtención de los datos se realizó a través de una guía de observación, en la cual se obtuvieron datos generales del participante, se realizó un diagnóstico para cuantificar la mortalidad dental, utilizando el componente perdidos del índice CPO/D, así también se utilizó una cédula de entrevista para medir el impacto de la calidad de vida mediante el uso del índice OIDP de los usuarios, al mismo tiempo se realizó una evaluación de las alteraciones funcionales y consideraciones protésicas, firmando previamente un consentimiento informado o asentimiento informado en caso de menores de edad al aceptar ser parte de la investigación. El paciente recibió un folleto en donde se les explicó detalladamente las causas de las pérdidas dentales y cómo prevenirlas.

El 78.46% de la población registra un bajo nivel educativo, siendo los niveles de primaria, sin escolaridad y bachillerato los más destacables con 43.05%, 21.18% y 15.25% respectivamente, la media de mortalidad dental de la población evaluada es de 8 dientes, aumentado significativamente a partir de los 43 años y afectando muy considerablemente al grupo etario de más de 60 años con un promedio de 18 dientes perdidos. Las principales alteraciones clínicas y funcionales que son más notorias en la población de estudio fueron: los ruidos articulares con un 65.97%, las extrusiones dentales con un 28.47% y las mesializaciones con un 26.38% El efecto global del índice OIDP fue de 38.48 ± 2.539 , lo cual indica que el nivel de calidad de vida de la población en estudio es de muy ligero.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el Impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes de los usuarios atendidos en las Unidades Comunitarias de salud familiar Sociedad, Morazán y Periférica, San Vicente en el año 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Caracterizar a la población según sexo, edad y nivel educativo.
- 2- Determinar la mortalidad de dientes permanentes en usuarios de las UCSF según el componente de dientes perdidos del índice CPOD.
- 3- Determinar las principales alteraciones clínicas y funcionales derivadas de la mortalidad de dientes permanentes en los usuarios.
- 4- Determinar el nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales.
- 5- Asociar el sexo y edad de las unidades de análisis con el nivel de calidad de vida.
- 6- Asociar la mortalidad dental con nivel de calidad de vida.
- 7- Establecer estado protésico a causa de mortalidad dental.

3. HIPÓTESIS.

Ha: La mortalidad dental influye en el nivel de calidad de vida.

Ho: La mortalidad dental no influye en el nivel de calidad de vida.

4. MARCO TEÓRICO

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”³. Los dientes son estructuras de tejido mineralizado que comienzan su desarrollo desde la etapa embrionaria, estos cumplen funciones importantes tales como masticación, fonación, estética y expresión facial; por ende, su ausencia afecta biológica y físicamente al individuo. La pérdida de uno o más dientes permanentes es uno de los mayores problemas alrededor del mundo debido a su impacto en la función oral, así como también en la salud general y en la calidad de vida de las personas; por lo que se debe definir que la mortalidad dental es aquella pérdida o ausencia de dientes naturales producida por diferentes patologías buco dentales, siendo más frecuente la caries dental.⁴⁻⁵ La OMS reporta que del 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo, así mismo; otra de las patologías bucodentales que conlleva a la pérdida de dientes es la enfermedad periodontal que afecta de un 15%-20% entre los 35 y 44 años de vida.⁶

En un estudio realizado en México, A. Contreras et al,⁷ la mortalidad de dientes se puede definir como: el número de dientes permanentes ausentes en boca o que han perdido por completo su funcionalidad; producida por diferentes patologías buco dentales, siendo las más frecuentes: caries dental y enfermedad periodontal. Esto es un tema de gran importancia en la salud bucal y general debido a que repercute en la capacidad funcional y estética del individuo, el impacto en la calidad de vida, problemas de nutrición y masticación, así como el impacto en enfermedades sistémicas.

Diversos estudios sustentan lo antes mencionado, entre ellos el de F. Cardona et al⁸, quienes realizaron un estudio sobre las causas de exodoncia, participaron 4 odontólogos registrando las extracciones dentales en dientes permanentes realizadas durante un período de 6 meses. En ese período se realizaron 4,259 extracciones. En los resultados se obtuvo que la mayor cantidad de extracciones fue en adultos mayores de 61 a 70 años. Las causas más comunes fueron por caries 49.9% y enfermedad periodontal de 33.7%.

En Colombia, N. Acosta et al,⁹ determinaron que el problema de caries dental sigue siendo un gran problema en los años vividos con ausencia de salud en personas entre 15 y 69 años. De igual manera, en Antioquia, Colombia, B. Ramírez et al,¹⁰ realizaron un estudio en la población de 25, 35, 45, 55 y 65 años, se les realizó un diagnóstico registrando dientes presentes y ausentes, la población fue de 8, 151. Se obtuvo un promedio de 3.4 ± 5.4 de dientes perdidos por caries y se concluyó que a mayor edad era más el porcentaje de dientes

ausentes en boca (de los 35 en adelante) principalmente causada por caries dental.

Otro de los factores relacionados a la mortalidad dental son las enfermedades periodontales. Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente.¹¹ A. Cardona et al,¹² encontraron un 33,7% de extracciones dentales por causas periodontales. Minaya. M et al,¹³ encontraron una prevalencia de mortalidad dental por enfermedad periodontal del 73.3 %, asimismo demostró que conforme avanza la extensión de la enfermedad periodontal, se incrementa la probabilidad de pérdida de dientes.

En otros estudios se reportan que la enfermedad periodontal representa la principal causa de pérdida de dientes permanentes entre los adultos, esta comprende un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir es un proceso inflamatorio de las encías que con el tiempo ocasiona daño en los tejidos que alojan el diente¹⁴. Durante un estudio en el que se realizaron 779 exodoncia la segunda enfermedad con más incidencia fue la enfermedad periodontal con un 27.9% del total de extracciones realizados¹⁵.

En Venezuela, M. Márquez et al,¹⁶ refieren que la caries dental y la enfermedad periodontal provocan la mayor mortalidad dentaria durante toda la vida de una persona, independientemente de edad, sexo y color de piel, pero con predominio en grupos poblacionales de bajo nivel socioeconómico. En dicho estudio se calculó el índice de CPO-D en 140 niños atendidos en la Clínica Odontológica de Barrio Adentro "La Democracia": De los 83 dientes afectados, se obtuvieron 39 dientes perdidos.

En México, J. de la Fuente et al,³ realizaron un estudio en donde estimaron el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de 150 adultos mayores de 60 y 85 años de edad. Los resultados fueron que el CPOD fue de 14,1; específicamente el componente Perdidos fue de 5,95 (77%). Así mismo; en México por S. Sánchez García et al², realizaron un estudio utilizando CPOD, con una muestra de 540 ancianos, 68% mujeres y 32% hombres. Se obtuvo del índice CPOD un 13.5% con dientes perdidos de 9.3%.

Los estudios previamente mencionados han dejado en manifiesto que la prevalencia de la mortalidad dental sigue siendo alta, esto resulta ser alarmante, ya que son porcentajes elevados, a nivel de estudios epidemiológicos en muchos países.¹⁷ La mortalidad dental es determinada a través del índice CPOD (específicamente el componente P=Perdidos) que fue desarrollado por Klein, Palmer y Knuston, durante un estudio sobre el estado dental de niños en estados unidos en 1935, desde entonces, se ha convertido en el índice fundamental de estudios odontológicos e epidemiológicos.¹⁸

Con los anteriores estudios podemos determinar que al haber mortalidad dental, se pueden provocar alteraciones clínicas y funcionales que también afectan de alguna manera al individuo. Existen diversas consecuencias de la pérdida de dientes, algunas locales en la oclusión como la migración de las piezas contiguas, la extrusión dental de los dientes antagónicos, interferencias oclusales en el lado de trabajo como también en balance, y trastornos de la ATM,¹⁴ y otras generales o sistémicas como la alteración de habilidad para masticar, la asociación con algunos tipos de cáncer, accidentes vasculares, hipertensión, enfermedades del corazón, así como la afectación de la calidad de vida.

Referente a las alteraciones clínicas, se ha demostrado que los dientes adyacentes y antagonistas a una zona edéntula se pueden inclinar, migrar, rotar y extruir, dependiendo de la duración del edentulismo parcial, la calidad de los tejidos de soporte del diente, hábitos orales y dirección de las fuerzas oclusales; que son los responsables de causar interferencias oclusales y cambios en el equilibrio dental.¹⁹

La extrusión de los dientes es un desplazamiento vertical sobre el plano oclusal; este fenómeno ocurre incluso en la edad adulta y ha sido descrito con otros términos como erupción continua, híper erupción, sobre erupción, súper erupción y supra erupción.²⁰ La mesialización, se define como el grado de inclinación de los molares frente a un espacio desdentado mesial después de la pérdida de un diente afectando su rehabilitación posterior.²⁰ En ese sentido, Lindskog Stokland B. et al,²⁰ realizaron un estudio en Suecia con una muestra de 292 radiografías panorámicas de mujeres, en un período de observación a lo largo de 12 años, concluyendo que existe un riesgo significativo mayor en dientes que presentan extrusión dental, que en un molar frente a un espacio desdentado mesial, con una prevalencia del 35%.

Otra de las alteraciones producto de la pérdida de dientes son los trastornos temporomandibulares (TTM), que constituyen un grupo complejo y heterogéneo de condiciones y alteraciones clínicas que afectan a las articulaciones temporomandibulares, la musculatura masticatoria, los dientes y su aparato de sostén.²¹ En un estudio realizado por Castro Gutiérrez et al,²¹ en el municipio Trinidad de Cuba, con una muestra conformada de 75 personas, realizando un interrogatorio y examen clínico para evaluar la ATM, concluyeron que el 28% de la población se encuentra con afección en las articulaciones temporomandibulares entre los 35-44 años de vida; además, que la pérdida dentaria es el factor desencadenante y predisponente de mayor frecuencia de aparición con un 64% y el chasquido articular constituyó el signo y síntoma de mayor prevalencia con un 25.3%.

M. Sardiña et al, ²² realizaron un estudio sobre las anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular en 119 pacientes, 99 (83.2%) sexo femenino y 20 (16.8%) sexo masculino. Los participantes firmaron un consentimiento informado. Se realizó un examen clínico bucal, en donde se determinó que de los 119, 53 sujetos presentaron pérdida de dientes con un 44.5%, de estos un 42% tenían disfunción y de los que tuvieron sobrepase alterado con un 41.2%, 40.3% tuvieron disfunción mandibular.

Otro estudio que habla sobre las disfunciones es el de C. Magne, ²³ menciona que la ausencia de piezas dentales tiene sus efectos provocando una desarmonía oclusal, contactos abiertos en los dientes anteriores (en caso de ausencia de piezas posteriores), también provoca una pérdida de la dimensión vertical y alteraciones en la ATM con posterior disfunción. Refiere que cuando existe ruptura del equilibrio normal de las funciones por falta de piezas, entre otras causas, ocurre la disfunción. Pero de todas las etiologías la que más afecta es la ausencia de piezas.

En la presente investigación para poder comprobar que hay un impacto en la calidad de vida de las personas por ausencia de piezas, se utilizó el índice llamado Oral Impacts on Daily Performances (OIDP). Este mide el efecto de la salud bucal en 8 dimensiones relacionadas con la capacidad del sujeto para realizar sus actividades habituales en los últimos 6 meses. Cada una de estas 8 dimensiones se evalúa mediante dos componentes; frecuencia y gravedad de los problemas dentales. ² (Ver anexo n° 6). En México, S. Sánchez García et al ², utilizaron el OIDP en 540 ancianos mayores de 60 años, 68% mujeres y 32% hombres. Obtuvieron como resultados factores físicos 21.5%, psicológicos 19.6% y social 16%. Se concluyó por medio de OIDP que hay consecuencias reconocibles en el desempeño para realizar las actividades habituales.

Existen otros artículos que dan evidencia científica de la problemática del estudio que es el “impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad dental permanente”. Entre estos están: En México, M. Sánchez Murguiondo et al ²⁴, realizaron un estudio en 102 pacientes mayores de 60 años con cierto grado de edentulismo, en donde querían comprobar si existía una asociación con la calidad de vida. Se utilizó el cuestionario OIDP y se comprobó que existe una asociación de la edad con la dimensión hablar y pronunciar correctamente. Igualmente, en México año 2014, Bellamy Ortiz et al, ²⁵ realizaron un estudio con una población de 533 adultos mayores de 50 años, para identificar la relación entre calidad de vida y salud bucal en pacientes que presentaban pérdida dental y utilizaban prótesis removible, reportaron una prevalencia de 9.9% sin rehabilitación y sólo el 35% de los pacientes utilizaban prótesis dental de las cuales el 66% se encontraba en mal estado. Aplicaron el índice OIDP el cual obtuvo un puntaje medio de 9.83.

El edentulismo total o parcial conlleva importantes alteraciones estéticas, estas consecuencias se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al sector anterior.²⁶

Basada en las investigaciones científicas se concluye que existe una relación entre la pérdida de dientes permanentes y la afectación en la calidad de vida de las personas, por lo que la presente investigación pretende demostrar las principales alteraciones que se generan por la pérdida dental tanto clínicas como funcionales y el impacto en la calidad de vida en los usuarios.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

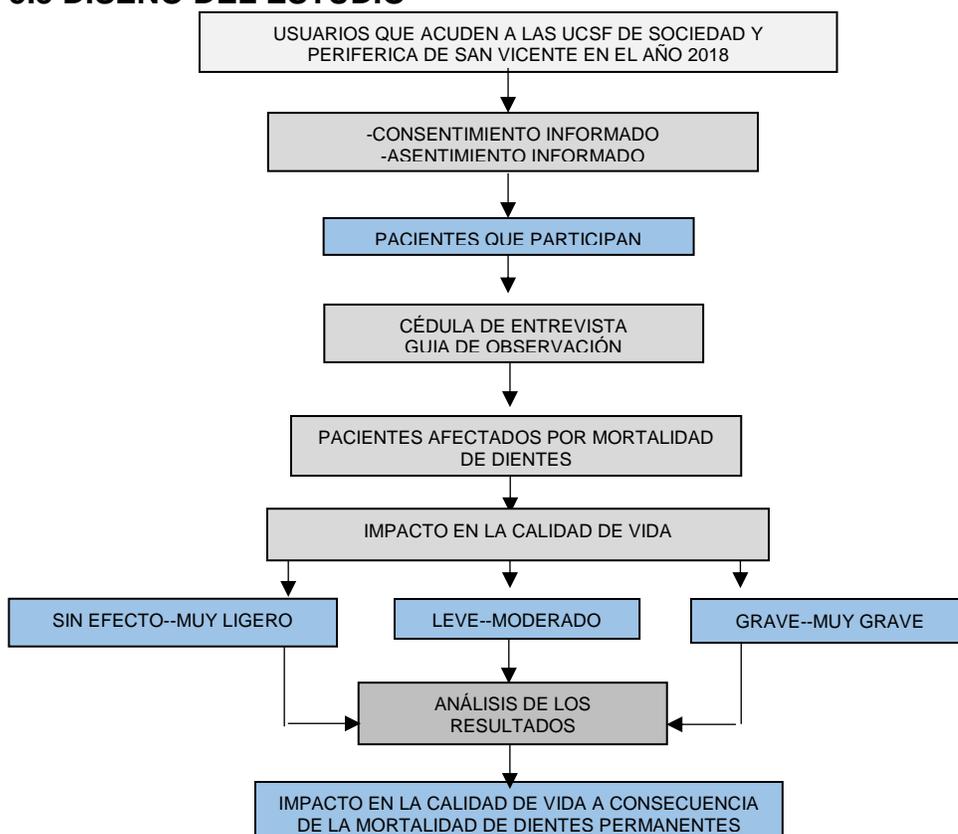
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio realizado corresponde a una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal en usuarios que asistieron a las UCSF Sociedad, Morazán y Periférica, San Vicente, en edades de 15 a 60 o más, durante el servicio social en el año 2018.

5.2 TIEMPO Y LUGAR

Esta investigación se llevó a cabo en el año 2018 en dos UCSF. Se inició con una guía de observación completando los datos generales del paciente y variables sociodemográficas. Posteriormente se realizó la ejecución del paso de la entrevista. El paso del instrumento y la evaluación clínica se ejecutó en 12 minutos aproximadamente por cada paciente en los meses de septiembre a diciembre.

5.3 DISEÑO DEL ESTUDIO



5.4 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE – MORTALIDAD					
Mortalidad de dientes permanentes	Número de dientes permanentes ausentes en boca, resultado de causas no congénitas y que puede estar relacionada a enfermedades bucodentales	Establecer la prevalencia de dientes permanentes ausentes o perdidos en los últimos 6 meses, utilizando el componente perdido de Índice CPO-D	Establecer la prevalencia de dientes permanentes perdidos en los últimos 6 meses	Ausencia de dientes permanentes en boca a través del componente Perdido de Índice CPO-D	Guía de Observación
VARIABLE INDEPENDIENTE – IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA					
Principales alteraciones por mortalidad	Principales alteraciones bucales reportadas en la bibliografía como consecuencia de la perdida dental	Determinar el porcentaje de dientes que presentan mesializaciones o extrusiones, y porcentaje de alteraciones de ATM (ruidos articulares y desviaciones mandibulares)	Determinar el porcentaje de alteraciones clínicas: -Mesialización -Extrusión -Ruidos articulares -Desviaciones mandibulares	Mesialización SI/NO Extrusión SI/NO Ruidos articulares SI/NO Desviaciones mandibulares SI/NO	Guía de Observación
VARIABLE DEPENDIENTE – TIPO DE EDENTULISMO					
Tipo de edentulismo	Condición clínica relativa a la ausencia parcial de dientes permanentes y su localización en el arco	Determinar la frecuencia del tipo de edentulismo a consecuencia de mortalidad de dientes permanentes, utilizando la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate	Determinar la frecuencia de espacios desdentados según clasificación de Kennedy y reglas de Applegate	Clasificación de Kennedy: -Clase I -Clase II -Clase III -Clase IV	Guía de Observación
VARIABLE DEPENDIENTE – IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA					
Impacto en la Calidad de Vida	Percepción y repercusiones que el individuo tiene en el desempeño de las actividades de su vida diaria a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes con respecto a su condición de salud, apariencia y funcionamiento del aparato estomatognático	Determinar la frecuencia de alteraciones en el desempeño de las actividades diarias de los sujetos en estudio, relacionada a la ausencia de dientes permanentes en los últimos 6 meses	Establecer la frecuencia de impacto en el desempeño de la calidad de vida por ausencia de dientes permanentes en base a índice OIDP	Índice OIDP: -Sin efecto/Muy ligero -Ligero/Moderado -Grave /Muy grave	Cédula de Entrevista

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Cantidad de años que un ser humano ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha de su participación en la investigación	Determinar y agrupar a las personas en estudio según grupos de edad	Clasificar y establecer la frecuencia de personas según grupos de edad	Frecuencia según grupo de edad: a) 15-24 años b) 25-33 años c) 34-42 años d) 43-51 años e) 52-60 años f) Más de 60 años	Cédula de Entrevista
Sexo	Condición orgánica que distingue a los humanos en hombres y mujeres	Identificación de personas como hombre y mujer	Establecer la frecuencia de mujeres y hombres	Frecuencia de: Hombre Mujer	Cédula de Entrevista

5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

El universo en estudio estuvo conformado por sujetos de 15 a 60 años o más, que asistieron a la consulta odontológica en las UCSF Sociedad, Morazán y Periférica, San Vicente.

MUESTRA

El tamaño de la muestra, se derivó del cálculo recomendado por el documento de Métodos Básicos para Encuestas de Salud Bucodental de la OMS²⁷, que establece que en cada grupo de edad que se ha de examinar, el número de sujetos varía desde un mínimo de 25 hasta 50 por conglomerado o emplazamiento de muestreo, en función de la prevalencia y la gravedad prevista de las enfermedades orales. Por medio del método exploratorio, requerido para esta investigación, se sustrajo una muestra de 288 sujetos de estudio por UCSF, 144 para cada sexo.

Rango de edad	M	F	Número de sujetos de estudio
15-23	24	24	48
24-32	24	24	48
33-41	24	24	48
42-50	12	24	48
51-59	24	24	48
60 a mas	24	24	48
TOTAL	144	144	288

A continuación, se presenta el detalle de la distribución de la muestra:

Criterios de Inclusión:

- Usuarios de UCSF que estén en el rango de edad establecidos en el estudio.
- Usuarios de UCSF que presenten mortalidad dental.
- Usuarios de UCSF que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento o asentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Paciente que no tenga el rango de edad establecido en el estudio.
- Paciente que no presenten mortalidad dental.
- Pacientes que no firmen el consentimiento o asentimiento informado.
- Pacientes de difícil manejo.
- Pacientes con capacidades especiales que imposibilite la evaluación o presente alteración del desarrollo de la dentición.

5.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

FASE DE ESTUDIO PILOTO

Previo al estudio se realizó un Estudio piloto en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, con el objetivo de estimar los costos económicos, evaluar la factibilidad de los instrumentos y los procedimientos diseñados para recolectar la información, las pruebas estadísticas diseñadas para el análisis de datos, la comprensión, claridad y grado de aceptación de las preguntas del instrumento, dimensionar el tiempo y los recursos necesarios para la recolección de la información en todo el proceso investigativo, detectar las dificultades que se pudieran presentar en el trabajo de campo y evaluar el nivel de calibración de los investigadores recolectores de la información. (Ver anexo n°2).

FASE DE INMERSIÓN

Se solicitó permiso al director de la UCSF periférica de San Vicente, así como al director de la UCSF Sociedad, Morazán, por medio de una carta en cual se explicó de forma clara y concisa el motivo de la investigación, con el propósito de realizar la recolección de datos en los instrumentos, en los pacientes de dichas UCSF. (Ver anexo n°3)

FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se seleccionó a los sujetos de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, se explicó al paciente el objetivo de la investigación.

Se procedió a entregar un consentimiento informado o asentimiento informado en caso de menores de edad (ver anexo nº 3 y 4) a cada usuario que acudió al servicio de odontología de las UCSF. En donde se les explicó: en qué consistía dicho estudio, haciéndoles notar que no existe ningún riesgo a su integridad personal ni salud y que contaban con total confidencialidad de los datos brindados; a la vez, si la persona ya no quisiera continuar participando en el estudio podía retirarse sin ningún problema. Una vez el paciente aceptaba participar y firmaba el consentimiento se procedió a iniciar el paso del instrumento de la siguiente manera:

- 1) Se le solicitó al paciente colocarse en el sillón dental en una posición cubito dorsal, para iniciar la evaluación clínica auxiliado con un set de diagnóstico debidamente esterilizado. Se inició el paso de instrumento con la cedula de entrevista con el fin de evaluar la calidad de vida utilizando el índice OIDP, luego se procedió a determinar la presencia de pérdidas dentales, así como las diferentes alteraciones ocasionadas por la mortalidad dental, según el componente perdido del índice CPO\D (ver anexo nº 5). Esto requirió de 7 minutos para pasar la guía de observación y 8 minutos para realizar la entrevista, en total el paso del instrumento y la evaluación clínica se ejecutó en 15 minutos aproximadamente.
- 2) Se agradeció a cada paciente por su participación y se entregó un folleto informativo, acerca de las causas y consecuencias de la pérdida dental, un ilustrativo de técnicas de higiene oral (ver anexo 6).
- 3) Se tomaron fotografías con previa autorización del paciente durante el paso de instrumentos, la cedula de entrevista y entrega del folleto informativo. (Ver anexo 7).

FASE DE ALMACENAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El almacenamiento de los instrumentos fue realizado por cada investigador en sobres manila y cartapacios debidamente rotulados. El vaciado de la información recolectada de los instrumentos, fue digitada en el programa estadístico SPSS versión 23, en la cual se crearon dos bases de datos para generar los análisis estadísticos, se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson, para determinar si existe o no, asociación entre las variables en estudio.

6. ALCANCES Y LIMITACIONES.

6.1 ALCANCES

Uno de los alcances fue, establecer estadísticamente que la mortalidad de dientes permanentes influye en la calidad de vida de los usuarios de la UCSF, San Vicente y Sociedad, Morazán, generando una base de datos que servirá como precedente para nuevas líneas de investigación. Así mismo sugerir a las autoridades del Ministerio de Salud reforzar los programas preventivos, con el fin de reducir la prevalencia de la mortalidad dental mencionada.

Los datos obtenidos podrán ser usados por las instituciones públicas, aportando al desarrollo de mejores programas odontológicos dirigidos a toda la población que hace uso de los servicios odontológicos del Ministerio de Salud Pública.

6.2 LIMITACIONES.

La principal limitante que se presentó al momento del paso de instrumentos, fue la falta de afluencia de pacientes dentro de los rangos de edad establecidos en el protocolo de estudio, por lo cual se realizaron gestiones con las diferentes instituciones del municipio.

Los resultados obtenidos no podrán ser extrapolados a toda la población salvadoreña, ya que el estudio está limitado a usuarios que asistieron a la consulta odontológica de las UCSF Periférica, San Vicente y Sociedad, Morazán, lugar donde se realizó el servicio social en el año 2018.

7. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de tablas:

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PÉRDIDA DENTAL

Variables Sociodemográficas		Grupo Etario						%Total n= 288
		15 a 24 años	25 a 33 años	34 a 42 años	43 a 51 años	52 a 59 años	Más de 60 años	
		n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	
Sexo	Hombre	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	144 (50.00)
	Mujer	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	24 (8.33)	144 (50.00)
Nivel educativo	Sin escolaridad	0 (0)	2 (0.7)	3 (1.04)	10 (3.47)	19 (6.6)	27 (9.37)	61 (21.18)
	Primaria	21 (7.29)	22 (7.63)	23 (8)	26 (9.02)	19 (6.6)	13 (4.51)	124 (43.05)
	Secundaria	12 (4.16)	7 (2.43)	4 (1.4)	6 (2.08)	7 (2.43)	5 (1.73)	41 (14.23)
	Bachillerato	10 (3.47)	11 (3.81)	14 (4.86)	6 (2.08)	1 (0.34)	2 (0.69)	44 (15.25)
	Técnico	3 (1.04)	2 (0.7)	0 (0)	0 (0)	2 (0.7)	0 (0)	7 (2.44)
	Universitario	2 (0.7)	4 (1.4)	4 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.34)	11 (3.84)
Pérdida dental	Promedio $\bar{x} \pm IC95\%^*$	2 (2;3)	3 (2;5)	4 (3;5)	10 (8;13)	10 (8;13)	18 (15;21)	8 (7;9)

Según los datos obtenidos el 78.46% de la población registra un bajo nivel educativo, siendo los niveles de primaria, sin escolaridad y bachillerato los más destacables con 43.05%, 21.18% y 15.25% respectivamente. La media de mortalidad dental de la población evaluada es de 8 dientes perdidos, con 2 incrementos significativos, siendo el primero en el grupo etario de 43 a 51 años y 52 a 59 años con una media de 10 dientes y el tercero en el grupo etario de más de 60 años con un promedio de 18 dientes perdidos.

TABLA 2. PRINCIPALES ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES DERIVADAS DE LA PÉRDIDA DENTAL

Número de dientes perdidos	Presencia de mesializaciones		Presencia de distalizaciones		Presencia de extrusiones		Ruidos articulares	
	Si (n/%)	No (n%)	Si (n%)	No (n%)	Si (n%)	No (n%)	Si (n%)	No (n%)
1-9	68 (89.5)	143 (67.50)	18 (81.80)	193 (72.60)	71 (86.60)	140 (68.00)	120 (63.20)	91 (92.90)
10-19	8 (10.50)	26 (12.30)	4 (18.20%)	30 (11.30)	10 (12.20)	24 (11.70)	29 (15.30)	5 (5.10)
20-28	0 (0.00)	43 (20.30)	0 (0.00)	43 (16.20)	1 (1.20)	42 (20.40)	41 (21.60)	2 (2.00)
Totales	76 (26.38)	212 (73.61)	22 (7.63)	266 (92.36)	82 (28.47)	206 (71.52)	190 (65.97)	98 (34.02)

Las principales alteraciones clínicas y funcionales presentes en la población de estudio fueron los ruidos articulares con un 65.97%, las extrusiones dentales con un 28.47% y las mesializaciones con un 26.38%. Se determinó que en el rango de 1-9 dientes perdidos, las principales alteraciones clínicas y funcionales fueron los ruidos articulares, las extrusiones dentales y mesializaciones.

**TABLA 3. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES.
RESULTADOS ÍNDICE OIDP**

Dimensiones	PRESENCIA		FRECUENCIA						GRAVEDAD					
	Si	No	Nunca	Menos de 1 vez	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces a la semana	3 o 4 veces a la semana	Casi todos los días	Nada	Muy poco	Poco	Moderado	Grave	Muy Grave
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
Comer y disfrutar de los alimentos	196 (68.05)	92 (31.94)	88 (30.55)	17 (5.90)	48 (16.66)	37 (12.84)	29 (10.06)	69 (23.95)	88 (30.55)	6 (2.08)	46 (15.97)	50 (17.36)	33 (11.45)	65 (22.56)
Hablar y pronunciar correctamente	94 (32.63)	194 (67.36)	192 (66.66)	7 (2.43)	19 (6.59)	20 (6.94)	15 (5.20)	35 (12.15)	190 (65.97)	7 (2.43)	19 (6.59)	25 (8.68)	22 (7.63)	25 (8.68)
Limpiarse o lavarse los dientes	81 (28.12)	207 (71.87)	202 (70.13)	10 (3.47)	11 (3.81)	11 (3.81)	11 (3.81)	43 (14.93)	201 (69.79)	7 (2.43)	15 (5.20)	23 (7.98)	9 (3.12)	33 (11.45)
Dormir y relajarse	28 (9.72)	260 (90.27)	261 (90.62)	6 (2.08)	7 (2.43)	0 (0)	5 (1.73)	9 (3.12)	260 (90.27)	3 (1.04)	4 (1.38)	7 (2.43)	3 (1.04)	11 (3.81)
Sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena	122 (42.36)	166 (57.63)	169 (58.68)	1 (0.34)	13 (4.51)	16 (5.55)	23 (7.98)	66 (22.91)	167 (57.98)	2 (0.69)	12 (4.16)	22 (7.63)	32 (11.11)	53 (18.40)
Mantener el estado emocional y sin enojo	56 (19.44)	232 (80.55)	233 (80.90)	4 (1.38)	8 (2.77)	8 (2.77)	5 (1.73)	30 (10.41)	231 (80.20)	6 (2.08)	10 (3.47)	10 (3.47)	7 (2.43)	24 (8.33)
Hacer todo el trabajo	71 (24.65)	217 (75.34)	218 (75.69)	5 (1.73)	6 (2.08)	8 (2.77)	10 (3.47)	41 (14.23)	217 (75.34)	4 (1.38)	8 (2.77)	17 (5.90)	8 (2.77)	34 (11.80)
Disfrutar el contacto con la gente	104 (36.11)	184 (63.88)	186 (64.58)	4 (1.38)	12 (4.16)	20 (6.94)	17 (5.90)	49 (17.01)	184 (63.88)	5 (1.73)	18 (6.25)	23 (7.98)	16 (5.55)	42 (14.58)
Efecto global: 38.48 (± 2.539)														

Se reporta un efecto global del índice OIDP de 38.48 ± 2.539 , lo cual indica que el nivel de calidad de vida de la población en estudio es de muy ligero, y afecta principalmente las dimensiones: 1) Comer, 2) Sonreír, 3) Disfrutar el contacto con la gente y 4) Hablar y pronunciar correctamente. Además, se refleja que, a pesar de la presencia muy notoria de alteraciones por mortalidad dental, la percepción que la población tiene respecto a la gravedad con que se presentan, repercute mínimamente en el desempeño de sus labores diarias.

TABLA 4. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES

Alteraciones Clínicas y Funcionales	Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Grave/ Muy grave	Total
	n/%	n/%	n/%	n/%
Mesializaciones	55 (72.40%)	19 (25.00%)	2 (2.60%)	75 (100%)
Distalizaciones	15 (68.20%)	6 (27.30%)	1 (4.50%)	32 (100%)
Extrusiones	55 (67.10%)	19 (23.20%)	8 (9.80%)	82 (100%)
Ruidos articulares	113 (59.50%)	64 (33.70%)	13 (6.80%)	190 (100%)

En esta tabla se reporta que las alteraciones clínicas (mesializaciones, Distalizaciones y extrusiones) refieren un nivel de calidad de vida de sin efecto a muy ligero en los usuarios, siendo los ruidos articulares (59.50%) los que se presentan con menor frecuencia.

TABLA 5. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA. PRUEBA ESTADÍSTICA: CHI CUADRADO DE PEARSON

		Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Gravel/ Muy grave	Significancia
		n/ %	n/ %	n/ %	
Sexo del paciente	Hombre	83 (28.80%)	53 (18.40%)	8 (2.80%)	P=0.36
	Mujer	101 (35.10%)	33 (11.50%)	10 (3.50%)	
Grupo etario	15 a 24 años	40 (13.90%)	8 (2.80%)	0 (0.00%)	P=0.001
	25 a 33 años	38 (13.20%)	8 (2.80%)	2 (0.70%)	
	34 a 42 años	29 (10.10%)	19 (6.60%)	0 (0.00%)	
	43 a 51 años	26 (9.00%)	15 (5.20%)	7 (2.40%)	
	52 a 59 años	26 (9.00%)	18 (6.30%)	4 (1.40%)	
	Más de 60 años	25 (8.70%)	18 (6.30%)	5 (1.70%)	
Nivel de escolaridad	Sin escolaridad	34 (11.80%)	26 (9.00%)	1 (0.30%)	P=0.063
	Primaria	83 (28.80%)	31 (10.80%)	10 (3.50%)	
	Secundaria	20 (6.90%)	16 (5.60%)	5 (1.70%)	
	Bachillerato	32 (11.10%)	10 (3.50%)	2 (0.70%)	
	Técnico	6 (2.10 %)	1 (0.30%)	0 (0.00%)	
	Universitario	9 (3.10%)	2 (0.70%)	0 (0.00%)	

Mediante la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson, se determinó que existe asociación entre el grupo etario y la calidad de vida ($p=0.001$). También cabe destacar que el sexo del paciente y el nivel de escolaridad no son estadísticamente significativo $p=0.36$ y $p=0.063$ respectivamente, es decir, que en los usuarios no influye el sexo ni el nivel de escolaridad en cuanto al impacto en la calidad de vida debido a que de esta se hace una medición de acuerdo al criterio del paciente.

TABLA 6. ASOCIACIÓN DE LA MORTALIDAD DENTAL CON EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Número de dientes perdidos	Calidad de vida agrupada			Significancia
	Sin efecto/Muy ligero	Ligero/Moderado	Grave/Muy grave	
	n/%	n/%	n/%	
1-9	155 (53.80%)	48 (16.70%)	8 (2.80%)	P<0.000
10-19	14 (4.90%)	15 (5.20%)	5 (1.70%)	
20-28	15 (5.20%)	23 (8.00%)	5 (1.70%)	
Total	184 (63.90%)	86 (29.90%)	18 (6.20%)	

La prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson determinó que existe asociación entre mortalidad dental y calidad de vida, existiendo evidencia estadística para aceptar la hipótesis de trabajo, que indica que la mortalidad dental influye en la calidad de vida. La mayor cantidad de la población se encuentra en un nivel de afectación entre sin efecto/muy ligero.

TABLA 6.1 ASOCIACIÓN DE LA MORTALIDAD DENTAL CON LAS ZONAS AFECTADAS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Número de dientes perdidos	Pérdida en zona mandibular		Pérdida en zona maxilar		Pérdida en ambas zonas	
	Si n/%	No n/%	Si n/%	no n/%	si n/%	no n/%
1-9	133 (63.30%)	78 (100.00%)	177 (69.70%)	34 (100.00%)	98 (56.00%)	113 (100.00%)
10-19	34 (16.20%)	0 (0.00%)	34 (13.40%)	0 (0.00%)	34 (19.40%)	0 (0.00%)
20-28	43 (20.50%)	0 (0.00%)	43 (16.90%)	0 (0.00%)	43 (24.60%)	0 (0.00%)
Significancia	p<0.001		p<0.000		p<0.000	

Se reporta que la mortalidad dental está asociada a la calidad de vida afectando mayormente a las personas que presentan pérdida dental en zona maxilar; así mismo la asociación entre la zona de pérdida mandibular y maxilar también es significativa. Siendo más afectados los usuarios que presentaron ausencia entre 1-9 dientes.

TABLA 6.2 ASOCIACIÓN DE LA MORTALIDAD DENTAL CON SECTOR ANTERIOR Y POSTERIOR. CONTRASTE DE HIPÓTESIS

	Pérdida zona maxilar		Pérdida zona mandibular		Pérdida en ambas zonas		Promedio de dientes perdidos
	Si	No	Si	no	si	no	\tilde{x}
	$\tilde{x} \pm IC95\%$						
Número de dientes perdidos posteriores	7 (7;8)	2 (2;2)	6 (6;1)	1 (1;2)	9 (8;9)	2 (1;2)	5.87±0.61
Número de dientes perdidos anteriores	3 (2;4)	0 (0;0)	2 (2;3)	0 (0;0)	4 (3;4)	0 (0;0)	2.23±0.47

Es importante destacar que existe un mayor promedio de pérdida dental en dientes posteriores (5.87 ± 0.61) que en anteriores (2.23 ± 0.47). Se observa una media de 9 dientes perdidos en posterior y 4 dientes en anterior con pérdida dental en ambas zonas (maxilar y mandibular).

TABLA 7. ESTADO PROTÉSICO A CAUSA DE MORTALIDAD DENTAL

ESTADO PROTÉSICO	Mx SUPERIOR		Mx INFERIOR	
	si	no	si	no
	n/%	n/%	n/%	n/%
Dentado	62 (22%)	226 (78%)	26 (9%)	262 (91%)
Prótesis parcial fija	11 (3%)	277 (97%)	2 (1%)	286 (99%)
Prótesis parcial removible	10 (3%)	278 (97%)	7 (2%)	281 (98%)
Prótesis completa	38 (13%)	250 (87%)	29 (10%)	259 (90%)
Sin prótesis	172 (60%)	116 (40%)	226 (78%)	62 (22%)

Se reporta que el 60% de los usuarios presentaron pérdida dental en el maxilar superior y 78% en la mandíbula, sin ser restituidos protésicamente, mientras que la frecuencia de utilización de prótesis parcial removible, prótesis completa y prótesis fija se ve disminuido tanto en el maxilar superior como en la mandíbula.

8. DISCUSIÓN

La salud bucal es escasamente reconocida por las personas, la sociedad y los servicios de salud, como parte integral de la salud general.²⁸ Una de las principales causas que pueden afectar las condiciones biopsicosociales de las personas y uno de los principales problemas de salud bucal pública es la pérdida dental.²⁹ La pérdida de dientes es una problemática que afecta a la población en general, siendo la caries y enfermedad periodontal las principales causantes; además, puede estar asociado el nivel socioeconómico, el nivel educativo y distintas condiciones biopsicosociales que repercuten a través del tiempo como los estilos de vida y la cultura.⁶ La mortalidad dental genera un impacto en la calidad de vida del individuo; provocando alteraciones: psicológicas entre ellas, los efectos psíquicos y cambios conductuales. En lo fisiológico se presentan alteraciones de tejidos duros y blandos, y alteraciones estéticas y funcionales donde se manifiestan modificaciones del habla, masticación, fonética y deterioro nutricional.²⁶

Los resultados de este estudio indican que el 78.46% de la población registra un bajo nivel educativo, siendo los niveles de primaria, sin escolaridad y bachillerato los más destacables con 43.05%, 21.18% y 15.25% respectivamente. La media de mortalidad dental de la población evaluada fue de 8 dientes perdidos, con 2 incrementos significativos, siendo el primero en el grupo etario de 43 a 51 y el segundo de 52 a 59 años con una media de 10 dientes y el tercero en el grupo etario de más de 60 años con un promedio de 18 dientes perdidos (tabla 1). En Antioquia, Colombia, B. Ramírez et al,¹⁰ se hizo un estudio en la población de 25, 35, 45, 55 y 65 años, se realizó diagnóstico registrando dientes presentes y ausentes, y se obtuvo un promedio de 3.4 ± 5.4 de dientes perdidos por caries.

Las consecuencias por mortalidad dental repercuten en la salud general de los pacientes.¹⁹ En el presente estudio se evaluó la presencia de las alteraciones clínicas y funcionales. Entre las principales alteraciones clínicas detectadas en los usuarios se encuentran los ruidos articulares con un 65.97%, las extrusiones dentales con un 28.47% y las mesializaciones con un 26.38%. Siendo más frecuentes en los usuarios con pérdida dental de 1 a 9 dientes (tabla 2). Por lo cual, coincide con diversos estudios como el de Serbia, Ivica Stancic et al,³⁰ quienes en el año 2014 evaluaron 156 modelos de yeso, revelando que un total de 33.9% de los dientes pilares analizados se rotaron, 31.3% se inclinaron, 12,1% migraron y el 57.3% se alargaron por encima del plano oclusal.

La calidad de vida, en relación a la salud oral se define como la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, el cual se mide con el índice OIDP. En ese sentido en los usuarios se reporta un efecto global del Índice OIDP de 38.48 ± 2.539 , lo cual indica que el nivel de calidad de vida de la población en estudio está afectado como, sin efecto a muy ligero,

principalmente en las dimensiones: 1) Comer y disfrutar de los alimentos 68.05%, 2) Sonreír 42.36%, 3) Disfrutar el contacto con la gente 36.11% y 4) Hablar y pronunciar correctamente 32.63% (tabla 3); Dato similar en el estudio realizado por Sánchez García S et al,² en donde el efecto global del OIDP fue muy ligero en problemas para relajarse (66.7%) y comer (42.3%). En México por Bellamy Ortiz et al,²⁵ con una muestra de 533 adultos mayores aplicaron el índice OIDP el cual obtuvo un puntaje medio de 9.83, siendo un puntaje bajo de impacto en la calidad de vida en donde las dimensiones más afectadas fueron las de limitación funcional, dolor físico e incapacidad física. Es decir, dificultades en aspectos como masticar, la apariencia, el dolor, la forma de hablar y de sonreír. En ambas literaturas y en los resultados de la presente investigación, a pesar de haber alteraciones clínicas y funcionales por la pérdida de dientes, no afectan en gran medida a la calidad de vida de los usuarios tampoco impide poder realizar sus actividades cotidianas.

A pesar de la presencia muy notoria de alteraciones clínicas y funcionales por mortalidad dental en los usuarios, un gran porcentaje tiene una autopercepción de afectación en el nivel de calidad de vida de “Sin efecto a Muy Ligero”; reportando que repercute mínimamente en el desempeño de sus labores diarias, refiriendo así baja autopercepción de afectación en su salud oral. Las alteraciones más destacadas fueron: mesializaciones, distalizaciones y extrusiones (tabla 4). Es decir que, a los usuarios de la presente investigación no les afecta tanto en sus labores cotidianas presentar alteraciones clínicas y funcionales en su cavidad oral.

En los resultados de los usuarios encontrados en la literatura científica muestra que existen diversos factores que contribuyen en la autopercepción de la salud oral del individuo en relación con la calidad de vida como la educación, nivel socioeconómico, estilos de vida, cultura y ambiente laboral en el que se desarrollan; a nivel bucal está asociada la utilización de prótesis dentales ya que restablecen funciones que se ven afectadas luego de la pérdida de dientes; pero cabe destacar que, en la presente investigación no es tan significativo el sexo del usuario ni el nivel de escolaridad. Esto se evidencia en los resultados de la tabla 5 donde se determinó que existe asociación entre el grupo etario y la calidad de vida ($p=0.001$). También cabe destacar que el sexo del paciente y el nivel de escolaridad no son estadísticamente significativo $p=0.36$ y $p=0.063$ respectivamente, es decir, que en los usuarios no influye el sexo ni el nivel de escolaridad en cuanto al impacto en la calidad de vida debido a que de esta se hace una medición de acuerdo al criterio del paciente. (Tabla 5); a diferencia que en el estudio por Fuente Hernández J. et al,³ en donde se les realizó una encuesta del OIDP a 150 ancianos de 60 a 85 años de edad, el cual se observó que hombres y mujeres presentaron un impacto positivo en su calidad de vida, en particular el sexo femenino. En la investigación realizada en El Salvador, por

Miranda Castañeda OD et al,³¹ el sexo femenino fue el más afectado y los pacientes con mayor nivel de educación presentaron menor mortalidad dental.

La mayor parte de la población se encuentra en un nivel de afectación en las actividades habituales entre sin efecto/muy ligero (63.90%) y ligero/moderado (29.90%), presentándose una mayor concentración en pacientes con pérdida de 1 a 9 dientes (tabla 6) afectando mayormente a las personas que presentaron pérdida dental en zona maxilar; asimismo la asociación entre la zona de pérdida mandibular y maxilar también es significativa. (Tabla 6.1)

Estudios reportan que las personas se ven afectadas mayormente cuando hay pérdida dental en sector anterosuperior, porque les afecta la participación social en su vida diaria por la estética y porque la pronunciación no es correcta. Mientras que la pérdida de dientes posteriores afecta la función masticatoria, limita la gama de alimentos consumibles, por lo tanto, el aporte necesario de nutrientes disminuye.² Esto también fue comprobado en este estudio reportando que existe un mayor promedio de pérdida dental en dientes posteriores (5.87 ± 0.61) que anteriores (2.23 ± 0.47). Además, que la pérdida en ambas zonas (maxilar y mandibular) el promedio de pérdida dental fue de 9 dientes en posterior y 4 dientes en anterior. (Tabla 6.2). Datos similares se registran en la India por Shah, Rupal J. et al,³² con 147 encuestados, el 58% experimentó dificultades para aceptar la pérdida de dientes. Estos estaban restringidos de actividades sociales principalmente debido a limitaciones funcionales y con más probabilidades de experimentar depresión. Por lo cual, podemos concluir que tanto la pérdida de piezas dentales en el sector anterior, como en el posterior provocan alteraciones clínicas y funcionales como problemas de fonación, deglución, baja autoestima, mesializaciones, distalizaciones, extrusiones, entre otros.

Se reporta que de la población en estudio un 60% ha presentado pérdida dental en el maxilar superior y un 78% en el maxilar inferior y al momento de la evaluación no han sido restituidos protésicamente, lo cual refleja que la utilización de prótesis fija, prótesis removible y prótesis completa es baja, siendo éste un factor determinante en la autopercepción de la salud oral el cual se ve disminuido en la población en estudio (tabla 7). Dato similar en Sánchez M. et al,²⁴ en donde el maxilar inferior tuvo mayor pérdida de dientes con un 43.1% y el maxilar superior con 34.3%. En el estudio realizado en Madrid, Bellamy Ortiz C. et al,²⁵ se encontró que la prevalencia de uso de prótesis fue de 35%; de estas 66,1% tenían mala calidad. Entre las personas que utilizaban prótesis parcial el 66,2% eran mujeres y entre los que empleaban prótesis total el 34,5% eran hombres. Cabe mencionar que es de suma importancia la presente investigación, ya que permite evidenciar la gran necesidad de incluir las rehabilitaciones protésicas en los centros de salud pública en los grupos etarios mayormente afectados de las UCSF y que no tienen acceso a los servicios de salud odontológicos del área privada por su alto costo.

9. CONCLUSIONES

1. El 78.46% de la población en estudio presenta un bajo nivel educativo (primaria, sin escolaridad y bachillerato).
2. El promedio de pérdida de toda la población es de 8 dientes. Existiendo un aumento significativo de la media de pérdida de 10 dientes a partir de los 43 años, afectando considerablemente al grupo etario de más de 60 años donde el promedio de dientes perdidos es de 18.
3. Las principales alteraciones clínicas y funcionales derivadas de la pérdida de dientes fueron las mesializaciones, distalizaciones y extrusiones dentales.
4. Se reporta un efecto global del índice OIDP de 38.48 ± 2.539 , lo cual indica que el nivel de calidad de vida de la población en estudio es de sin efecto a muy ligero, afectando principalmente las actividades habituales como comer y disfrutar los alimentos, sonreír y mostrar los dientes sin pena, disfrutar el contacto con la gente, hablar y pronunciar las palabras correctamente.
5. Se determinó que existe asociación entre el grupo etario y la calidad de vida ($p=0.001$). También cabe destacar que el sexo del paciente y el nivel de escolaridad no son estadísticamente significativos.
6. Se verifica que la mortalidad dental influye en el nivel de calidad de vida, encontrando un nivel de afectación entre sin efecto/muy ligero y ligero/moderado.
7. El 60% de los usuarios presenta mortalidad dental en maxilar y el 78% en la mandíbula sin ser restituidos protésicamente, indicador importante que influye en la autopercepción de la calidad de vida respecto a la salud oral.

10. RECOMENDACIONES

A la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador:

- Sobre la realización de educación y motivación con respecto a los hábitos alimenticios y cuidados bucodentales, incluir nuevas técnicas de promoción como las diferentes plataformas de redes sociales, para tener un mayor alcance a la población en general.
- En el programa preventivo en Escuelas, expandir las charlas para padres de familia, maestros y alumnos sobre el tema de mortalidad dental, también a las zonas rurales a nivel nacional para que tengan mayor conocimiento sobre el impacto que puede causar en la calidad de vida de las personas.

Al Centro de investigaciones (CIFOUES):

- Con los resultados obtenidos bucos epidemiológicos poder realizar un seguimiento del nivel de afectación en la población y poder generar nuevas líneas de investigación, encaminadas a poder resolver o minimizar la problemática planteada en esta investigación.
- Motivar al futuro profesional a llevar el seguimiento de nuevos casos en sus pacientes y sus resultados, para crear un programa específico encaminado a generar nueva evidencia científica, y así contribuir con el centro de investigación.

Al Profesional en salud oral:

- Educar a padres de familia y los hijos respecto a la importancia de la prevención en salud bucal, desde antes de su erupción dental.
- Realizar tratamientos alternativos y eficientes en las piezas dentales y dejar de última opción la realización de exodoncias para evitar la pérdida de piezas dentales y si se realizan, asesorar al paciente las consecuencias de eso y las alternativas para rehabilitar la pieza perdida.

Al Ministerio de Educación:

- Motivar la reactivación de programas preventivos en conjunto con el Ministerio de salud, con el objetivo de reforzar los programas de salud oral dirigidos a toda la población educativa; por lo tanto, se recomienda la ejecución y evaluación de manera constante por parte de esta entidad del estado.

Al Ministerio de Salud:

- Actualizar, unificar criterios y protocolos de evaluación en la consulta odontológica, tomando en cuenta la calidad sobre la cantidad de los tratamientos realizados, así como la promoción y educación en salud oral que se le brinda a los pacientes. De esta manera habrá una notable mejoría en la atención odontológica, así como en la calidad de vida de la población.
- Recalcar la importancia de conservar las piezas dentarias permanentes, instruir a cerca de sus funciones principales, y las consecuencias que se pueden presentar al momento de no restaurarlas.
- Fortalecer el conocimiento y aprendizaje de las diferentes técnicas de higiene bucal y aditamentos de limpieza que ayuden a la prevención temprana de la caries dental.
- Concientizar a incluir el tratamiento de rehabilitación protésicas a los usuarios con mayor afectación por mortalidad dental y que tenga menores ingresos económicos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henríquez S, Soares, Hordonho S, Moura, Santos G, de Souza Coelho Soare R. Impacto del Edentulismo en la Calidad de Vida de individuos Brasileños. Año 2012.art.9 Disponible en:
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-9/>
2. De la Fuente Hernández J, Sumano Moreno O, Sifuentes Valenzuela MC, Zelocatecatl Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ. Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63):83-92. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>
3. Sánchez MM, Casanova JF, Granillo HI, islas AJ, Márquez DL, Medina CE, Et al, Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos GacMédMéx Vol. 146 No. 4, Febrero-Abril 2010. Consultado Mayo 2016. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26779>
4. Mallqui LL, Hernández JF, Traumatismos dentales en dentición permanentes, Rev. Estomatológica Herediana 2012; 22 (1): 42-49. Consultado Mayo 2016. Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/158/132>
5. Organización Mundial de la Salud O. Salud Bucodental [Internet]. Salud bucal. 2012 [citado el 28 de abril de 2017]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
6. Contreras A, Medina C, Gómez A, Tello J, Vallejos A, Márquez S, Mendoza M. Principales motivos para extracción dental en adultos que acuden a las clínicas odontológicas de la UAEH. 2012 Oct 22;(1): 2-6. ART. Disponible en:
<https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/gaceta/gaceta1.pdf>
7. Cardona F., Figueredo J., Morte A., Garisoain J., Sáinz E., Causas de exodoncia en el servicio Navarra de salud Osasunbidea. Estudio epidemiológico Pamplona, Barcelona: Salud Pública y Administración Sanitaria; junio-Abril 2001. Vol. 25 (1), 2002: 59-69. Disponible en:
<http://docplayer.es/21957410-Salud-publica-y-administracion-sanitaria.html>

8. Acosta Ramírez N, Peñalosa RE, Rodríguez García J. Desarrollar el Plan de Análisis y la elaboración de informes del análisis de situación de salud de Colombia 2002-2007. Carga de enfermedad, Colombia 2005. Disponible en:
http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf
9. Ramírez Puerta BS, Agudelo Suárez AA, Morales Flores JL, Sarrazola Moncada AM. Dientes presentes en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años, Antioquia (Colombia) 2011. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2012000200001
10. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016; 9(2):177-183. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-clinica-periodoncia-implantologia-rehabilitacion-200-articulo-enfermedades-periodontales-como-un-problema-S0718539116300337>
11. Cardona Arias JA, Higuera Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Mar 11]; 4(2): 175-189. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003
12. Minaya Sánchez M, Medina Solís CE, Casanova Rosado JF, Casanova Rosado AJ, Márquez Corona M, Islas Granillo H, Islas Márquez AJ. Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos. Gac Méd Méx, 146 (4), 2010. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104c.pdf>
13. Medina SC, Maupomé G, Pelcastre VB, Ávila BL, Vallejos SA, et al. Desigualdades Socioeconómicas en Salud Bucal: Caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. Revista de investigación clínica. Rev. Invest. Lin. 2006, 58 (4). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000400005

14. De la Rosa Santillana R, Hernández Cruz P, Maupomé Gerardo, Medina Solís CE, Navarrete Hernández JJ, Pérez Campos E, et al. Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos; Rev. Invest. Clin. 2013; 65 (2): 141-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf>
15. Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo RA, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Aroche Arzuaga A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica “La Democracia”. MEDISAN, Santiago de Cuba, año 2009, v.13 n.5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500012
16. Medina Solís C, Casanova Rosado A. Factores Asociados A La Pérdida Del Primer Molar Permanente En Escolares De Campeche, México. Acta Odontológica Venezolana, año 2005, N°.3, Vol.43. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/perdida_primer_molar_permanente.asp
17. Sánchez Rodas E, Villagrán Colón E, Vanegas L. Estudio epidemiológico de caries y fluorosis. Guatemala 1999-2002. 19. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH-GUTcpo.pdf>
18. Angarita N, Cedeño C, Pomonty D, Quiros O, Maza P, Jurisic A, et al. Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años (San Felix- Estado Bolívar). Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria [Internet]. 2009 [citado el 28 de abril de 2016]; 1–20. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-19/>
19. Lindskog-Stokland B, Hakeberg M, Hansen K. Cambios en la posición molar asociados con la falta de dientes opuestos y / o adyacentes: un estudio de 12 años en mujeres. Swed Dent J [Internet]. 2013 [citado el 10 de agosto de 2016]; 37(2):97–104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23957144/>
20. Castro Gutiérrez I, Pérez Muro Y, Paredes, Bermudez M, Fernández Serrano JM. Trastornos de la articulación temporomandibular en la población del municipio de Trinidad. 2010. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2015 [citado el 17 de agosto de 2016]; 17(1):103–9. Disponible en: <http://ref.scielo.org/64v56r>

21. Sardiña Valdés M, Casas Acosta J. Anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular. Rev. Méd. Electrón. [Seriada en línea] 2010; 32 (3). Disponible en: <http://ref.scielo.org/7sk9yh>
22. Magne Zuñagua CK. Disfunciones en la articulación temporomandibular (atm) por ausencia de piezas. Rev. Act. Clin. Med. 2012 sep. v.23. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000800002&script=sci_arttext
23. Sánchez Muriguiondo M, Román Velásquez M, Dávila Mendoza R, González Pedraza Avilés A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Rev. Esp. Med. Quir. 2011; 16(2): 110-115. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/293814693_Salud_bucal_en_pacientes_adultos_mayores_y_su_asociacion_con_la_calidad_de_vida
24. Bellamy C, Moreno A, Bellamy Ortiz C I., Moreno Altamirano A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 [citado el 4 de febrero de 2019]; 30(4):195-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Piedad RG, María F. MT; Katuska RR. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. 3(2):702-718 mayo 2017. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/446/pdf>
26. OMS. Encuesta de salud bucodental: Métodos básicos. 4° edición. 1997. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb36ec58e04001011e011c36.pdf>
27. Pyle MA. Cambiando las percepciones de la salud oral y su importancia para la salud general: percepciones de los proveedores, percepciones públicas, percepciones de los encargados de formular políticas. Spec Care Dentist 2002; 22(1):8-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12014861/>

28. Organización Mundial de la Salud (WHO) Clasificación internacional de impedimentos, discapacidades y discapacidades: un manual de clasificación relacionado con las consecuencias de la enfermedad, publicado de conformidad con la resolución. Geneva: WHO; 1980. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>
29. Stancic I, Popovac A, Rodić T, Stipetić J, Strajnić L, Persić S. Analysis of abutment teeth in partially edentulous patients. Coll Antropol [Internet]. 2014 [citado el 10 de agosto de 2016]; 38(2):677–80. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/2e24/64fc233fb0539dd022502d644cd8f6f9b1f1.pdf>
30. Miranda Castañeda OD, Reyes Posada SM. Mortalidad de dientes permanentes y sus principales causas en usuarios de las unidades comunitarias de salud familiar de los municipios de Cuscatancingo y la palma, el salvador, 2016. [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Odontología. 2017. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Mortalidad-de-dientes-permanentes-y-sus-principales-Casta%C3%B1eda-Posada/3d5a5610ff62d59ac9a66e13327303b3468718fe>
31. Shah R, Diwan F, Diwan M, Chauhan V, Agrawal HS, Patel GC. Un estudio de los efectos emocionales de la pérdida de dientes en una población de gujarati desdentada y su asociación con la depresión. J Indian Prosthodont Soc [Internet]. 2015 [citado el 30 de marzo de 2017]; 15(3):237. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26929519/>

ANEXOS

ANEXO N°1

RESUMEN DE ESTUDIO PILOTO DE LA INVESTIGACIÓN

“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EN EL 2018”

CONCLUSIONES

- ✓ Se logró estimar el tiempo necesario para poder ejecutar el paso del instrumento.
- ✓ Identificar dificultades de comprensión del índice OIDP en el entrevistado.
- ✓ Se logró adecuar el lenguaje para la comprensión de los distintos ítems del índice OIDP.
- ✓ Se logró identificar las deficiencias que cada investigador presentó durante el paso del instrumento y calibrarse para lograr mejor resultado.
- ✓ El nivel de comprensión por parte de los pacientes fue aceptable, aunque se presentó cierta dificultad al aplicar el índice OIDP dadas las múltiples dimensiones que presentaban las preguntas 2 (de frecuencia) y 3 (de gravedad); por lo demás el instrumento fue comprensible.

RECOMENDACIONES

- ✓ Mejorar tiempo de paso de instrumentos.
- ✓ Incluir el indicador de pieza distalizada y totales a la guía de observación.
- ✓ Incluir en la clasificación de Kennedy indicador edéntulo y las imágenes de las clasificaciones para orientar al investigador.

ANEXO N°2

CARTA DIRIGIDA AL DIRECTOR DE UCSF DE SOCIEDAD MORAZÁN, Y PERIFÉRICA SAN VICENTE SOLICITANDO AUTORIZACIÓN PARA EL PASO DE INSTRUMENTOS

	Carta Dirigida a Director UCSF Sociedad Morazán	
---	--	---

San Salvador, 28 de agosto de 2018

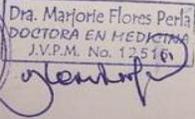
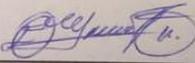
Dr. Marjorie Flores
Director UCSF Sociedad Morazán
Presente

Reciba un cordial saludo, deseando éxitos en sus actividades dentro y fuera de esta institución.

El motivo de la presente es para informar que me encuentro elaborando mi trabajo de grado para poder optar al título de "Doctor en Cirugía Dental" por lo cual estoy realizando una investigación sobre **"Impacto en la Calidad de Vida a Consecuencia de la Mortalidad de Dientes Permanentes en Usuarios de Unidades Comunitarias de Salud Familiar en el Año 2018."**

Por lo tanto se requieren como sujetos de estudio a las personas que asisten a la consulta odontológica en dicho establecimiento de salud, considerando que la atención que se brindará a los pacientes de la UCSF no se verá alterada en ningún sentido con la implementación del Estudio de investigación; por lo cual solicito de la manera más respetuosa, me brinde el espacio y autorice que dicho proceso se lleve a cabo dentro de las instalaciones de la UCSF que usted dirige.

Optimista de su apoyo me despido agradeciendo su atención a la presente.

	 Dra. Marjorie Flores Perla DOCTORA EN MEDICINA J.V.P.M. No. 125161	F.  Oscar Emerson Mártir Ventura Odontólogo en Servicio Social.
---	---	---



ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Odontólogo en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador designada en la UCSF de: _____, le hace la atenta invitación de participar en un trabajo de investigación que consiste en **“CONOCER EL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE SOCIEDAD, MORAZÁN Y PERIFÉRICA, SAN VICENTE EN EL AÑO 2018”**. El trabajo de investigación consiste en obtener información sobre la mortalidad de dientes permanentes, las principales alteraciones clínicas y alteraciones funcionales derivadas de la mortalidad dental y como esto afecta la calidad de vida de cada persona; también se realizará un cuestionario sencillo y claro relacionado con el objetivo de la investigación. Se aclara que durante el proceso de evaluación no correrá ningún riesgo, se utilizarán medidas de bioseguridad necesarias y la información brindada será confidencial.

Como paciente declaro que comprendo en su totalidad la explicación antes dada, he recibido satisfactorias explicaciones sobre el alcance de la intervención y han sido aclaradas las dudas que he manifestado al respecto.

Yo _____ identificado con documento único de identidad _____ de _____ años actuando en nombre propio declaro que he sido informado (a) de la naturaleza de la investigación y manifiesto de forma libre y consciente mi participación en el trabajo de investigación en UCSF de _____ departamento de _____ en el día _____ de _____ del 2018.



ANEXO N°4

ASENTIMIENTO INFORMADO



Odontólogo en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador designada en la UCSF de: _____, le hace la atenta invitación de participar en un trabajo de investigación que consiste en **“CONOCER EL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE SOCIEDAD, MORAZÁN Y PERIFÉRICA, SAN VICENTE EN EL AÑO 2018”**. El trabajo de investigación consiste en obtener información sobre la mortalidad de dientes permanentes, las principales alteraciones clínicas y alteraciones funcionales derivadas de la mortalidad dental y como esto afecta la calidad de vida de cada persona; también se realizará un cuestionario sencillo y claro relacionado con el objetivo de la investigación. Se aclara que durante el proceso de evaluación no correrá ningún riesgo, se utilizarán medidas de bioseguridad necesarias y la información brindada será confidencial.

Como padre y/o madre del paciente declaro que comprendo en su totalidad la explicación antes dada, he recibido satisfactorias explicaciones sobre el alcance de la intervención y han sido aclaradas las dudas que he manifestado al respecto.

Yo _____ identificado con documento único de identidad _____ de _____ años, autorizo a mi hijo (a) a participar en el trabajo de investigación en UCSF de _____ departamento de _____ en el día _____ de _____ del 2018.



ANEXO N°5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE ODONTOLOGÍA GUÍA DE OBSERVACIÓN



1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Objetivo: Registrar las variables sociodemográficas de los usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar que formen parte del estudio.

Indicaciones:

- Orientar las preguntas directamente al entrevistado de manera puntual y comprensible.
- Indicar en la casilla en blanco a la derecha la respuesta correspondiente con lapicero color azul. Las preguntas son cerradas, por lo que deberá seleccionar solamente una respuesta por pregunta.
- Indicar con un asterisco (*) en el numeral 8 y 9 la respuesta correspondiente.

1. Fecha de Examen:

Día	Mes	Año

2. UCSF:

3. Código de Examinador:

4. Código de instrumento:

5. Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año

6. Sexo

	1 Hombre
	2 Mujer

7. Edad:

8. Grupo etario

- a) 15 a 24 años
- b) 25 a 33 años
- c) 34 a 42 años
- d) 43 a 51 años
- e) 52 a 59 años
- f) más de 60 años

9. Nivel de Escolaridad

- a) Sin escolaridad
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Técnico
- f) Universitario

2. VARIABLE IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA/ ÍNDICE OIDP

Objetivo: Recabar información sobre la capacidad de los sujetos en estudio para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses a través del índice OIDP.

Indicaciones:

- Orientar las preguntas del cuadro 1 directamente al entrevistado de manera puntual y comprensible.
- Realizar cada una de las preguntas registrando en la casilla 1 si el entrevistado se ha visto afectado o no.
- En la casilla 2 "Frecuencia" registrará de acuerdo a lo que le indica el entrevistado la frecuencia con que se ve afectado. Deberá considerar las posibles respuestas indicadas dentro de la misma casilla.
- En la casilla 3 "Gravedad" registrará de acuerdo a lo que le indica el entrevistado la Gravedad con que se ve afectado. Deberá considerar las posibles respuestas indicadas dentro de la misma casilla.
- Las preguntas son cerradas, por lo que deberá seleccionar solamente una respuesta por pregunta.

6. Al finalizar, para obtener el efecto por cada dimensión este se obtiene al multiplicar el puntaje obtenido de la frecuencia por el puntaje de la gravedad; y por lo tanto, la calificación para cada dimensión es 0 a 25 puntos. Cada elemento se clasifica de acuerdo con el puntaje obtenido como sigue: "sin efecto" (0 puntos), "muy ligero" (1 a 5 puntos), "ligero" (6 a 10 puntos), "moderado" (11 a 15 puntos), "grave" (16 a 20 puntos) y "muy grave" (21 a 25 puntos).
7. El efecto global del OIDP se obtiene a través de la sumatoria del puntaje de las ocho dimensiones; en consecuencia, la calificación puede variar de 0 a 200 puntos. El registro global del OIDP se clasifica entonces como: "sin efecto" (0 puntos), "muy ligero" (1 a 40 puntos) "ligero" (41 a 80 puntos), "moderado" (81 a 120 puntos) "grave" (121 a 160 puntos), "muy grave" (161 a 200 puntos). Indicar en el cuadro 2 el efecto global del OIDP del paciente.

ÍNDICE OIDP (Oral Impacts on Daily Performances) Perfil de Impacto en la Salud Oral

Cuadro 1

1	2	FRECUENCIA	3	GRAVEDAD	
En los pasados seis meses ¿Ha tenido problemas con su boca, dientes o dentaduras que ocasionen problemas en lo siguiente?	Durante los pasados seis meses, ¿con que frecuencia tuvo usted dificultad para lo siguiente?		Mediante una escala del 0 al 5, en la cual 0 indica ausencia de un problema en su vida diaria ("nada") y 5 presencia de un problema en sus actividades de vida ("muy grave"), ¿en qué forma le afecto en su vida diaria para lo siguiente?		Resultado de multiplicar frecuencia por gravedad
1. Comer y disfrutar de los alimentos.	1. Comer y disfrutar de los alimentos.		1. Comer y disfrutar de los alimentos.		
2. Hablar y pronunciar correctamente.	2. Hablar y pronunciar correctamente.		2. Hablar y pronunciar correctamente.		
3. Limpiarse o lavarse los dientes.	3. Limpiarse o lavarse los dientes.		3. Limpiarse o lavarse los dientes.		
4. Dormir y relajarse.	4. Dormir y relajarse.		4. Dormir y relajarse.		
5. Sonreír/reírse y mostrar dientes sin pena.	5. Sonreír/reírse y mostrar dientes sin pena.		5. Sonreír/reírse y mostrar dientes sin pena.		
6. Mantener el estado emocional, normal y sin enojo.	6. Mantener el estado emocional, normal y sin enojo.		6. Mantener el estado emocional, normal y sin enojo.		
7. Hacer todo el trabajo o socializar en una forma normal.	7. Hacer todo el trabajo o socializar en una forma normal.		7. Hacer todo el trabajo o socializar en una forma normal.		
8. Disfrutar el contacto con la gente.	8. Disfrutar el contacto con la gente.		8. Disfrutar el contacto con la gente.		
Respuestas: 0 (SI), 1 (NO)	Respuestas: (0) Nunca afectado en los últimos 6 meses, (1) Menos de una vez al mes o hasta cinco días en total, (2) Una o dos veces al mes o hasta 15 días en total, (3) Una o dos veces a la semana o hasta 30 días en total, (4) Tres o cuatro veces a la semana o hasta 3 meses en total, (5) Casi todos los días o más de tres meses.		Respuestas: (0) Nada, (1) Muy poco, (2) Poco, (3) Moderado, (4) Grave, (5) Muy grave.		Resultado de dimensiones: (0) sin efecto, (1 a 5) muy ligero, (6 a 10) ligero, (11 a 15) moderado, (16 a 20) grave, (21 a 25) muy grave.

Cuadro 2

EFECTO GLOBAL DEL OIDP/ Sumatoria de las 8 dimensiones		
0 puntos	Sin efecto	
1 a 40 puntos	Muy ligero	
41 a 80 puntos	Ligero	
81 a 120 puntos	Moderado	
121 a 160 puntos	Grave	
161 a 200 puntos	Muy grave	

3. DIAGNÓSTICO DE MORTALIDAD DENTAL REFERIDA

Objetivo: Identificar los órganos dentarios perdidos, principales alteraciones clínicas y funcionales.

Indicaciones:

1. Acomodar al paciente en el sillón dental.
2. Basándose en el componente P, indique en el odontograma con bolígrafo **azul** los **órganos dentarios ausentes** en cavidad oral.
3. Haciendo uso del cuadro 1 identifique los órganos dentarios que luego de la evaluación se indican para extracción considerando los códigos. Identifique con bolígrafo **rojo** los **órganos dentarios indicados para extracción**.
4. Identifique y **marque con una fecha azul** los órganos dentarios que presenten **mesialización** a causa de pérdida de dientes.
5. Identifique y **marque con una fecha azul** los órganos dentarios que presenten **distalización** a causa de pérdida de dientes.
6. Encierre en un **círculo de color azul** los órganos dentarios que estén **extruidos** a causa de pérdida de su antagonista.
7. Indique en el cuadro 1 y 2 el total de dientes indicados para extracción, mesializados, distalizados y extruidos.

1-7	1-6	1-5	1-4	1-3	1-2	1-1	2-1	2-2	2-3	2-4	2-5	2-6	2-7
4-7	4-6	4-5	4-4	4-3	4-2	4-1	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5	3-6	3-7

CUADRO 1

Dientes indicados para extracción		DIENTES	TOTAL
Código	Criterio Diagnóstico		
1	Caries		
2	Enf. Periodontal		
3	Trauma		
4	otras causas (ortodoncia y prótesis)		

CUADRO 2

	Dientes	Total
Componente P		
Indicado para extracción		
Dientes Mesializados		
Dientes Distalizados		
Dientes Extruidos		

4. ALTERACIONES FUNCIONALES

Indicaciones:

Según la evaluación clínica, registre en el cuadro 3 la presencia o ausencia de ruidos articulares.

Cuadro 3

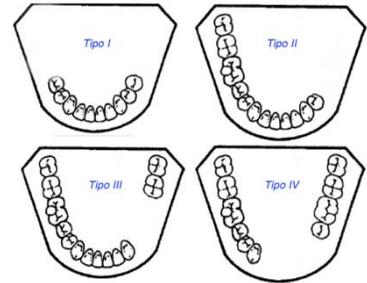
Ruidos articulares	Presencia	
	Ausencia	
	Bilateral	
	Unilateral	
	No aplica	

5. CONSIDERACIONES PROTÉSICAS

Según la evaluación clínica, clasifique según Kennedy el edentulismo que presente el paciente, indique clasificación en el cuadro 4.

Cuadro 4

Clasificación de Kennedy			
MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
Clase I		Clase I	
Clase II		Clase II	
Clase III		Clase III	
Clase IV		Clase IV	
Edéntulo		Edéntulo	
No Aplica		No Aplica	



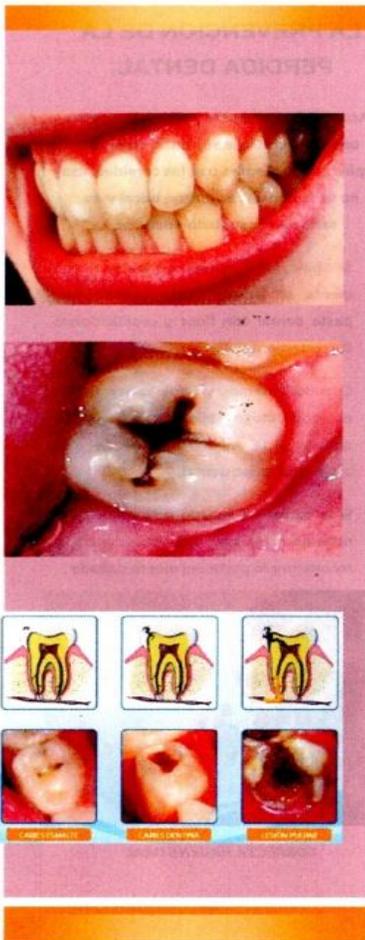
Según evaluación clínica indique en el cuadro 5 según corresponde el estado o tipo de prótesis que presenta el paciente.

Cuadro 5

MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
Dentado		Dentado	
Prótesis Parcial Removable		Prótesis Parcial Removable	
Prótesis Completa		Prótesis Completa	
Prótesis Fija		Prótesis Fija	
No Aplica/Sin prótesis		No Aplica /Sin prótesis	

Observaciones:

ANEXO N°6



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Universidad de El Salvador
El servicio de la libertad para la cultura

PRINCIPALES CAUSAS DE LA PERDIDA DENTAL Y COMO PREVENIRLAS.

SU LOGO AQUÍ



CAUSAS DE LA PERDIDA DENTAL.

♦ LOS TRAUMATISMOS DENTALES:

Las causas más comunes de pérdida de dientes por traumatismo son los accidentes. Caídas, resbalones, golpes fortuitos con un objeto... El número de traumatismos dentales debidos a accidentes de tráfico es muy elevado si incluimos aquí los accidentes de bicicleta, patinete, etc. Es importante además el número de traumatismos que se producen en la práctica deportiva sobre todo cuando en esta no se protege la cara de forma adecuada

LAS INFECCIONES DENTALES:

♦ Dentro de las infecciones tenemos dos tipos

La caries: que es una infección que ataca a la pieza dental destruyéndola paulatinamente hasta conseguir que se fracture y se termine cayendo. Durante el proceso el inicio de la caries es indoloro, pero en la mayoría de las ocasiones al llegar la infección a la pulpa dentaria se produce un integrísimo dolor. Entonces no hay duda de que el pobre diente está en las últimas y que la probabilidad de perderlo es del 100% si no acudimos al dentista.

Enfermedades periodontales, o enfermedades de las encías: Son enfermedades que atacan a la encía, es decir, al tejido que soporta el diente. Tenemos fundamentalmente dos, la gingivitis que afecta a los tejidos blandos y la periodontitis que además ataca al hueso en el que se insertan los dientes. En este caso las encías están inflamadas, sangran, tendremos mal aliento y mal sabor de boca, pero no sentiremos un dolor intenso. Los dientes se empezarán a mover y si la enfermedad avanza terminaremos por perderlos.



LA PREVENCIÓN DE LA PERDIDA DENTAL.

“Acostumbrarse desde pequeños a llevar una correcta higiene dental como es cepillarse los dientes tras las comidas, uso de seda dental , enjuague bucal y no saltarse el cepillado nocturno”

- ♦ Si hay una desmineralización del diente se puede tratar usando una pasta dental con flúor y cepillándonos correctamente.
- ♦ Cuando tenemos ya una caries visible el odontólogo eliminará la parte dañada y la reparará antes de que alcance la pulpa dental.
- ♦ Si la caries ha llegado a la pulpa será necesario realizar una endodoncia y reconstruir la parte del diente dañada .



CORRECTA HIGIENE ORAL

ANEXO N°7

IMÁGENES DEL PASO DE INSTRUMENTOS EN UCSF PERIFÉRICA SAN VICENTE Y SOCIEDAD MORAZÁN



