

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



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

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA
MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LOURDES,
ZACAMIL, PERIFÉRICA COJUTEPEQUE Y METAPÁN EN EL AÑO 2018”.**

AUTORES:

**JACQUELINE VANESSA CASTILLO MARROQUÍN
MELANIE ELIZABETH DÍAZ RAMOS
ANA ALEXANDRA ESCOBAR DE TURCIOS
CARMEN CECILIA SANTELIZ FLORES**

DOCENTE ASESOR:

Msc. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SEPTIEMBRE 2019

AUTORIDADES

RECTOR

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERECTOR ACADÉMICO

Dr. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICERECTOR ADMINISTRATIVO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

DECANO

MPH. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR

VICE-DECANO

Dr. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA

SECRETARIO

Dr. JOSÉ BENJAMÍN LÓPEZ GUILLÉN

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

Dra. LISSET MARGARITA LÓPEZ SERRANO

DIRECTORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

Msc. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

TRIBUNAL EVALUADOR

Msc. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

Msc. RUTH ELIZABETH FUENTES DE SERMEÑO

Dra. REGINA GUADALUPE ARBIZÚ TRIGUEROS

AGRADECIMIENTOS

A NUESTRO DIOS

Por habernos dado la sabiduría, la fortaleza y mostrarnos el camino para poder seguir y culminar nuestro sueño de ser profesionales académicamente.

A NUESTROS PADRES

Por el sacrificio de sacarnos adelante, por su apoyo incondicional y todo su amor durante la carrera.

A NUESTROS FAMILIARES Y AMIGOS

Gracias por sus palabras de aliento, por el apoyo y por el cariño.

A NUESTROS DOCENTES

Gracias por creer en nosotros, por enseñarnos el sendero del aprendizaje, por la paciencia, por compartir sus experiencias, su motivación, su cariño, su amistad y gran apoyo para alcanzar el éxito.

A NUESTRA DIRECTORA Y ASESORA DE TESIS

Gracias por toda su paciencia, sus exigencias, sus consejos, su apoyo, su tiempo, su colaboración en el desarrollo de esta tesis y por acompañarnos en todo el camino.

DEDICATORIA

A Dios, nuestros padres y esposo porque sin ellos esto no hubiera sido posible.

ÍNDICE GENERAL		Página
1. Introducción.....		9
2. Objetivos.....		10
3. Hipótesis.....		10
4. Marco teórico.....		11
5. Materiales y métodos.....		16
5.1 Tipo de investigación o estudio.....		16
5.2 Tiempo y lugar.....		16
5.3 Variables e indicadores.....		16
5.4 Diseño del estudio		16
5.5 Población y muestra.....		18
5.5.1 Criterios de inclusión y exclusión.....		18
5.6 Recolección y análisis de los datos.....		19
5.7 Alcances, limitaciones y consideraciones bioéticas.....		21
6. Resultados.....		23
7. Discusión.....		30
8. Conclusiones.....		33
9. Recomendaciones.....		34
10. Referencias bibliográficas.....		35
Anexos		

ÍNDICE DE TABLAS		Página
Tabla 1. Caracterización de la población según variables sociodemográficas y mortalidad dental.....		23
Tabla 2. Principales alteraciones clínicas y funcionales derivadas de la mortalidad de dientes permanentes		24
Tabla 3. Nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales, según los resultados del índice OIDP.....		25
Tabla 4. Nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales.....		26
Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y calidad de vida.....		27
Tabla 6. Asociación entre la mortalidad dental con el nivel de calidad de vida/hipótesis.....		28
Tabla 6.1 Asociación entre la mortalidad dental con las zonas maxilar y mandibular.....		28
Tabla 7. Estado protésico a causa de mortalidad dental.....		29

RESUMEN

Objetivo: Conocer el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes de los usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán en el año 2018.

Materiales y métodos: El estudio es descriptivo, transversal y observacional, midió la asociación entre las variables sociodemográficas, mortalidad dental y el impacto en la calidad de vida. La muestra fue de 576 usuarios en cuatro UCSF donde las investigadoras realizaron su servicio social en el año 2018, con edades entre 15 a más de 60 años; se consideró como variable dependiente la mortalidad de dientes permanentes y como variable independiente el impacto en la calidad de vida. La prueba estadística utilizada fue chi-cuadrado para verificar la asociación entre las variables planteadas en la investigación.

Resultados: El nivel educativo más prevalente en la población fue secundaria (28.47%), el grupo etario de más de 60 años presentó mayor promedio de pérdida dental (9 dientes), el promedio global de mortalidad dental fue de 5 dientes perdidos. Las alteraciones clínicas y funcionales mayormente frecuentes fueron mesializaciones (43.41%) y extrusiones (42.71%). La calidad de vida de la población se categorizó en sin efecto/muy ligero, obteniendo un promedio global del índice OIDP 28.42. La prótesis que se presentó con mayor frecuencia fue la prótesis parcial fija; para maxilar superior (11.81%) y maxilar inferior (3.47%).

Conclusiones: La calidad de vida se ve ligeramente afectada a consecuencia de la mortalidad dental en la población estudiada.

Palabras claves: Calidad de vida, mortalidad dental, dientes permanentes.

ABSTRACT

Objective: The aim of this research is to know the impact in the quality of life as a consequence of the mortality of the permanent teeth of the patients of the Family Health Community Centers (FHCC)¹ Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque and Metapán during the year 2018.

Materials and methods: This is a descriptive, cross-sectional and observational study. It measured the association between the sociodemographic variables, dental mortality and the impact in the quality of life. The sample was 576 patients between 15 years of age and older than 60, in four UCSFs, where the researchers carried out their social service during the year 2018. The mortality of permanent teeth was considered as the dependent variable, and the impact in the quality of life as the independent variable. The statistical Chi-square test was used to verify the association between the variables proposed in the investigation.

Results: The most prevalent educational attainment among the population was high school, (28.47%); the age group older than 60 years showed the highest level of dental loss (9 teeth); the overall average of dental mortality was of 5 lost teeth. The more frequent clinical and functional alterations were mesializations (43.41%) and extrusions (42.71%). The quality of life of the population was categorized as without effect/very light effect, obtaining a total average OIDP index of (28.42). The prosthesis that occurred more frequently was the fixed partial prosthesis, the upper jaw (11.81%), and the lower jaw (3.47%).

Conclusions: The quality of life is seen lightly affected as a consequence of the dental mortality in the studied population.

Key words: Quality of life, dental mortality, permanent teet

¹ Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF, Spanish Acronym)

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos de la profesión odontológica es la conservación de los dientes naturales en boca el mayor tiempo posible, en la actualidad la mortalidad dental es el reflejo de patologías como caries dental y periodontitis no tratadas a tiempo, dando como resultado repercusiones en la calidad de vida de las personas. Existen otros factores que provocan la pérdida de dientes permanentes como por ejemplo, tratamientos protésicos deteriorados, casos ortodónticos con indicación de extracciones, por traumatismos y por fallas en el tratamiento endodóntico¹.

A nivel nacional existen estudios relacionados con las diversas causas de mortalidad dental²⁻⁴; sin embargo, en el ámbito internacional existen diversos estudios que indican que la pérdida dental puede generar inestabilidad psicológica, física y limitaciones funcionales, afectando la calidad de vida, no obstante, muchos de los estudios están enfocados en adultos mayores y limitan los resultados a una población joven que presentan múltiples pérdidas de dientes desde edades tempranas⁵⁻⁷.

Considerando diversos estudios^{5,8,9} con respecto al impacto emocional y físico que genera la pérdida de dientes en la calidad de vida, surgió la necesidad de efectuar un estudio a nivel nacional, para evidenciar la condición de la población en las UCSF de Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque, y Metapán durante el servicio social, con el fin de identificar las alteraciones clínicas y funcionales de la mortalidad dental y cómo estas afectan en la calidad de vida de la población salvadoreña. Dicho estudio se enfocó en usuarios que acudieron al servicio de odontología, a quienes se les solicitó su participación a través de un consentimiento informado o asentimiento informado en el caso de menores de edad.

La obtención de datos se realizó a través de una guía de observación, donde se evaluó el componente perdido; de igual manera se evaluó por medio de una cédula de entrevista, el índice Oral Impact on Daily Performance (OIDP) que mide el efecto de la salud bucal con base en ocho dimensiones relacionadas con la capacidad del paciente para realizar sus actividades habituales⁶. Los resultados más relevantes muestran que el promedio global de pérdida dental es de 5 dientes, el nivel educativo más prevalente en la población es secundaria 28.47%, el grupo etario de más de 60 años presentó el mayor promedio de pérdida dental de 9 dientes; siendo las mesializaciones 43.40% y extrusiones 42.71% las alteraciones clínicas y funcionales mayormente presentes. El promedio del efecto global del OIDP se categorizó en muy ligero, la prótesis que con mayor frecuencia se observó en los usuarios fue la prótesis parcial fija.

El estudio o los datos obtenidos no podrán ser extrapolados al resto de la población sino únicamente en los municipios donde se realizó.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes de los usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán en el año 2018.

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 índice CPO, la categoría perdidos.
- 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

H₁: La mortalidad dental influye en el nivel de calidad de vida.

H₀: La mortalidad dental no influye en el nivel de calidad de vida.

4. MARCO TEÓRICO

La pérdida de dientes naturales generalmente se ha asociado a caries dental y enfermedad periodontal, estas patologías alteran diversas funciones que afectan la salud de la población. Sin embargo, existen otros factores que pueden favorecer la pérdida de dientes permanentes, como la poca accesibilidad a los centros de salud y la falta de educación sobre la higiene bucal; lo cual afecta la calidad de vida^{9, 10}.

Para conocer la mortalidad dental existen índices que miden la pérdida de dientes, uno de estos es el índice CPO/D, el cual se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se utilizó para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por mortalidad dental con la modificación de incluir las extracciones indicadas, por lo tanto, el componente P=perdido de dicho índice fue el que permitió numerar los dientes que han sufrido de mortalidad¹¹. Así mismo para determinar la frecuencia del tipo de edentulismo a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes se utilizó la clasificación de Kennedy que es una forma de clasificar arcos parcialmente edéntulos para maxilar superior e inferior (Clase I áreas edéntulas bilaterales, ubicadas posteriormente a los dientes remanentes, clase II área edéntula unilateral ubicada posteriormente a los dientes remanentes, clase III área edéntula unilateral limitada por dientes remanentes anteriores y posteriores y Clase IV área edéntula única bilateral, localizada delante de los dientes remanentes y que cruza la línea media), se menciona que la clase I de Kennedy inferior es el tipo de arcada parcialmente edéntulo más frecuente.¹²

Es importante mencionar que cada diente en boca cumple un papel esencial durante el proceso de la digestión y nutrición, motivo por el cual es necesario mantenerlos sanos y conservarlos el mayor tiempo posible. Con el paso de los años la mortalidad de los dientes permanentes ocasiona alteraciones bucodentales; la mayoría de los clínicos señalan: alteraciones estéticas, disminución de la eficacia de la masticación, inclinación, migración y rotación de los dientes restantes, extrusión de dientes, pérdida del apoyo para los dientes, desviación mandibular, atrición dental, pérdida de la dimensión vertical, disfunción de la articulación temporomandibular, pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales; además la pérdida de los dientes naturales puede afectar la autoestima, la comunicación (debido a los cambios en la fonética) y la oclusión del paciente^{2,6,13}.

Las alteraciones del plano oclusal producidas por pérdidas dentarias y cualquier pérdida del tejido dentario que no sea reemplazado, conduce a migración de los dientes vecinos y sus antagonistas, siendo una consecuencia más común de la mortalidad dental¹⁴; Okeson¹⁵ comprobó que una molar puede recibir hasta 89.8 kg de fuerza, si estas no se reciben equilibradamente la consecuencia es la migración patológica, hasta la pérdida dentaria por oclusión traumática.

“Otra alteración clínica que se puede presentar al perder dientes son los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM), siendo las causas más comunes de dolor facial después del dolor dental; afectando con mayor frecuencia al sexo femenino en una relación 4:1 y de 2:1”¹⁶.

La pérdida dental es considerada uno de los factores etiológicos que ocasionan disfunción en la ATM teniendo una mayor relación cuando existe pérdidas de premolares y molares; la reducción de la altura clínica, por la pérdida de soporte posterior debido a la ausencia dental, rotación dental y desplazamientos, tienen como resultado la disminución en la dimensión vertical afectando la altura facial, la misma que muestra apariencia envejecida con cambios sustanciales en el perfil de los tejidos blandos, protrusión mandibular, sonrisa invertida, líneas naso genianas marcadas; el sistema estomatognático tendría en ocasiones la capacidad de adaptación a la pérdida molar y al soporte dental posterior al haber pérdida de la guía anterior. “Todas las fuerzas funcionales son transmitidas a los dientes posteriores, el estrés al que estas piezas son sometidas especialmente durante los movimientos de lateralidad pueden provocar daños a las estructuras dentales y periodontales (trauma oclusal y fracturas)”¹⁶.

Así mismo, en Cuba se realizó un estudio con una población de 61 pacientes donde se demostró que el síndrome de disfunción temporomandibular constituye un problema de salud importante y afecta a más del 50% de la población en alguna etapa de la vida y tiene una manifestación más por signos que por síntomas; siendo el sexo femenino más afectado que el sexo masculino, también se determinó que hay mayor afectación en ambos lados de la articulación y la modalidad de ruido más frecuente fueron los chasquidos, donde ambos sexos presentaron dificultad a la apertura bucal¹⁷.

Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno¹⁸.

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir⁶, se menciona que los efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que pierde su dentición natural y progresa la desdentación parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura. “A pesar de que la cara representa solo una pequeña proporción de la superficie de nuestro cuerpo, en ella está la identidad social”, es por ello que los sujetos que tienen dificultades para aceptar la pérdida de dientes son más propensos a mostrar síntomas de depresión¹⁹.

Las personas que experimentaron dificultades para relacionarse en un entorno social, salen poco de casa o hablan lo menos posible, expresando una gama más amplia y compleja de emociones; razón por lo que evitan mirarse así mismos, se relaciona con el hecho de asociar los cambios faciales y las emociones que les causa la pérdida de dientes. Estas personas son más susceptibles a sentirse menos confiados sobre ellos mismos y a sentirse inhibidos para realizar las actividades diarias, son menos capaces de aceptar los cambios inevitables de su forma facial la cual ocurre después de la pérdida dental; es por ello que cuando existe pérdida dentaria, la prótesis puede considerarse como opción de planificación en la rehabilitación, pues en algunos pacientes es la solución a problemas principalmente psicológicos, es decir, un medio para superar el temor al hablar o sonreír sin mencionar la devolución de la función masticatoria y la fonación²⁰.

Las alteraciones clínicas y funcionales antes mencionadas tienen repercusión en los problemas bucodentales, la salud bucal de la población salvadoreña se caracteriza por una alta prevalencia de patologías bucales, afectando la calidad de vida de las personas que las padecen. Las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y las enfermedades periodontales; además, se consideran como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas crónicas²¹.

Para evaluar el impacto en la calidad de vida se utilizó el índice OIDP, que es un instrumento validado y confiable, el cual mide el efecto de la percepción en la calidad de vida con base a ocho dimensiones relacionadas con la capacidad del paciente para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses; cada una de las ocho dimensiones se evaluó mediante una pregunta con tres componentes: presencia, frecuencia y gravedad de los problemas dentales (comer y disfrutar los alimentos, hablar y pronunciar correctamente, limpiar o lavarse los dientes, dormir y relajarse, sonreír-reír y mostrar los dientes sin pena, mantener el estado emocional normal sin enojo, hacer todo el trabajo, socializar en forma normal y disfrutar el contacto con la gente), cada componente con diferentes respuestas, en el caso de presencia 0 (si), 1 (no), en el componente frecuencia en una escala del 0 al 5 (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) y en el componente gravedad en una escala del 0 al 5 (nada, muy poco, poco, moderado, grave, muy grave). De igual manera, en términos teóricos basados en el índice OIDP, Locker²² interpreta a través de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca de las consecuencias últimas del deterioro de la salud bucal relacionada con la calidad de vida. “El primer nivel se refiere al deterioro del estado bucodental como hacen referencia en la mayoría de los índices clínicos que se utilizan para medir el estado de salud bucodental. El segundo nivel o “impactos intermedios” incluye los posibles impactos negativos

más tempranos causados por el deterioro del estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia. El tercer nivel o últimos impactos representa las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental; por lo tanto, la cavidad bucal permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar, de tal manera que las alteraciones de la boca pueden limitar el desempeño escolar, laboral y el hogar, los impactos psicosociales de los problemas bucales pueden afectar la calidad de vida de las personas²³.

Se han efectuado diversos estudios^{3,6,23} comparativos de autor nacional y autores internacionales que señalan la pérdida de dientes no solo como un problema físico, sino que es un componente psico-fisio-social. Por consiguiente, en un estudio, el análisis factorial de 57.1% sobre las actividades habituales se presentó afectado en el siguiente orden: físico 21.5%, psicológico 19.6%, social 16%⁶.

Así mismo, Davis et al²⁴, determinaron que el 83% de las personas que tienen dificultades para aceptar la pérdida de sus dientes eran más propensos a sentir que la forma de su rostro había cambiado como consecuencia de la pérdida de los dientes, el 59% aceptó fácilmente la pérdida de sus dientes. Además, el 69% de este grupo tenía más probabilidades de estar molesto por el cambio, mientras que el 23% no lo estaba. En general, el grupo sin dificultades no estaba preocupado por el cambio. Posteriormente se determinó que el 76% restringe la elección de los alimentos, 76% no disfruta mucho de su comida, 67% evita comer en público, 62% evita reír en público, 34% evita salir en público y 52% evita establecer estrechas relaciones como consecuencia de la pérdida de los dientes.

De acuerdo a lo anterior, Sánchez García et al⁶, evaluaron los principales problemas para realizar las actividades habituales al perder dientes, presentando de mayor a menor porcentaje problemas para comer 14.4%, hablar 8.7% y mantener un estado emocional estable 6.9%.

Por otra parte Martínez Gonzáles et al²⁵, determinaron que de los pacientes con pérdida dentaria sin rehabilitación el 37.9% presentó mesialización de los órganos dentarios posteriores a la ausencia de alguna pieza, el 17.2% presentaba extrusión de su respectivo antagonista debido a la falta de rehabilitación inmediata y 6.9% problemas de la articulación temporomandibular.

Desde otra perspectiva Esquivel Hernández et al²⁶, evaluaron la necesidad del uso de prótesis, donde evaluaron que antes del uso de prótesis los sujetos mostraron una percepción más negativa en función de la masticación, mientras que un mes después del uso de prótesis el 35.7% tuvo una percepción positiva de la salud bucal

Es importante estudiar la mortalidad dental por la afectación que sufre la persona con respecto a la calidad de vida, debido a que no sólo altera físicamente sino que engloba una serie de factores integrados del individuo, donde investigar el desarrollo de sus actividades habituales son una necesidad que permiten evaluar el estado de su salud en general y su propia personalidad, por lo tanto, para demostrar tal afectación se realizó esta investigación asociando la pérdida de dientes por factores socioeconómicos, social y personal. (Ver anexo N°1)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de investigación o estudio

El presente estudio es descriptivo, transversal y observacional que evaluó la asociación entre las variables sociodemográficas con la mortalidad dental y el impacto en la calidad de vida.

5.2 Tiempo y lugar

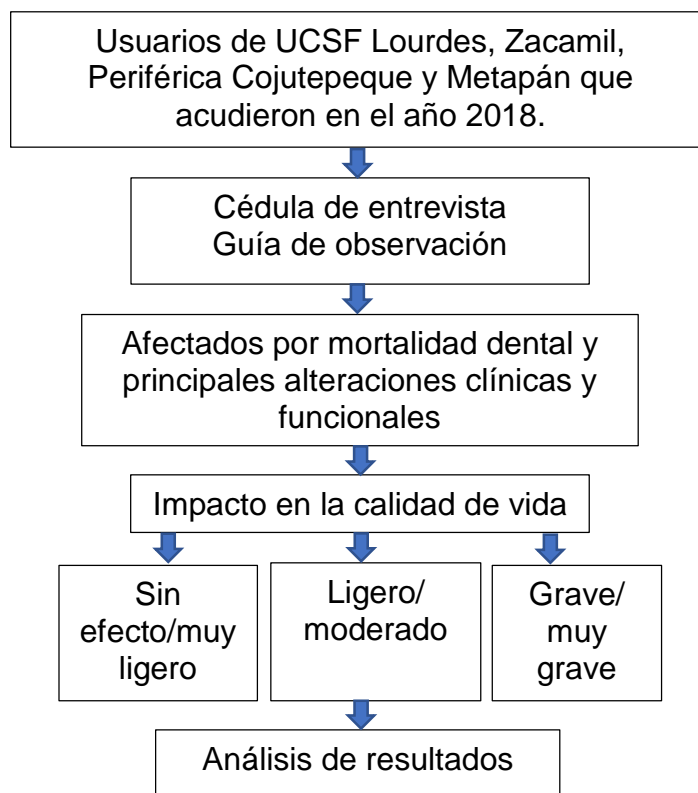
La investigación se realizó en cuatro UCSF: Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán, donde las investigadoras realizaron su servicio social en el año 2018.

5.3 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.	Ausencia de dientes permanentes en boca a través del componente perdido de Índice CPO-D	Guía de observación
VARIABLE DEPENDIENTE- PRINCIPALES ALTERACIONES					
Principales alteraciones por mortalidad	Principales alteraciones bucales reportadas en la bibliografía como consecuencia de la pérdida 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 -Distalizaciones	Mesialización SI/NO -Extrusión SI/NO -Ruidos SI/NO -Distalización SI/NO	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 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

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-EDAD, SEXO Y NIVEL EDUCATIVO					
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: 1.Hombre 2.Mujer	Cédula de entrevista
Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada	Grado de escolaridad según el Sistema Educativo Nacional.	Establecer el grado de escolaridad que poseen los usuarios de las UCSF.	Frecuencia según nivel educativo: a) Sin escolaridad b) Primaria c) Secundaria d) Bachillerato e) Técnico f) Universitario	Cédula de entrevista

5.4 Diseño del estudio



5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Conformados por todos los usuarios con un rango de edad de 15 a más de 60 años que acudieron a las UCSF Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán durante el año 2018.

Muestra

Se garantizó un número no menor de 24 usuarios por grupo etario de ambos sexos y estos conformaron la muestra del estudio, retomando los criterios establecidos por la Organización Mundial para la Salud (OMS)²⁷. Se incluyó en esta investigación una muestra total de 576 usuarios.

Unidades Comunitarias de Salud Familiar	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
UCSF Lourdes	72	72	144
UCSF Zacamil	72	72	144
UCSF Periférica Cojutepeque	72	72	144
UCSF Metapán	72	72	144
Total	288	288	576

5.5.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Pacientes dentro del rango de edad establecido en la investigación.
2. Pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
3. Pacientes con mortalidad dental.

Criterio de exclusión

1. Pacientes de las UCSF fuera del rango de edad establecido en la investigación.
2. Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
3. Pacientes de difícil manejo o con alteraciones del desarrollo que imposibilitara su evaluación.
4. Paciente con dentición completa.
5. Menores de edad cuyo padre o encargado no firmara el asentimiento informado.

5.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Recolección

Fase 1

Calibración, estudio piloto

Para la comprobación y verificación de los instrumentos se realizó un estudio piloto en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, bajo la supervisión de la docente asesora, con el objetivo de evaluar los procedimientos diseñados para la recolección de información, comprensión, claridad y grado de aceptación de las preguntas, determinar el tiempo empleado en el paso del instrumento e identificar las dificultades que se presentaron.

Las investigadoras evaluaron a 15 pacientes que no fueron parte de la muestra, a los cuales se les realizó el paso del instrumento, durante este proceso se presentaron dificultades en la comprensión de las ocho dimensiones del índice OIDP (Ver anexo N°7). Producto de este ejercicio se decidió utilizar un lenguaje más sencillo y comprensible para no generar confusión al paciente en el momento de responder las preguntas del índice OIDP y así obtener respuestas acertadas (Ver anexo N°2).

Fase 2

Gestión de permisos

Previo al paso de instrumentos se solicitó la ratificación del tema a Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, el 27 de julio de 2018 (Ver anexo N° 3). Este proceso fue realizado en cuatro UCSF, se solicitó autorización al director de las UCSF de Lourdes, Zacamil, Metapán y al Director Regional de Salud Paracentral para la UCSF Periférica Cojutepeque, a través de una carta donde se explicó de forma breve en que consiste la investigación, con el objetivo de conocer el impacto de la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes, de esta manera obtener el acceso a las unidades de análisis y realizar el paso de los instrumentos dentro de los establecimientos de salud. (Ver anexo N° 4)

Se solicitó la participación a las unidades de análisis a través de un consentimiento informado y asentimiento informado en caso de menores de edad, dirigido al padre de familia y al menor de edad que se evaluó, respetando y considerando abstenerse de participar si lo considerara conveniente, garantizando que el proceso no afectaría su integridad física y se mantendría la confidencialidad de los datos. (Ver anexo N°5 y 6)

Fase 3

Paso de instrumentos

1. Cédula de entrevista

Una vez se obtuvieron los permisos necesarios se procedió al apartado de entrevista, se recolectaron datos como edad, nivel educativo, grupo etario y si había experimentado alguna afectación en su calidad de vida producido por la pérdida dental, evaluados a través del índice OIDP que mide la percepción de la calidad de vida en su salud bucal, con base en ocho dimensiones relacionadas con la capacidad del paciente para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses; cada una de las ocho dimensiones se evaluó mediante una pregunta con tres componentes: presencia, frecuencia y gravedad de los problemas dentales (comer y disfrutar los alimentos, hablar y pronunciar correctamente, limpiar o lavarse los dientes, dormir y relajarse, sonreír-reír y mostrar los dientes sin pena, mantener el estado emocional normal sin enojo, hacer todo el trabajo, socializar en forma normal y disfrutar el contacto con la gente), (nunca, menos de 1 vez al mes, 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).

2. Examen clínico

Tomando en cuenta las medidas de bioseguridad, se evaluaron de 2 a 3 pacientes por día en un promedio de 12 a 15 minutos cada uno durante 3 meses, se colocó el paciente en posición decúbito supino, auxiliándose con un set de diagnóstico y se determinó si existía pérdida de dientes permanentes a través del componente perdido del índice CPO/D, se registraron las alteraciones clínicas y funcionales como mesializaciones, extrusiones, distalizaciones y ruidos articulares. (Ver anexo N°7)

Al finalizar se garantizó la atención efectiva del tratamiento que solicitó el paciente, también se entregó un folleto informativo con las medidas necesarias para prevenir la pérdida de dientes y los métodos que existen para reestablecer la función masticatoria; se les explicó la condición actual de su cavidad bucal y los tratamientos ideales para su rehabilitación. (Ver anexo N°8 y 9)

Almacenamiento

Se utilizó un folder plastificado y debidamente rotulado para el manejo de los instrumentos que se pasaron diariamente dentro de la UCSF, cada instrumento con su código y fecha de paso del instrumento, divididos en grupos etarios.

Análisis de datos

Se realizó conforme a las tablas proporcionadas por el programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versión 25; que permitió obtener comprobación de hipótesis planteadas en la investigación. Se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado para verificar asociación entre las variables planteadas en la investigación.

5.7. ALCANCES Y LIMITACIONES

Se obtuvo datos del impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes en los usuarios de 15 a más de 60 años de las UCSF Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán en el año 2018, se evaluó las alteraciones clínicas y funcionales, el número de dientes perdidos y el nivel de calidad de vida, también se estableció el estado protésico de la población y la prótesis de mayor elección para su rehabilitación.

Las unidades de análisis se beneficiaron con atención odontológica y la entrega de un folleto informativo; la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador se benefició con una base de datos para generar nuevas investigaciones, el MINSAL se benefició con datos obtenidos de los usuarios que acuden a la clínica odontológica con el propósito de conocer cuál es el impacto en la calidad de vida a causa de la pérdida dental y de esta manera fortalecer los programas de salud bucal existentes; por otra parte, se indicó alternativas para evitar la pérdida de dientes permanentes. Los resultados son válidos para la población usuaria y no podrán extrapolarse a toda la población, pues solo una parte acude a la consulta odontológica de los establecimientos de primer nivel de atención del MINSAL.

Se gestionó los permisos necesarios a los directores de UCSF Lourdes, Zacamil, Metapán y al Director Regional de Salud Paracentral para la UCSF Periférica Cojutepeque; esto permitió garantizar el paso de instrumentos de forma efectiva, superando dificultades como el traslado de la investigadora cuya plaza designada en la UCSF Periférica Cojutepeque, fue transferida al Equipo Móvil Odontológico Cuscatlán debido a que el establecimiento de salud se encontraba en proceso de remodelación.

La poca afluencia del sexo masculino a las consultas odontológicas en las UCSF Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán retrasó el paso del instrumento, para lo cual, se solicitó autorización a los directores de los establecimiento de salud para asistir a las diferentes actividades ya programadas dentro de las instalaciones, tales como grupos de veteranos de guerra, adulto mayor y club del adolescente con el propósito de solventar esta dificultad.

Consideraciones bioéticas

Previo a la participación en el estudio se informó a cada individuo que no presentaría ningún riesgo durante la investigación, se explicó el procedimiento del paso del instrumento, en su parte clínica y teórica, los objetivos de la investigación con un lenguaje comprensivo, solicitando su participación en el estudio a través de un consentimiento o asentimiento informado para los menores de edad dirigido al padre de familia o responsable del menor, respetando y considerando abstenerse de participar si lo consideraba conveniente; de igual manera se garantizó la atención odontológica. (Ver anexo N°4 y 5)

Se tomó en cuenta criterios de inclusión y exclusión de forma equitativa a todos los usuarios de las UCSF de Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán. El beneficio para los pacientes fue conocer el impacto en la calidad de vida a consecuencia de mortalidad dental y como prevenirlo, razón por la cual se entregó un folleto informativo explicando el concepto de pérdida dental, las causas, consecuencias y prevención. (Ver anexo N°9)

Se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos proporcionados por el paciente, por medio de la asignación de un código por sujeto para resguardar su identidad al momento del paso del instrumento, se implementó todas las medidas de bioseguridad y se siguió el protocolo de recolección de datos previamente establecido.

6. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados en base a los objetivos planteados, con una población total de 576 usuarios.

Tabla 1. Caracterización de la población según variables sociodemográficas y pérdida dental

Variables Sociodemográficas		Grupo Etario						Total
		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	48 8.33	48 8.33	48 8.33	48 8.33	48 8.33	48 8.33	288 50
	Mujer	48 8.33	48 8.33	48 8.33	48 8.33	48 8.33	48 8.33	288 50
Nivel educativo	Sin escolaridad	5 0.87	6 1.04	7 1.22	9 1.56	10 1.74	17 2.95	54 9.38
	Primaria	17 2.95	13 2.26	19 3.30	27 4.69	24 4.16	41 7.11	141 24.47
	Secundaria	27 4.69	30 5.21	21 3.65	28 4.86	32 5.55	26 4.51	164 28.47
	Bachillerato	41 7.11	32 5.56	36 6.25	16 2.78	19 3.30	9 1.56	153 26.56
	Técnico	0 0	1 0.17	1 0.17	1 0.17	3 0.52	1 0.17	7 1.20
	Universitario	6 1.04	15 2.60	12 2.08	15 2.60	7 1.22	2 0.35	57 9.89
Pérdida dental	Promedio	2(2;3)*	3(2;3)*	3(3;4)*	5(4;6)*	5(4;6)*	9(7;10)*	5(4;5)*

*Intervalo de confianza.

Interpretación: En la población estudiada los niveles educativos más prevalentes son secundaria 28.47%, bachillerato 26.56% y primaria 24.47%; el grupo etario con mayor promedio de pérdida dental es de más de 60 años, esta pérdida se hizo más evidente a partir de los 25 a los 33 años. En promedio global la pérdida es de 5 dientes con un intervalo de confianza del 95%.

Tabla 2. Principales alteraciones clínicas y funcionales derivadas de la mortalidad de dientes permanentes

Número de dientes perdidos	Presencia de mesializaciones		Presencia de distalizaciones		Presencia de extrusiones		Ruidos articulares	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
1-9	223 38.72	292 50.69	50 8.68	465 80.73	215 37.33	300 52.08	122 21.18	393 68.23
10-19	22 3.82	24 4.17	16 2.78	30 5.21	27 4.69	27 4.69	21 3.65	25 4.34
20-28	5 0.87	10 1.74	0 0	15 2.60	4 0.69	4 0.69	9 1.56	6 1.04
Total	250 43.41	326 56.60	66 11.46	510 88.54	246 42.71	330 57.46	152 26.39	424 73.61

Interpretación: Las alteraciones clínicas y funcionales que afectaron mayormente a los usuarios fueron mesializaciones 43.41%, extrusiones 42.71%, ruidos articulares 26.39% y distalizaciones 11.46%. Es destacable mencionar que a menor número de dientes perdidos (1 a 9) la población fue más afectada. La presencia de mesializaciones evaluadas fue la alteración clínica más frecuente.

**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 al mes	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/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Comer y disfrutar de los alimentos	360 62.50	216 37.5	220 38.19	13 2.26	38 6.60	78 13.54	65 11.28	162 28.13	221 38.37	9 1.56	63 10.94	120 20.83	70 12.15	93 16.15
Hablar y pronunciar correctamente	115 19.97	461 80.03	456 79.17	5 0.87	18 3.12	31 5.38	25 4.34	41 7.12	456 79.17	4 0.69	30 5.21	41 7.12	26 4.51	19 3.30
Limpiarse o lavarse los dientes	144 25.00	432 75.00	429 74.48	6 1.04	7 1.22	52 9.03	32 5.55	50 8.68	430 74.65	2 0.35	21 3.65	54 9.37	47 8.16	22 3.82
Dormir y relajarse	57 9.90	519 90.10	518 89.93	5 0.87	6 1.04	18 3.13	15 2.60	14 2.43	520 90.28	2 0.35	2 0.35	13 2.25	16 2.78	23 3.99
Sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena	240 41.67	336 58.33	339 58.85	7 1.22	20 3.47	49 8.51	59 10.24	102 17.71	337 58.50	4 0.69	40 6.94	62 10.76	59 10.24	74 12.85
Mantener el estado emocional y sin enojo	92 15.97	484 84.03	481 83.51	4 0.69	14 2.43	36 6.25	21 3.65	20 3.47	484 84.03	2 0.35	10 1.74	22 3.82	32 5.55	26 4.51
Hacer todo el trabajo	79 13.72	497 86.28	496 86.11	8 1.39	10 1.74	30 5.21	20 3.47	12 2.08	497 86.28	5 0.87	9 1.56	21 3.65	25 4.34	19 3.30
Disfrutar el contacto con la gente	86 14.93	490 85.07	484 84.03	8 1.39	9 1.56	37 6.42	19 3.30	19 3.30	491 85.24	2 0.35	17 2.95	35 6.08	17 2.95	14 2.43
Total promedio OIDP	PROMEDIO GLOBAL DEL OIDP 28.42 ± 1.50													

Interpretación: El promedio del efecto global del OIDP es 28.42 ± 1.50 , ubicándose en la categoría muy ligero (1 a 40 puntos). Se obtuvo que comer y disfrutar de los alimentos 62.50%, sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena 41.67% fueron las actividades que más afectaron la calidad de vida de la población estudiada; respecto a frecuencia los usuarios fueron afectados casi todos los días, sin embargo, aunque la población presentó mortalidad dental, un porcentaje elevado manifestó no presentar alteraciones en su vida cotidiana. Este resultado puede verificarse en la categoría “nunca” y “nada” de Frecuencia y Gravedad respectivamente.

Tabla 4. Nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales

Alteraciones Clínicas	Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Grave/ Muy grave	Total
	n/%	n/%	n/%	n/%
Mesializaciones	171 29.69	68 11.81	11 1.90	250 43.40
Distalizaciones	46 7.99	16 2.78	4 0.69	66 11.46
Extrusiones	162 28.12	72 12.50	12 2.08	246 42.70
Ruidos articulares	107 18.57	36 6.25	9 1.56	152 26.38

Interpretación: Un alto porcentaje de la población se clasificó según el índice OIDP con una percepción de calidad de vida entre sin efecto/muy ligero y ligero/moderado por mortalidad dental. En la categoría sin efecto/ muy ligero, se presentaron más alteraciones clínicas, siendo las mesializaciones 29.69% la alteración más frecuente seguido de las extrusiones 28.12%.

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y calidad de vida

Variables sociodemograficas		Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Grave/ Muy grave	Significancia
		n/ %	n/ %	n/ %	
Sexo del paciente	Hombre	212 36.81	67 11.63	9 1.56	0.813
	Mujer	215 37.33	62 10.76	11 1.91	
Grupo etario	15 a 24 años	84 14.58	11 1.91	1 0.17	0.003
	25 a 33 años	79 13.72	14 2.43	3 0.52	
	34 a 42 años	70 12.15	23 4.00	3 0.52	
	43 a 51 años	66 11.46	29 5.03	1 0.17	
	52 a 59 años	62 10.76	29 5.03	5 0.87	
	Más de 60 años	66 11.46	23 4.00	7 1.22	
Nivel de educativo	Sin escolaridad	24 4.17	25 4.34	5 0.87	0.000
	Primaria	87 15.10	47 8.16	7 1.22	
	Secundaria	127 22.05	31 5.38	5 0.87	
	Bachillerato	133 23.09	16 2.78	3 0.52	
	Técnico	8 1.39	1 0.17	0 0.00	
	Universitario	48 8.33	9 1.56	0 0.00	

Interpretación: Existe una asociación entre el nivel educativo, grupo etario y calidad de vida. ($p < 0.05$). No se encontró asociación para la variable sexo del paciente y calidad de vida ($p > 0.05$).

Tabla 6. Asociación entre mortalidad dental con el nivel de calidad

Número de dientes perdidos	Calidad de vida			Significancia
	Sin efecto/Muy ligero	Ligero/Moderado	Grave/Muy grave	
	n/ %	n/ %	n/ %	
1-9	399 69.27	104 18.05	12 2.08	p=0.000
10-19	21 3.64	19 3.30	6 1.04	
20-28	7 1.22	6 1.04	2 0.35	
Total	427 74.13	129 22.39	20 3.47	

Interpretación: Producto de la prueba estadística se obtuvo que existe asociación entre el número de dientes perdidos y nivel de calidad de vida ($p < 0.05$). Es importante mencionar que en la población estudiada, la percepción de la calidad de vida es sin efecto/ muy ligero de acuerdo con la hipótesis alternativa planteada la mortalidad dental si influye en la calidad de vida.

Tabla 6.1. Asociación entre mortalidad dental con las zonas maxilar y mandibular

Número de dientes perdidos	Pérdida en zona maxilar		Pérdida en zona mandibular		Pérdida en ambas zonas	
	Si	No	Si	No	Si	No
	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %
1-9	368 63.90	147 25.52	403 69.98	112 19.44	256 44.44	259 44.96
10-19	42 7.29	4 0.69	42 7.29	4 0.69	38 6.60	8 1.39
20-28	14 2.43	1 0.17	11 1.91	4 0.69	10 1.74	5 0.87
Significancia	p=0.003		p=0.096		p=0.000	

Número de dientes perdidos	Pérdida zona maxilar	Pérdida zona mandibular	Pérdida en ambas zonas
Posteriores	3(3;4)*	3 (3;3)*	4(3;4)*
Anteriores	2 (2;2)*	2(2;2)*	2 (2;3)*
Número de dientes perdidos posteriores en promedio: 2.91±0.27			
Número de dientes perdidos anteriores en promedio: 1.64±0.20			

***Intervalo de confianza**

Interpretación: Existe asociación entre el número de dientes perdidos y la ausencia de dientes en la zona maxilar y en ambas zonas ($p < 0.05$). No existe asociación entre el número de dientes perdidos y la ausencia de dientes en la zona mandibular ($p > 0.05$). Al tener una pérdida de 1 a 9 dientes la zona mandibular se afectó mayormente con un 69.98 %. Se observó que el promedio de dientes perdidos en posterior es de 2.91±0.27 y en anterior es de 1.64±0.20. Cabe destacar que el promedio de dientes perdidos en posterior de la zona maxilar y mandibular es mayor en comparación al promedio de dientes perdidos en anterior, con un intervalo de confianza del 95%.

Tabla 7. Establecer estado protésico a causa de mortalidad dental en cada maxilar

Tipo de prótesis	Maxilar superior		Maxilar inferior	
	Si	No	Si	No
	n/%	n/%	n/%	n/%
Dentado	128 22.22	448 77.78	98 17.01	478 82.99
Prótesis parcial removible	36 6.25	540 93.75	10 1.74	566 98.26
Prótesis completa	15 2.60	561 97.40	4 0.69	572 99.31
Prótesis parcial fija	68 11.81	508 88.19	20 3.47	556 96.53
No aplica/Sin prótesis	332 57.64	244 42.36	445 77.26	131 22.74

Interpretación: Según la evaluación clínica se establece que la prótesis parcial fija fue la más utilizada para la rehabilitación para ambos maxilares; sin embargo el 57.64% para maxilar superior y 77.26% para maxilar inferior de la población presentó pérdida de dientes sin utilizar prótesis.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como propósito determinar el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes. Fue examinada una población total de 576 pacientes, de los cuales 288 corresponden al sexo femenino y 288 al sexo masculino; dicha población fue dividida en 6 rangos entre las edades de 15 años a más de 60 años. Los usuarios fueron examinados en las UCSF Lourdes, Zacamil, Periférica Cojutepeque y Metapán.

Con respecto al nivel educativo prevalente en la población estudiada se demostró que el mayor número de entrevistados tienen estudios en secundaria (28.47%), seguido de bachillerato (26.56%) y primaria (24.47%) (Ver tabla N°1). Se refleja que el grupo etario con mayor promedio de pérdida dental es el de 60 años a más, con un promedio de pérdida de 9 dientes. La pérdida dental se hizo más evidente a partir del grupo etario de 34 a 42 años, con un promedio de pérdida de 3 dientes. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Alfaro Galdámez et al³ en 2 UCSF de El Salvador con una población de 755 usuarios, donde el nivel de escolaridad primaria (83.48%) y secundaria (61.43%) son los que presentan los porcentajes más altos de pérdidas dentales, el cual fue disminuyendo a 1.15% para pacientes con mayor nivel académico, siendo el grupo etario más afectado el mayor de 60 años. En Perú durante el año 2014, Gutiérrez Vargas et al²⁸ con una población de 168 usuarios, obtuvieron la mayor frecuencia de edentulismo en el nivel de estudios primaria (81.5%) y el rango de edad más frecuente fue de 32 a 40 años. Hugo et al⁸ en Brasil durante el año 2007 con una población de 5349 usuarios, exponen que la pérdida de dientes aumenta con la edad y el nivel educativo más bajo.

Respecto a las alteraciones clínicas evaluadas a consecuencia de la pérdida de dientes, se demostró que la población que había perdido entre 1-9 dientes fue más afectada; el 43.41% presentaba mesializaciones, extrusiones 42.71%, ruidos articulares 26.39% y distalizaciones 11.46% (Ver tabla N°2). Estos resultados son similares a los de Martínez González et al²⁵ quienes realizaron una investigación en México durante el año 2016 con una población de 240 usuarios, indicaron que el 37.9% de la población evaluada presentaron mesialización de sus dientes, 17.2% extrusión del antagonista como consecuencia de no rehabilitarse de inmediato y 6.9% presentaron problemas de la articulación temporomandibular. En la Universidad de San Gregorio en el año 2015 Cedeño Barreto¹⁴ con una población de 100 usuarios, encontró que la alteración más frecuente fue la extrusión dental 36% (longitud de 3 mm de extrusión), seguida de mesializaciones 16% (2 grados de inclinación).

Como dato destacable se observa que las distalizaciones tienen un valor bajo (11.46%), en comparación a las demás alteraciones evaluadas (Ver tabla N°2); estos datos se comparan con el estudio realizado por Craddock et al²⁹ en Liverpool durante el año 2007 con una población de 100 usuarios, donde se

reflejó con menos frecuencia las distalizaciones posteriores a la extracción dental (40%), en comparación a las mesializaciones (73%).

Para poder cuantificar el impacto que se generó en la calidad de vida a consecuencia de mortalidad dental se utilizó el índice OIDP, demostrándose que las actividades habituales más afectadas fueron comer y disfrutar los alimentos (62.50%), seguido de sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena (41.67%) y como tercera opción limpiarse o lavarse los dientes (25%), obteniendo un promedio global del OIDP $28.42\% \pm 1.50$; clasificándose en la categoría sin efecto/muy ligero (Ver tabla N°3). Estos resultados coinciden con el estudio realizado en México durante el año 2007 por Sánchez García et al⁶ con una población de 384 usuarios, donde reconocieron que la mayor prevalencia entre los ocho efectos del índice OIDP fue la dificultad para comer 14.4%, hablar 8.7% y mantener un estado emocional estable sin enojos 5.4%; el efecto global del OIDP fue 21.5, sin embargo, estos resultados son bajos en comparación a los obtenidos en la presente investigación. Montero Martín³⁰ en Granada en el año 2006 con una población de 561 usuarios, indicó que las dimensiones más afectadas fueron comer 38.3%, higiene 24.9% y social 13%; el efecto global del índice OIDP para hombres fue 5.6 ± 1.1 y para mujeres 10.6 ± 1.3 . Lo anterior indica que de las 8 dimensiones que evalúa el índice OIDP, la que más afectó a los usuarios fue comer y disfrutar los alimentos, sin embargo, el promedio global del índice es muy bajo, lo que demuestra una precaria percepción de la salud bucal relacionada con la pérdida de dientes.

Respecto a la asociación entre variables sociodemográficas y calidad de vida se obtuvo asociación entre el grupo etario ($p=0.003$), nivel educativo ($p=0.000$) y calidad de vida (Ver tabla N°5). Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Usha et al³¹ en India durante el año 2011 con una población de 900 usuarios, donde determinaron que existe una relación estadísticamente significativa entre el OIDP y las variables edad, sexo y nivel socioeconómico. Un estudio que difiere con los resultados obtenidos en la presente investigación, es el realizado en Granada durante el año 2006 por Montero Martín³⁰ con una población de 561 usuarios, donde indicó que la edad y el nivel socioeconómico no influye en ninguna de las mediciones de la calidad de vida oral. Los resultados de la presente investigación demuestran una asociación entre el nivel educativo, grupo etario y calidad de vida, sin embargo, el impacto en la calidad de vida es mínimo, lo cual se debe a un patrón cultural en la población que consultó en las unidades de salud, donde el motivo principal de consulta odontológica era la extracción dental, sin importarles el impacto que este procedimiento genera en la calidad de vida.

Existe asociación entre el número de dientes perdidos y el nivel de calidad de vida ($p<0.05$); la categoría mayormente afectada fue sin efecto/muy ligero, utilizando la prueba estadística chi-cuadrado (Ver tabla N°6). Este resultado es

similar al estudio realizado en Perú en el año 2017 por Ríos Angulo³² donde se estableció una asociación entre la pérdida de dientes y el impacto en la calidad de vida oral basándose en la prueba estadística Kruskal-Wallis, detectando una diferencia estadística altamente significativa ($p < 0.01$); lo que permite inferir que la pérdida dental en los adultos puede incidir sustantivamente en el índice o en la calidad de vida.

Con respecto a la cantidad de dientes perdidos se demostró que el promedio de dientes posteriores perdidos fue de 2.91, anteriores 1.64 y en ambos maxilares 4 dientes (Ver tabla N°6.1). Este resultado coincide con el estudio realizado por Montero Martín³⁰ en Granada en el año 2006 con una población de 561 usuarios, donde indicó que el 8% de la población había perdido entre 2-4 dientes en la zona anterior y el 27.8% de la población habían perdido entre 2-4 dientes en el sector posterior. Otros estudios relevantes son los realizados en 5 UCSF de El Salvador durante el año 2016 por Alfaro Galdámez et al³ y Ayala Burgos et al⁴, con una población de 755 y 1431 usuarios respectivamente, indicaron que las molares inferiores fueron las que presentaron mayor pérdida dental (3-6 y 4-6). Lo anterior indica que hay más pérdidas dentales en el sector posterior, debido a la poca importancia que los usuarios le dan al cuidado bucal y el poco interés que muestran con sus dientes va orientado al sector anterior porque son los dientes más visibles al sonreír y los que le brindan armonía y estética al rostro.

Es importante destacar el estado protésico de los usuarios entrevistados, según la evaluación clínica se estableció que la prótesis parcial fija fue la más utilizada para la rehabilitación con mayor elección para ambos maxilares, sin embargo, como dato relevante el 57.60% en maxilar superior y el 77.30% en inferior presentó pérdida de dientes y no utilizaban prótesis (Ver tabla N°7). Estos resultados coinciden con los de Moya et al⁹, donde destacaron que la rehabilitación protésica en adultos mayores ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos, encontrándose que el 47,6 - 70,5% de la población adulta mayor requiere de algún tipo de prótesis, siendo mayores las necesidades para la arcada inferior. El 51.2-75.8% de ellos son portadores de algún tipo de prótesis dental, generalmente removibles y acrílicas. Sin embargo, estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Esquivel Hernández et al²⁶, en el cual se determinaron que las necesidades de prótesis fueron mayores para la arcada superior; se observó que 31.2% de los edéntulos no usaba ningún tipo de prótesis, el 15% portaba prótesis totales en ambas arcadas, mientras que el resto usaba una combinación entre puentes, dentaduras parciales y totales. Es importante mencionar que los estudios anteriores coinciden a esta investigación porque hay un porcentaje elevado de poblaciones que no utilizan prótesis y presentan pérdidas dentales, el cual el factor económico, cultural y educativo influye en este resultado.

8. CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de mortalidad de dientes permanentes según el grupo etario se da en el rango de mayores de 60 años, el rango de 15 a 24 años representa el menor porcentaje. El tipo de escolaridad con la mayor pérdida de dientes permanentes fue en usuarios con escolaridad en secundaria.
2. Se demostró que las alteraciones clínicas y funcionales que afectaron mayormente a los usuarios fueron mesializaciones 43.40% y extrusiones 42.71% entre otras. Se presentan con mayor frecuencia cuando los individuos tienen pérdida dental de 1 a 9 dientes.
3. El nivel de percepción en la población respecto a la calidad de vida según el índice OIDP se encuentra en la categoría sin efecto/muy ligero, la mesialización fue la alteración que más se presentó.
4. Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel educativo ($p=0.00$), grupo etario ($p=0.003$) y calidad de vida. No se estableció una diferencia estadística significativa entre la variable sexo del paciente y calidad de vida ($p=0.813$)
5. Se demostró que el número de dientes perdidos que presentaba cada usuario afectó el nivel de calidad de vida, mostrándose asociación entre ambas variables.
6. La prótesis más utilizada para la rehabilitación de la población fue la prótesis parcial fija para maxilar superior e inferior. Se presentaron pérdidas dentales en maxilar superior 77.26% y maxilar inferior 57.64%, que no contaban con prótesis y la requerían.

9. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Educación

- Tomar en cuenta los datos obtenidos en la presente investigación para implementar acciones que mejoren el fortalecimiento en salud oral de los alumnos de los Centros Escolares.
- Reforzar a los estudiantes desde su grupo familiar, cuidadores y niveles primarios, sobre el tema de salud bucal impartida por el sector docente de los Centros Escolares, enfatizando en la mortalidad dental, alteraciones clínicas/funcionales y cómo afectará la calidad de vida.

Al Ministerio de Salud

- Tomar en cuenta los datos obtenidos en la presente investigación para implementar acciones que mejoren la calidad de la salud oral de los usuarios de las UCSF.
- Realizar publicidad audiovisual en los sitios oficiales en redes sociales, poster en las UCSF, Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y comunidades, sobre temáticas de salud bucal enfocadas en la mortalidad dental, causas, consecuencias y prevención.
- Crear áreas especiales para Odontopediatría con equipo necesario y con el personal capacitado para la prevención temprana de los problemas de salud bucal.

A la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador

- Desarrollar seminarios o conferencias para dar a conocer las investigaciones que se llevan a cabo por la comunidad universitaria, con el fin de mostrar cual es la realidad de salud bucal en la población salvadoreña y de esta manera, fomentar en los futuros odontólogos la necesidad de cambiar la calidad vida de los salvadoreños.
- Mediante el Programa Preventivo Escolar impartir charlas a padres de familia, personal docente y alumnos sobre el tema de mortalidad dental, las alteraciones clínicas/funcionales que se presentan y como afectan en la calidad de vida, con el fin de concientizar a más población acerca de este tema.
- Tomar en cuenta los resultados obtenidos para la realización de nuevos estudios por medio del centro de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (CIFOUES), con el fin de profundizar en este tema a nivel nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina-Solís CE, Pontigo-Loyola AP, Pérez-Campos E, Hernández-Cruz P, De la Rosa-Santillana R, Navarete-Hernández JDJ, et al. Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos Mexicanos. *Rev Investig Clin [Internet]*. 2013 [citado 24 Mar 2018]; 65(2):141–9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf>
2. Ventura Portillo KA, Romero Morales KD, Merino Benítez EA. Mortalidad del Primer Molar Permanente y principales factores asociados en usuarios del Sistema Público de Salud en tres municipios de El Salvador, 2013 [tesis doctoral] [citado 24 Mar 2018]. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Odontología; 2014. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/8348/1/17100388.pdf>
3. Alfaro Galdámez JE, Pérez RV. Mortalidad de dientes permanentes y sus principales causas en usuarios de Unidades Comunitarias de Salud Familiar, San Bartolomé Perulapía y Tecoluca El Salvador, 2017 [tesis doctoral] [citado 31 Abr 2018]. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Odontología; 2016. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15097/1/17100443.pdf>
4. Ayala Burgos GM, Gómez Prudencio ES, Serrano Lemus KA, Peraza de Morales AJ. Mortalidad de dientes permanentes y sus principales causas en usuarios del Sistema Público de Salud de los municipios de San Miguel Tepezontes, La Laguna, Sensuntepeque y Clínicas de Facultad de Odontología, Universidad de El Salvador, El Salvador, 2016 [tesis doctoral] [citado 13 Mar 2018]. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Odontología; 2017. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/14619/1/17100438.pdf>
5. Federación Dental Internacional. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales-Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental [Internet]. 2ª edición. Ginebra: Myriad Editions; 2015 [actualizado 30 Abr 2015; citado 31 May 2018]. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
6. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos en desempeñar sus actividades habituales. *Salud pública de México [Internet]*. May-Jun 2007 [citado 24 Mar 2018]; 49(3):173-181. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300002&lng=es.

7. Díaz-Reissner CV, Pérez-Bejarano NM, Ferreira-Gaona MI, Sanabria-Vásquez DA, Torres-Amarilla CD, Araujo A, et al. Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana, Paraguay. *Rev Odontol Latinoam* [Internet]. 2015 [citado 24 Mar 2018]; 7(1):23-31. Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V07N1p23.pdf>
8. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa MLR, da Silva DD, Pucca Jr GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2007 [cited 2018 May 31]; 35(3):224-32. Disponible en: DOI: 10.1111 / j.0301-5661.2007.00346.x.
9. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2018]; 22(4):197-202. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/85/70>.
10. Belaunde-Gómez MA, Salazar-Silva F, Castillo-Andamayo D, Manrique-Chávez J, Orejuela-Ramírez F, Zavaleta-Boza C, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2018]; 22(2):77-81. Disponible en: DOI:10.20453/reh.v22i2.129.
11. Aguilar-Orozco N, Navarrete-Ayón K, Robles-Romero D, Aguilar-Orozco SH, Rojas-García A. Dientes sanos, cariadados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayari. *Rev Odontol Latinoam* [Internet]. 2009 [citado 1 Jun 2018]; 1(2):27-32. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=225&id_seccion=3711&id_ejemplar=6275&id_articulo=62438
12. López Olivera JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" [tesis doctoral] [citado 24 Mar 2018]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2009. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2170>
13. Borja Pacheco MN. Edentulismo y su incidencia en el conjunto de estructuras esquelético- musculares de la cavidad oral [tesis doctoral] [citado 24 Mar 2018]. Manabí: Universidad de San Gregorio de Portoviejo, Unidad

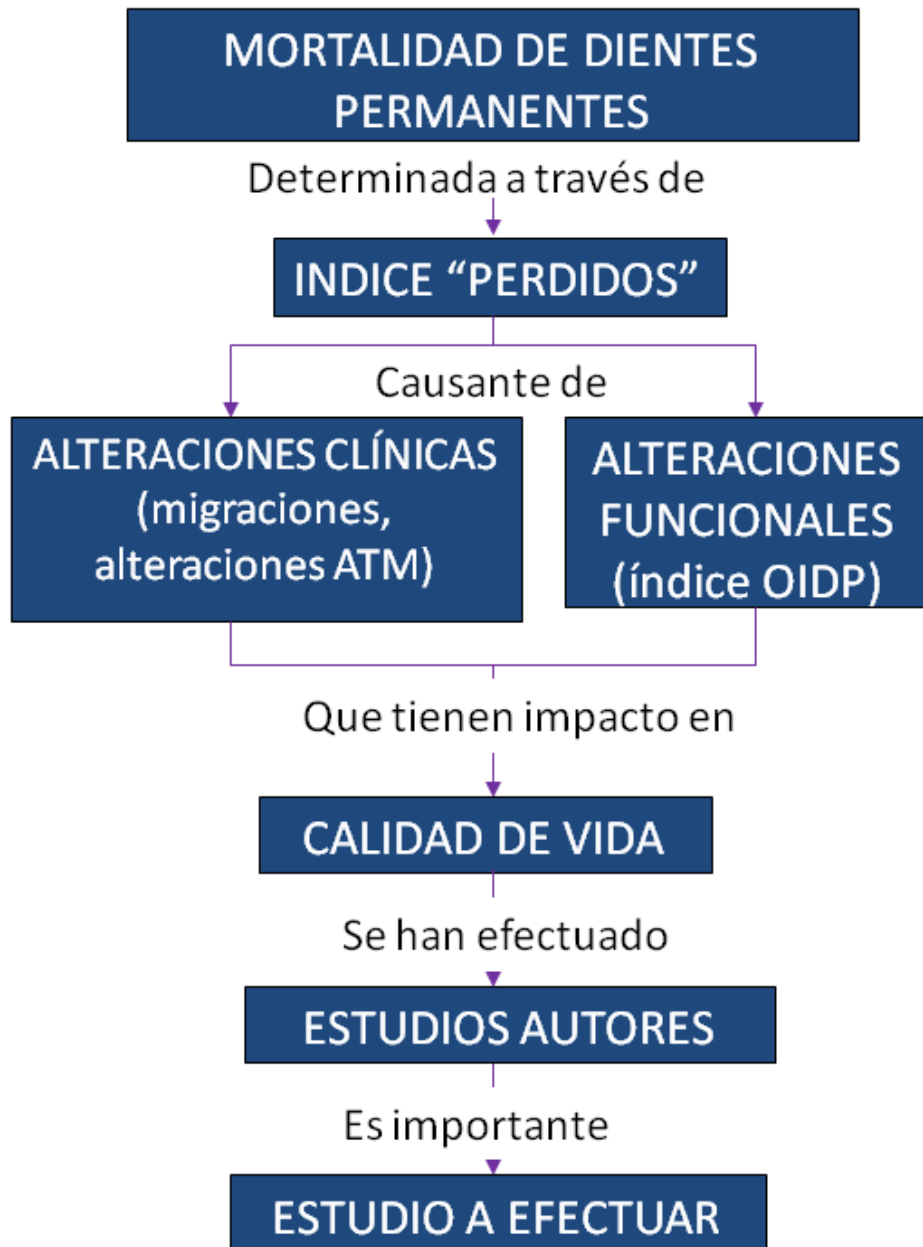
- Académica de Salud; 2012. Disponible en:
<http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/1154>
14. Cedeño Barreto LC. Alteraciones dentales como consecuencia de la pérdida del primer molar permanente en pacientes de 20 a 40 años atendidos en el Subcentro de salud Alhajuela en el periodo marzo- agosto 2015 [tesis doctoral] [citado 23 Ene 2019]. Ecuador: Universidad San Gregorio de Portoviejo, Unidad Académica de Salud; 2015. Disponible en:
<http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/674>
 15. Okeson JP. Neuroanatomía funcional e fisiología do sistema mastigatório. En: Elsevier Editora Ltda. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusao. 7º edición. Rio de Janeiro, Sao Pablo, Brasil; 2013. p.21-45.
 16. Masache Jadán MT. Trastornos de la articulación temporomandibular y su relación con la pérdida dentaria en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad de estudios presencial durante el periodo Mayo-Julio 2014 [tesis doctoral] [citado 12 Feb 2019]. Loja: Universidad Nacional de Loja, Área de Salud Humana; 2014. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/14752>
 17. Peñón-Vivas PA, Grau-León I, Sarracent-Pérez H. Caracterización clínica del síndrome de disfunción temporomandibular en el Hospital Universitario “Miguel Enríquez”. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 [citado 31 May 2018]; 48(4): 372-81. Disponible en: <http://ref.scielo.org/7jv53h>
 18. Rodríguez Adams EM. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Invest Medicoquir [Internet]. Ene-Jun 2012 [citado 19 Jul 2019]; 4(1):108. Disponible en: <http://files.sld.cu/cimeq/files/2012/06/imq-2012-4-1-244-259-calidad-de-vida-y-percepcion-de-salud-en-mujeres-de-mediana-edad.pdf>
 19. Shah RJ, Diwan FJ, Diwan MJ, Chauhan VJ, Agrawal HS, Ghanshyam C. A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression. J Indian Prosthodont Soc [Internet]. 2015 [citado 24 Mar 2018]; 15(3):237-43. Disponible en: DOI: 10.4103/0972-4052.161564
 20. Propdental.es [Internet]. Efectos psicológicos de la pérdida de dientes. España: Dr. Dario Vieira; 2013 [actualizado 27 Mar 2019; citado 6 May 2019]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/actualidad/efectos-psicologicos-de-la-perdida-de-los-dientes/>

21. Ministerio de Salud de El Salvador [Internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2012 [actualizado 12 Jun 2012; citado 25 Jun 2019]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf
22. Measuring oral health and quality of Life. University of North Carolina-Chapel Hill, North Carolina; June 13-14, 1996. Department of Dental Ecology: Gary D.Slade; 1997. P.11-23. Disponible en: <https://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf#page=22>
23. Castrejón Pérez RC. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida [Internet]. México; 2010 [citado 24 Mar 2018]: Instituto de Geriátría p 258- 60. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256001282_Salud_Bucal_en_los_Adultos_Mayores_y_su_Impacto_en_la_Calidad_de_Vida
24. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects of tooth loss: A preliminary quantitative study. *British Dental Journal* [Internet]. 2000 [citado 6 May 2019]; 188(9):503-6. Disponible en: DOI: 10.1038/sj.bdj.4800522
25. Martínez González GI, Quiroga García MA, Galindo Lartigue C, Cruz Palma G, Macouzet Olivar C, González Meléndez R. Edentulismo sin Rehabilitación Protésica, Manifestaciones Oclusales. *Contexto Odontológico* [Internet]. Oct 2016 [citado 22 Ene 2019]:711-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gustavo_Israel_Martinez_Gonzalez/publication/323457636_SUPLEMENTO_ESPECIAL_DE_LA_REVISTA_CONTEXTO_ODONTOLOGICO_EDENTULISMO_SIN_REHABILITACION_PROTESICA_MANIFESTACIONES_OCLUSALES/links/5a971066aca27214056b35f6/SUPLEMENTO-ESPECIAL-DE-LA-REVISTA-CONTEXTO-ODONTOLOGICO-EDENTULISMO-SIN-REHABILITACION-PROTESICA-MANIFESTACIONES-OCLUSALES.pdf
26. Esquivel Hernández RI, Jiménez Férrez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM* [Internet]. Mar-Abr 2012 [citado 13 Feb 2019]; 69 (2): 69-75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35087>
27. Lwanga S, Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios [Internet]. Organización Mundial de la Salud Ginebra; 1991. [actualizado 1991; citado 6 May 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665137589>

28. Gutiérrez-Vargas VL, León-Manco RA, Castillo-Andamayo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. Jul-Sep 2015 [citado 12 Feb 2019]; 25(3):179-86 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>
29. Craddock HL, Youngson CC, Manogue M. Occlusal Changes Following Posterior Tooth Loss in Adults. Part 2. Clinical Parameters Associated with Movement of Teeth Adjacent to the Site of Posterior Tooth Loss. *J Prosthodont* [Internet]. Nov-Dic 2007 [citado 26 Feb 2019]; 16(6):495-501. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2007.00223.x>
30. Montero Martín J. Calidad de vida oral en población general [tesis doctoral] [citado 19 Jul 2019]. Granada. Universidad de Granada, Facultad de Odontología; 2006. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/16093823.pdf>
31. Usha GV, Thippeswamy HM, Nagesh L. Comparative assessment of validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional survey among adolescents in Davanagere city, Karnataka, India. *Int J Dent Hygiene* [Internet]. 2012 [citado 19 Jul 2019]:3-6. Disponible en: DOI: 10.1111/j.1601-5037.2011. 00540.
32. Ríos Angulo CM. Relación entre la pérdida dental con la capacidad masticatoria y calidad de vida oral en adultos, Hospital Florencia de Mora ESSALUD- La libertad, 2017 [tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de estomatología; 2018. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/10044>

ANEXOS

ANEXO N° 1
ESQUEMA MORTALIDAD DENTAL-CALIDAD DE VIDA



ANEXO N° 2 **ESTUDIO PILOTO**

Conclusiones

En base a los objetivos propuestos en el estudio piloto expresamos:

1. Se determinó que el incentivo del kit dental no se entregaría durante el paso del instrumento debido al costo elevado que esto generaba, por lo tanto, se entregó únicamente un folleto informativo que cumpliera las características de ser ilustrativo, comprensible y llamativo.
2. Se resumió el consentimiento y asentimiento informado para poder realizar el paso del instrumento en el menor tiempo posible. Agregando apartados que nos ayudaron a agilizar el paso del instrumento.
3. Se determinó que el índice OIDP fue el menos comprendido y aceptado por los pacientes, dando un resultado probablemente falso y no igual con lo que clínicamente se observó en cavidad oral, por lo cual, se ha decidido que en el cuadro de frecuencia se utilizará una escala del 0 al 5 y de igual manera en el apartado de gravedad.

Recomendaciones

1. Se especificó en las indicaciones del instrumento como marcar las alteraciones encontradas en cavidad oral dentro del odontograma.
2. Se agregó un cuadro resumen del total de cada alteración encontrada que incluya total de dientes perdidos, total de dientes mesializados o distalizados y total de dientes extruidos en el apartado de odontograma.
3. Se agregó en el cuadro 4 de la guía de observación un apartado que explicara cuando el paciente presente edéntulismo en el maxilar superior o inferior.
4. Se incorporó un cuadro con las ilustraciones de la clasificación de Kennedy.
5. Se redactó de forma clara y correcta las variables al programa SPSS.
6. Se elaboró un folleto informativo llamativo, ilustrativo y comprensible para cada sujeto que participo en el estudio.
7. Se reelaboró el consentimiento y asentimiento informado siendo más breve y claro con el propósito de reducir el tiempo al momento del paso del instrumento.

ANEXO N°3
PORTADA DE APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LOURDES, ZACAMIL, PERIFÉRICA COJUTEPEQUE Y METAPÁN EN EL AÑO 2018”

AUTORES:

**JACQUELINE VANESSA CASTILLO MARROQUÍN
MELANIE ELIZABETH DÍAZ RAMOS
ANA ALEXANDRA ESCOBAR DE TURCIOS
CARMEN CECILIA SANTELIZ FLORES**

DOCENTE ASESOR:

DRA. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO 2018

Aprobado
[Signature]
Relatificado
por Junta Directiva
acuerdo No 371
27/Julio/2018



ANEXO N°4
CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR UCSF LOURDES DEL PASO DE INSTRUMENTO



ANEXO N°3
CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR UCSF
DEL PASO DE INSTRUMENTO



San Salvador, 20 de Julio 2018

Dra Ana Lilian Larios Médico Director UCSF Lourdes
Presente. -

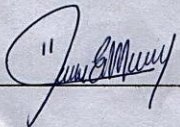
Reciba un cordial saludo, soy estudiante en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador designada en UCSF Lourdes.

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más respetuosa para solicitar su permiso para desarrollar el proyecto de investigación para obtener el título de Doctor en Cirugía Dental denominada **"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LOURDES, ZACAMIL, DEPARTAMENTO DE CUSCATLÁN Y METAPÁN EN EL AÑO 2018"**.

Los objetivos que cumplir en esta investigación serán los siguientes:

1. Caracterizar a la población según sexo y edad.
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 edéntulismo con nivel de calidad de vida.

Esperando contar con una respuesta favorable reitero mis agradecimientos.

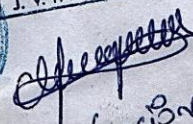
Atte. 

Dra. Ana Alexandra Escobar de Turcios
Odontóloga en Servicio Social

Ana Alexandra Escobar de Turcios
DOCTORADO EN CIRUGÍA DENTAL
J. V. P. O. PROVISIONAL No. 065/2018



Dra. Maria Magdalena Castillo Guevara
DOCTOR EN MEDICINA
J. V. P. M. No 10127


en funciones

CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR UCSF ZACAMIL DEL PASO DE INSTRUMENTO



ANEXO N°3 CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR UCSF DEL PASO DE INSTRUMENTO



San Salvador, 24 de Julio 2018

Dra. Lourdes María Alvarenga
Director de UCSF Zacamil
Presente.

Reciba un cordial saludo, soy estudiante en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador designada en UCSF Zacamil

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más respetuosa para solicitar su permiso para desarrollar el proyecto de investigación para obtener el título de Doctor en Cirugía Dental denominada **“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LOURDES, ZACAMIL, DEPARTAMENTO DE CUSCATLÁN Y METAPÁN EN EL AÑO 2018”**.

Los objetivos que cumplir en esta investigación serán los siguientes:

1. Caracterizar a la población según sexo y edad.
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 edéntulismo con nivel de calidad de vida.

Esperando contar con una respuesta favorable reitero mis agradecimientos.

Atte. 
Dra. Carmen Cecilia Santeliz Flores
Odontóloga en Servicio Social.



24/07/18.

CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR UCSF PERIFERICA COJUTEPEQUE DEL PASO DE INSTRUMENTO



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
PARACENTRAL.



DRSP-24 DE OCTUBRE 2018-1668

**DRA. KATLEEN AGUIRRE DE RODRIGUEZ
COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACION
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**


**DRA JAQUELINE VANESSA CASTILLO MARROQUIN
ODONTOLOGA EN SERVICIO SOCIAL
PRESENTE.**

Respetables Doctoras:

En atención a solicitud de permiso para realizar el paso de instrumentos para la investigación titulada "IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIAS DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LA UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR, ZACAMIL, DEPARTAMENTO DE CUSCATLAN Y METAPAN EN EL AÑO 2018", el cual es trabajo de grado para obtener el título de Doctor en Cirugía Dental, en virtud de lo anterior, esta Dirección aprueba el paso de instrumentos en las UCSF SIBASI Cuscatlan, por la Dra. Jaqueline Vanessa Castillo Marroquin, para tal efecto deberá de coordinarse con la Coordinadora de SIBASI Cuscatlan, Dra. Ellen Lizbeth Alvarenga, a fin de acordar la fechas y los trámites a seguir para la realización del mismo.

Es importante mencionar que en la realización de este proceso de investigación la Dra. Castillo Marroquín deberá de mantener la confidencialidad durante y después de la realización de la investigación. Así mismo solicito amablemente entregar copia de los resultados finales del estudio a esta Dirección Regional.

Atentamente,


Dr. Renzo Hugo Edgardo Castillo Martínez
Director Regional de Salud Paracentral



C.c Coordinadora de SIBASI Cuscatlan
RHCM/hmg

2ª AVENIDA SUR Y 6ª CALLE ORIENTE, # 26
BARRIO SAN FRANCISCO
SAN VICENTE
TELEFAX 2393-0186

CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR UCSF METAPÁN DEL PASO DE INSTRUMENTO



ANEXO N°3 CARTA DESOLICITUD AL DIRECTOR UCSF DEL PASO DE INSTRUMENTO



San Salvador, 19 de Julio 2018

Dra. Crissia Elizabeth Arévalo de Cuellar
Directora de UCSF Metapán.
Presente.

Reciba un cordial saludo, soy estudiante en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador designada en UCSF de Metapán.

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más respetuosa para solicitar su permiso para desarrollar el proyecto de investigación para obtener el título de Doctor en Cirugía Dental denominada "IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LOURDES, ZACAMIL, PERIFÉRICA COJUTEPEQUE Y METAPÁN EN EL AÑO 2018".

Los objetivos que cumplir en esta investigación serán los siguientes:

1. Caracterizar a la población según sexo y edad.
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 edentulismo con nivel de calidad de vida.

Esperando contar con una respuesta favorable reitero mis agradecimientos.

Att. 

Dra. Melanie Elizabeth Díaz Ramos
Odontóloga en Servicio Social



Recibido 19-Julio-2018.
8:00 AM.



ANEXO N° 5
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Odontóloga en Servicio Social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador designada en 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 LOURDES, ZACAMIL, PERIFÉRICA COJUTEPEQUE Y METAPÁN 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 de identidad número _____ 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 _____ de 2018.

F. _____



ANEXO N° 6
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ASENTIMIENTO INFORMADO



Dra. _____, Odontóloga en Servicio Social de la Universidad de El Salvador, actualmente se está realizando un estudio para **“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 LOURDES, ZACAMIL, PERIFÉRICA COJUTEPEQUE Y METAPÁN EN EL AÑO 2018”**, y para ello queremos pedirle que si es participe de tal estudio.

La participación en el estudio consistiría 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. Se realizará una revisión clínica intraoral, donde se evaluará ausencia dental, presencia o no de ruidos articulares, migraciones y extrusiones dentales; 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 y anónima.

Toda la información que nos proporcione o las evaluaciones que realicemos nos ayudarán a conocer sobre su salud oral, riesgos, consecuencias, énfasis en medidas preventivas y posibles opciones de tratamiento.

Si acepta participar, complete la siguiente información:

Nombre del menor: _____

Nombre del padre/madre o representante legal:

F. _____ DUI. _____

Ciudad _____ Día _____ de _____ de 2018.



ANEXO N°7
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 con 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 con 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	3	Resultado de multiplicar frecuencia por gravedad
	FRECUENCIA	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 qué 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?	
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

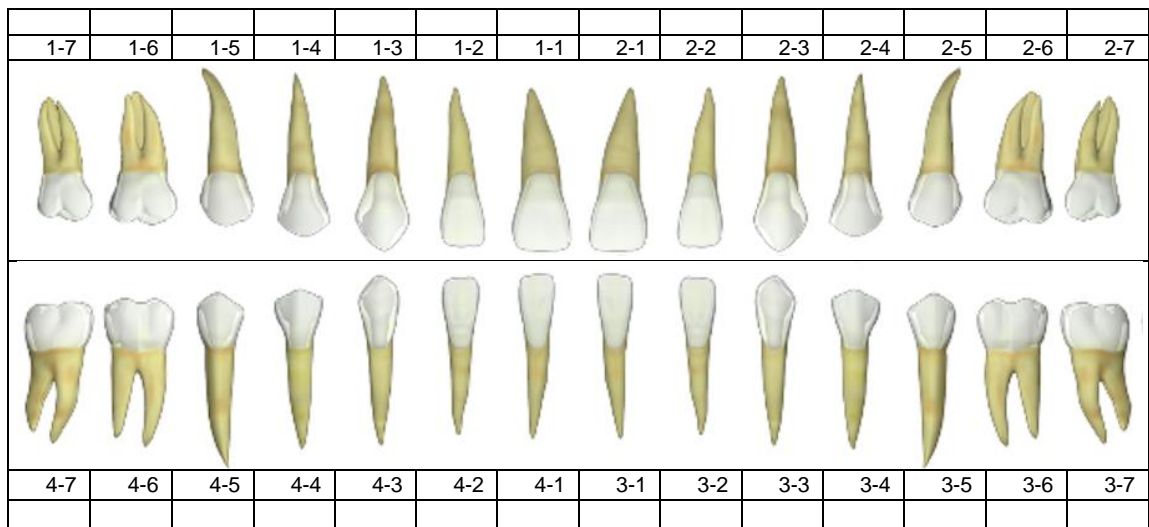
EFECTO GLOBAL DEL OIDP/ Sumatoria de las 8 dimensiones		
0 puntos	Sin efecto	
1 a 40 puntos	Muy ligero	
41 a 80 puntos	Ligero	
81 a 120 puntos	Moderado	
121 a 160 puntos	Grave	
161 a 200 puntos	Muy grave	

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.



Cuadro 1

Dientes indicados para extracción		DIENTES	TOTAL
Código	Criterio diagnóstico		
1	Caries		
2	Enfermedad 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

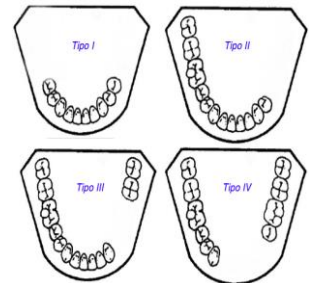
Ruidos articulares	Presencia	
	Ausencia	
	Bilateral	
	Unilateral	
	No aplica	

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 Removible		Prótesis Parcial Removible	
Prótesis Completa		Prótesis Completa	
Prótesis Fija		Prótesis Fija	
No Aplica/Sin prótesis		No Aplica /Sin prótesis	

Observaciones: _____

ANEXO N°8
FOTOGRAFÍAS DE LA EJECUCIÓN DEL PASO DEL INSTRUMENTO



a) Lectura de consentimiento o asentimiento informado.



b) firma de consentimiento o asentimiento informado.



c) llenado de índice OIDP.



d) Evaluación clínica del paciente



e) Entrega de folleto informativo

→ PASOS PARA
UN BUEN
C EPI LLADO



NO OLVIDES

Que cuando ya perdiste un diente y esto te causa dificultades en tus actividades diarias, tienes la opción de acudir al profesional odontólogo para realizarte tratamientos reconstructivos:

- Prótesis Parcial Fija



- Prótesis Parcial Removible



- Prótesis Completa



**UNIVERSIDAD DE
EL SALVADOR**

FACULTAD DE ODONTOLÍA



“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LOURDES, ZACAMIL, PERIFERICA COJUTEPEQUE Y METAPÁN EN EL AÑO 2018”



¿QUÉ ES LA PÉRDIDA DE DIENTES?

Es la ausencia de uno o más dientes en boca, que causan preocupación según van pasando los años de una persona.



Por diferentes causas se produce la pérdida de dientes que más allá de la estética, afectan a la vida normal de quien lo padece con dolores o imposibilidad para comer.

CAUSAS DE LA PÉRDIDA DENTAL

- Caries dental.
- Enfermedad periodontal (Enfermedad de las encías).
- Traumatismos (golpes, caídas).



¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA DE DIENTES?

- Dificultad para masticar.
- Pérdida de la estética.
- Problemas para hablar.
- Disminución de la autoestima.
- Dolores en la ATM.
- Inclinação y desplazamiento de los dientes vecinos hacia el lado de la pérdida dental.



¿CÓMO PODEMOS PREVENIR LA PÉRDIDA DE DIENTES?

- Cepillarse los dientes 3 veces al día como mínimo.
- Usar enjuague bucal.
- Utilizar seda dental.
- Alimentación saludable y balanceada.
- Visitas regulares a la consulta odontológica.

