

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



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

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE MORTALIDAD DE
DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS
DE SALUD FAMILIAR TAMANIQUE, PUERTO PARADA, SAN RAFAEL CEDROS,
SANTIAGO TEXACUANGOS Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2018.”**

AUTORES

**ELVIA CAROLINA CRUZ UMANZOR
FÁTIMA BEATRIZ GUZMÁN ARRUÉ
KEVIN JOSUÉ LARREYNAGA PORTILLO
RODRIGO JAVIER MELARA ESTRADA
MIRNA JOSSELYN SÁNCHEZ ROMANO**

DOCENTE ASESORA

DRA. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, OCTUBRE DE 2019.

AUTORIDADES

RECTOR

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICE-RECTOR ACADÉMICO

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

ING. AGR. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

DECANO

MPH, DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR

VICE-DECANO

DR. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA

SECRETARIO

DR. JOSÉ BENJAMÍN LÓPEZ GUILLÉN

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

DRA. LISSET MARGARITA LÓPEZ SERRANO

COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DRA. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

TRIBUNAL EVALUADOR

DR. FRANCISCO RIVAS CARTAGENA

DRA. RUTH NOEMY ESCALANTE DE RIVERA

DRA. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODO PODEROSO: Por la sabiduría y entendimiento y permitirnos vivir estos hermosos momentos de satisfacción al culminar nuestra carrera que sin su ayuda nada fuera posible.

A NUESTRAS FAMILIAS: Por el amor y apoyo incondicional, por siempre estar ahí en las buenas y en las malas, y por celebrar con nosotros nuestros logros y satisfacciones que también son de ellos.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: por haber sido nuestra casa estudios por nueve años.

A NUESTRAS ASESORAS DRA. KATLEEN AGUIRRE Y LICDA. AÍDA GÓMEZ: por su paciencia, esfuerzo y dedicación al orientarnos en la investigación.

AL PERSONAL DE LAS UCSF Y FOUES: Por permitir la realización de esta investigación en sus establecimientos y con sus pacientes.

A NUESTROS COMPAÑEROS DE TESIS: Por su empeño, dedicación, por ser constantes y aportar buenas ideas que contribuyeron a esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios por estar con nosotros en cada momento de nuestra carrera universitaria y a nuestra familia, por tanto apoyo.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. OBJETIVOS.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
3. HIPÓTESIS.....	12
4. MARCO TEÓRICO.....	13
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
5.1. Tipo de Investigación.....	18
5.2 Tiempo y lugar.....	18
5.3. Variables e indicadores.....	18
5.4. Diseño del estudio.....	20
5.5. Población y muestra.....	21
5.6. Recolección y análisis de los datos.....	22
6. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	25
7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	26
8. RESULTADOS.....	27
9. DISCUSIÓN.....	35
10. CONCLUSIONES.....	39
11. RECOMENDACIONES.....	40
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Población según variables sociodemográficas y mortalidad dental.....	27
Tabla 2. Principales alteraciones clínicas y funcionales derivadas de la mortalidad dental.....	28
Tabla 3. Nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales.....	29
Tabla 4. Determinar el nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales.....	30
Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y calidad de vida.....	31
Tabla 6. Asociación de mortalidad dental con el nivel de calidad de vida.....	32
Tabla 6.1. Asociación de mortalidad dental por zonas y calidad de vida.....	33
Tabla 7. Estado protésico a causa de mortalidad dental.....	34

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) de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) en el año 2018.

Metodología: La investigación corresponde a un estudio observacional descriptivo de corte transversal; en donde describe la relación entre las principales secuelas de mortalidad dental y el impacto en la calidad de vida, estuvo constituido por 720 personas de 15 a más de 60 años que cumplieron con criterios de inclusión. Se utilizó una guía de observación donde se recopilaron datos de mortalidad dental por medio del índice perdido, la calidad de vida por medio del Impact on Daily Performance (OIDP), variables sociodemográficas y evaluación clínica de las unidades de análisis. Se utilizó el programa Statical Package for the Social Sciences (SPSS) v25 para el vaciado, análisis e interpretación de resultados de la investigación.

Resultados: De la población evaluada el 76.2% posee un nivel educativo entre primaria y bachillerato, las principales alteraciones más predominantes fueron mesializaciones 52.5%, ruidos articulares 45.9% y extrusiones 37.2% con un efecto muy ligero en la calidad de vida. Se encontró asociación entre las variables sociodemográfica de edad y mortalidad dental. La mayor pérdida dental se encontró en el sector posterior con un promedio de 4.22 ± 2.9 . La prótesis más frecuentemente observada en maxilar superior fue prótesis parcial fija 8.8% y en maxilar inferior se observó con mayor frecuencia la prótesis parcial removible 4.7%.

Conclusión: la mortalidad dental influye en la calidad de vida de la población, con un promedio global de 5 dientes perdidos y un promedio global de 36.06 de calidad de vida. La mayoría no presentan rehabilitación protésica, por ello no se resuelven las afecciones estéticas y funcionales.

Palabras clave: Mortalidad de dientes permanentes, calidad de vida.

ABSTRACT

Objective: Know the impact on the quality of life as a result of the mortality of permanent teeth of users of the Community Family Health Units (UCSF) of Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos and Faculty of Dentistry of the University of El Salvador (FOUES) in 2018. (Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) en el año 2018).

Methodology: The research corresponds to a cross-sectional descriptive observational study, which describes the relationship between the main effect of dental mortality, and the impact on the quality of life that was constituted by 720 people aged 15 to over 60 who met inclusion criteria. An observation guide was used to collect dental mortality data through the lost Index, quality of life through the Impact on Daily Performance (OIDP), sociodemographic variables and clinical evaluation of the units of analysis. The program used was, Statical Package for the Social Sciences (SPSS) v25 for emptying, analysis, and interpretation of research results.

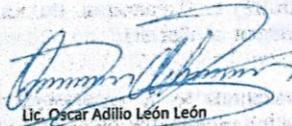
Results: From the population evaluated, 76.2% has an educational level between primary and high school, the main predominant alterations were mesializations 52.5%, articular noises 45.9% and extrusions 37.2% with a very slight effect on the quality of life. Association was found between the sociodemographic variables of age and dental mortality. The largest dental loss was found in the later sector with an average of 4.22 ± 2.9 . The most frequently observed prosthesis in the upper jaw was a fixed partial prosthesis 8.8% and in the lower jaw the removable partial prosthesis was more frequently observed 4.7%.

Conclusion: Dental mortality influences the quality of life of the population, with an overall average of 5 missing teeth and an overall average of 36.06 quality of life. Most of them do not have prosthetic rehabilitation, which is why aesthetic and functional conditions are not resolved.

Keywords: mortality of permanent teeth, quality of life.

I, the undersigned, say: I am a certified translator in El Salvador. I have translated the attached ABSTRACT from Spanish to English. The foregoing is a true and correct translation of said document.

Executed on October 21st, 2019 in San Salvador



Lic. Oscar Adilio León León
Translator
oscaradillioleon@hotmail.com
(503) 7745-7119

Lic. Oscar Adilio León León
Traductor - Intérprete
7745-7119
oscaradillioleon@hotmail.com
EL SALVADOR, CA
Stamp

1. INTRODUCCIÓN

Las patologías bucales han sido reconocidas como importante etiología de impacto negativo en la calidad de vida de los individuos ya que se asocian a dolor, sufrimiento, daño psicológico y privaciones sociales¹. La caries dental y la enfermedad periodontal son las patologías de mayor prevalencia en cavidad oral de la población salvadoreña, la primera afecta principalmente a niños y adolescentes, manifestándose la enfermedad periodontal con mayor proporción en la población adulta². Las enfermedades bucales conllevan a mortalidad de órganos dentarios lo que genera impactos en la calidad de vida, principalmente en pacientes desdentados totales¹. Según Medina et al³, las personas que presentan mayor incidencia de mortalidad dental son las personas mayores a 45 años, presentando mayor predilección en el sexo femenino.

La pérdida de órganos dentarios afecta el bienestar, la apariencia y la nutrición de las personas⁴. Sánchez et al⁵ afirman que el estado de la dentición en ancianos repercute en la capacidad para desempeñar sus actividades habituales afectando la calidad de vida. Por otra parte, Grafitti et al⁶, evidenciaron que la pérdida de dientes no ejerce un impacto significativo en la calidad de vida en adolescentes, sin embargo presentar halitosis fue de relevancia para este grupo. En El Salvador no hay evidencia científica que documente la influencia de la mortalidad de dientes sobre la calidad de vida y no se ha realizado ninguna acción específica salvo el desarrollo de charlas y consejerías educativas en los centros de salud. Se realizó un estudio de carácter descriptivo, observacional y transversal. La población en estudio fueron los usuarios que acudieron a las UCSF, en los municipios de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Clínicas de la FOUES.

La recopilación de datos se realizó por medio de una guía de observación, para determinar las repercusiones que la mortalidad de dientes permanentes y el estado protésico ejerce sobre la calidad de vida de los usuarios; así mismo, se evaluó si el sexo, la edad y el nivel de escolaridad son variables de relevancia. La investigación demostró que el 76.2% de la población posee un nivel educativo entre primaria y bachillerato, la alteración de mayor frecuencia son las mesializaciones con 52.5% y se determinó que la mortalidad dental influye en el nivel de calidad de vida. Los resultados de esta investigación serán facilitados al sistema de salud pública nacional para ser aplicados en el desarrollo de estrategias encaminadas a la prevención y reducción de la mortalidad dental en la población salvadoreña. Dentro de las limitantes se establece que los datos no son extrapolables a toda la población del país, debido a que estos fueron recabados dentro de cinco municipios de todo el territorio salvadoreño, con características propias.

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 de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador 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 componente de dientes perdidos del índice CPO/D.
- 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

Hipótesis Alternativa (H1)

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

Hipótesis Nula (H0)

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

4. MARCO TEÓRICO

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial⁷.”

Según el estudio de Esquivel et al⁸ realizado en México, es importante la función que tienen los dientes para realizar diversas acciones como morder, comer y hablar, así como el efecto que tienen en la salud general y de la boca. La manera en que perciben su salud bucal los adultos mayores se relaciona con el bienestar de ellos, es decir, que una boca que esté saludable contribuye a que la persona tenga una apreciación positiva de sí misma.

La salud con relación a la calidad de vida es un concepto multidimensional, que contempla a la salud bucal, por lo que debe ser examinada como parte de la salud general. La percepción del estado de salud bucal, también se ha asociado con una variedad de análisis individual, que reportan indicadores propios y que la relacionan con la conducta de las personas⁸.

Se le considera a la boca como un espejo de la salud o enfermedad, la cual sirve como punto de estudio de otros órganos y encontrar patologías que pueden alterar otros sistemas⁹.

La salud oral no puede separarse de la salud general, ya que la rehabilitación de los dientes tiene un gran impacto en la calidad de vida, influyendo de gran manera en la salud física, y en otras actividades como comer y hablar; impactando también en la salud mental y en el rol social, mejorando los contactos sociales y la actividad diaria⁹.

La pérdida de uno o más dientes permanentes es uno de los principales problemas en el mundo debido a su impacto en la función oral, así como también en la salud general y en la calidad de vida de las personas; por lo que se debe definir que la mortalidad dental es aquella pérdida o ausencia de dientes naturales producida por diferentes patologías buco dentales¹⁰.

De acuerdo con diversos autores, las principales causas de pérdida dental son la caries dental y la enfermedad periodontal, que constituyen problemas de salud pública debido a su prevalencia e incidencia¹¹. Medina et al³ define a la caries dental como una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción

de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana debido a que las bacterias fabrican ese ácido a partir de los restos de alimentos de la dieta que se les quedan expuestos.

Por otra parte la enfermedad periodontal es una afección que corresponde a un grupo de padecimientos crónicos que provocan inflamación afectando los tejidos de soporte del diente y comparten manifestaciones clínicas comunes ya que esta enfermedad está asociada a bacterias patógenas específicas que colonizan el área sub gingival¹².

En el estudio realizado por Adeyemo et al¹³ en una población de Nigeria relacionado a las causas de extracción dental obtuvieron que la causa más frecuente de extracción dental fue la caries registrada en el 79% de los sujetos. Medina et al³ concluyó que la principal razón de extracción fue la caries dental con 43.1%, seguida de enfermedad periodontal con 27.9% y por razones protésicas con 21.5%; los autores observaron que el promedio de dientes extraídos por sujetos fue superior en las personas mayores con tendencia directamente proporcional con el aumento de edad.

La pérdida dental provoca diversas alteraciones clínicas, tales como trastornos de la ATM, la migración de las piezas contiguas a la brecha edéntula, extrusiones originadas por la erupción más acelerada del diente antagonista a la brecha edéntula¹⁴⁻¹⁶. También existen alteraciones generales como la disminución en la habilidad para masticar, la cual se ve afectada negativamente hasta en el 50% de los casos por la ausencia de la primera molar inferior permanente⁵. En el estudio de Magne et al¹⁷ elaborado en Bolivia sostienen que la pérdida de dientes ocasiona trastornos en la ATM y que la sintomatología varía según la evolución de la enfermedad: dolor, crepitación, limitación de la apertura bucal, desviaciones de los movimientos de la mandíbula y limitación en los movimientos y hábitos orales. Así mismo Taboada et al¹⁸ en México concluyeron según sus resultados obtenidos, que los ruidos articulares, las alteraciones de la movilidad mandibular y el dolor son los principales signos y síntomas de los TTM. En su estudio los ruidos articulares se presentaron en un 54% de la población estudiada. En cuanto a alteraciones clínicas Cidranes et al¹⁹ en su estudio en Cuba, encontraron que el 23,3% de los pacientes no rehabilitados presentaban migraciones óseas, migraciones dentarias en un 21,1% y alteraciones periodontales en un 10%. Concluyeron también que las migraciones óseas y dentarias que se manifiestan, representan los primeros signos tras la pérdida dentaria alterando el equilibrio de todo el sistema y haciendo, muchas veces, difícil la rehabilitación.

El índice CPOD resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. Este Índice a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países². Para efectos de esta investigación se tomó en cuenta el componente P=PERDIDOS, más se cuantificaron también los órganos dentarios extraídos por enfermedad periodontal, trauma y otras causas como motivos protésicos.

La pérdida de dientes causa desorden en la calidad de vida del individuo, especialmente cuando afecta su bienestar, apariencia y estado nutricional⁴. Los principales efectos ante la pérdida dentaria especialmente en aquellos casos en los que el diente altera la estética de la persona, está directamente relacionado con la pérdida de autoestima e insatisfacción del aspecto físico personal, hasta el punto que algunas personas evitan el contacto social, salen poco de la casa, hablan lo mínimo posible, demostrando ansiedad y timidez. En la masticación se produce el impacto de los alimentos contra la encía, que pueden dañar y generar molestias. Esto dificulta e incómoda dicha función por lo que tiene que masticar únicamente con el lado opuesto. Adicionalmente puede determinar cambios en el habla y la pronunciación²⁰. Es notorio que la mortalidad dental afecta la calidad de vida definiéndose esta como "la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos en el desempeño de las actividades de la vida diaria"⁵.

Para medir la capacidad de los sujetos de realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses se utilizó el índice OIDP, diseñado para medir la frecuencia y severidad de los impactos de condiciones bucales sobre ocho actividades o desempeños diarios; consta de tres niveles: el primer nivel se refiere al deterioro del estado bucodental; el segundo nivel incluye los posibles impactos negativos más tempranos ocasionados por un mal estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia; el tercer nivel consiste en los impactos que hay en las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social debido al mal estado bucodental. Las ocho dimensiones que se evalúan con el OIDP son: comer y disfrutar los alimentos, hablar y pronunciar de forma correcta, limpiarse o lavarse los dientes, dormir y relajarse, sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena, mantener el estado emocional normal, sin enojo, desempeñar el trabajo o las funciones sociales en una forma normal y disfrutar el contacto con la gente. Cada dimensión es indagada sobre su presencia, frecuencia y gravedad⁵.

Para evaluar la frecuencia, el instrumento considera seis opciones de respuesta: "nunca afectó" (0 puntos), "menos de una vez por mes" (1 punto), "una vez o dos veces en un mes" (2 puntos), "una vez a dos veces en una semana" (3 puntos), "tres a cuatro veces en una semana" (4 puntos), "casi todos los días" (5). El nivel

de gravedad se califica del siguiente modo: "nada" (0 puntos), "muy poco" (1 punto), "poco" (2 puntos), "moderado" (3 puntos), "grave" (4 puntos), "muy grave" (5 puntos)⁵.

En cada una de las ocho dimensiones se obtiene el efecto 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). 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)⁵. Para efectos de esta investigación y poder hacer una buena interpretación de los resultados se decidió agrupar el efecto global en tres grupos quedando de la siguiente manera: sin efecto/muy ligero (0 a 40 puntos), ligero/moderado (41 a 120 puntos). Grave/muy grave (121 a 200 puntos).

Este índice fue utilizado en México por Sánchez et al⁵ donde expresaron prevalencia del efecto global del OIDP de 21.5%. Las dimensiones más afectadas fueron problemas para comer 14.4%, hablar 8.7%, mantener un estado emocional estable, sin enojos 5.4%, lavarse los dientes 5 % y disfrutar el contacto con la gente 4.4%. Según categorías del índice, hubo impacto muy ligero para el efecto global del OIDP 89.7% y problemas para relajarse 66.7% y comer 42.3%; ligero en problemas para hablar 40.4%, lavarse los dientes 40.7%, emocional 37.9% y contacto con la gente 33.3%; moderado en problemas para trabajar 66.7%; y grave en problemas para dormir 50%.

P. Srisilapanan²¹ quien también utilizó el índice OIDP en su estudio en Tailandia, determinó que alrededor de la mitad de las personas mayores entrevistadas el 52.8% tuvieron al menos un impacto oral en el índice OIDP. El componente más comúnmente afectado fue comer con 47.2%. Los dos síntomas principales que causaron impactos orales en la muestra total fueron la limitación funcional y el dolor. La mayoría de las personas mayores tenían puntuaciones OIDP por debajo de 8.0. Casi uno de cada 10 tenía puntajes OIDP superiores a 16.0. Las personas con altos ingresos tenían más probabilidades de tener una puntuación OIDP más baja. Los sujetos que habían acudido a un dentista tenían más probabilidades de no tener impactos orales.

En un estudio de Rupal J. Shah²² en India se estudió una muestra de 100 sujetos de los cuales 62 eran hombres y 38 mujeres los cuales tenían entre 31 y

71 años. El 58% declaró que experimentaron dificultades para aceptar la pérdida de sus dientes mientras el 42% declararon que no experimentaron dificultades. Las personas que tuvieron dificultades para aceptar la pérdida de dientes tardaron más para llegar a un acuerdo en comparación con las personas que no tenían dificultad. Alrededor del 76% de las personas con dificultades para aceptar la pérdida dental tomó dentro de 6 meses a más de un año para aceptar la pérdida de dientes en comparación con el 36% de las personas sin dificultad para aceptarla. De setenta y ocho encuestados, el 78% restringieron su elección de comida, 28% evitaron salir en público, 30% evitaron comer en público, el 73% no disfrutaba tanto de la comida, el 33% evitaba riéndose en público, el 19% evitó formar relaciones cercanas, el 11% evitó las interacciones con su familia, el 18% evitó interacciones con amigos/compañeros de trabajo, y el 19% evitado interacciones con otros.

En otro estudio realizado en Colombia por Fuentes H.²³ con una muestra de 150 adultos mayores, de los cuales el 58% fueron mujeres, y el 42%, hombres, con una edad promedio de 69.9 años, el 87.3% mostraron preocupación con los problemas de sus dientes y boca, el 64% molestias al comer, y el 60.7% dolor en la boca. Asimismo, interrupción de los alimentos con un 56%. Hombres y mujeres presentaron un impacto positivo en su calidad de vida, en particular el sexo femenino. El grupo de edad con mayor impacto correspondió al de 60-69 años.

Siguiendo con la misma tendencia, Lima M. et al⁴ en Brasil en su estudio, de los 72 participantes, 69.4% eran mujeres 30.6% eran hombres, el 81.9% de los entrevistados informaron dificultades después de haber perdido sus dientes. La mayoría de ellos informaron que estaban más preocupados por el nivel físico que el nivel social. El 37.3% de los pacientes presentaron dolor en boca y 32.3% se sentían incómodos comiendo cualquier tipo de comida.

La calidad de vida está altamente vinculada a la pérdida de dientes, según Esquivel. R et al⁸ concluyeron que un 93.9% de sujetos dijo estar satisfecho con su vida y que un 56.7% dijo haber renunciado a muchas actividades, mismos en los que se observó mayor depresión en comparación con aquellos que no habían renunciado a dichas actividades.

Se considera de gran relevancia el total conocimiento del impacto en la calidad de vida de las personas que han sufrido la mortalidad dental, ya que no hay estudios que hablen directamente del tema, solamente existen estudios que hablan sobre las causas, consecuencias y condiciones asociadas a mortalidad dental.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de investigación o estudio

La investigación es de tipo descriptiva, observacional y transversal con asociación de variables, el cual describe la relación entre las principales secuelas de mortalidad dental y el impacto en la calidad de vida de los usuarios de las UCSF.

5.2 Tiempo y lugar

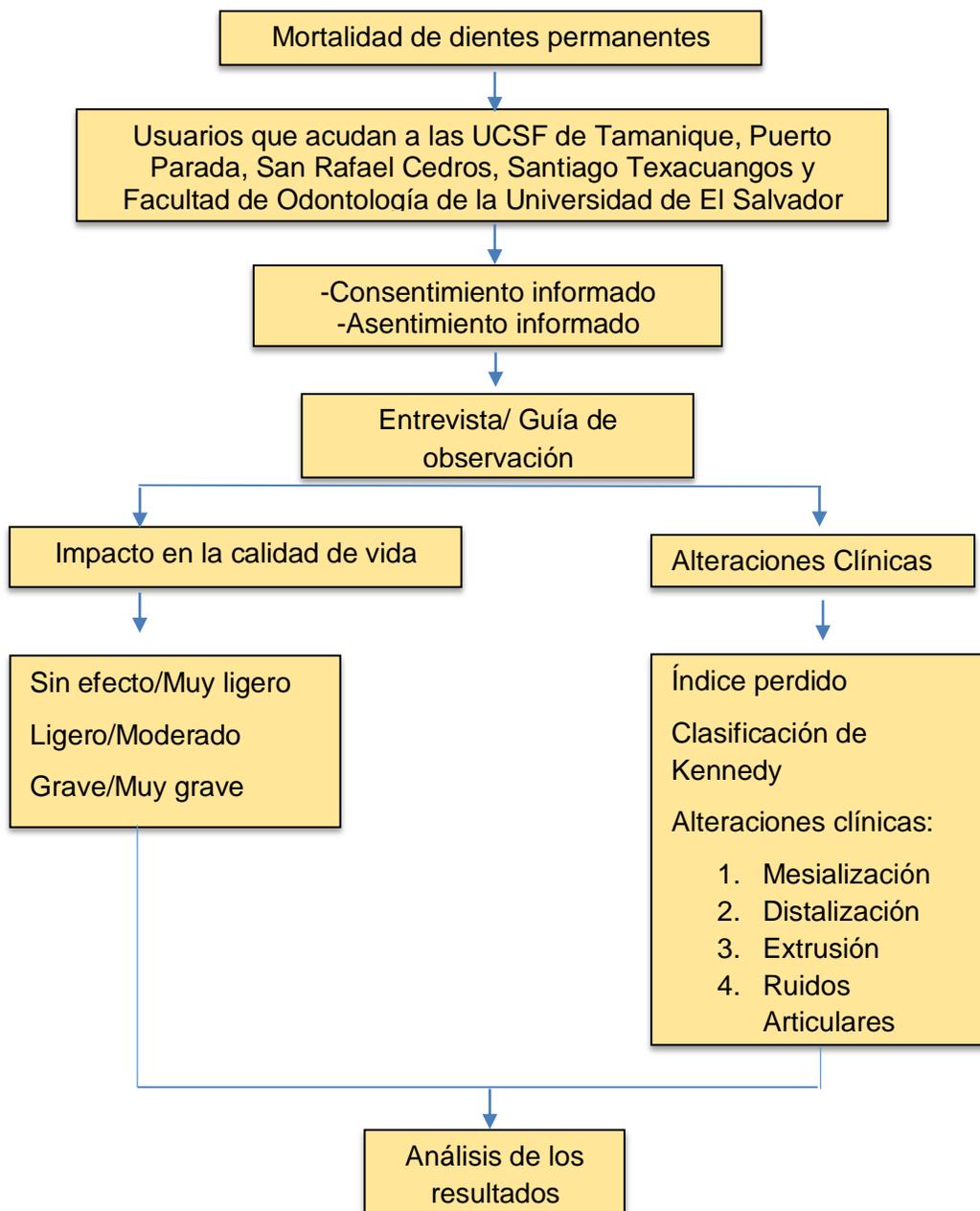
La investigación se realizó en las UCSF de los municipios de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador donde se realizó el Servicio Social 2018.

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, utilizando el índice Perdido	Establecer la prevalencia de dientes permanentes perdidos	Ausencia de dientes permanentes en boca a través del índice Perdido	Guía de Observación
VARIABLE INDEPENDIENTE – PRINCIPALES ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES					
Principales alteraciones por mortalidad dental	Principales alteraciones bucales reportadas en la bibliografía como consecuencia de la pérdida dental	Determinar el porcentaje de dientes que presentan mesializaciones, distalizaciones, extrusiones, y porcentaje de alteraciones de ATM.	Determinar el porcentaje de alteraciones clínicas: -Mesialización -Distalización -Extrusión -Ruidos articulares	Mesialización SI/NO Distalización SI/NO Extrusión SI/NO Ruidos articulares SI/NO	Guía de Observación

VARIABLE DEPENDIENTE – TIPO DE EDENTULISMO					
Tipo de Edentulismo	Condición clínica relativa a la ausencia parcial de dientes permanentes y su localización en el arco	Determinar la frecuencia del tipo de edentulismo a consecuencia de mortalidad de dientes permanentes, utilizando la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate.	Determinar la frecuencia de espacios desdentados según clasificación de Kennedy y reglas de Applegate.	Clasificación de Kennedy: -Clase I -Clase II -Clase III -Clase IV	Guía de Observación
VARIABLE DEPENDIENTE – IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA					
Impacto en la Calidad de Vida	Percepción y repercusiones que el individuo tiene en el desempeño de las actividades de su vida diaria a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes con respecto a su condición de salud, apariencia y funcionamiento del aparato estomatognático.	Determinar la frecuencia de alteraciones en el desempeño de las actividades diarias de los sujetos en estudio, relacionada a la ausencia de dientes permanentes.	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
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Cantidad de años que un ser humano ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha de su participación en la investigación	Determinar y agrupar a las personas en estudio según rangos 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) 52-59 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 hombres y mujeres	Frecuencia de 1.Hombre 2.Mujer	Cédula de Entrevista
Nivel de Escolaridad	Grado de escolaridad que poseen los sujetos en investigación	Determinar y agrupar grado de escolaridad según el sistema educativo de El Salvador.	Establecer el grado de escolaridad que poseen los sujetos en investigación.	Frecuencia según grado de escolaridad: 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

El Universo en estudio se conformó por sujetos de los 15 a más de 60 años de edad que asistieron a las UCSF de los municipios de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Muestra

Se siguió lo establecido por la OMS en su documento “Manual de Encuestas de Salud Bucodental Métodos Básicos”²⁴ en donde cada estrato de edad debe ser conformado por un mínimo de 25 individuos y un máximo de 50, distribuidos en partes iguales por género y conglomerados por UCSF y FOUES participantes en el estudio, finalmente se evaluó en cada UCSF Y FOUES un total de 144 individuos dando un global de 720 usuarios evaluados, que se presentaron a las UCSF y FOUES con los criterios de inclusión establecidos.

Estrato \ Sexo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
18-24 años	12	12	24
25-33 años	12	12	24
34-42 años	12	12	24
43-51 años	12	12	24
52-59 años	12	12	24
Más de 60 años	12	12	24
Total por investigador			144
Total usuarios evaluados (UCSF – FOUES)			720

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Pacientes entre las edades de 15 a más de 60 años.
2. Pacientes con ausencia de por lo menos una pieza dental.
3. Pacientes sistémicamente sano o comprometido sin limitación funcional.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que presentan compromiso sistémico con limitación funcional.
2. Piezas extraídas por motivos ortodónticos.
3. Pacientes con problemas mentales o psicológicos.

5.6. Recolección y análisis de los datos

Previo a la ejecución de la investigación, se realizó un estudio piloto que tuvo como propósito el paso de una guía de observación y una cédula de entrevista en donde se verificó la metodología, tiempo empleado para el paso de instrumentos el cuál fue de 15 minutos, también se pudo constatar el conocimiento del investigador acerca del manejo del índice OIDP, índice perdido y la clasificación de Kennedy. Como resultado de este proceso se observaron errores y se aplicaron cambios necesarios para facilitar la recolección de datos. **(Ver anexo 1)**

Posteriormente, se solicitó la aprobación del Protocolo de Investigación a la Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador **(Ver Anexo 2)**. Luego de aprobado se solicitó el permiso al Director de cada UCSF y al Director de Clínicas de la FOUES, a través de una carta donde se explicó en qué consistía la investigación, los objetivos que se pretendían alcanzar y el tiempo estimado que tomaría la realización de la investigación. **(Ver Anexo 3)**

Una vez obtenido el visto bueno del Director se realizó la recolección de datos, se procedió a seleccionar las unidades de análisis tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Para realizar el paso de instrumentos se procedió de la siguiente manera:

- a) Se seleccionó a los individuos de acuerdo a criterios de inclusión.
- b) Se inició con un saludo y el investigador se presentó con su nombre e indicó la institución que representaba, se explicó en qué consistía la investigación, el proceso de la misma y la importancia de su participación, posterior a eso se solicitó cordialmente ser partícipe del estudio una vez aceptada su colaboración se presentó el consentimiento o asentimiento informado (de acuerdo a la edad del sujeto), también se informó de sus beneficios y sus deberes, se le pidió su nombre, número de Documento Único de Identidad (DUI), firma y se le expresó que la información brindada era estrictamente confidencial. **(ver anexo 4 y 5)**
- c) Una vez aceptada la participación y firmado el consentimiento o asentimiento por el paciente (o encargado en caso de ser menor) se procedió a registrar los siguientes datos: fecha de nacimiento, edad y nivel de escolaridad; posteriormente se recabó información del paciente sobre su

capacidad para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses a través del índice OIDP.

- d) Se evaluaron las preguntas del cuadro del índice OIDP las cuales miden las dimensiones que determinaron las dificultades en vida cotidiana debido a la ausencia de dientes permanentes, se consultó directamente al entrevistado de manera puntual y comprensible, se marcó con lapicero azul en la casilla correspondiente el número codificado en la tabla que representaba lo manifestado por el paciente, lo primero en registrarse fue la presencia o ausencia de la alteración en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad dental según la percepción del paciente, aquí se evaluaron 8 dimensiones del índice OIDP realizándolas en forma de pregunta una a una se cuestionó si en los pasados seis meses ¿Ha tenido problema con su boca, dientes o dentadura que ocasione problemas en lo siguiente? Comer y disfrutar de los alimentos, hablar y pronunciar correctamente, limpiarse lavarse los dientes, dormir y relajarse, sonreír/reírse y mostrar dientes sin pena, mantener el estado emocional normal y sin enojo, hacer todo el trabajo y socializar de forma normal , asignándole 0 a la respuesta afirmativa y un 1 a la negativa, si la respuesta era negativa por consiguiente se colocó 0 a los apartados posteriores, si la respuesta era afirmativa se procedió a evaluar la frecuencia con la que se presentaba la alteración con un valor del 1 al 5 según lo manifestado por el paciente, el apartado correspondiente al nivel de gravedad que representa esa alteración en la calidad de vida del paciente asignándole también un valor del 1 al 5, posteriormente se obtuvo un valor total que fue la suma de la frecuencia multiplicado por la gravedad, resultando así el valor del efecto global. **(Ver anexo 6)**
- e) Posterior al llenado del apartado de OIDP se le indicó al paciente colocarse sobre el sillón dental en posición decúbito supina para completar la guía de observación, lo que requirió de equipo básico estéril, rodetes e implementos de bioseguridad.
- f) Se procedió a la primera parte del examen clínico, tomando en cuenta todas las medidas de bioseguridad, posteriormente el operador procedió a la evaluación, auxiliado por un set de diagnóstico, se determinó inicialmente si existía o no pérdida de dientes permanentes registrando con una X azul los dientes ausentes, con una X roja los dientes indicados a extracción, con flecha azul las mesializaciones o distalizaciones según sea la situación y en un círculo azul los dientes extruidos. Se registró la prevalencia de mortalidad dental indicando la causa de pérdida.

- g) Se realizó examen clínico extraoral del paciente en búsqueda de alteraciones funcionales y se registró la presencia o ausencia de ruidos articulares bilateral o unilateralmente.
- h) Se realizaron las consideraciones protésicas por medio de evaluación clínica y se clasificó el grado de edentulismo según Kennedy que presentó el paciente.
- i) Al finalizar se entregó al paciente un brochure educativo, un diagnóstico completo del estado de su salud bucal y se dieron los agradecimientos por su colaboración prestada. (**Ver anexo 7 y 8**).

El proceso duró aproximadamente 17 minutos y el paso de los 144 instrumentos tomó alrededor de 10 semanas.

Paralelamente se realizó el resguardo de las fichas de cada paciente de forma física en sobres de papel manila rotulados con nombre, código de cada investigador, lugar donde realizó el paso de instrumentos y posteriormente se vació la información a las bases de datos del programa SPSS PASW Statistics 25v para el análisis de los datos se obtuvieron frecuencias, porcentajes, chi cuadrado e intervalo de confianza.

6. ALCANCES Y LIMITACIONES

Alcances

Con la información recolectada se evidencian las principales secuelas de mortalidad dental y su impacto en la calidad de vida en los usuarios de las UCSF de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y FOUES para que de esta forma se genere nuevo conocimiento y obtener nueva evidencia que sirva como base a investigaciones futuras ya que el conocimiento actual acerca de la temática en El Salvador es escaso. También se espera que los resultados que se han obtenido faciliten el desarrollo de otros estudios de carácter experimental o longitudinal y también como motivación al MINSAL y FOUES a la modificación y mejora de los programas de prevención para que sean dirigidos a la población más susceptible con el fin de ayudar a la prevención de la mortalidad dental.

Limitaciones operativas

- Baja afluencia de pacientes jóvenes con historial de mortalidad dental a las UCSF.
- Poca concurrencia de los pacientes del sexo masculino a la UCSF.

Limitación de la investigación

- Los resultados de esta investigación no pueden ser extrapolables a todo el país, debido a que los sujetos de estudio representan solo una muestra de la población salvadoreña.

7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Por motivos de respetar el principio ético de no maleficencia, se le informó a cada uno de los usuarios que participó de este estudio que se mantendría total confidencialidad sobre su aporte a la investigación y datos personales que brindó y que los datos obtenidos solamente fueron utilizados para registro confidencial.

Tanto a menores y adultos se les detalló a través de un consentimiento y asentimiento informado que la investigación era sobre el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes, de igual manera se les explicó los beneficios que se obtendrían con la investigación que se estaba realizando y los beneficios que recibirían como pacientes participantes de la investigación. Al haber aceptado el paciente se realizó la evaluación clínica oral correspondiente y el llenado de la guía de observación.

Se garantizó el bienestar de los participantes con la respectiva desinfección y esterilización de instrumentos, bioseguridad tanto del operador como del área clínica, se tomó en cuenta el estado sistémico del paciente y se le manifestó que todos los procedimientos clínicos serían realizados por un profesional autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica.

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos del paso de instrumentos a los usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Tamanique, San Rafael Cedros, Puerto Parada, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Tabla 1: Población según variables sociodemográficas y mortalidad dental

		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 %	n %
Sexo	Hombre	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	360 50%
	Mujer	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	60 16.6%	360 50%
Nivel de Escolaridad	Sin escolaridad	1 0.1%	4 0.6%	5 0.7%	20 2.8%	23 3.2%	38 5.3%	91 12.7%
	Primaria	7 1.0%	17 2.4%	25 3.5%	29 4.0%	42 5.8%	42 5.8%	162 22.5%
	Secundaria	42 5.8%	36 5.0%	43 6.0%	30 4.2%	28 3.9%	26 3.6%	205 28.5%
	Bachillerato	57 7.9%	37 5.1%	33 4.6%	25 3.5%	19 2.6%	11 1.5%	182 25.2%
	Técnico	3 0.4%	1 0.1%	3 0.4%	5 0.7%	3 0.4%	2 0.3%	17 2.3%
	Universitario	10 1.4%	25 3.5%	11 1.5%	11 1.5%	5 0.7%	1 0.1%	63 8.7%
Componente perdido	Promedio	2 (2;2)	2 (2;3)	4 (3;4)	5 (4;6)	6 (5;7)	13 (11;14)	5 (5;6)

Interpretación:

El 76.2% tenía un nivel educativo entre Primaria y Bachillerato con un promedio global de la población de 5 dientes perdidos, destacando que el aumento del promedio de pérdida para este estudio inicia a partir de los 34 a 42 años con una media de 4 dientes perdidos aumentado considerablemente en el grupo etario de más de 60 años con una media de 13 dientes perdidos, respecto a la edad, en el presente estudio se observó un promedio de 4 pérdidas dentales a partir de los 34 a 42 años aumentado considerablemente en el grupo etario de más de 60 años con un promedio de 13 dientes perdidos.

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

Dientes perdidos	Presencia de mesializaciones		Presencia de distalizaciones		Presencia de extrusiones		Ruidos articulares	
	Si	No	Si	No	Si	No	Presencia	Ausencia
1-9	333 (88.1%)	273 (79.8%)	37 (78.7%)	569 (84.5%)	217 (81.0%)	389 (86.1%)	234 (70.7%)	372 (95.6%)
10-19	35 (9.3%)	34 (9.9%)	9 (19.1%)	60 (8.9%)	40 (14.9%)	29 (6.4%)	59 (17.8%)	10 (2.6%)
20-28	10 (2.6%)	35 (10.2%)	1 (2.1%)	44 (6.5%)	11 (4.1%)	34 (7.5%)	38 (11.5%)	7 (1.8%)
Total	378 (52.5%)	342 (47.5%)	47 (6.5%)	673 (93.4%)	268 (37.2%)	452 (62.7%)	331 (45.9%)	389 (54.0%)

Interpretación:

Las principales alteraciones presentes en los usuarios evaluados se encontró: mesializaciones con 52.5%, ruidos articulares en un 45.9% y extrusiones dentales en 37.2% (ver tabla 2), los usuarios que presentaban pérdida dental de 1 a 9 dientes son los mismos que presentaron mayor número de alteraciones clínicas. A medida incrementaba el número de dientes perdidos, la alteración que más se presentó fueron los ruidos articulares con 11.5%.

Tabla 3. Nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales

Dimensiones	Presencia		Frecuencia						Gravedad					
	Si	No	Nunca	Menos de 1 vez	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces a la semana	3 o 4 veces a la semana	Casi todos los días	Nada	Muy poco	Poco	Moderado	Grave	Muy Grave
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Comer y disfrutar de los alimentos	463 64.3%	257 35.7%	257 35.7%	10 1.4%	33 4.6%	101 14.0%	96 13.3%	223 31.0%	257 35.7%	13 1.8%	59 8.2%	129 17.1%	138 19.1%	124 17.2%
Hablar y pronunciar correctamente	208 28.9%	512 71.1%	512 71.1%	11 1.5%	20 2.7%	30 4.2%	39 5.4%	108 15.0%	512 71.1%	145 20.1%	31 4.3%	55 7.6%	63 8.7%	45 6.2%
Limpiarse o lavarse los dientes	339 47.0%	381 53.0%	381 53.0%	7 0.9%	27 3.7%	63 8.7%	47 6.5%	195 27.0%	381 53.0%	13 1.8%	62 8.6%	125 17.3%	85 11.8%	54 7.5%
Dormir y relajarse	45 6.2%	675 93.8%	675 93.8%	7 0.9%	5 0.7%	11 1.5%	7 0.9%	15 2.0%	675 93.8%	6 0.8%	9 1.2%	12 1.6%	13 1.8%	5 0.7%
Sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena	298 41.3%	422 58.7%	422 58.7%	8 1.1%	20 2.7%	45 6.2%	72 10.0%	153 21.2%	422 58.7%	14 1.9%	30 4.2%	62 8.6%	96 13.3%	94 13.0%
Mantener el estado emocional y sin enojo	74 10.3%	646 89.7%	646 89.7%	10 1.4%	7 0.9%	15 2.1%	13 1.8%	29 4.0%	646 89.7%	9 1.2%	15 2.0%	17 2.4%	19 2.6%	14 1.9%
Hacer todo el trabajo	120 16.6%	600 83.4%	600 83.4%	2 0.2%	6 0.8%	30 4.2%	25 3.5%	57 7.9%	600 83.4%	2 0.2%	11 1.5%	44 6.1%	38 5.2%	25 3.4%
Disfrutar el contacto con la gente	165 22.9%	555 77.1%	555 77.1%	4 0.5%	8 1.1%	36 5.0%	40 5.5%	77 10.7%	555 77.1%	3 0.41%	12 1.66%	45 6.2%	62 8.6%	43 5.9%
Efecto global promedio 36.06 ± 2.63 (sin efecto/ muy ligero)														

Interpretación:

Las actividades que mayormente se vieron afectadas en la población tanto en presencia, frecuencia y gravedad fueron: Comer y disfrutar de los alimentos, limpiar o lavarse los dientes así como también sonreír y mostrar los dientes sin pena. El promedio global de la población en cuanto a calidad de vida según el índice fue de 36.06 el cual corresponde a la categoría de “muy ligero”.

Tabla 4. Determinar el nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales.

Alteración	Calidad de vida			Totales
	Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Grave/ Muy grave	
Mesializaciones	228 (60.30%)	141 (37.30%)	9 (2.4%)	378 (36.91%)
Distalizaciones	22 (46.80%)	25 (53.20%)	0 (0.0%)	47 (4.59%)
Extrusiones	157 (58.60%)	100 (37.30%)	11 (4.10%)	268 (26.17%)
Ruidos articulares	162 (48.90%)	152 (45.90%)	17 (5.10%)	331 (32.32%)

Interpretación:

La mayoría de pacientes presentaron una percepción en su calidad de vida “sin efecto/ efecto muy ligero”, seguido por un efecto “ligero/ moderado” en calidad de vida. El 60.30% de la población presentó mesializaciones dentro del rango “sin efecto/ muy ligero”, la segunda alteración más frecuente en este rango fueron las extrusiones 58.60%, en el rango “sin efecto/ muy ligero”, la alteración menos presente son las distalizaciones y en el rango “grave/ muy grave” se observa con mayor prevalencia los ruidos articulares.

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y calidad de vida.

		Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Grave/ Muy grave	Significancia
		n/ %	n/ %	n/ %	
Sexo del paciente	Hombre	241 33.50%	110 15.30%	9 1.30%	p= 0.098
	Mujer	215 29.90%	130 18.10%	15 2.10%	
Grupo etario	15 a 24 años	88 12.20%	31 4.30%	1 0.40%	p=0.002
	25 a 33 años	83 11.50%	34 4.70%	3 0.30%	
	34 a 42 años	86 11.90%	32 4.40%	2 0.30%	
	43 a 51 años	67 9.30%	47 6.50%	6 0.80%	
	52 a 59 años	71 9.90%	46 6.40%	3 0.40%	
	Más de 60 años	61 8.50%	50 6.90%	9 1.30%	
Nivel de escolaridad	Sin escolaridad	52 7.20%	36 5.00%	3 0.40%	p=0.002
	Primaria	82 11.40%	68 9.40%	12 1.70%	
	Secundaria	143 19.90%	59 8.20%	3 0.40%	
	Bachillerato	129 17.90%	48 6.70%	5 0.70%	
	Técnico	10 1.40%	7 1.00%	0 0.00%	
	Universitario	40 5.60%	22 3.10%	1 0.10%	

Interpretación:

La tabla anterior muestra el resultado estadístico Chi cuadrado que en las variables grupo etario y nivel de escolaridad resultaron significativas por lo cual hay asociación entre variables, por el contrario en la variable sexo del paciente no existe significancia por lo que no hay relación entre variables con respecto a calidad de vida. Por tanto las variables sociodemográficas, exceptuando el sexo del paciente si presentan asociación con la calidad de vida.

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

Número de dientes perdidos	Calidad de vida agrupada			Significancia
	Sin efecto/Muy ligero	Ligero/Moderado	Grave/Muy grave	
	n/ %	n/ %	n/ %	
1-9	408 89.50%	188 78.30%	10 41.70%	p=0.000
10-19	26 5.70%	32 13.30%	11 45.80%	
20-28	22 4.80%	20 8.30%	3 12.50%	
Total	456 100%	240 100%	24 100%	

Interpretación:

La prueba estadística es significativa con p valor= 0.000 por lo tanto la mortalidad dental influye en el nivel de calidad de vida de la población en estudio dentro de la categoría sin efecto/muy ligero.

Tabla 6.1. Asociación de mortalidad dental por zonas y calidad de vida

Número de dientes perdidos	Pérdida en zona mandibular		Pérdida en zona maxilar		Pérdida en ambas zonas	
	Si	No	Si	No	Si	No
	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %
1-9	449 79.80%	155 100%	416 78.50%	190 70.10%	267 70.10%	338 100.00%
10-19	69 12.30%	0 0.00%	69 13.00%	0 0.00%	69 18.10%	0 0.00%
20- 28	44 8.00%	0 0.00%	45 8.50%	0 0.00%	45 11.80%	0 0.00%
Significancia	p=0.000		p=0.055		p=0.000	
Pérdida	Pérdida zona maxilar		Pérdida zona mandibular		Pérdida en ambas zonas	
	Si	No	Si	No	Si	No
Sector posterior	5 (5;5)	2 (2;2)	5 (5;5)	1 (1;2)	6(6;7)	2 (2;2)
Sector anterior	2(2;0)	0	1 (1;2)	0 (0;1)	2 (2;2)	0
Número de dientes perdidos posteriores en promedio: 4.22± 2.90						
Número de dientes perdidos anteriores en promedio: 1.12± 0.18						

*Datos entre paréntesis representan el límite superior e inferior en base al intervalo de confianza 95%.

Interpretación:

Existe asociación entre la mortalidad dental y la calidad de vida cuando la pérdida dental esta ubicada exclusivamente en zona maxilar, exclusivamente en zona mandibular y cuando se encuentran pérdidas en ambos maxilares.

El promedio de dientes perdidos posteriores es de 4.22± 2.9 y anteriores de 1.12± 0.1. La población presenta una media de 5 dientes perdidos posteriores y una media de 2 dientes perdidos anteriores, con un intervalo de confianza de 95%, es decir que se encuentra mayormente afectada en la zona funcional que en la zona estética.

Tabla 7. Estado protésico a causa de mortalidad dental

Estado protésico	Mx Superior		Mx Inferior	
	Si	No	Si	No
Dentado	120 16.6%	600 83.4%	114 15.8%	606 84.2%
Prótesis Parcial Removible	40 5.5%	680 94.5%	34 4.7%	686 95.3%
Prótesis Parcial Fija	64 8.8%	656 91.2%	18 2.5%	702 97.5%
Prótesis Completa	35 4.8%	685 95.2%	13 1.8%	707 98.2%
Sin Prótesis	460 63.8%	260 36.2%	539 74.8%	181 25.2%

Interpretación:

En su mayoría, los individuos estudiados no presentan rehabilitación protésica maxilar 63.8% y mandibular 74.8%, por lo tanto las afecciones estéticas y funcionales no se ven resueltas. La prótesis más frecuentemente observada en el maxilar superior es la prótesis parcial fija 8.8% y en el maxilar inferior se observó con una mayor frecuencia la prótesis parcial removible 4.7%.

9. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito 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 de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el año 2018. Dicho estudio estuvo compuesto por 720 personas de los 15 a más de 60 años de edad divididos por sexo y rangos de edad, de los cuales todos presentaron historia de mortalidad dental.

Es importante mencionar que los resultados de esta investigación son el reflejo del estudio de diferentes UCSF las cuales son similares en afluencia de personas con la excepción de las clínicas odontológicas de la FOUES que cuenta con una afluencia baja de personas que tienen mortalidad dental y la mayoría de personas que acudió a la consulta reside en el área urbana.

Según los resultados obtenidos de la población evaluada el 76.2% tenía un nivel educativo entre Primaria y Bachillerato con un promedio global de la población de 5 dientes perdidos, destacando que el aumento del promedio de pérdida para este estudio inicia a partir de los 34 a 42 años con una media de 4 dientes perdidos aumentado considerablemente en el grupo etario de más de 60 años con una media de 13 dientes perdidos, lo cual es comparable con el estudio de García Cortés et al²⁵ donde obtuvieron que el promedio de dientes perdidos fue de $0,46 \pm 1,13$ y de $2,54 \pm 1,32$ en quienes tuvieron al menos uno perdido. El número máximo de dientes perdidos fue de 5 y destacaron que por cada año de incremento de la edad la posibilidad de presentar al menos un diente perdido aumenta 11%.

Resultados similares se encontraron en el estudio de Miranda y Reyes²⁶ en el país de El Salvador en los municipios de Cuscatancingo y la Palma. El grupo etario más de 60 años fue el más afectado en ambos municipios estudiados. Cuscatancingo con un 51.67% teniendo más personas con mortalidad a partir de los 25 años. La Palma con un 47.60% teniendo más personas con mortalidad a partir de los 16 años. En otro estudio realizado en México por Casanova et al²⁷ donde se estudiaron sujetos entre edades que se incluyen en este estudio, ellos tomaron en cuenta 516 sujetos de entre 14 a 30 años de edad, para ellos la prevalencia de al menos un diente perdido observado fue de 20,5%, Igualmente en Brazil, Susin et al²⁸ en sujetos de 14 a 29 años observó una prevalencia de pérdida de dientes de 44,8% y un promedio de 1,4 dientes perdidos. Se observó diferencia entre los estudios el cual puede asociarse a la cantidad de sujetos estudiada y a los rangos de edades que se tomaron en cuenta aunque todos concuerdan con este estudio que a mayor edad mayor número de dientes perdidos.

En cuanto a las principales alteraciones presentes en los usuarios evaluados se encontró: mesializaciones con 52.5%, ruidos articulares en un 45.9% y extrusiones dentales en 37.2% (ver tabla 2), los usuarios que presentaban pérdida dental de 1 a 9 dientes son los mismos que presentaron mayor número de alteraciones clínicas. A medida incrementaba el número de dientes perdidos, la alteración que más se presentó fueron los ruidos articulares con 11.5%. En un estudio de William Tapia²⁹ en estudiantes de una escuela en Ecuador a consecuencia de la pérdida del primer molar permanente se presentó la Mesialización con 15.63% y las extrusiones dentales con 6.25%. Por otra parte en cuanto a ruidos articulares en un estudio realizado también en Ecuador por Masache Marcia³⁰ la muestra estudiada fue de 183 personas es decir el 100% de estudiantes que presentaron alteración en la articulación temporomandibular está relacionada con pérdida dentaria, siendo el ruido en la ATM el signo clínico más predominante con el 42.6%. Por lo que se establece que la consecuencia de pérdida dental con mayor porcentaje son las mesializaciones seguidas de las extrusiones dentales y que el ruido articular también es un signo clínico frecuentemente relacionado a la pérdida dental.

En cuanto a las actividades que mayormente se vieron afectadas en la población tanto en presencia, frecuencia y gravedad fueron: Comer y disfrutar de los alimentos, limpiar o lavarse los dientes así como también sonreír y mostrar los dientes sin pena. El promedio global de la población en cuanto a calidad de vida según el índice fue de 36.06% el cual corresponde a la categoría de “muy ligero” (Ver tabla 3). Resultados similares a los de Sánchez et al⁵, en su estudio realizado en México en donde presentan la frecuencia del efecto global del OIDP, así como de los ocho componentes. La prevalencia del efecto global del OIDP fue de 21.5% y la mayor prevalencia entre los ocho efectos fue la de los problemas para comer con 14.4%, hablar 8.7%, mantener un estado emocional estable, sin enojos 5.4%, lavarse los dientes 5 % y disfrutar el contacto con la gente 4.4%. En ambos estudios el resultado global de OIDP se establece en la categoría de “muy ligero”.

La edad del paciente es un factor relevante para los individuos cuando estos presentan su apreciación subjetiva de la calidad de vida, lo cual es demostrado en la población con los resultados previamente descritos, ($p=0.000$) así mismo según Gülcan F. et al³¹, la variable de edad es significativa para la apreciación subjetiva de la función bucal, ya que, en su estudio se observó que a medida la edad del paciente avanza y se presenta una mayor cantidad de pérdidas dentales el OIDP presenta efectos más severos. Otra variable sociodemográfica es el sexo de paciente, el cual no es factor relevante, lo cual es coincidente con la población del presente estudio en el cual no se encontró diferencia en el cambio de la calidad de vida según el sexo del paciente ($p=0.098$) (Ver tabla 5).

Según el presente estudio la mortalidad dental influye en el nivel de calidad de vida con $p= 0.000$ es decir existe asociación entre ambas variables si la pérdida dental está ubicada exclusivamente en la zona mandibular y también cuando se encuentran pérdidas dentales en ambos maxilares; se encontró afectación en la zona funcional (masticación de alimentos) y en menor grado en la zona estética (sonrisa) (Ver tabla 6 y 6.1). La afectación funcional y estética también coinciden con el estudio de Lima M et al⁴ en donde más de dos tercios de los entrevistados informaron dificultades después de perder sus dientes. La mayoría de ellos informaron que estaban más preocupados con el nivel físico (funcional) que con el nivel social (estético). En un estudio de P. Srisilapanan²¹ hubo una diferencia significativa entre las puntuaciones de OIDP relacionadas con algunas variables clínicas, entre ellas la falta de dientes anteriores y posteriores ($p < 0,001$).

En la presente investigación, los individuos estudiados no presentan rehabilitación protésica, por lo tanto las afecciones estéticas y funcionales no se ven resueltas. La prótesis más frecuentemente observada en el maxilar superior es la prótesis parcial fija (8.8%) y en el maxilar inferior se observó con una mayor frecuencia la prótesis parcial removible (4.7%), solo el 4.8% de la población presentó prótesis completa en maxilar superior (Ver tabla 7). Lo cual concuerda con el estudio de Esquivel y Jimenez³² en el cual se determinó que un buen número de personas edéntulas no usaban prótesis, y en quienes las portaban, estas se encontraban en malas condiciones y requirieron la adaptación de nuevas. Es por ello que las necesidades de prótesis resultaron también altas, ya que la mayor necesidad fue de prótesis completas. El 15% portaba prótesis total removibles en ambas arcadas, mientras que el resto usaba una combinación entre prótesis fija, dentaduras parciales y totales. Se observó que 31.2% de los edéntulos no usaba ningún tipo de prótesis. También en el estudio de García M. et al³³ determinaron que la distribución de la muestra según tipo de prótesis arrojó que el 81, 4 % portaban prótesis total superior y el 46, 5 % prótesis total inferior, El 18,6 portaban prótesis parcial removible superior y el 16,2 prótesis parcial removible inferior.

Los resultados obtenidos en la investigación demuestran claramente que la población estudiada no presenta interés en conservar su salud bucodental, probablemente por la falta de conocimientos sobre las posibles consecuencias de la mortalidad dental, dicha mortalidad dental fue muy frecuente en el estudio y las personas manifestaron no verse afectadas gravemente en la apreciación subjetiva de su calidad de vida como lo demuestra el promedio global del OIDP obtenido, el cual presentó un valor de 36.06 ± 2.63 , dicho resultado es interpretable como "sin efecto/ muy ligero", esto puede ser explicado también debido a que los pacientes perdieron principalmente piezas dentales en el sector posterior, lo cual no afectó su componente estético, el promedio global de pérdida de dientes posteriores fue de 4.22 a comparación de las pérdidas

anteriores cuyo promedio global fue de 1.12 (Ver tabla 6.1). Es importante destacar que la pérdida dental aumentó drásticamente a medida avanza la edad de los individuos, en la media de dientes perdidos se puede observar que en el grupo etario de 34 a 42 años el promedio fue de 4 dientes perdidos, esta tendencia aumento significativamente en el grupo etario de 60 años o más, presentando un promedio de 13 dientes perdidos (Ver tabla 1), a menor edad los individuos presentan una mayor afección en su calidad de vida, esto es explicable debido a que los pacientes menores de 60 años aun ejercen la totalidad de sus funciones sociales por tanto afecta más sus actividades diarias.

Una de las principales limitantes encontradas por los investigadores fue el bajo nivel educativo de los sujetos de la investigación, el cual presenta una repercusión negativa en la comprensión total de las preguntas realizadas durante la cédula de entrevista.

10. CONCLUSIONES

1. La mayoría de la población se encuentra en nivel educativo entre primaria y bachillerato.
2. Según el índice CPO/D, el promedio global de mortalidad dental es de 5 dientes perdidos.
3. Debido a la mortalidad de dientes, las principales alteraciones clínicas y funcionales son mesializaciones, ruidos articulares y extrusiones.
4. En percepción de calidad de vida, un 60% de la población presenta un nivel de "sin efecto/muy ligero" presentando mesializaciones dentarias.
5. El grupo etario y nivel de escolaridad está relacionado con la calidad de vida, en cambio el sexo del paciente tanto en hombres como en mujeres no hay diferencia significativa en cuanto a la percepción en su calidad de vida.
6. La mortalidad dental influye en el nivel de calidad de vida de la población, existiendo asociación entre la ausencia de dientes de ambos maxilares y la calidad de vida.
7. La mayoría de los individuos no presentan rehabilitación protésica, por ello no se resuelven las afecciones estéticas y funcionales.

11. RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

- Realizar supervisiones presenciales continuas al desarrollo de capacitaciones y estrategias de educación en salud oral impartidas a los usuarios de las UCSF y a la vez crear un cuestionario que sirva para evaluar si el paciente comprendió la temática y que este sea firmado por ellos.
- Desarrollar y promover los programas de educación en Salud Bucal.
- Incorporar material audiovisual en las UCSF para que se reproduzcan temas informativos de salud bucodental durante el tiempo de espera.
- Facilitar a la población que asiste a las UCSF la rehabilitación protésica.

AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

- Incluir dentro de los programas de clases de los primeros niveles de educación, temas de autocuidado personal, salud oral y medidas de prevención de enfermedades orales, con la finalidad de concientizar en la población la importancia de la preservación de dientes en buen estado y por consiguiente reducir el número de mortalidad dental.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

- Hacer del conocimiento a las diferentes autoridades del Ministerio de Salud sobre esta problemática por medio de esta investigación para buscar estrategias en conjunto que logren ayudar a la disminución de la mortalidad dental.
- Realizar supervisiones continuas al seguimiento que se da a los pacientes que acuden a las clínicas y que presentan historial de mortalidad dental con la finalidad de realizar la rehabilitación protésica requerida, y a los pacientes que no presentan historial para aplicar medidas de prevención de esta problemática.

AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

- Desarrollar una investigación a nivel nacional con una muestra más amplia para poder comparar los resultados con los de la presente investigación en la cual se incluyó 4 municipios rurales de los 5 estudiados.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Henriques J, Soares G, Hordonho P, Moura C, Santos E, de Souza R. Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2012 [consulta 15 junio 2018]; 51(3). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-9/>
2. Dra. Ortega de Blanco Ana Vilma, Dr. Herrera Leonardo, Dra. de Díaz Cecilia, Diagnóstico Nacional de Salud Bucal [Internet] Ministerio de Salud de El Salvador; 2012 [consulta junio de 2018]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf.
3. Medina CE, Campos EP, Hernández P, Loyola AP, Maupome, Navarete JD, Et al, Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. Disponible en: Revista de investigación clínica/Vol65, Num.2/Marzo-Abril, 2013/pp141-149. Consultado Abril 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf>.
4. Lima M, Alvim E. Impact of tooth loss on the quality of life. Gerodontology [Internet]. 2011 [consulta 16 Jun 2018]; 29(2):632-636. Disponible en: Doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00535.x
5. Sánchez García S, Juárez Cedillo T, Reyes Morales H, de la Fuente Hernández J, Solórzano-Santos F, García Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud pública Méx [Internet]. 2007 [consulta 9 abril 2018]; 49(3):173-181. Disponible en: <http://ref.scielo.org/hcs9kg>.
6. Grafitti P, Fernando H, Gomes F, Cassiano R. Oral Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. Braz. Dent. J. [Internet]. 2017 [consulta 19 mayo 2018]; 28(1):113-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701098>.
7. OMS. Salud Bucodental. Centro de prensa.[Internet] Nota informativa Nª 318. Septiembre 2018[consulta 15 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

8. Esquivel R, Jiménez F, González-Celis A, Gazano A. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos mayores. ADM [Internet]. 2006 [consulta 15 mayo 2018]; Vol. LX, No. 1 Enero-Febrero 2003 pp. 19-24 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2003/od031d.pdf>.
9. Hernández-Mejía R, Calderón-García R, Fernández-López JA, Cueto-Espinar A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RCOE [Internet] 2006 [consulta 15 de junio] 11(2):181-191. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/181_191.pdf.
10. Minaya-Sánchez M, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Casanova-Rosado AJ, Márquez-Corona ML, Islas-Granillo H, Islas-Márquez AJ, Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos, Gac Med Mex 2010; 146 (4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26779>
11. A. F. Caldas, Jr., Reasons for tooth extraction in a Brazilian population. Int Dent J. 2000 Oct; 50(5): 267–273. PMID: 15988885. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15988885>
12. García JO, Loyola JP, Patiño N, Islas H, Mendoza M, Medina CE. Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos. Disponible en Rev. Estomatológica Herediana. 2010; 20(4):191-195 Consultado Abril 2016. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1735.com>.
13. Adeyemo W, Taiwo O, Oderinu O, Adeyemi M, Ladeinde A, Ogunlewe M. Oral health-related quality of life following non-surgical (routine) tooth extraction: A pilot study. Contemp Clin Dent [Internet]. 2012 [consultado 14 Jun 2018]; 3(4):427-432. Disponible en: DOI: 10.4103 / 0976-237X.107433
14. Dopico M, Castro C. Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su pérdida en edades tempranas del desarrollo. RAAO [Internet]. 2015 [consultado 15 Jun 2018]; 54(2):23-27. Disponible en:

<https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/liv02/articulo4.pdf>

15. Antelo V, Vázquez A, Loris M, León P. The loss of the first permanent molar in children from 12 to 14 years of age. *Mediciego* [Internet]. 2012 [citado el 12 de Marzo de 2018]; 18 (2) Disponible en: <http://docplayer.es/44714837-La-perdida-del-primer-molar-permanente-en-ninos-de-12-a-14-anos-de-edad-the-loss-of-the-first-permanent-molar-in-children-from-12-to-14-years-of-age.html>.
16. De la Torre E, Aguirre I, Fuentes V, Peñón P, Espinosa D, Núñez J. Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. *Rev Cubana Estomato.l* [Internet]. 2013 [consultado 3 Jun 2018]; 50(4):364-373. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072013000400004.
17. Magne C. Disfunciones en la articulación temporomandibular (atm) por Ausencia de Piezas. *Rev. Act. Clin. Med* [Internet]. 2012 [consultado 1 Jun 2018]; 23:1080-1085. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000800002&lng=es
18. Mtra. Taboada Aranza Olga, Mtra. L Gómez Gutiérrez Yolanda, Biol. Taboada Aranza Susana, Dr. Mendoza Núñez Víctor, Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en un grupo de adultos mayores. *Revista de la Asociación Dental Mexicana* [Internet]. 2004 [consultado 9 junio 2018]; 61(4):125-129. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=592>
19. Cidranes M, Delgado E. Alteraciones clínicas encontradas en pacientes portadores o no de prótesis estomatológica. *AMC* [Internet]. 1998 [consultado 10 junio 2018]; 2(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502551998000100006&lng=es
20. Piedad N. Rojas-Gómez, María F. Mazzini-Torres, Katuska Romero-Rojas, Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos, *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol. 3, núm. 2, (esp.), mayo, 2017, pp. 702-718. Disponible en:

file:///C:/Users/ASUS/Downloads/DialnetPerdidaDentariaYRelacionConLosFactoresFisiologicos-6325884%20(6).pdf

21. P. Srisilapanan A Sheiham, The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand, [Internet] 2001 [Consulta 24 julio 2019] Volume18, pages 102-103. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-2358.2001.00102.x>
22. Rupal J. Shah, Fatema J. Diwan, Munira J. Diwan¹, Vishal J. Chauhan, Hemal S. Agrawal, Ghanshyam C. Pate, A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression, Department of Prosthodontics, Government Dental College and Hospital, India, The Journal of Indian Prosthodontic Society, Jul-Sep 2015, Vol 15, Issue 3. Disponible en: DOI: 10.4103/0972-4052.161564
23. Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela M, Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Universidad Odontológica [Internet]. 2010 [citado el 15 de Marzo de 2018]; 29 (63): 83-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>.
24. Organización Mundial de la Salud. El Manual de vigilancia STEPS de la OMS: el método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas.[Internet] Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2006 [consultado 14 de junio 2018] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43580/9789244593838_spa.pdf;jsessionid=024D5DD565E984D4560C6A7FBDE1571F?sequence=1.
25. García Cortés JO, Loyola Rodríguez JP, Patiño Marín N, Islas Granillo H, Mendoza Rodríguez M, Medina Solís CE. Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2010 [consultado 15 de Junio de 2018]; 20(4):191-195. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539361003>
26. Miranda D., Reyes M.; Mortalidad de dientes permanentes y sus principales causas en usuarios de las unidades comunitarias de salud

familiar de los municipios de Cuscatancingo y La Palma, El Salvador, 2016 [Tesis] Universidad de El Salvador. Facultad de Odontología; 2016. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/14166/1/17100441.pdf>

27. Casanova-Rosado JF, Medina-Solís CE, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ, Maupomé G, Avila-Burgos L. Lifestyle and psychosocial factors associated with tooth loss in Mexican adolescents and young adults [Internet] 2005 [consulta 24 julio 2019];6(3):70-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16127474>
28. Susin C, Haas AN, Opermann RV, Albandar JM. Tooth loss in a young population from south Brazil. [Internet] 2006 [consulta 24 julio 2019]; 66(2):110-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16711630>
29. Tapia W., Causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago – Loja. período marzo-julio 2016. [Tesis] Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Odontología; 2016. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16389/1/tesis%20willam.pdf>
30. Masache M. Trastornos de la articulación temporomandibular y su relación con la pérdida dentaria en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad de estudio presencial durante el período de mayo-julio 2014 [Tesis] Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Odontología; 2014. disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14752/1/tesis%20trastornos%20de%20la%20atm%20y%20su%20relaci%c3%92n%20con%20la%20perdida%20dental%20biblio.pdf>.
31. Gulcan F, Nasir E, Ekback G, Ordell S, Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) with increasing age: Testing the evaluative properties of the OIDP frequency inventory using prospective data from Norway and Sweden, Journal Article, Change in ABMC Oral Health [Internet] 2014 [Consultado 1 de abril 2019], vol.: 14 disponible en: DOI: 10.1186/1472-6831-14-59.
32. Mtra Rosa Esquivel Hernández, Mtra. Juana Jiménez Pérez, Efectos de la Utilización de Prótesis dentales en la percepción de la salud bucal, Revista ADM [Internet]. 2012; [Consultado 9 marzo 2019] Pág. 72 y 73 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>.

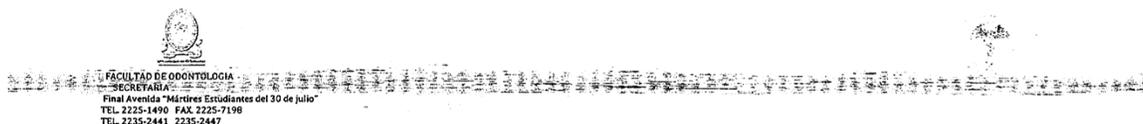
33. Mulet García Mariela, Hidalgo Hidalgo Siomara, Díaz Gómez Silvia M. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis: Etapa diagnóstica. AMC [Internet]. 2006 Oct [citado 2019 Sep 17]; 10(5): 34-43. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500005&lng=es.

ANEXOS

ANEXO 1. Conclusiones de Estudio Piloto

1. Se comprobó que el protocolo de investigación es realizable o fácil de llevar a cabo.
2. El presupuesto utilizado para llevar a cabo la prueba piloto si fue rentable dado que sí se cumplió con el presupuesto planteado por el grupo.
3. El nivel de comprensión por parte de los pacientes fue aceptable, aunque se presentó cierta dificultad al aplicar el índice OIDP dada las múltiples dimensiones que presentaban las preguntas 2 (de frecuencia) y 3 (de gravedad); por lo demás el instrumento fue comprensible.
4. El nivel de comprensión por parte de cada uno de los investigadores fue aceptable ya que cada uno de los miembros había repasado con anticipación la guía de observación y tenía claro lo que iba a realizar al momento del paso de instrumento.
5. Algunas de las dificultades que se pueden llegar a presentar durante el trabajo de campo son:
 - Que el paciente no cumpla los criterios de inclusión.
 - El tiempo que se pueda tardar cada paciente en comprender las preguntas.
 - Desinterés por parte del paciente al momento del llenado de la guía.
 - Veracidad de información real otorgada por el paciente.
6. Se realizó ciertos ajustes al instrumento para facilitar su llenado, siendo estos cambios, el agregar una indicación de marcar con una X la respuesta correspondiente a numeral 8 y 9, el código del examinador que debía ser el código de DUE de estudiante y se acordó llenar el examen clínico con tinta azul.

ANEXO 2. Aprobación de Protocolo



ACUERDO No. 417

Ciudad Universitaria, 20 de Agosto 2018

Estimados Señores:

Para los efectos legales pertinentes, transcribo a ustedes, el Acuerdo tomado en el punto 4.5 de sesión ordinaria 28-2018 (10-2017-10-2019) de Junta Directiva de la Facultad de Odontología, celebrada el 17 de Agosto de 2018, que a la letra dice:

Junta Directiva de la Facultad de Odontología, luego de conocer nota de la Dra. Katleen Argentina Aguirre de Rodríguez, Coordinadora de Procesos de Graduación, recibida en fecha 07 de Agosto de 2018, en la que solicita ratificar el tema de investigación titulado: "IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR TAMANIQUE, PUERTO PARADA, SAN RAFAEL CEDROS, SANTIAGO TEXACUANGOS Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2018".

Este Organismo; tomando en consideración lo establecido en el artículo 194 del Reglamento de la Gestión Académico-Administrativa de la Universidad de El Salvador; por unanimidad de votos a favor de los presentes (5), cero en contra y cero abstenciones, ACUERDA:

ACUERDO No. 417

1º Ratificar el tema del trabajo de investigación titulado: "IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR TAMANIQUE, PUERTO PARADA, SAN RAFAEL CEDROS, SANTIAGO TEXACUANGOS Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2018"; siendo responsables los Bachilleres: Elvia Carolina Cruz Umazor, carné No. CU11004; Fátima Beatriz Guzmán Arrué, carné No. GA11025; Kevin Josué Larreynaga Portillo, carné No. LP10007; Rodrigo Javier Melara Estrada, carné No. ME11004 y Mirna Josselyn Sánchez Romano, carné No. SR11012, estudiantes del egreso ciclo II-2017.

2º. Notificar el presente acuerdo a las instancias competentes.

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA VERDAD"


Dr. José Benjamín López Guillén
Secretario



cc: Dra. Katleen Argentina Aguirre de Rodríguez, Coordinadora de Procesos de Graduación (adjunto documento)/ Dr. Manuel de Jesús Archila Gallegos, Docente Asesor/ Administración Académica Local/ Interesados.

ANEXO 3. Carta dirigida a los directores de las UCSF



La Libertad, 12 de Junio de 2018

Dr. Fredy Armando Palacios

Director

Unidad Comunitaria Salud Familiar Tamanique

Presente

Reciba un cordial saludo de parte de Rodrigo Javier Melara Estrada, Odontólogo en servicio social en la UCSF de Tamanique en el presente año, deseando éxito en sus actividades dentro y fuera de esta institución.

El motivo de la presente es para informar que me encuentro elaborando mi trabajo de grado para poder optar al título de “Doctor en Cirugía Dental” por lo cual mi grupo de trabajo y yo estamos realizando una investigación sobre **“El impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad dental de dientes permanentes en las unidades comunitarias de salud familiar Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Universidad de El Salvador en el año 2018”**.

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

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

Br. Rodrigo Javier Melara



San Salvador, Julio de 2018

Dr. Dario Alberto Navidad Garcia
 Director
 Unidad Comunitaria de Salud Familiar
 San Rafael Cedros
 Presente

Reciba un cordial saludo de parte de Fatima Beatriz Guzman Arrue, Odontóloga en Servicio Social designado en dicho establecimiento para el presente año, deseando éxitos en sus actividades dentro y fuera de esta institución.

El motivo de la presente es para informar que me encuentro elaborando mi trabajo de grado para poder optar el título de "Doctor en Cirugía Dental" por lo cual mi grupo de trabajo y yo estamos realizando una investigación sobre **"Impacto en la calidad de vida a consecuencia de mortalidad de dientes permanentes en usuarios de las unidades comunitarias de salud familiar Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuango y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, 2018."**

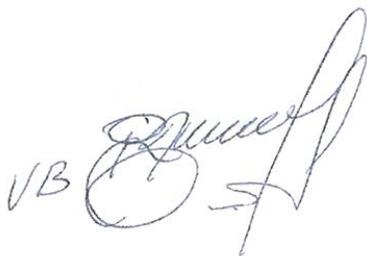
Por lo tanto se requieren como sujetos de estudio a las personas que asisten a consulta odontológica en dicho establecimiento de salud, considerando que la atención odontológica que se brindará a los pacientes de la UCSF no se verá alterada en ningún sentido con la implementación del Estudio de investigación;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

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

Recibido.
 26 Jul. 2018

F.
 Fatima Beatriz Guzman Arrue



VB 



San Salvador, 12 de Junio de 2018

Dr. Raúl Ernesto Granados Hernández
 Director
 Unidad Comunitaria de Salud Familiar
 Santiago Texacuangos
 Presente

Reciba un cordial saludo de parte de Elvia Carolina Cruz Umanzor Odontóloga en Servicio Social designada en la UCSF Santiago Texacuangos durante el presente año, deseando éxitos en sus actividades dentro y fuera de esta institución.

El motivo de la presente es para informar que me encuentro elaborando mi trabajo de grado para poder optar al título de "Doctor en Cirugía Dental" por lo cual mi grupo de trabajo y yo estamos realizando una investigación sobre **"Impacto en la Calidad de Vida a Consecuencia de la Mortalidad de Dientes Permanentes en Usuarios de Unidades Comunitarias de Salud Familiar Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Universidad de El Salvador en el Año 2018."**

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

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

F. 

Elvia Carolina Cruz Umanzor



Usulután, Agosto de 2018

Director Ramael Córdova
Unidad Comunitaria Salud Familiar
Puerto Parada
Presente

Reciba un cordial saludo de parte de Mirna Josselyn Sanchez Romano, Odontóloga en servicio social designada en la UCSF Puerto Parada, deseando exitos en sus actividades dentro y fuera de esta institucion.

El motivo de la presente es para informar que me encuentro elaborando mi trabajo de grado para poder optar al título de "Doctor en cirugía dental" por lo cual mi grupo de trabajo y yo estamos realizando una investigación sobre **"El impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad dental de dientes permanentes en las unidades comunitarias de salud familiar Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Universidad de El Salvador en el año 2018"**.

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

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



F. 
Mirna Josselyn Sanchez Romano
Odontóloga en Servicio Social



San Salvador, Agosto de 2018

Dr. Mauricio Mendez
 Director de Clínica
 Universidad de El Salvador
 Presente

[Handwritten signature]
 21-11-18
 7:42 a.m.

Reciba un cordial saludo deseando que sus actividades diarias se realicen con el mayor éxito posible.

El motivo de la presente es para solicitarle permiso que se me permita evaluar por parte de mi asesor de tesis el Dr. Manuel Archila, el paso de instrumentos referentes a mi tema de investigación el día Jueves 21 de Noviembre del presente año, en el horario comprendido entre 7:00 am a 8:00 am.

Sin nada mas que agregar esperando una favorable respuesta a mi petición me despido cordialmente.

F. *[Handwritten signature]*

Dr. Manuel Archila

(Docente Asesor)

F. *[Handwritten signature]*

Kevin Larreynaga

(Doctor en Servicio Social)

[Handwritten signature]

Vo Bo.

2/50

ANEXO 4. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



“Impacto en la calidad de vida a consecuencia de mortalidad de dientes permanentes en usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, 2018.”

La investigación a la cual se le pide que haga parte tiene como objetivo describir la manera en la cual los pacientes ven afectada su calidad de vida debido a la pérdida de uno o más dientes, para esto se le presentara una cedula de entrevista y una guía de observación enfocadas a conocer el alcance de dicho problema en su calidad de vida personal.

Yo _____ con documento de identidad número: _____ confirmo mi participación y firmo el presente documento, después de haberlo comprendido, tenido la oportunidad de preguntar y entender el procedimiento que se realizará, los resultados que se pretenden obtener, los beneficios y los riesgos que puedan derivarse.

Ciudad _____ Fecha _____.

Firma: _____

ANEXO 5. Asentimiento informado



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



“Impacto en la calidad de vida a consecuencia de mortalidad de dientes permanentes en usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Tamanique, Puerto Parada, San Rafael Cedros, Santiago Texacuangos y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, 2018.”

La investigación a la cual se le pide que haga parte tiene como objetivo describir la manera en la cual los pacientes ven afectada su calidad de vida debido a la pérdida de uno o más dientes, para esto se le presentará una cédula de entrevista y una guía de observación enfocadas a conocer el alcance de dicho problema en su calidad de vida personal.

Yo _____ con
documento de identidad número: _____
encargado del menor de edad
_____ confirmo mi
participación y firmo el presente documento, después de haberlo comprendido,
tenido la oportunidad de preguntar y entender el procedimiento que se realizará,
los resultados que se pretenden obtener, los beneficios y los riesgos que
puedan derivarse.

Ciudad _____ Fecha _____

Firma: _____

ANEXO 6. Guía de observación



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:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td><td style="width: 40px; height: 25px;"></td><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Día</td><td style="text-align: center;">Mes</td><td style="text-align: center;">Año</td></tr></table>				Día	Mes	Año	2. UCSF:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 150px; height: 25px;"></td></tr></table>				
Día	Mes	Año											
3. Código de Examinador:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 150px; height: 25px;"></td></tr></table>		4. Código de instrumento:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 150px; height: 25px;"></td></tr></table>									
5. Fecha de Nacimiento:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td><td style="width: 40px; height: 25px;"></td><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Día</td><td style="text-align: center;">Mes</td><td style="text-align: center;">Año</td></tr></table>				Día	Mes	Año	6. Sexo	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td><td style="padding-left: 10px;">1 Hombre</td></tr><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td><td style="padding-left: 10px;">2 Mujer</td></tr></table>		1 Hombre		2 Mujer
Día	Mes	Año											
	1 Hombre												
	2 Mujer												
7. Edad:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 25px;"></td></tr></table>												
8. Grupo etario		9. Nivel de Escolaridad											
a) 15 a 24 años	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>		a) Sin escolaridad	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>									
b) 25 a 33 años	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>		b) Primaria	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>									
c) 34 a 42 años	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>		c) Secundaria	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>									
d) 43 a 51 años	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>		d) Bachillerato	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>									
e) 52 a 59 años	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>		e) Técnico	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>									
f) más de 60 años	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>		f) Universitario	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 40px; height: 25px;"></td></tr></table>									

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

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

Indicaciones:

- Orientar las preguntas del cuadro 1 directamente al entrevistado de manera puntual y comprensible.
- Realizar cada una de las preguntas registrando en la casilla 1 si el entrevistado se ha visto afectado o no.
- En la casilla 2 "Frecuencia" registrará de acuerdo a lo que le indica el entrevistado la frecuencia con que se vé afectado. Deberá considerar las posibles respuestas indicadas dentro de la misma casilla.
- En la casilla 3 "Gravedad" registrará de acuerdo a lo que le indica el entrevistado la Gravedad con que se vé 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.
- 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).
- El efecto global del OIDP se obtiene a través de la sumatoria del puntaje de las ocho dimensiones; en consecuencia, la calificación puede variar de 0 a 200 puntos. El registro global del OIDP se clasifica entonces como: "sin efecto" (0 puntos), "muy ligero" (1 a 40 puntos) "ligero" (41 a 80 puntos), "moderado" (81 a 120 puntos) "grave" (121 a 160 puntos), "muy grave" (161 a 200 puntos). Indicar en el cuadro 2 el efecto global del OIDP del paciente.

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

Cuadro 1

1	2	FRECUENCIA	3	GRAVEDAD	Resultado de multiplicar frecuencia por gravedad
En los pasados seis meses ¿Ha tenido problemas con su boca, dientes o dentaduras que ocasionen problemas en lo siguiente?	Durante los pasados seis meses, ¿con que frecuencia tuvo usted dificultad para lo siguiente?		Mediante una escala del 0 al 5, en la cual 0 indica ausencia de un problema en su vida diaria ("nada") y 5 presencia de un problema en sus actividades de vida ("muy grave"), ¿en qué forma le afecto en su vida diaria para lo siguiente?		
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.	

TOTAL			
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

EFFECTO 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 flecha azul** los órganos dentarios que presenten **mesialización** a causa de pérdida de dientes.
5. Identifique y **marque con una flecha azul** los órganos dentarios que presenten **distalización** a causa de pérdida de dientes.
6. Encierre en un **círculo de color azul** los órganos dentarios que estén **extruidos** a causa de pérdida de su antagonista.
7. Indique en el cuadro 1 y 2 el total de dientes indicados para extracción, mesializados, distalizados y extruidos.

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

Cuadro 1

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

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

Cuadro 2**4. ALTERACIONES FUNCIONALES**

Indicaciones:

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

Cuadro 3

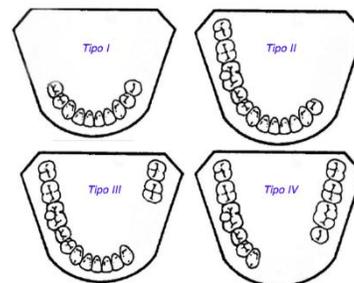
Ruidos articulares	Presencia	
	Ausencia	
	Bilateral	
	Unilateral	
	No aplica	

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	

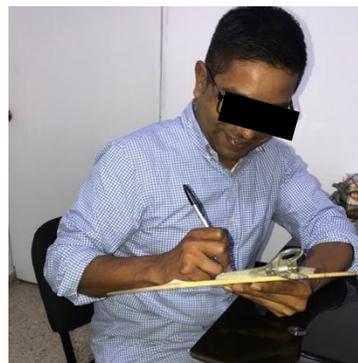
Observaciones:

ANEXO 7. Fotografías

Fotografía 1. Explicación de Investigación.



Fotografía 2. Firma de Consentimiento.



Fotografía 3. Entrevista del paciente.



Fotografía 5 Exploración Clínica.



Fotografía 6. Consideraciones Protésicas.



Fotografía 7. Entrega de beneficios.



ANEXO 8. Brochure informativo

CÓMO PREVENIR LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES Y MANTENER UNA HIGIENE ORAL ADECUADA?

- Uso de Pasta dental Con Flúor
- Cepillo dental
- Enjuagues bucales sin alcohol
- Seda o Hilo Dental



IMPORTANTE

Visita periódicamente al Odontólogo, por lo menos 2 veces al año.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**



BACHILLERES ASIGNADOS

Mirna Romano
Carolina Umanzor
Rodrigo Melara
Kevin Larreynaga
Fátima Guzmán

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DENTAL



AÑO 2018

QUÉ ES MORTALIDAD DENTAL?

Se define como la pérdida o ausencia de dientes naturales producida por diferentes patologías bucodentales, principalmente a consecuencia de caries dental y enfermedad periodontal no tratada que está relacionado con la actitud del paciente y el dentista, la viabilidad y accesibilidad al cuidado bucodental y la prevalencia de estándares de cuidado .



QUÉ PUEDE OCACIONAR LA MORTALIDAD DENTAL?

- Caries dental
- Enfermedad PERIODONTAL (Gingivitis, periodontitis)
- Razones ortodónticas
- Razones protésicas
- Tratamientos endodónticos fallidos

QUÉ ES CALIDAD DE VIDA?

La percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural.



DE QUE MANERA PUEDE AFECTAR LA PERDIDA DENTAL O MORTALIDAD DENTAL LA CALIDAD DE VIDA DE UNA PERSONA?

Afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza, baja autoestima e incomodidad frente a otras personas durante el momento de las comidas y en los momentos de socialización además de generar problemas funcionales ocasionando dificultades durante el habla y la masticación pudiendo generar problemas nutricionales.

ALTERACIONES CLINICAS DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES

Migración de piezas dentales

MESIALIZACIONES Y DISTALIZACIONES



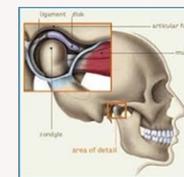
Inclinación de los dientes hacia el espacio vecino con diente ausente .

EXTRUSIONES



Migración del diente hacia afuera de su alveolo fuera de su posición habitual por ausencia de antagonista.

Problemas de ATM



- Ruidos articulares
- Dolor en la articulación temporomandibular