

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



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

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA
MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR CUSCATANCINGO,
NEJAPA Y SAN RAMÓN, 2018.”**

AUTORES

**MOISÉS ISRAEL GONZÁLEZ ARCHILA
IRIS NOEMÍ LICONA VELÁSQUEZ
PAOLA ESTEFANÍA MARTÍNEZ ÁVALOS**

DOCENTE ASESORA

MSc. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

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

AUTORIDADES

RECTOR

MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERECTOR ACADÉMICO

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERECTOR ADMINISTRATIVO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA

DECANO

MPH, DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR

VICE-DECANO

DR. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA

SECRETARIO

DR. JOSÉ BENJAMÍN LÓPEZ GUILLÉN

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

DRA. LISSET MARGARITA LÓPEZ SERRANO

COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

MSc. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

TRIBUNAL EVALUADOR

MSc. KATLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRÍGUEZ

DRA. RUTH BERNARDINA FERNÁNDEZ DE QUEZADA

DR. ROLANDO ALBERTO MENDOZA MAYORGA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODO PODEROSO: Por darnos sabiduría y conocimiento y habernos permitido llegar a culminar nuestras carreras

A NUESTRAS FAMILIAS: Por el apoyo incondicional y por ayudarnos a superar cada uno de nuestros obstáculos a lo largo de nuestras carreras, por celebrar nuestros triunfos que a la vez son de cada uno de nuestros seres amados.

A NUESTRA ASESORA DRA. KATLEEN AGUIRRE Y DR. MANUEL ARCHILA: Por el apoyo, la paciencia e instrucción para nuestra formación profesional y humana.

DEDICATORIA

A nuestra familia por todo su apoyo

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
1. Introducción	3
2. Objetivos	4
3. Hipótesis	4
4. Marco teórico	5
5. Materiales y métodos	8
5.1 Tipo de investigación o estudio	8
5.2 Tiempo y lugar	8
5.3 Variables e indicadores	8
5.4 Diseño del estudio	9
5.5 Población y muestra	10
5.6 Criterios de inclusión y exclusión	10
5.7 Recolección y análisis de datos	10
5.7.1 Recolección de datos	10
5.7.2 Almacenamiento	13
5.7.3 Análisis de datos	13
6. Alcances y limitaciones	13
6.1 Alcances	13
6.2 Limitaciones	13
7. Consideraciones bioéticas	14
8. Resultados	15
9. Discusión	21
10. Conclusiones	25
11. Recomendaciones	25
12. Referencias bibliográficas	27
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA 1. Caracterización de la población según variables sociodemográficas y mortalidad dental.....	15
TABLA 2. Principales alteraciones clínicas y funcionales derivadas de la mortalidad dental.....	16
TABLA 3. Nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales.....	17
TABLA 4. Nivel de calidad de vida según alteraciones clínicas y funcionales.....	18
TABLA 5. Asociación entre variables sociodemográficas y calidad de vida.....	18
TABLA 6. Asociación de la mortalidad con el nivel de calidad de vida.....	19
TABLA 6.1 Asociar el número de dientes perdidos y su localización en los maxilares..	19
TABLA 7 Estado protésico a causa de mortalidad dental.....	20

RESUMEN

Objetivo: Conocer el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes de los usuarios de las UCSF de Cuscatancingo, Nejapa y San Ramón en el año 2018.

Metodología: El estudio es descriptivo, observacional, trasversal; el cual se realizó en usuarios de tres UCSF durante el año 2018, en un total de 432 pacientes; seleccionados en base a los criterios establecidos. Para la obtención de datos se hizo mediante un instrumento compuesto por cédula de entrevista y guía de observación. El procesamiento y tabulación de los datos se realizó con el programa SPSS versión 25 mediante la prueba estadística del χ^2 .

Resultados: el estudio permitió caracterizar a la población según edad y sexo, así mismo determinó que la mortalidad dental presenta una tendencia ascendente con respecto a la edad notando un salto evidente a los 60 años. En cuanto a las principales alteraciones clínicas y funcionales las más prevalentes fueron: extrusiones (65.50%) y mesializaciones (59.25%), por otra parte se identificó que el 60.87% de los pacientes se encuentran en un efecto global de OIDP de ligero a moderado. Además, al evaluar el estado protésico se encontró que en el maxilar superior (81.01%) y maxilar inferior (83.56%) no presentaban ningún tipo de prótesis.

Conclusiones: existe asociación entre la mortalidad de dientes permanentes y la calidad de vida, sin embargo el sexo del paciente, el nivel educativo y la calidad de vida no se encontraron asociados.

Palabras clave: Calidad de vida, mortalidad dental, extrusión, mesialización, estado protésico.

SUMMARY

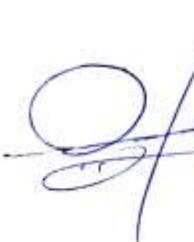
Objective: To know the impact on quality of life as a result of the mortality of permanent teeth of UCSF users of Cuscatancingo, Nejapa and San Ramon in 2018.

Methodology: The study is descriptive, observational, and transversal. It was performed on users of three UCSFs during 2018, in a total of 432 patients selected on the basis of established criteria. Data collection was done by means of an instrument composed of interview card and observation guide. The processing and tabulation of the data was carried out with the SPSS version 25 program using the statistical test of X^2 .

Results: the study allowed to characterize the population by age and sex and it determined that dental mortality has an upward trend with respect to age noticing an obvious jump at 60 years. As for the main clinical and functional alterations, the most prevalent were: extrusions (65.50%) and mesializations (59.25%). On the other hand, 60.87% of patients were identified as having a light to moderate overall OIDP effect. In addition, when assessing the prosthetic state, it was found that in the upper jaw (81.01%) and lower jaw (83.56%) they didn't have any kind of prosthetics.

Conclusions: there is an association between permanent tooth mortality and quality of life, however patient sex, educational level and quality of life were not found associated.

Keywords: Quality of life, dental mortality, extrusion, mesialization, prosthetic status.



M.A. José Ricardo Gamero
Translator
University of El Salvador
ID: 00774218-2
Tel. (503) 7860-7730

1. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se define como “la percepción personal del individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas e interés”¹, La evidencia científica establece que generalmente la edad, sexo y los ingresos económicos tienen influencia sobre la percepción de la calidad de vida la cual puede verse afectada por las condiciones orales y la mortalidad dental.²⁻⁴ Bavaresco et. al.² vincularon al sexo femenino, las edades entre 60-64 años y la clase económica baja con impactos negativos en la calidad de vida de su población estudiada; la insatisfacción con la apariencia, la percepción de las condiciones orales y la dificultad para masticar tras la pérdida de órganos dentales fueron mayores en las mujeres.

La presente investigación es de tipo descriptivo, observacional, transversal; el cual se realizó en usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de Cuscatancingo, Nejapa, San Salvador y San Ramón, Cuscatlán; durante el año 2018. Con respecto a los sujetos, se seleccionó a los que presentaron mortalidad de dientes permanentes, con el propósito de conocer el impacto sobre la calidad de vida. En cuanto a la obtención de datos se hizo uso de un instrumento compuesto por una cédula de entrevista y guía de observación la cual comprendió los índices OIDP e índice perdidos. Al concluir el estudio se benefició al paciente con la entrega de un brochure informativo sobre prevención de enfermedades bucales y la entrega de su diagnóstico de salud bucal. No obstante, los resultados del estudio no pueden extrapolarse a otras poblaciones.

La investigación permitió caracterizar a la población según edad y sexo, así mismo se identificó que la mortalidad dental presenta una tendencia ascendente con respecto a la edad, notando un salto evidente a los 60 años cuyo promedio de pérdida dental es de 12 dientes. Dentro de las principales alteraciones clínicas y funcionales observadas, la extrusión dental es la más frecuente con el 65.50% seguida por mesializaciones con el 59.25%, ruidos articulares en un 49.30% y distalizaciones con un 13.89%. En cuanto al índice OIDP; la actividad que mayor prevalencia tiene es comer y disfrutar de los alimentos con 98.61%, en segundo lugar está limpiar y lavarse los dientes con una presencia de 94.90% y finalmente sonreír/ reírse y mostrar los dientes sin pena con una presencia del 83.56%, en cuanto a la percepción de la calidad de vida por parte de los pacientes el promedio es de 100.39 puntos correspondiente a un rango de ligero a moderado. Al hablar sobre la pérdida dental según su localización se determina que el más afectado es el sector posterior con un promedio de 4.3 dientes perdidos. Cuando se evaluó el estado protésico de los pacientes se encontró que 81.01% en el maxilar superior y el 83.56% del maxilar inferior no presentaron ningún tipo de prótesis.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el Impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes de los usuarios de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Cuscatancingo, Nejapa y San Ramón en el año 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población según sexo y edad.
2. Determinar la mortalidad de dientes permanentes en usuarios de las UCSF según el índice perdidos modificado.
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 de los usuarios.
5. Asociar el sexo y edad de las unidades de análisis con el nivel de calidad de vida.
6. Asociar edentulismo con la calidad de vida.

3. HIPÓTESIS

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

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

4. MARCO TEÓRICO

La mortalidad dental es definida como la pérdida o ausencia de dientes naturales producida por diferentes patologías buco dentales, siendo caries dental y enfermedad periodontal las más frecuentes, representando un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en vías de desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵. Estudios realizados en distintos municipios del país como el de Ayala Burgos et. al.⁶ demostró que la mortalidad dental por caries representa el 85.28%, seguido por la enfermedad periodontal con 9.59%. Entre causas menos frecuentes de mortalidad dental están los traumatismos dentoalveolares, estos, según Castro B et. al.⁷ son una de las causas de consulta más comunes en atenciones de urgencias odontológicas, siendo los dientes maxilares los más afectados (88.99%).

Por tradición, los métodos utilizados para precisar la salud bucodental se limitan a la medición de indicadores clínicos e índices bucodentales, así como a la presencia y ausencia de enfermedades, tal es el caso de cada componente del índice Cariado, Perdido y Obturado, que puede ser evaluado de forma separada. El componente perdido según una revisión bibliográfica es definido como el índice que mide el número de dientes perdidos por caries, enfermedad periodontal u otra patología bucodental ⁸.

Por consiguiente, podemos entender “que la falta de dientes en una persona es un cambio importante a considerar debido a que esto puede alterar su condición física en general, así como su estado anímico y estado general de salud” ⁹. Desencadenando alteraciones clínicas dentro de las que podemos mencionar: mesialización, distalización, extrusión dental y ruidos articulares. Según Kiliaridis S et. al.¹⁰ la inclinación de dientes adyacentes a un sitio de extracción es definida como la dirección mesial o distal determinada por el ángulo formado entre el eje axial del diente y una línea perpendicular al plano oclusal. De igual forma menciona que otro factor a considerar es la contracción del sistema de fibras transeptales el cual juega un papel importante en la inclinación de dientes sin contactos proximales.

En cuanto a la extrusión dental Craddock H et. al.¹¹ menciona que esta es medible desde una curvatura proyectada en el plano oclusal de la pieza más cercana y una línea que sigue el eje axial del diente en superficies de sus cúspides bucales. Identificándose tres tipos de extrusiones (expansión periodontal, erupción activa y desgaste relativo) los cuales pueden presentarse solos o en combinación.

Este conjunto de alteraciones pueden desarrollar problemas a nivel de la articulación temporomandibular que a pesar de estar dotada de una serie de características biológicas, adaptativas y de remodelamiento, con el tiempo

pueden sufrir cambios patológicos originando trastornos temporomandibulares que abarcan un conjunto de problemas clínicos que comprometen diferentes estructuras anatómicas^{12,13}. Las cuales según Shiffman E et. al.¹⁴ abarcan un gran grupo de afecciones musculoesqueléticas y bineuromusculares, relacionados con el dolor mandibular, dolor de oído, dolor de cabeza y dolor facial que generalmente se agrava por la masticación, y que pueden afectar las actividades diarias del individuo, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida. Además de las quejas de dolor, los pacientes frecuentemente tienen un rango limitado de movimientos mandibulares y ruidos articulares. Sousa S et. al.¹⁵ manifiestan que los pacientes con mayor pérdida de dientes en áreas de soporte son más afectados por miofascitis del músculo pterigoideo lateral, capsulitis y desplazamiento parcial del disco anterolateral.

Debido a la estrecha relación que existe entre la condición bucodental y el bienestar de las personas, se hace menester incluir índices que suministren información acerca de la percepción de las personas sobre el estado de salud bucodental, además del efecto que estas tienen sobre sus actividades habituales. En este sentido para medir las capacidades para desempeñar sus actividades cotidianas, Sánchez S et. al.¹⁶ realizó un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social del suroeste de la Ciudad de México a una población de 540 pacientes para lo cual utilizó el Perfil de Impacto en la Salud Oral (OIDP por sus siglas en inglés) mide el efecto de la salud bucal con base en ocho dimensiones relacionadas con la capacidad del sujeto para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses. Este consta de tres niveles: el primer nivel se refiere al deterioro del estado bucodental; el segundo nivel incluye los posibles impactos negativos más tempranos causados por el deterioro del estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia. El tercer nivel representa los impactos sobre las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental. Obteniendo como resultados: muy ligero para el efecto global del OIDP (89.7%), y las dimensiones mayormente afectadas fueron las de comer y disfrutar de los alimentos (42.3%), limpiarse o lavarse los dientes (40.7%) y hablar y pronunciar correctamente (40.4%).

Por consiguiente, la salud bucal se considera parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto; por lo tanto, la salud bucal está relacionada con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicosocial y económico¹. Dando lugar a definir calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales¹⁶. En vista que existe una interrelación

entre la condición bucodental y el bienestar de las personas es imprescindible definir la calidad de vida asociada a la salud oral como una construcción multidimensional que refleja el confort de las personas al comer, dormir, interactuar con otros, con su autoestima y su satisfacción con respecto a su salud oral¹⁷.

Las investigaciones sobre la calidad de vida han ganado mayor interés en las últimas décadas a nivel internacional, ya que no solo es importante "cuánto tiempo vivimos" sino también "cómo vivimos." Esto ha sido cada vez más reconocido como un tema central en la atención médica y en la investigación en salud¹⁸. Esquivel R et. al.^{19, 20} establece que la mortalidad dental puede limitar la gama de alimentos consumibles, en detrimento del aporte de proteínas y fibras en particular. En sus estudios ha demostrado que muchos adultos mayores tienen problemas para masticar, dolor, dificultades para comer y problemas en sus relaciones sociales debido a alteraciones bucales. Esta situación afecta su satisfacción y calidad de la vida, por todas las implicaciones que conlleva.

En otro estudio realizado por Esquivel R et. al.¹⁹ 180 adultos mayores, que asisten a los centros sociales y clínicas odontológicas del Estado de México, identificó que 61.1% de la población realizan tres comidas completas al día mientras que el 38.9% sólo realiza dos o una comida al día. Por lo cual el estudio concluyó que el estado de la dentición interfiere con la elección y consumo de alimentos, y es causa de problemas de nutrición, en particular cuando no son sustituidos por prótesis dentales.

Existen múltiples estudios regionales que en los últimos años han relacionado la caries, la enfermedad periodontal y otras infecciones bucales como factores de riesgo para la mortalidad dental, la cual genera un impacto en la calidad de vida. Sin embargo, en El Salvador no se cuenta con estudios propios, es de suma importancia medir el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN O ESTUDIO

El diseño corresponde a un estudio observacional, descriptivo y transversal, el cual busca describir la relación que existe entre el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes.

5.2 TIEMPO Y LUGAR

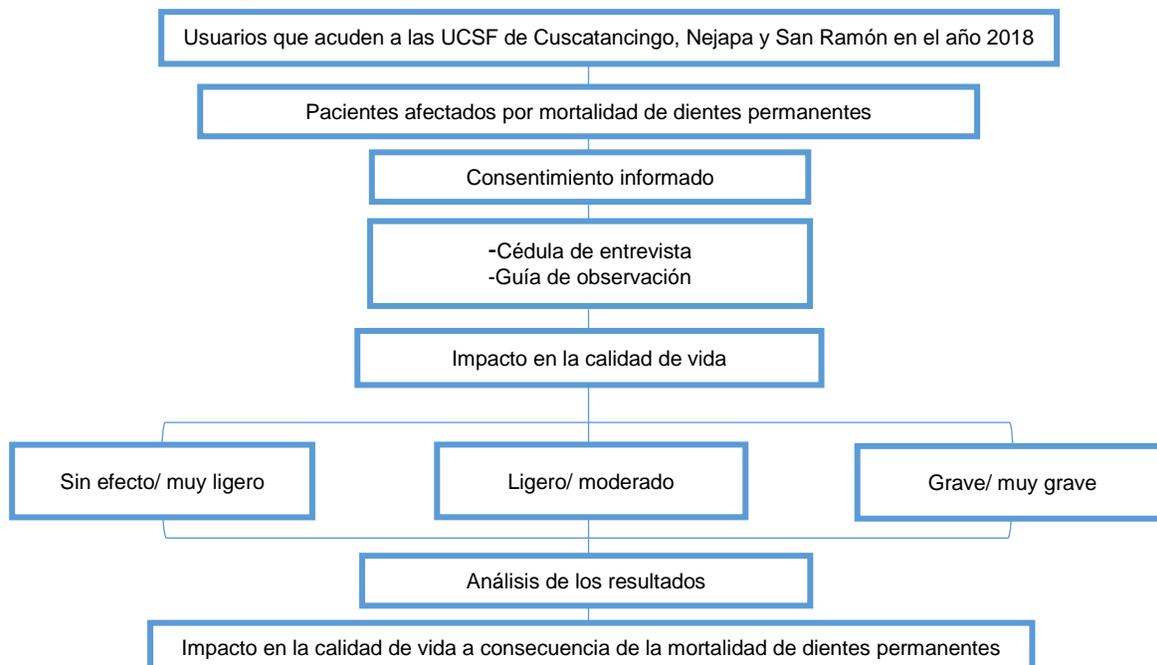
La investigación se realizó en el período de enero a diciembre del año 2018 en las UCSF Cuscatancingo, Nejapa y San Ramón donde los investigadores realizaron su servicio social.

5.3 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE – MORTALIDAD					
Mortalidad de dientes permanentes	Número de dientes permanentes ausentes en boca, resultado de causas no congénitas y que puede estar relacionada a enfermedades bucodentales	Establecer la prevalencia de dientes permanentes ausentes o perdidos en los últimos 6 meses, utilizando el componente perdido de Índice CPO-D	Establecer la prevalencia de dientes permanentes perdidos en los últimos 6 meses	Ausencia de dientes permanentes en boca a través del índice perdido	Guía de Observación
VARIABLE INDEPENDIENTE – ALTERACIONES CLÍNICAS Y FUNCIONALES					
Principales alteraciones clínicas y funcionales	Principales alteraciones bucales reportadas en la bibliografía como consecuencia de la pérdida dental	Determinar el porcentaje de dientes que presentan mesializaciones o extrusiones, y porcentaje de alteraciones de ATM (ruidos articulares)	Determinar el porcentaje de alteraciones clínicas: -Mesialización -Extrusión -Ruidos articulares	Distalización SI/NO Mesialización 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	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
VARIABLE DEPENDIENTE – IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA					
Impacto en la Calidad de Vida	Percepción y repercusiones que el individuo tiene en el desempeño de las actividades de su vida diaria a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes con respecto a su condición de salud, apariencia y funcionamiento del aparato estomatognático	Determinar la frecuencia de alteraciones en el desempeño de las actividades diarias de los sujetos en estudio, relacionada a la ausencia de dientes permanentes en los últimos 6 meses	Establecer la frecuencia de impacto en el desempeño de la calidad de vida por ausencia de dientes permanentes en base a índice OIDP	Índice OIDP: -Sin efecto/ Muy ligero -Ligero/ Moderado -Grave/ Muy grave	Cédula de Entrevista
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Cantidad de años que un ser humano ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha de su participación en la investigación	Determinar y agrupar a las personas en estudio según grupos de edad	Clasificar y establecer la frecuencia de personas según grupos de edad	Frecuencia según grupo de edad: a) 15-24 años b) 25-33 años c) 34-42 años d) 43-51 años e) 52-60 años f) Más de 60 años	Cédula de Entrevista
Sexo	Condición orgánica que distingue a los humanos en hombres y mujeres	Identificación de personas como hombre y mujer	Establecer la frecuencia de mujeres y hombres	Frecuencia de: 1.Hombre 2.Mujer	Cédula de Entrevista

5.4 DISEÑO DEL ESTUDIO



5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.5.1 POBLACIÓN

El universo en estudio fue conformado por sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio, que asistieron a la consulta odontológica en el período de enero a diciembre del año 2018.

5.5.2 MUESTRA

El tamaño de la muestra, fue obtenido en base al muestreo estratificado por conglomerados que se encuentra descrito en el Manual para encuestas de la OMS²⁵.

La muestra para esta investigación fue de 432 pacientes; siendo un total de 144 pacientes por cada investigador.

a) 15 a 24 años	36 femenino – 36 masculino = 72
b) 25 a 33 años	36 femenino – 36 masculino = 72
c) 34 a 42 años	36 femenino – 36 masculino = 72
d) 43 a 51 años	36 femenino – 36 masculino = 72
e) 52 a 59 años	36 femenino – 36 masculino = 72
a) más de 60 años	36 femenino – 36 masculino = 72
TOTAL	432 pacientes

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Usuarios que acudían a las UCSF y cumplan con los rangos de edad establecidos para el estudio.
2. Usuarios que acudían a las UCSF que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado o asentimiento informado en caso de menores de edad.
3. Usuarios que acudían a las UCSF que presenten mortalidad de dientes permanentes.

5.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Usuarios que acudían a las UCSF que presentaban alteraciones del desarrollo o condiciones físicas y psicológicas que les imposibilitaba brindar la información necesaria para el paso de los instrumentos.

5.7 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

5.7.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Previo a la ejecución de la investigación, se realizó un estudio piloto en donde se verificó la metodología, tiempo empleado para el paso de instrumentos, así como la prueba del instrumento. Como resultado de este proceso se aplicaron cambios para facilitar la recolección de datos. Posteriormente, se generó la aprobación del

protocolo de investigación por Junta Directiva y Coordinación de Procesos de Grado (ver anexo 1).

A continuación se detalla el proceso para la recolección de datos:

Se procedió al acceso de las unidades de análisis mediante la gestión de permisos con el Director de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (ver anexo 2, 3, 4) explicándole en qué consistía la investigación, cuáles eran los objetivos y sobre todo garantizar que no se vería interrumpido el rendimiento de las funciones laborales que se debían cumplir en el área de Odontología. Obtenido el permiso se realizó la recolección de la información de la siguiente manera:

1. Se seleccionaron los sujetos de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos.
2. Una vez verificado que el sujeto presentó mortalidad dental, y este accedió a participar en el estudio, se le realizó la lectura del consentimiento informado (ver anexo 5) y en el caso de menores de edad un asentimiento informado (ver anexo 6); mencionando en estos documentos en qué consistía la investigación, la institución de procedencia de los investigadores y los objetivos, así también que su salud no se vería afectada durante el paso de estos o posterior a ella debido a que solo se le realizaría una evaluación clínica de su condición bucal mediante el uso de un espejo dental estéril. De igual forma se hizo mención que la información brindada sería estrictamente confidencial, y que en el caso que durante el desarrollo del instrumento quisiera retirarse de la investigación, podía realizarlo sin ningún inconveniente.
3. Firmado el documento se dio inicio al apartado de la entrevista, en donde se obtuvieron datos sociodemográficos, así como también información sobre el impacto causado por la mortalidad dental en su calidad de vida, evaluándolo a través del índice OIDP (ver anexo 7), el cual incluyó ocho dimensiones relacionadas con las actividades habituales que el individuo realiza; entre ellas:
 1. comer y disfrutar los alimentos, 2. hablar y pronunciar de forma correcta, 3. limpiarse o lavarse los dientes, 4. dormir y relajarse, 5. sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena, 6. mantener el estado emocional normal, sin enojo, 7. desempeñar el trabajo o las funciones sociales en una forma normal y 8. disfrutar el contacto con la gente. Respecto a esas dimensiones el paciente indicaba la presencia o ausencia en base a dos opciones de respuesta siendo (1) SI y (0) NO. Luego se procedió a evaluar la frecuencia con que esas dimensiones afectaban sus habilidades diarias, indicando que (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. Posterior a ello, el nivel la gravedad, en donde: (0) Nada, (1) Muy poco, (2) Poco, (3) Moderado, (4) Grave, (5) Muy grave. El resultado global del OIDP se obtuvo mediante la multiplicación del puntaje obtenido de la frecuencia por el puntaje de la gravedad de cada una de las dimensiones, por lo tanto, la calificación para cada dimensión fue de la siguiente manera: (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. y para determinar el efecto global del OIDP se realizó la suma de todos los totales de las dimensiones que presentaron un grado de afectación siendo: sin efecto/ muy ligero de 0 a 40 puntos, ligero/ moderado con 41 a 120 puntos y grave/ muy grave de 121 a 200 puntos. Cabe destacar que en el caso que el paciente manifestó que no había sido afectado en alguna de las ocho dimensiones, no se evaluaba el componente de frecuencia y gravedad en esa dimensión debido a que si se continuaba con estos apartados los datos resultarían en un falso positivo.

4. Finalizada la entrevista se procedía con el apartado de guía de observación (ver anexo 7) que consistía en un examen clínico, utilizando todas las normas de bioseguridad; se pedía al paciente que se coloque en una posición decúbito dorsal sobre el sillón dental, para que el operador pueda proceder a la evaluación clínica auxiliado de un equipo de diagnóstico estéril perteneciente a la UCSF; se evaluó lo siguiente:
 - a) El número de dientes ausentes, a través del componente Perdidos.
 - b) Presencia de mesializaciones.
 - c) Presencia de distalizaciones.
 - d) Presencia de extrusiones dentales.
 - e) Presencia de ruidos articulares (mediante la ayuda de un estetoscopio).
5. El tiempo invertido en el paso del instrumento fue de 12 minutos.
6. Al finalizar se agradeció al paciente por su colaboración y participación en el estudio, y como beneficio se entregó un brochure informativo sobre medidas preventivas de enfermedades bucodentales, así mismo se hizo la entrega del diagnóstico de su estado de salud bucal y posteriormente se realizó el tratamiento por el cual se presentó a la consulta (ver anexo 8).

5.7.2 ALMACENAMIENTO

Los instrumentos fueron almacenados en un sobre manila, rotulado con la fecha y el código de cada sujeto de investigación; al momento del vaciado de los datos el resguardo digital fue en computadora y USB de cada investigador, así también en sus respectivos correos electrónicos, a manera de obtener los mayores respaldos digitales posibles.

5.7.3 ANÁLISIS DE DATOS

El programa utilizado fue el SPSS (Programa Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 25, el procesado y análisis de los resultados se realizó a través de la prueba estadística del χ^2 (Chi cuadrado).

6. ALCANCES Y LIMITACIONES

6.1 ALCANCES

Se estableció con evidencia científica el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes y sus principales repercusiones en las actividades diarias que el sujeto realiza; caracterizando a la población según sexo y edad, se determinó la mortalidad de dientes permanentes en usuarios según el índice perdidos modificado, así como las principales alteraciones clínicas y funcionales de la población y su nivel de calidad de vida, además de obtener el estado protésico de los usuarios.

Los resultados contribuirán con las instituciones encargadas de velar por la salud de la población como: Ministerio de Salud y Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador para obtener datos locales de la temática abordada.

6.2 LIMITACIONES

Los resultados obtenidos sobre el impacto en calidad de vida a consecuencia de mortalidad de dientes permanentes no son extrapolables para otras poblaciones, es decir que representan información propia de los municipios contemplados para esta investigación.

El riesgo social constituyó una limitante en la afluencia de pacientes del sexo masculino en los municipios de Cuscatancingo, Nejapa y San Ramón, generando dificultades para completar la muestra del estudio; la cual se logró solventar asistiendo a los círculos educativos para adolescentes, club del adulto mayor, Programa Nacional de Atención Integral en Salud para la Persona Veterana de Guerra y consulta comunitaria para Víctimas de Graves Violaciones a Derechos Humanos.

7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Para garantizar la privacidad de los diferentes datos de los pacientes, se asignó a cada sujeto un código que permitió procesar la información sin necesidad de revelar su identidad. Previo a participar se le informó a cada paciente que la intervención no representaba ningún riesgo, se explicaron los objetivos en un lenguaje comprensivo, de igual manera se hizo del conocimiento del paciente que podía abandonar la investigación en el momento que lo creyera conveniente; para tal efecto cada paciente firmó un documento de consentimiento, o asentimiento informado en caso de menores de edad. Al finalizar el estudio los pacientes fueron beneficiados con la obtención de un brochure informativo que incluyó métodos de enseñanza preventiva de las enfermedades bucodentales, así mismo se realizó la entrega de su diagnóstico de salud bucal y al finalizar el estudio se procedió a realizar el tratamiento por el cual el paciente se presentaba a la consulta.

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados en base a los objetivos planteados. Detallando por medio de tablas el impacto en la calidad de vida a consecuencia de mortalidad de dientes permanentes.

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

Variables sociodemográficas		15 a 24 años	25 a 33 años	34 a 42 años	43 a 51 años	52 a 59 años	Más de 60 años	Total
		n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Sexo	Hombre	36 8.33	36 8.33	36 8.33	36 8.33	36 8.33	36 8.33	216 50
	Mujer	36 8.33	36 8.33	36 8.33	36 8.33	36 8.33	36 8.33	216 50
Nivel de escolaridad	Sin escolaridad	1 0.23	1 0.23	0 0	1 0.23	2 0.46	13 3.00	18 4.15
	Primaria	6 1.38	3 0.69	7 1.62	16 3.70	17 3.93	34 7.87	83 19.89
	Secundaria	29 6.71	13 3.00	21 4.86	25 5.78	28 6.48	17 3.93	133 30.76
	Bachillerato	32 7.40	50 11.57	39 9.02	25 5.78	16 3.70	6 1.38	168 38.85
	Técnico	1 0.23	3 0.69	2 0.46	3 0.69	3 0.69	2 0.46	14 3.22
	Universitario	3 0.69	2 0.46	3 0.69	2 0.46	6 1.38	0 0	16 3.68
Promedio de perdida dental		2 (2;2)	2 (2;3)	4 (3;4)	5 (4;6)	6 (5;7)	12 (10;14)	5 (5;6)

(Intervalo de confianza)

Interpretación: En cada grupo etario la muestra de pacientes evaluados fue de 36 hombres y 36 mujeres. Con respecto al nivel de escolaridad los más prevalentes fueron bachillerato con 38.85% y secundaria con 30.76%. Así mismo se identificó que la mortalidad dental presenta una tendencia ascendente con respecto a la edad notando un salto evidente a los 60 años, cuyo promedio de perdida dental es de 12 dientes. En cuanto al promedio global de dientes perdidos fue de 5 con un intervalo de confianza del 95%.

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

Número de dientes perdidos	Presencia de mesializaciones		Presencia de distalizaciones		Presencia de extrusiones		Ruidos Articulares	
	Si	No	Si	No	Si	No	Presencia	Ausencia
1-9	256 (59.25%)	113 (26.15%)	60 (13.89%)	309 (71.53%)	283 (65.50%)	86 (19.90%)	213 (49.30%)	156 (36.11%)
10-19	30 (6.94%)	17 (3.93%)	15 (3.47%)	32 (7.40%)	33 (7.63%)	14 (3.24%)	43 (9.96%)	4 (0.92%)
20-28	1 (0.23%)	15 (3.47%)	0 (0%)	16 (3.70%)	5 (1.15%)	11 (2.54%)	12 (7.78%)	4 (0.92%)

Interpretación: El grupo de pacientes con un promedio de 1-9 dientes perdidos es el que mayor prevalencia de alteraciones clínicas y funcionales presentó; siendo extrusión la más frecuente con el **65.50%**, seguida por mesializaciones con el **59.25%**, ruidos articulares en un **49.30%** y distalizaciones con un **13.89%**. Sin embargo, un dato importante a considerar es que de 16 personas con un promedio de pérdida dental de 20-28 dientes, 12 de ellas presentaron ruidos articulares.

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

Dimensiones	PRESENCIA		FRECUENCIA						GRAVEDAD					
	SI	NO	Nunca	Menos de 1 vez	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces a la semana	3 o 4 veces a la semana	Casi todos los días	Nada	Muy poco	Poco	Moderado	Grave	Muy Grave
	n(%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (%)	n(%)	n (%)	n (%)
Comer y disfrutar los alimentos	426 98.61	6 1.38	6 1.38	3 0.69	12 2.77	34 7.87	127 29.39	250 57.87	6 1.38	1 0.23	22 5.09	50 11.57	97 22.45	256 59.25
Hablar y pronunciar correctamente	371 85.87	61 14.12	61 14.1	1 0.23	7 1.62	55 12.73	142 32.87	166 38.42	61 14.12	1 0.23	20 4.62	61 14.12	127 29.39	162 37.5
Limpiarse o lavarse los dientes	410 94.90	22 5.09	22 5.09	3 0.69	6 1.38	37 8.56	123 28.47	241 55.78	18 4.16	1 0.23	21 4.86	52 12.03	117 27.08	220 50.92
Dormir y relajarse	168 38.88	274 63.42	264 61.11	6 1.38	24 5.55	47 10.87	47 10.87	44 10.18	264 61.11	5 1.15	42 9.72	31 7.17	46 10.64	44 10.18
Sonreír/reírse mostrar dientes sin pena	361 83.56	71 16.43	71 16.43	0 0	10 2.31	57 13.19	104 24.07	190 43.98	71 16.43	2 0.46	15 3.47	44 10.18	108 25	192 44.44
Mantener el estado emocional normal y sin enojo	210 48.61	222 51.38	222 51.38	2 0.46	27 6.25	54 12.5	84 19.44	43 9.95	222 51.38	4 0.92	40 9.25	54 12.5	59 13.65	53 12.26
Hacer todo el trabajo o socializar en una forma normal	252 58.33	180 41.66	180 41.66	0 0	8 1.85	65 15.04	98 22.68	81 18.75	180 41.66	3 0.69	28 6.48	70 16.20	69 15.97	82 18.98
Disfrutar el contacto con la agente	297 68.75	135 31.25	135 31.25	1 0.23	26 6.01	67 15.50	113 26.15	90 20.83	135 31.25	1 0.23	41 9.49	82 18.98	73 16.89	100 23.14
Promedio global OIDP							100.39 ± 3.66 puntos= efecto Ligero/ Moderado							

Interpretación: Al evaluar las ocho dimensiones del índice OIDP se obtuvo que la actividad más afectada es comer y disfrutar de los alimentos con el **98.61%**, una frecuencia de casi todos los días en un **57.87%**, siendo afectados el **59.25%** de forma muy grave. En segundo lugar se encuentra limpiar y lavarse los dientes con una presencia de **94.90%** de los cuales el **55.78%** presentan una frecuencia de casi todos los días y **50.92%** la refiere muy grave, en tercer lugar esta hablar y pronunciar correctamente con presencia del **85.87%**, de la cual el **38.42%** la refiere casi todos los días y el **37.5%** la refiere como muy grave; seguido de sonreír/ reírse y mostrar los dientes sin pena con una presencia del **83.56%**, de manera que el **43.98%** la presenta casi todos los días y el **44.44%** la refiere como muy grave. Por otro lado, la dimensión de menor impacto fue dormir y relajarse en un **38.88%**, obteniendo que el **61.11%** no presenta afectación en cuanto a frecuencia y gravedad. El promedio global del OIDP resulto de **100.39 ± 3.66** por lo que se clasifica a la población en rango de ligero a moderado.

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

Alteraciones clínicas y funcionales	Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Grave/ Muy grave	TOTAL
	n/%	n/%	n/%	
Presencia de mesializaciones	24 (5.55%)	186 (43.05%)	77 (17.82%)	287 66.43%
Presencia de distalizaciones	3 (0.69%)	35 (8.10%)	37 (8.56%)	75 17.36%
Presencia de extrusiones	24 (5.55%)	195 (45.13%)	102 (23.61%)	321 74.30%
Ruidos articulares	16 (3.70%)	176 (40.74%)	76 (17.59%)	268 62.03%

Interpretación: Al relacionar el nivel de calidad de vida con las alteraciones clínicas y funcionales, se identificó que el mayor efecto fue de ligero/moderado seguido de grave muy grave. Observando que las alteraciones clínicas y funcionales de mayor prevalencia fueron las extrusiones con 74.30%, mesializaciones 66.43% y ruidos articulares con 62.03%.

TABLA 5 ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA

Variables sociodemográficas		Sin efecto/ Muy ligero	Ligero/ Moderado	Grave/ Muy grave	Significancia
		n/ %	n/ %	n/ %	
Sexo	Hombre	14 (3.20%)	129 (29.90%)	73 (16.90%)	0.277
	Mujer	21 (4.90%)	134 (31.00%)	61 (14.10%)	
Grupo etáreo	15 a 24 años	17 (3.90%)	32 (7.40%)	23 (5.30%)	.000
	25 a 33 años	5 (1.20%)	44 (10.20%)	23 (5.30%)	
	34 a 42 años	5 (1.20%)	50 (11.60%)	17 (3.90%)	
	43 a 51 años	5 (1.20%)	48 (11.10%)	19 (4.40%)	
	52 a 59 años	3 (0.70%)	44 (10.20%)	25 (5.80%)	
	Más de 60 años	0 (0.00%)	45 (10.40%)	27 (6.30%)	
Nivel de escolaridad	Sin escolaridad	0 (0.00%)	12 (2.80%)	6 (1.40%)	0.253
	Primaria	4 (0.90%)	51 (11.80%)	28 (6.50%)	
	Secundaria	14 (3.20%)	88 (20.40%)	31 (7.20%)	
	Bachillerato	15 (3.50%)	94 (21.80%)	59 (13.70%)	
	Técnico	1 (0.20%)	6 (1.40%)	7 (1.60%)	
	Universitario	1 (0.20%)	12 (2.80%)	3 (0.70%)	

Interpretación: Se identificó que las personas entre las edades de 34 a 42 años que representan el 11.60%, perciben un efecto sobre su calidad de vida de ligero a moderado. Sin embargo, las personas de más de 60 años que representan el 6.30% son las que mayor impacto negativo perciben, ubicándose en el efecto de grave/ muy grave. Lo cual determinó que existe asociación entre la edad del paciente con la calidad de vida. Por el contrario, sin importar el nivel de escolaridad y sexo del paciente la calidad de vida se ve afectada por igual; estableciendo que no existe asociación entre estas variables.

TABLA 6 ASOCIACIÓN DE LA MORTALIDAD CON EL NIVEL DE CALIDAD

Número de dientes perdidos	Sin efecto /Muy ligero	Ligero /Moderado	Grave /Muy grave	Significancia
	n/ %	n/ %	n/ %	
1 A 9	34 (7.87%)	235 (54.39%)	100 (23.14%)	.000
10 A 19	1(0.23%)	25 (5.78%)	21 (4.86%)	
20-28	0 (0.00%)	3 (0.69%)	13 (3%)	
Total	35 (8.10%)	263 (60.87%)	134 (31.01%)	

Interpretación: Al evaluar la calidad de vida de los pacientes que presentaron mortalidad dental se identificó que el 60.87% se encuentran en un efecto de ligero a moderado, no obstante el 31.01% lo refiere de grave/ muy grave. Cabe resaltar que a medida la mortalidad de dientes permanentes aumenta el nivel de calidad de vida disminuye; determinando que existe asociación entre el número de dientes perdidos y calidad de vida.

TABLA 6.1 NÚMERO DE DIENTES PERDIDOS Y SU LOCALIZACIÓN EN MAXILARES.

Número de dientes perdidos	Perdido maxilar		Perdido mandibular		Ambos	
	Si	No	Si	No	Si	No
	n%	n%	n%	n%	n%	n%
1-9	269 (62.26%)	100 (23.14%)	190 (43.99%)	179 (41.43%)	107 (24.77%)	262 (60.64%)
10-19	47 (10.87%)	0 (0%)	33 (7.64%)	14 (3.24%)	33 (7.64%)	14 (3.24%)
20-28	16 (3.70%)	0 (0%)	11 (2.54%)	5 (1.15%)	11 (2.54%)	5 (1.15%)
Sig.	.000*		.026*		.000*	

Pérdida/ localización	Pérdida zona maxilar		Pérdida mandibular		Pérdida en ambas zonas	
	Si	No	Si	No	Si	No
Posteriores	5 (4;5)	2(2;2)	5(4;5)	3(3;4)	6(6;7)	3(3;3)
Anteriores	1(1;2)	0(0;0)	1(1;1)	1(1;1)	2(1;2)	1(0;1)
Número de dientes perdidos posteriores en promedio: 4.3 ± 0.16						
Número de dientes perdidos anteriores en promedio: 1.0 ± 0.11						

(Intervalo de confianza)

Interpretación: De la población en estudio el 62.26% presentó un promedio de 1-9 dientes perdidos, siendo el maxilar superior el más afectado; por lo que se establece que existe asociación entre la mortalidad dental y su ubicación en los maxilares. En relación al promedio de pérdidas según su localización se determina que el más afectado es el sector posterior con un promedio de 4.3 dientes perdidos.

TABLA 7 ESTADO PROTÉSICO A CAUSA DE MORTALIDAD DENTAL

ESTADO PROTÉSICO	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
	SI	NO	SI	NO
	n%	n%	n%	n%
Arco dentado	87 20.13%	345 79.86%	57 13.19%	375 86.80%
Prótesis parcial fija	27 6.25%	405 93.75%	10 2.31%	422 97.68%
Prótesis parcial removible	15 3.47%	417 96.52%	11 2.54%	421 97.45 %
Prótesis completa	9 2.08%	423 97.91%	10 2.31%	422 97.68%
Sin prótesis	350 81.01%	82 18.98%	361 83.56%	71 16.43%

Interpretación: Al evaluar el estado protésico de los pacientes se encontró que 81.01% en el maxilar superior y el 83.56% del maxilar inferior no presentaron ningún tipo de prótesis. Así mismo el tipo de rehabilitación protésica mayormente encontrado en el maxilar superior fue la prótesis parcial fija en un 6.25%, mientras que en el maxilar inferior la más prevalente fue la prótesis parcial removible con el 2.54%.

9. DISCUSIÓN

La relación entre calidad de vida con salud bucal puede definirse como la forma en que las enfermedades orales perturban el funcionamiento regular de una persona y es un enfoque importante para evaluar el impacto que estas generan, ya que pocos estudios han evaluado la relación entre la pérdida de dientes y su impacto en la calidad de vida¹⁶.

La mortalidad de dientes permanentes es una problemática a nivel nacional, ya que la extracción dental es el tratamiento que se realiza con mayor frecuencia en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar ²¹. Son diversas las causas que están relacionadas con dicha problemática entre las más frecuentes figuran la caries dental y la enfermedad periodontal. Estudios realizados en distintos municipios del país como el de Ayala Guatemala et. al.²² demostraron que la mortalidad dental por caries representa el 91.05%. Por otro lado, Ayala Burgos et. al.⁶ identifica que la segunda causa de mortalidad dental es la periodontitis en un 9.5%.

Con base a lo anterior, esta 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 Cuscatancingo, Nejapa y San Ramón, ubicadas en los departamentos de San Salvador y Cuscatlán, durante el año 2018. La población estuvo constituida por 432 personas de 15 a más de 60 años que cumplieron con los criterios propuestos en la investigación, destacando que la población en estudio residía en la zona urbana de dichos municipios.

Un factor sociodemográfico importante a considerar cuando se habla de pérdida dental es la edad; la cual estudios previos sugieren que por cada año de edad la posibilidad de perder al menos un diente aumenta²³. Esa tendencia es similar a este estudio ya que a partir de las edades 34- 42 años se observa un incremento de mortalidad dental con un promedio de 4 dientes perdidos, el cual va ascendiendo a medida la edad aumenta; siendo el grupo etario de más 60 años el mayormente afectado con una media de 12 dientes perdidos, esto tiene relación con el estudio planteado por Ilkay P et. al.²⁴ realizado en 1324 pacientes entre las edades de 16 a 75 años que consultaron Facultad de Odontología de la Universidad de Gazí en Turquía, en el cual se observó que entre las edades de 25 a 44 años la mortalidad de dientes presentó un promedio de 5 dientes perdidos. De igual forma muestra que entre las edades de 45 a 60 años la mortalidad de dientes aumentó en un promedio de 11 dientes. En otro estudio realizado por Sánchez S et. al.¹⁶ en 540 pacientes entre las edades de 60 a 90 años que consultaron el Instituto Mexicano del Seguro Social del suroeste de la Ciudad de México, mostró resultados similares en el cual el promedio fue de 9.3 dientes perdidos.

Con respecto al nivel de escolaridad en los municipios de Cuscatancingo, Nejapa y San Ramón, los usuarios con nivel educativo de bachillerato 38.85% y secundaria con 30.76% son los de mayor prevalencia; esto es debido a que la población estudiada residía en el área urbana de los municipios, lo que hace más factible la asistencia a los centros educativos. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado por Mohebbi SZ et. al.²⁵ en 499 pacientes que consultaron la escuela de Odontología de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, Irán en donde el nivel educativo predominante fue bachillerato y secundaria con el 78% de los participantes. Además, dicho estudio sugiere que factores relacionados con los ingresos económicos pueden ser más influyentes que el nivel educativo en la determinación de respuestas sobre la condición de salud bucal. Por el contrario Ilkay P et. al.²⁴ en su estudio determinó que el número de participantes con mayor pérdida dental, aumentó al disminuir el nivel educativo.

Existen alteraciones clínicas y funcionales de diversa magnitud que pueden asociarse fácilmente con el deterioro de la calidad de vida; al realizar este estudio se determinó que la más prevalente fue la extrusión dental (65.50%), seguida por mesializaciones (59.25%), ruidos articulares (49.30%) y distalizaciones (13.89%). Resultados similares mostró el estudio de Craddock H et. al.¹¹ en una población de 100 pacientes que acudieron a Leeds Dental Institute en Reino Unido, de los cuales el 92% de los dientes sin antagonista presentaron algún tipo de extrusión, la cual fue superior a un milímetro resultando en el 68% de los casos. Por el contrario, Kiliaridis S et. al.¹⁰ al evaluar los dientes distales al sitio de extracción tuvieron una mayor tendencia a inclinarse mesialmente con el 73%, mientras que los dientes mesial al sitio de extracción se inclinaron distalmente en un 26%. Con respecto a la relación entre la mortalidad dental y la presencia de ruidos articulares Carpio, M et. al.²⁶ en un estudio realizado en 374 pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica “Mártires del Moncada” de Santiago de Cuba, evaluó que, del total de pacientes examinados, el 62,3% presentó ruidos articulares, de los cuales el 66,4 % los mostraba en movimientos de apertura.

El presente estudio evaluó la prevalencia e intensidad de los impactos relacionados con la salud bucal y los efectos que tuvieron en la calidad de vida diaria de los individuos que asistieron a las UCSF en estudio; obteniendo en los pacientes evaluados un efecto global de OIDP de ligero a moderado (100.39 puntos), mostrando que, la dimensión con mayor prevalencia de afectación es comer y disfrutar de los alimentos con 98.61% y una frecuencia de casi todos los días en un 57.87%, siendo afectados el 59.25% de forma muy grave. En segundo lugar, se encuentra limpiar y lavarse los dientes con una presencia de 94.90% de los cuales el 55.78% presentan una frecuencia de casi todos los días y 50.92% la refiere muy grave, seguido de sonreír/ reírse y mostrar los dientes sin pena con una presencia del 83.56%, de manera que el 43.98% la presenta casi todos los días y el 44.44% la refiere como muy grave. Por otro lado, la dimensión de menor

impacto fue dormir y relajarse en un 38.88%, obteniendo que el 61.11% no presenta afectación en cuanto a frecuencia y gravedad. Resultados similares fueron obtenidos por Ilkay P et. al.²⁴. El cual obtuvo un efecto global de OIDP ligero de 65.2 puntos. En donde la dimensión más prevalente fue comer y disfrutar de los alimentos con el 41.6%, limpiar y lavarse los dientes con el 33.5% y a diferencia de este estudio dormir y relajarse representa la tercera dimensión mayormente afectada con el 20.02%. En cuanto al estudio realizado por Mohebbi SZ et. al.²⁵ obtuvo un efecto global de OIDP moderado de 82.6 puntos, concuerda en que la dimensión de mayor prevalencia es comer y disfrutar de los alimentos con 50.1%, seguido por sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena con 16.2%; no obstante, muestra que dormir y relajarse en un 11.8% es la tercera categoría mayormente afectada, resultado que difiere por el planteado en esta investigación.

Se determinó que a medida aumenta la edad del paciente la calidad de vida disminuye y por el contrario se identificó que independientemente el nivel de escolaridad y sexo del paciente, la calidad de vida se ve igualmente afectada. Resultados similares fueron los presentados por Ilkay P et. al.²⁴ en donde se encontró diferencia estadísticamente significativa entre estado de salud oral y el grupo etéreo (0.001), del cual las expectativas individuales, experiencias y preferencias, influyen en la evaluación subjetiva de la salud oral y estos factores pueden cambiar con la edad. De igual forma mencionó que en cuanto a reducción de la calidad de vida relacionada con la salud oral es principalmente observado en grupos desfavorecidos social y económicamente. Por el contrario, los resultados fueron distintos en el estudio realizado por Mohebbi SZ et. al.²⁵ el cual desde una visión sociodemográfica menciona que no hay relaciones significativas entre la calidad de vida, edad (0.257), sexo (0.468) y nivel educativo (0.571) de los sujetos por la pérdida de dientes.

Al evaluar el número de dientes perdidos se determinó que el maxilar superior es el que mayor pérdida presenta con un promedio de 1-9 dientes, que corresponde al 62.26%, por lo que se establece que existe asociación entre la mortalidad dental y su ubicación en los maxilares. En relación al promedio de pérdidas según su localización se determina que el más afectado es el sector posterior con un promedio de 4.3 dientes perdidos. Hallazgos similares fueron encontrados por Minaya S et. al.²⁷ quien realizó un estudio en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche, México identificando que la mayor pérdida de dientes la presentó el maxilar superior (15.3%), notando que los dientes perdidos con mayor frecuencia fueron los posteriores (16.3%).

En relación al estado protésico de los pacientes se encontró que 81.01% en el maxilar superior y el 83.56% del maxilar inferior no presentaron ningún tipo de prótesis. Así mismo el tipo de rehabilitación protésica mayormente encontrado en el maxilar superior fue la prótesis parcial fija en un 6.25%, mientras que en el maxilar inferior la más prevalente fue la prótesis parcial removible con el 2.54%.

Datos similares fueron obtenidos en el estudio realizado por Mohebbi SZ et. al.²⁵ el cual establece que tanto el maxilar superior (77.3%) y maxilar inferior (83.8%) no presentaban ningún tipo de prótesis. Por otro lado, al evaluar el tipo de prótesis más prevalente identificó que en el maxilar superior la prótesis fija es la de mayor presencia con el 11.2%; mientras que en el maxilar inferior es la combinación de prótesis fija y removible en el 2.4% de los evaluados. En relación a lo anterior se observó que un alto porcentaje de pacientes no presentaba rehabilitación protésica a pesar que residían en la zona urbana, ya que este tipo de servicios no se brindan en los establecimientos de salud pública, siendo los ingresos económicos un factor importante a considerar debido a los altos costos que estos representan; es preciso destacar que la variable socioeconómica no fue considerada en esta investigación.

10. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la mortalidad dental si afecta la calidad de vida.
2. Se identificó que la mortalidad dental presenta una tendencia ascendente con respecto a la edad notando un salto evidente a los 60 años, cuyo promedio de perdida dental es de 12 dientes.
3. Se determinó que el maxilar superior fue el más afectado por la mortalidad de dientes permanentes.
4. Según su localización se determinó que el sector posterior es el más afectado con un promedio de 4.3 dientes perdidos.
5. Las alteraciones clínicas y funcionales de mayor prevalencia fueron las extrusiones con 74.30%, mesializaciones 66.43% y ruidos articulares con 62.03%.
6. Se identificó que las personas entre las edades de 34 a 42 años perciben un efecto sobre su calidad de vida de ligero a moderado. Sin embargo, las personas de más de 60 años son las que mayor impacto negativo perciben, ubicándose en el efecto de grave/ muy grave. Lo cual determinó que existe asociación entre la edad del paciente con la calidad de vida. Por el contrario, sin importar el nivel de escolaridad y sexo del paciente la calidad de vida se ve afectada por igual; estableciendo que no existe asociación entre estas variables.
7. Al evaluar el estado protésico de los pacientes se encontró que 81.01% en el maxilar superior y el 83.56% del maxilar inferior no presentaron ningún tipo de prótesis. Así mismo el tipo de rehabilitación protésica mayormente encontrado en el maxilar superior fue la prótesis parcial fija en un 6.25%, mientras que en el maxilar inferior la más prevalente fue la prótesis parcial removible con el 2.54%.
8. Se logró identificar que la calidad de vida se ve mayormente afectada a medida aumenta la edad.

11. RECOMENDACIONES

Al Centro de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador:

- Continuar investigando sobre los hallazgos de la presente investigación promoviendo el estudio de variables no contempladas y así poder definir acciones en prevención, con el fin que la mortalidad de dientes no afecte la calidad de vida.

Al Ministerio de Salud:

- Hacer énfasis en potenciar los programas y estrategias de educación y protección específica ya establecidos por el MINSAL, para preservar y asegurar el mayor número posible de dientes en boca, con el fin de mantener una calidad de vida óptima.
- Promover la participación de equipos multidisciplinarios en salud quienes conjuntamente con el odontólogo, colaboren en diferentes actividades preventivas relacionadas con el cuidado de la salud bucal, efectuando un diagnóstico temprano las diversas patologías bucales.
- La formación de una plataforma digital integrada por Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y demás componentes del sistema de salud; la cual permita mejorar el acceso a la información en salud bucal, haciendo usos de los medios digitales con el propósito de difundirla a grandes grupos de personas..

Al Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología:

- Promover la educación en salud en la temprana infancia, escuelas y comunidades; para dar a conocer las diversas alternativas de tratamientos y así mejorar la difusión en los lugares donde el acceso a la información en salud es limitado.

Al profesional que realiza su práctica privada:

- Hacer uso de las redes sociales, canales de You Tube, Blogs, y de las diversas plataformas digitales con el fin de educar en salud bucal a la población salvadoreña; promoviendo medidas basadas en la prevención de enfermedades bucodentales.
- Realizar su práctica privada basada en los principios de las Buenas Prácticas Clínicas.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguila A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica* [Internet]. 2010 Jul [citado 2019 Jul 18];29(63):83–92. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=60762723&lang=es&site=ehost-live>
2. Bavaresco K, Andrade M, Chaves A, Benetti A, Poli R, Parron K, et al. Factores relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud oral de adultos mayores brasileños independientes. *International Journal of Dentistry* [Internet]. 2013 [citado 10 Mar 2018]; vol. 2013, artículo ID 705047. 8 paginas. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/705047>
3. Grafitti P, Neves F, Gomes M, Kuchenbecker C. Calidad de vida relacionada con la salud oral y factores asociados en adolescentes brasileños. *Braz Dent J* [Internet]. 2017 [citado 2018 Mar 10]; 28(1):113-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701098>
4. Fuente J, Sumano O, Sifuentes M, Zelocuatecatl A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica* [Internet]. 2010 [citado 2018 Mar 11]; 29(63): 83-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>
5. Centro de Prensa de Organización Mundial de la Salud. Nota Informativa número 318. Salud Bucodental. Abril 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
6. Ayala Burgos GM, Gomez Prudencio ES, Serrano Lemus KA, Peraza de Morales AJ. Mortalidad de Dientes Permanentes y sus Principales Causas en Usuarios de Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Miguel Tepezontes, La Laguna, Sensuntepeque y Clínicas de Facultad de Odontología Universidad de El Salvador, El Salvador, 2016. [citado el 11 de abril de 2018]; Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/12515/>
7. Castro Brezzo P, Dreyer Arroyo E. Prevalencia de traumatismos dentoalveolares en pacientes infantiles del complejo asistencial Dr. Sótero del Río. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2012;5(3):127-130. Disponible en:
8. Babbush C. *Dental implants*. 2nd ed. Maryland Heights, Mo.: Saunders Elsevier; 2011.

9. Romero-rojas K. Ciencias Médicas Revisión de Literatura. 2017;3:702–18. Disponible en https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiJp9fap8DIAhWCzVkkHSA5AuQQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6325884.pdf&usq=AOvVaw1mdGaFjpUkl_id_66mByby
10. Kiliaridis S, Lyka I, Friede H, Carlsson GE, Ahlqwist M. Posición vertical, rotación e inclinación de molares sin antagonistas. *International Journal of Prosthodontics* [Internet]. 2000 Nov [citado 2019 Jul 17];13(6):480–6. A disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=36908891&lang=es&site=ehost-live>
11. Craddock H, Youngson C, Manogue M, Blance A. Cambios oclusales después de la pérdida de un diente posterior en adultos. Parte 2. Parámetros clínicos asociados con el movimiento de los dientes adyacentes al sitio de la pérdida del diente posterior. *Journal of Prosthodontics* [Internet]. 2007 [citado 18 Mar 2018]; 16 (6): 495-501. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17672834&lang=es&site=ehost-live>
12. Gil FM. Distracción mandibular y articulación temporomandibular Mandibular distraction and the temporomandibular joint. 2004;221–7; Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582004000400001
13. Lescas Mendez O, Hernandez M, Sosa A, Reyes L. Trastornos Temporomandibulares. revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2019 [cited 30 October 2019];55(1). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000100002
14. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Dworkin S, et al. Criterios de diagnóstico para los trastornos temporomandibulares (DC / TMD) para aplicaciones clínicas y de investigación: recomendaciones de la red internacional del consorcio y del grupo de interés especial sobre dolor orofacial. *J Oral Facial Pain Headache* [Internet]. 2014 [citado 18 Mar 2018]; 28 (1): 6-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478082/>
15. de Sousa S, Cardoso V, Magalhães B, Lima M, Vendiciano M, Caldas A, et al. El rol de los factores oclusales en la aparición de trastornos temporomandibulares. *The Journal Of Craniomandibular practice* [Internet]. 2014

[citado 24 Abr 2017]. Disponible en: <https://drive.google.com/open?id=1aMzfUFlaD2dXfZmOj3WqwERK-ThUh5u>

16. Sánchez S, Juárez T, Reyes H, Fuente J, Solórzano F, García C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2007 [citado 24 Abr 2017]; 49 (3): 173-181. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=26020125&lang=es&site=ehost-live>

17. OMS. La gente y la salud [Internet]. Vol. 17, Foro Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza; 1996 [citado el 16 de julio de 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385387_spa.pdf;jsessionid=26FF0A3BDAB6CCD5FCDCE922D83BDD2B?sequence=1

18. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. 2013;3(1):1–6. Disponible en: <http://www.jispcd.org/article.asp?issn=22310762;year=2013;volume=3;issue=1;page=1;epage=6;aulast=Bennadi>

19. Esquivel R, Jimenez J. El Efecto de los dientes perdidos en la calidad de vida de un grupo de altos mayores. *Odontología actual* [Internet]. 2008 [cited 30 October 2019]; año 5(58). Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no58/7.pdf>

20. Esquivel R, Jiménez J. Percepción de la funcionalidad de la cavidad bucal. *Revista ADM* [Internet]. 2009 [citado 18 Mar 2018]; 65(1):38-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od091f.pdf>

21. MSPAS. Diagnostico Nacional de Salud Bucal, 2012. SaludGobSv [Internet]. 2012 [citado el 10 de marzo de 2018]; Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf

22. Ayala Guatemala JE, Gómez Canizalez CM, Ramos Guevara ÁJ, Velásquez Salazar EJ. Mortalidad de Dientes Permanentes y sus Principales Causas en Usuarios de Unidades Comunitarias de Salud Familiar Santiago Nonualco, San Simón, Apastepeque, Uluazapa, El Salvador, 2017. [citado el 11 de abril de 2018]; Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/14515/>

23. Lara N., Delgadillo H., Morales S., Garduño M., Pulido M. Necesidades insatisfechas de atención odontológica en trabajadores de la costura en México D.F. *Salud de los Trabajadores* 2011 Junio; 19(1): 35-46. ART. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382011000100004&lng=es

24. Ilkay P. Oral impacts on daily performance in turkish adults attending a dental school [Internet]. 2015 [citado 20 Jul 2019]. Disponible en: DOI: 10.5005/jp-journals-10024-1494

25. Mohebbi SZ, Sheikhzadeh S, Batebi A, Bassir SH. Oral Impacts on Daily Performance in 20- to 50-yearolds Demanding Dental Care in Tehran, Iran: Association with Clinical Findings and Self-reported Health. *Oral Health & Preventive Dentistry* [Internet]. 2014 [citado 2019 Aug 20];12(1):29–36. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24619780&lang=es&site=ehost-live>

26. Carpio M, González Z, de Estrada B, Escalante A. Caracterización clínica de pacientes parcialmente desdentados con disfunciones articulares. *MEDISAN* [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Aug 5];19(4):454–9. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=102039461&lang=es&site=ehost-live>

27. Minaya-Sánchez M, Medina-Solís C, Casanova-Rosado J. Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos [Internet]. *Medigraphic.com*. 2010 [cited 7 August 2019]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104c.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: PORTADA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR CUSCATANCINGO, NEJAPA Y SAN RAMÓN, 2018.”

AUTORES:
MOISÉS ISRAEL GONZÁLEZ ARCHILA.
IRIS NOEMÍ LICONA VELÁSQUEZ.
PAOLA ESTEFANÍA MARTÍNEZ ÁVALOS.

ASESOR DOCENTE:
DR. MANUEL DE JESÚS ARCHILA GALLEGOS.

*Aprubado
Ratificado por
Junta Directiva
Nº 320
26 / Junio / 2018*



CIUDAD UNIVERSITARIA, JUNIO DE 2018.

ANEXO 2: CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO PARA PASO DE INSTRUMENTOS A DIRECTOR DE UCSF CUSCATANCINGO



San Salvador, 11 de junio 2018

Dra. Luisa Juana Portillo Vda. de Águila
Médico Director de la UCSF Cuscatancingo
Presente:

Reciba un cordial saludo de parte del doctor en Cirugía Dental en Servicio Social designado en dicho establecimiento para el presente año, deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente es para solicitar permiso para la realización del paso de instrumentos que corresponden a mi trabajo de grado para poder optar al título de "Doctor en Cirugía Dental", el cual trata la temática siguiente:

"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EN EL AÑO 2018".

Por lo tanto he decidido utilizar como sujetos de estudio a las personas que asisten a la consulta odontológica, solicitando de la manera más respetuosa, me autorice que dicho proceso se lleve a cabo dentro de las instalaciones de la UCSF que usted dirige.

Esperando una pronta respuesta a mi solicitud me despido, de antemano muchas gracias.

Dr. Moisés Israel González Archila
Odontólogo en Servicio Social



11 JUN 2018

Reynal *[Signature]*



ANEXO 3: CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO PARA PASO DE INSTRUMENTOS A DIRECTOR DE UCSF NEJAPA



San Salvador, 14 de junio 2018

Dra. Etelvina Chiquillo

Médico Director de la UCSF Nejapa

Presente:

Reciba un cordial saludo de parte del doctor en Cirugía Dental en Servicio Social designado en dicho establecimiento para el presente año, deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente es para solicitar permiso para la realización del paso de instrumentos que corresponden a mi trabajo de grado para poder optar al título de "Doctor en Cirugía Dental", el cual trata la temática siguiente:

"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EN EL AÑO 2018".

Por lo tanto he decidido utilizar como sujetos de estudio a las personas que asisten a la consulta odontológica, solicitando de la manera más respetuosa, me autorice que dicho proceso se lleve a cabo dentro de las instalaciones de la UCSF que usted dirige.

Esperando una pronta respuesta a mi solicitud me despido, de antemano muchas gracias.

Dra. Iris Noemí Licona Velásquez
Odontóloga en Servicio Social



Siempre y cuando el
paciente desee Participar de
Manera Voluntaria.



ANEXO 4: CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO PARA PASO DE INSTRUMENTOS A DIRECTOR DE UCSF SAN RAMÓN



Cuscatlán, 18 de junio 2018

Dr. Joaquín Gómez Andino

Médico Director de la UCSF San Ramón

Presente:

Reciba un cordial saludo de parte del doctor en Cirugía Dental en Servicio Social designado en dicho establecimiento para el presente año, deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente es para solicitar permiso para la realización del paso de instrumentos que corresponden a mi trabajo de grado para poder optar al título de "Doctor en Cirugía Dental", el cual trata la temática siguiente:

"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA A CONSECUENCIA DE LA MORTALIDAD DE DIENTES PERMANENTES EN LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EN EL AÑO 2018".

Por lo tanto he decidido utilizar como sujetos de estudio a las personas que asisten a la consulta odontológica, solicitando de la manera más respetuosa, me autorice que dicho proceso se lleve a cabo dentro de las instalaciones de la UCSF que usted dirige.

Esperando una pronta respuesta a mi solicitud me despido, de antemano muchas gracias.

Dra. Paola Estefanía Martínez Ávalos
Odontóloga en Servicio Social

Recibido
20-6-19.

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los Odontólogos en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, realizarán un trabajo de investigación sobre el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes; le invitamos a participar en el estudio. La investigación consiste en obtener información sobre las repercusiones que trae consigo la pérdida de dientes permanentes y cómo esta afecta las actividades físicas y funcionales de las personas que la padecen. Por lo que se solicita de su colaboración para realizarle el examen clínico bucal, que incluirá únicamente: observar la presencia o ausencia de piezas dentales, migraciones dentales y ruidos articulares; ayudándonos de instrumentos exclusivos de uso odontológicos estériles (espejo, pinza y explorador). En dicho examen clínico no correrá riesgo alguno, pues solo evaluaremos su boca por unos minutos, al realizarlo, se utilizarán medidas de bioseguridad para su protección y comodidad; además, la información que brinde será de uso estrictamente confidencial y anónima. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, si usted está de acuerdo en participar tendrá los siguientes beneficios: se le dará un diagnóstico de su salud bucal en general y se le entregará un tríptico informativo acerca de cuidados de salud bucal. Si ha comprendido la información leída y está de acuerdo en participar en la investigación, complete lo siguiente con sus datos personales: Yo _____ con Documento Único de Identidad número _____ he sido

Invitado a participar en la investigación, he comprendido de qué se trata la investigación y el motivo por el cual se realiza, he tenido la oportunidad de preguntar y entender el procedimiento que se llevará a cabo, los resultados que se pretenden obtener, los beneficios que pueden derivarse. Consiento mi participación voluntaria en esta investigación, y firmo el presente documento.

Ciudad de _____ a los ____ días, del mes de _____ del 2018.

Firma _____

ANEXO 6: ASENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



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

ASENTIMIENTO INFORMADO

Los odontólogos en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. Efectuarán un trabajo de investigación sobre el impacto en la calidad de vida a consecuencia de la mortalidad de dientes permanentes, le invitamos a participar de este estudio. La investigación consiste en obtener información sobre las repercusiones que trae consigo la pérdida de dientes permanentes y cómo esta afecta las actividades físicas y funcionales de las personas que la padecen. Por lo que se solicita de la colaboración de su menor a cargo para realizarle un examen clínico bucal, que incluirá únicamente: observar la presencia o ausencia de piezas dentales, migraciones dentales y ruidos articulares, auxiliándonos de instrumentos exclusivos de uso odontológico estériles (espejo, pinza, explorador). En dicho examen clínico no correrá riesgo alguno, pues solo le pediremos que abra su boca por unos minutos, al realizarlo, se utilizarán medidas de seguridad para su protección y comodidad; además, la información que brinde será de uso estrictamente confidencial y anónima. Si ha comprendido la información leída, y está de acuerdo en participar en la investigación; complete lo siguiente con sus datos personales: Yo: _____ con Documento Único de Identidad número: _____ en calidad de padre, madre o encargado autorizo al menor de edad: _____ para que participe en la investigación, ya que he comprendido de qué se trata y el motivo por el cual se realiza, he tenido la oportunidad de preguntar y entender el procedimiento que se llevará a cabo, los resultados que se pretenden, los beneficios y riesgos que pueden derivarse. Consiento la participación voluntaria en esta investigación, y firmo el presente documento, Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del 2018.

Firma: _____

ANEXO 7



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE ODONTOLOGÍA GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Objetivo: Registrar las variables sociodemográficas de los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud familiar de Cuscatancingo, Nejapa y San Ramón.

Indicaciones:

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

1. Fecha de examen:

--	--	--

Día Mes Año

2. UCSF:

--

3. Código de examinador:

--

4. Código de instrumento:

--

5. Fecha de nacimiento:

--	--	--

Día Mes Año

6. Sexo

	1 Hombre
	2 Mujer

7. Edad:

--

8. Grupo etario

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

9. Nivel de Escolaridad

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

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

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

Indicaciones:

- Orientar las preguntas del cuadro 1 directamente al entrevistado de manera puntual y comprensible.
- Realizar cada una de las preguntas registrando en la casilla 1 si el entrevistado se ha visto afectado o no.
- En la casilla 2 "Frecuencia" registrará de acuerdo a lo que le indica el entrevistado la frecuencia con que se ve afectado. Deberá considerar las posibles respuestas indicadas dentro de la misma casilla.
- En la casilla 3 "Gravedad" registrará de acuerdo a lo que le indica el entrevistado la Gravedad con que se ve afectado. Deberá considerar las posibles respuestas indicadas dentro de la misma casilla.
- Las preguntas son cerradas, por lo que deberá seleccionar solamente una respuesta por pregunta.
- 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	3	4
	FRECUENCIA		GRAVEDAD
En los pasados seis meses ¿Ha tenido problemas con su boca, dientes o dentaduras que ocasionen problemas en lo siguiente?	Durante los pasados seis meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted dificultad para lo siguiente?	Mediante una escala del 0 al 5, en la cual 0 indica ausencia de un problema en su vida diaria ("nada") y 5 presencia de un problema en sus actividades de vida ("muy grave"), ¿en qué forma le afecto en su vida diaria para lo siguiente?	Resultado de multiplicar frecuencia por gravedad
1. Comer y disfrutar de los alimentos.	1. Comer y disfrutar de los alimentos.	1. Comer y disfrutar de los alimentos.	
2. Hablar y pronunciar correctamente.	2. Hablar y pronunciar correctamente.	2. Hablar y pronunciar correctamente.	
3. Limpiarse o lavarse los dientes.	3. Limpiarse o lavarse los dientes.	3. Limpiarse o lavarse los dientes.	
4. Dormir y relajarse.	4. Dormir y relajarse.	4. Dormir y relajarse.	
5. Sonreír/reírse y mostrar dientes sin pena.	5. Sonreír/reírse y mostrar dientes sin pena.	5. Sonreír/reírse y mostrar dientes sin pena.	
6. Mantener el estado emocional, normal y sin enojo.	6. Mantener el estado emocional, normal y sin enojo.	6. Mantener el estado emocional, normal y sin enojo.	
7. Hacer todo el trabajo o socializar en una forma normal.	7. Hacer todo el trabajo o socializar en una forma normal.	7. Hacer todo el trabajo o socializar en una forma normal.	
8. Disfrutar el contacto con la gente.	8. Disfrutar el contacto con la gente.	8. Disfrutar el contacto con la gente.	
Respuestas: 1 (SI), 0 (NO)	Respuestas: (0) Nunca afectado en los últimos 6 meses, (1) Menos de una vez al mes o hasta cinco días en total, (2) Una o dos veces al mes o hasta 15 días en total, (3) Una o dos veces a la semana o hasta 30 días en total, (4) Tres o cuatro veces a la semana o hasta 3 meses en total, (5) Casi todos los días o más de tres meses.	Respuestas: (0) Nada, (1) Muy poco, (2) Poco, (3) Moderado, (4) Grave, (5) Muy grave.	Resultado de dimensiones: (0) sin efecto, (1 a 5) muy ligero, (6 a 10) ligero, (11 a 15) moderado, (16 a 20) grave, (21 a 25) muy grave.

Cuadro 2

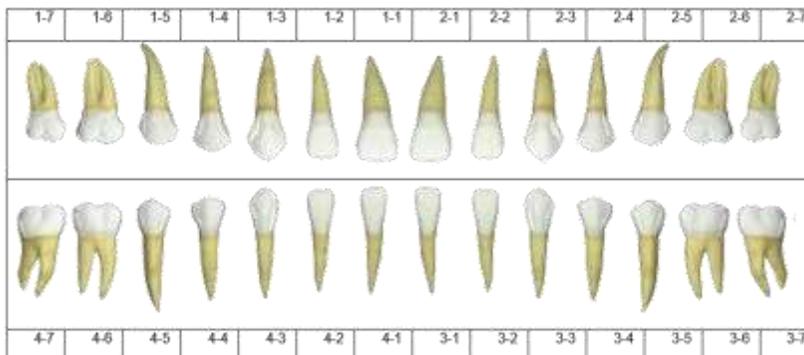
EFECTO GLOBAL DEL OIDP/ Sumatoria de las 8 dimensiones	
0 puntos	Sin efecto
1 a 40 puntos	Muy ligero
41 a 80 puntos	Ligero
81 a 120 puntos	Moderado
121 a 160 puntos	Grave
161 a 200 puntos	Muy grave

3. DIAGNÓSTICO DE MORTALIDAD DENTAL REFERIDA

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

Indicaciones:

- Acomodar al paciente en el sillón dental.
- Basándose en el componente P, indique en el odontograma con bolígrafo **azul** los **órganos dentarios ausentes** en cavidad oral.
- 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**.
- Identifique y **marque con una fecha azul** los órganos dentarios que presenten **mesialización** a causa de pérdida de dientes.
- Identifique y **marque con una fecha azul** los órganos dentarios que presenten **distalización** a causa de pérdida de dientes.
- Encierre en un **círculo de color azul** los órganos dentarios que estén **extruidos** a causa de pérdida de su antagonista.
- Indique en el cuadro 1 y 2 el total de dientes indicados para extracción, mesializados, distalizados y extruidos.



Cuadro 1

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

Cuadro 2

Condición	Dientes	Total
Componente Perdidos		
Indicado para extracción		
Dientes Mesializados		
Dientes Distalizados		
Dientes Extruidos		

4. ALTERACIONES FUNCIONALES

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

Cuadro 3

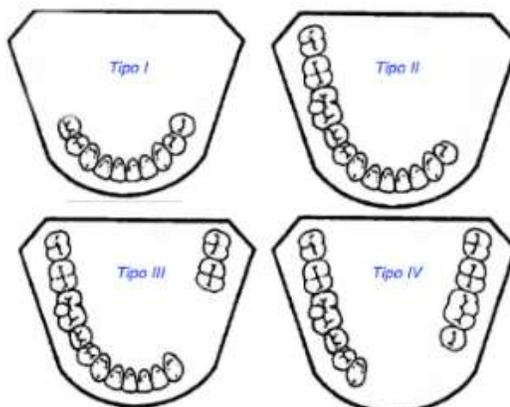
Ruidos articulares	Presencia	
	Ausencia	
	Bilateral	
	Unilateral	
	No aplica	

5. CONSIDERACIONES PROTÉSICAS

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

Cuadro 4

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY			
MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
Clase I		Clase I	
Clase II		Clase II	
Clase III		Clase III	
Clase IV		Clase IV	
Edéntulo		Edéntulo	
No Aplica		No Aplica	



6. ESTADO PROTÉSICO

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

Cuadro 5

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

OBSERVACIONES:

ANEXO 8: BROCHURE INFORMATIVO

4 MITOS SOBRE LA ODONTOLOGÍA



CON LA EDAD **NO** ES NORMAL PERDER LAS PIEZAS DENTALES... SE PUEDE **EVITAR**.



LAS ENCÍAS **NO** SANGRAN POR EL CEPILLADO O USO DE SEDA DENTAL, ES **PORQUE** ESTÁN ENFERMAS.



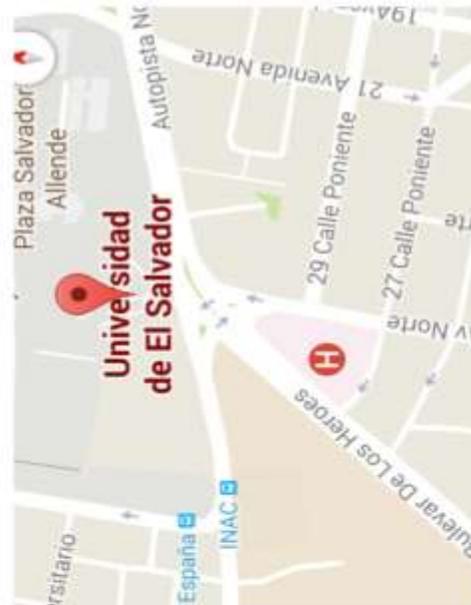
LAS LIMPIEZAS DENTALES **NO** DAÑAN EL ESMALTE DE LOS DIENTES.



LOS CEPILLOS DE DIENTES DUROS **NO** SON LOS MÁS EFECTIVOS.



FACULTAD
ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



Cuidados de salud bucal



Ciudad Universitaria, Final de Av.Mártires y Héroes del 30 julio, San Salvador, El Salvador, América Central. Teléfonos: +(503) 2511-2000

¿CÓMO SE PRACTICA LA BUENA HIGIENE BUCAL?

Una de las cosas más importantes que usted puede hacer por sus dientes y encías es mantener una buena higiene bucal. Los dientes sanos no solo le dan un buen aspecto a su persona y lo hacen sentirse bien, sino que le permiten hablar y comer apropiadamente. La buena salud bucal es importante para su bienestar general.

Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal, evitan problemas posteriores y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

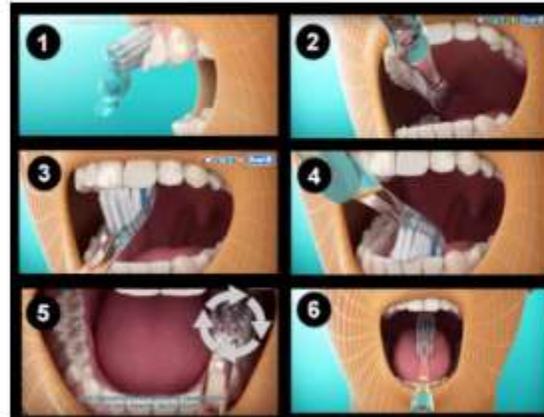
¿CUÁNDO CONSULTAR AL ODONTÓLOGO?

El mejor momento es cuando no presente dolor, la prevención es lo más importante; visite a su odontólogo por lo menos cada 6 meses.

Pero preste mucha atención a los siguientes signos, si padece alguno de ellos diríjase al centro de atención dental lo más pronto posible, ya que podría evitarle un tratamiento de mayor complejidad.

- Caries
- Inflamación de las encías
- Sangrado de encías
- Dientes flojos
- Sensibilidad dental excesiva

TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL



- 1) Colocar el cepillo a lo largo de la línea de la encía, marcando un ángulo de 45 grados, respecto a la misma y realizar movimientos cortos de adelante hacia atrás.
- 2) Cepillar las superficies internas de cada diente utilizando la técnica anterior.
- 3) Colocar el cepillo verticalmente para limpiar la cara interna de los dientes superiores e inferiores.
- 4) Cepillar la superficie internas de cada diente utilizando la técnica anterior.
- 5) Realizar movimientos circulares sobre la parte masticatoria del diente.
- 6) No olvidar cepillar la lengua y la parte interna de las mejillas.



El tiempo para realizar una correcta técnica de cepillado dental es de por lo menos **7 minutos**

TÉCNICA DE HILO DENTAL



1. Corte aproximadamente 45cm de hilo dental y enróllelo en los dedos medios de ambas manos, dejando unos 12 cm entre uno y otro.
2. Sujete el hilo dental firmemente entre pulgar y dedo índice de cada mano e introduzca suavemente entre los dientes.
3. Deslice suavemente entre los dientes hasta llegar por debajo de la línea de la encía.
4. Curve el hilo en forma de "C" y deslícelo entre los dientes con un movimiento de barrido. Repetir esta acción entre todos los espacios entre diente y diente.



No usar el hilo dental deja sin limpiar el **35%** de la superficie.

