



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INFLUENCIA DEL EDENTULISMO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN OCTUBRE 2016.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el Título de Odontóloga

Profesor Guía

Mg. Adriana Emilie Lasso Hormaza

Autora

Karina Elizabeth Morales Cujilema

Año

2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

.....

Mg. Adriana Emilie Lasso Hormaza

Master Universitario en la Intervención Social en las Sociedades del

Conocimiento

1713710547

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

.....
Dra. María Fernanda Larco Chacón
Especialista en Odontopediatría
1708675911

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

.....

Karina Elizabeth Morales Cujilema

1803439072

AGRADECIMIENTOS

Primero agradezco a Dios por darme la fuerza y la capacidad para completar una etapa más en mi vida.

A mi familia, por el apoyo constante y la motivación para lograr ser una profesional.

A mis amigos que gracias a su amistad y ayuda brindada hicieron de mi vida universitaria la mejor.

Y, por último, pero no menos importante a mi tutora Dra. Adriana Lasso por su tiempo y dedicación para este trabajo de investigación.

Karina Morales

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia Joselito Morales, Amparo Cujilema y Erick Morales, gracias a su apoyo incondicional logré concluir mi carrera.

Karina Morales

RESUMEN

Objetivo: Comprobar la influencia de la pérdida dental sobre la calidad de vida en pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas. Método: El ejemplar fue compuesto por 158 pacientes, con rangos de edad entre 18 a 80 años, que asistieron al centro odontológico durante el periodo de octubre del 2016. El edentulismo fue registrado mediante la historia clínica y la calidad de vida fue medida con la encuesta OHIP-14, en el cual está compuesta por cinco dimensiones. Resultados: En la muestra se verificó que 105 de los pacientes encuestados son de sexo femenino, 86% de los encuestados eran desdentados parciales. En la calidad de vida, el 93% presentaron un bajo impacto, el OHIP-14 demostró que el mayor problema mencionado por los pacientes que presentan edentulismo fue psicológico, por ejemplo, preocupación con problemas relacionados con su boca y vergüenza por la pérdida dental.

PALABRAS CLAVES: edentulismo, calidad de vida, OHIP-14

ABSTRACT

Objective: Check the influence of dental loss on the quality of life in patients who attended to the Dental Clinic of the University of the Americas. **Methods:** The sample consisted by 158 patients with ages between 18 to 80 years, who were attended to the Dental Clinic in October 2016. Edentulism was recorded through the history clinic of the patients and the quality of life with the OHIP-14 quiz, which consists of five dimensions. **Results:** In the sample, it was verified that 105 of the patients surveyed are female, the 86% of the respondents were partial edentulous. In the quality of life, the 93% had a low impact; the OHIP-14 showed that the major problems reported by patients who lost their teeth were related with psychological aspects, such as the concern with problems related with their mouth and shame about dental loss.

KEYWORDS: edentulism, quality of life, OHIP-14

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	1
2 JUSTIFICACIÓN:	2
3 MARCO TEÓRICO.....	3
3.1 Calidad de vida	3
3.1.1 Consideraciones en el mundo:	3
3.1.2 Consideraciones en el ecuador:	4
3.2 Edentulismo	5
3.2.1 Causas de la pérdida dental:	6
3.2.1.1 Caries dental	6
3.2.1.2 Enfermedad periodontal	7
3.2.1.3 Traumatismos:.....	8
3.2.2 Efectos de la pérdida dental:	9
3.2.2.1 Efectos a nivel bucal:.....	9
3.2.3.2 Efectos de la pérdida dental a nivel orgánico:	11
3.3 Pérdida de los dientes y edad:.....	15
3.4 Tipos de edentulismo.....	15
3.5 Situación del edentulismo a nivel mundial	19
3.6 Situación del edentulismo en el ecuador.....	19
3.7 Como intervienen los dientes en la belleza	20
4. OBJETIVOS	22
4.1. Objetivo general.....	22
4.2. Objetivos específicos	22
5 HIPÓTESIS:	22
6 METODOLOGÍA.....	23
6.1 Tipo de estudio	23
6.2 Universo de la muestra	23
6.2.1 Población.....	23
6.2.2 Muestra:.....	23

6.2.3 Criterios de inclusión y exclusión	24
6.3 Descripción del método	24
7 RESULTADOS	26
8 DISCUSIÓN	48
9 CONCLUSIONES.....	51
10 RECOMENDACIONES	52
11 REFERENCIAS.....	53
12 ANEXOS	57

1 INTRODUCCIÓN

Durante años el edentulismo ha afectado a las personas en su bienestar y salud. Una de las razones son las limitaciones en la alimentación y la ingesta nutricional, por esto el estado de nutrición de un desdentado es insuficiente. (Salazar, 2014). Otro aspecto que afecta a la salud es el psico-sociales, estructurales y funcionales ya que la pérdida de todos los dientes puede ser difícil de aceptar. (Polzer I, 2009).

Como odontólogos sabemos que la pérdida dental además de tener una connotación estética puede ocasionar la alteración de los huesos faciales y la deformación del tejido blando y al mismo tiempo la función que es esencial para nuestro organismo. Según Ettinger (1997) la pérdida dental provoca dificultades funcionales como la masticación, fonación y deglución, que posteriormente causará una mala nutrición, pérdida de nutrientes esenciales para el organismo y problemas estomacales, así también como la alteración estética y biopsicosociales. Las causas principales del edentulismo son: caries, enfermedades periodontales o traumatismos. También existen otros factores no relacionados con enfermedad bucal que son: servicios de salud, economía, ambiental, hábitos y genética.

La OMS definió la calidad de vida como “El pensamiento del humano que posee en la vida, en la cultura y de los principios en los que sea formado y en asociación con los intereses, las políticas y las expectativas que presenta. Este concepto está relacionado con la vitalidad del individuo, el estado psíquico, autonomía y con el entorno que lo rodea” (OMS, 1987). Un estudio realizado en Brasil se observó que dentro de los problemas relatados por los sujetos investigados y que presentaban ausencia dental estaban relacionados a la función y a lo social, como la dificultad al masticar y el sentimiento de incomodidad frente a los demás. Los desdentados totales presentaron mayor impacto en comparación a los edéntulos parciales. (Simoni, 2010).

2 JUSTIFICACIÓN:

Conocer el impacto del edentulismo sobre la calidad de vida en las personas que acudieron a la Centro Odontológica de la Universidad de las Américas, puede indicar necesidades de ejercitar y reforzar la prevención de pérdidas dentales. Además, se podrá obtener un enfoque general de las afectaciones que presentan los pacientes con relación a la pérdida dental, y así orientar a la comunidad con el cuidado de su salud bucal.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Calidad de vida

Inicialmente, se manejaba el término Calidad de Vida para describir el entorno con las situaciones de la vida. En la década de los 50s y principios de los 60s, el bienestar humano y el efecto de la industrialización de la sociedad fue teniendo interés. Calcular esta situación mediante datos objetivos se ha convertido en una prioridad, los indicadores sociales y estadísticos permiten calcular hechos y datos relacionados con el entorno social de una localidad. Al principio estos indicadores eran usados para medir las situaciones objetivas de ámbito social y económico, pero fueron empleados como elementos subjetivos (Maria Gomez-Vela, 2000).

La definición de calidad de vida empezó a dar forma en 1960, cuando varias disciplinas como la salud, educación, economía y política empezaron a incluir este término.

Actualmente el concepto global que se utiliza para la calidad de vida fue establecido por la OMS y la define como: “El pensamiento del humano que posee en la vida, en la cultura y de los principios en los que sea formado y en asociación con los intereses, las políticas y las expectativas que presenta. Este concepto está relacionado con la vitalidad del individuo, el estado psíquico, autonomía y con el entorno que lo rodea” (OMS, 1987).

3.1.1 Consideraciones en el mundo:

Actualmente la calidad de vida puede estar afectada por varios factores, ya sea por factores psicológicos, socio económicos o incluso la salud oral. Todo dependerá de individuo. El adulto mayor presenta una calidad de vida afecta por la salud oral,

La mayoría presenta varias piezas ausentes, por lo que su salud oral y nutrición es afectada. Un estudio realizado en México en adultos mayores de más de 60 años, mostraron una afectación en su calidad de vida por la dificultad de hablar y pronunciar palabras. (Murguiondo, 2011). Otro estudio realizado en Niños y Adolescentes escolarizados en Chile se observó que los niños que asisten a escuelas particulares presentan mayor calidad de vida que los que acuden a escuelas públicas, los factores que podrían estar influenciando son el nivel socioeconómico, la oportunidad de tener acceso a una atención médica, actividades de auto-cuidado y alimentación. Así que la calidad de vida en cualquier parte del mundo siempre estará afectada por varios factores ya sea objetivo o subjetivo y no dependerá de la edad. (URZÚA, 2009)

3.1.2 Consideraciones en el Ecuador:

En la capital, el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) realizó una investigación para valorar la calidad de vida utilizando métodos de estimación para áreas pequeñas denominadas "mapas de pobreza". Este método está fundamentado en la producción de modelos predictivos con la investigación que se realizó con la Encuesta de Condiciones de Vida 2014, obteniendo como información datos parroquiales reales en el Registro de Población y Vivienda realizado en el año 2010.

Por 13 dimensiones se encuentra compuesto el índice, cada una formada por 2 a 7 indicadores, en total suma 50 indicadores, que se establecieron de acuerdo a la información disponible y su pertinencia. El índice global, los indicadores y las dimensiones fueron valorados de 0 a 100, el 0 involucra bienestar nulo, mientras que 100 bienestar total.

Las 13 dimensiones que se emplearon para la valoración fueron:

- Ambiente
- Servicios básicos

- Bienestar subjetivo
- Tiempo de ocio
- Seguridad
- Seguridad económica
- Movilidad
- Inclusión social
- Educación
- Áreas verdes y espacio público
- Cohesión social
- Salud
- Suelo y vivienda

Entre los resultados que arrojaron fueron que la parroquia con mejor calidad de vida es Iñaquito con un ICV de 73,086, mientras que la parroquia Lloa fue la que obtuvo el menor ICV que fue de 54,4774. En promedio el ICV es de 65.3585. (Instituto de la Ciudad de Quito, 2015)

3.2 Edentulismo

Si bien no perjudica nuestra vida, la pérdida dental, o edentulismo, afecta significativamente a una persona. Esta afectación provoca limitación social, psicológica, funcional y afecta la calidad de vida, así también la salud general en una persona.

Las últimas décadas de la vida van seguidos de varios cambios corporales, sentimentales y cambios en el entorno que alteran el bienestar general. Los adultos de edad avanzada, especialmente en países subdesarrollados que afronta una desigualdad. La mayor parte presenta dificultades para sustentarse debido a las condiciones económicas, nivel instructivo, acceso a la salud, entre otras. Lastimosamente en este período de la vida son más propensos a presentar edentulismo.

Según Alan B. Carr, el edentulismo es “la pérdida parcial o total o la ausencia parcial de las piezas dentales, y la etiología puede ser adquirida o congénita. Los pacientes que presentan edentulismo congénitos total se manifiestan por síndromes congénitos muy complicados y en general, esto no factible con la vida. En los pacientes edéntulos adquiridos, se da a lo largo de la vida y la pérdida dental presenta varias causas, por lo que el edentulismo adquirido es más comunes, y está relacionado a enfermedades como la enfermedad periodontal, traumatismos y caries” (Alan Carr, 2006).

La ausencia de piezas dentales tiene un gran impacto sobre cada persona, no solo afecta al sistema estomatológico, también aqueja psicológicamente y físicamente

3.2.1 Causas de la pérdida dental:

La caries y la patología periodontal son los principales causantes de la pérdida dental (Medina-Solís, 2013).

3.2.1.1 Caries dental

La caries es una patología que frecuentemente perjudica a toda la población. Se estima que de los escolares el 60% - 90% presenta esta patología, mientras que el 100% de los adultos en todo el mundo lo presenta (Organizacion Mundial de la Salud, 2012).

La caries dental según la OMS, la define como una patología de etiología multifactorial que empieza en seguida de la erupción dental, estimulando la degeneración del esmalte dentario y aumenta, incluso llega a formar una cavidad (Organizacion Mundial de la Salud, 2004).

Uno de los factores principales causantes de la caries es el huésped que en este caso son las bacterias que se hallan en la boca como el streptococcus

mutans, estos son los responsables de la destrucción de los tejidos dentales, actúan sobre otro factor dieta que son los carbohidratos fermentables causando un proceso de desmineralización sobre el esmalte y esto más el factor tiempo provocará destrucción total del diente por consiguiente habrá una pérdida dental.

El primer molar permanente tiene mayor prevalencia a perderse por su anatomía y son los primeros en erupcionar lo cual están más tiempo expuestos a ácidos y provocaría caries en la pieza. Según M.C Morales Chavez en su estudio realizado en Venezuela sobre “Prevalencia de caries y pérdida de primeros molares permanentes”, con un ejemplar de 385 infantes de nacionalidad venezolana, el 3% presentaron ausencia del primer molar permanente, mientras que el 55% presentan caries en el 1MP. Esto nos indica que la caries dental está relacionada con el primer molar definitivo y que es el primer diente en perderse (Chavez, 2010).

3.2.1.2 Enfermedad periodontal

La periodontitis es una enfermedad de etiología infecciosa y que aparece de forma crónica y el desarrollo produce la destrucción y pérdida del soporte de los tejidos periodontales de los dientes.

Según Lindhe la periodontitis es la destrucción del hueso que rodea al diente, este irá perdiendo soporte y provocando movilidad y posteriormente pérdida. (Lindhe, 2009).

La primera etapa es la gingivitis que se presenta como inflamación de los tejidos blandos (encías) por acumulación de placa bacteriana, lo cual provoca sangrado, si esta etapa sigue avanzando provocará una periodontitis. Pero no siempre la gingivitis llevará a una periodontitis, esto involucrará otros factores. La enfermedad periodontal está presente en forma moderadamente alta, en un estudio en Cuba, de 426 pacientes entre edades de 15 a 59 años, el 65.4%

presenta enfermedad periodontal (Hernández, 2011). Esto nos indica que más de la mitad presenta esta patología.

En cuanto a la pérdida dental y la enfermedad periodontal en un estudio de 161 pacientes el 73.3% presentaba pérdida de dientes y un 70% presenta pérdida de inserción periodontal, esto nos indica que la pérdida dental y la patología periodontal están asociadas. (Mirna Minaya-Sánchez, 2010).

Factores de Riesgo

- **Tabaco:** Uno de los factores más característicos asociados con el avance de la enfermedad periodontal es fumar. Esta práctica o emplear productos base del tabaco puede reducir el resultado de los tratamientos.
- **Cambios hormonales:** Las encías se vuelven más sensibles y aceleran el progreso de la enfermedad periodontal.
- **Diabetes:** Personas que presentan diabetes poseen un alto riesgo de que las infecciones aumenten, como la periodontitis.
- **Estrés:** La presencia de estrés en nuestro cuerpo hace que la lucha contra las infecciones sea más difícil.
- **Medicamentos:** Algunos medicamentos consiguen influir en la salud oral y perjudican el tratamiento dental. Varios fármacos como diurético, analgésicos y antihistamínicos, fármacos antidepresivos e hipertensión provocan efectos secundarios como xerostomía, alteración del gusto, cambios en los tejidos blandos y la hiperplasia gingival. (Lindhe, 2009)

3.2.1.3 Traumatismos:

Según el estudio de Martha Cristina Ramírez Díaz realizado en Ciego de Avila, Cuba, el 1.1% de los 2609 dientes perdidos fueron a causa de traumatismos (Ramírez, 2008). Aunque no sea un número alto se debe considerar ya que es uno de los causantes de la pérdida dental.

Los incisivos centrales superiores son las principales piezas dentales afectadas, debido a que estos se encuentran más vestibularizados en la arcada dental (Concepción, 2013). La causa más común son las caídas (26% al 82%), seguidas de las lesiones deportivas, predominantemente el ciclismo y un 25% son debidos a luchas y empujones, principalmente agresiones. (Herrada, 2012)

3.2.2 Efectos de la pérdida dental:

3.2.2.1 Efectos a nivel bucal:

La pérdida dental se produce con mayor frecuencia en la arcada inferior, con más reiteración en la zona posterior que la anterior, esto provoca que la arcada inferior sea más ancha y una arcada superior más estrecha

La encía sufre cambios con la pérdida dental, la encía insertada del hueso alveolar se transforma a una mucosa con menos queratina lo que facilita los traumatismos en esta zona a Los estudios anteriores nos indican que el primer molar permanente es la primera pieza en perderse. La ausencia de esta pieza nos provoca varios efectos como:

Desviación dentaria

Con la pérdida de esta pieza todo nuestro desarrollo de la oclusión se altera, los dientes proximales empiezan a presentar rotaciones o desviaciones. Los premolares tienen más frecuencia de presentar estos movimientos. (Nakata Minoru, 1992)

Disminución de la función local.

En la masticación la eficacia se reduce, debido a que se produce una inestabilidad de la función de la masticación, en el que los alimentos se traslada a la parte opuesto de la boca donde se encuentran las piezas dentales

completas, esto provocara una inflamación gingival y futuras enfermedades periodontales. (Nakata Minoru, 1992)

Extrusión del diente antagonista

Por la ausencia del primer molar el diente antagonista realizara una erupción rápida y por no tener el diente opuesto la pieza quedara extruida. (Nakata Minoru, 1992)

Otra alteración que provoca la pérdida dental es la disminución del grosor de la cresta ósea ya sea en altura como en ancho.

Pérdida de dimensión vertical

La dimensión vertical es una relación maxilomandibular que se ve alterada por la pérdida dental; de hecho, para la rehabilitación integral del sistema estomatognático, un punto clave en el diagnóstico y plan de tratamiento es determinar si un paciente edéntulo ha disminuido su DV, teniendo en cuenta que la misma influye notoriamente en la plenitud facial al alterar el tercio inferior de la cara.

Efectivamente, en Odontología la DV es la medida en el plano frontal entre dos puntos arbitrarios localizados uno encima y otro por debajo del borde oral, es decir, las dimensiones verticales específicas del rostro.

La dimensión vertical se puede presentar de dos formas:

- **Dimensión vertical disminuida:** Se da cuando se reduce la distancia vertical entre la mandíbula y el maxilar por modificaciones de las piezas dentarias, sus posiciones, o bien a través de la reabsorción del reborde alveolar o residual.
- **Dimensión vertical aumentada:** viene a ser el aumento de la distancia vertical entre la mandíbula y el maxilar a través de modificaciones de las

piezas dentarias: de las posiciones, de la cara oclusal y/o palatinas.
(Martin, 2006)

Sin embargo, debe resaltarse que la DV aumentada, suele darse en sujetos en desarrollo, mientras que la disminuida es típica de las personas edéntulas.

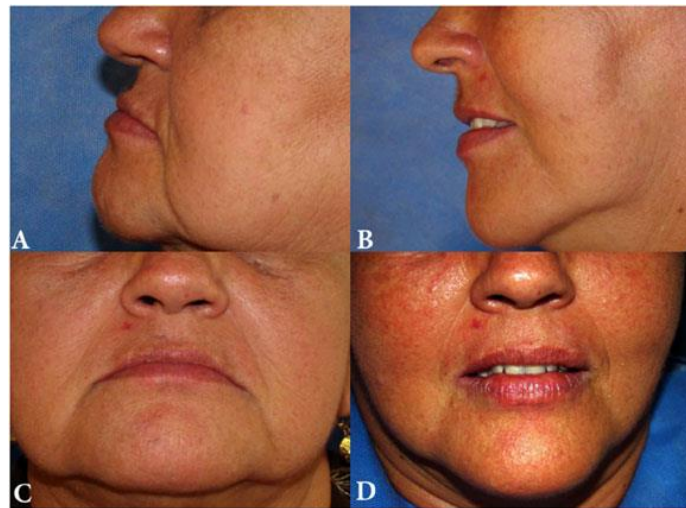


Figura 1. Dimensión Vertical en Desdentados.
Tomado de: Ramírez (2013)

Otros efectos provocados por la disminución de la DV son: a) Rotación del mentón, b) Profundización de los surcos nasogenianos, c) Tendencia al prognatismo, d) Pérdida del tono labial. (Hernandez, 2006)

3.2.3.2 Efectos de la pérdida dental a nivel orgánico:

Deficiencia masticatoria

La masticación es considerada como un acto funcional, la masticación forma parte del proceso continuo de alimentación, precede a la deglución y no es un fin en sí misma. La interacción de estos dos aspectos de la alimentación, distintos pero coordinados, indica que una vez completada y terminada la masticación se inicia la deglución. A pesar de que la secuencia masticación-deglución es obvia, su interacción no es demasiado conocida, y es de sumo

interés cuando se juzga necesario el empleo de una prótesis parcial removible. La masticación entraña dos actividades sencillas, pero bien sincronizadas: la división del alimento por la fuerza aplicada, y la manipulación selectiva de la lengua y mejillas para separar las partículas gruesas y conducir las a las zonas oclusales de las piezas dentales para su sucesiva trituración. La fase inicial de división y desmenuzamiento comprende el proceso de selección que es la posibilidad de que una partícula se sitúe entre los dientes en la posición ideal para ser dividida y triturada, según el grado de fragmentación que requiera la partícula seleccionada. El tamaño, forma y textura de las partículas alimenticias proporcionan los estímulos sensoriales que deciden la configuración y el área de cada golpe masticatorio. En la masticación eficaz las partículas más grandes se reducen selectivamente de tamaño con más rapidez que las más finas. Por consiguiente, el proceso de la masticación está muy influenciado por factores que dependen de la habilidad física para reducir el alimento y para controlar el proceso de reducción a través de medios sensoriales

Existe una estrecha unión de la eficacia masticatoria con el número de dientes en oclusión en los individuos que conservan sus dientes, que indicaría una variabilidad en la selección de partículas, que dependería de los dientes en contacto. Las mediciones revelan gran variabilidad funcional en pacientes con un número similar de dientes en contacto, e incluso se observa una variabilidad mayor en poblaciones con mayor pérdida de dientes.

Puesto que el área de contacto oclusal guarda una estrecha relación con la actividad masticatoria, no es raro que la pérdida de los molares suponga un mayor impacto, puesto que los molares tienen un área de contacto oclusal muy grande. Así se ha podido demostrar que los individuos con pérdida de molares requieren más golpes masticatorios y es mayor el tamaño de las partículas antes de la deglución

Entonces cuanto mayor sea la habilidad masticatoria estrechamente relacionada, a su vez con el área de contacto oclusal, mejor será la reducción

que el alimento alcanzara en el umbral de deglución. Por el contrario, la disminución de la habilidad masticatoria se reflejará en un mayor tamaño de las partículas en el umbral de deglución, lo que ocasiona que los alimentos que llegan al estómago no estén lo suficiente pequeños para que el proceso de digestión se facilite y provoque una pérdida de sustentos. Se sabe la digestión adecuada consiste en masticar los alimentos de 15 a 20 veces, si no se realiza correctamente, la asimilación del bolo alimenticio será incorrecta. Esto provocará que los nutrientes de los intestinos se absorban y posteriormente causen dificultades nutricionales, al igual que problemas digestivos como gastritis, colitis, estreñimiento. (Moreira, 2011)

Al adulto mayor se le dificulta realizar una correcta masticación ya sea por las piezas ausentes o por la prótesis que utiliza, por eso ello procura comer alimentos fáciles de masticar, lo cual produce un déficit de nutrición

Deficiencia nutricional

En la vida del ser humano es importante la alimentación y el consumo de nutrientes. La buena alimentación es un factor importante con relación al estado de salud, así como la mala nutrición y la sobrealimentación provoca riesgos en el organismo. Algunas pruebas muestran que los ancianos presentan un alto riesgo con relación a la nutrición, y que provoca deficiencias nutricionales que van aumentando con la edad (Castro, 2010).

Según Mata (2008), La mala nutrición que es la falta, abundancia o desequilibrio en el consumo de nutrientes, proteínas o energía, que también está relacionado con el termino de sobrealimentación. La mala nutrición es provocada por el consumo de alimentos que no son suficientes para brindar la energía necesaria a nuestro organismo, una mala absorción y un mal uso de los nutrientes ingeridos, que facilitara la pérdida de peso. Y la palabra sobrealimentación describe a una ingesta superior de alimentos que sobrepasa las necesidades de energía, y produce aumento de peso.

En la senectud se origina cambios fisiológicos, caso de variaciones en el peso, la talla y en la composición corporal, a la vez que numerosos cambios en la cavidad oral; éstos pueden ser la expresión del envejecimiento propiamente dicho, o como consecuencia de unas necesidades acumuladas a lo largo de la vida por efectos fisiológicos, patológicos, iatrogénicos y traumáticos de la cavidad bucal.

Como se habló antes de la disminución en la función masticatoria, que a menudo no se tiene en cuenta, ésta es responsable de la selección de la comida por el paciente, induciendo unas prácticas alimentarias fijadas como la ingesta de alimentos blandos y cómodos para masticar, lo que produce limitaciones dietéticas y comprometen el estado nutricional de los ancianos; además el mal estado bucodental es considerado un indicador menor dentro de los signos de malnutrición.

Con una mala salud dental y una reducción de la función masticatoria, los adultos empiezan a consumir alimentos suaves, mientras que los duros lo van sacando de la dieta diaria, y esto tiene una alta cantidad de fibras y proteínas, lo que produce una mala alimentación (Borges, 2003).

Alteración psicológica

Varias investigaciones han demostrado que, en la boca, los dientes tienen una gran importancia a nivel social y cultural. Algunas personas que han presentado pérdida dental parcial o total, sin importar la razón, presentan limitaciones como la interacción, por el miedo a lo que piensen las demás personas por la falta de dientes. Por lo que la mayoría de individuos se sienten incómodos por la falta de cuidado de su salud oral. Así que el edentulismo perjudica las habilidades sociales de cada uno en relación a su entorno, esto les provoca una autoestima baja y vergüenza por la falta de cuidado de su salud oral. (Esquivel, 2008)

3.3 Pérdida de los dientes y edad:

Según Alan B. Carr (2006), la pérdida de piezas dentales tiene relación con el aumento de la edad. También la pérdida de dental depende de la ubicación del maxilar, por lo que los maxilares presentan mayor pérdida que en la mandíbula. Así mismo la pérdida de dientes en la zona posterior presenta mayor acentuación que la zona anterior.

En un estudio realizado en Cuba a una escuela se obtuvo como respuesta que a los 12 años los niños con un 31.7% del estudio presentaban ausencia del primer molar inferior. También el 60.9% de los niños presentaba una higiene oral inadecuada, esto nos indica que es el factor principal de la pérdida dental temprana. Además el estudio arrojó que el 87.8% de los infantes estudiados presentaban una dieta que facilita la producción de caries (Martín, 2013).

Con estos resultados se puede asociar que la inadecuada higiene oral con una dieta cariogénica son los factores principales para que se produzca la caries dental que es el principal factor de la pérdida dental.

Como odontólogos sabemos que la pérdida dental implica más que estética, puede ocasionar la destrucción del esqueleto facial y la distorsión morfológica del tejido blando con la consecuente alteración de la función que es esencial para nuestro organismo. El edentulismo causa problemas con relación a la función, deglución y fonación, conflictos con el proceso masticatorio, provocando más enfermedad como la mala nutrición, déficit de hierro y problemas digestivos.

3.4 Tipos de edentulismo

Actualmente la clasificación establecida por el Dr. Edward Kennedy en 1925 es la más utilizada, las clasificaciones la representaron en arcos parcialmente desdentados y tiene cuatro clases, según su prevalencia la Clase I es la más

prevalente, mientras que la Clase IV presenta menor prevalencia. A cada clasificación según el número de espacios edéntulos son llamados espacios de modificación.

En cuanto a las clasificaciones V y VI, Applegate las creo en 1960 aunque son las menos frecuentes.

- Clase I.- Presencia de espacios edéntulos bilaterales en la zona posterior a los dientes presentes (extremo libre bilateral).

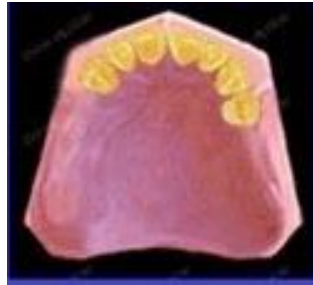


Figura 2. Clase I

Tomado de: Bastidas, 2014

- Clase II.- Presencia de un espacio edéntulo unilateral en la zona posterior a los dientes presentes (extremo libre unilateral).



Figura 3. Clase II

Tomado de Bastidas, 2014

- Clase III.- Presencia de un espacio edéntulo unilateral en la zona posterior con dientes presentes adelante y atrás al espacio edéntulo.



Figura 4. Clase III

Tomado de: Bastidas, 2014

- Clase IV.- Presencia de un espacio edéntulo en la zona anterior y se encuentra bilateral a los dientes presentes. Este espacio edéntulo anterior debe presentarse a los lados de la línea media.

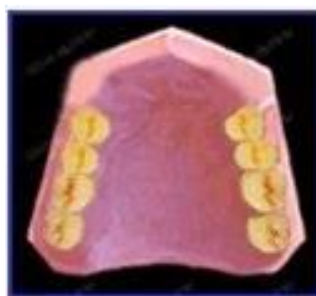


Figura 5. Clase IV

Tomado de: Bastidas, 2014

- Clase V.- Presencia de un amplio espacio edéntulo, que se encuentra definida por dos dientes en la zona posterior.

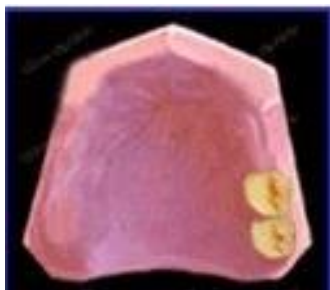


Figura 6. Clase V

Tomado de: Bastidas, 2014

- Clase VI. - Presencia de un espacio edéntulo delimitada por dientes anteriores.



Figura 7. Clase VI

Tomado de: Bastidas, 2014

Para completar estas clases, Applegate manifestó reglas para la Clasificación de Kennedy, así se facilita la identificación de los edéntulos parciales.

- 1) Indica la realización de exodoncias antes de realizar la clasificación, para así evitar alteraciones.
- 2) Si el tercer molar está ausente, esa área edéntula no se considerará en la clasificación.
- 3) Si el tercer molar va a ser usado como pilar, este deberá ser incluido en la clasificación.
- 4) Si el segundo molar y su antagonista están ausentes y no van a ser restituido esta zona edéntula no deberá considerarse en la clasificación.
- 5) Las zonas edéntulas más posteriores darán la clasificación
- 6) Zonas edéntulas adicionales a la clasificación son denominadas como “modificaciones” de la Clase.
- 7) La prolongación del espacio de la modificación no es considerada sino, el número de zonas edéntulos extras.
- 8) La clase IV no presenta modificaciones. (Loza, 2012)

3.5 Situación del edentulismo a nivel mundial

Un estudio realizado en varios países como China, Ghana, India, México, Rusia y Sudáfrica por (Peltzer, 2014), se obtuvo como resultado que la prevalencia general del edentulismo fue del 11,7%, mientras que India, México y Rusia presentan tasas de prevalencia más altas (16,3% -21,7%) que China, Ghana y Sudáfrica (3,0% -9,0%). Se cree que en Sudáfrica la razón principal para que presenten bajo índice de edentulismo es por el reducido consumo de azúcares en comparación con países industrializados.

3.6 Situación del edentulismo en el Ecuador

Un estudio realizado en de 63 pacientes edéntulos parciales atendidos en un centro educativo de Guayaquil en el periodo 2013-2014, manifestó que el

maxilar con mayor pérdida de piezas es el inferior que corresponde al 58% de los casos, mientras que el maxilar superior representa el 42%.

Si hablamos de la clasificación de Kennedy en el maxilar superior la clase III es más frecuente, continua con la clase IV, siendo la clase II la menos frecuente. Esto puede ser porque la pieza que se pierde más temprano es el primer molar ya sea por caries y por la exposición temprana de diente en la boca. En el maxilar inferior la clasificación que más prevalece es clase I, por lo que confirma que los primeros molares inferiores son los primeros en perderse. En cuanto a la modificación más frecuente en el maxilar superior se encontró que es la modificación 2 seguido de la modificación 1. Y en el maxilar inferior fue la modificación 1. (García, 2015)

3.7 Como intervienen los dientes en la belleza

La estética en la salud y en la odontología ha tenido una gran importancia en los últimos años, así como la forma en que se ofrezca el tratamiento y el trato al paciente son considerados importantes para la comodidad bienestar del individuo.

Cada día el tratamiento dental se hace más fácil, por la introducción de nuevos materiales igualmente con las técnicas, por lo que ahora el estomatólogo presenta una gran responsabilidad en cuanto a mejorar el aspecto dental del paciente, y así presentara mayor confianza emocional y física del paciente.

La pérdida dental provoca un gran impacto estético, algunas veces son más negativos para el paciente que la función del mismo. La pérdida de dientes anteriores repercute sobre nuestro desempeño social y laboral. Y mientras que la pérdida dental se extensa, el reborde alveolar presentará cambios que alteraran el aspecto facial provocando disminución vertical oclusal por la pérdida de altura facial, el soporte labial.

Un estudio realizado en Cuba sobre las afecciones estéticas, los 110 pacientes encuestados de los resultados que se obtuvieron fueron que la zona de la cara más observada por los dos sexos son los dientes, lo que puede expresar por qué la gente busca restaurar con sentido estético y la segunda región más observada son los ojos. También manifestaron los pacientes que cuando presentan una afección estética en los dientes, estos prefieren no realizar conversaciones con conocidos, esto nos muestra que los dientes tienen una gran influencia no solo sobre la salud sino en el medio social. (Baxter, 2001)

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar la influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas en octubre 2016.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar el impacto de la salud bucodental sobre la calidad de vida en los pacientes de edad entre los 18 a 80 años que acudieron a la clínica odontológica de la universidad de las Américas en octubre 2016.
- Determinar el tipo de edentulismo que presentan los pacientes entre 18 a 80 años.
- Determinar la localización del edentulismo que presentan los pacientes entre 18 a 80 años.
- Conocer las consecuencias que puede provocar el edentulismo, en nuestro sistema estomatognático.
- Relacionar la calidad de vida con la salud bucodental

5 HIPÓTESIS:

Se cree que el edentulismo está directamente relacionado con la calidad de vida.

6 METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Fue un estudio descriptivo, transversal, observacional

6.2 Universo de la muestra

6.2.1 Población

Esta investigación se llevará a cabo en pacientes que acuden a la Clínica Odontológica Integral de la Universidad de las Américas, ubicada en el campus de la Colón. Dirección: Av. Colon y 6 de diciembre. La población comprende de 3500 pacientes que acuden a la clínica semestralmente.

6.2.2 Muestra:

Se utilizó la fórmula:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Ecuación 1

En el cual,

k= constante que dara el nivel de confianza. La mayor parte se utiliza 1,96 (NC = 95%)

N= Población

p= porcentaje de personas que presentan esa característica del estudio.

q= porcentaje de personas que no presentan esa característica.

e= es la falla muestra deseado.

n= tamaño de la muestra

Tabla 1: Calculo de la muestra.

Nivel de Confianza (NC)	95%
Población (N)	437
Proporción (p)	0,8
Error deseado (e)	5,0%

Constante (k)	1,96
Proporción (q)	0,2

Tamaño de la Muestra es:	158
---------------------------------	-----

6.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Hombre y mujeres con edentulismo parcial o total
- Paciente de 18 a 80 años
- Pacientes que acudan a la clínica odontológica
- Pacientes que posean una historia clínica

Criterios de exclusión

- Pacientes con pérdida dental por traumatismos o por tratamientos sistémicos.

6.3 Descripción del método

Previo a la toma de la muestra se realizó una Solicitud de autorización a la coordinación del Centro odontológica de la Universidad de las Américas [Anexo 3]. Cada paciente deberá aceptar el consentimiento informado [Anexo 4] donde explicaremos cuáles serán los objetivos de nuestro estudio y con qué finalidad lo estamos realizando, luego se procederá con la recopilación de información.

Para evaluar el edentulismo se utilizará la historia clínica del paciente para poder registrar. Se aplicó el método de recolección de datos mediante la encuesta Oral Health Impact Profile, forma reducida (OHIP-14) [Anexo 3], establecido por Slade (1997) y autorizado en Brasil por SILVA (2000). El Perfil de Impacto de la Salud Bucal es un herramienta utilizada para medir niveles de afectación sobre el bienestar, está conformado por 14 preguntas, en el que valora cinco aspectos psicosociales (Locker D, 2001). Los datos recolectados brindarán información sobre el impacto provocado en la salud bucal y que examina para saber si el paciente presenta alguna afectación en los últimos 12 meses, con problemas relacionados a los dientes, boca o prótesis.

La valoración de la encuesta OHIP 14 fue calculado mediante conteo de todos los resultados obtenidos por los pacientes. La valoración máxima para cada pregunta es de tres y la valoración mínima es uno. El valor máximo que cada encuesta alcanzará será de 42 puntos. Los resultados fueron divididos en 2 grupos dependiendo de la respuesta, el primero fue con puntuación menor a 21, grupo donde no presenta ningún impacto, y el segundo grupo con resultados mayores a 21 que nos indica mayor impacto. Si los resultados presentan una valoración alta en la encuesta OHIP 14, los problemas bucales serían más notorios y la calidad de vida estaría afectada. En cuanto a la tabulación de los resultados, se realizó tablas y gráficos dependiendo de las variables que se investigaron

7 RESULTADOS

Información Personal:

Pregunta N° 1 Género

Tabla 2: Género.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	105	66%
Masculino	53	34%
Total	158	100%

1. Genero

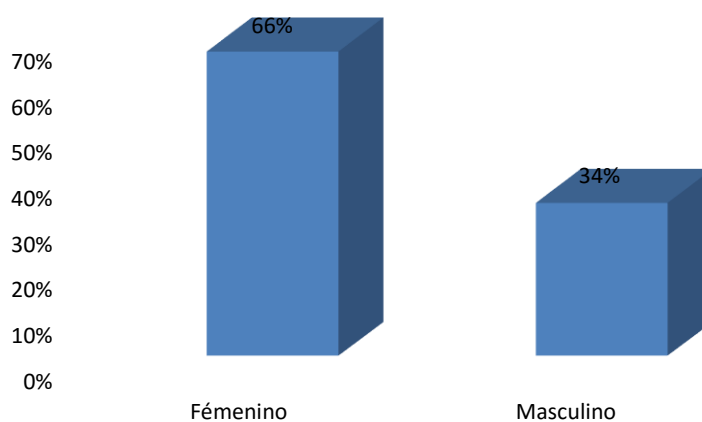


Figura 8: Sexo

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 66% equivalente a 105 personas son de sexo femenino, y un 34% correspondiente a 53 personas son de sexo masculino.

Pregunta N° 2 Sector donde vive

Tabla 3: Sector donde vive.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Norte	70	44%
Sur	36	23%
Centro	27	17%
Valle	25	16%
Total	158	100%

2. Sector donde vive

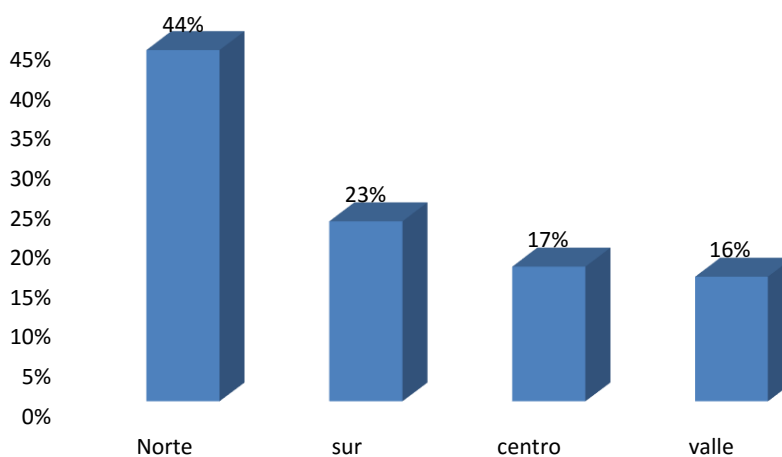


Figura 9: Sector donde vive.

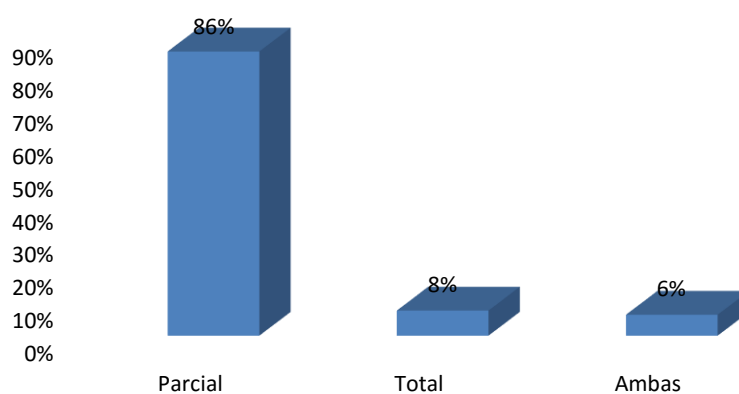
Análisis

Del total de personas encuestadas, un 44% equivalente a 70 personas viven por el Norte, un 23% correspondiente a 36 personas viven por el Sur un 17% equivalente a 27 personas viven por el Centro y un 16%, es decir, 25 personas viven por el Valle.

Pregunta N° 3 Tipo de edentulismo**Tabla 4:** Tipo de edentulismo

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Parcial	136	86%
Total	12	8%
Ambas	10	6%
Total	158	100%

3. Tipo de edentulismo

**Figura 10:** Tipo de edentulismo.**Análisis**

Del total de personas encuestadas, un 86% equivalente a 136 personas padecen un tipo de edentulismo parcial, un 8% correspondiente a 12 personas padecen un tipo de edentulismo total, un 6% equivalente a 10 personas padecen ambas.

Pregunta N° 4 Localización del edentulismo

Tabla 5: Localización del edentulismo

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ambas	113	72%
Superior	21	13%
Inferior	24	15%
Total	158	100%

4. Localizacion del edentulismo

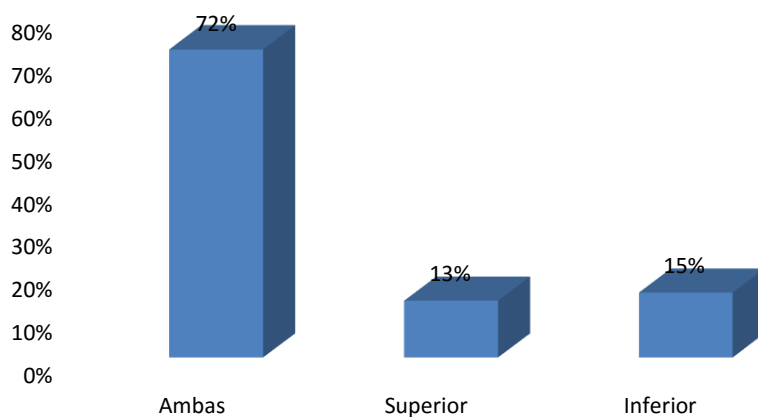


Figura 11: Localización del edentulismo

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 72% equivalente a 113 personas dijeron que sufren de edentulismo inferior y superior, un 13% correspondiente a 21 personas manifestaron que sufren de edentulismo superior y un 15% equivalente a 24 personas dijeron que sufren de edentulismo inferior.

Perfil de impacto en la Salud Oral (OHIP-14)

Pregunta N° 1: ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?

Tabla 6: Dificultad para pronunciar palabras.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	3%
A veces	23	15%
Nunca	130	82%
Total	158	100%

1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?

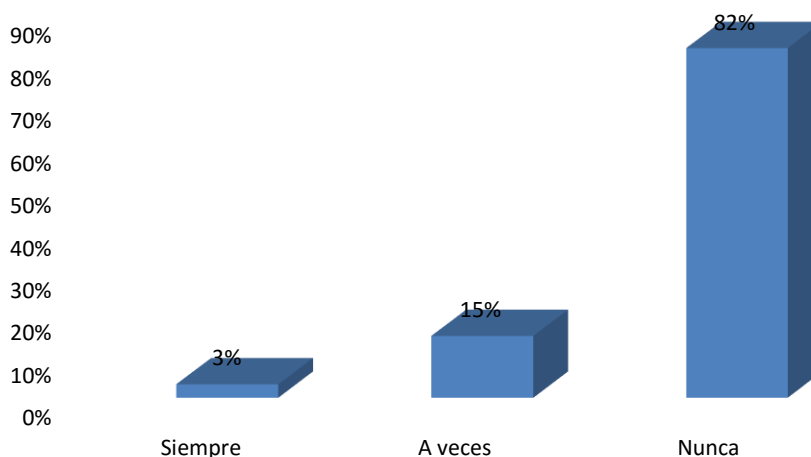


Figura 12: Dificultad para pronunciar palabras.

Análisis

Del total de 158 personas encuestadas equivalentes al 100%, 130 personas pertenecientes al 82% manifestaron que nunca han tenido dificultad para pronunciar palabras, mientras que 23 personas, es decir, un 15% indicaron que a veces han tenido dificultad para pronunciar palabras, 5 personas equivalente a un 3% dijeron que siempre han tenido dificultad para pronunciar palabras.

Pregunta N° 2: ¿El sabor de sus alimentos ha cambiado?

Tabla 7: Sabor de los alimentos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	5%
A veces	15	9%
Nunca	135	85%
Total	158	100%

2. ¿El sabor de sus alimentos ha cambiado?

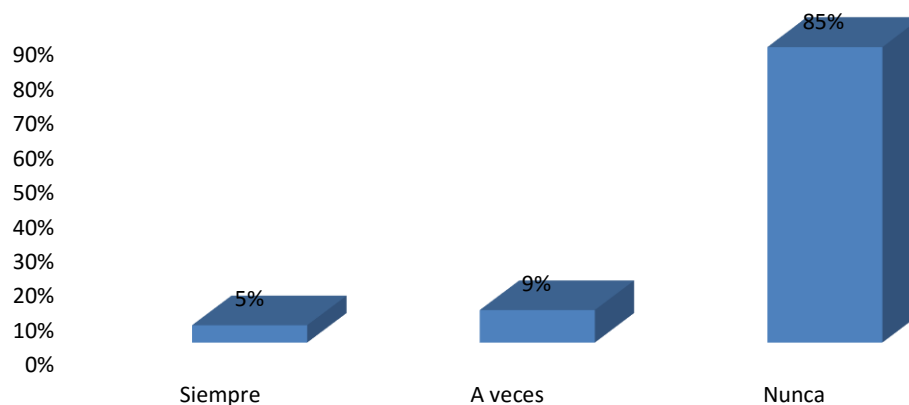


Figura 13: Sabor de los alimentos.

Análisis

Del 100% equivalente al total de las personas encuestadas, 135 personas pertenecientes al 85% manifestaron que el sabor de los alimentos no ha cambiado, mientras que 15 personas, es decir, un 9% indicaron que el sabor de los alimentos ha cambiado en algunas ocasiones, 8 personas equivalente a un 5% dijeron que el sabor de los alimentos si ha cambiado.

Pregunta N° 3: ¿Ha sentido dolor en su boca?

Tabla 8: Dolor Bucal.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	5%
A veces	63	40%
Nunca	87	55%
Total	158	100%

3. ¿Ha sentido dolor en su boca?

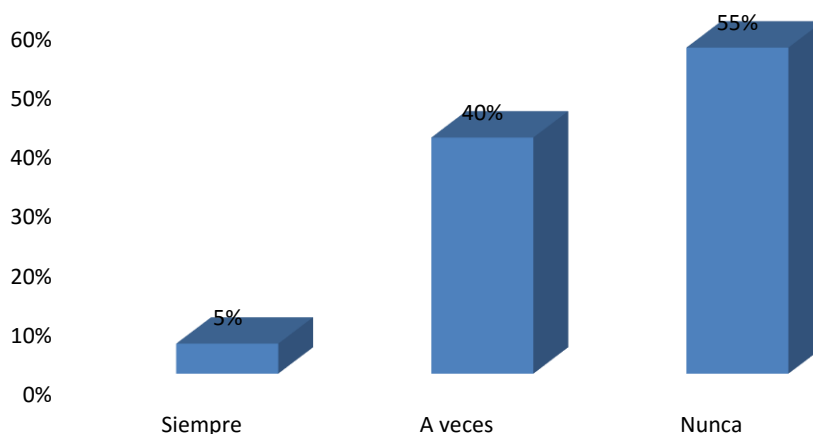


Figura 14: Dolor Bucal.

Análisis

Del total de personas encuestadas, 87 personas pertenecientes al 55% manifestaron que nunca ha sentido dolor en la boca, mientras que 63 personas, es decir, un 40% indicaron que a veces ha sentido dolor en la boca y solo un 5% equivalente a 8 personas han sentido dolor en la boca.

Pregunta N° 4: ¿Ha presentado molestia al comer?

Tabla 9: Molestia al comer.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	15%
A veces	70	44%
Nunca	65	41%
Total	158	100%

4. ¿Ha presentado molestia al comer?

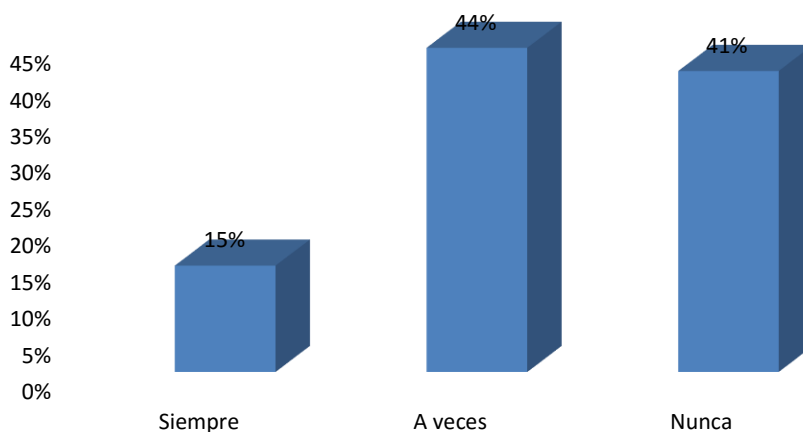


Figura 15: Molestia al comer.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 44% equivalente a 70 personas indicaron que a veces siente molestias al momento de comer, mientras que 65 personas correspondientes al 41% dicen que nunca han sentido molestias al momento de comer y por último 23 personas, un 15% dijeron que siempre sienten molestias al momento de comer.

Pregunta N° 5: ¿Le preocupan los problemas con su boca?

Tabla 10: Problemas Bucales.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	83	53%
A veces	47	30%
Nunca	28	18%
Total	158	100%

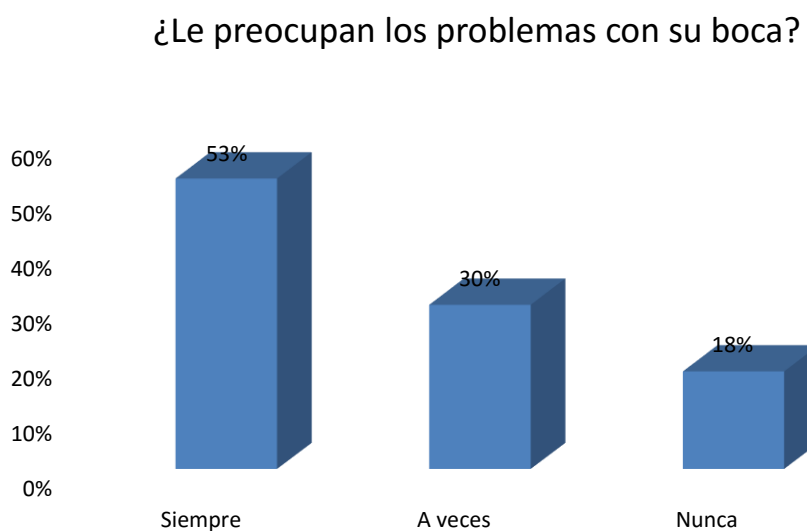


Figura 16: Problemas Bucales.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 53% equivalente a 83 personas manifestaron que, si les preocupan los problemas con su boca, mientras que un 30% correspondiente a 47 personas indicaron que a veces les preocupan los problemas con su boca y un 18% equivalente a 28 personas admitieron nunca haber sentido preocupación con los problemas de su boca.

Pregunta N° 6: ¿Se ha sentido estresado?

Tabla 11: Estrés.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	26	16%
A veces	51	32%
Nunca	81	51%
Total	158	100%

¿Se ha sentido estresado?

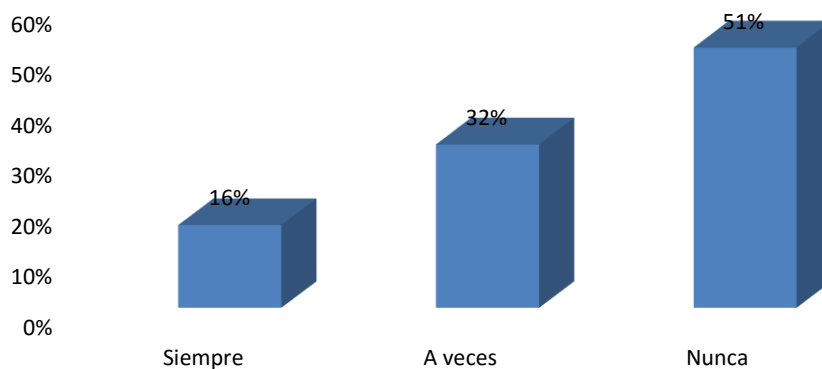


Figura 17: Estrés.

Análisis

Del número total de personas encuestadas, un 51% equivalente a 81 personas indicaron que nunca ha sentido estrés, el 32% correspondiente a 51 personas manifestaron que a veces ha sentido estrés y un 16% equivalente a 26 personas dijo que siempre siente estrés.

Pregunta N° 7: ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?

Tabla 12: Cambio de alimentos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	7%
A veces	39	25%
Nunca	108	68%
Total	158	100%

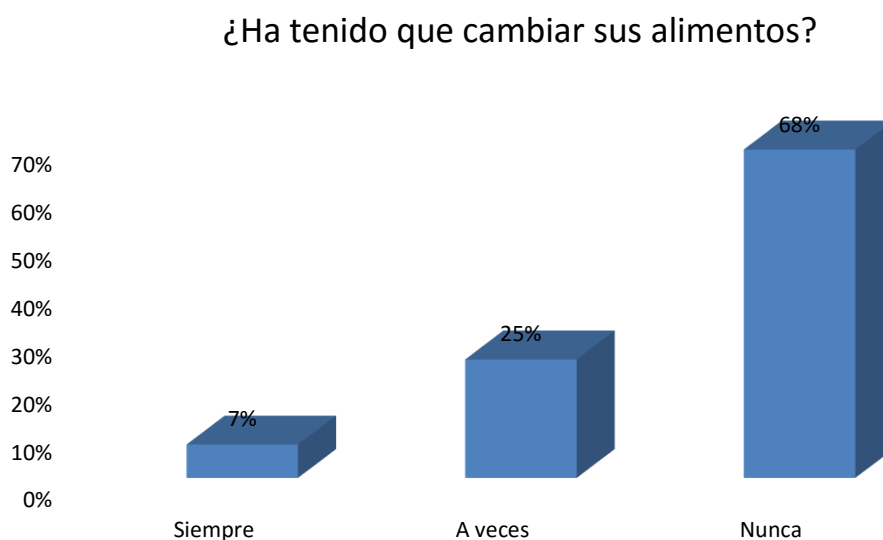


Figura 18: Cambio de alimentos.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 68% equivalente a 108 personas indicaron que no han tenido que cambiar sus alimentos, mientras que un 25% correspondiente a 39 personas manifestaron que han tenido que cambiar sus alimentos en algunas ocasiones y por último un 7%, es decir, 11 personas admitieron que han cambiado totalmente sus alimentos.

Pregunta N° 8: ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?

Tabla 13: Interrupción de alimentos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0%
A veces	42	27%
Nunca	116	73%
Total	158	100%

¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?

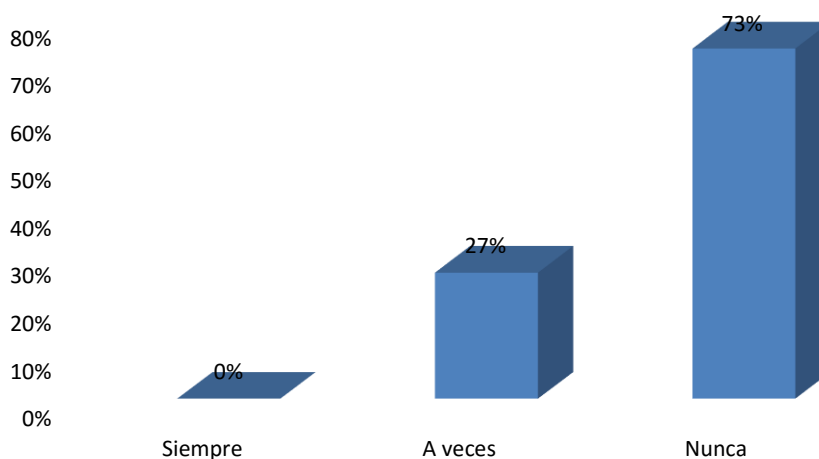


Figura 19: Interrupción de alimentos.

Análisis

Del total de personas encuestadas, 116 personas pertenecientes al 73% manifestaron que nunca han interrumpido sus alimentos, mientras que 42 personas, es decir, un 27% indicaron que a veces han interrumpido sus alimentos.

Pregunta N° 9: ¿Ha encontrado dificultad para descansar?

Tabla 14: Dificultad para descansar.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	2%
A veces	21	13%
Nunca	134	85%
Total	158	100%

¿Ha encontrado dificultad para descansar?

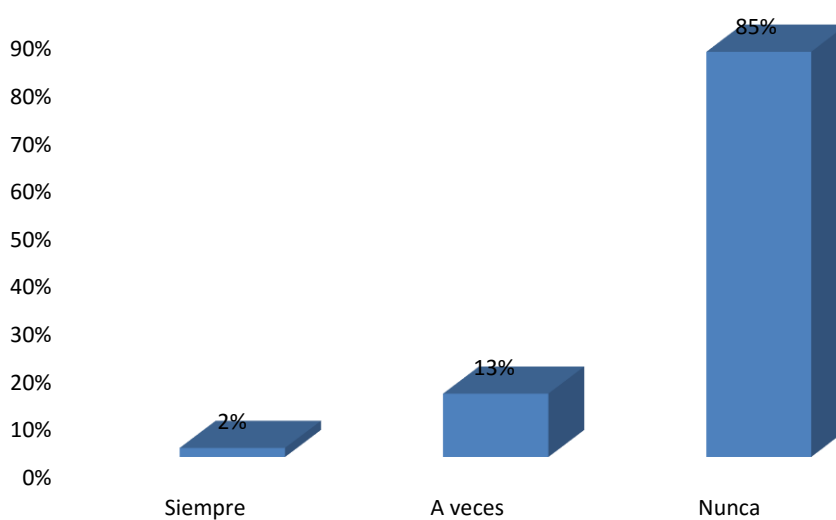


Figura 20: Dificultad para descansar.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 85% equivalente a 134 personas indicaron que nunca han sentido dificultad para descansar, mientras 21 personas correspondientes al 13% manifestaron que a veces han tenido dificultad para descansar, el 2%, es decir, 3 personas dijeron que siempre tienen la dificultad para descansar.

Pregunta N° 10: ¿Se ha sentido avergonzado por la falta de dientes?

Tabla 15: Falta de dientes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	30	19%
A veces	44	28%
Nunca	84	53%
Total	158	100%

¿Se ha sentido avergonzado por la falta de dientes?

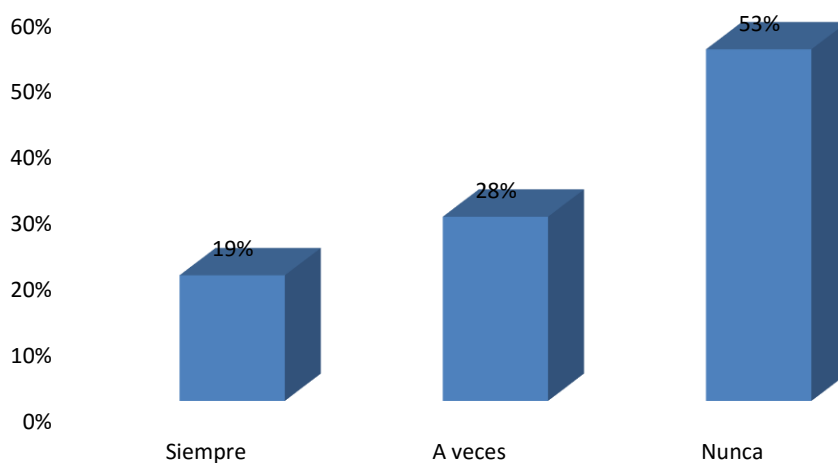


Figura 21: Falta de dientes.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 53% equivalente a 84 personas indicaron que nunca se han avergonzado por la falta de dientes, mientras un 28% correspondiente a 44 personas manifestaron que a veces se han avergonzado por la falta de dientes y por último 19% correspondientes a 30 personas dijeron que siempre se avergüenzan por la falta de dientes.

Pregunta N° 11 ¿Ha estado irritable debido a la falta de dientes?

Tabla 16: Irritabilidad.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	16	10%
A veces	26	16%
Nunca	116	73%
Total	158	100%

¿Ha estado irritable debido a la falta de dientes?

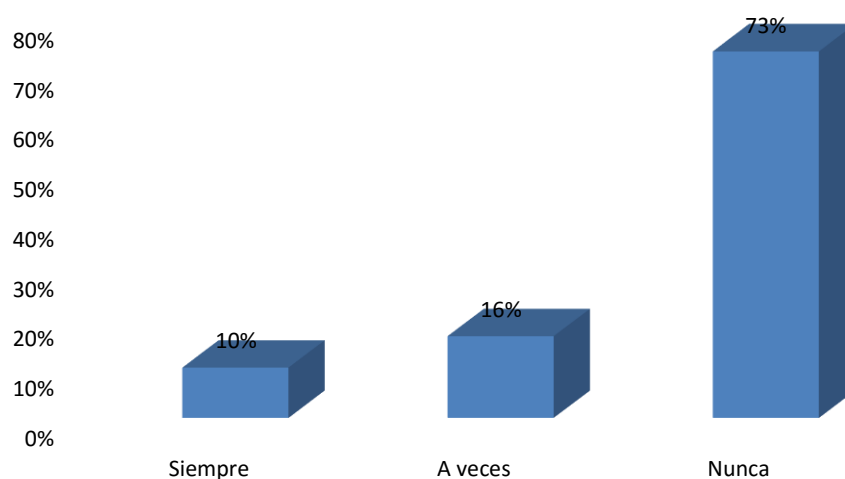


Figura 22: Irritabilidad.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 73% equivalente a 116 personas consideran que nunca han estado irritables por la falta de dientes, mientras un 16% correspondiente a 26 personas consideran que a veces ha estado irritables por la falta de dientes y por último un 10%, es decir, 16 personas admiten que siempre están irritables por la falta de dientes.

Pregunta N° 12 ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?

Tabla 17: Actividades diarias.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	12	8%
A veces	20	13%
Nunca	126	80%
Total	158	100%

¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?

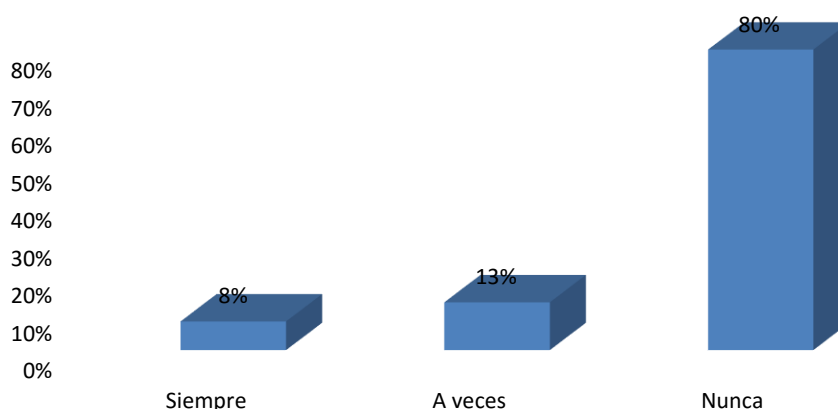


Figura 23: Actividades diarias.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 80% equivalente a 126 personas consideran que nunca han tenido dificultad en realizar sus actividades diarias por la falta de dientes, mientras un 13% correspondiente a 20 personas consideran que a veces han tenido dificultad en realizar sus actividades diarias por la falta de dientes y por último un 8%, es decir, 12 personas admiten que siempre tienen dificultad al realizar sus actividades diarias por falta de dientes.

Pregunta N° 13 ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable, por la falta de dientes?

Tabla 18: Concepción de la vida.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	7%
A veces	34	22%
Nunca	113	72%
Total	158	100%

¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable, por la falta de dientes?

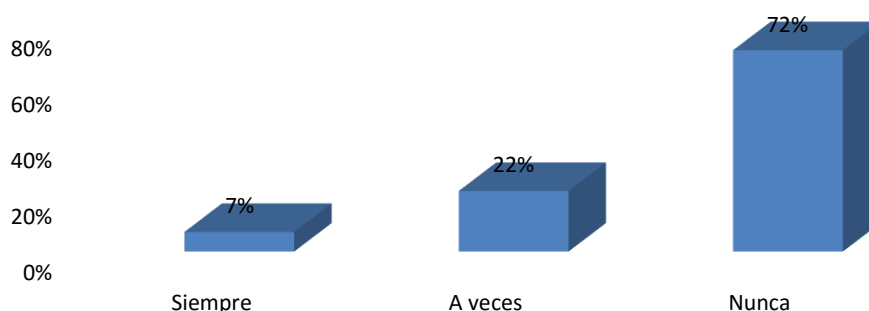


Figura 24: Concepción de la vida.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 72% equivalente a 113 personas consideran que nunca han sentido que la vida es menos agradable por la falta de dientes, mientras un 22% correspondiente a 34 personas consideran que a veces han sentido que la vida es menos agradable por la falta de dientes y por último un 7%, es decir, 11 personas admiten que la vida es menos agradable por la falta de dientes.

Pregunta N° 14 ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?

Tabla 19: Incapacidad de actividades diarias.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	2%
A veces	3	2%
Nunca	152	96%
Total	158	100%

¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?

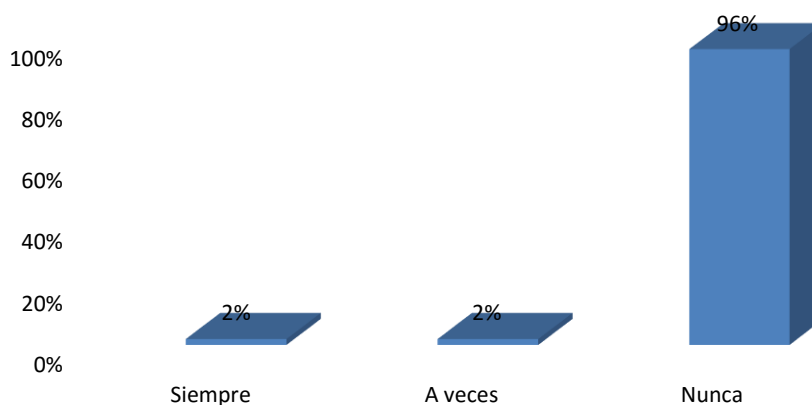


Figura 25: Incapacidad de actividades diarias.

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 96% equivalente a 152 personas consideran que nunca han sido incapaces de realizar sus actividades diarias por la falta de dientes, mientras un 2% correspondiente a 3 personas consideran que a veces han sido incapaces de realizar sus actividades diarias por la falta de dientes y por último un 2%, es decir, 3 personas admiten que han sido incapaces de realizar sus actividades diarias por la falta de dientes.

Tabla General

Tabla 20: General

Preguntas	Nunca	A veces	Siempre
Limitación funcional			
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras	130	23	5
2. ¿El sabor de sus alimentos ha cambiado?	135	15	8
Dolor físico			
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?	87	63	8
4. ¿Ha presentado molestia al comer?	65	71	22
Malestar psicológico			
5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?	28	47	83
6. ¿Se ha sentido estresado?	81	51	26
Incapacidad física			
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?	128	39	11
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?	116	42	0
Incapacidad psicológica			
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?	134	21	3
10. ¿Se ha sentido avergonzado por la falta de dientes?	84	44	30
Incapacidad social			
11. ¿Ha estado irritable debido a la falta de dientes?	116	26	16
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?	126	20	12
Minusvalía			
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable, por la falta de dientes?	113	34	11
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?	152	3	3
Total	1495	499	238

Impacto en la Calidad de Vida (General)

Tabla 21: impacto en la calidad de vida

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
alto	11	7%
bajo	147	93%
Total	158	100%

Impacto en la calidad de vida

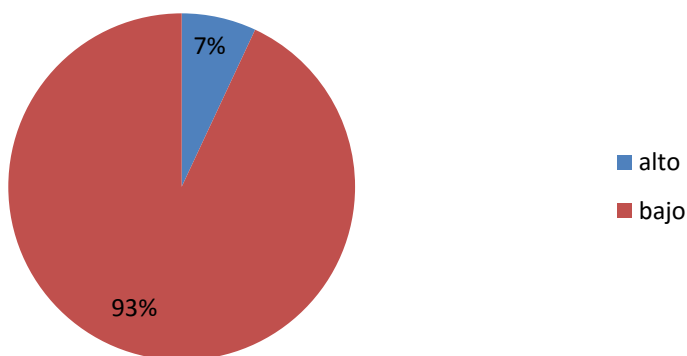


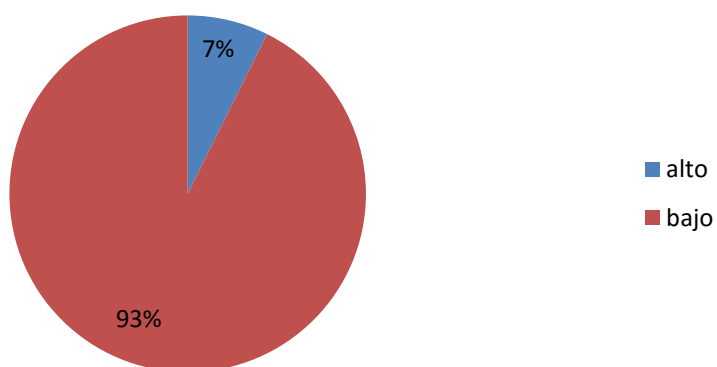
Figura 26: Impacto en la calidad de vida

Análisis

Del total de personas encuestadas, un 93% equivalente a 147 personas presentan un bajo impacto en su calidad de vida, mientras un 7% correspondiente a 11 personas presentan un alto impacto en su calidad de vida.

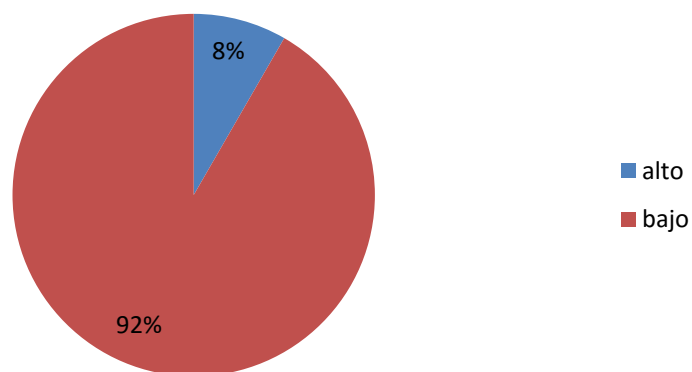
Impacto en la Calidad de Vida en pacientes con Edentulismo parcial.**Tabla 22:** Impacto en la calidad de vida en pacientes con edentulismo parcial

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
alto	10	7%
bajo	126	93%
Total	136	100%

**Impacto en la calidad de vida en
pacientes con edentulismo parcial****Figura 27:** Impacto en la calidad de vida en pacientes con edentulismo parcial.

Impacto en la Calidad de Vida en pacientes con Edentulismo total.**Tabla 23:** Impacto en la calidad de vida en pacientes con edentulismo total.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
alto	1	8%
bajo	11	92%
Total	12	100%

Impacto en la calidad de vida en pacientes con edentulismo total.**Figura 28:** Impacto en la calidad de vida en pacientes con edentulismo total

8 DISCUSIÓN

En Odontología uno de los objetivos principal es devolver la funcionalidad del sistema estomatognático es por esto que los dientes son necesarios para una correcta actividad masticatoria, deglutiva, digestiva y por supuesto, para preservar la estética facial, si no hay una correcta actividad el cuerpo en general estaría afectado, en consecuencia, la calidad de vida también. La calidad de vida en relación al edentulismo puede estar afectada por medio de varios aspectos como social, donde las personas debido a la pérdida dental sienten timidez de hablar o sonreír, otro aspecto que afecta la calidad de vida es en lo psicológico por el temor a que piensen los demás sobre su aspecto, por lo que su autoestima baja.

Esta investigación tuvo como finalidad examinar y demostrar si existía influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas. La encuesta OHIP-14 que evalúa la calidad de vida según la salud oral utiliza una escala de frecuencia de 5 indicadores, de los cuales 1 manifiesta nunca y los 4 restantes alguna vez, por esta razón se modifica la encuesta a 3 indicadores donde nos facilitara la comprensión de las encuestas y los resultados.

De acuerdo a los resultados de la investigación, el edentulismo predomina más en el sexo femenino con un 66% de los encuestados y mayor prevalencia tiene el edentulismo parcial con un 86%. Estos datos coinciden con el estudio realizado a 202 personas en Brasil, donde 70,8% de los que presentaban pérdida dental estaba relacionado al sexo femenino, y en cuanto al edentulismo parcial corresponde 88,15% de los pacientes examinados (Simoni, 2010).

En cuanto a la localización del edentulismo se encontró que hay un ligero aumento en el maxilar inferior y el 72% de los encuestados presentan un edentulismo bimaxilar, esto datos son similares al artículo (Gutiérrez-Vargas, 2015) donde el edentulismo en el maxilar inferior tiene mayor acentuación en

relación al superior, esto nos lleva a relacionar con el primer molar inferior definitivo ya que es el primero en erupcionar, lo que conlleva a una mayor exposición de bacterias y destrucción del esmalte.

Las catorce preguntas realizadas en el instrumento, la que mostró mayor número de respuestas "Siempre" fueron sobre si se ha sentido avergonzado por la falta de dientes – pregunta que incluye a la dimensión de incapacidad psicológica. Lo cual es similar al estudio de (Simoni, 2010), ya que la vergüenza que siente un individuo a causa de complicaciones con sus dientes o su dentadura es más importante. Aunque la mayoría de las pérdidas dentales se dan en el sector posterior y no son visibles, los pacientes manifiestan sentirse desconfiados al rato de sonreír, donde hay mayor sentimiento de vergüenza es en el sector anterior, ya que en un estudio de la (Baxter, 2001) Demostró que la región más observada de la cara son los dientes, y que el que presenta esta afección estética tendrá dificultad en realizar una conversación o entablar una relación.

Otra de las preguntas que presentó alto porcentaje es sobre la preocupación a los problemas con su boca - pregunta que incluye a la dimensión de incapacidad psicológico, esto nos muestra que los pacientes presentan preocupación a una futura pérdida dental ya que siente que la forma de comer y la función de la cavidad oral no es la misma.

La pregunta que presentó mayor porcentaje de "Nunca" fue la de si se ha sentido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes –pregunta que se encuentra dentro de la dimensión minusvalía, este resultado coincide con el artículo de (De La Fuente, 2010), donde la categoría con menor impacto es la minusvalía. Claramente se puede observarlos que los pacientes no les afecta la pérdida dental en sus actividades diarias manifiestan que es un problema más no una limitación en su vida. Otra pregunta que sobresale en un alto número de respuesta con nunca es la de si los sabores de los alimentos han cambiado – pregunta que se encuentra dentro de la

dimensión limitación funcional, los pacientes no perciben que, por la falta de dientes, los alimentos han cambiado su sabor.

Según los resultados obtenidos el edentulismo no afecta la calidad de vida, la mayoría de los encuestados presentaba ausencia de 1 o 2 piezas por lo cual ellos no presenciaron cambios en cualquiera de los aspectos mencionados en la encuesta, por lo que la calidad de vida es más afectada si hay una extensa pérdida dental.

El concepto de calidad de vida puede tener varias dimensiones que incluyen condición de vida 'objetivas' y bienestar 'subjetivo'; también contiene la complacencia de necesidades. En otros términos en la calidad de vida intervienen otros factores como: factores materiales, factores ambientales, factores sociales, políticas públicas y factores subjetivos (Palomba, 2002). Por lo que la calidad de vida no puede ser medible, para cada persona su calidad de vida puede estar involucrada varios factores que para otros no son lo mismo. Por ejemplo, un individuo que toda su vida estuvo en una zona rural, para él su calidad de vida dependerá de su alimentación, mientras que para una chica que habita en la zona urbana, su factor principal que depende la calidad de vida es su aspecto físico. Así la calidad de vida varía según el individuo, no se puede globalizar.

9 CONCLUSIONES

1. El 93% de los pacientes encuestados presenta bajo impacto en su calidad de vida según la salud oral.
2. El Edentulismo afecta más al nivel psicológicos pacientes mas no presenta influencia sobre la calidad de vida.
3. El tipo de edentulismo con mayor prevalencia fue el edentulismo parcial con un 86% que esto equivale a 136 pacientes, por lo que lo pacientes han perdido una pieza o más.
4. La localización del edentulismo que más predomina es en el maxilar inferior.

10 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda no realizar este estudio a pacientes que presenten pérdida dental de una pieza
2. Se recomienda realizar una validación de la encuesta OHIP-14 en Ecuador, para que el paciente presente una mayor comprensión de las preguntas.
3. Educación y motivación a las poblaciones más vulnerables en relación a la importancia de mantener una buena higiene dental y dieta, para que conserven sus piezas dentales.
4. Motivar a los pacientes para que sus citas y monitorización sean cumplidas, dependiendo del riesgo que presente cada paciente.
5. Los profesionales de la salud deben convertirse en promotores de la profesión e involucrarse en planes de atención en prevención primaria y secundaria
6. Concientizar a los pacientes que acuden a la clínica odontológica sobre la prevención y su salud oral.

11 REFERENCIAS

- Alan Carr, G. P. (2006). *Protesis parcial removible*. España: Elsevier.
- Baxter, Y. O. (2001). Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. *Revista Cubana de Estomatología*.
- Borges, A. (2003). Relación entre el estado de salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimentos en ancianos de tres localidades de México. *Nutricion Clinica*, 9-16.
- Brondani MA, B. S. (2007). *Elders assessment of an evolving model of oral health*. .
- Castro, I. P. (2010). Factores asociados con el riesgo nutricional y el estado de salud bucodental de las personas adultas mayores de centros diurnos de Tibás y Goicochea. San Jose, Costa rica.
- Chavez, M. C. (2010). Prevalence of caries and loss of permanent first molars in a sample of Venezuelan children. *Odontología Pediatrica*, 18(13), 179-184.
- Concepción, T. O. (2013). El trauma dental en la Atención Primaria de Salud. *Scielo*.
- Curtis, D. (1992). Incidence of various classes of removable partial dentures. *J Prosthet Dent*.
- Dawson, P. E. (1991). *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales*. . Barcelona: Salvat.
- De La Fuente, J. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *DOSSIER SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA EN ODONTOLOGÍA*, 83 - 92.
- DE ROSSI, C. (2009). . *Lesiones Cervicales no Cariosas: la Lesión Dental del Futuro*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Esquivel R, J. J. (2008). *El efecto de los dientes perdidos*.
- Esquivel, R. (2008). El efecto de los dientes perdidos. *Odontologia Actual*, 48-52.
- García, H. (2015). *Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2016, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9045/1/VeasHELEN.pdf>

- Gutiérrez-Vargas, V. L. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatológica Herediana*.
- Hernández, L. Y. (2011). Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. *Scielo*.
- Hernandez, M. (2006). *Rehabilitación oral para el paciente geriátrico*. Barcelona: Pearson Científica.
- Herrada, L. L. (2012). Traumatismos dentales en dentición permanente . *Revista Estomatológica Herediana*.
- Horowitz, M. (2001). *La vejez y el tracto gastrointestinal*. Madrid: Harcourt SA.
- Instituto de la Ciudad de Quito. (07 de Octubre de 2015). Recuperado el 16 de Septiembre de 2016, de http://institudodelaciudad.com.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=82
- Lindhe, E. (2009). *Periodontología Clínica E Implantología Odontológica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Locker D, M. D. (2001). Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*.
- Loza, D. (2012). *Prostodoncia Parcial Removible : Procedimientos Clínicos y de Laboratorio* . Lima: Savia editorial.
- MacEntee, M. (2007). *Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People*. J Am Dent Assoc.
- Maria Gomez-Vela, E. S. (2000). *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad*. Recuperado el 04 de noviembre de 2016, de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Martín, B. R. (2013). Pérdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años de edad. *Medica Electronica*.
- Martin, C. S. (2006). Cambios de sistema Estomatognático en el paciente Adulto Mayor(Parte II). *Dent Chile*, 23-26.
- Marttens, A. V. (2010). Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*.

- Mata, C. d. (2008). Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. *Revista Medica*, 17-20.
- Medina-Solís, C. E. (2013). Principal reasons for extraction of permanent tooth in a sample of Mexicans adults. *Revista de Investigación Clínica*, 141-149.
- Mirna Minaya-Sánchez, a. (2010). tooth loss and periodontal status variables among policemen from campeche, mexico . *Medigraphic*.
- Moreira, E. D. (2011). *Falta de dientes. Consecuencias nutricionales y digestivas*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2016, de Dentista en la Red: <http://dentistaenlared.com/5.3%20Desnutricion-protesis.html>
- Murguiondo, M. S. (2011). Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*.
- Nakata Minoru, W. S. (1992). *Guía Oclusal en Odontopediatría*. Editorial Médico - Odontológicas Latinoamericana.
- OMS. (1987). Oral health surveys. Basic Methods. Suiza: WHO.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). *Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales*. Ginebra.
- Organizacion Mundial de la Salud. (Abril de 2012). Recuperado el 18 de Septiembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Palomba, R. (24 de Julio de 2002). *CEPAL*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2016, de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
- Patricia Moya, E. C. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Estomatoogica I Herediana*.
- Peltzer, K. (2014). Prevalence of Loss of All Teeth (Edentulism) and Associated Factors in Older Adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa . *Int J Environ Res Public Health.*, 11308–11324.
- Polzer I, S. M. (2009). Edentulism as part of the general health problems in elderly. *U.S Biblioteca Nacional de Medicina*.
- Ramírez, M. C. (03 de Julio de 2008). Comportamiento de la pérdida dentaria en un área de salud del municipio Ciego de Avila. *Biblioteca Virtual en Salud de Cuba*, XI(16).

Salazar, E. M. (2014). *Edentulismo total como factor de riesgo nutricional de las personas*. Costa rica.

Simoni, H. (2010). Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. *Acta odontologica venezolana*.

URZÚA, A. (2009). Autoreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. *Revista chilena de pediatría*.

WHOQOL, G. (1994). *Evaluación de la Calidad de Vida*. Ginebra.

ANEXOS

Anexo 2: PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Materiales y suministros	\$ 10
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	\$ 150
Entrega final de la tesis (Empastado)	\$ 50
Presentación final (Poster)	\$ 50
Total	\$ 260

Anexo 3: CARTA DE AUTORIZACIÓN

Dra.
Pilar Gabela
Coordinadora de la clínica Odontológica de la UDLA
Presente.-

De mi consideración:

Yo, KARINA MORALES CUJILEMA con cédula de ciudadanía 180343907-2, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, como uno de los requisitos para la elaboración de mi plan de tesis "Influencia del edentulismo sobre la calidad de vida en pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas" es la realización de una investigación de campo.

Dado que se trata de un ejercicio académico, le agradeceré brindar la autorización necesaria para la toma de fotografías, realización de encuestas. La misma que se realizara en los días comprendidos del 12 de Octubre al 21 de Octubre de 2016.

Por la atención que se sirva darle a la presente, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,



Karina Morales

ESTUDIANTE DE LA FACULTA DE ODONTOLÓGÍA DE LA UDLA

Dra. María Pilar Gabela
COORDINACIÓN
CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO
UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS



Anexo 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Estudio: “INFLUENCIA DEL EDENTULISMO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS”.

Investigador: Karina Elizabeth Morales Cujilema

Yo,....., me comprometo en el siguiente estudio, bajo mi propio consentimiento y sin haber sido obligado. Consiento que el investigador pueda examinar mi cavidad bucal y así obtener la información necesaria para su investigación. Declaro que el investigador me ha explicado de forma clara y concisa el propósito de este estudio, como se desarrollara y pasos a seguir, así como la finalidad que tendrán los resultados de este estudio.

Declaro que tuve la oportunidad de realizar todas las preguntas que consideré necesarias antes de consentir mi participación.

Firma del Participante

C.I.:

Firma del Investigador

C.I.:

Anexo 5: ENCUESTA

Nombre:

Edad:

Sector:

norte sur centro valle

Tipo de edentulismo:

parcial total

Localización del edentulismo:

superior inferior

Uso de prótesis:

sí no

Preguntas	0/Nunca	1/A veces	2/Siempre
Limitación funcional			
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?			
2. ¿El sabor de sus alimentos ha cambiado?			
Dolor físico			
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?			
4. ¿Ha presentado molestia al comer?			
Malestar psicológico			
5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?			
6. ¿Se ha sentido estresado?			
Incapacidad física			
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?			
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?			
Incapacidad psicológica			
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?			
10. ¿Se ha sentido avergonzado por la falta de dientes?			
Incapacidad social			
11. ¿Ha estado irritable debido a la falta de dientes?			
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus			

actividades diarias, por la falta de dientes?			
Minusvalía			
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable, por la falta de dientes?			
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?			