

## PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL Y TOTAL, SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE 15 A 85 AÑOS DE SUCRE. 2019

### PREVALENCE OF PARTIAL AND TOTAL EDENTULISM, ITS IMPACT ON THE POPULATION'S LIFE QUALITY FROM 15 TO 85 YEARS IN SUCRE, 2019

Autores: Dra. Ermelinda Escudero (1), Dra. M. Virginia Muñoz Rentería (2), Dra. María luisa De La Cruz Claire (3), Dra. Laura Aprili Justiniano (4), Edgar Yamil Valda Mobarec (5).

1, 2,3,4,5 Universidad Mayor Real Y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Facultad de Odontología.: 1 [Mely1070@hotmail.com](mailto:Mely1070@hotmail.com), 2 [Mavi.munoz@hotmail.com](mailto:Mavi.munoz@hotmail.com), 3 [Mariafeliz3@hotmail.com](mailto:Mariafeliz3@hotmail.com), 4 [Lauraapriili58@hotmail.com](mailto:Lauraapriili58@hotmail.com), 5 [chicho.yamilvm@gmail.com](mailto:chicho.yamilvm@gmail.com).

Cel principal 71155073

Recibido mayo 5, 2020: Aceptado junio 18, 2020

#### RESUMEN

La **dentición permanente** está destinada a la función masticatoria, sin embargo, existen factores que provocan pérdida de uno o más dientes dando lugar al edentulismo, considerado como agresión a la salud oral y general, porque provoca secuelas estéticas, fisiológicas y psicológicas adversas.

El objetivo fue determinar la prevalencia del edentulismo parcial y/o total y su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de la ciudad de Sucre. El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Se evaluaron a 735 individuos del sexo masculino y femenino mediante la observación clínica odontológica y la encuesta OHIP-14 denominada "Perfil de Impacto en la Salud Oral". Los resultados demostraron una prevalencia del

66.8% al edentulismo parcial, con mayor predominio en el sexo femenino y grupo de edad de 15 a 24 años de edad. Con respecto al impacto del edentulismo en la calidad de vida correspondió 84.2 % como alto impacto y el dolor del diente o boca fue el que presentó mayor frecuencia que otras dimensiones, por ello estos resultados demuestran la alta prevalencia del edentulismo y como este afecta negativamente en la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** Edentulismo, impacto y calidad de vida,

#### ABSTRACT

Permanent dentition is intended for the chewing function, however, there are factors that cause loss of one or more teeth giving rise to edentulism, considered as aggression to oral and general health, because it causes adverse aesthetic, physiological and

psychological consequences.

The objective was to determine the prevalence of partial and/or total edentulism and its impact on the population's life quality aged 15 to 85 years in the city of Sucre. The study was quantitative, observational, descriptive and transversal. 735 male and female individuals were evaluated through clinical dental observation and the OHIP-14 survey called "Oral Health Impact Profile".

The results showed a prevalence of edentulism of 95.1%, with 28.3% corresponding to total edentulism and 66.8% to partial edentulism, with a greater prevalence in the female sex and age group of 15 to 24 years of age. Regarding the edentulism impact on life quality, 84.2% corresponded as high impact and tooth or mouth pain was the one that presented higher frequency than other dimensions, therefore, these results demonstrate the high prevalence of edentulism and how it negatively affects quality of life.

## KEYWORD

Edentulism, impact and quality of life.

## a) INTRODUCCIÓN.

En la población Boliviana, específicamente en la ciudad de Sucre – Chuquisaca las alteraciones en la salud oral son frecuentes y se deben a costos elevados de la atención odontológica, deficiente educación en salud oral de la población y recursos económicos limitados para recibir la atención odontológica oportuna. Por otro lado, son determinantes en la pérdida de uno o más dientes dando lugar al edentulismo parcial y/o total.

El paciente edéntulo o desdentado es la persona que perdió parcialmente sus piezas dentarias o la totalidad de éstas (1). Estos pacientes son considerados como enfermos, ya que el edentulismo es considerado como una agresión a la integridad del sistema masticatorio, que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas y que pueden variar desde sentimientos de insatisfacción, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez (2).

Las principales consecuencias del edentulismo parcial o total son trastornos orgánicos específicos de la masticación, deglución, oclusión dental, fonación,

estética y psicosociales; por todo ello la calidad de vida en estos pacientes se ve reducida (3,4).

Las publicaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud manifiestan que una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida”, según el Dr. Petersen. “El dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida de piezas y la existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas” (5).

Es importante resaltar que la salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. La OMS define la salud bucodental como un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial (6), pues, el disfrutar y mantener una salud bucal adecuada constituye un

derecho de la población de la ciudad de Sucre donde la población no puede ser indiferente ante problemas prevenibles.

La conservación de todas las piezas dentarias es compatible con un buen estado de salud. La salud oral es parte integral de la salud general, no se puede ser sano sin salud oral, por tanto, no deben ser interpretadas como entidades separadas, (7).

**Por lo mencionado se formuló el problema** ¿Cuál es la prevalencia del edentulismo parcial y/o total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de la ciudad de Sucre?

La investigación tuvo por objetivo: Determinar la prevalencia del edentulismo parcial y/o total y su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de la ciudad de Sucre. Para alcanzar el mismo se identificó el tipo de edentulismo parcial frecuente de acuerdo a la clasificación de Kennedy y sus modificaciones por edad y sexo. Se determinó la frecuencia de edentulismo total, según edad y sexo, la rehabilitación protésica en la población con edentulismo parcial y total y el impacto del

edentulismo parcial y/ o total en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de la ciudad de Sucre.

En Sucre- Bolivia no existen estudios sobre el tema abordado, sin embargo, a nivel mundial existen diversos estudios sobre la prevalencia de edentulismo parcial y total y su asociación con la calidad de vida.

En el 2014 Cortés V, Carrasco F, Vergara, C. Encontraron un 89.7 % de los sujetos estudiados presentaba ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase III y en la arcada mandibular fueron similares resultados para Clase I y III (8).

La investigación de Cisneros et al. en el 2014 en Lima, Perú determinó la prevalencia de edentulismo parcial en 200 pacientes contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los resultados demostraron que la Clase III de Kennedy es la más frecuente (52.65 %), seguida de la Clase II (26.18 %), la clase I (18.11 %), y la menos frecuente fue la clase IV (3.06 %). Del mismo modo se encontró que la Clase III, fue la más

frecuente tanto en el maxilar inferior (25.63 %) como en el maxilar superior (27.2 %). Según el sexo, se encontró que la clase III predominó en ambos sexos; 36,21% para el femenino y 16,44 % para el masculino y concluyeron que la mayor prevalencia de edentulismo parcial correspondió a la población adulta joven de 31 a 50 años, predominando el sexo femenino, siendo la clase III la más predominante. (9)

En el 2015 Gutiérrez et al evaluaron en 1350 personas con una muestra de 168 adultos, empleando una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. Los resultados demostraron que la frecuencia de edentulismo en la población fue de 121 (72 %) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3 %) (10).

Mostafa et al. en el 2016, mencionaron que el edentulismo más prevalente correspondió a la Clase III de Kennedy con 67,2 % en el arco maxilar y del 64,1 % en el arco mandibular. Seguido por la Clase II en arco

maxilar y del 64.1 % en el arco mandibular. Seguido por la Clase II en arco maxilar con 16.3 % y mandibular con 14.8 %. En base a estos resultados, la clase III tuvo la mayor prevalencia en el grupo II (31-40 años). La clase I y la clase II tuvieron la mayor incidencia entre los pacientes del grupo III (41-50 años). Concluyeron que la Clase III fue más prevalente en los arcos maxilares y mandibulares. La clase IV fué el patrón menos dominante entre todas las clases. Hubo un aumento en el patrón de Clase I de Kennedy y Clase II de Kennedy y una disminución en la Clase III y Clase IV con un aumento en la edad. (11)

Vanegas et al. en el 2016 indicaron que el edentulismo parcial clase III de Kennedy se presentó con mayor frecuencia (75 %), siendo predominante en ambos maxilares (42 % maxilar superior y 40 % mandíbula) y se observó asociación entre la calidad de vida y edentulismo. El grupo de edad mayor a 40 años se consideró como un factor de riesgo de edentulismo total. (3)

Shivani, et al en el año 2017 determinaron la prevalencia del edentulismo completo y parcial en 600 sujetos de edades comprendidas entre 15 y 85 años (300

hombres y 300 mujeres). Revelaron que la prevalencia del edentulismo no presentaba relación estadísticamente significativa entre la edad y el sexo. Sin embargo, mencionaron que, con el aumento de la edad, existía una mayor tendencia del edentulismo parcial, seguida por la edentulismo completo de pacientes en los grupos de más de 45 años. (12)

Amal, et al. en el 2017 valoraron en 200 mujeres jóvenes de 19-39 años, el nivel de pérdida de dientes, el arco más afectado, nivel de reemplazo de dientes faltantes con diferentes tipos de prótesis, asimismo correlacionaron el nivel educativo con la pérdida de dientes. Los resultados demostraron la incidencia de edentulismo parcial con el 62.5 % y la falta de dientes con mayor frecuencia se encontró entre las mujeres jóvenes con el 52.8 %. Los casos restaurados fueron solo el 16 % de los casos afectados. El estudio demostró que el nivel de conciencia y la motivación eran significativamente bajos para restaurar los dientes perdidos. También reveló que el estado educativo no fue el único predictor de resultados de salud. (13)

El estudio de Jiménez et al. en el 2018

demostró que el mayor impacto del edentulismo en la calidad de vida de los adultos mayores correspondió al dolor físico 84 % y limitación funcional 83 %. El 93 % consideró que la pérdida dentaria tuvo impacto en su calidad de vida. La mediana de la puntuación para el OHIP-14 es de 14,5; el 65 % de los adultos mayores obtuvo una puntuación total de 0 a 18. Concluyeron que el edentulismo influye en la calidad de vida relacionada con salud bucal y afecta la realización de las actividades vitales (14).

Huamanciza, et al, en el 2019 mencionaron que el edentulismo parcial se presenta con mayor frecuencia en la clase III de Kennedy en la arcada maxilar (50 %) y en la mandibular (49 %), los portadores pertenecían en gran medida al nivel socioeconómico-cultural medio (83 %). (15)

**El edentulismo** se define como la pérdida de uno, varios o todos los dientes permanentes en una persona, es decir puede ser: parcial y total, pudiendo padecerlo hombres y mujeres, sin límite de edad, etnia o color de la piel. (2,3, 16).

**El Edentulismo parcial**, es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas

una determinada cantidad de piezas dentarias en la cavidad oral. (15,16)

El edentulismo parcial es una patología irreversible, que conlleva la pérdida de piezas dentarias y afecta a un gran número de la población mundial. Las personas que sufren esta patología ven disminuida su calidad de vida y afectan inclusive su autoestima. (16,17)

La pérdida de los elementos dentales puede interpretarse como una verdadera mutilación con importantes consecuencias sobre la propia imagen y sobre el grado de aceptación de sí mismo. Esta situación genera una percepción estética y auto representación corporal alterada con pérdida de la autoestima y dificultad en las relaciones interpersonales. (16)

Es importante resaltar que todos los componentes del sistema estomatognático sufren alteraciones tanto de posición, tamaño, contorno, incluyendo la modificación ósea que se va a producir para dar como resultado el nuevo reborde desdentado. Todos estos factores afectan no solo la estética y función, sino que producen una reducción de la eficacia de la masticación, oclusión, deglución, e incluso

el habla comparado con pacientes que conservan su dentición completa. (16)

**Causas del edentulismo parcial.** Existen diferentes factores que provocan un sin número de enfermedades en la cavidad oral las cuales ocasionan la pérdida de piezas dentales por tal motivo se eleva el índice de edentulismo ya sea de forma parcial o total, existen diferentes causas de la pérdida dental como: Deficiencia de higiene bucal, caries dental, enfermedad periodontal, traumatismos, tratamientos de rehabilitación deficientes, bruxismo, enfermedades sistémicas y farmacoterapia. (2,15-21)

**Consecuencias del edentulismo parcial.** La pérdida de los dientes puede afectar la oclusión del paciente en varias formas. Estos factores afectan de manera adversa la salud y el bienestar de los individuos, alterando y generando las siguientes probables consecuencias: Alteraciones estéticas, disminución de la eficacia masticatoria, inclinación, migración, rotación de los dientes remanente, extrusión de dientes antagonistas, pérdida de contactos interproximales, desviación mandibular, atrición dental, pérdida de la dimensión vertical, disfunción de la articulación

temporomandibular, pérdida del hueso alveolar y reducción de los rebordes residuales.(2,15-21)

**El edentulismo total:** Se define como paciente edéntulo o desdentado total a la persona que perdió la totalidad de sus dientes permanentes. El mismo que a su vez puede ser edéntulo total superior, edéntulo total inferior o edéntulo total bimaxilar. Esta condición puede afectar sustancialmente la salud oral y general, así como la calidad de vida incluido el gusto por las comidas y la nutrición entre otros. (2, 6,16)

El edentulismo total es una afección progresiva y lenta que provoca cambios en el individuo en su relación afectiva, laboral y social, limitando la calidad de vida y el trato con sus semejantes. (2). Por otro lado, la pérdida de dientes se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades, es un factor de riesgo para la pérdida de peso y con la salud mental. (25,26)

**Factores de riesgos (4,18-24):**

- ✓ Hábitos de higiene bucal deficientes.
- ✓ Caries dental.
- ✓ Enfermedad periodontal.

- ✓ Traumatismo.
- ✓ Tratamientos curativos y de rehabilitación deficientes.
- ✓ Bruxismo.
- ✓ Enfermedades sistémicas y endocrino-metabólicas.
- ✓ Farmacoterapia (medicamentos que provocan xerostomía).
- ✓ Drogodependencia.

### Consecuencias del edentulismo.

Las consecuencias son: (2, 4, 14, 18,24):

- ✓ Alteraciones psicológicas.
- ✓ Alteraciones fisiológicas.
- ✓ Alteraciones estéticas.
- ✓ Alteraciones en el habla o fonética
- ✓ Problemas musculares y de la ATM
- ✓ Alteraciones en la masticación.
- ✓ Deterioro nutricional.

**La cavidad oral.** Tiene dos funciones esenciales, la producción de la voz y el inicio del proceso de alimentación. Para poder desarrollar esas dos funciones intervienen muchos tejidos y órganos especializados como los dientes, el tejido periodontal y los músculos de la masticación, la lengua, glándulas salivales entre otras. Todas estas estructuras están perfectamente coordinadas y el fallo en cualquiera de ellas afecta a la capacidad de hablar, comer y por lo tanto repercute en la calidad de vida. (28)

**Salud oral.** La OMS ha definido la salud bucodental como: la ausencia de dolor bucal o facial, cáncer oral, enfermedad periodontal, caries dental, pérdida de dientes, así como de diferentes enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de triturar, masticar, reír, conversar o se vea comprometido el bienestar psicosocial. “La salud bucodental es esencial para la salud general y la calidad de vida.” (6).

**Calidad de vida.** Según la OMS, la calidad de vida se define como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (14, 27).

También se define como: “el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades materiales y no materiales de los miembros que la componen. La clave de la calidad de vida se halla en la capacidad de control de las propias condiciones en las que se vive, es decir, en la libertad de decidir cómo, dónde y por qué se vive como se vive.” (27).

**Calidad de Vida y Salud Oral.** La salud bucal es un predictor de calidad de vida. La autopercepción que tiene el paciente sobre su salud bucal y el impacto que genera en la calidad de vida es un componente importante de la salud.

El concepto de calidad de vida asociado a la salud bucal es concebido como una evaluación multidimensional, auto-reportada, que mide el impacto de las condiciones bucales sobre las actividades de la vida diaria. (29)

**Edentulismo y calidad de vida.** La pérdida de las piezas dentales afecta notoriamente en la calidad de vida de los pacientes mayormente en la limitación funcional y el dolor. (2,5)

La salud oral aporta a la calidad de vida de un individuo en diferentes niveles funcionales tales como la estética, el habla, la masticación, la deglución, el bienestar psicológico, la comunicación interpersonal, las relaciones afectivas y la autoestima. Es decir, cuando el estado de la salud oral está comprometida la calidad de vida y la autoestima del paciente se deteriora. (5)

## **b) METODOLOGÍA.**

La investigación fue observacional y analítica de corte transversal. La población estuvo constituida por **191.358** individuos comprendidos entre las edades de 15 a 85 años. (33)

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de la población finita con 5 % de error y P de 0,6 y Q de 0,4 con un nivel de confianza del 95 %. La muestra estuvo conformada por 735 individuos según criterios de inclusión y exclusión y permisos del Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca (SEDES) mediante La Red I De Salud Sucre.

Para la obtención de la muestra se tomó en cuenta a la población del Distrito Valle Hermoso de la ciudad de Sucre y pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología. La misma se obtuvo a partir de la división total de la población de la ciudad de Sucre en dos grupos: población de 15 a 39 años (368) y población de 40 a 85 años (367).

### **Cuadro Nº 1 Población de estudio**

Población	Número de la población	Muestra
1. Población de 15 a 39 años	<b>114 841</b>	368
2. Población de 40 a 85 años	<b>76577</b>	367
<b>Muestra</b>	<b>191.358</b>	<b>735</b>

Los **instrumentos de recolección** de los datos fueron la encuesta diseñada por la OMS con el cuestionario OHIP 14 y la ficha clínica.

Se consideró los siguientes **criterios de inclusión**: Individuos de ambos sexos comprendidos entre 15 y 85 años, con pérdida de una o más piezas dentarias permanentes, con dentición permanente completa, que participaron voluntariamente y que firmaron el consentimiento informado autorizando su participación en el estudio. Por otro lado, se incluyó los **criterios de exclusión**: Pacientes con presencia de restos radiculares y con extracción indicada y pacientes con apertura bucal disminuida que limitaba el examen clínico odontológico.

Seguidamente se procedió a la revisión clínica odontológica de la población en estudio, donde los datos fueron registrados en una ficha odontológica la cual permitió determinar el tipo de edentulismo según sexo, edad y zona anatómica y también se aplicó un cuestionario denominado Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14), el cual demostró el impacto del edentulismo con la calidad de vida.

En el estudio se incluyeron las siguientes variables: La **variable dependiente** correspondió a la calidad de vida y las **variables independientes** edentulismo total y parcial, edad y sexo. En la calidad de vida se incluyeron 14 ítems del instrumento Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14), donde cada individuo participó y respondió el cuestionario basado en cada uno de los problemas de las 7 dimensiones, en una escala tipo Likert con 5 opciones: **Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Frecuentemente y Siempre**. Asimismo, para la recolección de la información se realizó un cronograma de las actividades y se trabajó en el Distrito Valle Hermoso de la ciudad de Sucre y en la Facultad de Odontología, las actividades fueron realizadas previa autorización, de la Carrera

y Facultad de Odontología, así como del Servicio Departamental de Salud Chuquisaca, SEDUCA, Red I Sucre de salud, y la Estación Policial Integral del Patacón (EPI).

Las actividades consistieron en **ferias educativas de salud oral** en la cancha del EPI zona del Patacón, en la zona del Rollo y en la cancha del hogar de niños "**Hermanas Franciscanas Alto San Pedro**", donde la presencia del **odontobus** de la Carrera de Odontología estuvo presente. En estas ferias se aplicaron las encuestas y se realizó la revisión odontológica donde cada participante del estudio, se benefició con cepillos y pastas dentales previa educación en salud oral. Estas actividades se realizaron en los meses de junio a octubre de 2019.

**Examen clínico odontológico** tuvo por finalidad determinar el tipo de edentulismo total y /o parcial, según la observación clínica se utilizó la clasificación de Kennedy, según se describe a continuación.

El método de clasificación de Kennedy fue propuesto por el Dr. Edwar Kennedy en 1925 (18,19). Esta clasificación plantea las

diferentes modificaciones que presenta un paciente parcialmente edéntulo y permite hacer un diagnóstico y diseño de rehabilitación adecuada. Kennedy propuso la clasificación de los arcos parcialmente desdentados, la cual es aceptada hasta la actualidad y Aplegaste la modifíco y reglamento su manejo en cuatro clases, que van de lo más complejo a lo más simple (3,18-22).

En el estudio se incluyó cuatro clases principales, denominadas clase I, II, III y IV, conforme a la frecuencia con que se presentan estas clases se estableció la secuencia numérica, es decir, que la Clase I es la más común, le sigue la II, posteriormente la III y por último la IV.

Las áreas edéntulas que no están descritas en las cuatro clases principales se denominan espacios de modificación. (23,24)

**Clase I** - Presenta dos zonas desdentadas posteriores a los extremos libres con permanencia del grupo anterior. Según el número de espacios desdentados existentes se subdivide en clase I modificación I, II, III o IV.

**Clase II** - Presenta una zona desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares.

**Clase III** - Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y distal es decir se apoya totalmente en dientes.

**Clase IV** - La zona desdentada está situada en la parte anterior de la boca. Puede faltar los 4 incisivos o los 6 dientes anteriores.

**Clase V** - Solo posee 2 molares en un solo lado de la boca.

**Clase VI** - Solo existen 2 incisivos centrales. (23,24)

### Reglas de Applegate

Para una correcta aplicación de la clasificación de Kennedy, el Dr. Applegate en 1960 formuló ocho reglas: (3, 18,24)

**Regla 1** - La clasificación debe ser después de realizar las extracciones dentales, porque esto podría alterar la clasificación original.

**Regla 2** - Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se considera para la clasificación.

**Regla 3** – Si está presente un tercer molar y será utilizado como pilar, se considera para la clasificación.

**Regla 4** - Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se considera en la clasificación.

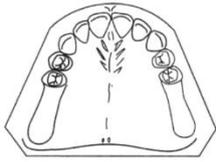
**Regla 5:** El área o áreas desdentadas más posteriores, siempre es la determinante de la clasificación.

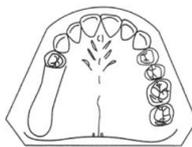
**Regla 6** - Las áreas desdentadas distintas de la que determina la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.

**Regla 7-** La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.

**Regla 8** - Solo las clases I, II y III pueden tener subdivisiones.

**Cuadro Nº2. Clasificación de Kennedy y sus modificaciones (3,18-22):**

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY		MODIFICACIONES	
<b>CLASE I</b> Desdentado bilateral posterior			

<p><b>CLASE II</b></p> <p>Área edéntula unilateral posterior</p>		 <p>Clase II Modificación 1</p>	 <p>Clase II Modificación 2</p>
<p><b>CLASE III</b></p> <p>Área edéntula unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella.</p>		 <p>Clase III Modificación 1</p>	 <p>Clase III Modificación 2</p>
<p><b>CLASE IV</b></p> <p>Área edéntula única anterior Edentación anterior que cruza la línea media</p>			
<p><b>Clase V</b></p> <p>Cuando quedan dos molares en una hemiarcada y el resto está edéntulo o desdentado. (23,24)</p>			
<p><b>Clase VI</b></p> <p>Persisten los dos incisivos centrales superiores. (23,24)</p>			

**Se evaluó la calidad de vida en salud oral** a través del Test el Oral Health impact profile (OHIP-14) , una vez que se examinaron a los pacientes, con el objetivo de determinar el impacto del tipo edentulismo en su calidad

de vida. (29, 30)

**Oral Health Impact Profile (OHIP-14)**, fue creado por Slade y Spencer en el año de 1994, inicialmente constaba de 49

preguntas OHIP-49 pero debido a su extensión, limitaba su utilización, posteriormente fue modificado a 14 preguntas que fue el que se aplicó en el estudio, este formato es más corto brinda una medición integral de las disfunciones, malestar o discapacidad dadas por el estado del sistema estomatognático en relación a la calidad de vida, es muy válido y fiable para realizar mediciones detalladas en el edentulismo parcial y total. (31) (26)

Se incluyó en el Test la escala tipo Likert que mide 7 dimensiones, las consecuencias negativas en el progreso de las actividades cotidianas en relaciona la salud oral, dadas en los últimos doce meses, las dimensiones evaluadas son: el malestar psicológico, dolor físico, incapacidad psicológica, limitación funcional, incapacidad física, minusvalía y la incapacidad social. (30) Razón por la que se utilizó en el presente estudio y se encuentra añadido en los anexos.

### Dimensiones de la encuesta OHIP-14

**(14, 31,32):** El OHIP-14 examina 7 dimensiones cada una está constituida por 2 preguntas.

- ✓ **La limitación funcional:** Es una dificultad para realizar actividades en cualquier ámbito de la vida.
- ✓ **El dolor físico:** Es una sensación subjetiva de molestia donde se puede presentar en diferentes intensidades y los efectos causan afecciones en las actividades diarias de un individuo.
- ✓ **Malestar psicológico:** Es un conjunto de alteraciones emocionales íntimamente relacionada con una circunstancia, suceso o evento, donde el individuo percibe su condición con incomodidad subjetiva.
- ✓ **Discapacidad física:** Es la deficiencia de un individuo que padece de alguna limitación debido a malformaciones, amputaciones, parálisis o enfermedades crónicas que impiden llevar una vida normal.
- ✓ **Incapacidad psicológica:** Es una discapacidad de las habilidades cognitivas e intelectuales de una persona.
- ✓ **Incapacidad social:** Es una afección emocional que interfiere en las relaciones sociales y no puede integrarse en su entorno.
- ✓ **Minusvalía:** Es la limitación de un

individuo que no permite realizar una actividad que se considera normal por lo tanto no satisface las expectativas del mismo.

La valoración de la encuesta se calculó mediante el conteo de los diferentes resultados recopilado de los pacientes, los resultados se establecen mediante la escala de Likert donde cada una de las preguntas puede ir de 0 a 4. Por lo tanto, el valor más bajo representa Nunca = 0, Casi nunca = 1, Algunas veces = 2, Frecuentemente = 3, Casi siempre = 4, que es el valor más alto que corresponde a la dimensión de siempre. Para obtener el resultado final se procede a sumar todos los valores de cada dimensión donde 56 puntos es el resultado máximo donde demuestra que existe una gran afección en la calidad de vida y 0 el valor mínimo donde no existe alguna afección.

Este resultado se lo clasifica en bajo impacto de 0-18, moderado impacto 19-37 y alto impacto 38-56 es decir que a mayor puntaje existe una mayor afección en la calidad de vida de los individuos. (14, 31,32)

#### **Preguntas por dimensiones DEL OHIP-14SP.**

- ✓ ¿Ha tenido dificultad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- ✓ ¿Ha notado que el sabor de sus alimentos ha empeorado debido a problemas con sus dientes?
- ✓ ¿Ha tenido dolor de sus dientes o boca en el último año?
- ✓ ¿Ha presentado molestias para comer por problemas en sus dientes o boca?
- ✓ ¿Ha estado preocupado debido a problemas con sus dientes o boca?
- ✓ ¿Se ha sentido nervioso o estresado debido a problemas con sus dientes o boca?
- ✓ ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos por problemas con sus dientes o boca?
- ✓ ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos por problemas con sus dientes o boca?
- ✓ ¿Ha tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con sus dientes o boca?
- ✓ ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?
- ✓ ¿Ha estado un poco irritable y antipático con sus amigos y familia por problemas con sus dientes o boca?

- ✓ ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias?
- ✓ ¿Ha sentido que su vida es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes o boca?
- ✓ ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias?

Posteriormente se valoró del impacto de la pérdida dentaria en la calidad de vida a partir de la suma de la puntuación obtenida de las 14 preguntas y de sus 5 dimensiones **Nunca, Casi Nunca, algunas veces, Frecuentemente y siempre**. La calificación total de la ausencia de dientes y su relación con la calidad de vida se asumió que aquella calificación comprendida entre: 0-18 será de bajo impacto, de 19-37 como moderado impacto y de 38-56 como alto impacto.

### Análisis estadístico

El componente estadístico fue procesado en dos etapas: La primera para el componente descriptivo y la segunda para el componente analítico. Se utilizaron los programas SPSS v25. Los resultados son presentados en tablas de frecuencia y porcentajes. La prueba de Chi cuadrado se utilizó para investigar la asociación entre las variables.

para investigar la asociación entre las variables. También se utilizó la prueba de Odds Ratio (OR) para establecer el factor de riesgo. Un valor de  $p < 0,05$  fue considerado como estadísticamente significativo.

### c) RESULTADOS.

Se realizó el examen clínico odontológico y se aplicó el test de perfil de impacto de la calidad de vida **OHIP 14** a 735 individuos comprendidos en las edades de 15 a 85 años, donde 445 fueron del género femenino equivalente al 60.5 % y 290 del género masculino que equivale al 39.5 % del total de la muestra. La misma que estuvo subdivida en cuatro grupos de edades comprendidos entre 15 - 24 años, 25 - 39 años, 40 - 59 años y de 60 - 85 años.

Se determinó que la prevalencia del edentulismo correspondió a un 95.1 % equivalente a 699 individuos y solamente 4.9 % no presentaba ningún tipo de edentulismo representado por 36 individuos (tabla N°1). Se identificó un edentulismo parcial de 66.8 % y edentulismo total en 28.3 %. La prevalencia con mayor predominio fue el sexo femenino en relación al sexo masculino (tabla N° 2). En el edentulismo parcial

predominó en el grupo de edad de 15 a 24 años (tabla N°3). En lo referente a la prevalencia del edentulismo de acuerdo a la ubicación en el maxilar superior, inferior o ambos, según sexo, los resultados muestran que la prevalencia del edentulismo parcial bimaxilar es más prevalente en el sexo femenino y en el grupo de edad e 15 a 24 años (tabla N°4 y N°5). La prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy fue 39.7 %, para la clase III, le sigue la clase I con un 25.2 %, la clase II con un 13.6%, la clase IV con un 2.6 % y la clase

V y clase VI con un 0.1 %. La Clase III prevaleció en el grupo de edad de 15 a 24 años con 28.0 % (tabla N°7) y según ubicación en maxilar o mandíbula. La **clase III mandibular** presentó una prevalencia del **38 %** dato mayor que la **clase III maxilar** que fue del 26.1 %, en ambos maxilares la prevalencia fue con mayor predominio en el sexo femenino y en el grupo de edad de 15 a 24 años (**tabla N°8**).

Según la prueba de *Chi* cuadrado las variables presentaron significancia estadística.

A continuación, se presenta las tablas con frecuencias y porcentajes:

**Tabla N° 1 Prevalencia del edentulismo según sexo**

Tipo de edentulismo	Femenino		Masculino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin edentulismo	11	1.5	25	3.4	36	4,9%
Edéntulo	434	59%	265	36.1%	699	95.1%
<b>Total</b>	<b>445</b>	<b>60.5%</b>	<b>290</b>	<b>37.5.0%</b>	<b>735</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico

**Tabla N° 2 Prevalencia del edentulismo parcial y total, según sexo**

Tipo de edentulismo total	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin edentulismo	11	1.5%	25	3.4%	36	4,9%
Edéntulo parcial	306	41.6%	185	25.2%	491	66,8%
Edéntulo total	128	17.4%	80	10.9%	208	28,3%
<b>Total</b>	<b>445</b>	<b>60.5%</b>	<b>290</b>	<b>39.5%</b>	<b>735</b>	<b>100%</b>
p<0.05	p=0.001					

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico

**Tabla N° 3 Prevalencia del edentulismo parcial y total, según grupo de edad**

Tipo de edentulismo	15 - 24 años		25 - 39 años		40 - 59 años		60 - 85 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin edentulismo (Dentado)	19	2.6%	10	1.4%	7	1.0%	0	0.0%	36	4,9%
Edéntulo parcial	243	33.1%	112	15.2%	107	14.6%	29	3.9%	491	66,8%
Edéntulo total	6	0.8%	12	1.6%	77	10.5%	113	15.4%	208	28,3%
<b>Total</b>	268	<b>36.5%</b>	134	<b>18.2%</b>	191	<b>26.0%</b>	142	<b>19.3%</b>	735	100%
p < 0,05	p=0,000									

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico.

**Tabla N° 4 Prevalencia del edentulismo parcial y total de acuerdo a la ubicación maxilar superior, inferior o ambos maxilares en la población de la ciudad de Sucre, según sexo**

Tipo y ubicación de edentulismo	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin edentulismo	11	1,5%	25	3,4%	36	4.9 %
Edén. total maxilar	45	6,1%	36	4,9%	81	11.0 %
Edén. total mandibular	19	2,6%	7	1,0%	26	3.5 %
Edén. total bimaxilar	64	8,7%	37	5,0%	101	13.7 %
Edént. parcial superior	35	4,8%	20	2,7%	55	7.5 %
Edént. parcial inferior	90	12,2%	60	8,2%	150	20.4%
Edént. parcial bimaxiliar	181	24,6%	105	14,3%	286	38.9%
Total	445	<b>60,5%</b>	290	<b>39,5%</b>	735	100.0%
p < 0,05	p=0,007					

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico

**Tabla Nº 5 Prevalencia edentulismo parcial y edentulismo de acuerdo a la ubicación en el maxilar superior, inferior o ambos maxilares en la población de la ciudad de Sucre, según grupo de edad.**

Tipo de edentulismo	15 - 24 años		25 - 39 años		40 - 59 años		60 - 85 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin edentulismo	19	2,6%	10	1,4%	7	1,0%	0	0,0%	36	4.9 %
Edén. total maxilar	6	0,8%	9	1,2%	32	4,4%	34	4,6%	81	11.0 %
Edén. total mandibular	0	0,0%	3	0,4%	11	1,5%	12	1,6%	26	3.5 %
Edén. total bimaxilar	0	0,0%	0	0,0%	34	4,6%	67	9,1%	101	13.7 %
Edént. parcial superior	33	4,5%	12	1,6%	9	1,2%	1	0,1%	55	7.5 %
Edént. parcial inferior	116	15,8%	24	3,3%	8	1,1%	2	0,3%	150	20.4 %
Edént. parcial bimaxiliar	94	12,8%	76	10,3%	90	12,2%	26	3,5%	286	38.9 %
Total	268	<b>36,5%</b>	134	<b>18,2%</b>	191	<b>26,0%</b>	142	<b>19,3%</b>	735	100.0 %
$p < 0,05$	$p=0,000$									

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico

**Tabla Nº 6 Prevalencia del edentulismo parcial (clasificación de Kennedy) y edentulismo total en la población de la ciudad de Sucre, según sexo.**

Edent. Parcial (kennedy) y edentulismo total	FEMENINO		MASCULINO		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Clase I	115	15,6%	70	9,5%	185	25.2%
Clase II	59	8,0%	41	5,6%	100	13.6%
Clase III	180	24,5%	112	15,2%	292	39.7%
Clase IV	14	1,9%	5	0,7%	19	2.6%
Clase V	1	0,1%	0	0,0%	1	0.1%
Clase VI	1	0,1%	0	0,0%	1	0.1%
Edéntulo total	64	8,7%	37	5,0%	101	13.7%
Sin edentulismo (dentado bimaxilar)	11	1,5%	25	3,4%	36	4.9%
<b>Total</b>	<b>445</b>	<b>60,5%</b>	<b>290</b>	<b>39,5%</b>	<b>735</b>	<b>100.0%</b>
$p < 0,05$	$p=0,017$					

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico

**Tabla Nº 7 Distribución del edentulismo parcial (clasificación de Kennedy) y edentulismo total en la población de la ciudad de Sucre, según grupo de edad.**

EDENT. PARCIAL (KENNEDY) Y EDENT. TOTAL	15 - 24 AÑOS		25 - 39 AÑOS		40 - 59 AÑOS		60 - 85 AÑOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Clase I	10	1.4%	42	5.7%	80	10.9%	53	7.2%	185	25.2%
Clase II	30	4.1%	31	4.2%	29	3.9%	10	1.4%	100	13.6%
Clase III	206	28.0%	45	6.1%	32	4.4%	9	1.2%	292	39.7%
Clase IV	3	0.4%	5	0.7%	8	1.1%	3	0.4%	19	2.6%
Clase V	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
Clase VI	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Desdentado total	0	0.0%	0	0.0%	34	4.6%	67	9.1%	101	13.7%
Sin edentulismo (dentado)	19	2.6%	10	1.4%	7	1.0%	0	0.0%	36	4.9%
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>36.5%</b>	<b>134</b>	<b>18.2%</b>	<b>191</b>	<b>26.0%</b>	<b>142</b>	<b>19.3%</b>	<b>735</b>	<b>100.0%</b>
$p < 0,05$	$p=0,000$									

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico

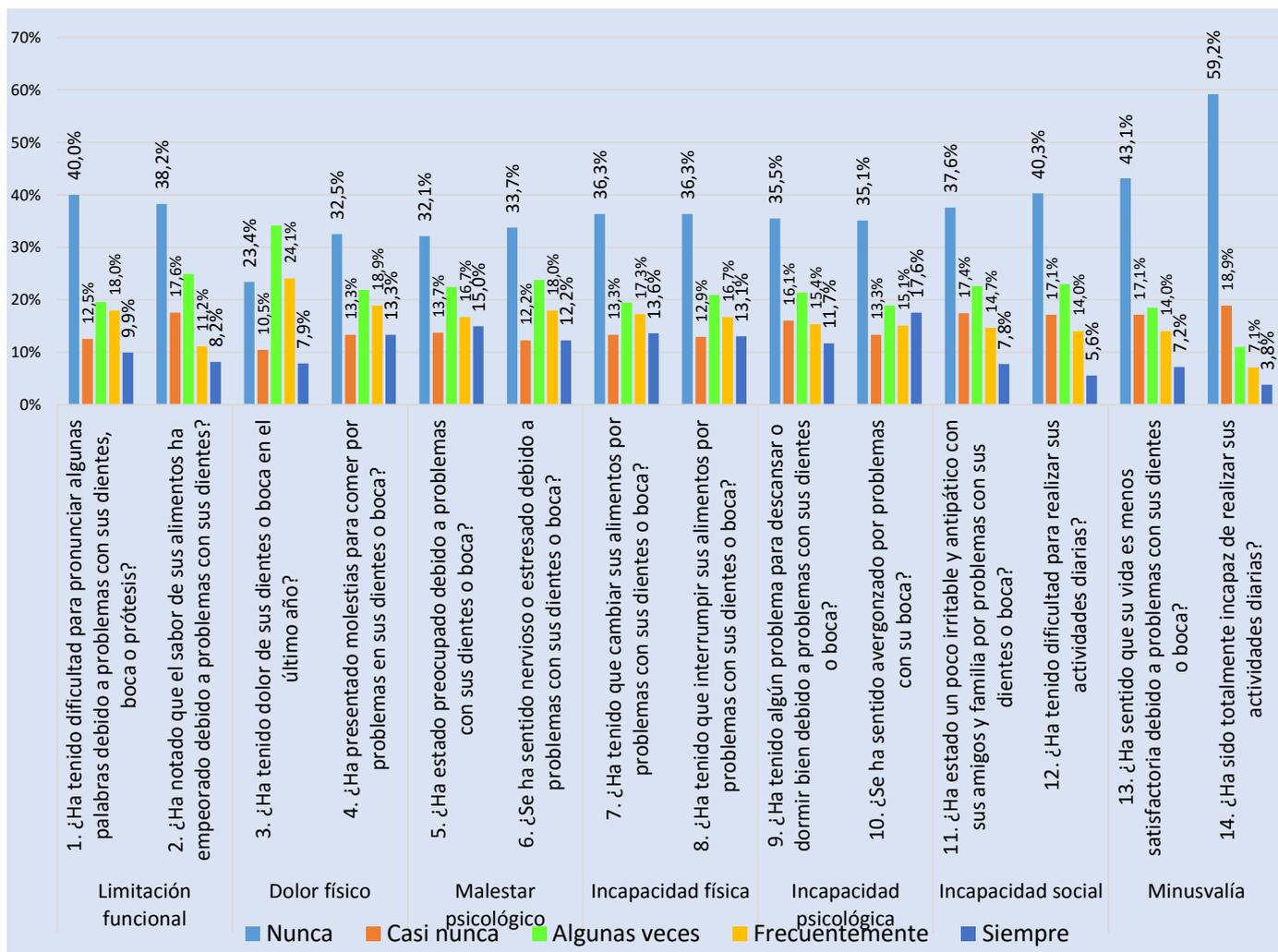
**Tabla Nº 8 Distribución del edentulismo parcial superior e inferior (clasificación de Kennedy) y edentulismo total en la población de la ciudad de Sucre, según sexo**

Tipo de edentulismo	j		Masculino		Total		p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Superior</b>							
Clase I	48	6,5%	19	2,6%	67	9,1%	0,060
Clase II	44	6,0%	28	3,8%	72	9,8%	
Clase III	125	17,0%	67	9,1%	192	26,1%	
Clase IV	18	2,4%	19	2,6%	37	5,0%	
Clase VI	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%	
Edéntulo total	64	8,7%	37	5,0%	101	13,7%	
Sin edent. superior	145	19,7%	120	16,3%	265	36,1%	
<b>Total</b>	<b>445</b>	<b>60,5%</b>	<b>290</b>	<b>39,5%</b>	<b>735</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Inferior</b>							

Clase I	87	11,8%	59	8,0%	146	19,9%	0,812
Clase II	50	6,8%	28	3,8%	78	10,6%	
Clase III	171	23,3%	108	14,7%	279	38,0%	
Clase IV	6	0,8%	5	0,7%	11	1,5%	
Clase V	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%	
Edéntulo total	64	8,7%	37	5,0%	101	13,7%	
Sin edent. inferior	66	9,0%	53	7,2%	119	16,2%	
Total	445	60,5%	290	39,5%	735	100,0%	

**Fuente:** Elaboración propia en base a examen clínico odontológico

**Gráfico N°1** Frecuencia del índice OHIP-14 perfil de impacto de la calidad de vida



**TABLA N° 9** Edentulismo y su impacto en la calidad de vida, según sexo

Sexo	Alto impacto		Sin impacto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	383	52.1%	62	8.4%	445	60.5%
Masculino	236	32.1%	54	7.3%	290	39.5%
<b>Total</b>	<b>619</b>	<b>84.2%</b>	<b>116</b>	<b>15.8%</b>	<b>735</b>	<b>100.0%</b>

OR 1,413477 (0,948188-2,107090) ji 2,9 p = 0,0,0884

**Fuente:** Elaboración propia en base a encuesta OHIP-14

**TABLA Nº 10 Edentulismo y su impacto en la calidad de vida, según grupo de edad**

Grupo etario	Alto impacto		Sin impacto		Total	Porcentaje	RP	IC (95%)
	Frec.	%	Frec.	%				
15 - 24 años	185	25.2%	83	11.3%	268	36.5%	1,0000	-
25 - 39 años	112	15.2%	22	3.0%	134	18.2%	1,2108	(1,0849-1,3514)
40 - 59 años	180	24.5%	11	1.5%	191	26.0%	1,3652	(1,2508-1,4901)
60 - 85 años	142	19.3%	0	0.0%	142	19.3%	1,4486	(1,3370-1,5696)
<b>Total</b>	<b>619</b>	<b>84.2%</b>	<b>116</b>	<b>15.8%</b>	<b>735</b>	<b>100.0%</b>		

Ji= 87,47 p = 0,000

**Fuente:** Elaboración propia en base a encuesta OHIP-14

#### d) DISCUSIÓN.

El edentulismo parcial o total es considerado como una agresión a la salud oral y repercute en la salud general, porque provoca secuelas estéticas, fisiológicas y psicológicas adversas que afecta negativamente la calidad de vida de la población.

En el estudio se incluyó una muestra de 735 individuos siendo 445 del género femenino y

290 del género masculino. Los resultados revelaron una prevalencia del edentulismo de un 95.1 % (699), donde el edentulismo parcial se presentó con mayor frecuencia (66.8 %) y el edentulismo total (28.3 %) y ambos presentaron mayor predominio en el género femenino con un porcentaje del 59% en relación al sexo masculino que alcanzó un 36.1 %, asimismo la mayor frecuencia fue

para el edentulismo total a partir de los 40 años a 85 años y el edentulismo parcial fue más prevalente en el grupo de edad de 15 a 24 años.

La prevalencia de edentulismo de 95.1 % (699) encontrada en esta investigación fue mayor a la obtenida por Gutiérrez et al en el 2015 en la población en Chile donde la prevalencia correspondió a 72 % (10).

En la población objeto de estudio la prevalencia de los desdentados totales fue del 28,3% con mayor predominio en el sexo femenino dato similar al encontrado por Cortes y Col en el 2014 realizado en la población de Chile que refirieron una prevalencia mayor en el sexo femenino (8). Los datos del edentulismo encontrados por este autor fueron altos alcanzando un 98.4 % cifra mayor al encontrado en el presente estudio que fue del 95.1 % esta prevalencia podría deberse a la presencia de caries dental avanzada, enfermedad periodontal, traumatismo, tratamientos curativos antes que preventivos y a la rehabilitación deficiente (4,18).

El edentulismo parcial encontrado correspondió a una prevalencia del 68,8 %

donde el grupo de edad de 15 a 24 años fue el más afectado, la prevalencia encontrada fue menor comparando con el estudio realizado en Ecuador por Vanegas et al en el 2016 quien observó un edentulismo parcial de 75 % con predominancia de la clase III maxilar 42 % y mandíbular 40 % (3). Sin embargo, la prevalencia del 68.8% encontrada en el edentulismo parcial en el presente estudio es mayor al efectuado por de Amal en el 2017 en la población joven Saudi quienes demostraron una prevalencia del 62.5 % con predominancia en las mujeres en un 52.8 % (13).

En lo referente a la ubicación en el maxilar superior, inferior o ambos se encontró que el edentulismo **bimaxilar** fue del **38.9 %**, dato con mayor predominio en las mujeres esto demuestra que la población de la ciudad de Sucre, tiene afectado el sistema masticatorio porque existe edentulismo en ambos maxilares podría deberse a una ausencia de la cultura de higiene oral, disponibilidad de atención odontológica permanente y plan de profilaxis instaurado. Por otro lado, los cambios de pH salival en el embarazo podrían ser incidentes en el desarrollo de caries y pérdida posterior. (15,26).

La población de Sucre sin edentulismo correspondió a 4.9 % de los cuales corresponde a varones un 3.4 % a las mujeres 1.5 %.

Los resultados encontrados del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la presente investigación fue más prevalente la clase III con un 39.7 %, con mayor predominio la **clase III en el maxilar inferior** con un **38 %** y en el sexo femenino y la **clase III en el maxilar superior** fue del 26.1 % también con mayor predominio en el sexo femenino. Estos resultados difieren con el estudio realizado por Huamanciza et al, en el 2019 cuyo resultado demostró que el edentulismo parcial más frecuente fue en el maxilar correspondiente a la Clase III de Kennedy con un 50 %, y el tipo de edentulismo parcial más frecuente en la arcada mandibular fue la Clase III de Kennedy con un 49 (15).

En el estudio de Cortes et al (2014) se señaló que la clase III maxilar presentó un 42 % sobre la mandibular 29 % (8). En el estudio realizado por Cisneros en el 2014 en la población del Perú, los resultados demostraron una prevalencia de la clase III

en el maxilar superior con un 27.2 %, con mayor frecuencia en las mujeres alcanzando un 36.2 % y en las edades comprendidas entre 31-50 años (9). En el estudio de Mostafá et al 2016 observó mayor frecuencia en la clase III un 67.2 % en maxilar superior (11). Por ende, los resultados encontrados en el presente estudio demuestran que el **edentulismo parcial mandibular clase III**, predomina en la población de estudio procedente de la ciudad de Sucre resultado que difiere con los datos reportados por los autores mencionados que describen al edentulismo parcial superior clase III como el más prevalente.

En lo concerniente a la prevalencia del edentulismo parcial y sus modificaciones se comprobó que el mayor porcentaje corresponden a las clases sin modificaciones: clase I con 65.4%, la clase II con 58 %, la clase III con 74.3 %. Sin embargo, se observó que la clase I con modificación 1 presento un porcentaje del 20.5 %, seguida de la modificación 2 con 9.7 % y la modificación 3 con un 3.2 %, en la clase II y clase III prevaleció la modificación 1 seguida de la 2 y 3, la clase IV, V y VI no

presentan modificaciones estos resultados demuestran la seriedad del daño y la pérdida de muchas piezas dentarias, estos resultados no se pueden realizar comparaciones, ya que no se encontró literatura con este tipo de estudio, se observó que la mayoría de los estudios solamente toman en cuenta las clases sin modificaciones, siendo estos resultados un aporte muy valioso para buscar medidas preventivas, correctivas y rehabilitadoras de la población con necesidades urgentes de tratamiento.

En lo referente a la rehabilitación, se detectó que el mayor porcentaje correspondió a la no rehabilitación en un 68.6%, se debería a: costo elevado de la rehabilitación, factores socioeconómicos y programas de salud oral limitados. (15-18,22).

Se determinó que el **sexo femenino** presenta un OR de 3,722 (IC 95 % 1,802-7,688) y existe asociación significativa entre el sexo y edentulismo ( $p=0,0001 > 0,05$ ). Mientras el **grupo etario** de pacientes de 40 a 85 años de edad presenta OR 3,621 (IC 1,565-8,376) y está asociado al edentulismo con un valor de IC 95 % ( $p=0,0014 < 0,05$ ). Sin embargo, Shivani J, et al en el año 2017

en 600 pacientes de entre 15 a 85 años no encontraron asociación estadística significativa con la prevalencia de edentulismo total y parcial de la población de Kathua y Kashmir, con la edad, ni el sexo (12), a diferencia de lo obtenido en el presente estudio, la edad y el sexo son un factor de riesgo para presentar edentulismo cuanto más avanza a la edad mayor probabilidad de la pérdida dentaria y el sexo femenino es más declive a edentulismo.

Considerando el impacto que produce el edentulismo sobre la calidad de vida de la población de estudio procedente de la ciudad de Sucre, se determinó que un 84.2 % está afectada negativamente su calidad de vida. Existe un predominio del *bajo impacto* 51.7 % en los varones y en las mujeres un 48.3 % y un *alto impacto* en el grupo de edad 60-85 años en un 62.0 %. La dimensión dolor de los dientes y/o la boca en el último año marcó un 24.1 % (alguna vez) predominio sobre las otras dimensiones. Si comparamos con el estudio de Jiménez el 2018 la población cubana el impacto del edentulismo en su calidad de vida correspondió a 93 % se estimó una media de OHIT de 14,5 y tiene impacto en el dolor físico 84 % y la limitación funcional 83 % (14)

Por todo lo mencionado el edentulismo parcial o total afecta la calidad de vida de la población de Sucre convirtiéndose en un problema de salud pública.

## CONCLUSIONES

- ✓ La prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy fue la clase III mandibular en el grupo de edad de 15 a 24 años y el sexo más afectado fue el sexo femenino.
- ✓ La mayor frecuencia del edentulismo según ubicación ya sea en el maxilar superior, maxilar inferior o ambos fue el edentulismo parcial bimaxilar con mayor predominio en el grupo de edad de 25 a 39 años y en el sexo femenino.
- ✓ La prevalencia del edentulismo total, fue del 28.3 % y el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 85 años con mayor predominio en el sexo femenino.
- ✓ Los pacientes edéntulos parciales y totales de la población en estudio presentan un porcentaje reducido de rehabilitación y un alto porcentaje de pacientes edéntulos no rehabilitados.

- ✓ El edentulismo parcial y total tiene impacto en la calidad de vida y va en aumento, de acuerdo, al avance de la edad de la población estudiada (OR 1,413477,  $x^2$  2,9  $p = 0,0,0884$ ) y tiene mayor predominio en el sexo femenino (RP>1,  $x^2$  87,47  $p = 0,000$ ) observándose su significancia estadística.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luengas M, Sáenz LP, Tenorio G, Garcilazo G, Díaz MA. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de la sin equidades en salud.2015. [8 paginas]. Disponible en: URL: <http://elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1665138316300027> Consultado junio 2, 2019.
2. Rojas P, Gómez MF. Torres M, Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. 2015. [17 páginas]. Disponible en: URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325884>. Consultado junio 2, 2019.

3. Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O, Ordóñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. [7 paginas]. Disponible en: URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v26n4/a03v26n4.pdf> Consultado junio 2, 2019
4. Sanz G, Llanes C, Molleda, Chibás L, Valdés Y Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. 2018 [13 paginas]. Disponible en: URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2018/ger183a.pdf>. Vol.13. No.3. 20184. Consultado junio 2, 2019
5. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Disponible en: URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>. Consultado junio 3, 2019.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental 2018. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. Consultado junio 5, 2019.
7. Santana JC. Atlas de Patología del complejo bucal. La Habana, Cuba: Editorial científico técnica, 1985. Consultado junio 5, 2019.
8. Cortés V, Carrasco F, Vergara, C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013. Revista Chilena de Salud Pública, 2014. [6 páginas]. Disponible en: URL: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/33956/35674>. Consultado junio 6, 2019.
9. Cisneros del Águila MC., Sandoval AV, Lozano HF. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Rev. Científica Alas Peruanas. 2014; 1(1):1-18 Disponible en: URL: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/426/330>. Consultado junio 6, 2019.
10. Gutiérrez VL, León RA, Castillo DE.

- Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set; 25(3):179-86 Disponible en: URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>. Consultado junio 6, 2019.
11. Mostafa I. Fayad, Mohamed N. Baig,1 and Abdulrazaq M. Alrawaili. 2016. [5 páginas]. prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5285593/>. Consultado junio 6, 2019.
12. Shivani J, Bhanu K, Vineet K, Nanika M, Sharad K, Vinod T. Prevalence of Complete and Partial Edentulism in the Patients Visiting District Hospital of Kathua, Jammu, Jammu and Kashmir. 2017. Disponible en: URL: [https://www.ijss-sn.com/uploads/2/0/1/5/20153321/ijss\\_oct\\_oa16\\_-\\_2017.pdf](https://www.ijss-sn.com/uploads/2/0/1/5/20153321/ijss_oct_oa16_-_2017.pdf). Consultado junio 6, 2019.
13. Amal A, Minu M. Prevalence of partial edentulism among young Saudi women of Qassim and their perception of early tooth loss. 2017. [6 páginas ] Disponible en: URL: [https://www.researchgate.net/publication/320094592\\_Prevalence\\_of\\_partial\\_edentulism\\_among\\_young\\_Saudi\\_women\\_of\\_Qassim\\_and\\_their\\_perception\\_of\\_early\\_tooth\\_loss](https://www.researchgate.net/publication/320094592_Prevalence_of_partial_edentulism_among_young_Saudi_women_of_Qassim_and_their_perception_of_early_tooth_loss). Consultado junio 8, 2019.
14. Jiménez Z, Díaz, M, Quesada S, Ortiz Y, Influencia del edentulismo en la calidad de vida del adulto mayor. 2019. [7 paginas]. Disponible en: URL: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/528/360>. Consultado septiembre 12, 2019.
15. Huamanciza EE, Chávez L, Chacón PR, Ayala de la Vega G. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Rev haban cienc méd 2019. [17 páginas]. Disponible en: URL: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2507>. Consultado junio 8, 2019.

16. Dau R, Ortiz E, Mazzini F, Torre W, Ubilla JL, Sánchez E Rodríguez K. Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos. Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. 2016. 3 (2). [9 páginas]. Disponible en: URL: <https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2017/01/analisis-de-la-prevalencia-de-la-clasificacion-de-kennedy-en-pacientes-parcialmente-edentulos.pdf> Consultado septiembre 12, 2019
17. Veas. HV. Estudio del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral durante el periodo 2013-2014".2015. [65 páginas]. [ Tesis especialidad]. Disponible en: URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/red.ug/9045/1/VeasHELEN.pdf>. Consultado septiembre 12, 2019
18. McCracken y Macginey. Prótesis parcial removible. 3ª ed. Madrid, España: Editorial Panamericana, 1992
19. Tylman's. Teoría y práctica en prostodoncia fija. 8ª ed. Editorial Librería Medica Berri. 1991
20. Rosentiel S, FujimotoJ, Land M. prótesis fija contemporánea. 5ª edición, Salvat Editores, 2017.
21. Shillingburg HT, Sumiya H. Fundamentos esenciales de prótesis fija. 3ª edición, Quintessence, 2002
22. Mallat e, Keogh TP. Prótesis parcial removible clínica y laboratorio: Editorial Mosby doyma libroa dec Madrid España.1995.
23. Loza D. Prótesis Parcial Removible. Editorial: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica Barcelona, España 1992. pág. 57.
24. Mallat e, Keogh TP. Protesis parcial removable clínica y laboratorio Editorial Mosby doyma libroa dec Madrid España. Disponible en: URL: <https://es.scribd.com/document/241924149/LIBRO-PROTESIS-PARCIAL-REMOVIBLE-pdf>. Consultado septiembre 12, 2019
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Edentulismo, uso y necesidad de prótesis en IV Estudio nacional de salud bucal.[ 381 paginas] Disponible en: URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>. Consultado septiembre 12, 2019
26. Delgado JH. Influencia del

- edentulismo sobre el estado nutricional de adultos mayores residentes en asilos, Puno – Juliaca. 2018[ 124 páginas]. [tesis maestría].  
<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/2284> .
27. Organización Mundial de la Salud 2002 “Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político”, en Rev Esp Geriatr Gerontol, 37, 2: 74-105.
28. Instituto de salud pública de la Comunidad de Madrid. La salud bucodental en los mayores Prevención y cuidados para una atención integra. Disponible en: URL:  
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009099.pdf>. Consultado septiembre 12, 2019
29. Diaz Clarisse VR, Casas I, Roldán J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura, 2017. [9 páginas]. Disponible en: URL:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2017000100005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005). Consultado septiembre 12, 2019
30. Desai R, Durham J, Wassell R, Preshaw P, Does the mode of administration of th Oral Health Impact Profile-49 affect the outcome score? Journal Of Dentistry. 2014 Jan; 42(1): 84-89. 2015. Disponible en: URL:  
[https://eprint.ncl.ac.uk/file\\_store/producti on/197072/B9EE5D9C-B918-41B5-BAF8-85A65C6DA9CF.pdf](https://eprint.ncl.ac.uk/file_store/producti on/197072/B9EE5D9C-B918-41B5-BAF8-85A65C6DA9CF.pdf). Consultado septiembre 12, 2019
31. Segura A. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. Barranquilla 2017;33(3):504– 16. Disponible en URL:  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.p hp/salud/article/viewArticle/8141>. Consultado septiembre 12, 2019
32. Meza EU. Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. 2014;7(2):33– 46. Disponible en: URL:  
[http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/111\\_article3idental7.2.pdf](http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/111_article3idental7.2.pdf). Consultado septiembre 12, 2019
33. Servicio Departamental de salud Chuquisaca. red I Sucre de Salud. población por establecimientos de salud, según grupos de edad de la ciudad de Sucre. Sucre, Bolivia.2019