

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



**PERDIDA DENTAL RELACIONADA CON LA CALIDAD DE
VIDA EN PERSONAS QUE ASISTEN A ASOCIACIONES DEL
ADULTO MAYOR, TRUJILLO.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTORA :

Bach. CLAUDIA CRISTINA BOLAÑOS MALARIN

ASESORA :

DRA. MARÍA ESPINOZA SALCEDO

TRUJILLO, PERÚ
2017

JURADOS

DR. WEYDER PORTOCARRERO REYES

Presidente

DR. ANGEL ASMAT ABANTO

Secretario

DRA. VERONICA ULLOA CUEVA

Vocal

DEDICATORIA

A Dios por guiarme siempre y permitirme hacer las cosas que a mi corazón le gustan por haberme puesto ángeles en mí camino que me han ayudado a llegar hasta el día de hoy. Porque su tiempo es perfecto.

*A mi amado esposo **Brian**, por su paciencia y todo el apoyo. Por todo su amor estoy inmensamente agradecida. Gracias por creer en mí, estar siempre allí y ser mi mejor amigo y compañero de aventuras.*

*A mis padres **Hugo y Matilde** que son lo que más quiero en este mundo, gracias por todo su cariño y amor incondicional. A ti papa por tus pepitas del saber y a ti mami por tus oraciones.*

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis si bien ha requerido de tiempo, esfuerzo, trabajo y mucha dedicación por parte de su autor, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citare:

A la Dra. María Victoria Espinoza salcedo por su predisposición, su apoyo permanente, paciencia y aporte académico para la realización de este trabajo de investigación.

Al Dr. Oscar del Castillo por el apoyo brindado, en todos estos años de estudio, porque siempre estuvo presto a escuchar y aclarar cualquier duda academica.

A mi Universidad Privada Antenor Orrego por darme la oportunidad de aprender y forjarme como profesional.

En general a cada uno de los que de alguna manera contribuyeron para la realización de este trabajo de tesis así como en mi formación personal y profesional mi más profundo agradecimiento por su apoyo, ánimo y amistad.

Pero sobre todo gracias a Dios, y a mi familia por su apoyo incondicional en la realización de este trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar la relación entre la pérdida dental y la calidad de vida en las personas que asisten a Asociaciones del adulto mayor, Trujillo.2017 Se evaluaron a 187 adultos mayores. Para la pérdida dental se clasificó en edentulo parcia y edentulo total. Se utilizó la Clasificación de Kennedy para la pérdida dental parcial y para la calidad de vida se utilizó el Test de Gohai.

Se encontró que las personas adultos mayores presentaron que Edentulismo Parcial Superior y edentulismo total superior el 65.8 % presenta mala calidad de vida.

Así mismo en edentulismo parcial superior los adultos mayores presentaron: 55.4% (Clasificación I de Kennedy), 89.2% (Clasificación II de Kennedy), 64.0% (Clasificación III de Kennedy) de los cuales el 63.6% presentaron mala calidad de vida. Se encontró relación significativa entre la variable calidad de vida y Edentulismo Parcial Superior para un $p=0.0202$.

No existe relación significativa entre la variable calidad de vida y Edentulismo Parcial inferior para un $p = 0.8285$.

No existe relacion significativa entre la variable calidad de vida y edentulismo total para un $p=0.7273$

Se concluyó que existe relación entre la pérdida dental parcial superior y la calidad de vida en las personas que asisten a Asociaciones de adultos mayores, mas no en la pérdida dental inferior ni edentulos totales.

PALABRAS CLAVE: pérdida dental, calidad de vida, adulto mayor, clasificación de Kennedy, Gohai test.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between dental loss and quality of life in people attending Associations of the elderly, Trujillo.2017

187 elderly people were evaluated. Dental loss, was classified in parcial edentulous and total edentulous. Kennedy Classification was used for partial dental loss and to measure quality of life , Gohai Test was used.

It was found that upper partial edentulism and total upper edentulism presented poor quality of life 65.8%.

Also in upper partial edentulism presented: 55.4% (Kennedy Classification I), 89.2% (Kennedy Class II), 64.0% (Kennedy Class III) of which 63.6% presented poor quality of life. A significant relationship was found between the quality of life variable and Upper Partial Edentulism for $p = 0.0202$.

There was no significant relationship between the quality of life variable and lower partial edentulism for $p = 0.8285$.

There is no significant relationship between the quality of life variable and total edentulism for $p = 0.7273$

It was concluded that there is a relationship between upper partial loss of teeth and quality of life in people attending Associations of older adults, but not significant relation were found in the lower edentulous nor total edentulous.

KEY WORDS: dental loss, quality of life, older adult, Kennedy classification, Gohai test.

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	01
II.	DISENO METODOLOGICO.....	08
III.	RESULTADOS.....	17
IV.	DISCUSION.....	23
V.	CONCLUSIONES.....	25
VI.	RECOMENDACIONES.....	26
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
	ANEXOS.....	31

INTRODUCCION

Numerosos estudios han demostrado que la mayoría de los adultos mayores tienen problemas de masticación, dolor, dificultades al comer, y problemas en las relaciones sociales a causa de los problemas bucales; la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo. El estado de salud bucal es un indicador de los cuidados odontológicos que el individuo ha recibido.¹

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como bienestar físico, psicológico y social en la relación con el estado dental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera, entre las principales enfermedades de la cavidad bucal, la caries dental y las enfermedades periodontales como las más prevalentes.²

El proceso de envejecimiento del sistema estomatognatico se caracteriza por innumerables cambios físicos y funcionales con alteraciones de adaptación-compensadoras, que hacen indispensables su rehabilitación, sin embargo, es importante señalar que la vejez no es un sinónimo de haber perdido todos los dientes, sino que está perdida es consecuencia directa de factores determinantes del mal estado de la salud agregados a situaciones económicas y de enfermedades crónico degenerativas, y a cambios estructurales generales.³

Diversos estudios indican que la calidad de vida del adulto mayor se ve influenciada por el estado de la salud bucal. La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la gestión de alimentos y en la percepción de fenómenos orales asociados.⁴

La falta de piezas dentales afecta en el área de la autoestima y la comunicación (debido a alteraciones en la fonética). Hay que recalcar que cada pieza dental en boca desempeña un papel esencial en el proceso de digestión y nutrición, por lo que es de suma importancia mantenerlas sanas y preservadas en boca a toda medida.⁵

La atención estomatológica para el adulto mayor requiere ciertas adecuaciones, debido a que durante el envejecimiento existen cambios graduales en todo el organismo que modifican los procesos de adaptación, los cambios en la vista, el oído, el tato, el gusto y el olfato deben ser considerados al diseñar el espacio físico donde se brinda la atención estomatológica.⁶

Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio. El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida.⁷

La calidad de vida en la vejez es medida empleando el cuestionario The Geriatric Oral Health Assessment Index (índice GOHAI) según versión validada por Sánchez- Garcia y colaboradores en una población mexicana que tuvo una consistencia interna de alfa de cronbach de 0,77 para sus 12 items con propiedades psicométricas aceptables.

La versión original en inglés obtuvo una consistencia interna de 0,79 y otras versiones en diferentes países e idiomas varían entre 0,75 hasta 0.92 ⁸

Cada vez es más aceptado que la medición de calidad de vida en relación a salud oral es un componente esencial en las encuestas de salud oral, ensayos clínicos y otros estudios de evaluación de programas preventivos y terapéuticos destinados a mejorar la calidad de vida de las personas. ⁹

Cuando los clínicos e investigadores no cuentan con medidas de evaluación de calidad de vida en relación a salud en su propio idioma tienen dos posibilidades: 1.- desarrollar una nueva medida o 2.- modificar una medida previamente validada en otro idioma, para lo cual ésta se debe traducir y adaptar según las circunstancias sociales y culturales en las cuales serán utilizados para evaluar sus propiedades de medición ¹⁰

Moya y cols. (2012), determinaron la situación de salud oral y calidad de vida del adulto mayor evaluando a 210. El edentulismo fue de 7.1 %. Un 20% presentó sacos periodontales > a 5,5mm. Un 43% presenta higiene oral regular. Un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y 40,3% en el inferior. Concluyeron que un 76.6% percibe como mala su calidad de vida.¹¹

Murgiondo y cols. (2011) evaluaron el estado de salud bucal y el grado de edentulismo de pacientes adultos mayores. Encontraron que el índice CPOD fue de 16.10, con un promedio de 16.10, con un promedio de 1.76 de dientes cariados y 10.68 de dientes perdidos. Con respecto a la clasificación de Kennedy, la mayor prevalencia se observó en las clases III (34.3%) Y I (43.1%) para el maxilar superior e inferior. Concluyeron que la población de estudio tenía salud bucal deficiente.¹²

Laricchia y cols. (2012), evaluaron la relación entre el nivel socioeconómico con el componente salud bucal. La población fue de 238 pacientes adultos mayores. Concluyeron que 85% de adultos mayores que la necesidad protésica y el tipo de prótesis requeridas (componente de salud bucal) no están en relación con el grado de instrucción, el nivel de actividad laboral, ingreso y situación de jubilación (condición socioeconómica).¹³

Simoni y cols. (2013) estimaron la prevalencia del edentulismo total versus parcial y el impacto en la calidad de vida. La muestra fue de 182 pacientes de 18-86 años.

Solo el 37.1% del grupo tenía de 51 años a más. Encontraron que 88.1% eran desdentados parciales; mientras que el 11.9% eran edentulos totales, 70,8% de sexo femenino; 48.0% casados; 45.0% segundo grado completo; y 59,9% salario mínimo.

La calidad de vida se midió en dolor físico 67.8%, incomodo psicológico 56.9%, limitante psicológico 61.9% Concluyeron que los mayores problemas para los que

perdieron sus dientes fueron de naturaleza funcional y social; como la incomodidad para comer y el sentimiento de vergüenza, causando fuerte impacto en la calidad de vida, afectando su nutrición y salud en general. ¹⁴

La pérdida de piezas dentales, ya sea edentulo parcial o total trae consigo grandes cambios en la percepción del adulto mayor como persona y en sus hábitos alimenticios, como consecuencia el paciente presenta problemas al pronunciar palabras, al momento de masticar los alimentos presenta mayor dificultad, y la autoestima también se ve afectado.

En nuestro país la falta de prevención en la salud oral es el mayor enemigo para nuestros adultos mayores ya que para ellos es muy común hacerse tratar cuando la enfermedad infecciosa ya está avanzada y los costos son más elevados imposibilitándoles de poder seguir con el tratamiento por el costo de estos, optando como solución más fácil la extracción de sus piezas dentarias, contribuyendo así al índice en incremento de edentulismo del paciente adulto mayor.

La población del adulto mayor va creciendo cada día , es importante recalcar que nos encontramos en una sociedad donde la población asiste a ser evaluada cuando ya presentan síntomas de la enfermedad, no existiendo la prevención, por lo tanto en los pacientes adultos mayores es muy común encontrarlos con focos infecciosos como: caries, enfermedad periodontal, lesiones en boca, todo esto contribuye a la pérdida de

piezas dentarias , haciendo que el edentulismo sea elevado en nuestra población de adultos mayores.

La importancia del presente estudio fue determinar la relación que existe en el paciente adulto mayor edentulo parcial o edentulo completo sobre cómo percibe su calidad de vida.

1. Formulación del problema

Existe relación entre la pérdida dental y la calidad de vida en las personas que asisten Asociaciones del adulto mayor, Trujillo. 2017?

2. Hipótesis:

Si existe relación entre la pérdida dental y la calidad de vida en las personas que asisten Asociaciones del adulto mayor, Trujillo. 2017.

A. Objetivos:

1. Objetivo General.

- Determinar la relación entre la pérdida dental y la calidad de vida en las personas que asisten Asociaciones del adulto mayor, Trujillo. 2017

2. Objetivos Específicos.

- Determinar la Pérdida dental parcial y total en las personas que asisten Asociaciones del adulto mayor, Trujillo. 2017
- Determinar la calidad de vida en las personas que asisten a asociaciones del adulto mayor, Trujillo. 2017
- Determinar la relación entre la pérdida dental y la calidad de vida en las personas que asisten a asociaciones del adulto mayor –Trujillo 2017, según edad.

- Determinar la relación entre la pérdida dental y la calidad de vida, en las personas que asisten a asociaciones del adulto mayor –Trujillo 2017, según género.
- Determinar la relación entre la pérdida dental parcial o total y la calidad de vida, en las personas que asisten a asociaciones del adulto mayor –Trujillo 2017, según enfermedad sistémica.

B. DEL DISEÑO METODOLÓGICO

1. Material de estudio.

1.1 Tipo de investigación.

Según el período en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio
Prospectivo	Transversal	Descriptivo	Observacional

1.2 Área de estudio.

La presente investigación se desarrolló en los distritos de la ciudad de Trujillo en los Distritos de El Porvenir, Huanchaco, Víctor Larco y Trujillo.

1.3 Definición de la población muestral.

1.3.1 Características generales:

Estuvo constituido por adultos mayores de 60 años a más, que acudieron a las Asociaciones del adulto mayor en los Distritos de El Porvenir, Víctor Larco, Huanchaco y Trujillo, durante los meses de Diciembre 2016 y Enero 2017

1.3.1.1 Criterios de inclusión:

- Paciente adulto mayor masculino o femenino de 60 años de edad que asistió a las asociaciones del adulto mayor en la ciudad de Trujillo
- Paciente adulto mayor que aceptó participar en el estudio y firmó consentimiento informado

1.3.1.2 Criterios de exclusión:

- Adulto mayor que presento limitaciones físicas o discapacidad
- Adulto mayor que fue desdentado total en una arcada o que presentó todas las piezas dentarias.

1.3.2 Diseño estadístico de muestreo:

1.3.2.1 Unidad de Análisis:

- Adulto mayor de 60 años de edad a más, que asistió a asociaciones del adulto mayor de los distritos de El Porvenir, Huanchaco, Víctor Larco y Trujillo y cumplió con los criterios de selección establecidos.

1.3.2.2 Unidad de muestreo:

- Adulto mayor de 60 años de edad a más, masculino o femenino que asistió a las Asociaciones de adulto mayor, Trujillo.

1.3.2.3 Marco de muestreo:

- Relación de todos los adultos mayores de 60 años a más, que asistieron a Asociaciones del adulto mayor en la ciudad de Trujillo; en los meses de Diciembre 2016 y Enero 2017. Se evaluó a todos los integrantes de cada Asociación, por lo que el estudio fue de tipo Censal

➤ Porvenir	25
➤ Huanchaco	37
➤ Víctor Larco	41
➤ Trujillo	84
Total	187

1.3.3 Método de selección

- Muestreo no probabilístico por conveniencia

1.4 Consideraciones Éticas

Para la ejecución de la presente ejecución, se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por 18 Asamblea Medica Mundial (Helsinki, 1964), modificada en la 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013.

Ley general de salud articulo 15 y 25.

2. Métodos, Técnicas e Instrumento de recolección de datos.

2.1 Método.

Observacional

2.2 Descripción del Procedimiento

A. De la aprobación del proyecto:

-El primer paso para la realización del presente estudio de investigación fue solicitar la autorización del Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, con el fin de obtener el permiso correspondiente para ejecutar el proyecto.

B. De la autorización para la ejecución:

- Se solicitó permiso a los presidentes de las diferentes Asociaciones del Adulto Mayor de los distintos distritos. Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso correspondiente para poder acudir a sus reuniones y ser evaluados.

C. De la calibración del investigador:

- El investigador fue calibrado por un especialista para corroborar el entrenamiento al momento de evaluar la clasificación de Kennedy
- Se realizó la validación inter examinador a través de la clasificación de Kennedy para evaluar edentulismo parcial siendo el valor de

Kappa= 0.80 (ANEXO 1)

D. Recolección de datos:

Primero se elaboró cronogramas de visitas a las asociaciones del adulto mayor.

En la siguiente reunión se les brindó una charla para informar lo que se les iba a realizar posteriormente. Se acondicionó un espacio para poder evaluar clínicamente a los adultos mayores en donde la investigadora utilizó implementos de barrera de protección para garantizar la bioseguridad.

Todos los datos recolectados se registraron en una ficha de recolección de datos, previa aceptación al estudio firmando el consentimiento informado (ANEXO 2)

La ficha de recolección de datos incluyó:

:

a. Datos de filiación:

Se consignó nombres y apellidos, edad, genero (ANEXO 3)

b. Examen clínico:

Se empleó barreras de protección por parte del operador, como guantes mascarillas, lentes de protección. La cavidad oral se revisó utilizando espejo bucal, explorador y baja lengua y se registró en el Odontograma para luego determinar la perdida dental empleando la clasificación de Kennedy. (ANEXO 4)

La calidad de vida se evaluó empleando el Test de Gohai (ANEXO 5)
(ANEXO 6)

VARIABLES:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional e Indicadores	Tipo de Variable Naturales	Escala de Medición
Perdida dental	Es la ausencia total del órgano dentario o la pérdida mayor a 2/3 de corona clínica. ¹⁵ <u>Perdida dental parcial:</u> Ausencia de una cantidad determinada de piezas dentarias en boca ¹⁶	<u>Parcial:</u> Clasificación de Kennedy: <ul style="list-style-type: none"> • Clase I- Desdentado Bilateral Posterior * • Clase II- Desdentado unilateral Posterior* • Clase III- Desdentado unilateral con pilar posterior * • Clase IV- Desdentado Bilateral Anterior * presentan subdivisiones (1,2,3)	Cualitativa	Nominal
	<u>Perdida dental total:</u> Ausencia de todas las piezas dentales en boca ¹⁷	<u>Total:</u> -Si	Cualitativa	Nominal
Calidad de vida	Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales ¹⁸	<u>Test de Gohai</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mala (12-27) • Regular (28-43) • Buena (44-60) 	Cualitativa	Ordinal
Genero	Proceso de combinación de mezcla y de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Cualitativa	Nominal
Edad	Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. ²⁰	Adulto Mayor <ul style="list-style-type: none"> • 60-70 • 71-80 • 81-90 • 90 a + 	Cualitativa	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Diabetes • Dislipidemias 		

Enfermedad sistémica	que afecta al cuerpo entero, en lugar de una sola parte o un solo órgano ²¹	<ul style="list-style-type: none">• Osteoporosis• Otros• Ninguna	Cualitativa	Nominal
-----------------------------	--	--	-------------	---------

3. Análisis estadístico e interpretación de la información

Para la presente investigación se utilizaron tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales con sus valores absolutos y relativos.

Se utilizó la prueba de independencia de criterios usando la distribución chi cuadrado, considerando un nivel de significancia de 0.05

Se contó con el apoyo de una hoja de cálculo de Microsoft Excel y el programa Statistica versión 8

III RESULTADOS

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar la relación entre la pérdida dental y la calidad de vida en las personas que asisten Asociaciones del adulto mayor, Trujillo 2017, estuvo constituido por 187 adultos mayores. Para la pérdida dental se clasificó en edentulo parcial, donde se utilizó la Clasificación de Kennedy y edentulo total. Para determinar la calidad de vida se utilizó el Test de Gohai. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Las personas adultos mayores que presentaron Edentulismo Parcial Superior y edentulismo total superior, el 65.8% de ellos presentaron mala calidad de vida. Así mismo, en el edentulismo parcial superior el 55.4% presentaron Clasificación I de Kennedy, el 89.2% (Clasificación II de Kennedy), el 64.0% (Clasificación III de Kennedy) así mismo el 63.6% (Clasificación IV de Kennedy) presentaron mala calidad de vida. La prueba estadística chi cuadrado muestra que si existe relación significativa entre la variable calidad de vida y Edentulismo Parcial Superior dado que el valor de P de la prueba estadística es menor que 0.05 ($p = 0.0202$) (Tabla 1)

La mayor frecuencia de mala calidad de vida se da en todos los niveles las clasificaciones de Kennedy de la variable Edentulismo Parcial Inferior; sin embargo, las frecuencias de pacientes con mala calidad de vida son casi similares en todas las clasificaciones de Kennedy.

La prueba estadística chi cuadrado muestra que No existe relación significativa entre la variable calidad de vida y Edentulismo Parcial inferior dado que el valor de P de la prueba estadística es mayor o igual que 0.05 ($p = 0.8285$) (Tabla 2)

Las personas adultos mayores con edentulismo total, el 62.1% presentaron mala calidad de vida; La prueba estadística chi cuadrado muestra que No existe relación significativa entre la variable calidad de vida y Edentulismo Total dado que el valor de P de la prueba estadística es mayor o igual que 0.05 ($p = 0.7273$) (Tabla 3).

El edentulismo total se presentó en el 31.0% de los pacientes adultos mayores mientras que el edentulismo parcial fue de 69% (Tabla 4)

Respecto a la calidad de vida se observó que el 65.8% de los pacientes adultos mayores tienen calidad de vida mala, el 30.5% su calidad de vida es regular y solo el 3.7% es buena. (Tabla5)

En cuanto a la calidad de vida y pérdida dental por edades, se observa que la mayor frecuencia de adultos mayores con mala calidad de vida se da en Kennedy II de edentulismo parcial superior; esto es así en cada uno de los grupos etarios, siendo mayoría (87.5%) en el grupo de 60- 70 años y el grupo de 71-80 años (91.7%) (Tabla 6)

Tabla N°1

Calidad de Vida según Perdida Dental: Edentulismo Parcial Superior en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo - 2017

Edentulismo Parcial Superior	Calidad de Vida						Total
	Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
	ni	%	ni	%	ni	%	
Total	36	62.1	20	34.5	2	3.4	58
I	31	55.4	21	37.5	4	7.1	56
II	33	89.2	3	8.1	1	2.7	37
III	16	64.0	9	36.0	0	0.0	25
IV	7	63.6	4	36.4	0	0.0	11
Total	123	65.8	57	30.5	7	3.7	187

X² P
 15.006 0.0202

Tabla N°2:

Calidad de Vida según Perdida Dental: Edentulismo Parcial Inferior en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo - 2017

Edentulismo Parcial Inferior	Calidad de Vida						Total
	Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
	ni	%	ni	%	ni	%	
Total	36	62.1	20	34.5	2	3.4	58
I	42	65.6	18	28.1	4	6.3	64
II	34	68.0	15	30.0	1	2.0	50
III	8	72.7	3	27.3	0	0.0	11
IV	3	75.0	1	25.0	0	0.0	4
Total	123	65.8	57	30.5	7	3.7	187

X² P
 2.841 0.8285

Tabla N°3:

Calidad de Vida según Perdida Dental en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo - 2017

Edentulismo Total	Calidad de Vida						Total	X ²	P
	Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida				
	ni	%	ni	%	ni	%			
No	87	67.4	37	28.7	5	3.9	129	0.637	0.7273
Si	36	62.1	20	34.5	2	3.4	58		
Total	123	65.8	57	30.5	7	3.7	187		

Tabla N°4:

Perdida Dental en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo - 2017

Edentulismo Total	ni	%
No	129	69.0
Si	58	31.0
Total	187	100.0

Tabla N°5:

Calidad de Vida en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo - 2017

Calidad de Vida	ni	%
Mala Calidad de Vida	123	65.8
Regular Calidad de Vida	57	30.5
Buena Calidad de Vida	7	3.7
Total	187	100.0

Tabla N°6:

Calidad de Vida según Perdida Dental: Edentulismo Parcial Superior en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo – 2017 por Edades.

Edad del paciente	Edentulismo Parcial Superior	Calidad de Vida						Total
		Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
		ni	%	ni	%	ni	%	
60 - 70	Total	7	53.8	5	38.5	1	7.7	13
	I	24	57.1	14	33.3	4	9.5	42
	II	21	87.5	3	12.5	0	0.0	24
	III	13	76.5	4	23.5	0	0.0	17
	IV	4	50.0	4	50.0	0	0.0	8
71 - 80	Total	18	72.0	7	28.0	0	0.0	25
	I	5	45.5	6	54.5	0	0.0	11
	II	11	91.7	0	0.0	1	8.3	12
	III	3	37.5	5	62.5	0	0.0	8
	IV	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3
81 - 90	Total	9	56.3	6	37.5	1	6.3	16
	I	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3
	II	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
91 - 96	Total	2	50.0	2	50.0		0.0	4
		2	50.0	2	50.0		0.0	4

IV. DISCUSION

Diversos estudios indican que la calidad de vida del adulto mayor se ve influenciada por el estado de la salud bucal. La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la digestión de alimentos y en la percepción de fenómenos orales asociados.⁴

La finalidad del presente estudio fue determinar la relación que existe en el paciente adulto mayor edentulo parcial o edentulo total con su calidad de vida.

Los resultados encontrados en nuestro estudio son similares a los encontrados por Moya y cols.¹¹ (2012) ya que 76.6% de sus adultos mayores percibe como mala su calidad de vida. Mientras que en nuestro estudio el 65.8% de adultos mayores percibe como mala su calidad de vida. La similitud se debe a que ambos países donde se realizaron los estudios están en proceso de desarrollo y la prevención no es prioridad para ellos y muchas veces también para el Estado.

Los resultados encontrados por Murgiondo y cols.¹² (2011) difieren de nuestro estudio ya que con relación a la clasificación de Kennedy encontraron que la mayor prevalencia se dio en las clases III (34.3%) y I (43.1%) para el maxilar superior e inferior. Mientras que en nuestro estudio con relación a la clasificación de Kennedy se encontró que la mayor frecuencia de mala calidad de vida se encuentra en el clasificación II de Kennedy para el maxilar superior mientras que la mayor frecuencia de mala calidad de vida se da en todos los niveles las clasificaciones de Kennedy de la variable Edentulismo Parcial Inferior.

La discrepancia se debe a la diferencia de población ya que nuestro trabajo se dio en un país en proceso de desarrollo mientras que el trabajo realizado por Murgiondo¹² es en México un país que tiene un mejor sistema de salud y prevención dental y cuenta con diferentes estándares de vida.

Los resultados de Simoni y cols.¹⁴ (2013) donde evaluaron la prevalencia del edentulismo total versus parcial y el impacto en la calidad de vida en personas de 18 a 86 años y encontraron que 88.5% de su población era edentulo parcial mientras que el 11.9% edentulo total. La calidad de vida se midió en dolor físico 67.8%, incomodo psicológico 56.9%, limitante psicológico 61.9% . Este estudio difiere con nuestros resultados ya que se evaluaron a (60 años a mas) adultos mayores donde el edentulismo total fue de 31% y edentulismo parcial de 69% de los cuales el 65% de los adultos mayores edentulos totales perciben como mala su calidad de vida y el 65.8% de edentulos parciales perciben como mala su calidad de vida.

Estos resultados difieren debido que las poblaciones de ambos estudios están en diferentes rangos de edad mientras que nuestro estudio fueron evaluados solo adultos mayores. La calidad de vida fue medida con diferentes test, por lo que no se puede establecer comparación.

La condición actual de los adultos mayores evaluados en los diferentes distritos, nos indica de que la calidad de vida es mala, y se necesita una mejor implementación de los programas de prevención en salud oral a esta población que cada vez va aumentando y que son parte de nuestra sociedad y que todavía puede participar en la toma de decisiones de mejoras políticas de nuestra región y país

V. CONCLUSIONES

1. Existe relación entre la pérdida dental parcial superior y la calidad de vida en las personas que asisten a Asociaciones de adultos mayores.
2. La pérdida dental parcial superior e inferior fue de 69% y la pérdida dental total de 31% en las personas que asisten a asociaciones del adulto mayor.
3. Las personas que asisten a Asociaciones del adulto mayor presentaron mala calidad de vida.
4. La relación entre la pérdida dental y calidad de vida en las personas según edad, se encontró que hubo mayor frecuencia de mala calidad de vida en la clasificación II de Kennedy en el grupo de 71-80 años.
5. Se encontró mayor frecuencia de mala calidad de vida para el edentulo parcial superior (II Kennedy) tanto en mujeres y hombres y para edentulo parcial inferior hubo mayor frecuencia de mala calidad de vida en (Kennedy I, II) en mujeres y II de Kennedy en hombres.
6. Existe relación entre la pérdida dental (superior e inferior) y la calidad de vida en personas que asisten a asociaciones del adulto mayor con Hipertension arterial.

Pero en los adultos mayores edentulos totales se presenta en los diabéticos.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares con una población mayor de adultos mayores
- Brindar a los adultos mayores mayor información pública, que les permita reforzar sus conocimientos de prevención dental
- Realizar estudios de seguimiento a esta población evaluada.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Esquivel Hernández, Rosa Isabel, Jiménez Ferez Juana. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del gohai.rev ADM 13 de junio 14.vol LXVII número 3 pág. 127-32 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103f.pdf>
2. Hernandez J, Sumano- Moreno Or Sifuentes, Valenzuela M. Zelocuatecatl, Aguilar A. Impact of oral health on quality of life of elderly applicants dental care.2010. Dental University(29)83-92.Available in <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>
3. Bernal A. Rubén, Lupercio C. Conrado. Rehabilitación bucal en el adulto mayor. Hernández Palacios, Rosa Diana. Odontogeriatría y gerontología. Primera edición, México Trillas, 2011,187-202.
4. Misrachi I. Clara, características de los adultos mayores en Chile. Salud oral en el adulto mayor. Santiago-Chile. 2005.17-41.

5. Sanchez G. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud pública de México* Mayo-Junio de 2007;49(3):178-181.

6. Rosas Muñoz, Ana María, Lerma R. Arturo. Diseño del consultorio para la atención estomatológica del adulto mayor. Hernández Palacios, Rosa Diana, *Odontología y gerontología*. Primera edición, México Trillas, 2011. 203-06.

7. Ship JA, Duffy V, Jones JA, Langmore S. Geriatric oral health and its impact on eating. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44(4): 456-64.

8. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. (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*; 29: 373-381.

9. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Clin. Epidemiol*; 46(12): 1417-1432.

10. Serón P, Riedemann P, Sanhueza A, Doussoulín A, Villarroel P. (2003). Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. *Rev. Méd Chile* v. 131 n° 11. Santiago nov. 2003.

11. Moya Patricia, Chappuzeau Cara, Monsalves María. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores revista estomatológica herediana (revista internet) 2012 octub. Citado 2014 abril22 disponible en.
<http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22n4/rehvol22n412art01.pdf>
12. Murgiondo, Marlene Sánchez, Mayra Román, Rocío Dávila, Alberto González. “Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. “ Revista de especialidades Medico-Quirúrgicas 16, no.2 (2011): 110-15. Disponible en:
<http://132.248.9.34/hevila/Revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2011/vol16/no2/10.pdf>.
13. Laricchia S. Roberto, Laricchia T. Silvia. Nivel socioeconómico y salud bucal en adultos mayores atendidos en la Unida de Atención Medico Odontológica Especializada (UNAMOES). Odous científica 2012 (citado 2014 junio 17). Vol.13 23-33 disponible en
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol13-n2/art03.pdf>
14. Simoni E, Soares G, Impacto del esdentulismo en la calidad de vida de individuos Brasileños. Acta Odontologica Venezolana [Internet]. 2013 [citado 2015 Oct 22]; 52 (3):
Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art9.asp>
15. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: WHO Library Cataloguing-in- Publication; 2013. P. 42.

16. Saizar, P: *Prostodoncia Total*. Ed. Buenos Aires: Editorial Munid Buenos Aires; 1972
17. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the World Health Organization Global Oral Health Program. *Community Dent Oral Epidemiology*. 2005; 33;81-92
18. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionadas con la salud: revista bibliográfica. *Revista dental de Chile*. 2005.
19. Real Academia Española. Definición de Genero. [internet]. [citado 2015] . Disponible en : <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
20. Real Academia Española. Definición de Edad.. [internet]. [citado 2015]. Disponible en : <http://dle.rae.es/?id=J49ADOi>
21. Real Academia Española. Definición de Enfermedad. [internet]. [citado 2015] . Disponible en : <http://dle.rae.es/?id=JOkffh>

ANEXO

ANEXO 1

Calibración Interevaluador Superior

<i>S Experto</i>	<i>S Investigador</i>				<i>Total</i>
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	
<i>I</i>	4	0	0	0	4
<i>II</i>	0	8	0	0	8
<i>III</i>	0	0	5	0	5
<i>IV</i>	0	0	0	3	3
Total	4	8	5	3	20

Prueba de Acuerdo

<i>Medida de acuerdo</i>	<i>Ko</i>	<i>P</i>
<i>Kappa</i>	1	0.000
<i>ni</i>	20	

Calibración Interevaluador Inferior

<i>S Experto</i>	<i>S Investigador</i>				<i>Total</i>
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	
<i>I</i>	4	0	0	0	4
<i>II</i>	0	8	0	0	8
<i>III</i>	0	0	5	0	5
<i>IV</i>	0	0	0	3	3
Total	4	8	5	3	20

Prueba de Acuerdo

<i>Medida de acuerdo</i>	<i>Ko</i>	<i>P</i>
<i>Kappa</i>	1	0.000
<i>ni</i>	20	

Un valor mayor de 0.80 en el Índice kappa es considerado como un indicador de Alto grado de acuerdo inter-evaluador.

ANEXO 2

Hoja de Consentimiento Informado

Yo,.....
..... identificado con **DNI, N°** doy constancia de haber sido informado y de haber atendido en forma clara el propósito de la presente investigación “EDENTULISMO RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS QUE ASISTEN A ASOCIACIONES DE ADULTO MAYORES- TRUJILO 2017”, cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la planificación, mejora en la calidad de vida y salud integral del adulto mayor.

He recibido toda la información necesaria acerca del estudio y realice todas las preguntas que considere oportunas las cuales fueron respondidas con claridad

Por tanto, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial, solo para fines de estudio; no existiendo ningún riesgo; en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice el examen bucal del estudio

Responsable del trabajo: Bachiller- Bolaños Malarin, Claudia Cristina

Firma



Huella Digital

ANEXO 3

“Perdida Dental relacionado con la calidad de vida en personas que asisten a Asociaciones
del Adulto Mayor- Trujillo 2017”

1. DATOS GENERALES

Centro de salud

Fecha..... Edad.....

Sexo : Masculino () Femenino ()

Enfermedades Sistémicas:

Diabetes ()

Hipertensión ()

Osteoporosis ()

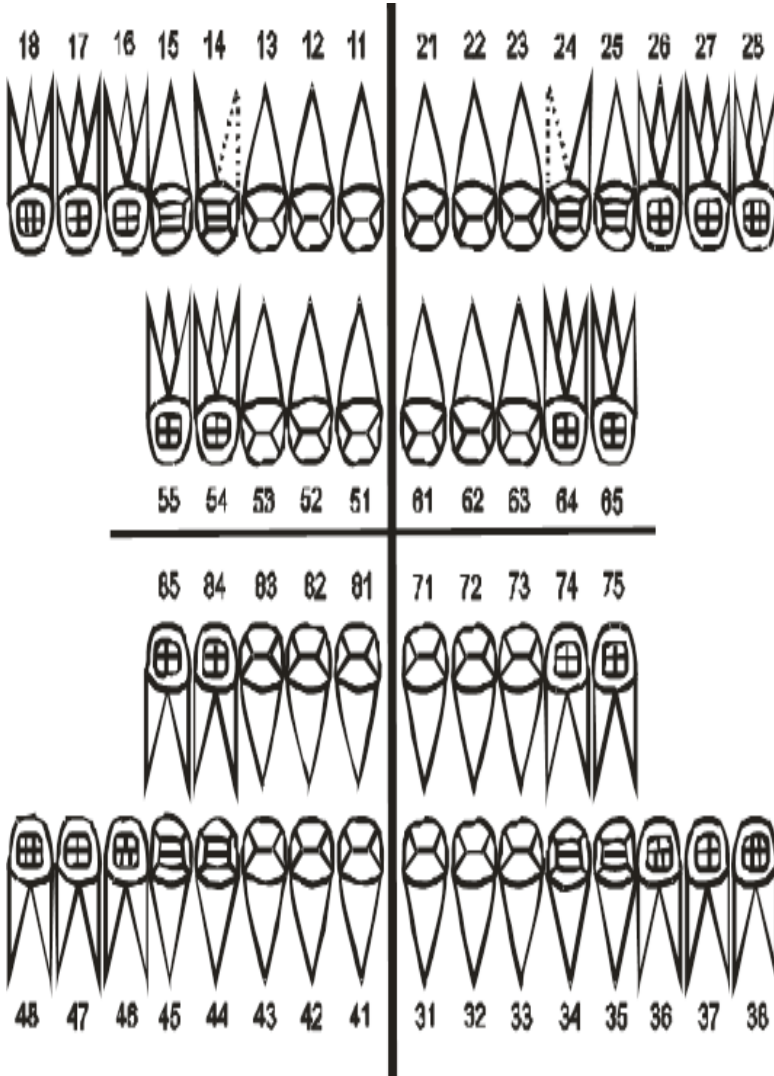
Dislipidemias ()

Ninguna ()

Otras ()

ANEXO 4

INDICE CPO-D



PIEZAS DENTALES	
Cariadas	
Perdidas	
Obturadas	
TOTAL	

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	
Superior	Clase ()
Inferior	Clase ()

EDENTULO TOTAL	
SI	()

ANEXO 5

INDICE DE SALUD ORAL GERIATRICO O GOHAI

PREGUNTAS Con que frecuencia en los últimos 3 meses...	SIEMPRE (5)	MUY A MENUDO (4)	A MENUDO (3)	A VECES (2)	RARA VEZ (1)	NUNCA (0)
1-¿Limito la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?						
2- ¿Pudo tragar cómodamente?						
3-¿sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?						
4-¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?						
5-¿Evito estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes, encías o prótesis dentales?						
6-¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?						
7-¿Se preocupó o intranquilizo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
8-¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
9-¿Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
10-¿Evito reírse o sonreír debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?						
11-¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de su boca?						
12-¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?						

ANEXO 6





Tabla N°7:

Calidad de Vida según Perdida Dental: Edentulismo Parcial Superior en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo – 2017 por Sexo.

Sexo	Edentulismo Parcial Superior	Calidad de Vida						Total
		Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
		ni	%	ni	%	ni	%	
Mujer	Total	34	61.8	19	34.5	2	3.6	55
	I	29	54.7	20	37.7	4	7.5	53
	II	28	87.5	3	9.4	1	3.1	32
	III	13	59.1	9	40.9	0	0.0	22
	IV	3	42.9	4	57.1	0	0.0	7
Hombre	Total	2	66.7	1	33.3		0.0	3
	I	2	66.7	1	33.3		0.0	3
	II	5	100.0	0	0.0		0.0	5
	III	3	100.0	0	0.0		0.0	3
	IV	4	100.0	0	0.0		0.0	4

Tabla N°8:

Calidad de Vida según Perdida Dental: Edentulismo Parcial inferior en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo – 2017 por Sexo.

Sexo	Edentulismo Parcial Inferior	Calidad de Vida						Total
		Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
		ni	%	ni	%	ni	%	
Mujer	Total	34	61.8	19	34.5	2	3.6	55
	I	38	64.4	17	28.8	4	6.8	59
	II	25	61.0	15	36.6	1	2.4	41
	III	7	70.0	3	30.0	0	0.0	10
	IV	3	75.0	1	25.0	0	0.0	4
Hombre	Total	2	66.7	1	33.3		0.0	3
	I	4	80.0	1	20.0		0.0	5
	II	9	100.0	0	0.0		0.0	9
	III	1	100.0	0	0.0		0.0	1

Tabla N°9:

Calidad de Vida según Pérdida Dental: Edentulismo Parcial Superior en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo – 2017 por Enfermedades.

Enfermedad	Edentulismo Parcial Superior	Calidad de Vida						Total
		Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
		ni	%	ni	%	ni	%	
Hipertensión	Total	9	50.0	9	50.0	0	0.0	18
	I	11	73.3	3	20.0	1	6.7	15
	II	5	83.3	0	0.0	1	16.7	6
	III	6	66.7	3	33.3	0	0.0	9
	IV	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1
Diabetes	Total	7	87.5	1	12.5	0	0.0	8
	I	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6
	II	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4
	III	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
	IV	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2
Dislipidemias	Total	0	0.0	1	100.0		0.0	1
	I	1	50.0	1	50.0		0.0	2
	II	2	100.0	0	0.0		0.0	2
	IV	2	66.7	1	33.3		0.0	3
Osteoporosis	Total	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11
	I	5	55.6	4	44.4	0	0.0	9
	II	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4
	IV	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
Otras	Total	8	88.9	1	11.1	0	0.0	9
	I	9	64.3	4	28.6	1	7.1	14
	II	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6
	III	3	60.0	2	40.0	0	0.0	5
Ninguna	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11
	I	4	40.0	5	50.0	1	10.0	10
	II	13	86.7	2	13.3	0	0.0	15
	III	6	60.0	4	40.0	0	0.0	10
	IV	2	50.0	2	50.0	0	0.0	4

Tabla N°10:

Calidad de Vida según Perdida Dental: Edentulismo Parcial inferior en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo – 2017 por Enfermedades.

Enfermedad	Edentulismo Parcial Inferior	Calidad de Vida						Total
		Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
		ni	%	ni	%	ni	%	
Hipertensión	Total	9	50.0	9	50.0	0	0.0	18
	I	11	68.8	4	25.0	1	6.3	16
	II	9	75.0	2	16.7	1	8.3	12
	III	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
	IV	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2
Diabetes	Total	7	87.5	1	12.5	0	0.0	8
	I	4	50.0	3	37.5	1	12.5	8
	II	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3
	III	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
	IV	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
Dislipidemias	Total	0	0.0	1	100.0		0.0	1
	I	4	100.0	0	0.0		0.0	4
	II	0	0.0	1	100.0		0.0	1
	III	1	50.0	1	50.0		0.0	2
Osteoporosis	Total	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11
	I	6	85.7	1	14.3	0	0.0	7
	II	3	50.0	3	50.0	0	0.0	6
	IV	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
Otras	Total	8	88.9	1	11.1	0	0.0	9
	I	10	66.7	4	26.7	1	6.7	15
	II	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6
	III	2	50.0	2	50.0	0	0.0	4
Ninguna	Total	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11
	I	7	50.0	6	42.9	1	7.1	14
	II	15	68.2	7	31.8	0	0.0	22
	III	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3

Tabla N°11:

Calidad de Vida según Perdida Dental: Edentulismo Total en Personas que asisten a Asociaciones del Adulto Mayor. Trujillo – 2017 por Enfermedades.

Enfermedad	Edentulismo Total	Calidad de Vida						Total
		Mala Calidad de Vida		Regular Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida		
		ni	%	ni	%	ni	%	
Hipertensión	No	22	71.0	7	22.6	2	6.5	31
	Si	9	50.0	9	50.0	0	0.0	18
Diabetes	No	8	61.5	4	30.8	1	7.7	13
	Si	7	87.5	1	12.5	0	0.0	8
Dislipidemias	No	5	71.4	2	28.6		0.0	7
	Si	0	0.0	1	100.0		0.0	1
Osteoporosis	No	10	71.4	4	28.6	0	0.0	14
	Si	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11
Otras	No	17	68.0	7	28.0	1	4.0	25
	Si	8	88.9	1	11.1	0	0.0	9
Ninguna	No	25	64.1	13	33.3	1	2.6	39
	Si	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11