

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

**Factores asociados al edentulismo en pacientes
diagnosticados en la Clínica de la Facultad de
Odontología UNMSM**

TESIS

para optar el título profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Pedro Gregorio Díaz Montes

Lima-Perú

2009

FACTORES ASOCIADOS AL
EDENTULISMO EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS EN LA CLÍNICA DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNMSM.

INDICE

	Pags.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEORICO	3
2.1 Antecedentes Generales	3
2.2 Bases Teóricas	14
2.2.1. Generalidades	14
2.2.2. Diagnóstico del edéntulo total o parcial.	15
2.2.3. Clasificación del edentulismo parcial.	16
2.2.3.1 Necesidad de clasificar el edentulismo	16
2.2.3.2 Clasificación de Kennedy	16
2.2.4. Cambios en la Armonía oclusal y edentulismo.	18
2.2.5. Causa de pérdida dentaria.	19
2.2.6. Factores asociados a la pérdida dentaria.	20
2.3 Definición de términos.	27
2.4 Formulación del problema	28
2.5 Justificación	28
2.6 Objetivos de la investigación	28
2.5.1 Objetivo General	28
2.5.2 Objetivos Específicos	29
2.7 Hipótesis	29
III. MATERIALES Y MÉTODOS	30
3.1. Tipo de estudio.	30
3.2. Población y Muestra.	30
3.3. Operacionalización y Variables	32

3.4.	Materiales y Métodos	33
3.4.1.	Procedimientos y Técnicas	33
3.4.2.	Recolección de datos	33
IV.	RESULTADOS	35
V.	DISCUSIÓN	55
VI.	CONCLUSIONES	64
VII.	RECOMENDACIONES	66
	RESUMEN	67
	BIBLIOGRAFÍA	69
	ANEXO	77

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1

Asistencia por grupos de edad de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM

Gráfico 2

Distribución según el sexo de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 3

Distribución por lugar de residencia de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 4

Distribución por ocupación de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 5

Distribución por grado de instrucción de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 6

Distribución por lugar de nacimiento de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 7

Distribución por motivo de consulta de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 8

Distribución por tipo de piezas perdidas de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 9

Distribución por ubicación de las molares perdidas de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 10

Distribución por tipo de pieza dentaria con indicación de exodoncia de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 11

Distribución por ubicación de los molares con indicación de exodoncia de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 12

Distribución según la clasificación de Kennedy superior de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 13

Distribución de las modificaciones para la Clase I de Kennedy en el maxilar superior.

Gráfico 14

Distribución de las modificaciones de la Clase II de Kennedy en el maxilar superior.

Gráfico 15

Distribución de las modificaciones de la Clase III de Kennedy en el maxilar superior.

Gráfico 16

Distribución según clasificación de Kennedy inferior de los pacientes edentulos diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 17

Distribución de las modificaciones de la Clase I de Kennedy en el maxilar inferior.

Gráfico 18

Distribución de las modificaciones de la Clase II de Kennedy en el maxilar inferior.

Gráfico 19

Distribución de las modificaciones de la Clase III de Kennedy en el maxilar inferior.

Gráfico 20

Distribución de edentulismo parcial con edentulismo total superior y/o inferior de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

Gráfico 21

Distribución del edentulismo total de los pacientes edentulos diagnosticados en la clinica de la facultad de odntologia UNMSM

Tabla N°1

Numero de piezas perdidas según rango de edad

Grafico 22

Numero de piezas perdidas según rango de edad

Tabla N°2

Numero de piezas perdidas según sexo

Gráfico 23

Numero de piezas perdidas según sexo

Tabla N°3

Numero de piezas perdidas según ocupación

Gráfico 24

Numero de piezas perdidas según ocupación

Tabla N°4

Numero de piezas perdidas según grado de instrucción

Gráfico N° 25

Numero de piezas perdidas según grado de instrucción

Tabla N°5

Numero de piezas perdidas según lugar de residencia

Gráfico 26

Numero de piezas perdidas según lugar de residencia

RESUMEN

El trabajo es un estudio descriptivo, retrospectivo que tuvo como objetivo determinar los factores asociados al edentulismo y algunas características de los pacientes edéntulos diagnosticados en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante los años 2005- 2006-2007. En su mayoría (36%) los pacientes estuvieron en el intervalo de 17 a 32 años y en su mayoría (59%) fueron del sexo femenino. La procedencia en su mayoría (40%) fueron de Lima tradicional; la situación ocupacional en su mayoría (34%) fueron amas de casa y los empleados, y el grado de instrucción encontrado en la mayoría (52%) fue grado de instrucción superior. En cuanto al edentulismo el mayor porcentaje de piezas dentarias perdidas corresponde a las molares (51%) seguidas de las premolares (33%) ; las piezas dentarias con indicación de exodoncia corresponden mayormente también a las molares (43%) seguidas por las premolares (26%); la clasificación de Kennedy mas frecuente para el maxilar superior fue la clase III (45%) y la clase III sin modificación es el mas común (42%) seguido de la Clase III modificación 1 (38%) y para el maxilar inferior fue la clase I (41%) y la clase I sin modificaciones fue la mas común (68%) seguida de la Clase I modificación 1 (27%). Al determinar los factores asociados se obtuvo que la edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores asociados significativos; no así el sexo ni el lugar de residencia. No se encontró edentulismo total inferior, si se encontró edentulismo total superior y edentulismo total superior e inferior, que entre los dos suman solo 10 pacientes (6%).

ABSTRACT

The current research is a descriptive and retrospective study, which aimed to identify and to determine the factors associated with edentulism and some characteristics of edentulous patients diagnosed in the clinic of the Odontology Faculty of the San Marcos Major National University, Lima, Peru during the years 2005 to 2007. It was found that the majority of patients (36%) were in the age range of 17 to 32 years and most of them (59%) were female. The procedence for most of them (40%) was Lima traditional, the working status in the majority (34%) were housewives and employees, and the level of education found in most of them (52%) was a higher level of education .

In regard to edentulism, the highest percentage of teeth pieces lost corresponded to the molars (51%), followed by premolars (33%); while the teeth pieces with indication of exodontias, mostly correspond to the molars (43%) followed by premolars (26%). The most frequent Kennedy classification for the superior maxilla was Class III (45%) and Class III without modification was the most common (42%), followed by Class III modification 1 (38%) and for inferior maxilla was the Class I (41%) and Class I without modifications the most common (68%) followed by Class I modification 1 (27%). After determining associated factors it was obtained that age, educational attainment and occupation were associated significant factors; differing of sex or place of residence. Finally, it was not found total inferior edentulism, whereas it was found total superior edentulism and total edentulism superior and inferior, which together totalized only 10 patients (6%).

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la dentición humana es un proceso biológico continuo y extraordinariamente complejo, con el tiempo se producen muchos cambios fisiológicos en la topogénesis y estructura de los dientes y maxilares; pero los cambios drásticos por causa de las patologías producen desbalances en el sistema estomatognático que afectan la salud oral y la salud general.

La masticación es el primer paso en la obtención de energía por un organismo superior y su óptimo funcionamiento ha sido y es primordial en el desarrollo del hombre, existen estudios que asocian la pérdida dentaria con la pérdida de peso(1), inclusive relacionan algunos autores la pérdida dentaria con el riesgo de mortalidad(2).

La disfunción del sistema masticatorio puede producirse por tres factores: alteraciones de la oclusión dentaria, problemas neuromusculares y trastornos psicológicos. Dentro de los factores oclusales que causan disfunción masticatoria, se encuentra sin duda las pérdidas de piezas dentarias.

La patología dental puede ser de origen congénito y adquirido, la causa es frecuentemente adquirida y según muchas investigaciones primero es por caries y en segundo lugar por enfermedad periodontal (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), muchas veces provocan problemas clínicos que requieren diagnóstico, vigilancia prolongada y tratamiento. Si es muy tarde, el tratamiento es la exodoncia.

En nuestro medio las personas comienzan a perder las piezas dentarias desde muy temprana edad, en esta pérdida dentaria tienen un rol importante los factores asociados como: problemas socioeconómicos, edad, sexo, nivel

cultural, ocupación, costumbres, hábitos, localización geográfica, entre otros (11, 2, 12, 13, 14, 3,15, 10, 16); estos factores asociados muchas veces determinan la elección de un determinado tratamiento o determinan que no se puede realizar algún tratamiento de acuerdo a sus posibilidades económicas, la acción a tomar es considerada como un fenómeno complejo donde el resultado final es el producto de la decisión del paciente y del odontólogo(5). Mayormente el paciente no puede acceder a tratamientos conservadores que son costosos y ante la desesperación por el dolor elige la exodoncia sin tener en cuenta en ese momento que esta pérdida terminará alterando diferentes funciones como la masticación, fonética, deglución (13,14), generando hábitos atípicos que traen consecuencia en otras estructuras y por supuesto afecta la estética causando problemas psicológicos.

Cada vez se toma mas conciencia en la población que la salud oral es un tema de salud general, pero no existen políticas de gobierno a través del Ministerio de salud que brinden medidas preventivas, de promoción y de rehabilitación adecuada de la salud oral. Es nuestra obligación dar a conocer la real dimensión del problema caracterizando a nuestros pacientes para conocerlos y mientras mejor se conozca las características de esta problemática será mejor la prevención y el tratamiento.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes Generales

Starr JM, Hall RJ, Macintyre S, Deary IJ, Whalley LJ. (2008), en su estudio en Edimburgo de ancianos de 70 años a más se colectaron datos socio económicos y socio ambientales, salud, conocimiento; en asociación con edentulismo, fueron examinadas 201 participantes adecuadamente probados en 9 años de seguimiento, de los cuales 104 (51.7%) fueron edéntulos, encontraron como predictores significativos de edentulismo: edad , sexo, educación, clase social, distancia del dentista, y se relacionó escasamente con el deterioro de la actividad cognoscitiva (11).

Osterberg T, Carlsson GE, Sundh V, Mellström D. (2008), éste estudio muestra que los dientes remanentes a los 70 años de edad son un predictor independiente de mortalidad en 1803 participantes, independiente de factores de salud, status económico y estilos de vida, ya que decrece el riesgo de mortalidad en un 4 % por cada diente remanente en boca (2).

Lawton B, Rose S, Kieser J, Broadbent J, Sussex P, Thomson M, Dowell A.(2008), en su estudio encontraron que existe una marcada diferencia en la pérdida dentaria con respecto a los factores sociodemográficos y étnicos. De 1817 mujeres, 9 % fueron edéntulos y el 30,3% tenían una dentadura parcial o completa. El menor número de dientes fue de 24,2 las mujeres más ancianas tenían un menor número de dientes en promedio. Son necesarios programas efectivos que reduzcan el impacto de la salud oral en la salud pública (12).

Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva-Netto F, Zambon S, Manzato E, Corti MC, Baggio G, Crepaldi G.(2007), este estudio evalúa la prevalencia del edentulismo en asociación con factores sociales y estilos de vida de 3054 ancianos italianos ambos sexos de 65 años o más. La prevalencia del edentulismo fue cerca del 44%, la prevalencia fue 2 veces más en las mujeres. Entre los edéntulos 17,5% no tuvieron prótesis, 47,6 % manifestaron dificultad para la masticación y 13,7% dificultad en la deglución, asociaron el edentulismo con la edad en ambos sexos. Para las mujeres los factores de riesgo independientemente asociados fueron: el tiempo mayor de 23 años que se inició la menopausia, el número de hijos mayor de 3, la vida solitaria y la edad, para los hombres fueron: la edad, la cantidad de albúmina en el suero menor de 40 g/l (hipoalbuminemia), y el ser fumador. Sugieren la necesidad de educación y medidas sociales, para mejorar la actitud de los pacientes sobre el cuidado dental y fomentar el uso de prótesis (13).

Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA Jr. (2007), este estudio sobre la correlación de dientes perdidos y edentulismo en 5349 ancianos de 65 a 74 en Brasil mediante examen dental y cuestionarios encontraron que los factores que predisponen incluyen la edad, el género femenino, la educación, pobreza. Los sujetos edéntulos perciben la necesidad de tratamiento menos frecuentemente. Sujetos con 1 a 19 dientes su habilidad de masticación no es muy buena, pero sí su habilidad de hablar aparentemente es buena (14).

Saravia Silva, Carla Sonia (2006), comparó los motivos de las exodoncias de dientes permanentes realizadas en zona urbano-marginales de Lima Metropolitana (ZUM) y en la Clínica Estomatológica Central (CEC) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, revisó las fichas clínicas para evaluar los motivos de extracciones dentales. De las 1025 exodoncias realizadas en ZUM el motivo más frecuente fue caries dental (89.7 por ciento) seguido de enfermedad periodontal (8.0 por ciento). El porcentaje de exodoncias realizadas por caries dental fue mayor en mujeres (90.5 por ciento) y para enfermedad periodontal fue mayor en varones (10.0 por ciento). La caries dental fue el motivo principal en individuos menores de 70 años, a partir de ésta edad predominó la enfermedad periodontal y mixta. De las 1213 exodoncias realizadas en la CEC el motivo más frecuente fue caries dental (63.9 por ciento). En ambos casos fue mayor en varones. Tanto en ZUM como en la CEC se encontró que el tipo de diente extraído con mayor frecuencia fue la molar. En las ZUM fueron la primera molar superior derecha e inferior izquierda, mientras que en la CEC fueron las terceras molares superiores (3).

Elter JR, Champagne CM, Offenbacher S, Beck JD. (2004), en su estudio sobre la relación de pérdida dentaria con enfermedad periodontal y prevalencia de enfermedad coronaria en 8363 hombres y mujeres de 52 a 75 años en 4 estados de Estados Unidos, sus resultados fueron que individuos con alta pérdida de adherencia periodontal (mayor de 3 mm) y alta pérdida de dientes tienen elevada diferencia de prevalencia de enfermedad coronaria comparada con individuos con baja pérdida de adherencia y pocos dientes perdidos. Controlando otros factores de riesgo tradicionales, los resultados

sugieren que los dientes perdidos y la enfermedad periodontal son asociados con prevalencia de enfermedad coronaria pero sólo cuando ambos están presentes. La débil relación entre la enfermedad periodontal y la enfermedad coronaria es debida a que los adultos mayores tienen pocos dientes. Futuros estudios longitudinales deberían ser diseñados para averiguar la causa de pérdida dentaria durante el seguimiento (17).

Córdova Sosa, Félix Enrique (2001), al determinar las condiciones de salud oral de los ancianos institucionalizados del Asilo "San Vicente de Paul" en Lima, examinó 70 ancianos, cuyas edades fluctuaron entre 57 a 99 años. Dentro de los resultados, observó que en la población el 35.71 por ciento eran edéntulos totales y el 64.29 por ciento edéntulos parciales, el 80 por ciento no eran portadores de ningún tipo de rehabilitación protésica en ningún maxilar, el 45.71 por ciento necesitaba prótesis totales en ambos maxilares, encontró un promedio de CPOD de 26.27, un promedio de IHO-S de 4.49, no encontró diferencias estadísticas de estos mismos según género (18).

Ritchie CS, Joshipura K, Silliman RA, Miller B, Douglas CW. (2000), en un estudio realizado a 563 ancianos de 70 años en 6 estados de nueva Inglaterra sobre problemas de salud oral y pérdidas de peso. En un periodo de 1 año un tercio de la muestra había perdido 4 % o mas de su peso, 6 % de varones y 11 % de mujeres perdieron 10 % o mas de su peso, concluyeron que el estado dental es un importante factor de riesgo para la pérdida de peso en estos ancianos (1).

Rodríguez Colina, Daniel (2000), al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, encontró que la asistencia fue en su mayoría pacientes mayores entre los 50 a 59 años y de sexo femenino, el distrito de procedencia de los pacientes de acuerdo al volumen de asistencia fue del distrito de San Martín de Porres, la situación ocupacional de estos pacientes en su mayoría eran de trabajadores independientes con un grado de instrucción superior universitario completo. Finalmente al determinar la clase de edentulismo para ambos maxilares encontró que fueron clase III de Kennedy (15).

Baelum V, Luan WM, Chen X, Fejerskov O. (1997), en el estudio realizado en adultos y ancianos chinos de una población rural de 20 a 80 años sobre la predicción de pérdida dentaria en un periodo de 10 años, se describe la incidencia de pérdida dentaria de un total de 587 personas que participaron en el examen en 1984, los datos de 440 personas pudieron ser obtenidos para el seguimiento en 1994, un total de 31 personas de 50 años o más llegaron a ser edéntulos totales, entre el 45 % y 96% de personas perdieron al menos un diente y el promedio de dientes perdidos fue de 1 a 7,2 indicaron que un menor número de sujetos tiene alto riesgo de perder dientes que la mayoría, identificaron los siguientes predictores de pérdida dentaria: edad, alto número de lesiones de dentina o caries de algún tipo, pérdida de adhesión igual o mayor a 7 mm, movilidad dentaria y cálculos dentales. Los principales fueron la enfermedad periodontal y la caries pero principalmente la caries (4).

Locker D, Ford J, Leake JL. (1996), en un estudio en ancianos canadienses estimaron la pérdida dentaria y sus factores predictivos, durante 3 años de seguimiento de 491 sujetos dentados, 23,2% perdieron 1 o más dientes, sólo encontraron 5 factores independientes que predecían la pérdida: género, estado marital, salud oral, caries en superficie de raíz, y pérdida de adhesión periodontal de 4 mm o más. Aunque considera que el modelo predictivo es pobre porque la pérdida dentaria es un resultado complejo el cual depende de la decisión tomada por el dentista y el paciente, éste proceso de decisión no puede ser capturado por un estudio epidemiológico, son necesarios estudios observacionales para ver porque pierde dientes esta población (5).

Eklund SA, Burt BA. (1994), en un estudio de la universidad de Michigan EE.UU se colectaron datos de 1982 a 1984 de 10523 individuos que fueron examinados de 1971 a 1975, para analizar la pérdida dentaria y los factores de riesgo, se demostró que el 7.4% de americanos dentados de 25 a 74 años en un periodo de 10 años se volvían edéntulos, la incidencia de edentulismo se relacionó con bajos ingresos, nivel educativo bajo, mala salud oral, no asistir al dentista regularmente y un bajo número de dientes, no encontraron relación entre los géneros, región geográfica, edad y sexo. Otras variables significativas en personas jóvenes fue la alta enfermedad periodontal, pobre salud dental, necesidad de extracciones, historia de fumador y ácido ascórbico bajo. Concluyeron que se pierden tempranamente los dientes y la desaparición de la edad y el sexo como factores determinantes de la pérdida de dientes (6).

Robles Ibazeta, Augusto Antonio, (1993), determinó las causas de pérdida dentaria y factores asociados en 358 pacientes que solicitaron Exodoncia en el Servicio de Emergencia Dental del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ciento ochenta y ocho fueron mujeres y ciento setenta fueron hombres, la edad promedio fue de 26 años, encontró que el 93.9 por ciento de las 358 exodoncias realizadas fueron debido a caries, 1.4 por ciento por enfermedad periodontal, 2.2 por ciento por traumatismos y 2.5 por ciento por otras razones. Asimismo observó que el 91.9 por ciento de los dientes extraídos tenían alternativa de tratamiento pero en la mayoría de casos (63.2 por ciento) el factor económico limitó esta posibilidad (7).

Quintana Del Solar, Martín Gilberto (1993), en el estudio sobre la prevalencia de mortalidad dentaria en individuos de la tercera edad institucionalizados, relacionándolos con la edad y frecuencia de cepillado dental. Se examinaron 152 individuos mayores de 65 años, encontró que la mayor razón de extracción era debido a caries, seguida de la enfermedad periodontal y prótesis; y la razón para extracción aumentaba conforme aumentaba la edad. Según la frecuencia de cepillado, existía a mayor frecuencia mayor número de dientes presentes en boca. También encontró que el número de personas del maxilar superior edéntulo fue mayor que el número de personas con el maxilar inferior edéntulo (8).

Aparicio Barba, Héctor Eduardo (1991), en el estudio que realizó en Asilos de Tarma y Huancayo. Examinó 57 ancianos de los cuales el 21.5 por ciento fueron edéntulos totales. En lo que respecta a CPO se ve que el

promedio de piezas cariadas disminuye con la edad, el número de piezas perdidas aumenta con la edad (9).

Burt BA, Ismail AI, Morrison EC, Beltran ED. (1990), en otro estudio sobre factores de riesgo para la pérdida dentaria, realizado en Michigan en un periodo de 28 años, en 1987 se recogieron los datos de 167 personas dentadas en el grupo original bajo los mismos criterios que fueron examinados 500 residentes en 1959 ; otros 28 reportaron por teléfono que ellos llegaron a ser edéntulos de 1959 a 1987; el factor de riesgo mas fuerte para la pérdida parcial de dientes para 116 personas fue la gingivitis por sarro con una pérdida de adhesión periodontal de 4 mm o más; se perdieron las primeras molares, también fueron factores de riesgo significativos el nivel educativo y ser fumadores (19).

Arrascue Dulanto, Víctor Manuel en Lima (1989), examinó a 145 jóvenes de 14 a 17 años, donde la pieza dentaria ausente más frecuente fue la primera molar inferior. No se encontró relación estadística significativa entre el número y tipo de piezas perdidas con los diferentes grados de severidad de la disfunción del sistema masticatorio (20).

Robles Caycho, Manuel Martín (1988), examinó 163 personas de ambos sexos en edades mayores de 15 años, de la comunidad rural de Huaylahuichán, en la provincia de Tarma, departamento de Junín. El estudio concluyó que la prevalencia de pérdida dentaria es mayor al aumentar la edad de las personas. Sin embargo, pasados los 30 años de edad se produce un

incremento mucho mayor en los índices de pérdida de piezas dentarias; se sospecha se deba a un aumento de la enfermedad periodontal, sumado a las exodoncias masivas realizadas con la finalidad de realizar tratamientos de prótesis total. Esto se sustenta en la observación de los pacientes luego de los 30 años de edad, donde se contempla una disminución de los edéntulos parciales y un aumento de los pacientes edéntulos totales. La pieza dentaria con mayor prevalencia de pérdida es la primera molar inferior derecha; por el contrario, los incisivos centrales inferiores muestran menores índices de pérdida. En el grupo de desdentados parciales, predominaron mayormente los de la clase III de Kennedy. Los casos rehabilitados fueron mayormente de prótesis total (21).

Pérez Luyo, Ada Gabriela. (1988), en un estudio sobre la prevalencia de caries, pérdida dentaria y enfermedad periodontal así como las necesidades de rehabilitación y tratamiento restaurativo de la población en una muestra de 120 personas en el distrito de Mazamari, provincia de Satipo, departamento de Junín. El promedio de piezas dentarias perdidas fue de 18.75. Del total de examinados el 79.17 por ciento fueron personas edéntulas. Siendo la condición de edéntulos parciales bimaxilares la más frecuente para los tres grupos etáreos. De los que portaban prótesis, para los grupos etáreos de 20-29 y 30-44 años el mayor porcentaje correspondió al de prótesis parcial bimaxilar respectivamente; en tanto que para el grupo de 45 más años correspondió al de prótesis completa bimaxilar. Los grupos de 20-29, 30-44 y 45 más años requirieron con mayor prioridad prótesis parciales unimaxilares, prótesis parciales bimaxilares y prótesis completas bimaxilares respectivamente (10).

Díaz Vásquez, Silvia Soledad (1988), estimó el riesgo de pérdida dentaria por enfermedad periodontal, según factores como edad, sexo, socio-culturales, socio-económicos, ecológicos y biológicos. El estudio se realizó en un grupo de 600 personas de 10 a 50 años de edad, provenientes de 3 medios socio-económicos-culturales diferentes. Estableció que algunos de los factores estudiados representan riesgo para la pérdida dentaria por enfermedad periodontal, como son: edad, sexo, educación, nivel socio-económico, higiene oral, uso de prótesis y bruxismo.(16)

Raygada Huamán, Javier (1988), determinó el estado de salud periodontal; el estado de dentición, rehabilitación y tratamiento en una población adulta rural de la sierra central del Perú en (distrito de Santa Rosa de Ocopa- Junín). Examinó 162 sujetos de 20 a más años. Sus resultados indicaron, respecto al estado periodontal que este fue severo, especialmente en el grupo de 45 a más años. No hubo ningún caso de periodonto sano. Respecto al estado de dentición y sus necesidades de tratamiento, el CPO total fue de 21.8, presentándose el valor más alto en el grupo de 45 a más años, principalmente debido a un promedio alto de piezas perdidas (22.2), especialmente en el sexo femenino. Respecto al estado del edéntulo, encontró que más de la mitad de los examinados eran edéntulos: 61.7 por ciento para el grupo de 20 - 44.9 años y de 96.3 por ciento para el grupo de 45 a más años. En el primer caso, el tipo de edéntulo mas frecuente fue el parcial bimaxilar, en el segundo caso fue el completo bimaxilar. Menos del 12 por ciento de los examinados portaban prótesis.(22)

Balarezo Razzeto, José Antonio (1986), en Lima, en un estudio de 312 personas entre adolescentes y/o adultos con dentición permanente encontró una prevalencia de 74.3 por ciento con pérdida de algunos dientes permanentes, siendo mayor en mujeres que en hombres. Del total de dientes presentes y ausentes (S.C.P.O) la pérdida es de 19.7 por ciento, siendo mayor en mujeres que en hombres. La prevalencia de pérdida dentaria permanente según grupos etáreos, tiende a incrementarse de acuerdo a la edad. Los tipos de piezas dentarias permanentes más frecuentemente perdidas son los molares inferiores y superiores respectivamente y los menos perdidos son los caninos inferiores y superiores e incisivos inferiores respectivamente. (23).

Alcalde Sánchez, Ángel Eduardo (1986) En su estudio odontoantropológico para determinar la situación del estado de salud bucal en 112 cráneos de las culturas pre-hispánicas Paracas y Nazca y de los pobladores del Valle de Ancón; de los cuales son 82 varones y 30 mujeres, ambos entre los 16 y 55 años; el 91.07%(102 cráneos) presentaron una o mas piezas cariadas por cráneo; el 64.28%(72 cráneos) presentó de una a dos piezas perdidas, 33.03%(37 cráneos) de tres a cinco piezas perdidas, el 1.78%(2 cráneos) de seis a ocho piezas perdidas, 0.81%(1 cráneo) de nueve a once piezas perdidas; las mujeres presentaban de 2 a 5 piezas perdidas antes de morir y de 1 a 8 cariadas, los varones de 2 a 10 perdidas antes de morir y de 1 a 13 cariadas. (24)

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1. Generalidades

En la población peruana los problemas de salud mas frecuentes, se encuentran los desarrollados en el sistema estomatognático (25). El sistema estomatognático está dividido en cuatro componentes fisiológicos básicos:

Componente neuromuscular.

Articulaciones temporomandibulares.

Oclusión.

Periodonto o articulación dentoalveolar.

Cuando todos estos componentes son compatibles unos con respecto a los otros y existe armonía morfofuncional entre ellos, el resultado es una función normal del sistema estomatognático, de esta manera las funciones se realizan con una máxima eficiencia y con el mínimo de gasto energético (26).

Las desarmonías provienen en su mayoría por problemas en los dos últimos componentes mencionados, estos componentes se encuentran en la boca que es la puerta de entrada del tubo digestivo y cumple también funciones importantes en el aparato respiratorio y fonético (27, 26), en la boca están los dientes que son órganos especializados que intervienen en la masticación, en el adulto existen 32 dientes que se dividen, según su función, en incisivos, caninos, premolares y molares (27). Los dientes se ven afectados debido a la caries dental, enfermedad gingival y enfermedad periodontal, así como por mal oclusiones, requiriendo para su resolución la participación de un importante

número de procedimientos odontológicos de diversa complejidad; la aplicación de estos procedimientos requiere el consentimiento de los pacientes (25).

La progresión de la caries y de la enfermedad periodontal, como se mencionó son las mas prevalentes en el país, terminan afectando la permanencia de los dientes en la boca, debido a que los procedimientos para la recuperación de la salud oral no están al alcance de la mayoría de personas que aquejadas por el dolor y la incomodidad optan por la exodoncia, sin tomar en cuenta las consecuencias que tendrá a futuro la ausencia de estas piezas (28, 29).

No existen estudios a nivel nacional sobre enfermedad periodontal pero en un estudio a nivel nacional sobre caries e índice CPOD se obtuvo lo siguiente:

En el Perú, la severidad de la caries dental estimada a través del índice CPOD para 12 años fue de 3,67; es alto según la meta CPOD 12 años para el año 2000 establecida por la FDI (28).

2.2.2. Diagnóstico del edéntulo total o parcial.

El diagnóstico es un punto débil en la Odontología y la Medicina(30).

La primera atención que tiene un paciente para un tratamiento bucal se inicia con la búsqueda del motivo por el que acude a nuestra consulta. Es importante conocer las intenciones del paciente para el enfoque definitivo de su tratamiento (31).

Para un diagnóstico acertado es necesario realizar una correcta historia clínica que consta de:

Anamnesis

Examen clínico general.

Examen clínico estomatológico extraoral e intraoral: Inspección, palpación, percusión, examen funcional.

Diagnostico presuntivo.

Exámenes complementarios.

Diagnostico definitivo (30, 31, 32)

2.2.3. Clasificación del edentulismo parcial.

2.2.3.1 Necesidad de clasificar el edentulismo

Las combinaciones posibles de dientes y espacios desdentados en arcos antagonistas se han estimado en más de 65,000, por eso es útil y necesario clasificarlos con atributos, características, cualidades o rasgos comunes; así surgen diversas clasificaciones. Las clasificaciones mas comunes son las de Kennedy, Cummer y Bailyn; también existen las clasificaciones de Beckett, Godfrey, Swenson, Friedman, Wilson, Skinner, Applegate, Avant, Miller y otros (32).

2.2.3.2 Clasificación de Kennedy

Es la más aceptada en la actualidad para la clasificación de los arcos parcialmente desdentados (32).

Propuesto por primera vez por el doctor Edward Kennedy en 1925, dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases básicas, las

áreas desdentadas distintas de las que determinan los tipos principales fueron denominadas espacios de modificación. La clasificación es la siguiente:

- Clase I:** Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales.
- Clase II:** Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.
- Clase III:** Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.
- Clase IV:** Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.(30, 31, 32)

Reglas de Applegate para la aplicación de la clasificación de Kennedy:

La clasificación de Kennedy sería difícil de aplicar a cualquier situación sin ciertas reglas para su empleo. Applegate formuló las ocho reglas siguientes que gobiernan la aplicación de la clasificación de Kennedy:

- Regla 1: La clasificación debe efectuarse después y no antes de cualquier extracción de dientes que pudiera alterar la clasificación original.
- Regla 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- Regla 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se lo considera en la clasificación.

- Regla 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera en la clasificación.
- Regla 5: El área (o áreas) desdentada mas posterior siempre es la determinante de la clasificación.
- Regla 6: Las áreas desdentadas distintas de la que determinan 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: No puede haber modificación en arcos de clase IV. (31, 32)

2.2.4. Cambios en la armonía oclusal y edentulismo.

La secuela resultante sobre la oclusión producida por la pérdida dentaria y los espacios desdentados es evidente. Un ejemplo clásico es la influencia de la extracción del primer molar inferior, podemos nombrar: desplazamiento mesiolingual del segundo y tercer molar del mismo cuadrante, extrusión del primer molar superior antagonista, resalte del segmento anterior del arco superior, apertura del contacto Interproximal de los premolares inferiores (especialmente en pacientes con entrecruzamiento profundo). El colapso de la oclusión puede ser resultado de una pérdida temprana de los primeros premolares inferiores.

La pérdida de muchos dientes posteriores reduce la dimensión vertical y por lo tanto el cierre anterior excesivo de la mandíbula causa el traumatismo

directo de los tejidos blandos en el borde gingival lingual de los incisivos superiores.

A veces, los efectos de la pérdida de piezas posteriores producen una reacción distante en algún segmento del arco. Estos efectos son descritos como la “ley diagonal de Thielemann” que se explica como sigue: “Si las interferencias como consecuencia de la extrusión, migración o capuchones gingivales del tercer molar son capaces de restringir las excursiones mandibulares durante los movimientos funcionales, un diente ubicado en el sector anterior y una diagonal a la interferencia presentara lesiones periodontales, extrusión y movilidad” (29).

2.2.5. Causa de pérdida dentaria.

Los dientes seriamente comprometidos con patología pulpar o periodontal no tratables con terapia endodóntica deben ser extraídos de la boca.(30).

-Caries:

Enfermedad infecciosa transmisible que se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados de los dientes en los que produce lesiones cariosas por la desmineralización de la porción mineral y disgregación de la parte orgánica, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta (25, 28, 33).

-Enfermedad periodontal:

Enfermedad caracterizada por la inflamación y consecuente destrucción del ligamento periodontal y la pérdida del tejido óseo de soporte, su etiología principal es la placa bacteriana, cálculo dentario y trauma de oclusión. Puede ser de lenta o rápida progresión (25, 33).

-Traumatismo:

Los dientes en su posición natural se encuentran protuidos como la nariz, el mentón y son más propensos a los accidentes, en pacientes de más edad un golpe leve puede provocar la fractura de los dientes; las coronas y las raíces de los dientes endodonciados son especialmente propensas a las fracturas (33). El tratamiento depende del tipo de fractura, no obstante factores asociados como la edad, obligan a menudo a realizar la extracción del diente lesionado (27).

-Solicitud del paciente:

Los mismos pacientes por tiempo o costos decide por la extracción(28).

2.2.6. Factores asociados a la pérdida dentaria.

No son causantes pero si acentúan el riesgo, entre ellos tenemos: edad del paciente, grado de instrucción del paciente, nivel socioeconómico, ocupación, sexo, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, medicamentos o mal nutrición. (25)

En el Perú el factor asociado más importante es el socioeconómico, para analizar este factor fue necesario revisar las últimas encuestas del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), estas encuestas también nos dan una visión de otros factores asociados a la pérdida dentaria como: grado de instrucción, ocupación, y sexo.

-Multidimensionalidad de la pobreza

Vivir en la pobreza no sólo implica la falta de los artículos necesarios para el bienestar material, sino también la denegación de la oportunidad de vivir una vida tolerable. La vida puede acortarse prematuramente, puede hacerse difícil, dolorosa o riesgosa, puede estar privada de conocimientos y comunicación; todos estos aspectos de la pobreza limitan y afectan la vida de las personas.

Cuando se realizan los censos es necesario conocer sobre la vivienda así como disponibilidad de agua, servicio higiénico, servicio eléctrico, servicio telefónico, formas de eliminación de la basura y otros servicios, ya que estas determinan las condiciones sociales, económicas y de salud en las que vive la población.(34). Es evidente que las personas den prioridad a alimentarse y no den prioridad prevenir enfermedades, como las de la cavidad oral, que no aparentan una situación grave.

-Magnitud de la pobreza

En el 2006, el 44,5% de la población se encontraba en situación de pobreza, es decir, tenían un nivel de gasto insuficiente como para adquirir la canasta básica de consumo (compuesto por alimentos y no alimentos), pero mientras que la pobreza afectó al 24,2% de la población de la ciudad capital, en

el resto del país(departamentos) incidió en el 52,8% de su población. En el área rural la pobreza afectó al 69,3% de su población, siendo más del doble de la incidencia en el área urbana 31,2%. Es así que se observa una línea divisoria de la pobreza en el país que pasa fundamentalmente entre las poblaciones rurales y urbanas, lo cual se constituye en una fuerza de atracción hacia las ciudades (34).

-Magnitud de la pobreza extrema.

En el país, el 16,1% de la población pueden ser considerados como pobres extremos o indigentes. Se considera como pobre extremo a aquella persona cuyo gasto per capita es inferior al costo de la canasta básica de alimentos compatible con una ingesta adecuada de calorías. Se trata por consiguiente de una población que no tiene garantizada una alimentación mínimamente adecuada comprometiendo la salud. En Lima Metropolitana el 0,9% de su población son pobres extremos; el resto del país es el 22,3%, en el área urbana el 4,9% de su población son pobres extremos y en el área rural es del 37,1%. Los pobres del área rural no sólo tienen una mayor tasa de pobreza, sino que son en promedio tres veces más pobres que los pobres del área urbana (34).

-Acceso al agua y a saneamiento

La carencia de agua y saneamiento adecuado tiene impacto sobre la salud de las personas ya que facilitan el contagio de enfermedades transmitidas por la falta de aseo personal y contaminación del medio ambiente; en el país de cada 100 hogares 62 tienen agua para consumo humano por red

pública dentro de la vivienda. La falta de este servicio dentro de la vivienda afecta al 58,2% de los hogares pobres y al 72,8% de los extremadamente pobres. La mayoría de los hogares pobres 76,1% y de los pobres extremos 93,6% carecen de servicios higiénicos por alcantarillado dentro de la vivienda (34). En el último censo de población y vivienda cuentan con agua potable en el domicilio 54.76% a nivel nacional y Lima tienen agua potable el 73,48%; el 48,02% tienen servicio higiénico conectado en la vivienda y en Lima el 72,52% (36). Se sabe que un servicio inadecuado de agua y saneamiento aumenta los costos de subsistencia, disminuye los potenciales ingresos, afecta el bienestar y hacen más riesgosa la vida (34).

-Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud varía según los niveles de pobreza y área de residencia de los habitantes. Los pobres y los extremadamente pobres consultan en menor proporción en los hospitales y acuden más a postas y centros de salud, en los hospitales del estado se atienden más a los no pobres. Los servicios privados son demandados principalmente por los sectores no pobres y por los residentes del área urbana. Es así, que el 68,1% de los pobres y el 76,2% de los pobres extremos que habiendo reportado padecer de enfermedad o accidente no realizaron consulta. Los motivos por los cuales no lo hicieron fueron: Por no disponer de los servicios de salud, falta de dinero y por considerar que no era necesario recibir atención (34).

-Acceso a la educación

Existe asociación entre pobreza y limitadas oportunidades de acceso al capital educativo. Así según los resultados de la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares) 2006, se constata que cuanto más pobres son las personas, menor es su nivel de escolaridad y mayor la incidencia del analfabetismo. Las personas mayores de quince años pobres del área urbana tienen en promedio más años de instrucción (8,7 años) que los no pobres del área rural (7,9 años) (34).

-Zona rural y urbana

Existen según el censo del 2007 a nivel nacional 75,97% de viviendas en zona urbana y 24,03 en zonas rurales, en Lima son 97,83% de viviendas en zona urbana y 2,7% en zona rural (36).

-Hombres y mujeres

A nivel nacional son 49,70% de hombres y 50,30% de mujeres, en Lima son 49,02% de hombres y de mujeres 50,98% (36).

-Educación

A nivel nacional el 87,73% sabe leer y escribir y el 12,27% no, en Lima 93,15% saben leer y escribir y el 6,85% no saben (36).

-Nivel de estudio

En cuanto al último nivel de estudio aprobado a nivel nacional se tiene el siguiente cuadro (36):

Categorías	Casos	%
Sin Nivel	2820935	10,93
Educación Inicial	691494	2,68
Primaria	8087558	31,33
Secundaria	8287670	32,11
Superior No Univ. incompleta	1289464	5,00
Superior No Univ. completa	1582597	6,13
Superior Univ. incompleta	1192157	4,62
Superior Univ. completa	1858456	7,20
Total	25810331	100,00

En cuanto al último nivel de estudio aprobado a nivel Lima se tiene el siguiente cuadro (36):

Categorías	Casos	%
Sin Nivel	491037	6,12
Educación Inicial	202573	2,52
Primaria	1695245	21,13
Secundaria	3024997	37,70
Superior No Univ. incompleta	567304	7,07
Superior No Univ. completa	647893	8,07
Superior Univ. incompleta	523512	6,52
Superior Univ. completa	871648	10,86
Total	8024209	100,00

-Ocupación

En cuanto a la ocupación principal a nivel nacional tenemos (36):

Categorías	Casos	%
Miembros poder ejec.y leg. direct. adm. pub y emp.	26941	0,26
Profes. científicos e intelectuales	1055223	10,29
Técnicos de nivel medio y trabajador asimilados	655677	6,40
Jefes y empleados de oficina	524744	5,12
Trabj. de serv.pers. y vend.del comerc. y mcdo.	1582796	15,44
Agricult.trabajador calific.agrop.y pesqueros	1314707	12,82
Obrero y oper. de minas,cant.,ind.,manuf.y otros	998627	9,74
Obreros construcc.,conf., papel, fab., instr.	1042501	10,17
Trabaj.no calif.serv.,peon,vend.,amb., y afines	2660902	25,96
Otras ocupaciones	389154	3,80
Total	10251272	100,00

En cuanto a la ocupación principal en el departamento de Lima tenemos (36):

Categorías	Casos	%
Miembros poder ejec.y leg. direct. adm. pub y emp.	11636	0,32
Profes. científicos e intelectuales	451986	12,47
Técnicos de nivel medio y trabajador asimilados	355877	9,82
Jefes y empleados de oficina	273364	7,54
Trabj. de serv.pers. y vend.del comerc. y mcdo.	688648	19,00
Agricult.trabajador calific.agrop.y pesqueros	60211	1,66
Obrero y oper. de minas,cant.,ind.,manuf.y otros	445199	12,28
Obreros construcc.,conf., papel, fab., instr.	427820	11,80
Trabaj.no calif.serv.,peon,vend.,amb., y afines	742193	20,47
Otras ocupaciones	168392	4,64
Total	3625326	100,00

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Factores asociados:** Características que resultan ser causas no directas de pérdida dentaria
- Edentulismo:** Situación en la que una persona ha perdido por lo menos algún diente o todos ellos (excluyendo las terceras molares).
- Lima Norte:** Ancón, Carabaylo, Comas, Independencia, Los Olivos, Pte. Piedra, San Martín de Porres y Santa Rosa.
- Lima Este:** Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, San Juan de Lurigancho, San Luis y Santa Anita
- Lima Tradicional:** Barranco, Breña, Chorrillos, Jesús María, La Molina, La Victoria, Lima (cercado), Lince, Magdalena, Miraflores, Pueblo Libre, Rímac, San Borja, San Isidro, San Miguel, Surco y Surquillo.
- Lima Sur:** Chorrillos (nuevo), Lurín, Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, San Juan de Miraflores, Santa María, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo.
- Callao:** Bellavista, Callao, Carmen de la Legua, La Perla, La Punta y Ventanilla.

2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al edentulismo en pacientes atendidos y diagnosticados en la clínica de la UNMSM periodos 2005-2006-2007?

2.5 JUSTIFICACIÓN

Actualmente la salud oral no es considerado por el Ministerio de salud como un problema de salud pública, a pesar de los avances en otras áreas como nutrición y epidemiología donde sí presentan programas preventivos y de promoción enfocados a solucionar estos problemas, la razón es que se necesitan mas trabajos que muestren el problema y que trae como consecuencia la disminución de la calidad de vida desde muy temprana edad por no dar importancia a la salud oral, la que se ve afectada por muchos factores asociados de los cuales el más importante es el socioeconómico. Las universidades son una gran fuente de datos sobre este tema, así este trabajo pretende dar a conocer los factores asociados al edentulismo de los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la UNMSM.

2.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la clínica de la UNMSM durante los periodos 2005-2006-2007.

2.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar : edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, lugar de residencia; de los pacientes.
2. Identificar la frecuencia de los pacientes edéntulos totales y parciales.
3. Identificar el número y tipo de piezas dentarias ausentes por paciente según clasificación universal
4. Determinar la clase de edentulismo según Clasificación de Kennedy.
5. Determinar los factores asociados significativos al edentulismo.

2.7 HIPÓTESIS

Existen factores asociados al edentulismo de los pacientes atendidos y diagnosticados en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptivo y retrospectivo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio revisó una muestra de 180 historias clínicas de un universo de 5958.

Los edéntulos totales y parciales son 5958 y los no edéntulos son 280, todos ellos atendidos y diagnosticados en las clínicas de la UNMSM periodos 2005-2006-2007.

El muestreo es de tipo probabilístico sistemático y la muestra se constituye de la siguiente manera:

$$\text{Muestra: } n = \frac{Z^2(p.q)N}{(N-1)e^2 + Z^2(p.q)}$$

N: Tamaño de la población. (6238)

p: Probabilidad que ocurra el edentulismo. (0.954)

q: Probabilidad de que no ocurra el edentulismo (1-p). (0.046)

Z: Nivel de confianza (al 95%, 1.96).

e: Nivel de precisión o error muestral. (0.05)

$$\text{Reemplazando: } n = \frac{(1.96)^2(0.954 \cdot 0.046)(6238)}{(6238-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.954 \cdot 0.046)}$$

$$n = 66.72$$

$$n = 67$$

La muestra mínima es de 67 Historias Clínicas, se decide aumentar la muestra a 180.

Para el total de 5958 Historias Clínicas correspondientes a los edentulos totales y parciales, cada año aportó en la muestra de 180 Historias Clínicas un porcentaje de la siguiente manera:

Para el año 2005 el 32% de 180 son 58 Historias Clínicas.

Para el año 2006 el 33% de 180 son 59 Historias Clínicas.

Para el año 2007 el 35% de 180 son 63 Historias Clínicas.

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
Edentulismo	Existencia de Piezas dentarias perdidas, puede ocurrir desde muy temprana edad por diferentes causas (caries, enfermedad periodontal, traumatismos, etc) y se ve influenciada por factores asociados (edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, etc). Esta pérdida desestabiliza el sistema estomatognático disminuyendo la calidad de vida (funciones orales, comodidad, apariencia)	Tipo de edentulismo Piezas perdidas	Clasificación de Kennedy Número de piezas, nombradas según la clasificación universal.	Nominal Ordinal	Clase: I,II,III,IV 1,8.....4,8
Sexo	Diferencias biológicas y naturales que las personas tenemos al nacer.			Nominal	Femenino Masculino
Edad	Años de vida cumplidos por el paciente		Número de años	Razón	16.....
Ocupación	Actividad principal que realiza el paciente.			Nominal	
Grado de instrucción	Grado de instrucción reconocido por el ministerio de educación.			Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Superior
Residencia	Lugar donde vive actualmente el paciente		Distrito	Nominal	

3.4. MATERIALES Y METODOS

3.4.1. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

En el presente estudio se utilizó la técnica de observación, para lo cual se procedió a revisar las Historias Clínicas hasta completar la muestra de 180 Historias Clínicas según los siguientes criterios:

- El paciente debe haber perdido o tener ausente por lo menos un diente.
- Pacientes de 16 años a más.
- Los datos generales deben estar completos: N° de Historia, edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, motivo de consulta.
- Los datos del odontograma deben estar claros y completos.
- Historia Clínica de los pacientes que recibieron un diagnóstico con un plan de tratamiento y que no necesariamente tienen contratos.
- No se consideró exodoncias de tratamientos de Ortodoncia, ni exodoncias de terceras molares que no fueran por caries.
- No se consideró pacientes de otros países.

Para el análisis de los datos se tabularon y el análisis de asociación bivariado se realizó mediante la prueba del Chi cuadrado usando el programa SPSS, además algunos gráficos usando el programa Excel.

3.4.2. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el 2005 tenemos un total de 1996 HC la muestra es de 58 entonces se tiene una constante de 34 es decir comienzo con la HC 34, la segunda es la 68, la tercera es la 102 y así hasta completar las 58 HC. Lo mismo con los otros

años hasta completar su porcentaje de muestra. De todas estas HC se anotarán los datos en la ficha de observación confeccionada (anexo 1):

Esta ficha consta de dos partes:

- La primera de datos generales del paciente consignados en la Historia clínica: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, lugar de residencia, lugar de procedencia, motivo de consulta, necesidad de tratamiento.
- La segunda corresponde a los datos tomados del odontograma: número piezas perdidas, número exodoncias indicadas, tipo de piezas perdidas, tipo de piezas por perder, tipo de edentulismo, Clasificación de Kennedy.

La ficha de registro se sometió a una prueba piloto para absolver dudas en cuanto al registro de la información y dar inicio al estudio.

IV. RESULTADOS

En el presente trabajo se obtuvo los siguientes resultados:

Del total de la muestra (180 HC) se determinó que el mayor grupo se encontró entre los 17 a 32 años con 65 pacientes (36%) seguido por el grupo de 33 a 48 años con 53 pacientes (29%) (Grafico N° 1).

El mayor grupo se encontró en el sexo femenino con 107 pacientes (59%) y el sexo masculino con 73 pacientes (41%) (Grafico N° 2).

El lugar de residencia en su mayoría fueron de Lima tradicional con 72 pacientes(40%), seguido del cono norte con 42 pacientes (23%) y el Callao con 38 pacientes (21%) (Grafico N° 3).

La situación ocupacional en su mayoría fueron amas de casa y empleados con 61 pacientes (34%) seguidas por los estudiantes con 36 pacientes (20%) (Grafico N° 4).

El grado de instrucción encontrado en la mayoría fue grado académico superior con 94 pacientes (52%), seguido del grado de instrucción secundaria con 73 pacientes (41%) (Gráfico N° 5).

El lugar de nacimiento en un 59% fue en Lima y el 41% en otros departamentos (Gráfico N° 6).

El dolor o molestia es el principal motivo de consulta con un 34% y en segundo lugar requieren específicamente una prótesis con un 18% (Gráfico N° 7).

En cuanto al edentulismo el mayor porcentaje de piezas perdidas corresponde a las molares con 499 extraídas (51%), seguidas de las premolares con 317 extraídas (33%) (Gráfico N° 8); de las molares las inferiores con 307 perdidas (62%) ocupan el primer lugar y las superiores con

192 perdidas (38%) el segundo lugar (Gráfico N° 9), de los 127 incisivos perdidos 38 (30%) corresponden a incisivos inferiores y de los 31 caninos perdidos 11 (35%) corresponden a los caninos inferiores.

Las piezas que presentan un mayor porcentaje con indicación de exodoncia corresponden también a las molares 37 (43%) seguidas por las premolares 22 (26%) (Gráfico N° 10); las que presentan una mayor indicación de exodoncia son también las molares inferiores con 25 (66%) y en segundo lugar las molares superiores con 13 (34%) indicadas para exodoncia (Gráfico N° 11).

La clasificación de Kennedy mas frecuente para el maxilar superior fue la Clase III con 55 pacientes (45%), la Clase III sin modificación es el mas común con 24 pacientes (42%) seguido de la Clase III modificación 1 con 21 pacientes(38%), modificación 2 con 9 pacientes (18%) modificación 3 con 1 paciente (2%) (Gráficos N° 13, 14,15) y para el maxilar inferior fue la Clase I con 60 pacientes (41%) (Gráfico N° 16), la Clase I sin modificaciones fue la más común con 41 pacientes (68%), seguida de la Clase I modificación 1 con 16 pacientes (28%), modificación 2 con 2 pacientes (3%), modificación 3 con 1 paciente (2%) (Gráficos N° 17, 18, 19).

No se encontró edentulismo total inferior, pero sí edentulismo total superior y edentulismo total superior e inferior que entre los dos suman solo 10 pacientes (6%) de los 180(Gráficos N° 20,21).

Al determinar los factores asociados se obtuvo que la edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores significativos.

Del total de personas de 17 a 32 años el 98.46% tiene numero de piezas perdidas menor de 5; del total de 33 a 48 años el 50% tiene numero de piezas perdidas menor a 5; del total de personas de 49 a 64 años el 37.78% tiene numero de piezas perdidas de 5 a 10; y del total de personas con edad de 65 a 80 años el 35% tiene numero de piezas perdidas de 10 a 15. Se encontró diferencia estadística significativa ($P < 0.05$) (Tabla N° 1, Gráfico N° 22).

Se observa que del total de hombres el 64.38% tienen numero de piezas perdidas menor a 5; del total de mujeres el 48.6% tienen numero de piezas perdidas menor a 5. No se encontró diferencia estadística significativa ($P > 0.05$) (Tabla N° 2, Gráfico N° 23).

Del total de personas con grado de instrucción de primaria el 69.23% tiene numero de piezas perdidas de 0 a 2; del total de personas con grado de instrucción secundaria el 71.23% tiene numero de piezas perdidas de 0 a 2; del total personas con grado de instrucción superior el 90.43% tiene numero de piezas perdidas de 0 a 2. Se encontró diferencia estadística significativa ($P < 0.05$) (Tabla N° 3, Gráfico N° 24).

Del total de personas que son ama de casa el 31.15% tiene numero de piezas perdidas de 5 a 10; del total de personas que son independientes el 54.55% tiene numero de piezas perdidas menor a 5; del total de empleados el 54.10% tienen numero de piezas perdidas menor a 5. Se encontró diferencia estadística significativa ($P < 0.05$) (Tabla N° 4, Gráfico N° 25).

Se observa que del total de personas que viven en Lima tradicional el 58.78% tiene numero de piezas perdidas menor a 5; del total de personas que viven en el cono norte el 57.14% tiene numero de piezas perdidas menor a 5.

De los que viven en el cono sur el 80% tiene número de piezas perdidas menor a 5; del total que viven en cono este el 50% tiene número de piezas perdidas menor a 5 y del total que viven en el callao 52.63% tiene número de piezas perdidas menor a 5. No se encontró diferencia estadística significativa ($P > 0.05$) (Tabla N° 5, Grafico N° 26).

Gráfico 1. Asistencia por grupos de edad de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM

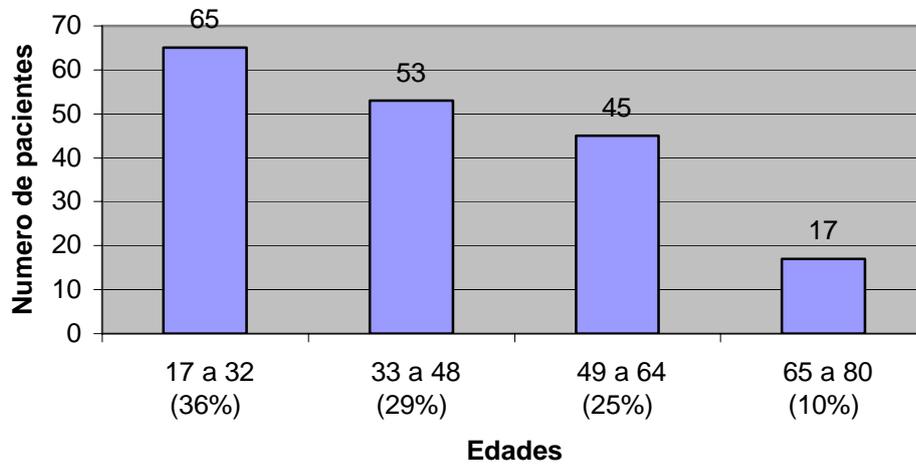


Gráfico 2. Distribucion segun el sexo de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM

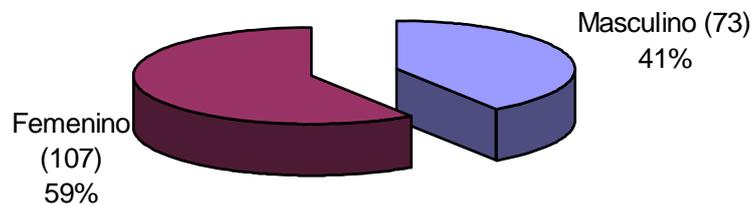


Gráfico 3. Distribución por lugar de residencia de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología de UNMSM

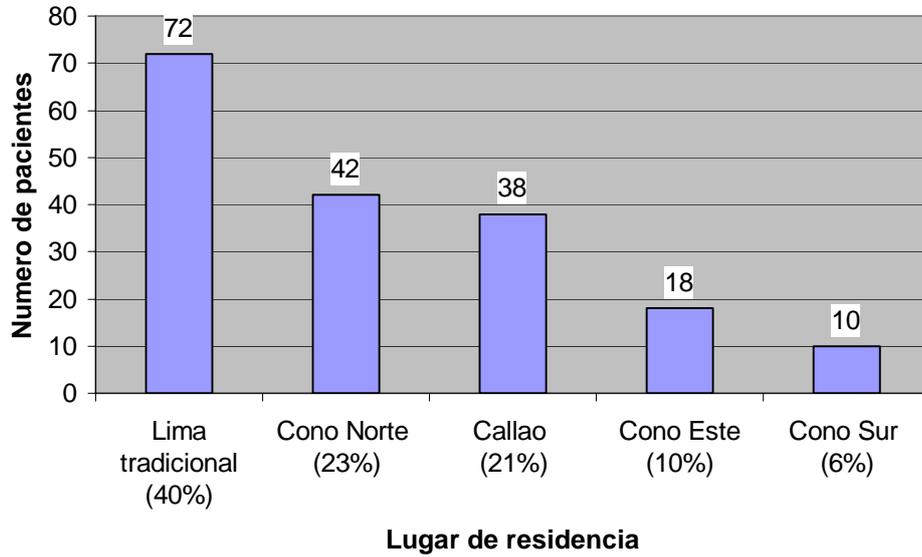


Gráfico 4. Distribucion por ocupacion de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM

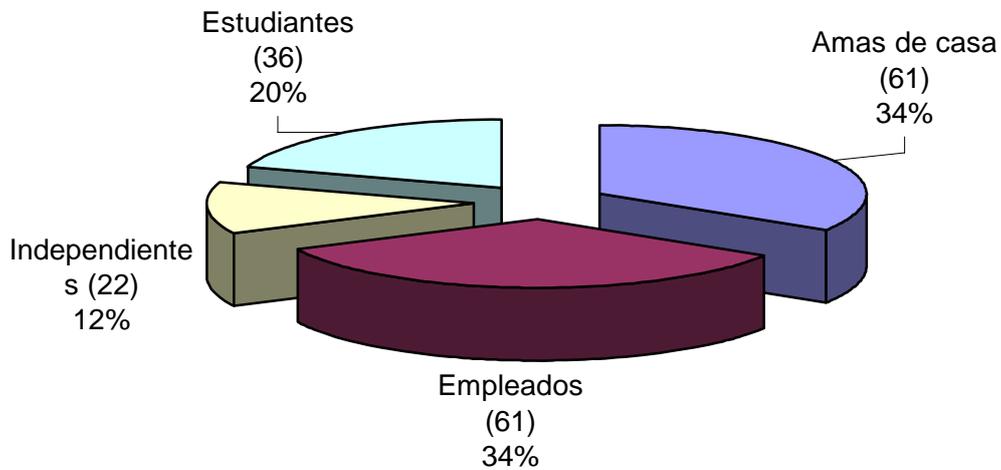


Gráfico 5. Distribución por grado de instrucción de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM

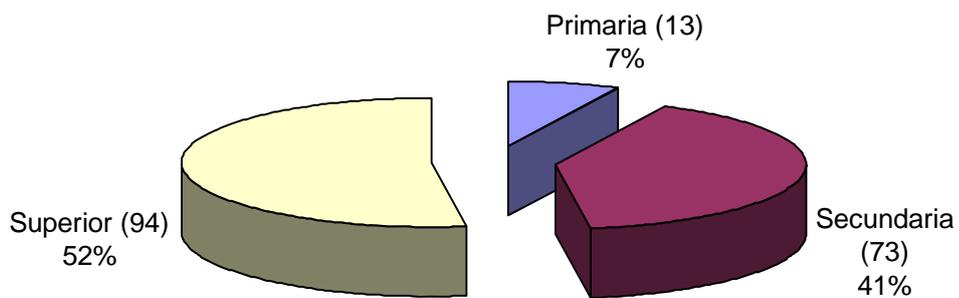


Gráfico 6. Distribución por lugar de nacimiento de los pacientes diagnosticados en la clínica de la Facultad de Odontología UNMSM

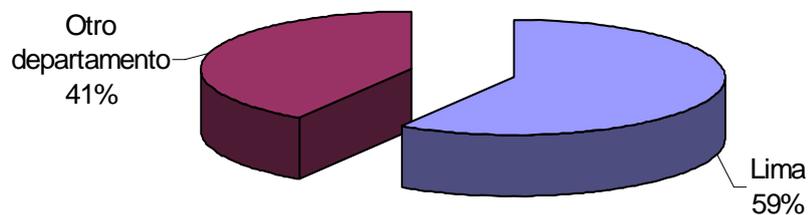


Gráfico 7. Distribución por motivo de consulta de los pacientes diagnosticados en la clínica de la Facultad de Odontología UNMSM

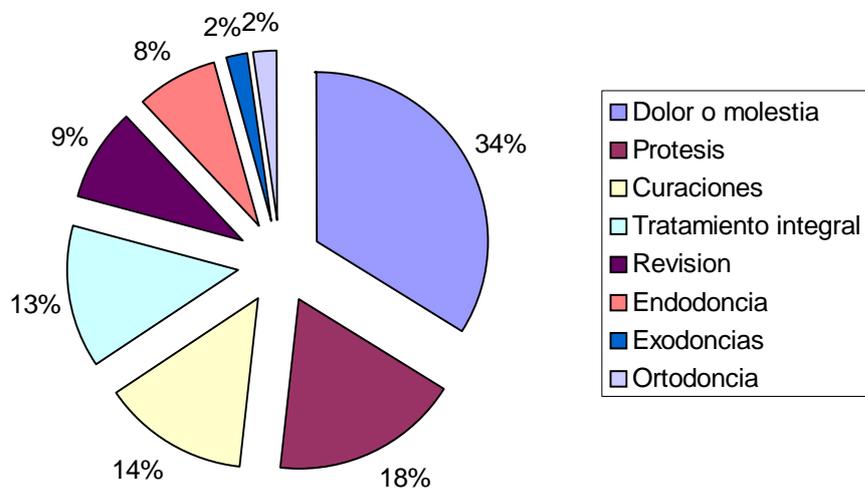


Gráfico 8. Distribución por tipo de piezas perdidas de los pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM

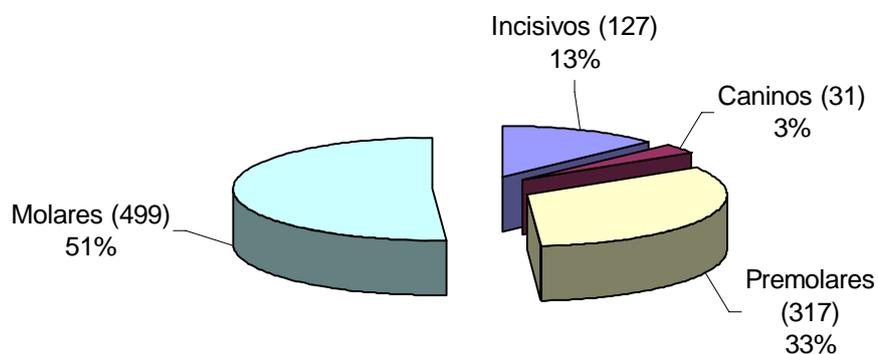


Gráfico 9. Distribución por ubicación de las molares perdidas de los pacientes diagnosticados en la Facultad de Odontología UNMSM

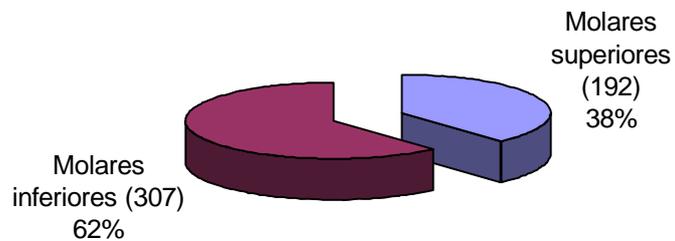


Gráfico 10. Distribución por tipo de pieza dentaria con indicación de exodoncia los pacientes diagnosticados en la facultad de odontología UNMSM

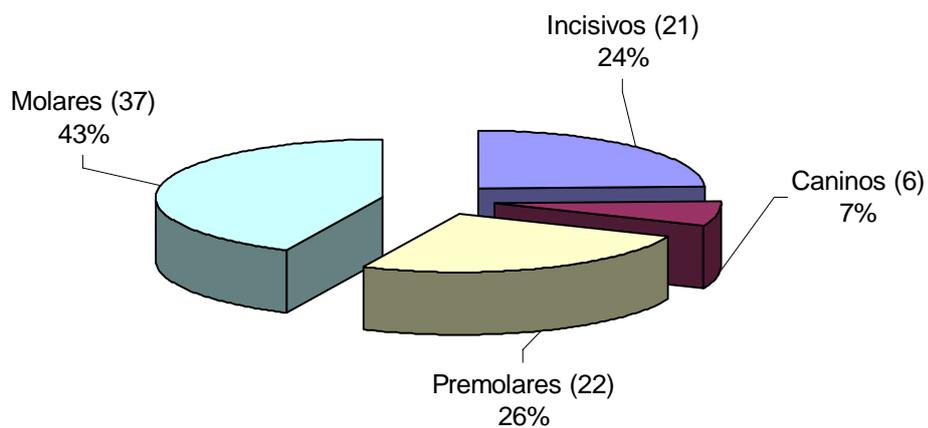


Gráfico 1 1. Distribución por ubicación de los molares con indicación de exodoncia de los pacientes diagnosticados en la clínica de la Facultad de Odontología UNMSM

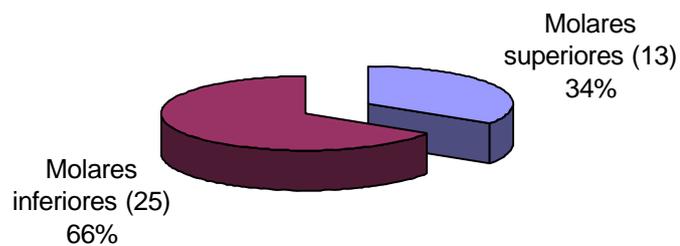


Gráfico 12. Distribución según la clasificación de Kennedy superior de los pacientes edentulos diagnosticados en la clínica de la Facultad de odontología UNMSM

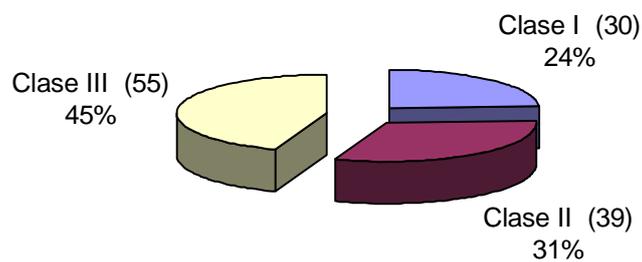


Gráfico 13. Distribución de las modificaciones para la Clase I de Kennedy en el maxilar superior

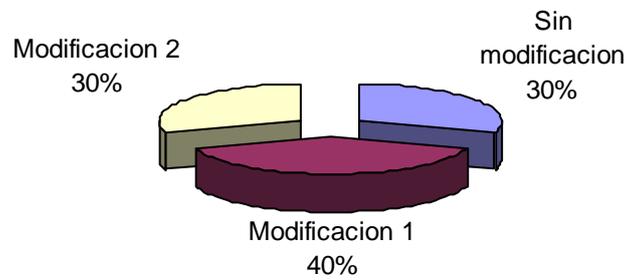


Gráfico 14. Distribucion de las modificaciones de la clase II de Kennedy en el maxilar superior

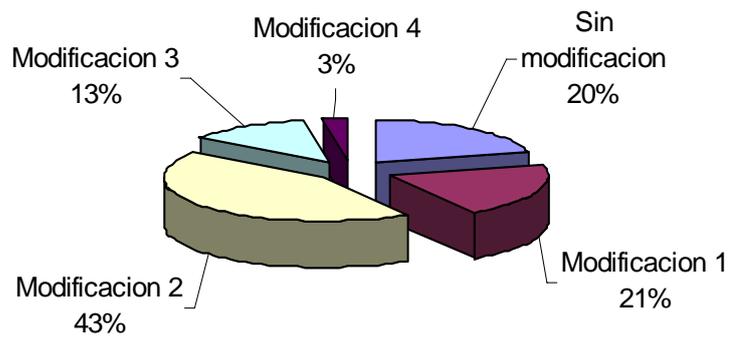


Gráfico 15. Distribucion de las modificaciones de la clase III de Kennedy en el maxilar superior

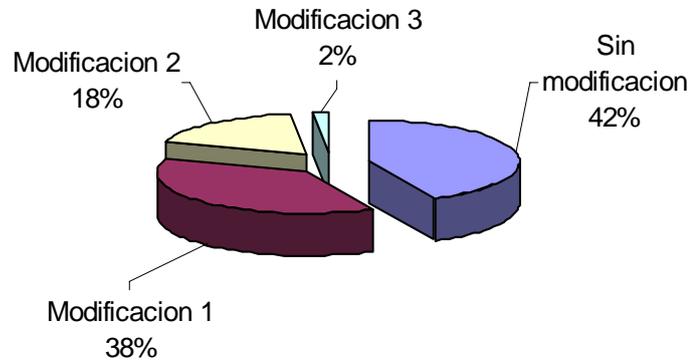


Gráfico 16. Distribución segun clasificación de Kennedy inferior de los pacientes edentulos diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM

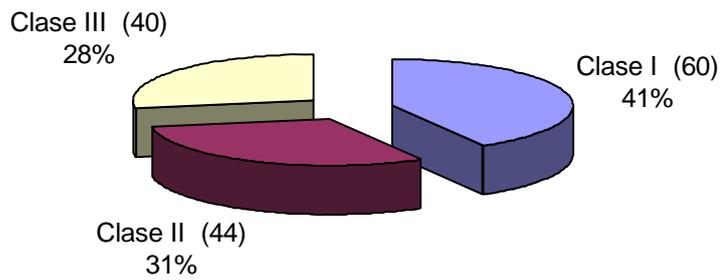


Gráfico 17. Distribucion de las modificaciones de la clase I de Kennedy en el maxilar inferior

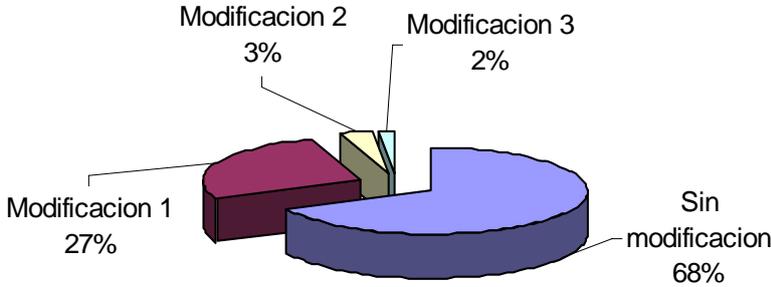


Gráfico 18. Distribucion de las modificaciones de la clase II de Kennedy en el maxilar inferior

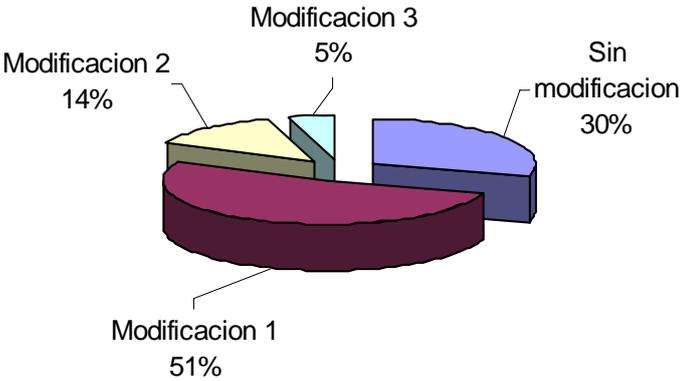


Gráfico 19. Distribucion de las modificaciones de la Clase III de Kennedy en el maxilar inferior

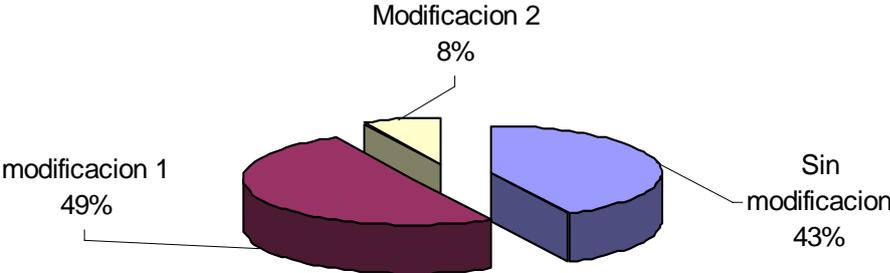


Gráfico 20. Distribucion de edentulismo parcial con edentulismo total superior y/o inferior de los pacientes diagnosticados en la clínica de la Facultad de Odontología UNMSM

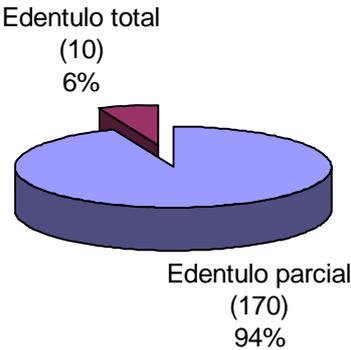


Gráfico 21. Distribución del edentulismo total de los pacientes edentulos diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM

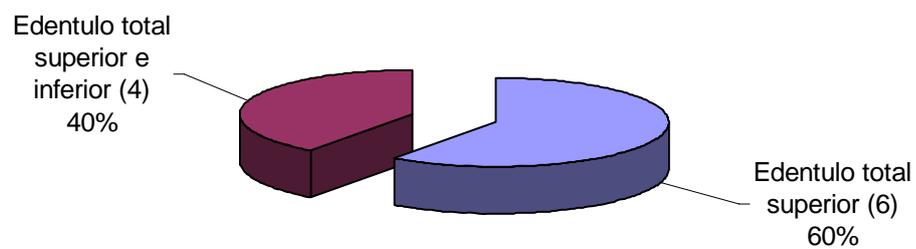


Tabla 1. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN RANGO DE EDAD

NP perdidas	Rango de edad									
	De 17 a 32 años		De 33 a 48 años		De 49 a 64 años		De 65 a 80 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor a 5	64	98.46	27	50.94	7	15.56	1	5.88	99	55
De 5 a 10	1	1.54	18	33.96	17	37.78	4	23.53	40	22.22
de 10 a 15	0	0	5	9.43	7	15.56	6	35.29	18	10
De 15 a 20	0	0	3	5.66	8	17.78	3	17.65	14	7.78
Mayor de 20	0	0	0	0	6	13.33	3	17.65	9	5
Total	65	100	53	100	45	100	17	100	180	100

Chi cuadrado : 113.02 P=0.000<0.05 existe relación estadística

Grafico 22. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN RANGO DE EDAD

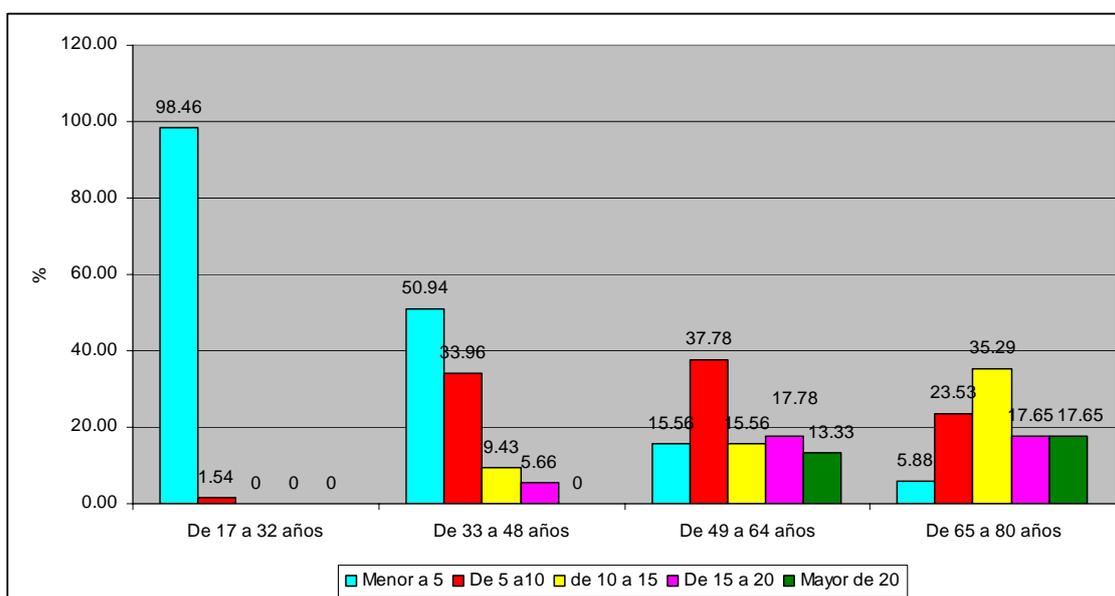


Tabla 2. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN SEXO

NP perdidas	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menor a 5	47	64.38	52	48.6	99	55
De 5 a10	11	15.07	29	27.1	40	22.22
de 10 a 15	6	8.22	12	11.21	18	10
De 15 a 20	5	6.85	9	8.41	14	7.78
Mayor de 20	4	5.48	5	4.67	9	5
Total	73	100	107	100	180	100

Chi cuadrado : 5.37 P=0.25>0.05 no existe relación estadística

Gráfico 23. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN SEXO

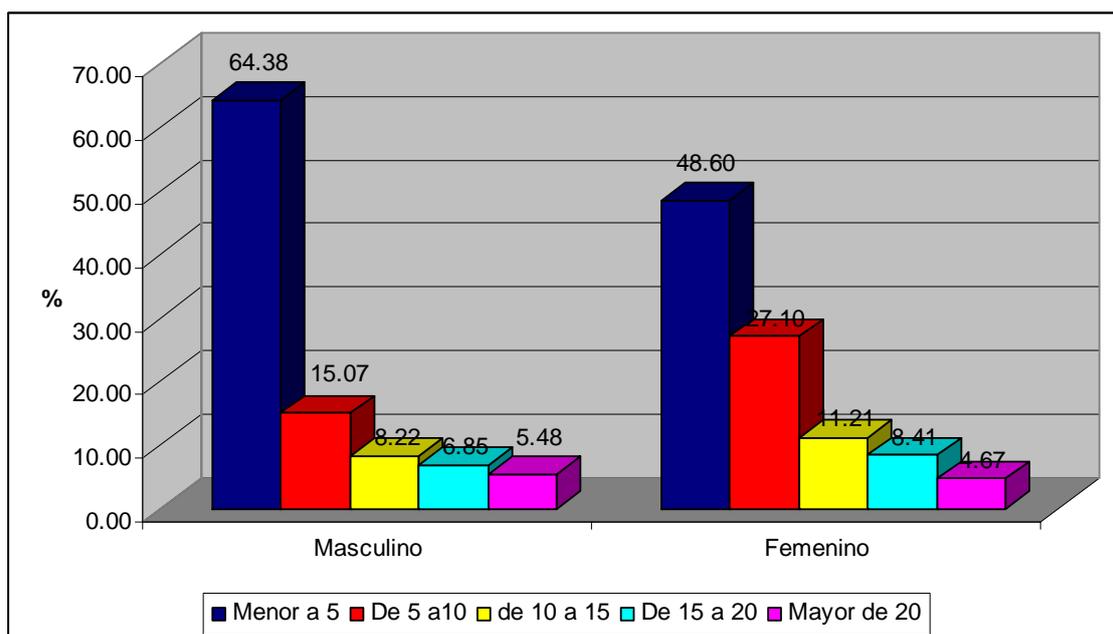


Tabla 3. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN OCUPACIÓN

NP perdidas	Ocupación									
	Ama de casa		Independientes		Empleados		Estudiantes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor a 5	18	29.51	12	54.55	33	54.10	36	100	99	55
De 5 a 10	19	31.15	4	18.18	17	27.87	0	0	40	22.22
de 10 a 15	9	14.75	4	18.18	5	8.20	0	0	18	10
De 15 a 20	9	14.75	1	4.55	4	6.56	0	0	14	7.78
Mayor de 20	6	9.84	1	4.55	2	3.28	0	0	9	5
Total	61	100	22	100	61	100	36	100	180	100

Chi cuadrado: 50.39 P=0.000<0.05 existe relación estadística

Gráfico 24. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN OCUPACIÓN

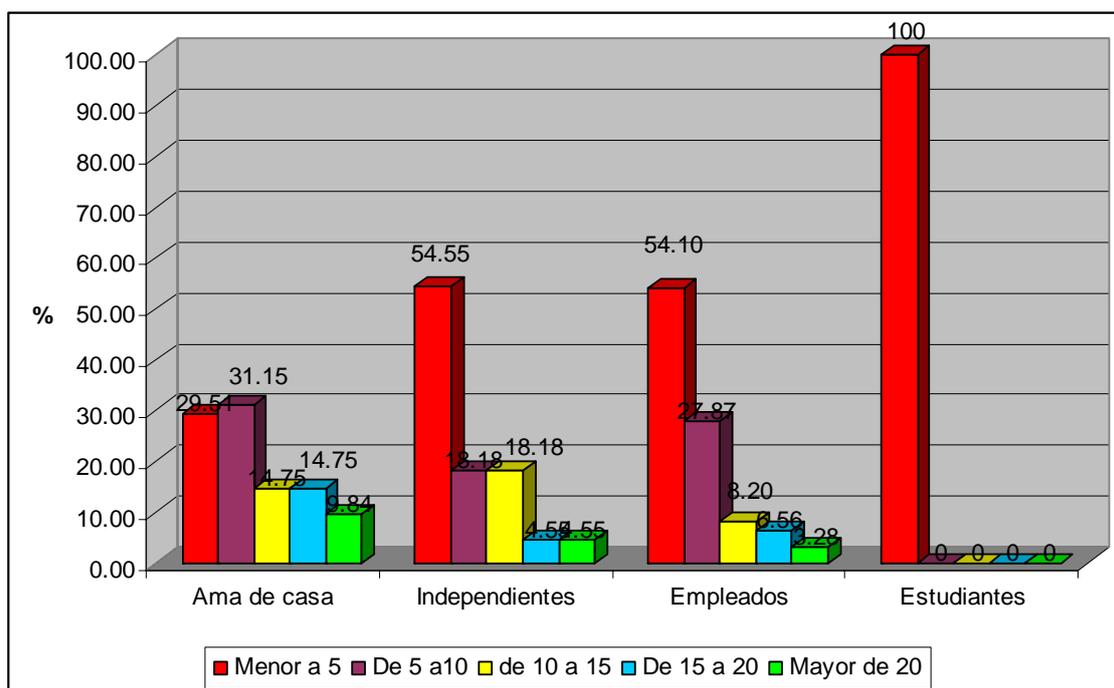


Tabla 4. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

NP perdidas	Grado de instrucción							
	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
De 0 a 2	9	69.23	52	71.23	85	90.43	146	81.11
De 3 a 5	3	23.08	14	19.18	7	7.45	24	13.33
De 6 a 8	1	7.69	7	9.59	2	2.13	10	5.56
Total	13	100	73	100	94	100	180	100

Chi cuadrado: 11.58 P=0.02<0.05 existe relación estadística

Gráfico Nº 25. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

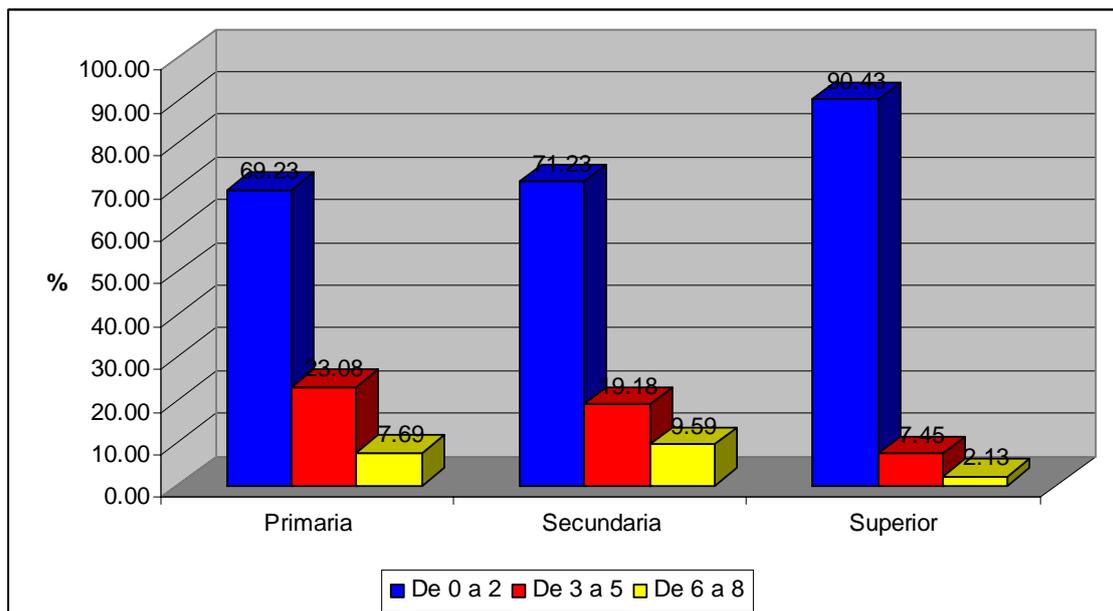
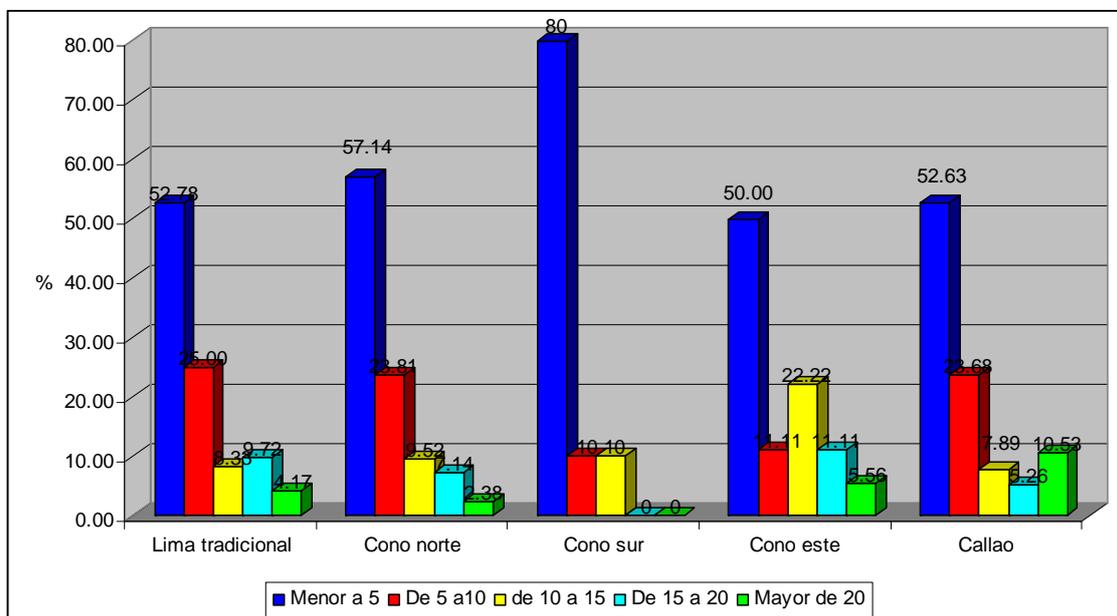


Tabla 5. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

NPP	Lugar de residencia										Total	
	Lima tradicional		Cono norte		Cono sur		Cono este		Callao			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor a 5	38	52.78	24	57.14	8	80	9	50	20	52.63	99	55
De 5 a 10	18	25	10	23.81	1	10	2	11.11	9	23.68	40	22.22
de 10 a 15	6	8.33	4	9.52	1	10	4	22.22	3	7.89	18	10
De 15 a 20	7	9.72	3	7.14	0	0	2	11.11	2	5.26	14	7.78
Mayor de 20	3	4.17	1	2.38	0	0	1	5.56	4	10.53	9	5
Total	72	100	42	100	10	100	18	100	38	100	180	100

Chi cuadrado: 11.65 P=0.76>0.05 no existe relación estadística

Gráfico 26. NUMERO DE PIEZAS PERDIDAS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA



V. DISCUSIÓN

Del presente estudio y de los antecedentes se puede discutir lo siguiente:

Del total de la muestra (180 HC) se determinó que el mayor grupo se encontró entre los 17 a 32 años con 65 pacientes (36%) seguido por el grupo de 33 a 48 años con 53 pacientes (29%). No coincide con el estudio de Rodríguez Colina, Daniel realizado el 2000 al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quien encontró que la asistencia fue en su mayoría pacientes mayores entre los 50 a 59 años, esto quiere decir que a la Facultad de Odontología de San Marcos acude una mayor cantidad de pacientes de edades menores que a la de Cayetano Heredia.

El mayor grupo se encontró en el sexo femenino con 107 pacientes (59%) y el sexo masculino con 73 pacientes (41%), coincidiendo con Rodríguez Colina, Daniel el 2000 al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, encontró que la asistencia fue en su mayoría del sexo femenino y también coincide con Robles Ibazeta, Augusto Antonio que en 1993 determinó las causas de pérdida dentaria y factores asociados en 358 pacientes que solicitaron Exodoncia en el Servicio de Emergencia Dental del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ciento ochenta y ocho fueron mujeres y ciento setenta fueron hombres, la asistencia en su mayoría de mujeres se puede deber a que a nivel nacional son 49,70% de hombres y 50,30% de mujeres, en Lima son 49,02% de hombres y de mujeres

50,98% (6), además que al ser en su mayoría amas de casa, por no tener que ajustarse a un horario determinado podrían darse mas tiempo que los varones para asistir a un tratamiento dental.

La mayoría de pacientes del estudio realizado residían en Lima tradicional con 72 pacientes(40%), seguido del cono norte con 42 pacientes (23%)y el Callao con 38 pacientes (21%) no coincide con el estudio de Rodríguez Colina, Daniel el 2000 al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, encontró que la asistencia en su mayoría fue del distrito de San Martín de Porres (cono norte), se puede observar con este resultado que la Facultad de Odontología de San Marcos tiene un campo de influencia mas amplio en diferentes distritos de Lima.

La situación ocupacional en su mayoría fueron amas de casa y empleados con 61 pacientes (34%)seguidas por los estudiantes con 36 pacientes (20%) no coincide con el estudio de Rodríguez Colina, Daniel (2000) al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que encontró que la asistencia fue en su mayoría de trabajadores independientes esto se puede deber a que San Marcos tiene una aceptación mayor por otros niveles económicos y sociales.

El grado de instrucción encontrado en la mayoría fue grado académico superior con 94 pacientes (52%) seguido de grado de instrucción secundaria con 73 pacientes (41%) coincide con Rodríguez Colina, Daniel (2000) al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quien encontró que la asistencia fue en su mayoría pacientes con un grado de instrucción superior universitario completo, esta coincidencia demuestra que el grado de instrucción influye en la salud oral.

Que el dolor o molestia sea el principal motivo de consulta con un 34% nos indica que nuestros pacientes aun no están acostumbrados a la prevención coincidiendo con Quintana Del Solar, Martín Gilberto (1993) quien examinó 152 individuos mayores de 65 años, encontrando que la mayor razón de extracción era debido a caries, seguida de la enfermedad periodontal y con Saravia Silva, Carla Sonia (2006). De las 1025 exodoncias realizadas en ZUM el motivo más frecuente fue caries dental (89.7 por ciento) seguido de enfermedad periodontal (8.0 por ciento).

En cuanto al edentulismo el mayor porcentaje de piezas perdidas corresponde a las molares con 499 extraídas (51%) seguidas de las premolares con 317 extraídas (33%) coincidiendo con Saravia Silva, Carla Sonia (2006) quien comparó los motivos de las exodoncias de dientes permanentes realizadas en zona urbano-marginales de Lima Metropolitana (ZUM) y en la Clínica Estomatológica Central (CEC) de la Universidad Peruana Cayetano encontrando que el tipo de diente extraído con mayor frecuencia fue

la molar. Este resultado también coincide con Burt BA, Ismail AI, Morrison EC, Beltran ED. (1990) en su estudio sobre factores de riesgo para la pérdida dentaria, realizado en Michigan en un periodo de 28 años de 167 personas dentadas, observó que se perdieron las primeras molares. También coincide con Arrascue Dulanto, Víctor Manuel (1989) quien examinó a 145 jóvenes de 14 a 17 años, donde la pieza dentaria ausente más frecuente fue la primera molar inferior, esto último coincide con el resultado de nuestro estudio que las molares las inferiores con 307 pérdidas (62%) ocupan el primer lugar; el estudio de Robles Caycho, Manuel Martín (1988) examinó 163 personas de ambos sexos en edades mayores de 15 años donde la pieza dentaria con mayor prevalencia de pérdida es la primera molar inferior derecha, también coincidiendo que las menos pérdidas son los incisivos inferiores 30%; según el estudio de Balarezo Razzeto, José Antonio (1986) en Lima, en un estudio de 312 personas entre adolescentes y/o adultos con dentición permanente encontró que los tipos de piezas dentarias permanentes más frecuentemente perdidas son los molares inferiores y superiores respectivamente, también coincidiendo en que las piezas menos perdidas son los incisivos inferiores y los caninos inferiores, esto puede ser debido a la morfología de las molares tienen mayor posibilidad de retener alimentos, así como la posición que ocupan dificulta a los niños su correcta limpieza, los estudios que determinan que de las molares la más perdida es la primera molar es debido a que de las molares es la primera que erupciona.

La clasificación de Kennedy más frecuente para el maxilar superior fue la Clase III con 55 pacientes (45%) esto coincide con Rodríguez Colina, Daniel (2000) al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales

que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, encontró que para ambos maxilares la mayoría fueron Clase III de Kennedy, también con Robles Caycho, Manuel Martín (1988) examinó 163 personas de ambos sexos en edades mayores de 15 años donde en el grupo de desdentados parciales, predominaron mayormente los de la Clase III de Kennedy, esto es debido a que para pertenecer a una clase III de Kennedy basta perder un diente.

No se encontró edentulismo total inferior, si edentulismo total superior y edentulismo total superior e inferior que entre los dos suman solo 10 pacientes (6%) de los 180, esto no coincide con el estudio Córdova Sosa, Félix Enrique (2001) al determinar las condiciones de salud oral de los ancianos institucionalizados del Asilo "San Vicente de Paul" en Lima, examinó 70 ancianos, cuyas edades fluctuaron entre 57 a 99 años. Dentro de los resultados, observó que en la población el 35.71 por ciento eran edéntulos totales y el 64.29 por ciento edéntulos parciales, el 45.71 por ciento necesitaba prótesis totales en ambos maxilares; ni con el estudio de Aparicio Barba, Héctor Eduardo (1991) que realizó en Asilos de Tarma y Huancayo. Examinó 57 ancianos de los cuales el 21.5 por ciento fueron edéntulos totales; pero se hace notar que estos estudios fueron realizados en asilos y los rangos de edad son superiores a los del presente estudio, además como se observa en los resultados los dientes menos perdidos son incisivos y caninos del maxilar inferior.

Al determinar los factores asociados se obtuvo que la edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores significativos ($P < 0.05$), esto coincide con parte de los resultados del estudio de Starr JM, Hall RJ, Macintyre S, Deary IJ, Whalley LJ. (2008) en ancianos de 70 años a más donde 201 participantes fueron adecuadamente probados en 9 años de seguimiento, encontraron como predictores significativos de edentulismo: edad, sexo, educación, clase social, distancia del dentista, coincidiendo con edad y educación, pero no con sexo. También se coincide con el estudio de Lawton B, Rose S, Kieser J, Broadbent J, Sussex P, Thomson M, Dowell A. (2008) quienes en su estudio encontraron que existe una marcada diferencia en la pérdida dentaria con respecto a los factores sociodemográficos y étnicos donde las mujeres más ancianas tenían un menor número de dientes en promedio; también con Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva-Netto F, Zambon S, Manzato E, Corti MC, Baggio G, Crepaldi G. (2007) este estudio evaluó la prevalencia del edentulismo en asociación con factores sociales y estilos de vida de 3054 ancianos italianos ambos sexos de 65 años o más, asociaron el edentulismo con la edad en ambos sexos, pero en este mismo estudio obtienen que la prevalencia fue 2 veces más en las mujeres, diferente a nuestro estudio donde existe diferencia pero no es significativa. En el estudio de Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA Jr. (2007) sobre la correlación de dientes perdidos y edentulismo en 5349 ancianos de 65 a 74 en Brasil encontraron que los factores que predisponen incluyen la edad, el género femenino, la educación, pobreza, el presente estudio coincide con la edad y la educación pero no con el sexo. Sí existe coincidencia con el estudio de Córdova Sosa, Félix Enrique (2001) al determinar las condiciones de salud oral

de los ancianos institucionalizados del Asilo "San Vicente de Paul" en Lima, examinó 70 ancianos, cuyas edades fluctuaron entre 57 a 99 años y no encontró diferencias estadísticas del edentulismo según género. Según el estudio de Baelum V, Luan WM, Chen X, Fejerskov O. (1997) realizado en adultos y ancianos chinos de una población rural de 20 a 80 años sobre la predicción de pérdida dentaria en un periodo de 10 años, identificaron como predictores de pérdida dentaria: edad, alto número de lesiones de dentina o caries de algún tipo, pérdida de adhesión igual o mayor a 7 mm, movilidad dentaria y cálculos dentales, coincidiendo con mi estudio en la edad. En el estudio de Locker D, Ford J, Leake JL. (1996) en un estudio en ancianos canadienses estimaron la pérdida dentaria y sus factores predictivos, durante 3 años de seguimiento de 491 sujetos, solo encontraron 5 factores independientes que predecían la pérdida: género, estado marital, salud oral, caries en superficie de raíz, y pérdida de adhesión periodontal de 4 mm o mas no coincide con el presente estudio en el género como un factor significativo. En el estudio de Eklund SA, Burt BA. (1994) en un estudio de la universidad de Michigan EE.UU se colectaron datos de 1982 a 1984 de 10523 individuos que fueron examinados de 1971 a 1975, para analizar la pérdida dentaria y los factores de riesgo, la incidencia de edentulismo se relacionó con bajos ingresos, nivel educativo bajo, mala salud oral, no asistir al dentista regularmente y un bajo número de dientes, no encontraron relación entre los géneros, región geográfica, edad y sexo; con este estudio solo coincidimos con el nivel educativo bajo como factor significativo y con la región geográfica y el sexo como factores no significativos. Quintana Del Solar, Martín Gilberto (1993) en el estudio sobre la prevalencia de mortalidad dentaria en individuos de la

tercera edad institucionalizados, se examinaron 152 individuos mayores de 65 años y Aparicio Barba, Héctor Eduardo (1991) en el estudio que realizó en Asilos de Tarma y Huancayo, examinó 57 ancianos ambos encontraron que la razón para extracción aumentaba conforme aumentaba la edad coincidiendo con el presente estudio. Burt BA, Ismail AI, Morrison EC, Beltran ED. (1990) en otro estudio sobre factores de riesgo para la pérdida dentaria, realizado en Michigan en un periodo de 28 años, el factor de riesgo mas fuerte para la pérdida parcial de dientes para 116 personas fue la gingivitis por sarro, también el nivel educativo y ser fumadores, coincidiendo con mi estudio en el factor nivel educativo. Robles Caycho, Manuel Martín (1988) examinó 163 personas de ambos sexos en edades mayores de 15 años, de la comunidad rural de Huaylahuichán, en la provincia de Tarma, departamento de Junín. El estudio concluyó que la prevalencia de pérdida dentaria es mayor al aumentar la edad de las personas coincidiendo con el presente estudio. Díaz Vásquez, Silvia Soledad (1988) en un grupo de 600 personas de 10 a 50 años de edad, estableció que algunos de los factores estudiados representan riesgo para la pérdida dentaria por enfermedad periodontal, como son: edad, sexo, educación, nivel socio-económico, higiene oral, uso de prótesis y bruxismo; coincidiendo solo con el presente estudio en edad y educación, no con el sexo. Alcalde Sánchez, Ángel Eduardo (1986) en su estudio odontoantropológico para determinar la situación del estado de salud bucal en 112 cráneos de las culturas pre-hispánicas Paracas y Nazca y de los pobladores del Valle de Ancón existe una pérdida mayor en los varones, aunque no es significativa la diferencia, resultado que no coincide con el presente estudio.

Con respecto a la edad es notorio que conforme avanza la edad se van perdiendo mas dientes debido al avance de las causas directas como la caries y la enfermedad del periodonto lo cual no necesariamente debería cumplirse ya que como se ha repetido el edentulismo es una enfermedad prevenible y se puede evitar en gran medida neutralizando estos factores; el grado de instrucción y la ocupación van de la mano debido a que personas con un grado de instrucción diferente tendrán ocupaciones diferentes y los dos aparecen como factores asociados importantes debido a que pacientes con un mayor grado de instrucción tendrán un mayor cuidado de la salud oral, lo cual tampoco debería ocurrir, el sexo y el lugar de residencia no son significativos por que en ambos se tiene personas de diferentes edades y diferentes grados de instrucción.

VI. CONCLUSIONES

1. El mayor grupo de asistencia a la clínica de odontología San Marcos se encontró entre los 17 a 32 años, seguido por el grupo de 33 a 48 años, el mayor grupo se encontró en el sexo femenino, la residencia en su mayoría fueron de Lima tradicional, seguido del cono norte, el grado de instrucción encontrado en la mayoría fue grado académico superior seguido de grado de instrucción secundaria, la situación ocupacional en su mayoría fueron amas de casa y empleados seguidas por los estudiantes.
2. No se encontró edentulismo total inferior, si edentulismo total superior y edentulismo total superior e inferior.
3. El mayor porcentaje de piezas perdidas corresponde a las molares seguidas de las premolares, las molares las inferiores son los dientes mas extraídos, seguidos de los superiores. Las piezas que presentan un mayor porcentaje con indicación de exodoncia corresponden también a las molares, seguidas por las premolares. De las molares las que presentan una mayor indicación de exodoncia son las molares inferiores, seguidas de las molares superiores. Las piezas menos perdidas son los caninos inferiores y los incisivos inferiores.
4. La clasificación de Kennedy mas frecuente para el maxilar superior fue la Clase III. La Clase III sin modificación es la más común, seguida de la Clase III modificación 1, la clasificación de Kennedy mas frecuente para

el maxilar inferior fue la Clase I. La Clase I sin modificaciones fue la más común, seguida de la Clase I modificación 1.

5. La edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores significativos.
6. El dolor o molestia es el principal motivo de consulta, seguido de los pacientes que requieren específicamente una prótesis.

VII. RECOMENDACIONES

1. Las Facultades de Odontología deben preocuparse por incluir en sus programas de estudios, cursos con contenidos que fomenten la prevención en el campo de la salud oral.
2. Ampliar el área de influencia de las clínicas de la Facultad, si bien este estudio demuestra que la aceptación de San Marcos es amplia, deberíamos seguir creciendo mas en este aspecto.
3. Deberían realizarse más estudios descriptivos o analíticos sobre los datos de las historias clínicas, que son fuente importante de todo tipo de información.
4. Realizar llamados constantes al ministerio correspondiente para hacer notar con datos exactos que la salud oral es importante en la salud general, que se deben tener programas de prevención en esta área, y que deben implementar alternativas de tratamiento odontológico en los centros de salud donde acuden las personas de escasos recursos.
5. Seria recomendable mejorar el llenado de historias para no perder datos importantes de los pacientes.
8. Con las Historias clínicas se pueden realizar importantes y diversos estudios sobre la casuística de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ritchie CS, Joshipura K, Silliman RA, Miller B, Douglas CW. Oral health problems and significant weight loss among community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. [Revista en internet] 2000 Jul. [acceso Setiembre del 2008];55(7):M366-71. Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10898252?ordinalpos=37&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
2. Osterberg T, Carlsson GE, Sundh V, Mellström D. Number of teeth--a predictor of mortality in 70-year-old subjects. *Community Dent Oral Epidemiol*. [Revista en internet]; 2008 Jun. [acceso Setiembre del 2008];36(3):258-68. Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474058?ordinalpos=11&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
3. Saravia Silva, Carla Sonia. Estudio comparativo de motivos de extracción dental en zonas urbano marginales de Lima Metropolitana y de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006. Tesis de Bachiller en Estomatología.
4. Baelum V, Luan WM, Chen X, Fejerskov O. Predictors of tooth loss over 10 years in adult and elderly Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol*. [Revista en internet];1997 Jun.[acceso Setiembre del 2008];25(3):204-10. Disponible en:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9192148?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9192148?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)

5. Locker D, Ford J, Leake JL. Incidence of and risk factors for tooth loss in a population of older Canadians. J Dent Res. [Revista en internet] 1996 Feb.[acceso Setiembre del 2008]; 75(2):783-9.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8655775?ordinalpos=74&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

6. Eklund SA, Burt BA. Risk factors for total tooth loss in the United States; longitudinal analysis of national data. J Public Health Dent. [Revista en internet]; 1994 Winter. [acceso Setiembre del 2008];54(1):5-14 Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8164192?ordinalpos=36&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

7. Robles Ibazeta, Augusto Antonio, Causas de pérdida dentaria y factores asociados en pacientes que acuden al servicio de emergencia dental del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993. Tesis de Bachiller en Estomatología.
8. Quintana Del Solar, Martín Gilberto Prevalencia de mortalidad dentaria, causas de extracción y su relación con frecuencia de cepillado y edad en individuos de la tercera edad institucionalizados residentes en el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos desamparados del distrito de Breña. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993. Tesis de Bachiller en Estomatología.

9. Aparicio Barba, Héctor Eduardo Estudio sobre la condición de salud bucal : higiene oral, enfermedad periodontal y caries del poblador andino de la tercera edad de la Sierra Central del Perú, de los asilos de la beneficencia pública : San Vicente de Paul de Huancayo, y Celestino Camacho de Tarma Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1991. Tesis de Bachiller en Estomatología.
10. Pérez Luyo, Ada Gabriela. Perfil de salud bucal y necesidades de tratamiento en una población adulta rural de la selva central. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1988. Tesis de bachiller en Estomatología.
11. Starr JM, Hall RJ, Macintyre S, Deary IJ, Whalley LJ. Predictors and correlates of edentulism in the healthy old people in Edinburgh (HOPE) study. Gerodontology. 2008 Apr 15. [Epub ahead of print] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18422607?ordinalpos=85&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
12. Lawton B, Rose S, Kieser J, Broadbent J, Sussex P, Thomson M, Dowell A. Disparities in edentulism and tooth loss between Māori and non-Māori New Zealand women. Aust N Z J Public Health. [Revista en internet] 2008 Jun. [acceso Setiembre del 2008];32(3): 254-60. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578825?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
13. Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva-Netto F, Zambon S, Manzato E, Corti MC, Baggio G, Crepaldi G. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. Acta

Odontol Scand. [Revista en internet] 2007 Apr. [acceso Setiembre del 2008]; 65(2):78-86. Disponible en:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453425?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453425?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)

14. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. Community Dent Oral Epidemiol. [Revista en internet] 2007 Jun; [acceso Setiembre del 2008]; 35(3):224-32. Disponible en:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518969?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518969?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)

15. Rodríguez Colina, Daniel Características de los pacientes edéntulos parciales del pre grado que acudieron a la clínica estomatológica central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2000. Tesis de Bachiller en Estomatología.

16. Díaz Vásquez, Silvia Soledad Estimación del riesgo de perdida dentaria por enfermedad periodontal según factores específicos. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1988. Tesis de bachiller en Estomatología.

17. Elter JR, Champagne CM, Offenbacher S, Beck JD. Relationship of periodontal disease and tooth loss to prevalence of coronary heart disease. J Periodontol. [Revista en internet] 2004 Jun. [acceso Setiembre del 2008]; 75(6):782-90. Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15295942?ordinalpos=101&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

18. Córdova Sosa, Félix Enrique Condición de salud oral de ancianos institucionalizados del Asilo "San Vicente de Paul" en Lima – Perú. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2001. Tesis de Bachiller en Estomatología.
19. Burt BA, Ismail AI, Morrison EC, Beltran ED. Risk factors for tooth loss over a 28-year period. J Dent Res. [Revista en internet] 1990 May; [acceso Setiembre del 2008]; 69(5):1126-30. Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2335645?ordinalpos=40&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
20. Arrascue Dulanto, Víctor Manuel en Lima Estudio comparativo del grado de disfunción del sistema masticatorio en jóvenes con dentición natural completa y jóvenes con ausencia de piezas dentarias. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1989. Tesis de Bachiller en Estomatología.
21. Robles Caycho, Manuel Martín Prevalencia de pérdida dentaria en relación a la problemática del desdentado y su rehabilitación. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1988. Tesis de bachiller en Estomatología.
22. Raygada Huamán, Javier. Perfil de salud bucal y necesidades de tratamiento en una comunidad adulta rural de la sierra central del Perú. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1988. Tesis de bachiller en Estomatología.
23. Balarezo Razzeto, José Antonio. Relación entre el nivel socio-económico-cultural y la situación de salud bucal en pobladores de zonas urbano-

- marginadas del cono norte de Lima Metropolitana : 1.- Prevalencia de perdida de piezas dentarias deciduas y permanentes, y determinación de necesidades protésicas. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1986. Tesis de bachiller en Estomatología.
24. Alcalde Sánchez, Ángel Eduardo Estudio odonto-antropológico para determinar la posible situación del estado de salud bucal en 112 cráneos de las culturas pre-hispánicas Paracas y Nazca y de los pobladores del Valle de Ancón : alteración del tejido de soporte (nivel óseo) y alteraciones dentarias (pérdida de dientes caries y atrición). Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1986. Tesis de bachiller en Estomatología.
25. Ministerio de Salud. Guía de Practicas Clínicas Estomatológicas. Editorial Talleres gráficos SINCO. Lima. Perú. 2005.
26. Manns A., Díaz G. Sistema Estomatognático. Santiago. Chile: Editorial Sociedad Médica Almagro; 1988.
27. Raspall G. Cirugía Maxilofacial: Patología quirúrgica de la cara boca, cabeza y cuello. Madrid. España: Editorial Médica Panamericana; 1997.
28. Ministerio de salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10,12 y 15 años. Oficina General de Epidemiología. Lima. Peru. 2005.
29. Santos, J. Dos. Oclusión: principios y conceptos. Buenos Aires. Argentina: Editorial Mundi S.A.I.C. y F.; 1987.
30. Loza F. D. Prótesis Parcial Removible. Caracas. Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C. A; 1992.

31. Mallat Desplats E.; Keogh T. Prótesis Parcial Removible: Clínica y Laboratorio. Barcelona. España: Editorial Labor; 1995.
32. McCracken WL. Prótesis Parcial Removible. Buenos Aires. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2004.
33. Mount G., Hume W. Conservación y restauración de la estructura dental. Madrid. España: Editorial Harcourt Brace; 1999.
34. Perfil de la pobreza por departamentos. 2004-2006. Impreso en Talleres de la Oficina Técnica de difusión del INEI. Av General Garzón 658. Jesús Maria. Lima Perú. 2007.
35. Encuesta demográfica y de salud familiar. 2004-2006. Impreso en Talleres de la Oficina Técnica de difusión del INEI. Av General Garzón 658. Jesús Maria. Lima Perú. 2007.
36. Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Av General Garzón 658. Jesús Maria. Lima Perú. 2007.

ANEXO

ANEXO 1

Ficha de observación y recolección de datos.

Ficha N°.....

N° de historia clínica: Código:

Edad: Sexo: Ocupación:

Grado de instrucción:

Lugar de residencia: Lugar de procedencia:

Motivo de consulta:

Necesidad de tratamiento:

.....

Datos del odontograma:

Pza Perdida o exodoncia indicada	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

Pza Perdida o exodoncia indicada	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Numero piezas perdidas: Numero exodoncias indicadas:

Tipos de piezas perdidas: I:..... C:..... PM:..... M:.....

Tipo de piezas por perder: I:..... C:..... PM:..... M:.....

Tipo de edentulismo: Total Sup. : Total Inf. :

Parcial Sup. : Parcial Inf. :

Clasificación de Kennedy (Sup): I II III IV Modif:

Clasificación de Kennedy (Inf): I II III IV Modif.: