

# Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal

Edentulism and need of prosthetic treatment for adults in marginal urban human settlement area,

Vanessa Leila Gutierrez-Vargas<sup>1a</sup>, Roberto Antonio León-Manco<sup>1a</sup>, Diana Esmeralda Castillo-Andamayo<sup>1abc</sup>.

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, observacional. La población estuvo formada por 1350 personas y la muestra calculada fue de 168 adultos, quienes fueron evaluados mediante una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. **Resultados:** Se determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). **Conclusiones:** La mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico.

**PALABRAS CLAVE:** Edentados, prótesis dental total, prótesis dental parcial, dentado.

## SUMMARY

**Objectives:** To determine the prevalence of edentulism and the need for prosthetic treatment in adults aged from 18 to 64 years in marginal urban human settlement areas from “El golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014.” **Methods:** A descriptive, cross-sectional observational study. The population consisted of 1350 people and the sample was calculated at 168 adults which evaluated by collecting data sheet, structured by a questionnaire from the World Health Organization (WHO) for edentulous people. **Results:** We found that there is a frequent edentulism in the population of 121 (72%) and the need for prosthetic treatment of partial and total

---

<sup>1</sup> Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Cirujano Dentista.

<sup>b</sup> Magister en Estomatología.

<sup>c</sup> Especialista en Rehabilitación Oral

present for the upper maxilla with 100 (59.6%) and in the lower maxilla with 113 (67.3%). **Conclusions:** We found the vast majority of the population had edentulism and an urgent need for a prosthetic treatment.

**KEYWORDS:** *Edentulous, full mouth dental implants, partial dentures, dentate.*

## INTRODUCCIÓN

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (1).

La pérdida de dientes altera las funciones de sistema estomatognático, como es la masticación, la fonética y la estética. En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona (2).

Por tal motivo, la odontología rehabilitadora se especializa en la realización de tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad devolviendo la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales de tipo fijo, removible y/o total en remplazo a las piezas dentarias perdidas, buscando siempre una correcta oclusión; sin embargo, pueden existir prótesis mal adaptadas o deterioradas por su prolongado tiempo en boca, las cuales llegan a impedir la ingesta de alimentos de forma satisfactoria, produciendo daños estomatológicos (3).

De esta circunstancia se considera como prioridad el poder mejorar y/o mantener la salud bucal de los pacientes y de esta manera mejorar su calidad de vida realizando procedimientos odontológicos; (4). Actualmente, en nuestro país no existen muchos estudios que evalúen la frecuencia del edentulismo en relación con la necesidad de tratamiento protésico; de esta manera el presente estudio genera reflexión y discusión sobre los accesos y servicios que puedan brindar los centros de salud enfocados en prevenir,

corregir y/o mantener una buena salud bucal en los pobladores de Pachacutec.

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia del edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en los adultos de ámbito urbano marginal del AA.HH. El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao-Lima, 2014.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de corte transversal descriptivo observacional en un periodo de tiempo. Se estudió la población adulta residente del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla del distrito de Ventanilla durante el periodo de mayo a junio 2014. El tamaño de muestra calculada fue 168 participantes de una población total 1350, para una frecuencia esperada de 50%, con precisión esperada de 2%, con un error tipo I de 0,05 y el número ajustado por defecto del diseño, error por pérdidas y no participación de 10%, se utilizó el programa EPIDAT 4.0..

Los criterios de inclusión fueron: adultos entre las edades de 18 a 64 años de edad, residentes del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla. Los criterios de exclusión fueron: adultos con enfermedades sistémicas, trastornos psicológicos y mentales.

Se realizaron charlas preventivas de salud bucal dirigidas a la población, en donde se explicaba a los participantes, los aspectos éticos del estudio. Las personas que formaron parte de la muestra leyeron y firmaron un consentimiento informado autorizando su participación. En caso que alguno no aceptara, se escogía al siguiente participante en forma aleatoria simple hasta completar el tamaño de muestra requerida.

Se recolectaron los datos generales y clínicos en una ficha estructurada por una encuesta de la Organización

Mundial de Salud (OMS) para personas edéntulas (5); este instrumento permitió determinar la condición de dentición, ubicación edéntula y necesidad de tratamiento protésico.

Se realizó la calibración con un docente especializado en el área de rehabilitación oral, previa a la ejecución del estudio.

Para relacionar variables categóricas se empleó el chi-cuadrado. Para el análisis univariado se obtuvo las variables cualitativas de las frecuencias absolutas y relativas. Se tomó en cuenta un valor de  $p < 0,05$  y el intervalo de confianza del 95% como el nivel de significancia estadística. Para el análisis estadístico se empleó el software estadístico SPSS versión 20.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por los Comités de Ética e Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el cual aprobó el Consentimiento Informado confeccionado para el estudio.

## RESULTADOS

Se evaluaron 168 individuos residentes del Asentamiento Humano El Golfo del distrito de Ventanilla. Se encuestaron a 151 mujeres y 17 hombres donde la media de edad fue 34,3 años.

Según la condición de dentición, se encontró un 72% de pacientes con edentulismo. El rango de edad más frecuente fue de 32 a 40 años de edad (76,8%) y en lo que respecta el grado de instrucción, se obtuvo la mayor frecuencia del edentulismo en el nivel de estudios de primaria completa e incompleta (81,5%) tanto para hombres y mujeres. Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre condición de dentición y edad (Tabla 1).

Con respecto a la condición de dentición por el tipo de dentición, se encontró 38,1% de pacientes con edentulismo parcial bimaxilar. El 51,3% corresponde a hombres y mujeres entre las edades de 41 a 64 años y 44,4 % con grado de instrucción primaria completa e incompleta, con edentulismo parcial bimaxilar, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre tipo de dentición y edad ( $p < 0,01$ ) (Tabla 2).

Con respecto a la condición de dentición por la ubicación edéntula, se encontró mayor número de pacientes con edentulismo parcial Clase III para el maxilar superior con 5,3% y para el maxilar inferior con 14,9%, encontrándose el rango de edad más frecuente de 18 a 31 años (9,6%) para el maxilar superior y (22%) para el maxilar inferior. El grado de instrucción con mayor frecuencia de edentulismo parcial fue la Clase III encontrando un 13,9% en el nivel de estudios superior completa e incompleta para el maxilar superior y para el maxilar inferior (19,4%). concluyendo que existe asociación estadísticamente significativa entre ubicación edéntula y edad ( $p < 0,01$ ) (Tabla 3).

En cuanto a la necesidad de tratamiento protésico con respecto a la información recolectada, se determinó que 59,6% (100 pacientes) lo requieren para el maxilar superior y 67,3% (113 pacientes) para el maxilar inferior. Se encontró mayor número de pacientes que requerían necesidad protésica entre las edades de 41 a 64 años con 89,8% (35 pacientes) para el maxilar superior y con 92,3% (36 pacientes) para el maxilar inferior. El grado de instrucción con mayor necesidad protésica fue primaria completa e incompleta, siendo para el maxilar superior con 64,9% (35 pacientes) y para el maxilar inferior con 81,6% (44 pacientes). Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre la necesidad de tratamiento protésico y edad ( $p < 0,01$ ) (Tabla 4).

**Tabla 1.** Frecuencia del edentulismo según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal del AA.HH. El Golfo de Ventanilla, Callao-Lima, 2014.

	Edentulismo		p
	N	%	
<b>Edad</b>			
18-31	42	(57,5)	
32-40	43	(76,8)	<0,01*
41-64	36	(92,3)	
<b>Grado de Instrucción</b>			
Primaria	44	(81,5)	
Secundaria	54	(69,2)	0,28*
Superior	23	(63,9)	
<b>Total</b>	121	(72,0)	

\* Chi cuadrado corregido por Yates.

**Tabla N° 2.** Frecuencia del edentulismo por tipo de dentición, según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal del AA.HH. El Golfo de Ventanilla, Callao-Lima, 2014.

	<b>Dentado</b>	<b>Edéntulo Parcial Superior</b>	<b>Edéntulo Parcial Inferior</b>	<b>Edéntulo Parcial Bimaxilar</b>	<b>Edéntulo Total Sup y Parcial Inf</b>	<b>Edéntulo Total</b>	<b>p</b>
	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	
<b>Edad</b>							
18-31	31 (42,5)	7 (9,6)	18 (24,7)	16 (21,9)	0 (0,0)	1 (1,4)	
32-40	13 (23,2)	3 (5,4)	10 (17,9)	28 (50,0)	0 (0,0)	2 (3,6)	<0,01*
41-64	3 (7,7)	1 (2,6)	2 (5,1)	20 (51,3)	4 (10,3)	9 (23,1)	
<b>Grado de Instrucción</b>							
Primaria	10 (18,5)	0 (0,0)	11 (20,4)	24 (44,4)	2 (3,7)	7 (13,0)	
Secundaria	24 (30,8)	6 (7,7)	12 (15,4)	29 (37,2)	2 (2,6)	5 (6,4)	0,4*
Superior	13 (36,1)	5 (13,9)	7 (19,4)	11 (30,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Total</b>	<b>47 (28,0)</b>	<b>11 (6,5)</b>	<b>30 (17,9)</b>	<b>64 (38,1)</b>	<b>4 (2,4)</b>	<b>12 (7,1)</b>	

\*: Chi cuadrado corregido por Yates.

**Tabla 3.** Frecuencia del edentulismo por ubicación edéntula, según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal del AA.HH. El Golfo de Ventanilla, en la ciudadela de Pachacutec, distrito de Ventanilla, Callao-Lima, 2014.

	<b>Edéntulo Parcial Superior</b>				<b>p</b>	<b>Edéntulo Parcial Inferior</b>				<b>p</b>
	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>		<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	
	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>		<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	
<b>Edad</b>										
18-31	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (9,6)	0 (0,0)		0 (0,0)	2 (2,7)	16 (22,0)	0 (0,0)	
32-40	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,6)	1 (1,8)	<0,01*	3 (5,4)	0 (0,0)	7 (12,5)	0 (0,0)	<0,01*
41-64	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	
<b>Grado de Instrucción</b>										
Primaria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (5,6)	0 (0,0)	8 (14,8)	0 (0,0)	
Secundaria	1 (1,3)	0 (0,0)	4 (5,1)	1 (1,3)	0,65*	0 (0,0)	2 (2,6)	10 (12,8)	0 (0,0)	0,05*
Superior	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (13,9)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	7 (19,4)	0 (0,0)	
<b>Total</b>	<b>1 (0,6)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>9 (5,3)</b>	<b>1 (0,6)</b>		<b>3 (1,8)</b>	<b>2 (1,2)</b>	<b>25 (14,9)</b>	<b>0 (0,0)</b>	

I: Áreas edéntulas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales (extensión distal bilateral).

II: Áreas edéntulas unilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales (extensión distal unilateral).

III: Áreas edéntulas unilaterales limitadas con dientes naturales anteriores y posteriores.

IV: Área edéntula única bilateral localizada anteriormente a los dientes naturales y atravesando la línea media.

\*: Chi cuadrado corregido por Yates.

**Tabla 4.** Necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal del AA.HH. El Golfo de Ventanilla, en la ciudadela de Pachacutec, distrito de Ventanilla, Callao-Lima, 2014

	Necesidad Protésica Superior					p	Necesidad Protésica Inferior					p
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	
	N %	N %	N %	N %	N %		N %	N %	N %	N %	N %	
<b>Edad</b>												
18-31	43 (58,9)	6 (8,2)	17 (23,3)	5 (6,8)	2 (2,7)		38 (52,1)	0 (0,0)	31 (42,5)	3 (4,1)	1 (1,4)	
32-40	21 (37,5)	2 (3,6)	22 (39,3)	11 (19,6)	0 (0,0)	<0,01*	14 (25,0)	2 (3,6)	29 (51,8)	11 (19,6)	0 (0,0)	<0,01*
41-64	4 (10,3)	1 (2,6)	12 (30,8)	10 (25,6)	12 (30,8)		3 (7,7)	1 (2,6)	12 (30,8)	13 (33,3)	10 (25,6)	
<b>Grado de Instrucción</b>												
Primaria	19 (35,2)	2 (3,7)	13 (24,1)	13 (24,1)	7 (13,0)		10 (18,5)	0 (0,0)	28 (51,9)	11 (20,4)	5 (9,3)	
Secundaria	31 (39,7)	5 (6,4)	27 (34,6)	8 (10,3)	7 (9,0)	0,58*	29 (37,2)	1 (1,3)	29 (37,2)	13 (16,7)	6 (7,7)	0,47*
Superior	18 (50,0)	2 (5,6)	11 (30,6)	5 (13,9)	0 (0,0)		16 (44,4)	2 (5,6)	15 (41,7)	3 (8,3)	0 (0,0)	
<b>TOTAL</b>	68 (40,5)	9 (5,4)	51 (30,4)	26 (15,5)	14 (8,3)		55 (32,7)	3 (1,8)	72 (42,9)	27 (16,1)	11 (6,5)	

0: Ninguna prótesis necesaria.

1: Necesidad de una prótesis unitaria.

2: Necesidad de una prótesis multiunitaria.

3: Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria.

4: Necesidad de una prótesis completa.

\*: Chi cuadrado corregido por Yates.

## DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en adultos de ambos sexos de 18 a 64 años de edad residentes del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, Callao-Lima en el año 2014.

Es importante mencionar que no existen reportes o informes de estudios previos de este tema (frecuencia de edentulismo y necesidad de tratamiento protésico) en un Asentamiento Humano del distrito de Ventanilla en Callao-Lima; por tal motivo, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia del edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en los pobladores adultos de dicho lugar, para obtener datos relevantes que pueden servir como fuente para una posterior programación de actividades de intervención en salud bucal.

En relación con los resultados, se halló que la frecuencia del edentulismo fue alta 72%, similar al valor nacional reportado por: Cano 77,61% (6) y al valor internacional reportado por Moreira y col 73,1% (7). Los resultados encontrados en los estudios muestran que existe un alto nivel de frecuencia de edentulismo, la cual puede deberse a la dificultad de acceso a los servicios de salud en dicha zona, al nivel social y económico de las personas, a la falta

de controles o chequeos periódicos a su salud bucal y al poco interés de las personas por mantener una dentición sana.

Los resultados de la presente investigación demuestran que la frecuencia de edentulismo fue ascendiendo con la edad, obteniendo el porcentaje más elevado en las personas de 41 a 64 años de edad con 92,3%, seguido de las personas entre las edades de 32 a 40 años con 76,8% y continuado con las personas entre las edades de 18 a 31 años de edad con 57,5%. Esto es comparable con estudio internacional previo realizado por Moreira (7) quien presentó un aumento de la prevalencia del edentulismo en las personas que tenían mayor edad, siendo el resultado más alto en las personas entre las edades de 60 a 89 años con 100%, seguido de las personas entre las edades de 50 a 59 años con 94,1%, continuando con las personas entre las edades de 40 a 49 años con 91,9%. Así mismo, Medina y col obtuvieron resultados más altos de edentulismo en las personas de 80 años a más con 87,9%, seguido de las personas entre las edades de 70 a 79 años con 67,5% y continuando con las personas entre las edades de 40 a 69 años de edad, 64,5% (8).

Los resultados que reflejan que a mayor edad, existe mayor frecuencia de edentulismo en las personas, es notorio. Lo cual podría deberse al avance de

las enfermedades bucales presentes en la boca con el pasar de los años, como: la caries dental y la enfermedad del periodonto. Además, de una serie de factores que inciden a lo largo de los años, como: el proceso de envejecimiento, las diversas enfermedades sistémicas presentadas en sus vidas y los efectos secundarios en la cavidad bucal que ocasionan los medicamentos administrados (9). Lo cual, no necesariamente debería cumplirse ya que el edentulismo es una enfermedad prevenible y se puede evitar en gran medida neutralizando estos factores y haciendo hincapié en la prevención de salud (2).

En el presente estudio las personas con grado de instrucción primaria completa e incompleta presentaron mayor frecuencia de edentulismo con 81,5%, un estudio internacional previo (7) refiere que la prevalencia del edentulismo es con mayor énfasis en las personas sin estudio con 95,4%. De igual forma, Eustaquio y col., demuestran que el grado de instrucción no escolarizados es más frecuente en personas edéntulas (31,1%)(10). De esta manera, se afirma que a menor nivel de estudio alcanzado, habrá mayor frecuencia de edentulismo. Aunque, es importante reafirmar que en el presente estudio no se encontró diferencia estadística pero si una tendencia.

En relación de la frecuencia de edentulismo por tipo de dentición, se encontró que el 38,1% de pacientes encuestados eran edéntulos parciales bimaxilares. Un estudio nacional previo encontró mayoritariamente que las personas adultas presentaban edentulismo parcial superiores e inferiores (42,17%)(11). En el presente estudio el edentulismo parcial se presentó para ambos maxilares, sin considerar las clasificaciones y modificaciones del edentulismo según Kennedy (1).

Awuapara también observó que el rango de edad de 41 a 50 años, fue el más frecuente en presencia de edentulismo bimaxilar con 49,52%; siendo las personas adultas mayores de 60 años de edad, consideradas edéntulos totales con 82% (11). En el presente estudio las edades de 41 a 64 años obtuvieron mayor frecuencia de edentulismo bimaxilar con 51,3%, edéntulos totales bimaxilares con 23,1%, el edentulismo total superior y edentulismo parcial inferior con 10,3%. Estos resultados obtenidos entre rangos de edades similares, nos hacen afirmar que a mayor edad habrá tendencia a adquirir mayor número

de dientes ausentes y por lo tanto a una tendencia de presentar edentulismo total a lo largo de los años de vida en una persona.

Los resultados de la presente investigación demuestran que el edentulismo parcial bimaxilar fue el más frecuente con nivel de instrucción primaria completa e incompleta con 44,4%; además, de presentar el edentulismo total bimaxilar, el edentulismo total superior y edentulismo parcial inferior, los más frecuentes con nivel de instrucción primaria completa e incompleta con 13% y 3,7%. Estos resultados obtenidos nos dan una idea clara de que a mayor número de dientes perdidos, mayor número de brechas edéntulas, llegando al edentulismo total. Esto sucede con mayor frecuencia en las personas que no han adquirido suficientes conocimientos a lo largo de sus vidas, siendo su nivel de instrucción bajo (primaria completa e incompleta). Mientras mayor es el número de años de educación en la persona, menor es la oportunidad de experimentar la pérdida de dientes, ya que pondrá en práctica la educación brindada a nivel de sus conocimientos (12). Es importante, destacar que en el presente estudio no se encontró diferencia estadística, pero si una tendencia.

En relación a la frecuencia de edentulismo, según ubicación de la zona edéntula, según edad, se encontró que la clase III de Kennedy fue la más frecuente en todos los rangos de edades, con mayor predominio en las personas entre 18 a 31 años, con prevalencia del 9,6% para el maxilar superior y 22% para el maxilar inferior. Un estudio internacional previo encontró que la clase III de Kennedy tanto para el maxilar superior e inferior fue presentada con mayor frecuencia en todos los rangos de edades, pero con más énfasis, entre los 20 y 39 años de edad, siendo para el maxilar superior: 18,30% y para el maxilar inferior: 19,92%; a excepción, del rango de edad mayor a 60 años con 1,21% para el maxilar superior y 2,02% para el maxilar inferior, en el que la clase I de Kennedy fue la más frecuente (13). Esto quiere decir que la variable edad si influye; es decir, mientras más aumenta la edad, aumenta también el número de dientes ausentes y por lo tanto aumenta el tamaño de las brechas edéntulas presentes en boca.

Los resultados de la investigación demuestran que la clase III de Kennedy fue el más frecuente en personas con grado de instrucción superior, tanto para el maxilar

superior (13,9%) y para el maxilar inferior (19,4%). Observamos que la frecuencia de edentulismo existe en todos los niveles de instrucción, pero, en menor proporción por el número de dientes ausentes según la clasificación de edentulismo, para la clase III de Kennedy. Reafirmando que en el estudio no se encontró diferencia estadística pero si una tendencia.

Las necesidades de tratamiento protésico en esta población urbano marginal, es alta, para el maxilar superior: 59,6% y para el maxilar inferior: 67,3%, esto puede deberse a que el principal problema observado fue la falta de atención dental: por lo tanto, la falta de tratamiento requerido y con ello la falta de tratamiento protésico. Sin embargo, en algunos casos las necesidades protésicas se debían a la falta de retención y/o adaptación de la prótesis. Medeiros y col., realizaron un estudio en una población adulta entre las edades de 35 a 74 años, encontrando que la necesidad de prótesis para el maxilar superior fue de 62% y para el maxilar inferior de 91% (14). Así mismo, Netto y col., observaron que la necesidad de prótesis estaba presente en la población estudiada en 56,6% para ambos maxilares (15).

En cuanto a la necesidad de tratamiento protésico según los grupos de edad, se puede hablar de una diferencia estadística decreciente de necesidad de tratamiento rehabilitador protésico de piezas dentarias en comparación con la diferencia estadística creciente de la necesidad de tratamiento de prótesis removible o multiunitaria, la misma que presenta una mayor razón finalizando así con la necesidad de prótesis completa en el grupo de 41 a 64 años. Natividad y col., demostraron en su estudio que las necesidades de prótesis no siguen un comportamiento uniforme en todos los grupos de edad, ya que la necesidad de tratamiento con prótesis totales tienden a aumentar con la edad, observándose en el grupo de 60 a más años un 42,8% (16). Aunque, las necesidades de tratamiento con prótesis parciales se encuentran en mayor porcentaje (71,4%) en el grupo intermedio de adultos entre 35 a 59 años y las necesidades de prótesis fijas tienden a disminuir con la edad. Por otro lado, Espinosa observó que el grupo de edad entre los 15 a 34 años necesitaban mayor requerimiento de prótesis fija (33,3%), en el grupo de edad de 35 a 59 años, necesitaban mayor requerimiento de prótesis parcial (67,9%) y en los mayores de 60 años, el 39,3% necesitaban prótesis totales (17).

En cuanto al grado de instrucción en los adultos encuestados en el presente estudio, no se encontró una diferencia estadística significativa pero si una tendencia decreciente de necesidad de tratamiento rehabilitador protésico. En cuanto a la necesidad del tratamiento rehabilitador protésico, cuanto menos nivel de grado de instrucción alcanzado, mayor la frecuencia de necesidad de tratamiento protésico.

En EE.UU, las personas de bajo nivel socioeconómico son más propensas a experimentar pérdidas dentarias, a diferencia de los niveles más altos(18). De igual forma en Australia las pérdidas dentales son más frecuentes entre aquellas personas que son elegibles para beneficios sociales y poseen menos años de escolaridad (19). Se observa que la influencia del nivel de educación también es significativa en otros países; mientras mayor es el número de años de educación, menor será la oportunidad de experimentar la pérdida de dientes (12).

El presente estudio cuenta con ciertas limitaciones, una de ellas fue la mínima cantidad de pacientes varones evaluados, lo que pudo influenciar en los resultados del estudio; otra limitación fue el haber seleccionado la población por conveniencia.

Los resultados evidencian que en el Perú es necesario establecer programas preventivos promocionales para mejorar la salud bucal de la población y de esta manera mejorar su calidad de vida. Mientras tanto, el tratamiento rehabilitador protésico seguirá vigente como tratamiento para el paciente adulto y con mayor énfasis la necesidad protética multiunitaria(20).

En conclusión, se encontró frecuencia de edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, en el año 2014, similar a las tasas descritas en la literatura nacional e internacional. Esta condición debe ser la alerta para implementar políticas de salud bucal enfocadas a mejorar la salud de las estructuras bucales, evitando su pérdida. Así como la necesidad de implementar programas educativos sobre la importancia de las piezas dentarias y las consecuencias de su pérdida en la salud integral.

### **Correspondencia:**

Vanessa Leila Gutierrez Vargas  
correo electrónico: vanessa.gutierrez@upch.pe

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
2. Perú, Ministerio de Salud. Guía de Practicas Clínicas Estomatológicas. Lima. Perú: Editorial Talleres gráficos SINCO; 2005.
3. Perú, 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. Lima. Perú : Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud; 2005.
4. Lambertini A. Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención con enfermedades infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte" (CAPEI) de la Universidad Central de Venezuela entre Noviembre del 2003 y Noviembre del 2004. *Acta Odont Venezolana*. 2006; 44(3):383-98.
5. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucal. Ginebra. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1997.
6. Cano D. Determinación de piezas dentarias perdidas y brechas edéntulas a restaurar en una población adulta de trabajadores de una empresa petrolera de la provincia de Talara en el año 2009. Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
7. Moreira N, Ferraz R, Gomes A, Gomes A. Prevalência de edentulismo em descendentes de pomeranos. *Rev Gaúcha Odontol*. 2010; 58(2):219-23.
8. Medina CE, Pérez R, Maupomé G, Avila L, Pontigo AP, Patiño N. National survey on edentulism and its geographic distribution, among Mexicans 18 years of age and older (with emphasis in WHO age groups). *J Oral Rehabil*. 2008; 35(4):237-44.
9. Sánchez M, Román M, Dávila R, Gonzáles A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Rev Esp Med Quir*. 2011; 16(2):110-5.
10. Eustaquio M, Montiel J, Almerich J. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). *Gac Sanit*. 2013; 27(2):123-7.
11. Awuapara N. Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín, Departamento de Cajamarca en 2010. Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
12. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
13. Luna G. Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Centro de Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja en el periodo Junio – Noviembre del 2011. Tesis Bachiller. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2011.
14. Medeiros J, Rodrigues L, Azevedo A, Lima E, Machado L, Valença A. Edentulismo, uso e necessidade de prótese e fatores asociados em Munucípio do Nordeste Brasileiro. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012; 12(4):573-8.
15. Netto E, Ferreira C, Drummond M, Sánchez H. Perda dentária e necessidade de prótese na população indígena Pataxó. *Rev Gaúcha Odontol*. 2012; 60(2):195-201.
16. Natividad M, Martínez T, Pría M, Roche A, García A. Salud bucal de la población. Policlínicos "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada". *Rev Cubana Estomatol*. 2004; 41(1):0-0. (Citado 6 Junio 2014) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100007)
17. Espinosa L. Comportamiento de las enfermedades bucales y necesidades de tratamiento en un consultorio médico del Vedado. *Rev Cubana Estomatol*. 2004; 41(3): 0-0. (Citado 6 Junio 2014) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300001)
18. Gilbert G, Duncan P, Shelton B. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res*. 2003; 38(6):1843-62.
19. Slade GD, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF (Edit). Australia's dental generations: The National Survey of Adult Oral Health 2004-06. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2007. (Citado 7 Julio 2014). Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737421983>
20. Médina J. Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en pacientes adultos con demanda de atención diagnóstica. Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.

Recibido : 13/01/2015

Aceptado: 18/03/2015