



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**SITUACIÓN DE SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR CON DEMENCIA LEVE. CENTRO DIURNO
KINTÚN, PEÑALOLÉN.**

MARÍA IGNACIA THEDY QUIROGA
SOFÍA TOBAR SARAVIA

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae,
para optar al grado de Licenciado en Odontología.

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera
Dra. Josefina Aubert Valderrama

Santiago, Chile

2017

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| RESUMEN | iii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 2 |
| 1.1 Adulto Mayor | 2 |
| 1.1.2 Salud oral del adulto mayor | 3 |
| 1.2 Enfermedades neurodegenerativas | 4 |
| 1.3 Calidad de vida | 9 |
| 1.4 Centro Kintún | 12 |
| 2. DISEÑO TEÓRICO | 13 |
| 2.1 Objetivos | 13 |
| 2.1.1 Objetivo General: | 13 |
| 2.1.2 Objetivos Específicos: | 13 |
| 3. DISEÑO METODOLÓGICO | 14 |
| 3.1 Material y Método | 14 |
| 3.1.1 Diseño de Investigación: | 14 |
| 3.1.2 Universo y Muestra | 14 |
| 3.2 Recolección de datos | 16 |
| 3.2.1 Solicitud de autorización a la directora del centro | 16 |
| 3.3 Trabajo de Campo: | 18 |
| 3.4 Análisis e interpretación de datos: | 19 |
| 3.5 Cronograma | 19 |
| 3.6 Aspectos éticos a considerar: | 20 |
| 4. RESULTADOS | 21 |
| 4.2 Estado de Salud Oral | 21 |
| 4.3 Calidad de vida relacionada con salud oral | 23 |
| 4.3.1 Función física | 25 |
| 4.3.2 Función psicosocial | 25 |
| 4.4.3 Dimensión dolor e incomodidad | 25 |
| 4.4 Relación calidad de vida con el uso de prótesis dental | 26 |
| DISCUSIÓN | 27 |
| CONCLUSION | 30 |
| SUGERENCIAS | 31 |
| BIBLIOGRAFÍA | 32 |
| ANEXOS | 35 |

RESUMEN

Introducción: Hoy en día a nivel mundial existe un aumento de la población de 60 años y más, y junto a ello se han incrementado las enfermedades neurodegenerativas. La evidencia sobre la relación calidad de vida y salud oral en adultos que presentan este tipo de enfermedades es escasa.

Objetivo: Determinar el estado de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con demencia leve que asisten al centro diurno “Kintún” de Peñalolén, durante el año 2015.

Metodología: Estudio observacional de tipo exploratorio en 13 adultos mayores con demencia leve que asisten al Centro Kintún en el año 2015. Se evaluó la situación de salud oral aplicando la Ficha Clínica dental tipo OMS modificada el 2013 y calidad de vida mediante el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), instrumento validado para medir calidad de vida relacionada con salud oral. Se realizó el manejo de información aplicando un análisis descriptivo univariado tanto para variables cuantitativas como cualitativas, y un análisis exploratorio bivariado, entre las variables calidad de vida y uso de prótesis dental.

Resultados: La media de piezas perdidas fue de 25,07 (DE 5,07). El 84,61% de los adultos mayores son portadores de prótesis dental. La media del GOHAI fue de 46,61 (DE: 11.47) y el 46,15% de los adultos mayores percibe su calidad de vida como mala.

Conclusión: Los adultos mayores con demencia leve presentaron una salud oral deficiente y mala percepción de su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico hace previsible una creciente demanda en el futuro de los servicios gerontológicos⁽¹⁾, lo cual se ve reflejado que a nivel mundial hay un incremento de la expectativa de vida al nacer y un aumento en el porcentaje de la población de 60 años y más⁽²⁾.

En Chile, según el censo 2002 existe una población de 1.717.478 adultos mayores lo que representa el 11,4 % del total de la población y se espera que para el 2020 aumenten a un 16%⁽³⁾. Esto propone un nuevo escenario para la odontología geriátrica, lo que aumenta la demanda en temas de salud y el cambio en las patologías sistémicas⁽⁴⁾, y por otra parte, poner atención en otras patologías como caries, enfermedad periodontal, xerostomía, halitosis, micosis, trastornos gustativos, reabsorción ósea de los maxilares en vez de sólo la pérdida dentaria⁽²⁾. A su vez, en la vejez es posible observar algunos cuadros clínicos de interés para la odontología, como es la demencia, la cual se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, en donde se encuentran trastornos cognitivos, conductuales y deterioro en la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias⁽⁵⁾.

Actualmente en Chile, existen iniciativas para trabajar con adultos mayores con demencia. El centro “Kintún” es un proyecto que da apoyo a personas mayores con este tipo de trastorno. Comenzó el año 2012 con el patrocinio del Servicio Nacional del Adulto Mayor y la Municipalidad de Peñalolén, y su objetivo es realizar una intervención multidisciplinaria la cual es ejecutada en el Centro de Día, incorporando visita domiciliaria y capacitación a familiares para promover la mantención de la funcionalidad del adulto mayor⁽⁶⁾.

El objetivo de esta investigación consiste en determinar el estado de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con demencia leve, que asisten al centro diurno “Kintún” de Peñalolén, durante el año 2015.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Adulto Mayor

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), adulto mayor se define como toda persona que ha cumplido 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres⁽²⁾. A su vez la Organización de Naciones Unidas establece que una población envejecida es aquella población en donde más del 7% de sus habitantes son personas mayores de 65 años⁽⁹⁾.

En los últimos años, se puede ver que en el mundo hay una predisposición sostenida en el incremento de la expectativa de vida al nacer y un mayor aumento de la población de 60 años y más. Según apreciaciones de la OMS en el año 2002 existían en todo el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el 2050 podrían llegar a los 2 billones de personas⁽²⁾.

“A su vez en Chile, en base a datos extraídos del Censo nacional del año 2012, se puede ver que el país también está viviendo un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. Se estima que en los últimos 100 años la población total y la población de menores de 60 años aumentaron casi 5 veces; mientras que la de mayores de 60 años creció en 7 veces y media⁽²⁾. En Chile, en la década del 2000 existía una población de adultos mayores de un 10%, es decir, un millón trescientas personas de 60 años o más⁽⁹⁾, y se estima que hacia 2034 la proporción de adultos mayores igualará a la cantidad de menores de 15 años”. (Guía Salud Oral Integral para adultos de 60 años, Gobierno de Chile)⁽²⁾. Por esta razón Chile paso de ser un país con transición demográfica a ser un país con una población envejecida⁽⁹⁾.

El envejecimiento poblacional es un aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Es un proceso normal en la cual hay cambios relacionados con el paso del tiempo⁽¹⁰⁾. El envejecimiento es un fenómeno de aumento progresivo y alarmante en el ámbito mundial derivado de las transformaciones económicas y sociales. Esto trae consigo una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades de tipo

neurodegenerativas y con el aumento de la edad^(5,11), se observa además un aumento de los casos de deterioro cognitivo en aquellas poblaciones en donde los niveles educativos son muy bajo^(5,11).

1.1.2 Salud oral del adulto mayor

Tradicionalmente, el estudio del envejecimiento orofacial se limitaba solo a la pérdida de dientes⁽²⁾, pero actualmente se reconoce que existe una serie de problemas asociados al envejecimiento como son las caries, enfermedad periodontal, xerostomía, ardor en la boca, halitosis, micosis, trastornos gustativos, reabsorción ósea de los maxilares, patologías asociadas a prótesis removibles, disfagia, tumores comunes en adultos mayores, etc⁽²⁾.

El envejecimiento es una de las pocas características que unifica y define a todos los seres humanos, y con el comienzan a proliferar enfermedades crónicas, que pueden ser sistémicas o bucodentales y surgen limitaciones físico-motoras, socio-psicológicas y económicas, que convierten a este período de la vida en una etapa especialmente diferente⁽¹⁰⁾.

Existen cambios normales en el envejecimiento los cuales son una parte de la odontogeriatría, la cual es conocida como envejecimiento orofacial, que se define como los cambios normales presentados en la mayoría de los adultos mayores⁽¹⁰⁾. Estos cambios propios del envejecimiento se pueden ver en la cavidad bucal como una pérdida parcial o total de los dientes lo cual no es propio de la edad, sino que es un indicativo de mal estado de salud bucal del paciente⁽¹⁰⁾.

Dentro de los principales cambios que se pueden visualizar en la cavidad bucal están las piezas dentarias, las cuales adquieren un color más amarillento, tienden a ser más frágiles o quebradizos y menos permeables⁽⁷⁾. El contenido de agua y materia orgánica del esmalte disminuye con la edad y uno de los cambios más característicos y que se puede pesquisar con un examen clínico es la presencia de procesos de atrición y de abrasión del esmalte dentario⁽¹⁰⁾, además de presentar desplazamientos por pérdida de puntos de contactos por la falta de dientes vecinos y/o antagonista⁽⁹⁾. La pérdida de

piezas parcial y total, como el uso de prótesis mal adaptadas, o ambas causas, trae como consecuencia una disminución de la eficacia masticatoria y alteraciones traumáticas en mucosas⁽⁹⁾. Otro factor importante encontrado en adultos mayores es el deterioro de la higiene bucal, la cual puede ser por cambios en el hábito alimenticio, por alteraciones psicomotoras o por falta de instrucción de higiene de los aparatos protésicos⁽⁹⁾.

Según la ENS (Encuesta Nacional de Salud) 2009-2010⁽²⁾ asociaron la percepción de necesidad de prótesis dental con el nivel educacional (años de estudio), siendo el porcentaje nacional de un 25,3%, levemente mayor en mujeres con un 26,1% sobre un 24,4% de los hombres. En cuanto a los años de educación el porcentaje de los adultos mayores que tenían una percepción de necesidad de prótesis dental, se dividió entre los que estudiaron menos de 8 años con un porcentaje de 50,1%, los que estudiaron entre 8-12 años 24,1% y bastante por debajo con un 11,9% los que estudiaron entre 12 o más años⁽¹²⁾.

Es frecuente que los adultos mayores presenten alteraciones sistémicas, deterioros cognitivos y enfermedades crónicas⁽⁷⁾, en las cuales es necesario el consumo de fármacos. Muchos de estos fármacos pueden causar efectos colaterales en la cavidad bucal, siendo uno de los más frecuentes la disminución del flujo salival, que puede conducir a desarrollar xerostomía y alteraciones en la mucosa oral, ya sea localizado o con aumento de volumen en la encía⁽⁹⁾.

1.2 Enfermedades neurodegenerativas

Las enfermedades neurodegenerativas constituyen un amplio capítulo dentro de la patología neurológica, estas incluyen un grupo de enfermedades de causa desconocida y que tienen como atributo común el curso progresivo de los síntomas como reflejo de la desintegración paulatina de una parte o partes del sistema nervioso. Todas ellas presentan algunas características clínicas comunes, como su inicio insidioso y su curso progresivo, sin remisiones⁽¹³⁾.

La clasificación de las enfermedades degenerativas se establece en función de las manifestaciones clínicas con las que se presentan, pudiendo entonces

distinguirse aquellas que lo hacen fundamentalmente con un síndrome demencial⁽¹³⁾.

1.2.1 Deterioro Cognitivo Leve

Se denomina deterioro cognitivo leve a un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. En la actualidad, el concepto Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se reconoce como una condición patológica, no como un proceso normal asociado a la edad y se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia, ya que no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria^(15,18).

Petersen y colaboradores⁽¹⁹⁾ en 1999 dieron el término de deterioro cognitivo leve no demenciante para referirse a estos trastornos cognitivos adquiridos con preservación de la funcionalidad⁽¹⁶⁾ y propusieron los siguientes criterios para diagnosticar a una persona con DCL:^(14,17,18,20-22)

- Queja subjetiva de pérdida de memoria por parte del paciente o de un informante válido (familiar o conviviente).
- Evidencia objetiva de alteración cognitiva, o bien de memoria o de otro dominio.
- Funcionamiento cognitivo global preservado
- Sin alteración significativa de las actividades de la vida diaria.
- No se cumplen los criterios diagnósticos de demencia.

1.2.2 Demencia

El término de demencia aparece en Europa durante el siglo XIV, específicamente en Francia en 1381 para referirse a locura o extravagancia y en Inglaterra en 1726 en el *Diccionario Físico* de Blancard, la demencia es usada como un equivalente de “anoe” o extinción de la imaginación y el juicio⁽¹⁶⁾.

A partir de 1700 empieza a usarse, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa, el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica. En la *Encyclopédie, ou*

Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers, de Diderot y d'Alembert, publicada en 1765⁽¹⁶⁾ la demencia es definida como una “enfermedad que puede ser considerada como la parálisis del espíritu, que consiste en la abolición de la facultad de razonar”⁽¹⁶⁾.

En su *Nosographie* en 1798⁽¹⁶⁾, Pinel usó los términos de *amentia* y *morosis* para referirse a los trastornos cognitivos, que explica como una falla en la asociación de ideas que se manifiesta en un trastorno de la actividad, comportamiento extravagante, emociones superficiales, pérdida de memoria, dificultades en la percepción de objetos, oscurecimiento del juicio, actividad sin propósito, existencia automática y olvidos de palabras o signos para expresar las ideas. Menciona además la “demencia senil” como una forma de trastorno cognitivo adquirido en las personas de edad⁽¹⁶⁾.

Durante el siglo XIX, el término de demencia empieza a ser usado para referirse principalmente a cuadros de trastornos cognitivos adquiridos y más adelante se restringe casi exclusivamente a trastornos irreversibles que afectan predominantemente a los ancianos. Es así que Morel⁽²²⁾ sugiere que las demencias son enfermedades neurodegenerativas en las que existe una pérdida progresiva del cerebro. En la segunda mitad del siglo XIX, gracias a la elaboración del concepto de demencia y las descripciones clínicas de autores franceses, ingleses y alemanes, las demencias son definitivamente consideradas como un síndrome. Ya en 1907, Alois Alzheimer describió el caso de Agust D, paciente que presentó una demencia a los 51 años y describió las lesiones neuropatológicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares)^(16,22,23).

En la actualidad demencia es definida como un deterioro cognitivo adquirido, causado por una disfunción cerebral, caracterizado por un deterioro de la cognición y/o una alteración del comportamiento^(5,16), además de un impacto relevante en la funcionalidad o capacidad de llevar a cabo las actividades diarias que se solía realizar^(5,24). Los criterios más utilizados para realizar el diagnóstico de demencia son los del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM-IV)⁽²⁵⁾.

Gracias a estos criterios, se ha estimado que en el mundo existen 35 millones de personas con demencia y sólo en Chile existen 200.000^(5,26), las cuales se

triplicarán para el año 2050 (Figura 1), siendo importantísimo destacar el impacto que esta enfermedad tiene en la función, dependencia y autonomía del adulto mayor y no menos relevante lo costoso que es su tratamiento⁽⁵⁾. Según la ENS2009-2010⁽⁵⁾ la prevalencia de deterioro cognitivo fue de 10,4% de adultos mayores de 60 años o más y la OMS definió a la demencia como una prioridad para la salud pública global⁽⁵⁾.

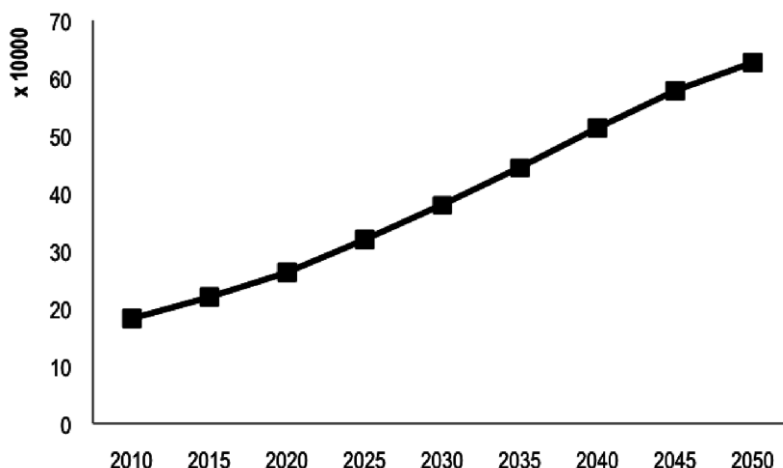
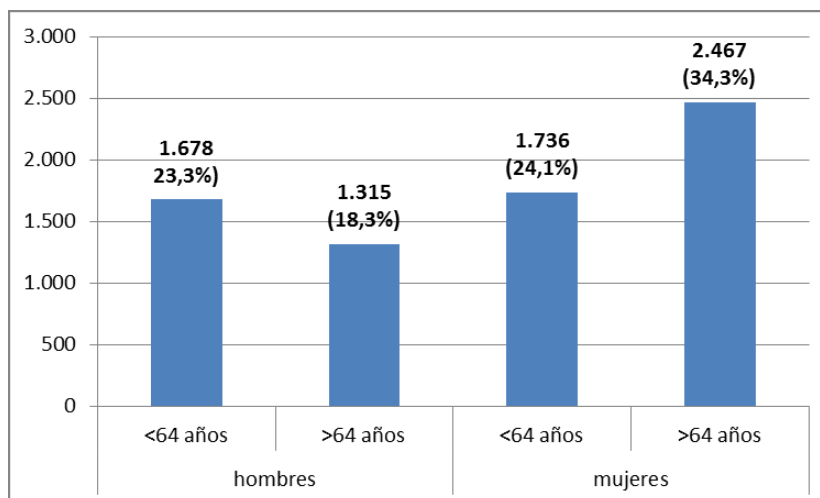


Figura 1. Proyecciones del número de personas con demencia en Chile. Extraído de Corporación Profesional Alzheimer y otras demencias(COPRAD) 2012⁽⁵⁾.

Diversos estudios internacionales han mostrado que la demencia afecta alrededor de un 5% a un 8% de los adultos mayores de 65 años⁽⁵⁾. En Chile según la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2009, se constató una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas de 65 años y más, que alcanza un 32,6% en los mayores de 85 años. Según registros DEIS del 2011 (Figura 2), del total de personas en control en Salud Mental, por Alzheimer y otras demencias, un 53,4% son adultas mayores, con mayor prevalencia en el sexo femenino, (60% versus 40%)⁽²⁷⁾.

Figura 2: Población en control en el Programa de Salud mental por Alzheimer y otras demencias, según edad y sexo, Chile 2011.



Fuente: Elaboración Deis-Minsal2011

Existen acciones en salud que han demostrado ser eficaces en muchos de los problemas de personas con demencia debido a dicha condición⁽²⁸⁾. Es por este escenario que el objetivo principal de la atención geriátrica es mantener el validismo de las personas adultas, es decir, mantener la capacidad funcional de atenderse por sí solos y desarrollarse dentro del seno de la familia y la sociedad, lo que les permite de forma dinámica el desempeño en el diario vivir. Los adultos mayores representan un grupo de especial interés para la odontología debido a la vulnerabilidad de su salud bucal y al acelerado crecimiento que han presentado en las últimas décadas en la mayoría de los países⁽²⁹⁾.

La reserva cognitiva del individuo se ve favorecida con una mejor educación y a su vez, una mejor educación es un factor protector de la salud bucal, ya que existen mejores conocimientos de hábitos bucales que la favorecen. Si profundizamos en la ENS Chile 2009-2010 se hace referencia a la relación entre el deterioro cognitivo del adulto mayor y el nivel educacional (años de estudio) la cual arrojó que el 10,4% de los adultos mayores presentan la patología, siendo mayor el porcentaje de adultos mayores que estudiaron menos de 8 años con un 17,2%, continúan los que estudiaron entre 8-12 años 3,2% y finaliza con los que estudiaron los 12 años o más con un 3,0%⁽¹⁰⁾.

Actualmente Chile no cuenta con un plan de salud que aborde la demencia en su necesidad integral, desde el diagnóstico a su tratamiento y desde el individuo hacia su sociedad. Se ha descrito que las personas con demencia y sus familias pueden experimentar estigmas asociados a la enfermedad, lo que podría llevar a una exclusión en salud en un contexto de exclusión social mayor, por lo que las estrategias de abordaje deben incorporar diversos actores tanto del área de la salud como de otras áreas del desarrollo social, incluyendo la capacitación de los equipos de salud, la sensibilización y educación en los medios, además de la generación de líneas de investigación que permitan conocer la situación de las personas con demencia y sus familias en los países en los que se encuentren⁽⁵⁾.

El crecimiento de la población de adultos mayores se torna un nuevo reto para el desarrollo de novedosos métodos de educación para la salud y el enfoque preventivo, el cual propone la necesidad de ofrecer cada vez más importancia a la prevención, lo que permite tener instrumentos de comunicación audiovisual, y que se amplíe la efectividad de los medios masivos para llegar a los adultos de la tercera edad⁽³⁰⁾.

El Odontólogo General Integral, como principal protector de la salud bucal en la atención primaria, debe trabajar permanentemente en la promoción de salud y prevención de enfermedades en adultos mayores, ya que estos son vulnerables, puesto que presentan sentimientos de soledad, marginación familiar, tristeza y temor a la muerte, sobre todo al abandono laboral, por lo que están sometidos a estrés⁽³¹⁾.

1.3 Calidad de vida

En cuanto a la calidad de vida, este término se concibe actualmente como un concepto compuesto por una serie de dominios, siendo sujeto de numerosas definiciones, una de ellas es dada por Felce y Perry⁽³¹⁾ quienes la definen como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales⁽³²⁾.

La calidad de vida a nivel de salud bucal, presenta cambios sobre los tejidos orales y funciones, incrementándose pérdida de dientes por enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral⁽³³⁾. La falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, ya que, al no poder realizar adecuadamente la función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos de la nutrición. Además se afecta la autorrealización y aceptación al generar vergüenza, baja autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas en el momento de las comidas y en los minutos de socialización^(33,34).

La calidad de vida relacionada con la salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, debido al interés general que este grupo genera, ya que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países^(32,33).

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir, las que incluyen: función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo⁽³²⁾. Importante destacar que este concepto en el área odontológica, ha tomado relevancia sólo en las últimas décadas, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud oral⁽³²⁾.

Uno de los primeros instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral desde un punto de vista funcional fue el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) descrito por Atchison y Dolan^(32,35). Este instrumento consiste en un cuestionario de 12 preguntas, el cual evalúa los problemas relacionados con la salud bucal en tres dimensiones: 1) Función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) Función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) Dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. Es importante considerar que sus autores enfatizan que este

índice no reemplaza el examen clínico ni el diagnóstico específico de las patologías orales, pero entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes⁽³²⁾.

Otro instrumento utilizado para evaluar calidad de vida relacionada a salud oral es el Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile OHIP), el cual mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien. Este instrumento consiste en 49 preguntas que capturan siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad. Ambos instrumentos (OHIP y GOHAI) han demostrado tener una asociación significativa entre el nivel de salud oral y la satisfacción con el estado de salud oral⁽³²⁾.

En Chile existen centros diurnos destinados a adultos mayores vulnerables y con dependencia leve, los cuales están implementados con un carácter concesionado a partir de las directrices del Servicio Nacional del Adulto Mayor. En este contexto, un centro de atención diurno se entiende como “un espacio físico donde se atiende a adultos mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia leve, prestándole durante el día, servicios socio sanitarios y de apoyo familiar preventivo a través de la atención a necesidades personales básicas y actividades socioculturales y de promoción para un envejecimiento activo, favoreciendo su autonomía, independencia y permanencia en su entorno habitual”⁽⁶⁾.

Una revisión sistemática realizada en el año 2011, en un Centro Noruego sobre efectividad de centros diurnos dio a conocer que los beneficios de asistir a éstos centros, en las personas con demencia se podrían relacionar con la reducción de síntomas conductuales, psicológicos (como dificultad de conciliación del sueño y síntomas depresivos), reducción de uso de psicofármacos, y reducción de institucionalización en residencias de larga estadía, siendo éste último el más controversial de los resultados⁽⁶⁾.

1.4 Centro Kintún

La importancia del cuidado del adulto mayor en su integridad permitió que en Chile se creara el centro “Kintún”, el cual está dirigido por un equipo de profesionales que busca realizar sus tareas desde una mirada transdisciplinaria centrada en objetivos comunes⁽⁶⁾. Este centro es un proyecto piloto que da apoyo a personas mayores con demencia en Chile, el cual fue generado el año 2012 con el patrocinio del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y la Municipalidad de Peñalolén, en Santiago de Chile⁽⁶⁾.

Este centro cuenta con la participación de terapeutas ocupacionales, técnicas paramédicas, psicóloga, trabajadora social, nutricionista, kinesiólogo, geriatra, manipuladora de alimentos, secretaria y conductor de vehículo para traslado de usuarios, los cuales tienen como objetivo principal el promover la funcionalidad de los participaciones y proporcionar un respiro y formación a los cuidadores familiares de los adultos mayores⁽⁶⁾.

2. DISEÑO TEÓRICO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General:

Determinar el estado de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con demencia leve que asisten al centro diurno “Kintún” de Peñalolén, durante el año 2015.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- a. En el adulto mayor con demencia leve que asiste al centro diurno “Kintún” de Peñalolén, cuantificar:
 1. Media de piezas perdidas
 2. Necesidad de tratamiento periodontal
 3. Estado de higiene oral
 4. Uso, ubicación, tipo y extensión de prótesis dental removible.

- b. Relacionar la percepción de la calidad de vida con el uso de prótesis dental removible

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Material y Método

3.1.1 Diseño de Investigación:

Se realizó un diseño observacional de tipo Exploratorio^(7,8)

3.1.2 Universo y Muestra

El universo corresponde a los 15 adultos mayores con demencia leve que asisten regularmente al Centro Kintún, ubicado en el Centro de Atención al Adulto Mayor (CAM) de la Municipalidad de Peñalolén.

- Criterios de inclusión: Adultos mayores con diagnóstico de demencia leve realizado por médicos geriatras y consignado en ficha clínica del centro Kintún; que acepten participar firmando el documento de consentimiento informado.

- Criterios de Exclusión:
 - Adultos mayores que por su estado de salud, no permita realizar el examen dental y/o responder el cuestionario.
 - Adultos mayores que por algún motivo no asistan al centro el día en que se realizó el trabajo de campo.

| Variable | Definición conceptual | Dimensión | Indicador |
|--|--|---|---|
| Sexo | Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos y en los animales. | Femenino Masculino | Masculino= 1 Femenino= 2 |
| Edad | Edad del individuo desde su nacimiento medida en años. | Mayor de 60 años | Edad en años |
| Piezas perdidas | Piezas perdidas por caries, causa periodontal o por otra razón. | Piezas perdidas 0 a28 | Nº de piezas perdidas |
| Estado de Higiene Oral | Presencia de depósitos duros y blandos en las piezas dentarias. | - Buena 0.1 – 1.2 - Regular 1.3 – 3.0 - Mala 3.1 – 6.0 | Buena= 1 Regular= 2 Mala=3 |
| Índice de necesidad de tratamiento periodontal | Establece las condiciones de salud periodontal y la necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad. | -Medidas de prevención -Instrucción de higiene bucal -Instrucción de higiene bucal, destartraje supragingival y eliminación de restauraciones con desajuste. -Instrucción de higiene oral, destartraje supra y subgingival y pulido radicular. | Medidas prevención = 0 Instrucción de higiene bucal= 1 Instrucción de higiene bucal, destartraje supragingival y eliminación de restauraciones con desajuste= 2 Instrucción de higiene oral, destartraje supra y subgingival y pulido radicular= 3 |
| Presencia de Prótesis dental removible | Presencia de prótesis dental al momento del examen clínico dental | - Presenta - No Presenta | Presenta =1 No presenta=2 |
| Ubicación de prótesis dental removible en arcada | Registro de la arcada donde el adulto mayor presente prótesis removible al momento de realizar el examen clínico. | - Superior - Inferior - Ambas | Superior= 1 Inferior= 2 Ambas= 3 |
| Extensión de prótesis | Superficie de la arcada cubierta por prótesis removible. | - Prótesis parcial - Prótesis total - Ambas | Prótesis parcial= 1 Prótesis total= 2 Ambas=3 |
| Tipo de material de prótesis dental removible | Material con que fue confeccionada la o las prótesis dentales que presenta el adulto mayor al momento del examen clínico dental. | - Acrílica - Metálica - Ambas prótesis presentes en boca son de un material | Acrílica= 1 Metálica= 2 Ambas = 3 |
| Calidad de vida relacionada con salud oral (GOHAI) | La calidad de vida se puede definir como una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo. | - Buena: Mayor o igual 57 - Regular: 51-56 - Mala: Menor o igual a 50 | - Buena - Regular - Mala |

3.2 Recolección de datos

3.2.1 Solicitud de autorización a la directora del centro

Se envió una carta a la directora del centro, en la cual se explicaron los objetivos del proyecto de investigación, la población a estudiar y el tiempo de duración del estudio (Anexo 4).

3.2.2 Instrumento de medición:

Para la realización de este estudio se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos:

- a. Ficha clínica tipo OMS modificada del año 2013 para evaluar el estado de salud oral (Anexo 1).

Este formulario se modificó para uso exclusivo de este estudio, dividiéndose en 7 ítems: estado de la dentición (criterios 4 y 5 de piezas perdidas), necesidad de tratamiento periodontal, presencia de placa bacteriana, presencia de prótesis dental, extensión de prótesis dental, ubicación de prótesis dental y tipo de prótesis dental, utilizando los criterios expuestos en la Ficha OMS⁽³⁶⁾

Estado de la dentición

El examen intraoral se realizó con espejo N°5, con el cual se evidenció en los adultos mayores la pérdida dentaria que cumplían con los criterios 4 y 5 que señala la Ficha OMS año 2013.

Índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario (CPITN)

Para este índice se utiliza como indicador la medición del sondaje periodontal, para el cual se utiliza la sonda OMS, diseñada con una bola final de 0,5mm que contiene una banda negra entre los 3,5mm y 5,5mm y unos anillos en los 8,5mm y 11,5mm de distancia a la bola. Todas las piezas presentes en la boca son examinadas para ver la presencia o ausencia de sangrado gingival o de saco periodontal.

En base a los resultados obtenidos a través de las mediciones realizadas se obtiene el estado periodontal que determina la necesidad de tratamiento del paciente⁽³⁷⁾. (Ver anexo 6)

Índice de Higiene Oral Simplificado⁽³⁸⁾

Fue desarrollado por Green y Vermillon y se compone de dos partes: un Índice de depósitos blandos y depósitos duros. Éste fue aplicado en los adultos mayores utilizando los criterios desarrollados por los autores (ver anexo 6).

Prótesis dental

Para esta variable, se midió la presencia de prótesis, extensión de la prótesis como parcial, total o ambas, ubicación de prótesis dental si era superior, inferior o ambas y el tipo de material de prótesis dental si era acrílica, metálica o tenía ambas (acrílica y metálica).

- b. Cuestionario GOHAI para medir percepción de calidad de vida. (Anexo 2) Este instrumento consiste en un cuestionario de 12 preguntas, el cual evalúa los problemas relacionados con la salud bucal, donde propusieron tres dimensiones: 1) Función física que influye en comer, hablar, deglutir (entre preguntas uno y cuatro); 2) Función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales (entre preguntas cinco y diez); 3) Dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral (preguntas once y doce).

Los pacientes responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 1= nunca, 2= rara vez, 3=a veces, 4= a menudo, 5= siempre.

Las preguntas aplicadas presentan una diferencia en la dirección de su planteamiento. Así, 3 de las preguntas se asocian a una mejor

salud oral cuando la respuesta es siempre, mientras que en las 9 restantes la respuesta mejor puntuada es nunca.

Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 12 y 60 puntos, el valor más alto indica la mejor auto-percepción de la salud oral.

La mejor auto percepción de la salud oral se encuentra entre los puntajes 57 a 60 (*bueno*). Un puntaje entre 51 y 56 se considera moderado (*regular*) y menos de 50 se considera puntaje bajo (*malo*), indicando problemas de salud oral. El tiempo considerado para la aplicación de este instrumento es en promedio de 5 a 8 minutos.

Es importante considerar que sus autores enfatizan que este índice no reemplaza el examen clínico ni el diagnóstico específico de las patologías orales, pero entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes.

3.3 Trabajo de Campo:

Se ejecutó la evaluación de salud bucal con el formulario estandarizado modificado de la OMS y se valoró la calidad de vida de los adultos mayores mediante el cuestionario de índice de valor geriátrico GOHAI. Dada la complejidad de la medición de las variables, no se logró un valor Kappa aceptable en la calibración de los observadores, por lo tanto cada investigador aplicó uno de los instrumentos, uno realizó encuesta GOHAI, y el otro investigador Ficha clínica OMS 2013 modificada).

Examen de salud oral: El examen de salud oral se realizó en una sala dispuesta por el centro, con luz natural y en una camilla portátil. Se utilizó una bandeja de examen, espejo dental N° 5 y sonda periodontal tipo OMS. Como medida de protección del odontólogo, se utilizó guantes, gorro desechable y mascarilla. Se dispuso de área limpia para el material estéril y área sucia para depositar el material de examen utilizado en una caja plástica con tapa siguiendo las normas de bioseguridad del MINSAL⁽³⁹⁾.

Aplicación del cuestionario: El cuestionario fue administrado por una de las investigadoras, con el fin de facilitar la aplicación en el adulto mayor.

3.4 Análisis e interpretación de datos:

Se generó una base de datos en Microsoft Excel. Se realizó el manejo de información evaluando datos faltantes, fuera de rango e inconsistencias. Posteriormente se realizó el análisis descriptivo univariado. Las variables cuantitativas con distribución normal, se resumieron mediante un estadígrafo de tendencia central (media) y un estadígrafo de dispersión (desviación estándar). Para resumir las variables cualitativas se emplearon valores de frecuencia relativa (porcentaje). Finalmente se realizó un análisis exploratorio bivariado, aplicándose el Test Exacto de Fischer con el fin de relacionar la calidad de vida con el uso de prótesis dental.

3.5 Cronograma

| Actividad | Año 2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Año 2016 | Año 2017 |
|--------------------------------|----------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|----------|----------|
| | Agosto | | | | Septiembre | | | | Octubre | | | | Noviembre | | | | Diciembre | | | | | |
| Semanas | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Elaboración del anteproyecto | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega de Anteproyecto | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del comité de ética | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Construcción del marco teórico | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Trabajo de campo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | |
| Registro de la base de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |
| Discusión y conclusiones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |
| Entrega tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

3.6 Aspectos éticos a considerar:

Para resguardar y cumplir con los requerimientos éticos de las investigaciones en salud:

- El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Finis Terrae
- Se solicitó a los adultos mayores la firma de un documento de consentimiento informado (anexo 3) para participar en este estudio. En este se explican los objetivos del estudio y se asegura el resguardo de los datos personales para mantener la confidencialidad del participante.
- Para el examen intraoral se resguardaron las medidas de bioseguridad propuestas por el MINSAL⁽³⁹⁾, en todas las acciones a realizar.

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra estudiada

La muestra estuvo integrada por 13 adultos mayores. El 30,76% fueron mujeres y el 69,23% hombres (Tabla N°1). La media de edad fue 78,92 años (D.E de 4,69).

Tabla N°1
Distribución porcentual de muestra por sexo

| Sexo | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|--------------|---------------------------|---------------------------|
| Masculino | 4 | 30.76 |
| Femenino | 9 | 69,23 |
| Total | 13 | 100 |

4.2 Estado de Salud Oral

El examen del estado de salud oral presento:

La media de piezas perdidas fue de 25,07(DE 5,07), ya sea por caries o por enfermedad periodontal.

La necesidad de tratamiento periodontal es medida a partir del índice periodontal comunitario CPTIN, el cual se aplicó sólo al 23,07% (n=3) de los adultos mayores ya que sólo estos cumplían con los criterios de inclusión que señala el índice. De estos 3 pacientes, sólo 2 requieren tratamiento periodontal.

El 76,92% (n=10) era desdentado total inferior y un 61,53% (n=8) desdentado total superior. (Tabla N°2)

Tabla N° 2
Proporción de pacientes con desdentamiento, según arcada

| Arcada | Desdentamiento | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|---------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Superior | Desdentado parcial superior | 5 | 38,47 |
| | Desdentado total superior | 8 | 61,53 |
| | Total arcada superior | 13 | 100 |
| Inferior | Desdentado parcial inferior | 3 | 23,08 |
| | Desdentado total inferior | 10 | 76,92 |
| | Total arcada inferior | 13 | 100 |

El 15,38% (n=2) de los participantes fueron evaluados con el indicador IHOS, debido a que cumplían con los criterios de evaluación señalados en éste índice. Se observó que un participante presentó un índice de higiene oral clasificado como bueno (1) y el otro participante con un valor de 2,4, clasificado como malo (valor obtenido entre 1.3 y 3.0).

En cuanto a la presencia de prótesis dentales el 84,61% de los participantes era portador de prótesis dental y un 15,38%(n=2) no era portador de prótesis. (Tabla N°4).

Tabla N°4

Distribución porcentual de Adultos mayores según uso de prótesis removible

| Uso | Número (n) | Porcentaje (%) |
|------------|-------------------|-----------------------|
| Uso | 11 | 84,62 |
| No uso | 2 | 15,38 |
| Total | 13 | 100 |

En relación a la extensión protésica, un 53,84% era portador de prótesis total superior e inferior, sólo dos adultos mayores manifestaron no utilizar prótesis. (Tabla N°5).

Es importante destacar que el 100% de las prótesis evaluadas, fueron confeccionadas en material acrílico.

Tabla N°5
Distribución porcentual de la extensión de prótesis removible en adultos mayores portadores

| Extensión | Número (n) | Porcentaje (%) |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| PP bimaxilar | 0 | 0 |
| PT bimaxilar | 7 | 53,84 |
| PP y PT | 4 | 46,16 |
| Total | 11 | 100 |

4.3 Calidad de vida relacionada con salud oral

La calidad de vida fue medida por el instrumento GOHAI, observando que del total de la muestra estudiada, un 46,15% de los adultos percibe como mala su calidad de vida (valor igual o menor a 50), un 30,76% moderada (valor entre 51 a 56) y sólo un 23,07% como buena (valor mayor o igual a 57). (Gráfico 1) El valor medio del puntaje obtenido en el cuestionario GOHAI, fue de 46,61(DE: 11,47).

Gráfico N°1

Distribución porcentual de la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores centro Kintún, 2015

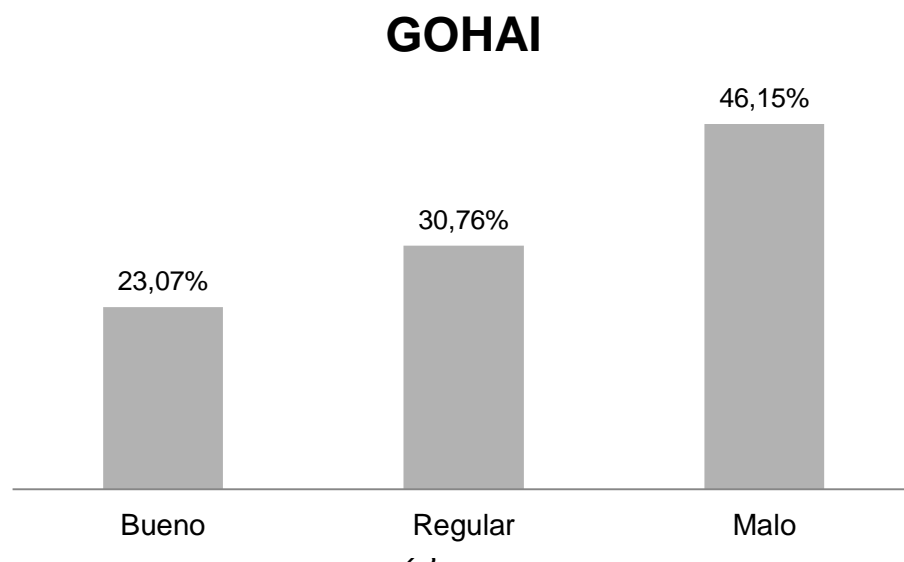


Tabla 6
Distribución de respuesta GOHAI en el total de adultos mayores
encuestados.

| Pregunta: Con que frecuencia en los últimos 3 meses | Siempre | A menudo | A veces | Rara vez | Nunca | Total |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| Dimensión: Función Física | | | | | | |
| 1. ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales? | 2 (15,4%) | 1 (7,7%) | 3 (23,1%) | 0 (0,0%) | 7 (53,8%) | 13 |
| 2. ¿Pudo tragar cómodamente? | 8 (61,5%) | 1 (7,7%) | 4 (30,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 13 |
| 3. ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería? | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 3 (23,1%) | 2 (15,4%) | 8 (61,5%) | 13 |
| 4. ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias en sus dientes o prótesis dentales? | 6 (46,2%) | 1 (7,7%) | 3 (23,1%) | 2 (15,4%) | 1 (7,7%) | 13 |
| Dimensión: Función psicosocial | | | | | | |
| 5. ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales? | 1 (7,7%) | 0 (0,0%) | 3 (23,9%) | 0 (0,0%) | 9 (69,2%) | 13 |
| 6. ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales? | 10 (76,9%) | 1 (7,7%) | 2 (15,4%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 13 |
| 7. ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? | 4 (30,8%) | 1 (7,7%) | 3 (23,1%) | 2 (15,4%) | 3 (23,1%) | 13 |
| 8. ¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? | 4 (30,8%) | 0 (0,0%) | 3 (23,1%) | 1 (7,7%) | 5 (38,5%) | 13 |
| 9. ¿Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? | 1 (7,7%) | 1 (7,7%) | 4 (30,8%) | 0 (0,0%) | 7 (53,8%) | 13 |
| 10. ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticos? | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 3 (23,1%) | 1 (7,7%) | 9 (69,2%) | 13 |
| Dimensión: Dolor o incomodidad | | | | | | |
| 11. ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca? | 1 (7,7%) | 1 (7,7%) | 4 (30,8%) | 2 (15,4%) | 5 (38,5%) | 13 |
| 12. ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces? | 0 (0,0%) | 2 (15,4%) | 4 (40,8%) | 1 (7,7%) | 6 (46,2%) | 13 |

4.3.1 Función física

En relación a la función física de la encuesta GOHAI, que influye en comer, hablar y deglutir, un 53,8% de los encuestados relata nunca haber limitado la cantidad de alimentos, un 61,5% relató poder tragar cómodamente y sólo un 23,1% respondió que a veces tenía problemas con sus dientes o prótesis al hablar versus un 61,5% que nunca presentó un problema.

En lo que respecta a la alimentación el 46,2% siempre ingirió el alimento que deseaba y sólo un 7,7% relató que nunca lo hacía ya que estaba limitado por el uso de prótesis o molestias en sus piezas dentarias. (Tabla N°6)

4.3.2 Función psicosocial

En relación a la función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales, un 53,8% relató nunca sentirse incómodo al comer frente a otras personas versus un 30,8% que lo sintió en más de una ocasión.

En cuanto si tuvo alguna preocupación o si se sintió intranquilo con sus dientes o prótesis dental, un 30,8% contestó siempre tener preocupación, versus un 23,1% que relató no tenerlo nunca. Estos resultados se correlacionan con el nerviosismo que les produce tener algún problema con sus dientes o prótesis, en donde el 30,8% contesta siempre sentirse nervioso por algún problema, versus un 38,5% que relata nunca haberse sentido nervioso.

El 76,9% relató siempre haberse sentido contento o satisfecho con la apariencia de sus dientes, prótesis o encías. (Tabla N°6)

4.4.3 Dimensión dolor e incomodidad

En cuanto al haber sentido dolor o incomodidad en piezas dentarias y/o encías, el 38,5% dijo nunca sentir dolor o molestias alrededor de la boca versus un 7,7% que dijo sentirlo siempre y respecto a si sintió dolor o molestia en dientes

y/o encías con alimentos fríos, calientes o dulces un 46,2% dijo no haber presentado nunca dolor o molestias. (Tabla N°6)

4.4 Relación calidad de vida con el uso de prótesis dental

No existe suficiente evidencia estadísticamente significativa para suponer que las variables calidad de vida y uso de prótesis estén relacionadas (Tabla N°7).

Tabla N°7
Relación Calidad de vida y uso de prótesis Dental

| Uso de prótesis | Precepción Calidad de vida | | | | | |
|-----------------|----------------------------|--------|---------|--------|------|--------|
| | Buena | | Regular | | Mala | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Presenta | 2 | 15,38% | 3 | 23,07% | 6 | 46,15% |
| No presenta | 1 | 7,69% | 1 | 7,69% | 0 | 0% |

$p = 0.2$ (Test Exacto de Fischer)

DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos realizados en América Latina y específicamente en Chile que relacionan calidad de vida con estado de salud oral en adultos mayores son escasos ⁽¹⁾. Las referencias que existen frente a este tema se basan en estudios de años anteriores realizados por Gamonal en el año 1996⁽⁴⁰⁾ y la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de vida en la vejez⁽⁴¹⁾.

En relación a la salud oral, la media de piezas perdidas fue de 24,46. Si bien Moya y cols⁽²⁹⁾ refieren una media de 12,16, menor a lo obtenido en este estudio, la población estudiada considera edades comprendidas entre 60 años y más de comunas menos vulnerables, pudiendo ser la ubicación demográfica, la respuesta a esta mejor situación de salud oral y también la muestra de este estudio, la cual no se puede generalizar sus resultados con la población de referencia. Sin embargo la media que refiere Arteaga y cols. de piezas perdidas fue de 20,52, más cercana a la realidad observada en este estudio, ya que la población estudiada estaba comprendida por adultos mayores entre 65 y 74 años de edad pertenecientes a comunas más vulnerables, situación más similar a la de éste estudio^(29,42).

El porcentaje de desdentados totales en este estudio fue de 53.84%. En un estudio realizado en Costa Rica por Murillo-Bolaños⁽⁴³⁾ año 2011, el porcentaje de desdentados totales fue de un 45%, muy diferente a los valores descritos en el estudio de Ezquivel y Jiménez⁽⁴⁴⁾, en donde se reportó una pérdida dentaria total de sólo el 18,75%.

Ezquivel y Jiménez refiere que la necesidad de tratamiento periodontal (CPITN) aquí sólo el 8,3% necesitaba tratamiento por parte de un especialista versus un 7,6% reportado en éste estudio; Valor obtenido de solo un 15,38% de los participantes ya que estos cumplían con los criterios de evaluación propuestos por la OMS⁽⁴⁴⁾.

Según los resultados del estudio realizado en Chile por Moya y col⁽²⁹⁾ del año 2012, en una población de adultos mayores de 60 años o más, la media del índice geriátrico GOHAI fue de 48,15 (DE: 9,83). Así mismo otro estudio

realizado en México por Montez-Cruz y cols⁽⁴⁵⁾ en 2014 obtuvo una media de 46,8. En ambos casos se reportaron resultados similares a los obtenidos en este estudio con una media de 46,61 (DE: 11,47), siendo el valor máximo 60 y el mínimo 25.

El 46,15% de los individuos de este estudio percibe su calidad de vida como mala en comparación a un 76,6% obtenido por Moya y col⁽²⁹⁾. Por otra parte un estudio realizado en Colombia por Díaz y cols⁽³³⁾ nombró que sólo el 16,6% de los encuestados percibió como mala su calidad de vida.

La versión alemana del GOHAI realizada por Alexander Hassel y col. (2008), reportó una media GOHAI de 44 para quienes no estaban satisfechos de su condición bucal⁽⁴⁶⁾. En otro estudio de Atchison y Dolan⁽³⁵⁾ en el 1990, el valor fue de 52,5 y en Japón, el estudio de Naito y col (2006), reveló que quienes valoraban su salud bucal como muy buena, tenían una media en el GOHAI de 57,9 puntos, mientras que los que la peor la valoraban su puntuación alcanzaba 38,7.

En relación a la percepción de la calidad de vida y el uso de prótesis dentales removibles, investigaciones internacionales⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾, utilizando otros instrumentos específicos de salud oral como son el Oral Health Impact Profile(OHIP-14) ha determinado que la percepción de la salud oral mejora con todos los tratamientos protésicos realizados. Esta información es concordante con lo observado en un estudio por Cardoso y cols⁽⁵⁰⁾, en donde al analizar la calidad de la prótesis y la calidad de vida de los pacientes en relación con la rehabilitación protésica se acentuó un 95.7% de pacientes con una prótesis evaluada como satisfactoria y una calidad de vida adecuada. En cambio pacientes que portaban una prótesis de una calidad evaluada como medianamente satisfactoria, la calidad de vida de los mismos estuvo entre adecuada (52.6%) e inadecuada (47.4%).

A nivel nacional, los resultados acerca del uso prótesis de este estudio concuerdan con Mirachi y col⁽³²⁾, que, al aplicar el test GOHAI, llegan a la conclusión que el solo hecho de usar prótesis removible no genera un cambio en la calidad de vida de los pacientes sino que el cambio está en el cómo se

adaptan estas personas a estos aparatos protésicos y cuánto tiempo las utilizan, es decir, poder lograr un seguimiento de estos pacientes y ver si generan cambios a lo largo del tiempo.

Un estudio realizado en Colombia por Cano Gutiérrez y cols⁽⁵¹⁾ en el 2015 describe que la pérdida de piezas dentarias afecta significativamente la calidad de vida en los adultos mayores y el uso de prótesis dentales no mejora la percepción de la calidad de vida, lo que concuerda con este estudio, ya que un alto porcentaje de adultos mayores (46,15%) dice percibir como mala su calidad de vida.

Otro estudio realizado en Cuba en 2014 por Cardoso y cols⁽⁵⁰⁾ refirió que un 95.7% de los pacientes que evaluaban su prótesis de manera satisfactoria, refieren una calidad de vida adecuada. Con respecto a aquellos pacientes que portaban prótesis evaluada de manera medianamente satisfactoria, la calidad de vida de los mismos fluctuaba entre adecuada con un 52.6% e inadecuada con un 47.4%, lo cual indica que lograr una prótesis con calidad satisfactoria debe ser el objetivo de la rehabilitación protésica⁽⁵⁰⁾. Estos datos concuerdan con lo observado en este estudio, ya que el 46,15% de los adultos mayores percibe como mala su calidad de vida y del total de encuestados un 63,63% es portador de prótesis total tanto superior como inferior⁽⁵⁰⁾.

CONCLUSION

Los adultos mayores son un grupo de gran interés para la salud pública y mundial por su gran aumento en los últimos años. Es por esto que la percepción de calidad de vida de este grupo es de gran importancia antes de realizar cualquier tratamiento ya sea odontológico o médico, por lo que es responsabilidad del tratante tener en cuenta la importancia que el adulto mayor le da la salud oral.

De acuerdo a los resultados de este estudio se pudo observar que la pérdida dentaria, la necesidad de tratamiento periodontal y los índices de salud bucal, independiente de los esfuerzos y avances que se han realizado en el área de la odontología, siguen siendo cifras bastante altas, lo que trae como consecuencia un gran número de pacientes portadores de prótesis.

Si bien es cierto la condición de demencia leve y el uso de prótesis dental no fue limitante en sus acciones diarias, estos pacientes presentan una deficiente salud oral y una mala percepción de su calidad de vida, lo cual se puede deber a la enfermedad base que estos presentan.

SUGERENCIAS

Este estudio sugiere La importancia de continuar la línea de investigación de este estudio, en muestras más amplias, incluyendo la condición de demencia leve como un factor de riesgo que puede influir en la salud bucal de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes F, Espeso N, Hernández A. Promoción de salud bucal en la Tercera edad en un Centro Comunitario de Salud Mental. *AMC*. 2009;13(3).
2. Ministerio de Salud (MINSAL). Salud Oral Integral para adultos de 60 años. Santiago: MINSAL; 2010.
3. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo de Población y Vivienda, Chile, resultados Generales año 2002. Santiago: Gob Chile; 2002.
4. Julio R, Gema G, Quintana M, Gutiérrez M, Gutiérrez N. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol*. 2009;46(1):1–9.
5. Gajardo J, Monsalves MJ. Demencia, un tema urgente para Chile. *Rev Chil Salud Pública*. 2013;17(1):22–5.
6. Terapia Ocupacional en Centro Kintun: de la estimulación a la participación. *ContexTO*. 2016; 3: 69-105
7. Sackett D, HR B, Tugwell P. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Brown. 1985;6–11.
8. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Modern Epidemiology*. 2008.
9. Pavéz V, Quintana M. Manejo Odontológico de Pacientes Ancianos con Riesgo Sistémico. *Rev Dent Chile*. 2003;94(2):22–5.
10. García JC, Enrique P, Otero T, Silva AM, Iglesias MS, Lázaro C, et al. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. *Rev Ciencias médicas*. 2011;15(2):76–86.
11. Ott A, Breteler M, Van Harskamp F, Claus J, Van der Cammen T, Grobbee D, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ*. 1995;310:970–3.
12. MINSAL. Encuesta nacional de salud. Chile 2009-2010. 2010;
13. Pipaón IS De, Larumbe R. Programa de enfermedades neurodegenerativas. *An Sist Sanit Navar*. 2001;24(3):49–76.
14. Samper J, Llibre J, Sánchez C. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2011;10(1):27–36.
15. Pose M, Manes F. Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurológica Colomb*. 2010;26(3):7–12.
16. Slachevsky A, Oyarzo F. Las demencias: historia, concepto clasificación y aproximación clínica. *Tratado Neuropsicol clínica*. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia; 2008.
17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral y Otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanidad, Poliítca Soc e Igual. 2010;61–508.
18. Castro JA, García MC. Aproximación a los criterios diagnósticos para la

- definición de deterioro cognitivo leve. *Medisur*. 2009;7(6):36–41.
19. Petersen L, Smith G, Waring S, Ivnik R, Tangalos E, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Neuropsychol Soc*. 1999;56(3):303–8.
 20. Rami L, Marcos T. Deterioro cognitivo leve. *JANO*. 2004;67:22–8.
 21. Serrano C, Ricardo A, Paulo C, Fernando T, Luis C. Deterioro cognitivo leve, encuesta sobre actitudes de medicos especialistas y generalistas. 2007;67(1):19–25.
 22. Donoso A, Behrens MI, Venegas P. Deterioro cognitivo leve: seguimiento de 10 casos. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2003;41(2):117–22.
 23. Archibaldo D. Demencias: perspectiva de fin de siglo. *Rev Chil neuropsiquiatría*. 2001;39(1):20–1.
 24. Juan L, Raúl G. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Rev Cuba Salud Pública*. 2014;40(3):378–87.
 25. Pérez V. Demencia su enfoque diagnostico. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2006;22(4).
 26. Fuentes P. La demencia, una amenaza inminente. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2011;49(4):313–4.
 27. Minsal. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores MINSAL. Santiago: Minsal; 2014.
 28. Gajardo J, Monsalves M. Hacia una estrategia nacional para la demencia : Algunas consideraciones a partir de planes internacionales. *Rev Chil Salud Pública*. 2014;18(2):183–91.
 29. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatológica Hered*. 2012;22(4):197–202.
 30. Reyes Fidela, Espeso Nelia HA. Intervención educativa sobre salud bucal pra la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental. Camagüey, Cuba: AMC. 2009
 31. García B, Conde H. Intervención educativa sobre cambios en estilos de vida de salud bucal del anciano. *Rev Médica Electron*. 2006;28(6).
 32. Mirachi C, Espinoza I. Utilidad De Las Mediciones De La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud. *Rev Dent Chile*. 2005;96(2):28–35.
 33. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clín Med Fam*. 2012;5(1):9–16.
 34. Mesas AE, Andrade SM De, Cabrera MAS, Bueno VLRDC. Oral health status and nutritional deficit in noninstitutionalized older adults in Londrina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(3):434–45.
 35. Atchison K a, Dolan T a. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990;54(11):680–7.
 36. OMS. Oral Health Surveys - Basic Methofd. Oral health surveys: basic methods – 5th.ed. Switzerland; 2013; 5:51-65.

37. Carranza F, Sznajder N. Compendio periodoncia. 5ª.ed. Argentina: medica Panamericana; 1996.
38. Sosa Rosales MDLC, Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Al E. Indicadores Epidemiológicos. Guías prácticas de estomatología. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2003.
39. Conicyt, Fondecyt. Manual de normas de Bioseguridad. 2008. 1-139 p.
40. Gamonal J. Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Provincia de Santiago, Región Metropolitana y determinación de los recursos humanos necesarios para su trata. Santiago de Chile: Magíster en Periodontol Univ Chile; 1996.
41. Pontificia Universidad Católica de Chile. Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2007. Santiago de Chile; 2008.
42. Arteaga O, Uruza I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago , Chile. Rev Chil periodoncia, Implantol y Rehabil oral. 2009;2(3):161–6.
43. Murillo-bolaños OM. Condición y educación Bucodental y otros determinantes de la salud en personas adultas mayores de seis cantones del Área Metropolitana. Publicación científica Fac Odontol UCR. 2011;13.
44. Esquivel R, Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Rev ADM. 2010;67(3):127–32.
45. Montes-Cruz C, Juárez-Cedillo T, Cárdenas-Bahena Á, Rabay-Gánem C, Heredia-Ponce E, García-Peña C, et al. Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. Rev Odontológica Mex. 2014;18(2):111–9.
46. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36:34–42.
47. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine J. Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures. Community oral dent epidemiol. 2003;31(3):161–8.
48. McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? J Dent. 2001;29(4):243–6.
49. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 1989;17:7–10.
50. Cardoso I, Ugarte M, Judith L, Díaz S. Influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes. Humanidades médicas. 2014;14(3):615–28.
51. Cano-Gutiérrez C, Borda MG, Arciniegas AJ, Borda CX. Edentulism and a dental prostheses in the elderly: Impact on quality of life measured with Euroqol- Visual analog scale (EQ-VAS). Acta Odontológica Latinoam. 2015;28(2):149–55.

ANEXOS

Anexo 1: Formulario OMS Para adultos mayores

Formulario OMS de Evaluación de la Salud Bucodental (2007)

Año Mes Día N° de identificación Examinador

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre _____ RUT _____ - _____

Fecha de nacimiento

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 Edad en años

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Sexo (M = 1; F = 2)

| |
|--|
| |
|--|

Demencia

| |
|--|
| |
|--|

 Deterioro Cognitivo

| |
|--|
| |
|--|

INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL COMUNITARIO (CPITN)

0 = Sano
 1 = Hemorragia
 2 = Cálculo
 3 = Saco de 4-5 mm (banda negra de la sonda parcialmente visible)
 4 = Saco de 6 mm o más (banda negra de la sonda invisible)
 X = Sextante excluido
 9 = No registrado

Sext: 1 2 3

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Sext 4 5 6

ESTADO DE LA DENTICIÓN

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| |
|--|
| 0=Sano |
| 1=Caries |
| 2=Restaurado con caries |
| 3=Restaurado sin caries |
| 4=Ausente por caries |
| 5=Ausente por otra razón |
| 6=Fisura sellante |
| 7=Prótesis fija/corona, pilar, chapa, implante |
| 8=Erupcionado |
| 9= No registrado |

PRESENCIA DE PLACA BACTERIANA (IHOS)

1.6 1.1 2.6

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

3.6 3.1 4.6

| |
|---|
| 0=No hay depósitos ni pigmentaciones |
| 1= Existen depósitos blandos y/o duros que cubren no más de 1/3 de la superficie dentaria. |
| 2= Existen depósitos blandos y/o duros que cubre más de un tercio, pero menos de 2/3 de la superficie dentaria. |
| 3= Depósitos blandos y/o duros cubren más de 2/3 de la superficie dentaria. |

PRESENCIA DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE

Presenta

| |
|--|
| |
|--|

No presenta

| |
|--|
| |
|--|

EXTENSIÓN DE PROTESIS

Prótesis dental Parcial
 Prótesis dental Total
 Ambas

| |
|--|
| |
| |
| |

UBICACIÓN DE PROTESIS EN ARCADAS

Superior

Inferior

Ambas

| |
|--|
| |
| |
| |

TIPO DE MATERIAL DE PRÓTESIS**DENTAL** Superior Inferior

0 = Acrílica

1 = Metálica

AMBAS

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Anexo 2:**ÍNDICE DE VALOR GERIATRICO (GOHAI)**

| Pregunta: Con que frecuencia en los últimos 3 meses | Siempre | A menudo | A veces | Rara vez | Nunca |
|---|---------|----------|---------|----------|-------|
| 1. ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales? | | | | | |
| 2. ¿Pudo tragar cómodamente? | | | | | |
| 3. ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería? | | | | | |
| 4. ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias en sus dientes o prótesis dentales? | | | | | |
| 5. ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales? | | | | | |
| 6. ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales? | | | | | |
| 7. ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? | | | | | |
| 8. ¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? | | | | | |
| 9. ¿Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? | | | | | |
| 10. ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticos? | | | | | |
| 11. ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca? | | | | | |
| 12. ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces? | | | | | |

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: “Situación de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve. Centro diurno Kintun, Peñalolén.”

Patrocinador del estudio: Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae.

Investigador responsable: María Ignacia Thedy Quiroga, Sofía Tobar Saravia

María Ignacia Thedy: 66678934, Sofía Tobar: 76153476

Faltan correos electrónicos.

Unidad académica: Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en el proyecto de investigación “Situación de salud oral y percepción de calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve, a realizar en el Centro diurno Kintun donde usted asiste.

Lea cuidadosamente este documento y puede hacer todas las preguntas que necesite al investigador, tomándose el tiempo necesario para decidir.

El objetivo de este estudio es conocer cuál es el estado de salud oral y la percepción de la calidad de vida que tiene el adulto mayor con deterioro cognitivo leve que asiste a este centro diurno.

Su participación consiste en autorizar la realización de **un examen clínico dental**, y responder **un cuestionario de 12** preguntas sobre cómo usted percibe su calidad de vida. Esta actividad será realizada por dos internas de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae en el centro Kintún, bajo la supervisión de un Odontólogo.

Las citas para la realización de este estudio serán PREVIAMENTE concertadas según su disponibilidad horaria, y en acuerdo con las autoridades del establecimiento las que le serán informadas en forma oportuna.

La información obtenida solo será utilizada con fines de esta investigación pudiendo entregar en forma personal y confidencial los resultados del examen dental si usted así lo solicitase.

Usted no se beneficiará por participar en esta investigación de salud.

Sin embargo, la información que se obtendrá gracias a su participación será de utilidad para conocer más acerca de la situación de salud oral y percepción de

calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve que asiste a este centro.

Esta investigación de salud no tiene riesgos para usted, ni costo alguno asociado al examen oral y encuesta a realizar.

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, y es posible que los resultados sean presentados en revistas y conferencias odontológicas/ médicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, y usted tiene el derecho a no aceptar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente.

Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como paciente en esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención médica que merece.

Cualquier duda o pregunta que desee hacer durante el proceso o en alguna instancia de la investigación, se la haré llegar al investigador principal del estudio las **Srtas. María Ignacia Thedy Quiroga y Sofía Tobar Saravia**, cuyos teléfonos de contacto es el 66678934 y 76153476 respectivamente, y sus e-mail m.ithedy@gmail.com, sofitobar@gmail.com. O a la docente a cargo del proyecto, la **Dra. Patricia Moya**, cuyo teléfono de contacto es el 93595319 y su e-mail es drapatriciamoya@yahoo.com.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede escribir al correo electrónico: cec@uft.cl

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.

Participante:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Tutor adulto mayor:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Investigador/ Examinador:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 4



Santiago, Julio 2015

Sra.
Marilú Budinich.
Directora
Centro Kintún, Peñalolén
PRESENTE

Estimado(a)

Como estudiantes de último año de la carrera de odontología de la Universidad Finis Terrae nos dirigimos a usted para solicitar la autorización y realización de nuestra tesis de grado, sobre el tema: "Situación de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve. Centro diurno Kintún, Peñalolén"

Este estudio consistirá en la realización de una encuesta llamada GOHAI (Geriatric Oral Health Assesment Index) el cual es un instrumento de medición de calidad de vida en relación con la salud oral; formado por 12 preguntas auto administradas o aplicado por un entrevistador entrenado. Junto con esto se realizará un examen intraoral con la ficha clínica tipo OMS modificada para evaluar el estado de salud oral, realizado por las investigadoras.

Siendo el objetivo de este estudio "Determinar el estado de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve que asisten al centro diurno "Kintún" de Peñalolén, durante el año 2015".

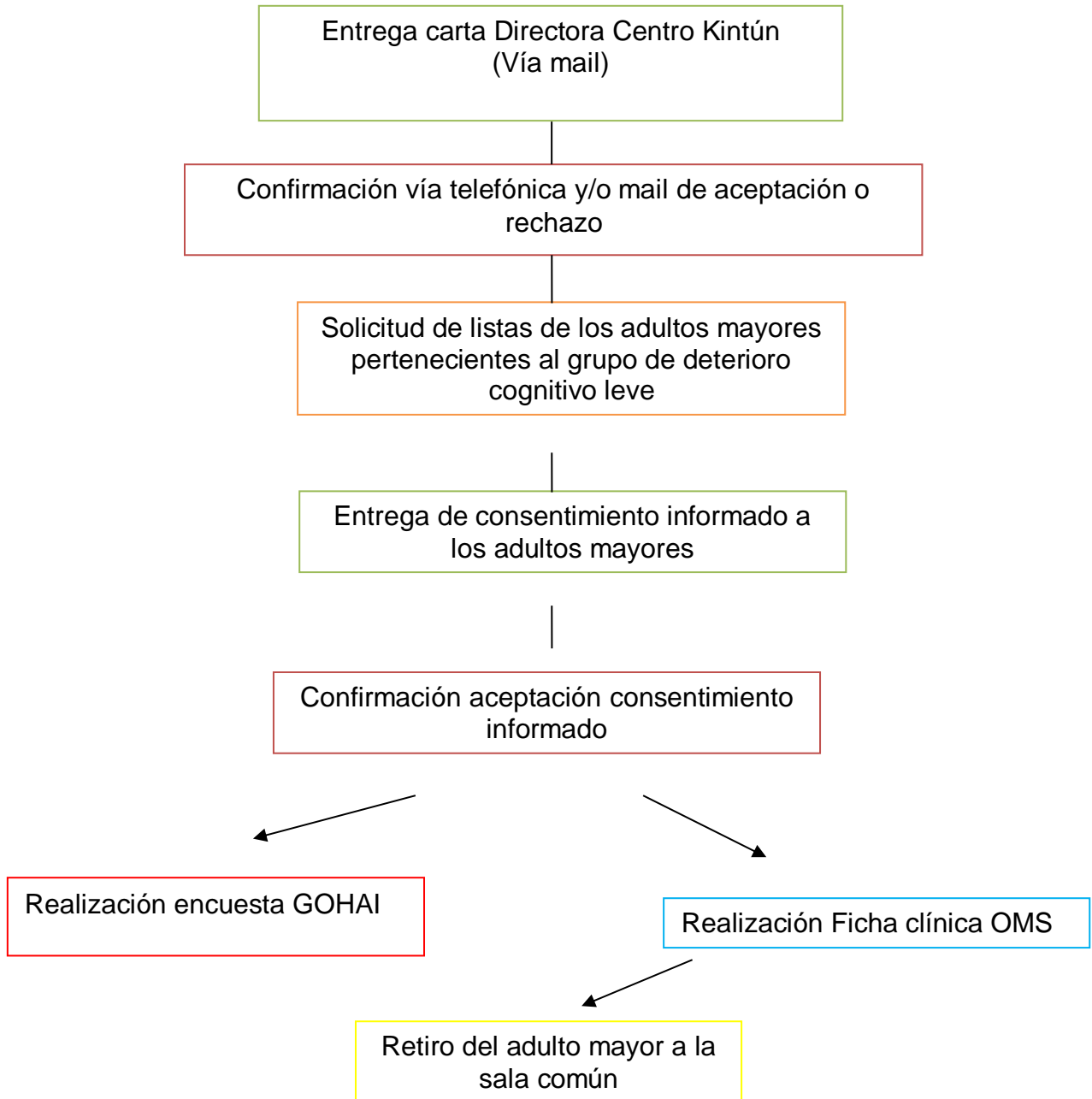
La información recopilada será confidencial, no utilizando nombres de los respectivos pacientes y estos tendrán que acceder de forma voluntaria firmando un consentimiento informado, el cual nos dará la posibilidad de ingresarlos en este estudio.

Sin otro particular, saluda a usted.

María Ignacia Thedy - Sofía Tobar.
Alumnos Facultad de Odontología
Universidad Finis Terrae

Anexo 5

FLUJOGRAMA DE LA ACTIVIDAD



Anexo 6

Ficha Clínica Tipo OMS modificada del 2013

Estado de la dentición y sus criterios

(4) Ausente por caries o por causa periodontal: Este código es usado para piezas permanentes que han sido extraídas a causa de caries y son anotadas bajo los estatus de la corona o las piezas perdidas por causa periodontal.

(5) Ausente por otra razón. Este código se usa para piezas que están ausentes por causa congénita, extraída por razones ortodónticas, trauma, etc.

Evaluación para sangrado gingival y medición de sacos periodontales

La encía de todos los dientes de la boca debe ser examinada cuidadosamente insertando la punta de la sonda entre la encía y el diente para evaluar la presencia o ausencia de sangrado. La fuerza aplicada no debe ser mayor a 20g.

Cuando la sonda se inserta, la bola debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dentaria. Si el sujeto examinado siente dolor durante el examen, es indicativo de que se usó mucha fuerza. La bola de la sonda debe ser insertada con cuidado dentro del surco gingival o el saco periodontal y debe ser examinado por completo. Mueve la sonda suavemente, con movimientos cortos de subida y bajada, por todo el surco vestibular. Un procedimiento similar se realiza en la superficie lingual comenzando en la zona distolingual hacia la mesiolingual.

PUNTAJE DE SANGRADO GINGIVAL

0: ausencia de condición

1: presencia de condición

9: diente excluido

x: Diente no presente

PUNTAJE DE SACO PERIODONTAL

0: ausencia de condición

1: saco de 4-5mm

- 2: saco de 6mm o más
- 9: Diente excluido
- X: Diente ausente

CPTIN

| Estado periodontal | Necesidad de tratamiento |
|---|---|
| 0: No hay patología | 0: no necesita tratamiento |
| 1: Sangrado al sondaje suave | 1: Enseñanzas de técnica de higiene bucal |
| 2: Cálculo supragingival, subgingival o ambos | 2: 1 + Destartraje |
| 3: Bolsa de 4 o 5mm | 3: 1 + Destartraje y alisado radicular |
| 4: Bolsas de 6 o más | 4: 1 + 2 o 3 + acceso quirúrgico a las superficies radiculares infectadas |

Estado periodontal Modificado

La prevalencia de adultos con resultados de sacos periodontales específicos es reportada por grupo etario usando las siguientes variables:

- El número de individuos con ausencia de condición (Código 0)
- El número individuos con sacos de 4-5mm (Código 1)
- El número de individuos con sacos de 6mm o mas (Código 2)

La severidad de la enfermedad periodontal se indica mediante las siguientes variables:

- El número de dientes presentes con ausencia de condición (Código 0)
- El número de dientes con sacos de 4-5mm (Código1)
- El número de dientes con sacos de 6mm o mas (Código 2)

En suma a estos, el número de piezas excluidas, y el número de piezas ausentes deben ser reportadas.

El índice simplificado incluye el examen de los signos de la enfermedad periodontal en todas las piezas dentarias presentes.

Índice de higiene oral simplificado

Para cada uno de estos dos componentes se registran mediciones, una para la superficie lingual y otra para la vestibular, uno anterior y dos posteriores de cada arcada. El puntaje se basa en la superficie de un segmento en particular con la mayor cantidad de detritus. Éste se determina deslizando un explorador por las partes laterales de los dientes para ver cuánto detritus se remueve o en la superficie con mayor cantidad de tártaro, y así, se determina por inspección visual.

En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar.

Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa dos de los principales factores de riesgo: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en seis superficies de los dientes: 1.1, 3.1, 1.6, 2.6, 4.6, 3.6. Evalúa la Higiene Oral de una comunidad y sólo se requiere espejo y explorador.

Como el Índice de Detritus Simplificado (ID-S) y el Índice de Tártaro Simplificado (IT-S) se confeccionan ahora a base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3 y pese a ello se los sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los seis segmentos es $18/6=3$. El IHO-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

En cuanto a la medición en la ficha OMS la presencia de placa bacteriana se cuantifica como buena, regular, mala.

Puntajes y criterios para el Índice de Detritus:

| <i>Puntaje</i> | <i>Criterio</i> |
|----------------|---|
| 0 | Ausencia de detritus o pigmentación |
| 1 | Detritus blandos que no cubran más de un tercio de la superficie dentaria en examen o presencia de pigmentación extrínseca sin detritus, cualquiera que sea la superficie cubierta. |
| 2 | Detritus blandos que cubran más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta. |
| 3 | Detritus blandos que cubran más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta |

Puntajes y criterios para el Índice de Tártaro:

| <i>PUNTAJE</i> | <i>Criterio</i> |
|----------------|--|
| 0 | Ausencia de tártaro. |
| 1 | Tártaro supragingival que cubra no más de un tercio de la superficie dentaria en examen. |
| 2 | Tártaro supragingival que cubra más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta o presencia de puntos aislados con tártaro subgingival alrededor de las zonas gingivales de los dientes |
| 3 | Tártaro supragingival que cubra más de dos tercios de la superficie dentaria |

| | |
|--|--|
| | expuesta o banda continua y espesa de tártaro subgingival alrededor de las zonas gingivales de los dientes |
|--|--|

En la determinación de los índices de detritus o tártaro, cada puntaje va entre 0 y 3. La suma de los 12 puntajes oscila por tanto entre 0 y 36. La suma de los 12 puntajes se divide por 6 si los segmentos que se están evaluando son los 6 ó por el número de segmentos incluidos en la evaluación si son menos de 6. El puntaje máximo para los seis segmentos es $36/6=6$.

El Índice de Higiene Bucal se determina en función de la suma de los Índices de Detritus y Tártaro.