



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON NECESIDAD DE
TRATAMIENTO PROTESICO EN EL ADULTO MAYOR.
CESFAM SALVADOR BUSTOS, COMUNA DE ÑUÑO A,
SANTIAGO DE CHILE. AÑO 2014.**

MARÍA JOSÉ FUENTES BUSTAMANTE
LEONORA CAMPOS GARCIA

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad Finis Terrae,
para optar al título de Cirujano Dentista.

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera
Profesor Guía: Dra. Paula Mendoza Cifuentes

Santiago, Chile

2014

Le agradecemos
enormemente a nuestra docente guía,
Dra. Patricia Moya Rivera por
ayudarnos a gestionar este proyecto.

A mi familia y abuelos.

INDICE

Introducción.....	1
Marco teórico	2
Hipótesis.....	10
Objetivos.....	10
Material y métodos.....	11
Resultados.....	15
Discusión.....	23
Conclusión.....	25
Bibliografía.....	26
Anexos.....	31

RESUMEN

Antecedentes. La calidad de vida es una condición del ser humano que se ve afectada por el estado de salud oral; no obstante, esta situación se hace más evidente en el adulto mayor, en donde los cambios generados por el envejecimiento repercuten en el estado de salud oral, aumentando las piezas perdidas y por ende la utilización de prótesis dental.

Objetivos. Conocer la calidad de vida y necesidad de tratamiento protésico en el adulto mayor del CESFAM Salvador Bustos.

Metodología. Diseño de corte transversal en una muestra de 196 pacientes adultos mayores inscritos en el CESFAM Salvador Bustos, comuna de Ñuñoa, año 2014. Las variables a medir fueron calidad de vida mediante la aplicación del instrumento GOHAI y el uso, tipo y necesidad de tratamiento protésico. Se solicitó la participación previa firma del consentimiento informado. Los datos fueron analizados en software estadístico STATA 12.0.

Resultados. La media del índice GOHAI fue de 44.88 (D.E. 12.32). Un 47.96% percibe como mala su calidad de vida. Un 56.12% refiere uso de prótesis, con mayor frecuencia en ambas arcadas. El 39.8% requiere rehabilitación protésica. La calidad de vida es menor cuando existe uso y necesidad de tratamiento protésico. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas.

Conclusiones. La percepción de la calidad de vida en los adultos mayores se ve afectada por los cambios generados en el envejecimiento, observando una disminución cuando presentan uso de prótesis en ambas arcadas y existe la necesidad de rehabilitación protésica.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población adulto mayor senescente en nuestro país ha ido creciendo en los últimos años, lo que ha repercutido también en la necesidad de recibir tratamiento odontológico multidisciplinario. Con el paso de los años se experimentan cambios en el aparato estomatognático a nivel de mucosas, aparato de sostén y óseo que repercuten en el correcto funcionamiento de éste.

Los odontólogos tienen un gran desafío en cuanto a tratamiento de estos pacientes ya que aparte de devolver función y estética con el tratamiento protésico, sino también con ello mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, la cual se ve afectada directamente cuando hay un deterioro de la salud bucal incidiendo en la percepción que tienen ellos de su propio cuerpo y entorno.

La calidad de vida es una condición del ser humano transversal a todas las edades, pero se hace más evidente en el adulto mayor, donde los cambios generados por el envejecimiento repercuten en las actividades del diario vivir. La medición de la calidad de vida debería ser considerada en la atención clínica si el objetivo es aumentar la capacidad funcional y el bienestar y no sólo limitar la enfermedad. Permite desenvolverse de una forma adecuada en la sociedad sintiéndose capaces de realizar actividades de la vida diaria como conversar, reír e interrelacionarse con sus pares.

El propósito del estudio es conocer la calidad de vida y necesidad de tratamiento protésico en el adulto mayor del CESFAM Salvador Bustos. Esto permitirá contar con evidencia válida sobre la necesidad de esta población y enfatizar el tratamiento de forma integral.

MARCO TEÓRICO

En las últimas décadas, se ha hecho evidente la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida; lo que ha provocado un incremento de la población adulta mayor, que en un comienzo se presentó sólo asociado a los países más industrializados (1).

La población chilena al igual que los demás países en desarrollo, experimenta el fenómeno que los demógrafos denominan Transición Demográfica, que se define como un proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de "fecundidad alta / mortalidad alta" a una situación de "fecundidad baja / mortalidad baja" provocando así un cambio en la pirámide poblacional (2,3). Este cambio se evidenció en el censo de población y vivienda realizado en el año 2002 (4), que muestra que los mayores de 60 años representan el 11,4% de la población (1.717.478 habitantes). En 1960 los habitantes menores de 15 años constituían el 39,6% de la población y los mayores de 65 años un 4,3%. En el año 2001, la población menor de 15 años correspondió al 28% y los mayores de 65 años alcanzaban el 7,3% esto es debido a varios factores entre ellos apreciamos la disminución de la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad geriátrica (5).

Las proyecciones realizadas en el censo del año 2002 indican que para el año 2025 los adultos mayores constituirán el 18% de la población (1). Para la próxima década, en nuestro país la población adulta mayor alcanzaría los 3,2 millones de habitantes, mientras que la correspondiente a menores de 15 años no superaría los 3,8 millones. La cifra implicaría un aumento del 45% de la población adulta mayor y una reducción de casi 2% de los menores de 15 años para el 2020. (6,7).

En los últimos años, la población adulta mayor se ha incrementado de manera considerable, principalmente debido al mejoramiento de las condiciones de vida y al aumento de la expectativa de ésta (7). En Chile, las personas viven, en promedio, 10 años más que en 1920 (1)

Ante esta realidad, ha existido preocupación del ministerio de salud por abordar la problemática que plantea el crecimiento aumentado de la población adulta mayor. De hecho, uno de los cuatro objetivos sanitarios para la década 2000-2010, se enfocó en “enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad”. Así, el año 2002, se estableció la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), y además se implementó en el mismo año, el plan AUGE que actualmente incluye 56 patologías, 39 de las cuales se relacionan con las personas mayores. A nivel de salud bucal en este grupo etario también ha contado con avances en atención primaria mediante el AUGE de urgencias odontológicas ambulatoria y de salud oral integral del adulto de 60 años. (8) En donde, todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras la persona tenga 60 años. El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo (9)

Uno de los desafíos más importantes en nuestro país es lograr dar a los adultos mayores oportunidad de mejorar su salud bucodental ya que el fenómeno de envejecimiento unido a patologías no tratadas, conllevan al deterioro de salud bucal y por consecuencia a la salud general. Afectando de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores. (10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones

sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (11).

La calidad de vida relacionada con la salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad, el cual ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países (12).

La calidad de vida es esencial en todas las edades, pero en etapas avanzadas de la vida reviste una importancia fundamental, por el número adicional de años de vida que los mayores tienen por delante, situación que demanda la realización de un mayor número de investigaciones hacia este sector de la población (13).

Según los resultados de la encuesta nacional de calidad de vida en la vejez UC realizadas en el 2007 y 2010 dejan clara evidencia que el nivel de bienestar de los adultos mayores está fuertemente segmentado en la sociedad chilena según el nivel educacional alcanzadas por los individuos. El acceso a la educación no solo permite acceder a una mejor posición en el mercado laboral y a mayores ingresos, sino que se relaciona fuertemente con otro tipo de capacidades cognitivas y acceso a la información, lo que permite tener mejores estilos de vida y una mayor capacidad adaptativa. Es así como los adultos mayores con mayor educación tiene mejores condiciones de vida, tanto económicas como de salud y de funcionamiento físico y cognitivo. (14)

En la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) como la Encuesta de la Calidad de vida en la vejez, dan cuenta de un claro mejoramiento del nivel educativo de los adultos mayores chilenos en un periodo tan breve como la existencia entre ambas encuestas. Comparando la encuesta de calidad de vida de la vejez del 2007 y 2010, los adultos mayores dan cuenta de un mejoramiento de sus condiciones materiales de vida. También se evaluó el bienestar general de

las personas mayores en nuestro país y se profundizó también en aspectos específicos de distintos ámbitos de la vida, como por ejemplo, preguntas relacionadas con pesquisar estados depresivos y estrés emocional. También, preguntas asociadas a determinar la existencia de diversas preocupaciones presente en la población mayor (14).

Se observó un mejoramiento de la sensación de bienestar entre el 2007 y 2010, pasando de un 56% de personas mayores que se sentían satisfechas con sus vidas a un 60% en el 2010. Lo anterior se asocia a un mejoramiento económico de las personas encuestadas. (15).

La calidad de vida del adulto mayor se ve influenciada por el estado de su salud bucal; la dentadura es de gran relevancia en la estética facial y la comunicación oral, teniendo por consecuencia, gran influencia en sus relaciones interpersonales y por ende en su autoestima, la que se ve disminuida por la pérdida de los dientes (16).

El sistema estomatognático realiza funciones orgánicas importantes y sus alteraciones, principalmente la pérdida de piezas dentarias, afectan las dimensiones física, psíquica y social de la calidad de vida de los individuos (17).

Si bien la mayoría de las enfermedades orales no son fatales, dan lugar a una morbilidad significativa, que terminan en daños físicos, sociales y psicológicos, y estas consecuencias afectan la calidad de vida de los pacientes. Por tales motivos se le da la importancia al desarrollo de temas con respecto a la medición de la calidad de vida. (18,19, 20)

La falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos de la nutrición. Además se afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza, baja

autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas durante el momento de las comidas y en los momentos de socialización (21).

Según Misrachi C, Espinoza I. en su estudio Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud, cerca de un 25% de los individuos mayores de 60 años en Chile son desdentados totales y existe una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y enfermedad Periodontal (22).

Es importante considerar que las enfermedades bucales que se desarrollan en los adultos mayores no son diferentes a las que se generan en la población en general, sin embargo, la mayor prevalencia de algunas de ellas en este grupo etario resultan de una combinación entre patología y los cambios degenerativos propios de la edad (23).

El grupo adulto mayor es susceptible a trastornos bucodentales que afectan su estado de nutrición, la percepción que tienen de sí mismos y sus relaciones sociales. Estas necesidades tienen que ser evaluadas antes de que impacten su calidad de vida, sin embargo, debido a la creciente demanda de atención de este sector de población en todos los países, se constituye en un importante problema de salud pública que debe ser abordado (24).

Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes, en cambio otros, son resultado de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad pero inducen a cambios

bioquímicos funcionales y estructurales. (25) Los músculos masticatorios y de la piel pierden el 20 % de su eficacia al pasar de los 30 años a los 65 años. La musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la deshidratación y a un aumento del tejido fibroso. La debilidad muscular es un aspecto reconocido en el envejecimiento fisiológico. El tejido muscular se atrofia lentamente y dicha involución se manifiesta por una fragilidad en aumento y por la dificultad progresiva para la ejecución del menor esfuerzo, con un descenso de la capacidad del trabajo muscular (25).

A nivel de la lengua se produce una hipertrofia relacionada generalmente con el grado de desdentamiento en el paciente. La presencia de fisuras puede estar relacionada con estados carenciales y enfermedades sistémicas (25).

Los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neoformación tisular, etc.) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros). También debido al tipo de dieta, hábitos dureza de los números y posición que presentan, lo que conlleva a una pérdida en numerosas ocasiones de la dimensión vertical y determina una protrusión mandibular. Los túbulos dentinarios se mineralizan, en la pulpa es afectada la calidad de los vasos sanguíneos por el proceso de envejecimiento, disminuyendo de volumen y tamaño. El depósito de cemento continúa toda la vida y es menor cerca de la unión amelodentinaria y mayor en apical, aunque más grueso, tiene mayor susceptibilidad a las lesiones cariosas. (25).

El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento ya que si existe poca higiene bucal el acúmulo de placas dentobacterianas provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento, y por lo tanto, disminuye la resistencia a las caries (25). En los labios es muy común la queilitis comisural relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y mordedura cerrada. En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales.

Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas; también podemos encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad de fractura. Esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada (25)

En España (1999), Pinzón y Zunzunegui, autoras de la validación del GOHAI en este país, publicaron un estudio donde se detectaron las necesidades de atención bucodental en una población geriátrica compuesta por una muestra de 100 individuos. Determinaron que un 68% de los adultos mayores obtuvieron puntuaciones por debajo de 57 puntos (≤ 57 puntos) definidas entre los niveles moderado y bajo y el resto con puntuaciones mayores (>57 puntos) definidos como en nivel alto de calidad de vida oral (26).

En la universidad de Toronto Canadá en el año 2000 analizaron la autopercepción del estado de salud oral, Bienestar Psicológico y satisfacción con la vida en los adultos mayores. El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida lo evaluaron de acuerdo con el Índice Moral, el cuestionario de percepción del estrés con la vida, la escala de satisfacción vital, y el Cuestionario de Salud General. No se encontró asociación entre la percepción subjetiva de la salud oral y la puntuación en el de salud general, tampoco se encontró una asociación psiquiátrica en las poblaciones estudiadas con trastornos orales.

Se corroboró que la salud oral deficiente conduce a una disminución de la calidad de vida.

El análisis de los datos indican que una mala percepción de la salud bucal peor bienestar psicológico y menores niveles de satisfacción con la vida (27).

Un estudio realizado en Brasil (18) (2011), planteó que los problemas dentales pueden influir en la calidad de vida y bienestar de las personas (18). Un 67% presentan una autopercepción positiva de su salud bucal y en las personas de edad avanzada un 57,7% son desdentadas totales. Un 60% refiere no necesitar tratamiento dental. Reportaron que las precarias situaciones de sus dentaduras, les impedían experimentar momentos importantes en su vida como masticar, cantar y tener una sonrisa amplia. Las personas le daban importancia a su calidad de vida desde una perspectiva de soledad, de dependencia, la cercanía con la muerte y menos importancia a su condición oral (18).

En Chile, Moya P, Chappuzeau E (2012) realizó un estudio en relación a la situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores en donde la calidad de vida relacionada con la salud oral fue de 48,15 (D.E. 9,83) de media del puntaje del índice GOHAI, en donde el valor mínimo fue de 15 y el máximo de 60. Un 76,6% de los adultos mayores estudiados percibe como mala su calidad de vida relacionada con la salud oral (puntuación < 57), sin observarse diferencias estadísticamente significativas para las variables: sexo, edad, estado civil, nivel educacional y situación laboral. Sin embargo estas diferencias son significativas para las variables uso, tipo, necesidad de prótesis removible (28). En cuanto a la situación protésica un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y un 40,3% en el inferior. Al estudiar el tipo de prótesis dental se observó que para el maxilar superior, un 40,3% usa prótesis parcial removible y un 19,2% usa prótesis total. En el maxilar inferior el 32,1% usa prótesis parcial removible y un 8,2% prótesis total. En relación a la necesidad de rehabilitación con prótesis removible, para el maxilar superior el 34,2% necesita prótesis removible de tipo parcial y un 4,21% de tipo total. Para el maxilar inferior, un 57,4% necesita prótesis removible de tipo parcial y un 1,8% necesita prótesis total (28).

Hipótesis

Los adultos mayores que presentan necesidades de rehabilitación protésica presentan una peor percepción de la calidad de vida que los adultos que no necesitan rehabilitación protésica.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la calidad de vida y necesidad de tratamiento protésico en el adulto mayor del CESFAM Salvador Bustos.

Objetivos específicos:

- Determinar calidad de vida del paciente adulto mayor.
- Determinar uso y tipo de prótesis removible en el paciente adulto mayor
- Determinar necesidad de rehabilitación protésica del paciente adulto mayor.
- Relacionar la calidad de vida percibida con uso de prótesis, tipo de prótesis y necesidad de tratamiento protesico.

MATERIAL Y METODOS

Diseño metodológico:

Estudio observacional de corte trasversal. (Prevalencia)

Universo:

La población objetivo está representada por adultos mayores inscritos en el centro de salud familiar (CESFAM) Salvador Bustos, de la Comuna de Ñuñoa, año 2014. Aproximadamente, 500 adultos mayores se atienden en el servicio dental durante el año 2014.

Tamaño de la muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la prevalencia de necesidad de tratamiento descrita en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) año 2009-2010(10), que fue de 70%, con un nivel de confianza de 95% y precisión del 5%. La muestra final fue de 196 pacientes. El tipo de muestreo fue no probabilístico voluntario.

Criterios de inclusión

Pacientes adultos mayores, que acepten responder el cuestionario, previa firma de consentimiento informado.

Criterio de exclusión

Pacientes adultos mayores que, por problemas físicos o cognitivos no fueron capaces de responder el cuestionario auto administrado, utilizado para el estudio.

Cuadro 1.- Variables estudiadas.

Variable	Definición	Dimensión	Instrumento
Calidad de vida relacionada con la salud oral	Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida.	Función física Función psicosocial Dolor e incomodidad	Cuestionario GOHAI
			Indicador Puntuación Total de encuesta GOHAI Media de Puntuación Total : Buena= 57-60→1 Regular= 51-56→2 Mala= igual o menor de 50→3
Uso de prótesis dental	Paciente portador de un aparato removible en su boca.	Usa prótesis superior Usa prótesis inferior Usa ambas prótesis No usa prótesis	Encuesta y/o examen clínico
			Indicador No usa prótesis = 1 Usa prótesis sup = 2 Usa prótesis inf = 3 Usa ambas prót. = 4
Superficie de la prótesis dental	Paciente portador de aparato protésico que cubre parte o la totalidad de los maxilares.	Sólo Parcial Sólo Total Ambas	Encuesta y/o examen clínico
			Indicador No refiere=0 Solo parcial=1 Solo total= 2 Ambas= 3
Necesidad de prótesis dental.	Paciente necesita prótesis.	Solo prótesis superior Solo prótesis inferior Ambas prótesis	Indicador No necesita= 1 Necesita sup= 2 Necesita inferior = 3 Necesita ambas = 4
Sexo	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes	Hombre	Hombre = 1
		Mujer	Mujer = 2

Técnica de Recolección de datos

Los datos necesarios para el estudio, fueron recolectados a través de la encuesta “Índice de salud oral geriátrico” (GOHAI). Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de solo 12 preguntas, lo que aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa. (ANEXO 3)

El cuestionario GOHAI está compuesto de 12 preguntas donde la puntuación total corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y oscila entre 12 y 60 puntos. Evalúa las dimensiones física/funcional, psicosocial/psicológica y de dolor/incomodidad (los ítems 3, 5 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems: siempre=5; frecuentemente=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1; conversión que se realiza al momento del análisis).

La mejor calidad de vida relacionada con salud bucal se encuentra entre los puntaje 57 a 60 considera alta (buena), entre 51 y 56 se considera moderada (regular) y menos de 50 se considera bajo (malo). Este índice otorga la posibilidad de analizar por separado las diferentes dimensiones que lo componen. Las preguntas (1, 2, 3 y 4) corresponden a la dimensión Física/Funcional, se considera el valor de 19 o 20 para una clasificación alta (buena), 17 o 18 para moderada (regular) y 16 o valores inferiores para baja (mala). Con respecto a dimensión Psicosocial/Psicológica las preguntas que exploran esta dimensión son la 6, 7, 9,10 y 11. El valor 23 al 25 equivale a una clasificación alta (buena), 21 a 22 (regular) para moderada y 20 o valores inferiores para baja (mala). 8) Finalmente, con respecto a la dimensión Dolor/Incomodidad las preguntas que evalúan esta dimensión son la 5, 8, y 12. El valor 14 o 15 equivalen a una clasificación alta (buena), 12 o 13 para moderada (regular) y 11 o valores inferiores para baja (mala).

Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se proponen 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. El formato de respuesta es de tipo likert, los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral.

La encuesta fue aplicada en forma individual a los participantes del estudio, otorgando el tiempo necesario para su lectura y posterior respuesta a cada una de las preguntas que contiene el instrumento. Esto obedece al tipo de población a estudiar; población envejecida, con capacidades físicas y sensoriales disminuidas.

Aspecto ético

Para resguardar los aspectos éticos del estudio, se utilizó el consentimiento informado en donde se explican los objetivos del estudio, asegurando la confidencialidad de los datos individuales. Esta investigación fue aprobada por el comité de bioética de la UFT.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron registrados en planilla de tipo Excel, para luego ser exportado a programa estadístico STATA 12.0. En una primera instancia, se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos con cálculo de medias, desviación estándar, proporciones e intervalos de confianza del 95%. En una segunda instancia, se relacionó la calidad de vida percibida con uso, tipo y la necesidad de rehabilitación protésica.

RESULTADOS

1.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO Y EDAD

La muestra estudiada correspondió a 196 adultos mayores de 60 años que se encontraban en tratamiento odontológico en el CESFAM Salvador Bustos de la comuna de Ñuñoa, Santiago de Chile durante el año 2014.

Un 60.20% fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 69,97años (D.E. 7,57) y el rango de edad fluctua entre 60 y 90 años. (Ver tabla 1 y 2)

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo. CESFAM Salvador Bustos, 2014.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	78	39.80
Mujeres	118	60.20
Total	196	100

Tabla 2. Edad media de la muestra. CESFAM Salvador Bustos, 2014.

Variable	Obs	Media	Desv. Std.
Edad	196	69.97	7.57

2.- USO Y TIPO DE PRÓTESIS DENTAL (SUPERFICIE QUE ABARCA)

En relación al uso de prótesis, un 56.12% refirió usar algún tipo de prótesis dental, preferentemente indican que usaban en ambas arcadas (39,29%). (Ver tabla 3 y 4)

Tabla 3. Distribución de la muestra según uso de prótesis dental. CESFAM Salvador Bustos, año 2014.

Uso de prótesis dental	Frecuencia	Porcentaje
No usa prótesis dental	86	43.88
Usa en maxilar superior	25	12.76
Usa en maxilar inferior	8	4.08
Usa en ambos maxilares	77	39.29
Total	196	100

Tabla 4. Distribución de la muestra según tipo de prótesis dental. CESFAM Salvador Bustos, año 2014.

Tipo de Prótesis	Frecuencia	Porcentaje
No refiere prótesis	86	43.88
Refiere prótesis parcial	68	34.69
Refiere prótesis total	18	9.18
Refiere ambas prótesis	24	12.24
Total	196	100

3.- NECESIDAD DE REHABILITACION PROTESICA EN LA MUESTRA ESTUDIADA.

Al estudiar la necesidad de rehabilitación protésica, un 60.20% de los adultos mayores refirió que no necesita prótesis dental. Un 20.41% requirió de rehabilitación protésica en ambas arcadas. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Distribución de la muestra según necesidad de rehabilitación con prótesis dental. CESFAM Salvador Bustos, año 2014.

Necesidad de prótesis dental	Frecuencia	Porcentaje
No necesita prótesis dental	118	60.20
Necesita prótesis dental superior	11	5.61
Necesita prótesis dental inferior	27	13.78
Necesita prótesis dental en ambos maxilares	40	20.41
Total	196	100

4.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGUN PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA

Al estudiar la calidad de vida relacionada con la salud oral medida mediante la aplicación del GOHAI, se observó que la media del puntaje fue 44.88 (DE 12.32) donde el valor mínimo fue de 16 y el máximo de 60.

Al analizar los resultados del cuestionario GOHAI según percepción, un 47.96% percibe que su calidad de vida fue deficiente, un 39.29% regular y un 12.76% buena. (Ver tabla 6 y 7)

Tabla 6. Medición de la calidad de vida (media del GOHAI).

Variable	Obs.	Media	Desv. Std.
Calidad de vida	196	44.88	12.32

Tabla 7. Percepción de la calidad de vida en adultos mayores. CESFAM Salvador Bustos, año 2014.

Clasificación GOHAI	Frecuencia	Porcentaje
Buena calidad	25	12.76
Regular calidad	77	39.29
Mala calidad	94	47.96
Total	196	100

5.-RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SEXO

Al estudiar la relación entre la calidad de vida y sexo, se observó que las mujeres presentaban una mejor percepción de la calidad de vida que los hombres, siendo la puntuación media del GOHAI de 44.88. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Relación entre calidad de vida y sexo en adultos mayores. CESFAM Salvador Bustos, año 2014.

Sexo	Obs.	Media	D.E.
Hombres	78	40.12	14.07
Mujeres	118	48.02	9.88
Total	196	44.88	12.32

P=0.00

6.- RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y USO DE PROTESIS

La media del GOHAI en adultos mayores que utilizan ambas prótesis fue de 53.22, más alta que los que utilizan sólo una prótesis. Del total de pacientes que refieren usar prótesis, un 58.18% tiene regular calidad de vida.

Tabla 9. Calidad de vida y uso de prótesis dental (media GOHAI)

Uso de prótesis	media	D. E.	Frecuencia
No usa prótesis	36.83	12.67	86
Usa prótesis superior	46.16	10.69	25
Usa prótesis inferior	47.12	13.48	8
Usa ambas prótesis	53.22	3.52	77
Total	44.88	12.32	196

P=0.00

Tabla 10. Relación entre calidad de vida y uso de prótesis.

Ponderación	No usa prótesis	Usa prótesis	Total
Buena calidad	8 9.30	17 15.45	25 12.76
Regular calidad	13 15.12	64 58.18	77 39.29
Mala calidad	65 75.58	29 26.36	94 47.96
total	86	110	196

P=0.00

7.- RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TIPO DE PRÓTESIS

Al estudiar la media del GOHAI y el tipo de prótesis dental, los adultos mayores que refieren uso de ambas prótesis (parcial y total) presentan una media del indicador más alta (54.45).

Tabla 11. Relación entre el valor medio del GOHAI y tipo de prótesis.

Tipo prótesis	Media	D.E.	Frecuencia
No refiere uso de prótesis	36.83	12.67	86
Usa prótesis parcial	50.57	8.16	68
Usa prótesis total	49.05	7.77	18
Usa ambas prótesis	54.45	2.87	24
Total	44.88	12.32	196

P = 0.00

8.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTESICO.

Al analizar la necesidad de rehabilitación protésica y la calidad de vida, se observó que la media del GOHAI es menor cuando la necesidad es de rehabilitación en el maxilar superior.

El 100% de los pacientes que necesitaban prótesis percibe como mala su calidad de vida. (Ver tabla 12 y 13)

Tabla 12. Relación necesidad de tratamiento protésico con media Gohai

Necesidad de prótesis	Media	D.E.	Frecuencia
No necesita	53.91	3.25	118
Necesita superior	27.45	6.47	11
Necesita inferior	33.22	7.00	27
Necesita ambas	30.9	7.53	40
Total	44.88	12.32	196

Tabla 13. Relación calidad de vida y necesidad de tratamiento protésico

Ponderación	No necesita prótesis	Necesita prótesis	Total
Buena calidad	25 21.19	0 0.00	25 12.76
Regular calidad	77 65.25	0 0.00	77 39.29
Mala calidad	16 13.56	78 100.00	94 47.96
Total	118 100.00	78 100.00	196 100.00

P=0.00

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue conocer la calidad de vida y necesidad de tratamiento protésico en el adulto mayor del CESFAM Salvador Bustos. Los principales resultados relacionados con la calidad vida fueron un valor de GOHAI medio de 44.88 (D.E.12.32), siendo mayor en mujeres (48.02).

En relacion al uso de prótesis, un 56.12% usa protesis dental (superior, inferior, ambas). Un 20.41% requiere rehabilitacion protesica en ambas arcadas. La calidad de vida es menor cuando existe uso y necesidad de rehabilitacion con protesis dental.

La salud oral afecta la calidad de vida en el adulto mayor, no solo en capacidades funcionales, sino que también en su capacidad de relacionarse e interactuar con el medio.

En diversos estudios a nivel internacional se observó que los adultos mayores son un grupo vulnerable a trastornos bucodentales. Al envejecer los individuos van perdiendo su capacidad física, lo que afecta también la capacidad de mantener sus piezas dentarias (24).

Los resultados obtenidos en este estudio relacionados con el uso de prótesis dental en el adulto mayor son menores a los reportados por Moya P,Chappuzeau E. donde un 59.5% utiliza prótesis superior y un 40.3% inferior, pero mayores a los reportados en la ENS(2009-2010) donde el 22,9% de los encuestados usa prótesis dental(34).

En cuanto al tipo de prótesis dental, la frecuencia es menor a lo reportado por Moya P, Chappuzeau E. donde un 72.4% presenta prótesis parcial removible y un 27.4% prótesis totales.

En relación a la calidad de vida del grupo estudiado se observó que la media fue de 44.88 (DE. 12.32), valor menor al reportado por Moya y cols. (28) GOHAI 48.15 (DE. 9.83), China (29) GOHAI 46,0 (D.E. 8,5) y de India (30) GOHAI 47,03 (D.E. 9,2)

Un 47.96% de los pacientes calificaron con una deficiente calidad de vida, un 39.29% moderada y un 12.76% buena. Estos valores difieren a lo reportado por Pennacchiotti V. registrando un 75,2% con mala percepción de su calidad de vida. Esto indica que los adultos mayores del Cesfam Salvador Bustos perciben una mejor calidad de vida en relación a lo visto por Penacchiotti(31)

Si se compara el valor del GOHAI encontrado en este estudio ($44.88 \pm 12,32$) con el reportado para Montevideo (GOHAI= 54.8 ± 6.1), Buenos Aires (53.1 ± 7.4) y Santiago (49.9 ± 8.6), se observa que a nivel de latino América, el Cesfam Salvador Bustos se encuentra bajo la media. (Estudio realizado en la Universidad de Chile, y publicado en Marzo del 2012, media del GOHAI en tres ciudades de Latino América)(32)

En relacion a la necesidad de rehabilitacion con prótesis dental, un 20,41% necesita protesis en ambas arcadas, un 5.61% necesita prótesis superior y un 13.78% necesita protesis inferior. Estos valores difieren a lo reportado por Moya y cols, donde un 38.41% necesita prótesis superior y un 59.2 % inferior.

Un 87.25% de los adultos mayores estudiados refieren una percepcion regular y mala de su calidad de vida, valor levemente más alta que lo obtenido por Pinzón (68%) en su estudio realizado en la Universidad Complutense, Madrid (1999) (26).

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos de este estudio permiten afirmar la importancia que tiene la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores, donde un 47.96% refiere una deficiente percepción de su calidad de vida.

Las mujeres refieren mejor calidad de vida (GOHAI 48.02) que los hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Se acepta la hipótesis planteada en este estudio. Los adultos mayores con necesidad de rehabilitación protésica presentan una peor percepción de la calidad de vida que los adultos que no necesitan rehabilitación protésica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1). INE. Instituto Nacional de estadísticas: Censo 2012. Resultados XVIII Censo De Población 2012. Chile: INE; 2012.
- 2). Dominguez O. Vejez y Envejecimiento. Cuadernos del departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas del Sur, Facultad de Medicina, U. de Chile. 1988; (58):7-39.
- 3). Lauzardo GG, Gutiérrez HM, Quintana CM, Gutiérrez HN, Fajardo PJ. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao: Venezuela. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Nov [citado 2014 Jul 20]; 8(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400020&lng=es.
- 4). INE, Índice General: Censo 2002. Resultados. Vol. 1 población-país-región. Sgto., Chile: Impresión Empresa periodística La nación S.A.; Mar 2003.
- 5). Szot Meza J. La transición Demográfica- Epidemiológica en, 1960-2001, Rev Esp Salud Pública. 2003; 77: 605-613.
- 6). Schkdnik M. Enfoque estadístico, Adulto Mayor en Chile. Población adulta mayor en el bicentenario. Septiembre 2006; 20(11): 2-8.
- 7). Urzúa MA, Navarrete M. Calidad de Vida en Adultos Mayores: Análisis factoriales de las Versiones Abreviadas del WHOQoL-Old en población Chilena. rev Med chile. 2013; 141: 28-33.

8). Romo F, Díaz W, Schulz R, Torres M. Tópicos de odontología integral. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Odontología; 2011.

9). Superintendencia de salud, Salud Oral Integral del adulto de 60 años citado octubre 2014 Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-3697.html>

10). Vargas R. Validación del indicador en salud oral GOHAI en población adulta mayor. Costa Rica. 2013.

11). Botero DMB, Merchá PE. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adultos en Adultos Mayores de 60 años: una aproximación teórica, Hacia la Promoción de la Salud. 2007 Ene–Dic; (12): 11–24.

12). Díaz CS, Arrieta VK, Ramos MK. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev clín med fam. 2012; 5 (1): 9-16.

13). De la Fuente HJ, Sumano MO, Cifuentes VME, Zelocuatecatl AA. Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de Adultos Mayores Demandantes de Atención Dental. Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92.

14). Resultados segunda Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez UC- Caja Los andes; (2010).

15). Montero J, López-Valverde A, Clemot Y, Bravo M. Impacto de las condiciones dentales sobre el trabajo en una muestra consecutiva de trabajadores españoles. The occupational role of dental conditions among a consecutive sample of Spanish workers Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16 (7):e966-72.

16). Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, Von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y Significado del Proceso de edentulismo de adultos mayores,

Atendidos en un consultorio del servicio público Chileno. Revista clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, 2010, abril; 1(3):27-33.

17). Misrachi LC, Ponce EM, Sepulveda SH. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile. 2004; 95(3):3-10.

18). Desirée Sant'Ana Haikal, Alfredo Mauricio Batista de Paula, Andrea Maria Eleutério de Barros Lima Martins, Allyson Nogueira Moreira, Efigênia Ferreira e Ferreira. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3317-3329, 2011.

19). Sischo L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life : What, Why, How, and Future Implications. J DENT RES 2011 90: 1264 originally published online 21 March 2011.

20). Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measure of the oral health-related quality of life of the elderly. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 373–81.

21). Diaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. Colombia: Universidad de Cartagena; Diciembre 2011.

22). Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Rev. Dental de Chile. 2005; 96(2):28-35.

23). Romo F, Díaz W, Schulz R, Torres M. Tópicos de odontología integral. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Odontología; 2011.

- 24). Esquivel R, Jiménez J. Necesidad de atención odontológica en adultos mayores mediante aplicación de GOHAI. Rev. ADM. 2010; 67(3):127.
- 25). Sáez R, Carmona M, Jimenez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev. Cubana Estomatol. 2007 Dic.; 44(4):2-14.
- 26). Meneses EJ. Salud Bucodental y Calidad de Vida Oral en los Mayores. España:Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Odontología Departamento de Estomatología; 2010.
- 27). Locker D, Clarke M. and Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. J DENT RES. 2000 79: 970.
- 28). Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ .Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev Estomatol Herediana. 2012 octdic; 22(4):197-202.
- 29). Zhao L, Lin HC, Lo EC, Wong MC. Clinical and socio-demographic factors influencing the oral health-related quality of life of Chinese elders. Community dental health. 2011; 28(3):206-210.
- 30). Biazevic MG. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. Brazilian Oral Research. 2008; 22 (1): 36-42.
- 31). Pennacchiotti G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitado; .2006
- 32). Fuentes A, Lera L, Sánchez H, Albala C. Oral health-related quality of life of older people from three South American cities. Gerodontology. 2013; 30: 67–75.

33). Da Silva Débora Dias da H, Barros de R, Vidal de Souza Torres S, Sousa M, Liberalesso Neri A, Ferreira Antunes JL. Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Sept 01] ; 45(6): 1145-1153. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600017&lng=en. Epub Sep 16,2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000068>

34). ENS, 2009-2010, resultados, tomo V.2.23, salud dental (484). Citado Dic.2014. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-ENS-2009-2010.-CAP-5_FINALv1juliocepi.pdf

ANEXOS

Anexo (1) Carta permiso

Estimado Director Sr. Cristián Carvacho Abadie

Institución: Cesfam Salvador Bustos

Dirección: Av. Grecia 4369, Ñuñoa, Santiago de Chile.

Teléfono: 02-25752450

Las alumnas María José Fuentes y Leonora Campos de 6 año de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae, solicitan respetuosamente autorización para realizar una encuesta con el objetivo de determinar la necesidad de tratamiento protésico del paciente adulto mayor y relacionarlo con la calidad de vida. La encuesta se aplicará a las personas que su institución beneficia, elegidas utilizando el método de muestreo no probabilístico voluntario entre los meses de noviembre y diciembre del presente año, por los estudiantes indicados en el párrafo anterior. Desde ya agradecemos su disposición y colaboración.

Santiago, Noviembre 2014.

Anexo (2) Consentimiento informado

Estimado Sr./Sra.

La línea social de la facultad de odontología de la Universidad Finis Terrae, realiza continuas investigaciones con el fin de aportar información en relación a la salud oral de la población. Por ello le solicitamos su autorización para realizar una encuesta de 12 preguntas relacionadas a la percepción de la calidad de vida y la necesidad de prótesis dental.

Vale destacar que su información será confidencial y de uso exclusivo para investigación y docencia.

Este procedimiento no presenta ningún riesgo para usted ni costo económico asociado a ello.

Si está de acuerdo, solicito a usted firmar el consentimiento informado.

Esta será realizada por las alumnas María José Fuentes y Leonora Campos con la Doctora Patricia Moya como docente guía.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ a través de la presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente que he sido informado/a sobre el uso de la información entregado al contestar esta encuesta.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo (3) Encuesta e Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)

Fecha : ___/___/___

Sexo: M___ F___ Edad: _____ años

Usa prótesis: Si___ No___

Arcada donde usa prótesis, si es que utiliza: Superior___ Inferior___ Ambas___

Tipo de prótesis: Parcial___ Total___ Ambas___

Necesita prótesis: Si___ No___

Si es que necesita esta es: Superior___ Inferior ___ Ambas___

Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)

Preguntas En los últimos 3 meses...	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Limita el tipo o la cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.- ¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o las manzanas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.- ¿Es capaz de tragar sin dificultades?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4.- ¿Sus dientes o sus prótesis dentales no le permiten hablar del modo que quisiera hacerlo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.- ¿Sus dientes o prótesis le permiten comer cualquier alimento sin sentir molestias o dolor?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6.- ¿Limita sus contactos con la gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.- ¿Se siente conforme o feliz por cómo se ven sus dientes, encías o aparatos protésicos?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8.- ¿Usa algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.- ¿Se siente inquieto o preocupado por como se ven sus dientes, encías o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.- ¿Se siente ansioso o nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.- ¿Se siente incómodo al comer frente a otras personas debido al estado en que se encuentran sus dientes o aparatos protésicos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.- ¿Siente sus dientes o encías sensibles al calor, el frío o lo dulce?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

