

Oral health related quality of life in older adults assisting “IPS Universitaria” of Medellín and associated factors

Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados

Vanesa Esmeralda Duque-Duque,¹ Juliana Tamayo-Castrillón,¹ Paula Andrea Echeverri-Cadavid,¹ Alejandra Yulieth Gutiérrez-Osorio,¹ Daniela Sepúlveda-Correa,¹ Odila Giraldo-Ramírez,² Andrés A. Agudelo-Suárez

¹Odentóloga. Universidad de Antioquia. E-mail: vanedu2004@hotmail.com, julytamayo@gmail.com, paecadavid@hotmail.com, aleja118@gmail.com, dasepulco@hotmail.com. ²Odentóloga. Especialista en Auditoria en Salud. Docente Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. E-mail: odigiraldo@hotmail.com. ³Odentólogo. PhD en Salud Pública. Docente. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. E-mail: oleduga@gmail.com

Recibido: mayo de 2013. Aprobado: junio de 2013

Abstract

Introduction and objective:

We aim to analyze the relationship between the oral health related quality of life, and self-perceived general and oral health indicators in elderly population assisted in the “IPS Universitaria” and to explore socio-demographic related factors.

Materials and methods:

Cross-sectional study in 100 elderlies assisting health services in the IPS (2012), by means of surveys with socio-demographic, general and oral health information. The OHIP-14 (Oral health impact profile) was carried out. A descriptive analysis of the OHIP-14 was conducted for different variables and Prevalence Ratio were measure by means of multivariate models.

Results:

Higher response rates (up to 70%) were found in the dimensions “never” and “almost never” in OHIP-14. Worst indicators of impact prevalence of the OHIP-14 were found in women, population > 75 years, with low educative and socioeconomic status and in singles. A little more of third part of participants reported

Forma de citar: *Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, Agudelo-Suárez AA. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Rev. CES Odont. 2013; 26(1) 10-23*

1 or more impacts in the oral health related quality of life dimensions (0.86; 95%CI 0.53- 1.19) and a severity score of 7.61 (95%CI 5.98- 9.24).

Conclusions:

Although in the majority of the respondents, their oral conditions did not execute a negative influence in the quality of life. In-depth analysis has shown inequalities gradients according to socio-demographic factors.

Key words:

Quality of life, Self-perceived health, Oral health, Elderly.

Resumen

Introducción y objetivo:

Este estudio pretende analizar la relación existente entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) con indicadores de salud general y salud bucal autopercebida en la población adulta mayor que consulta a la IPS Universitaria y explorar los factores sociodemográficos asociados.

Materiales y métodos:

Estudio transversal en 100 adultos mayores que consultaron servicios de salud en la IPS (2012) mediante encuesta con información sociodemográfica, salud general y bucal. Aplicación del instrumento OHIP-14 (Perfil de Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida). Descripción del OHIP-14 general y según diferentes variables sociodemográficas y de salud y cálculo de Razones de Prevalencia crudas y ajustadas mediante modelos multivariados.

Resultados:

Las mayores respuestas se concentraron en las opciones nunca o casi nunca, ocupando porcentajes superiores al 70%. Los peores indicadores de prevalencia se presentaron en mujeres, mayores de 75 años, bajo nivel educativo, estratos socioeconómicos bajos y en la población soltera. En general un poco más de la tercera parte reportaron 1 o más impactos en las dimensiones de la calidad de vida, con un promedio de 0,86 (IC95% 0,53- 1,19) y un puntaje total de severidad de 7,61 (IC95% 5,98- 9,24).

Conclusión:

Aunque en la mayoría de la población encuestada, su condición bucal no ejercía una influencia negativa en su calidad de vida, al analizar en profundidad se encontraron gradientes de desigualdad según factores sociodemográficos.

Palabras clave:

Calidad de vida, Salud autopercebida, Salud bucal, Adultos mayores.

Introducción

Colombia, como muchos países del entorno, viene experimentando una transición demográfica importante caracterizada por un aumento de la esperanza de vida y un significativo proceso de envejecimiento.¹ Colombia presenta un índice de envejecimiento entre el 20 y el 32% (IE=20% en 2010) y se espera que este índice pase de 8 mayores de 65 años por cada 100 jóvenes menores de 15 años en 1950, a 96 en 2050; casi equiparando estos dos grupos poblacionales; además, se espera un aumento en la esperanza de vida al nacimiento de 51,3 años en 1950-1955 a 79,8 años entre 2045-2050, es decir, se prolongó la vida, en promedio, 28,4 años en el transcurso de solo cien años.² Esta misma situación se presenta en la ciudad de Medellín, donde el grupo de adultos mayores presentó un aumento de 2,3% entre 1964 y 2001 y el índice de envejecimiento pasó de 8 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en 1964 a 21 adultos mayores en el 2001; la esperanza de vida pasó de 60 años a mediados del siglo XX a 73 años en 2003,³ lo cual evidencia la creciente necesidad de volver la mirada hacia este grupo poblacional que cada vez toma más fuerza en el país.

Hace algunos años comenzó a reconocerse en Colombia la influencia que tiene la salud bucal como factor determinante de la salud general de los individuos y las comunidades y es así como el componente bucal comienza a adquirir valor dentro de las Políticas Públicas Nacionales.^{4,5} En este análisis, conviene estudiar los determinantes que afectan esa situación de salud bucal y general y es por ello que cobra importancia el estudio de la calidad de vida desde una dimensión individual y colectiva y su impacto en indicadores de salud física, mental y social y concretamente en salud bucal.⁶⁻¹⁰

Aunque existen numerosas definiciones sobre calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB), una de ellas la caracteriza como: *“la percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta”*.¹¹ Una revisión de la literatura internacional, da cuenta de los numerosos estudios que pretenden evaluar el impacto de las actividades cotidianas relacionadas con la salud bucal (comer, hablar, deglutir) en la calidad de vida, así como en su percepción del estado de salud, y con otras consecuencias como la pérdida del diente.¹² Se reportan algunas investigaciones en México, España y Chile, que pretenden evaluar, a través de diferentes instrumentos de medición ya validados, cuál es el impacto que tiene la salud bucal en la calidad de vida en adultos mayores.¹³⁻¹⁸

Específicamente en Colombia, las investigaciones en salud bucal en el adulto mayor son mucho más recientes y se han enfocado en la evaluación de algunos aspectos dejando entrever la necesidad de explorar otras variables relacionadas con aspectos sociales y culturales.¹⁹ Por ejemplo, en el estudio realizado en la ciudad de Cartagena en el que los participantes tenían una edad promedio de 68,3±6,3 años, como resultados principales se encontró que al analizar las dimensiones evaluadas con el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), la función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, en especial aquél relacionado con la incomodidad que presentan los adultos mayores al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes (44%).²⁰ Teniendo en cuenta lo anterior, se requiere describir con mayor profundidad la situación en otros contextos sociales. Por ejemplo, en la ciudad de Medellín se han encontrado desigualdades importantes en materia de salud y calidad de vida evidenciadas en la Encuesta de Calidad de Vida que la Alcaldía de Medellín viene aplicando en la ciudad desde el 2004.²¹

Esta investigación fue realizada en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín,²² la cual es una Institución perteneciente a la Universidad de Antioquia, que brinda servicios de salud a la comunidad en todos los niveles de atención y está comprometida con la investigación, la extensión y la docencia; por tal motivo, se consideró ésta como la institución idónea para llevarla a cabo; con los siguientes objetivos: 1) Analizar la relación existente entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) con indicadores de salud general y salud bucal autopercebida en la población adulta mayor que consulta a la IPS Universitaria y 2) Explorar los factores sociodemográficos asociados con la CVRSB en la población de estudio.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal mediante encuesta estructurada en pacientes adultos mayores que consultaron a la IPS Universitaria, Sede Ambulatoria, Medellín, durante los meses de agosto y septiembre de 2012. Para la selección de los participantes, no se realizó muestreo; para este caso el grupo de investigadores se desplazó directamente a la institución y se realizó captación de usuarios, a los asistentes a consulta médica y odontológica, así como a los diferentes programas asistenciales y servicios que presta la institución. Como criterios de inclusión de establecieron: En primer lugar a aquellas personas definidas como adultos mayores según la OMS (personas mayores de 65 años) y, la voluntariedad en la participación del estudio. Se excluyeron aquellas personas con dificultades en la comprensión de las preguntas (auditivas, mentales, visuales), y aquellas con compromiso sistémico o discapacidades que impedían participar en el estudio. Se determinó un punto de corte de 100 encuestas, con una distribución equitativa entre hombres y mujeres (n=50).

El cuestionario, de 19 ítems (disponible si se solicita a los autores), fue elaborado por el equipo de investigación con base en la información de las encuestas realizadas por otros estudios en Colombia, como el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB, 1998)²³ y la Encuesta Nacional de Salud Pública (ENSP 2007);²⁴ contiene información sociodemográfica, de salud general y salud bucal, información sobre el uso de servicios de salud bucal y calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB).^{9,11,14} Previo al inicio del trabajo de campo se realizó una prueba piloto (10 encuestas en pacientes adultos mayores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia). Se revisó la comprensión en el lenguaje, las dificultades en su diligenciamiento, el tiempo de realización y la consistencia interna del cuestionario.

Concretamente, para este análisis, se incluyeron las siguientes variables: 1) Sociodemográficas: Sexo, edad, nivel educativo, estrato socioeconómico y estado civil; 2) Indicadores de Salud: a) Salud autopercebida, esta se obtuvo de la pregunta 9: *“¿Cómo considera su estado de salud general en este momento?”* y se consideró como buena salud las opciones buena y muy buena y mala salud las opciones regular, mala y muy mala. Este indicador de salud ha sido utilizado ampliamente y validado en otras investigaciones; b) Salud bucal autopercebida: se obtuvo de la pregunta 11: *“¿Cómo considera usted el estado de su boca en general?”*, esta fue dicotomizada en buena/mala, de la misma forma que la pregunta anterior; c) Satisfacción bucal: Esta se obtuvo de la pregunta 10: *¿Qué tan satisfecho se encuentra con la apariencia de sus dientes?* Con dos alternativas de respuesta (Satisfecho/Insatisfecho); y d) Percepción de problemas dentales: se obtuvo de la pregunta 12: *¿Ha tenido algún problema dental, en la boca o las encías en los ULTIMOS 30 días, contados hasta hoy?* (Si/No)

Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB), esta se obtuvo a través del instrumento OHIP-14 *-Oral Health Impact Profile- Perfil de Impacto en Salud Oral-*, el cual consta de 14 preguntas distribuidas en 7 dimensiones: Limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta y a cada una se le asigna un puntaje: 0-nunca, 1-casi nunca, 2-a veces, 3-frecuentemente, 4-siempre.^{9,11,14} El análisis del OHIP-14 permitió usar tres variables de resumen de las consecuencias funcionales y psicológicas de los problemas de salud bucal:^{25, 26}

1) Prevalencia: Porcentaje de individuos que reportan uno o más ítems: "frecuentemente" o "siempre", 2) Extensión: Es el número de ítems reportados como "frecuentemente" o "siempre", 3) Severidad: Es la suma de todos los valores ordinales de las respuestas, y puntúa en un rango de 0 a 56, a más alto valor, mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida.

Se realizó un control de calidad de la información recogida en el trabajo de campo (verificación del contenido de los cuestionarios, codificación de las variables). En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de frecuencias de cada una de las dimensiones y preguntas del OHIP-14. Posteriormente se analizaron cada una de las variables de resumen del instrumento mediante frecuencias absolutas y relativas y promedios con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), de acuerdo a las variables sociodemográficas y de salud y pruebas Chi cuadrado (t de student, prueba de diferencia de proporciones) para observar diferencias significativas. Por último, se calcularon Razones de Prevalencia (RP) primero crudas y posteriormente ajustadas a partir de la Odds Ratio (OR) estimada mediante regresión logística no condicional, se calcularon RP ajustadas por variables sociodemográficas para mirar relaciones

entre indicadores de salud autopercebida y las variables de resumen del OHIP-14 (con sus IC95%). Para ello se utilizó la siguiente fórmula de conversión propuesta.²⁷

$$RP = \frac{OR}{[1+p] * (OR - 1)} \quad IC95\% = OR^{(1 \pm \frac{1.96}{Z})}$$

En el análisis de los datos se utilizaron los programas Excel para Windows, SPSS 18.0 (IBM) y Epidat 3.1 (Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Xunta de Galicia, España, Organización Panamericana de la Salud e Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana).

Según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de la Salud y Protección Social (antes Ministerio de Salud),²⁸ por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este estudio se encuentra clasificado como una investigación sin riesgo. El desarrollo de este estudio no implicó riesgos para los participantes ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron. Se tuvo como criterio fundamental el respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y se garantizó la privacidad del individuo participante en la investigación, y su consentimiento informado para participar. Se contó con la aprobación del Comité Técnico de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y del Comité de Ética y de Investigación de la IPS Universitaria (Código IN19-2012).

Resultados

En la Tabla 1 se muestran las distribuciones porcentuales de las diferentes preguntas y dimensiones del OHIP-14 para hombres y mujeres. En términos generales en todas las dimensiones y

preguntas las mayores respuestas se concentraron en las opciones nunca o casi nunca, ocupando porcentajes superiores al 70%. Llama la atención que en las dimensiones de dolor físico, concretamente en la pregunta 3, se observó un porcentaje más elevado en las respuestas frecuentemente y siempre para el caso de los hombres (20%) con respecto a las mujeres y a las demás dimensiones. En la dimensión de malestar psicológico a la pregunta 5, las mujeres respondieron con mayor proporción las opciones frecuentemente y casi siempre (16%), esta misma situación se observa en la dimensión de incapacidad física en la pregunta 7. No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones y en las preguntas para hombres y mujeres.

Atendiendo a los 3 indicadores analizados (Prevalencia, extensión y severidad) y su relación con factores sociodemográficos (Tabla 2), se pudieron observar algunos gradientes en los resultados. Por ejemplo, los peores indicadores de prevalencia se presentaron en mujeres, mayores de 75 años, bajo nivel educativo, estratos socioeconómicos bajos y en la población soltera. Estos resultados se mantienen con respecto a la extensión y severidad, aunque en último caso se observó mayor promedio en hombres. En general un poco más de la tercera parte reportaron 1 o más impactos en las dimensiones de la calidad de vida, con un promedio de 0,86 (IC_{95%} 0,53- 1,19) y un puntaje total de severidad de 7,61 (IC_{95%} 5,98-9,24).

Teniendo en cuenta estos indicadores de calidad de vida relacionada con la salud bucal de acuerdo a las variables de salud; salud bucal y autopercebida, satisfacción del estado bucal y percepción de problemas bucales (Tabla 3), se observa que tanto la prevalencia como la extensión y la severidad son mayores en las personas que reportan su salud general y bucal como malas, las personas

insatisfechas con su salud bucal y aquellas personas que reportaron problemas bucales en los últimos 30 días, encontrándose diferencias significativas cuando se comparan los porcentajes o los promedios, excepto para el caso del indicador de prevalencia en el caso de las personas que reportaron problemas bucales.

Por último, el análisis multivariado para observar relaciones entre el indicador de prevalencia de impacto de la CVRSB con indicadores de salud bucal y estratificando por sexo (Tabla 4), se evidenció que luego de ajustar por factores sociodemográficos, la prevalencia de impacto de CVRSB fue 9 veces mayor entre los hombres y 3 veces mayor en las mujeres que reportaron su salud bucal como mala, y estadísticamente significativas. La prevalencia de impacto de CVRSB fue 3 veces mayor en las mujeres que se reportaron insatisfechas con su estado bucal (y estadísticamente significativa). En los demás casos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas luego de ajustar en los modelos multivariados.

Discusión

Los resultados generales de esta investigación muestran que la mayoría de la población encuestada, su condición bucal no ejercía una influencia negativa en su calidad de vida, dado que las respuestas tendían hacia valores de nunca y casi nunca y los promedios hacia valores más bajos (lo que indica menor severidad). Sin embargo, al analizar en profundidad se encontraron diferencias según factores sociodemográficos. Las personas de mayor edad, las mujeres, las personas con menor nivel educativo y cuyo estado civil fuera solteros o viudos, reportaron mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida. Existe una relación directa entre los indicadores de salud autopercebida y el perfil de impacto, ya que fue mucho mayor en las personas cuyo estado de salud general y bucal se reportaron como malos.

Tabla 1. Distribución porcentual de las respuestas del OHIP-14 según sexo. IPS Universitaria. Medellín, 2012 (n=100)

Pregunta/Dimensión	Sexo	0 Nunca n (%)	1 Casi nunca n (%)	2 A veces n (%)	3 Frecuentemente n (%)	4 Siempre n (%)	p-valor*
Limitación funcional							
1. ¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Hombres	39 (78,0)	5 (10,0)	4 (8,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	0,757
	Mujeres	41 (82,0)	3 (6,0)	4 (8,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	
2. ¿Has notado peor el sabor o el gusto por las comidas debido a problemas con tu boca o con tus dientes?	Hombres	38 (76,0)	4 (8,0)	8 (16,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,350
	Mujeres	34 (68,0)	4 (8,0)	9 (18,0)	3 (6,0)	0 (0,0)	
Dolor físico							
3. ¿Te han dolido tus dientes o boca en el último año?	Hombres	24 (48,0)	10 (20,0)	6 (12,0)	8 (16,0)	2 (4,0)	0,249
	Mujeres	29 (58,0)	9 (18,0)	9 (18,0)	3 (6,0)	0 (0,0)	
4. ¿Has notado molestias para comer alguna comida por problemas en tus dientes o boca?	Hombres	29 (58,0)	1 (2,0)	16 (32,0)	2 (4,0)	2 (4,0)	0,786
	Mujeres	26 (52,0)	3 (6,0)	17 (34,0)	3 (6,0)	1 (2,0)	
Malestar psicológico							
5. ¿Has estado preocupado debido a problemas con tus dientes o boca?	Hombres	28 (56,0)	3 (6,0)	14 (28,0)	1 (2,0)	4 (8,0)	0,245
	Mujeres	31 (62,0)	4 (8,0)	7 (14,0)	5 (10,0)	3 (6,0)	
6. ¿Te has sentido nervioso debido a problemas con tus dientes o boca?	Hombres	39 (78,0)	4 (8,0)	4 (8,0)	1 (2,0)	2 (4,0)	0,940
	Mujeres	38 (76,0)	4 (8,0)	5 (10,0)	2 (4,0)	1 (2,0)	

Incapacidad física									
7.	¿Has tenido problemas para comer bien lo que querías por problemas con tus dientes o boca?	Hombres	30 (60,0)	6 (12,0)	7 (14,0)	5 (10,0)	2 (4,0)	0,519	
		Mujeres	32 (64,0)	4 (8,0)	6 (12,0)	8 (16,0)	0 (0,0)		
8.	¿Has tenido que parar de comer alguna vez por problemas con tus dientes o boca?	Hombres	34 (68,0)	4 (8,0)	10 (20,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	0,452	
		Mujeres	39 (78,0)	1 (2,0)	7 (14,0)	2 (4,0)	1 (2,0)		
Incapacidad psicológica									
9.	¿Has tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con tus dientes o boca?	Hombres	42 (84,0)	5 (10,0)	1 (2,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	0,061	
		Mujeres	44 (88,0)	1 (2,0)	5 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
10.	¿Has sentido vergüenza de tus dientes en el último año?	Hombres	34 (68,0)	7 (14,0)	4 (8,0)	2 (4,0)	3 (6,0)	0,497	
		Mujeres	30 (60,0)	5 (10,0)	9 (18,0)	4 (8,0)	2 (4,0)		
Incapacidad social									
11.	¿Has estado un poco irritable y antipático con tus amigos y familia por problemas con tus dientes o boca?	Hombres	41 (82,0)	6 (12,0)	3 (6,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,124	
		Mujeres	47 (94,0)	1 (2,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
12.	¿Has faltado a la universidad o al trabajo por problemas con tus dientes o boca?	Hombres	44 (88,0)	1 (2,0)	5 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,292	
		Mujeres	48 (96,0)	0 (0,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Minusvalía									
13.	¿Has sentido que tu vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con tus dientes o boca?	Hombres	38 (76,0)	6 (12,0)	5 (10,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	0,629	
		Mujeres	39 (78,0)	7 (14,0)	3 (6,0)	0 (0,0)	1 (2,0)		
14.	¿En este último año las molestias o el dolor en tu boca te han impedido hacer tu vida normal?	Hombres	37 (74,0)	6 (12,0)	5 (10,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	0,533	
		Mujeres	42 (84,0)	3 (6,0)	3 (6,0)	1 (2,0)	1 (2,0)		

* Prueba Chi cuadrado para la distribución porcentual de las variables

Tabla 2. Indicadores de calidad de vida relacionada con la salud bucal según características sociodemográficas. IPS Universitaria. Medellín, 2012 (n=100)

Variables	Muestra n	Indicadores (IC95%)		
		Prevalencia/impacto (%)	Grado (Promedio)	Severidad (Promedio)
Sexo				
Hombres	50	34,0 (22,0- 46,0)	0,86 (0,43- 1,41)	7,94 (5,54- 10,34)
Mujeres	50	40,0 (26,0- 54,0)	0,86 (0,46- 1,42)	7,28 (4,98- 9,58)
Edad				
65- 74	70	34,3 (24,3- 45,7)	0,81 (0,47- 1,17)	7,21 (5,30- 9,13)
≥ 75	30	43,3 (40,0- 73,3)	0,97 (0,37- 1,97)	8,53 (5,27- 11,80)
Nivel educativo				
≤ Primaria	28	57,1 (39,3- 75,0)	1,25 (0,59- 2,00)	9,54 (6,07- 13,01)
Secundaria	25	36,0 (16,0- 56,0)	0,96 (0,33- 1,74)	8,00 (4,83- 11,17)
Universitaria	47	25,5 (12,8- 38,3)	0,57 (0,25- 0,96)	6,26 (3,91- 8,61)
Estrato+				
Bajo (1-2)	14	64,3 (42,9- 85,7)	1,43 (0,68- 2,25)	11,71 (7,25- 16,78)
Medio (3-4)	61	36,1 (24,6- 47,5)	0,84 (0,45- 1,28)	7,92 (5,97- 10,08)
Alto (5-6)	24	20,8 (4,3- 37,5)	0,58 (0,08- 1,48)	4,50 (2,14- 7,43)
Estado civil				
Soltero	13	69,2 (7,7- 61,5)	1,46 (0,71- 2,15)	11,46 (7,46- 11,42)
Casado- Unión libre	66	31,8 (21,2- 43,9)	0,83 (0,44- 1,28)	7,36 (5,40- 9,71)
Viudo	14	35,7 (14,3- 64,3)	0,43 (0,13- 0,79)	5,50 (2,94- 8,25)
Separado	7	28,6 (0,0- 71,4)	0,86 (0,00- 2,29)	7,00 (2,00- 11,20)
Total	100	37,0 (28,0- 47,0)	0,86 (0,53- 1,19)	7,61 (5,98- 9,24)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Tabla 3. Indicadores de calidad de vida relacionada con la salud bucal según indicadores de salud autopercebida. IPSUniversitaria. Medellín, 2012 (n=100)

Variables	Muestra n	Indicadores (IC95%)		
		Prevalencia/impacto (%)	Grado (Promedio)	Severidad (Promedio)
Salud autopercebida				
Buena	57	24,6 (14,0- 35,1)	0,47 (0,24- 0,77)	5,09 (3,54- 3,71)
Mala	43	53,5 (39,5- 67,4)**	1,37 (0,84- 2,12)**	10,95 (8,39- 13,90)*
Estado bucal autopercebido				
Bueno	62	16,1 (8,1- 25,8)	0,23 (0,09- 0,29)	3,65 (2,63- 4,62)
Malo	38	71,1 (55,3- 84,2)***	1,89 (1,24- 2,61)***	14,08 (11,35- 17,18)***
Satisfacción estado bucal				
Satisfecho	80	27,5 (17,5- 37,5)	0,60 (0,33- 0,94)	6,10 (4,66- 7,76)
Insatisfecho	19	73,7 (52,6- 89,5)***	1,95 (1,06- 3,00)**	13,95 (9,41- 18,47)*
Percepción de problemas bucales				
No	57	31,6 (19,3- 43,9)	0,51 (0,28- 0,76)	5,25 (3,82- 6,83)
Si	43	44,2 (30,2- 60,4)	1,33 (0,73- 2,03)***	10,74 (7,98- 13,79)***

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Prueba t de medias para muestras independientes y Prueba chi cuadrado de diferencia de proporciones:

El Valor de referencia es el primero en cada categoría)

Estadísticamente significativo: * p<0.05 **p<0.01 *** p<0.001

Tabla 4. Razones de prevalencia crudas y ajustadas para la prevalencia de impacto de la calidad de vida relacionada con la salud bucal según indicadores de salud

Variables	Hombres		Mujeres	
	RPc (IC95%)	RPa (IC95%)	RPc (IC95%)	RPa (IC95%)
Salud autopercibida				
Buena	1,00	1,00	1,00	1,00
Mala	2,54 (1,17- 5,51)	2,62 (0,81- 8,45)	1,86 (0,89-3,86)	1,52 (0,65- 3,55)
Estado bucal autopercibido				
Bueno	1,00	1,00	1,00	1,00
Malo	7,62 (2,87- 20,21)	8,97 (2,56- 31,45)	3,03 (1,49- 6,16)	3,14 (1,42- 6,96)
Satisfacción estado bucal				
Satisfecho	1,00	1,00	1,00	1,00
Insatisfecho	2,34 (1,12- 4,89)	2,56 (0,96- 6,82)	3,04 (1,79- 5,15)	3,20 (1,42- 7,21)
Percepción de problemas bucales				
No	1,00	1,00	1,00	1,00
Si	1,13 (0,52- 2,45)	1,58 (0,67- 3,70)	1,69 (0,86- 3,33)	1,59 (0,74- 3,44)

RPc: Razones de Prevalencia crudas

RPa: Razones de Prevalencia ajustadas por edad, nivel educativo, estrato socioeconómico y estado civil

Se encontraron diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres que pueden ser explicadas desde una perspectiva de género ya que la percepción sobre el impacto negativo en la calidad de vida derivado de problemas bucales, ocurren dentro de contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos.²⁹⁻³¹ En este estudio el impacto fue reportado con más frecuencia en mujeres (aunque la severidad del éste fuera menor). Por generaciones las mujeres han vivido en un rol cultural que ha exigido de ellas la responsabilidad del cuidado familiar, lo que a su vez ha incentivado el autocuidado.²⁹⁻³¹ Por esta razón, podrían estar más atentas a su salud bucal, sienten más necesidad de consultar ante cualquier alteración evitando su avance pero al mismo tiempo manifiestan percibir impacto con mayor frecuencia lo que llevaría a comprender por qué a pesar de que se encuentran en unas condiciones “mejores” respecto a los hombres, éstas se ven más afectadas a nivel psíquico e incluso pueden llegar a somatizar este sentimiento en su salud general, manifestando secuelas como incapacidad

física. Un estudio realizado en población adulta mayor, muestra como las mujeres reportan mayores niveles de preocupación, dolor y otros síntomas bucales cuando se aplican encuestas subjetivas de salud oral.³²

Por otro lado, los hombres parecen preocuparse menos por el impacto que pueda generar su estado bucal en la calidad de vida, al llegar al punto que cuando se reporta, su condición puede ser tan avanzada, que se relaciona frecuentemente con alteraciones en la dimensión de dolor, por lo que se hace más significativo. Al parecer este hecho está influenciado por el estilo de vida y el papel que ha desempeñado históricamente el hombre, el cual se ha preocupado más por el sustento de su hogar, que por su propio cuidado.

La edad y el género determinan la utilización de los servicios de salud bucal y por ende las diferencias encontradas en este estudio en el impacto de la calidad de vida y salud bucal. Por ejemplo, un estudio realizado en Canadá,³³ reportó como el uso de servicios dentales

es mucho mayor en mujeres, mientras que los hombres y las personas de mayor edad van al odontólogo para solucionar problemas de dolor.

En este estudio se detectó que a mayor edad, la muestra reportó más impacto, entendiendo éste como negativo, posiblemente debido al hecho que a medida que avanza la edad, las personas perciben un deterioro progresivo de su calidad de vida, influenciado por múltiples condicionantes (sistémicos, psicológicos, sociales, económicos, entre otros) que afectan su diario vivir. Otro de los condicionantes que puede tomar partida en esta situación incluye la falta de acompañamiento y apoyo social efectivo que experimentan algunos adultos mayores; así, la población que se identificó como soltera reporta en general un mayor impacto, dado que el no tener pareja se percibe como una ausencia de apoyo social. Esto concuerda con estudios previos, donde se reporta que el principal cuidador de los adultos mayores fue el cónyuge, por lo que se podría afirmar que en ausencia de éste, se registra un mayor efecto negativo en la calidad de vida.²⁰

Otros factores condicionantes de la calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población estudiada incluyen el bajo nivel educativo y socioeconómico. Estudios enfocados en los determinantes sociales y económicos en poblaciones similares,³⁴ muestran como los adultos mayores que procedían de un barrio con privación social y económica, sumado a deficiente nivel educativo, tuvieron mayores problemas en la comunicación y relación social debido a problemas bucales. Sin embargo, para el caso de la IPS Universitaria, las barreras de acceso a los servicios de salud no son tan evidentes, ya que muchos de los adultos mayores que consultan a esta institución pertenecen al Programa de Salud de la Universidad de Antioquia, y que se complementa con un plan de beneficios con coberturas especiales.²² El impacto de la salud bucal en la calidad de vida mayor en las personas de menor nivel educativo, podrían estar explicadas

por barreras culturales propias del individuo que podrían en algún momento determinado hacer más difícil la asimilación de información relacionada con salud bucal, lo cual en muchas ocasiones, se suma al proceso de envejecimiento.³⁵

Los instrumentos y la metodología empleados en este estudio, hace que los resultados de la presente investigación sean equiparables a los obtenidos en otros estudios a nivel internacional.¹¹⁻¹⁹ A manera de ejemplo, un estudio realizado en México en el 2010, reportó que las personas que perciben necesitar atención estomatológica son las que presentan problemas bucodentales que afectan a su calidad de vida,¹⁶ con estos datos es posible confirmar que quienes presentan un peor estado bucal, con la inherente necesidad de atención odontológica, reportan un mayor impacto en la calidad de vida derivado de los problemas bucales; sin embargo, se encontraron ciertas diferencias ya que en dicho estudio una mayor proporción de hombres (86,2%) que de mujeres (61,3%) consideraron necesitar tratamiento dental,¹⁶ lo que se podría derivar de que éstos presentaban problemas bucales que afectan a su calidad de vida, como había sido referenciado previamente.

A nivel nacional, el estudio realizado en Cartagena en el año 2012,²⁰ demostró la correlación entre la salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, los resultados obtenidos describen que los adultos mayores perciben que sus problemas dentales de origen endodóntico o traumático, que son acompañados de dolor y ausencia de la gran mayoría de sus dientes representan un impacto negativo en su calidad de vida, confirmando la importancia de la salud bucal como factor determinante para la consecución del bienestar general.

Las investigaciones que pretenden demostrar la relación entre los conceptos salud bucal y calidad de vida cada vez son más frecuentes, sin embargo es claro que queda una puerta abierta para nuevos investigadores que pretendan detallar aún más esta relación o estudiarla en diferentes contextos. Entre las fortalezas del presente estudio se puede

mencionar que éste se constituye como uno de los pioneros en la ciudad de Medellín que articula estas variables en la población adulta mayor, así, las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud bucal evaluadas ofrecieron nueva información acerca de las características de la población estudiada; se realizó una prueba piloto y estandarización de los encuestadores lo que ayudó a la recolección cuidadosa de la información para brindar mayor validez a los resultados; el hecho de tener una muestra homogénea (50 Hombres/50 mujeres) permitió dar cuenta de la autopercepción que tiene el adulto mayor abordado desde ambos sexos. Como limitaciones se reconoce que el adulto mayor generalmente no proporciona en forma espontánea toda la información necesaria, debido a que creen que sus problemas forman parte del proceso de envejecimiento o sienten desconfianza al momento de contestar la entrevista, lo que ocasiona un sesgo de la información; también se produjo un sesgo de memoria ya que algunas personas entrevistadas no recordaban claramente algunos datos pedidos en la entrevista. Es importante resaltar que la interpretación de la información obtenida se debe analizar con mucha cautela, ya que solo se realizó el análisis en una parte de la población de la IPS Universitaria, por lo que los resultados no son representativos de la situación general de los pacientes de dicha institución y menos aún de la población de la ciudad de Medellín.

El desarrollo de este proyecto permitió evidenciar que el enfoque moderno de la atención muestra la creciente necesidad que los profesionales de la salud aborden el concepto de calidad de vida relacionada con salud bucal, lo que incentiva a la evaluación, detección, control y seguimiento de los

problemas bucales como estrategia para disminuir las alteraciones psicosociales y los efectos negativos en la calidad de vida de la población adulta mayor que hoy por hoy se ha convertido en un grupo con gran peso demográfico. El establecimiento de una cultura de autocuidado en la población desde edades tempranas, respaldada por el profesional quien debe asumir su compromiso de promover la salud, buscar estrategias para empoderar a la comunidad y ayudar en la prevención de las enfermedades, es una medida que debe constituir la prioridad de la atención en salud, lo que permitirá que se logre alcanzar la vejez en condiciones dignas; esto trae consigo la necesidad de evaluar la validez y efectividad de los servicios de salud ofrecidos actualmente, los cuales deben permitir alcanzar la tercera edad con todos los dientes o por lo menos con los que queden en buen estado. Se sabe que la necesidad de tratamiento odontológico en las personas adultas mayores es alta y a pesar de esto, la oferta de servicios sigue siendo menor o el costo para buscar la atención que se necesita dificulta el acceso a la misma, lo que implica un importante reto en la formulación de políticas públicas dirigidas a atender las necesidades de esta población y a ofrecer una atención suficiente, con calidad y que dé respuesta a las necesidades reales para mejorar las condiciones de salud bucal.

Agradecimientos

A los adultos mayores que desinteresadamente participaron con las encuestas y a la IPS Universitaria por facilitar las condiciones logísticas necesarias para garantizar la realización del estudio en todas sus fases.

Referencias

1. Carmona Fonseca J. Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica*. 2005; 25 (4): 464-80.
2. Cardona Arango D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (2): 335-48.
3. Cardona AD, Estrada RA, Agudelo GHB. Medellín envejece a pasos agigantados. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2004; 22(2): 7-19.

4. Agudelo AA, Martínez E. La participación social como referente estratégico para el fortalecimiento de la salud bucal en las políticas nacionales de salud pública. *Rev CES Odont.* 2008; 21(1): 77-84.
5. Agudelo Suárez AA, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: Un análisis crítico. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2009; 8 (16): 91-105.
6. Sen A. Capital humano y capacidad humana. *Cuad de Econ.* 1998: 17(29); 67-72.
7. Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Quality of life and health: a necessary debate. *Ciênc saúde coletiva.* 2000; 5(1): 7-18.
8. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc Enferm.* 2003; 9(2): 9 -21.
9. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Revista Dental de Chile.* 2005; 96 (2): 28-35.
10. Montes JL. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Revista Dental de Chile.* 2001; 92 (3): 29-31.
11. Montero Martín J. Calidad de vida Oral en Población General, Tesis Doctoral. Granada (España); 2006
12. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2003 Sep 8;1:40.
13. Hernández-Mejía R, Calderón-García R, Fernández-López JA, Cueto-Espinar A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. *RCOE.* 2006; 11(2):181-191.
14. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation of the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009; 14(1):E44–50.
15. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol.* 2010; 29(63): 83-92.
16. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 27(5):321–9.
17. Sánchez-Muriguiondo M, Román-Velásquez M, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza-Avilés A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Rev Esp Med Quir* 2011;16(2):110-5.
18. Rivera Escobar O, Zapata Casanova I, Rojas Alcayaga G, Espinoza Santander I. Relación entre "autopercepción de salud oral" y "calidad de vida relacionada a la salud" en adultos mayores con y sin rehabilitación oral. Santiago: Universidad de Chile- Facultad de Odontología; 2003.
19. Moreno JA, Montoya AF, Gómez DP, Arboleda A, Zea FJ, Agudelo AA. Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia: un estudio piloto. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2012; 24(1): 22-36.
20. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam.* 2012; 5 (1): 9-16.
21. Encuesta de Calidad de Vida. [Internet] [Acceso: 01 abril 2013] disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://6d39e618cf27dc5d27abf891c0a35b4a>
22. Universidad de Antioquia, IPS Universitaria. Estatutos de la Corporación Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, "IPS Universitaria" [Internet] [Acceso: 01 abril 2013] Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/index.php/quienes-somos/estatutos.html>

23. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III. Bogotá: El Ministerio; 1998.
24. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
25. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J.* 2005;198(8):489-93.
26. Locker D, Quiñonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *J Can Dent Assoc.* 2009; 75(7): 521a- 521e.
27. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. [Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies]. *Gac Sanit.* 2003; 17(1):70-4.
28. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
29. García Calvente M (ed.). Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud. Granada: Serie Monografías Escuela Andaluza Salud Pública; 2010.
30. Borrell C, Artazcoz L. [Inequalities gender on health: challenges for the future]. *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 82(3), 245-9.
31. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med.* 1996; 51:294-6.
32. Locker D. Effects of non-response on estimates derived from an oral health survey of older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 108-13.
33. MacEntee M, Stolar E and Glick N. Influence of age and gender on oral health and related behaviour in an independent elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 234-9.
34. Tickle, Craven y Worthington. A comparison of the subjective oral health status of older adults from deprived and affluent communities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25 (3): 217-22.
35. Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Sánchez Caravaca MA, Guisado Barrilao R, Villaverde Gutiérrez C. Envejecimiento y calidad de vida en una sociedad multicultural. Factores a considerar. *Scientia: revista multidisciplinar de ciencias de la salud.* 2010; 15 (2): 135-52.



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007