



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en
pacientes adultos mayores del Departamento de
Geriatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año
2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Susy Isabel TANTAS CALDAS

ASESOR

Juan José PAZ FERNÁNDEZ

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Tantas S. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2017.

608



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE

ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el veintidós de mayo del 2017 por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista de la Bachiller :

→ en Pastado

TANTAS CALDAS, Susy Isabel ✓

Amador

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « EDENTULISMO PARCIAL O TOTAL, Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL DEPARTAMENTO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, AÑO 2016 » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento... SOBRESALIENTE... siendo calificado con un promedio de: Dieciocho 18
(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los veintidos días del mes de mayo del dos mil diecisiete.

PRESIDENTE DEL JURADO

Mg. C.D. Carlos Alberto Arroyo Pérez

MIEMBRO

C.D. Jaime Alberto Sánchez García

MIEMBRO (ASESOR)

C.D. Juan José Paz Fernández

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

12/2)
SS

**“EDENTULISMO PARCIAL O TOTAL, Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES DEL DEPARTAMENTO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA, AÑO 2016”**

VEREDICTO DEL JURADO

- **Presidente: Mg. Carlos Alberto Arroyo Pérez**
- **Miembro: CD. Esp. Jaime Alberto Sánchez García**
- **Miembro Asesor: CD. Esp. Juan José Paz Fernández**

A Dios, en primer lugar, por su amor infinito y bendiciones que brinda día a día a mi familia y a mí.

A mis padres, Yolanda y Edgar por su gran amor, motivación y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A mis hermanos; Vanessa, Edgar y Angie por alentarme a lo largo de mi vida y de esta carrera universitaria.

AGRADECIMIENTOS

Al CD. Esp. Juan José Paz Fernández, mi asesor, por su apoyo constante y disposición para orientarme en la realización de ésta investigación.

Al CD. Esp. Jaime Alberto Sánchez García, miembro de mi Jurado, por su importante aporte y apoyo a la realización del presente estudio.

Al Mg. Carlos Alberto Arroyo Pérez, miembro Presidente de mi Jurado, por su tiempo y paciencia que se ha tomado para la realización de esta investigación.

Al Mg. Daniel Suarez Ponce por su apoyo y motivación a lo largo de la elaboración de este estudio.

A mis padres, por su confianza e invaluable apoyo en el proceso de esta investigación.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el edentulismo parcial o total, y calidad de vida en pacientes adultos mayores con ausencia parcial o total de sus piezas dentarias del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del año 2016. La metodología empleada fue un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se evaluó a las personas adultas mayores que se atendieron en el Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016 (n =152) mediante un cuestionario dividido en 3 partes, la primera de datos generales como edad y sexo; segunda del odontograma y la tercera parte corresponde al índice GOHAI que consta de 12 ítems relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones: la función física, función psicosocial, y el dolor e incomodidad, En los resultados se observó que el GOHAI en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, indica un valor de 33.71. El 1.3% presentó respuesta de salud bucodental regular, con un GOHAI de 51.50 y el 98.7% presentó respuesta de mala calidad de vida con un GOHAI de 33.47.

El estudio concluyó que la mayor parte de la muestra presentó una autopercepción mala de su calidad de vida relacionada a su salud oral.

Palabras clave: edentulismo, calidad de vida, GOHAI

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between partial or total edentulism and quality of life in elderly patients with partial or total absence of their teeth from the Geriatric's Department of the Arzobispo Loayza National Hospital in 2016. The methodology used was a descriptive, observational and cross-sectional study. Elderly adults who were treated at the Geriatric's Department of the Arzobispo Loayza National Hospital in 2016 (n = 152) were evaluated through a questionnaire divided into 3 parts, the first one of general data such as age and sex; second of the odontogram and the third part corresponds to the GOHAI, which consists of 12 items related to oral health, which comprise three dimensions: physical function, psychosocial function, and pain and discomfort. In the results it was observed that GOHAI in National Hospital Arzobispo Loayza, indicates a value of 33.71. The 1.3% presented a regular oral health response, with a GOHAI of 51.50 and 98.7% presented a poor quality of life response with a GOHAI of 33.47.

The study concluded that most of the sample had a poor self-perception of their quality of life related to their oral health

Key words: edentulism, quality of life, GOHAI

ÍNDICE

Portada	i
Título de Tesis.....	ii
Veredicto del Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Índice de tablas	xi
Índice de gráficos	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
2.1. Área problema.....	3
2.2. Delimitación de problema.....	4
2.3. Formulación del problema.....	4
2.4. Objetivos.	5
2.4.1 Objetivo general.....	5
2.4.2 Objetivos específicos.....	5

2.5. Justificación.....	5
2.6. Limitaciones.	6
III. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Antecedentes.	7
3.2. Bases Teóricas.....	12
3.2.1 Edentulismo.....	12
3.2.2. Calidad de vida.....	13
3.2.3 Calidad de vida relacionada a la salud.....	14
3.2.4 Calidad de vida y edentulismo.....	15
3.2.5 Índices de calidad de vida relacionada a la salud oral.....	16
3.2.6 Geriatric/General Oral Health Assessment Index.....	19
3.3 Definición de términos.....	20
3.4. Hipótesis.	21
3.5. Operacionalización de variables.....	22
IV. METODOLOGÍA	23
4.1. Tipo de Investigación.....	23
4.2. Población y muestra.....	23
4.3. Procedimientos y técnicas	25
4.4. Procesamiento de datos.	26
4.5. Análisis de resultado.....	27
V. RESULTADOS	28
5.1. Validez y confiabilidad del instrumento.....	28
5.2. Tablas, gráficos e interpretación	28

VI. DISCUSIÓN	43
VII. CONCLUSIONES	47
VIII. RECOMENDACIONES	48
VIII. BIBLIOGRAFÍA	49
IX. ANEXOS	53
Anexo 1: Odontograma.....	54
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	55

INDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
Nº 1	Distribución de la muestra según edad	28
Nº 2	Distribución de la muestra según sexo.	29
Nº 3	Distribución porcentual del tipo de edentulismo	30
Nº 4	Distribución porcentual de la clasificación de Kennedy en el maxilar	32
Nº 5	Distribución porcentual de la clasificación de Kennedy en la mandíbula	34
Nº 6	Distribución de frecuencias de valores medios del Índice GOHAI	36
Nº 7	Índice de calidad de vida relacionado a la salud oral aplicado a adultos mayores – GOHAI	38
Nº 8	Distribución porcentual del Índice GOHAI según el sexo	39
Nº 9	Distribución porcentual del edentulismo parcial según Índice GOHAI	41
Nº 10	Distribución porcentual del edentulismo total según Índice GOHAI	42

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
Nº 1	Distribución de la muestra según sexo.	29
Nº 2	Distribución según tipo de edentulismo	31
Nº 3	Distribución según la clasificación de Kennedy en el maxilar	33
Nº 4	Distribución según la clasificación de Kennedy en la mandíbula	35
Nº 5	Distribución de calidad de vida según índice GOHAI	37

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países. Además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en profundidad. Por otro lado, los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su salud bucal.

El concepto de Calidad de vida relacionado a la salud excede al de la propia salud o enfermedad y tiene que ver con la propia percepción de sentirse bien individualmente y en relación con la sociedad. La mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tienen un impacto muy directo sobre la calidad de vida de sus pacientes. La calidad de vida relacionada a la salud oral se define como el juicio personal acerca de qué manera factores funcionales, psicológicos, sociales y de dolor o incomodidad afectan el bienestar.

La condición de Salud Bucal en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontoestomatológicas, a pesar de los programas de prevención y promoción que se brindan en algunas zonas del país. La salud oral deficiente en adultos mayores ha sido evidenciada en altos niveles en la pérdida de dientes, experiencia de caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía y cáncer oral. Como resultado, el anciano reduce la variedad de alimentos que consume, haciendo una dieta monótona y de bajo valor nutricional.

En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral.

Uno de los principales instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral fue el índice de salud oral geriátrico (Geriatric Oral health Assesment Index o GOHAI) que fue desarrollado por Atchison y Dolan en 1990. Este instrumento consiste en un cuestionario de 12 ítems con respuesta tipo Likert en valores que van del 1 al 5, los cuales evalúan la función física que influye en el comer, hablar y deglutir; la función psicosocial, incluyendo preocupación por la salud bucodental, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud bucodental y dificultad en el contacto social debido a problemas bucodentales; y el dolor e incomodidad, incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad bucodental. Se evalúa de manera global a partir de la sumatoria de las respuestas para cada ítem, lo cual da un rango entre 12 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud bucodental. La importancia del índice GOHAI radica en la facilidad de su uso, el cual puede ser contestado en forma completa, además de que el instrumento presenta una adecuada validez y confiabilidad.

Bajo estas consideraciones, el objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre el edentulismo parcial o total, y calidad de vida en pacientes adultos mayores con ausencia parcial o total de sus piezas dentarias del Departamento de Geriátrica del Hospital Arzobispo Loayza del año 2016.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Área problema

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecen que las enfermedades bucodentales, constituyen problemas de salud pública que afectan a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.

Las enfermedades bucodentales asociado a una higiene bucal deficiente comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente. El Ministerio de Salud considera como daños priorizados a la caries dental, periodontopatías, pérdida de dientes, maloclusiones, lesiones de la mucosa bucal, cáncer bucal, manifestaciones bucales del VIH/SIDA, y a los traumatismos bucodentales, por lo que constituyen un grave problema de salud pública, con efectos considerables (individuales y colectivos) relacionados a la presencia del dolor, pérdida de capacidad funcional y calidad de vida de quien la padece, siendo generalmente las poblaciones pobres y de extrema pobreza las que soportan una mayor carga de morbilidad de la cavidad bucal.¹

El edentulismo es definido como la ausencia de los dientes permanentes siendo resultado de un proceso multifactorial que involucra procesos biológicos principalmente caries y enfermedad periodontal; así como factores no biológicos como el acceso a la salud, costos de tratamiento, etc.² La pérdida de dientes altera las funciones del sistema estomatognático: masticación, fonética y estética³, que conlleva a una deficiente calidad de vida de la persona. Por ello, se considera como prioridad el poder mejorar y/o mantener la salud bucal de los pacientes y de esta manera mejorar su calidad de vida realizando procedimientos odontológicos.

2.2 Delimitación del problema

El enfoque de calidad de vida, que maneja la OMS, se construye sobre la idea de que la salud es un recurso para la vida diaria y trabaja en el campo de las discapacidades del desarrollo. Se define la calidad de vida como el grado en el cual una persona disfruta las importantes posibilidades de su vida. Teniendo tres aspectos (dominios) en la vida: ser, pertenecer y llegar a ser. El edentulismo y la calidad de vida, tienen una relación muy estrecha, ya que dentro del aspecto dominio del ser, se afectan los sub dominios de la salud física, la nutrición y la apariencia de la persona edéntula.

Dentro del dominio del pertenecer, se afecta el sub dominio social, referente a las relaciones con la familia, amigos y conocidos. Dentro del dominio del Llegar a ser se afectan los subdominios del entretenimiento y el crecimiento, que tienen como contenidos a la mejora de las habilidades y relaciones.⁴

2.3 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016?

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el edentulismo parcial o total, y calidad de vida en pacientes adultos mayores con ausencia parcial o total de sus piezas dentarias del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del año 2016.

2.4.2 Objetivos específicos

- Establecer la frecuencia de edentulismo parcial y total.
- Evaluar la calidad de vida utilizando el índice de GOHAI en los pacientes adultos mayores del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Relacionar la frecuencia de edentulismo parcial y total con los indicadores de calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.5 Justificación

La condición de Salud Bucal en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontoestomatológicas, a pesar de los programas de prevención y promoción que se brindan en algunas zonas del país. La investigación se justifica porque permitirá evaluar el problema de la salud oral, específicamente relacionado a la pérdida de piezas dentarias parcial y/o total en el adulto mayor, la cual trae como consecuencia la baja calidad de vida desde muy temprana edad.

Así mismo al conocer la relación entre el edentulismo y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores permitirá desarrollar programas de intervención odontológica orientados a mejorar la educación de la salud oral y se establecerá los tratamientos rehabilitadores adecuados.

2.6 Limitaciones

Retenciones administrativas que se relacionan con los permisos adecuados tales como: consentimiento informado y permiso del hospital.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

De la Fuente y col (2010), realizaron un estudio de corte transversal en 150 adultos mayores entre los 60 y 85 años de edad, quienes asistían a consulta dental en una Delegación Política de la Ciudad de México. El objetivo fue estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. La información se obtuvo a través de OHIP-14 y CPOD. Se identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca (87,3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60,7%) e interrupción de la alimentación (56%). El estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas.⁵

Awuapara (2010), determinó la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta, se utilizó un cuestionario para medir la calidad de vida dividiéndolas en 8 dimensiones que fueron consideradas como variables de estudio; función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Se evaluó a 249 adultos mayores de 30 años. Se obtuvo como promedio del componente físico de la calidad de vida según la condición de dentición un alto valor, esto nos indica que aquellas personas que presentan dentición completa tienen una mejor calidad de vida.⁶

Esquivel (2010), realizó un estudio en un grupo de 96 adultos mayores para determinar la relación entre la autopercepción de los problemas bucales y la evaluación clínica de un grupo de adultos mayores, por medio de la aplicación del GOHAI. Sobre las puntuaciones obtenidas en el GOHAI, el 92.7% obtuvo valores por debajo del punto de corte establecido que es de 57, los ítems que obtuvieron el más bajo puntaje

promedio fueron referentes a la estética, la deglución y la masticación de alimentos duros. Quienes tuvieron menor índice CPOD y mayor número de dientes presentes en la boca obtuvieron un puntaje del GOHAI significativamente mayor.⁷

Meneses (2010), realiza un estudio no experimental, seccional, descriptivo y trasversal, donde se observa el estado de la salud bucodental en una población, su calidad de vida aplicando el GOHAI. La muestra incluyó 209 pacientes y se analizó la relación entre salud, enfermedad y calidad de vida bucodental, de los pacientes adultos mayores. Se identificó una edad media de 68,34 años, a la pregunta enmarcada en el concepto de autoevaluación del paciente, indica que el 24,4% consideran tener una buena condición de salud bucodental, frente al 44% que responden estar en una condición de salud bucodental en estado regular y un tercer grupo correspondiente al 31,6% de la muestra quienes se identifican con una condición de salud bucodental mala. El índice de calidad de vida oral aplicado a los adultos mayores “Geriatric Oral Health Assessment Index” o GOHAI, indica en su resultado un valor de 39,12.⁸

Sánchez y col (2011), realizaron un estudio mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de 102 pacientes mayores de 60 años con algún grado de edentulismo. El objetivo fue conocer el estado de salud bucal y el grado de edentulismo de pacientes adultos mayores, medidos a través del índice y asociarlos con la calidad de vida relacionada con la salud. Se encontró relación con significado entre los dientes perdidos y la edad, hipertensión arterial, la capacidad de hablar y pronunciar correctamente, entre los dientes cariados y el estado nutricional. La única dimensión de calidad de vida relacionada con la salud bucal que se asoció con edentulismo fue la capacidad de hablar y pronunciar correctamente. Según la clasificación de Kennedy, encontraron que la mayor prevalencia en el maxilar fue la clase III, con 34.3%, seguido de la clase I un 27.5%; mientras que para el mandíbula fue de 43.1% para la clase I.⁹

Moya y col (2012), hicieron un estudio descriptivo de 380 adultos mayores cuyo objetivo fue conocer la situación de salud oral y calidad de vida del adulto mayor. La percepción de calidad de vida se midió con el GOHAI. Se establecieron dos categorías: “mala calidad de vida” (puntuación ≤ 57) y “buena calidad de vida” (puntuación >57). Un 76,6% percibe como mala su calidad de vida.¹⁰

Díaz y col (2012), estudiaron 120 adultos mayores para determinar la asociación de la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores a través del cuestionario GOHAI. El promedio de edad de los participantes fue de 68,3 años, con respecto al diagnóstico de salud bucal, el 75% de los participantes presentaban menos de 19 dientes. Se encontró significación estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida. Al analizar las dimensiones evaluadas por GOHAI se encontró que 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%). Con respecto a la función física, el 63,3% manifestó incomodidad al deglutir sus alimentos y, con respecto a la sensibilidad dental, la molestia más percibida fue la sensibilidad a los alimentos calientes, fríos o dulces, en un 42,5%. Con respecto a los niveles de percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal, a través del índice del GOHAI, el 74,1% de los participantes manifestaron un alto impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida. Sólo el 16,6% tuvo una percepción baja y el 9,7% una percepción moderada.¹¹

Gallardo y col (2013), realizaron un estudio cuya muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores para determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral a través del GOHAI. La mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%).¹²

Chicaiza (2013), realizó una investigación de tipo descriptiva cuya población de estudio estuvo formada por 73 adultos mayores para determinar la salud bucal y su relación con la calidad de vida. Los problemas orales encontrados en los adultos mayores son: masticación 95 % en mujeres y 90 % en hombres debido a ausencia de piezas dentales, en el 44 % en mujeres y 60 % en hombres.¹³

Henriques y col (2013), estudiaron una muestra compuesta por 182 pacientes con edad a partir de 18 años, que vivían en la ciudad de Recife. Se estimó la prevalencia del edentulismo total versus parcial y el impacto que esta condición produce en la calidad de vida a través del examen de inspección clínica y el impacto por medio del OHIP-14. En la muestra analizada se verificó que 88,1% eran desdentados parciales; el grupo etario con mayor porcentaje fue de 31 a 50 años; 70,8% pertenecían al sexo femenino. En relación al impacto en la calidad de vida por el OHIP-14, los mayores porcentajes relatados por los individuos fueron: 67,8% dolor físico; 56,9% incómodo psicológico; y 61,9% limitación psicológica. Los mayores problemas relatados por los individuos que perdieron sus dientes fueron de naturaleza funcional y social causando fuerte impacto en la calidad de vida, y aunque la prevalencia haya sido mayor para el edentulismo parcial, los impactos fueron mayores para los desdentados totales.¹⁴

Bellamy y col (2014), realizaron un estudio transversal en 533 adultos mayores de 50 años cuyo objetivo fue identificar la relación que hay entre la calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con pérdida dental y uso de prótesis removible. Se aplicó un cuestionario que incluyó el OHIP-14 y medición clínica de la pérdida dental y las prótesis removibles. En este estudio, el promedio del OHIP-14 fue de 9,8. De las siete dimensiones, la que obtuvo un valor más alto fue la limitación funcional con una media de 2,4; en dolor físico 1,9, seguida de la incapacidad física con 1,9. El puntaje más bajo se encontró en la incapacidad social con 0,6.¹⁵

Gava y col (2015), realizaron un estudio en una muestra de 103 voluntarios de la tercera edad, cuyo objetivo fue verificar si la autopercepción de la salud oral entre los ancianos muestra relación con la condición oral a través del examen oral y GOHAI. Edentulismo es alta, con 91,3% de los usuarios de prótesis dentales y el 53,3% que necesitan algún tipo de prótesis. El valor medio del índice GOHAI en el grupo general era 29.22, clasificada como la percepción subjetiva "malo" de la salud oral.¹⁶

Marques y col (2015), evaluaron el edentulismo y la salud oral autopercebida por los ancianos, la muestra estuvo constituida por 91 ancianos entre 60 a 95 años. Utilizaron el cuestionario de GOHAI, siendo la prevalencia del edentulismo en sujetos de edad avanzada, alta. En cuanto a la autopercepción de la salud oral (GOHAI) de acuerdo a las características socioeconómicas, demográfico y clínica, se informó como mala por 80 ancianos evaluados, que corresponde a 87,9% de la muestra.¹⁷

Fernández y col (2016), realizaron un estudio transversal en 656 sujetos incluyéndose hombres y mujeres de 35 años y más para determinar la prevalencia y distribución del edentulismo, el promedio de edad fue de $49,06 \pm 10,33$. Los individuos fueron principalmente mujeres (63,3%). La prevalencia general de edentulismo fue de 15,7% (IC 95%: 12,9-18,5); entre las mujeres fue de 17,6% y en los hombres de 12,5% ($p = 0,081$). La prevalencia de edentulismo fue mayor entre los sujetos de más edad ($p < 0,001$). Se observó que a mayor escolaridad ($p < 0,001$), a mejor nivel socioeconómico ($p < 0,001$) y en quienes tuvieron automóvil en el hogar ($p < 0,05$), la prevalencia de edentulismo fue menor.¹⁸

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Edentulismo

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, y su causa puede ser congénita o adquirida. Este puede afectar sustancialmente la salud oral y general como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición. Se ha comprobado una relación específica de la pérdida de piezas con el incremento de la edad y la existencia de algunas que se retienen más tiempo que otras. Se ha sugerido que la pérdida de dientes varía según la arcada y que se pierden antes los maxilares que los mandibulares. También, se ha comprobado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada, y los posteriores se pierden más rápidamente que los anteriores. Con bastante frecuencia, los últimos dientes que permanecen en la boca son los mandibulares anteriores, especialmente los caninos, y es frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores.¹⁹ Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulas, ya que su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca.²⁰

La pérdida de dientes puede afectar a las personas de cualquier edad, pero ésta es más prevalente en el adulto mayor, ya que son más susceptibles a adquirir enfermedades bucales. Anteriormente, se pensaba que la pérdida de dientes era una parte inevitable del ciclo de la vida por la misma reabsorción ósea, pero estudios e investigaciones recientes han demostrado que algunas de las enfermedades orales se pueden evitar a pesar de los cambios de la edad, ya que existe una gran variedad de métodos preventivos para mantener las piezas dentarias por un largo período de tiempo.²¹

Existen diversos factores que pueden desencadenar una amplia gama de enfermedades en la cavidad bucal, las cuales ocasionan que se inicie el proceso de pérdida de dientes y, por ende, aumente el índice de edentulismo en la población.²²

3.2.2 Calidad de vida

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.²³

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es 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.²⁴

Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica.²⁵

3.2.3 Calidad de vida relacionada a la salud

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. Según Botero y col (2010) el concepto de calidad de vida relacionada con la salud es el que lo concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.²⁶

En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores en la calidad de vida.²⁷

Las exigencias sociales no se limitan a aumentar los años de vida, sino que demandan que estos años de vida lo sean de calidad. Es lo que la propia OMS resumió en su consigna como “añadir vida a los años”.

El concepto de Calidad de vida relacionado a la salud excede al de la propia salud o enfermedad y tiene que ver con la propia percepción de sentirse bien individualmente y en relación con la sociedad. Este concepto de calidad de vida es muy importante en la práctica odontológica actual, además de la odontología preventiva.

La mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tienen un impacto muy directo sobre la calidad de vida de sus pacientes.

Según Inglehart y Bagramian (2012) la calidad de vida relacionada a la salud oral se define como el juicio personal acerca de qué manera los siguientes factores afectan el bienestar:

- Factores funcionales: masticación, fonación, deglución.
- Factores psicológicos: concierne a la apariencia personal y a la autoestima.
- Factores sociales: La relación con las personas y el entorno.
- Factores como el dolor e incomodidad.²⁸

El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo.

La salud bucal está integrada y fuertemente asociada a la salud general, tiene una gran importancia en los adultos mayores y es parte integral de su calidad de vida.²⁹

Funciones como masticación, deglución, salivación, lenguaje e interacción social entre otras, se ven alteradas como resultado del deterioro de la salud bucal. Esta situación obliga al adulto mayor a realizar cambios en la selección de los alimentos, prefiriendo los alimentos suaves, bajos en fibra, aunque no siempre nutritivos, lo que con lleva a un proceso de pérdida de peso y desnutrición.³⁰

3.2.4 Calidad de vida y edentulismo

La salud oral deficiente en adultos mayores ha sido evidenciada en altos niveles en la pérdida de dientes, experiencia de caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía y cáncer oral.³¹

Las alteraciones en la dentición afectan la interacción social de las personas porque incide en el proceso de comunicación, como hablar y pronunciar correctamente, en la autoimagen, además del comer y disfrutar de los alimentos.³² Esto explica que la presencia de factores biológicos y conductuales estén implicados en la compleja relación entre la inadecuada nutrición y la pérdida de peso por un lado, y una pobre salud bucal por otro.

La pérdida de los dientes en los adultos mayores causa problemas en la funcionalidad al comer y hace necesario el uso de prótesis.³² La mucosa bucal se ve afectada con mayor frecuencia ante el uso de prótesis por lo que disminuye de grosor debido a menor vascularización, que conlleva cambios en la disposición celular, representando un factor de riesgo para infecciones y lesiones. Además, se presenta traumatismo oclusal, por retracción y engrosamiento de los tejidos que soportan el diente, exponiendo la superficie radicular al medio bucal. Como resultado, el anciano reduce la variedad de alimentos que consume, haciendo una dieta monótona y de bajo valor nutricional. Es por ello que en sujetos edéntulos muy ancianos que usan prótesis o que no las usan se ha observado mayor frecuencia de mal nutrición.³³

3.2.5 Índices de calidad de vida relacionada a la salud oral

Las mediciones sobre salud general deben evaluar por lo menos cuatro aspectos de la salud:

- **Función física:** Estas medidas intentan aislar limitaciones e incapacidades físicas. Los problemas se describen en forma de movilidad, dolor y limitaciones.
- **Salud mental:** Sus medidas se suelen centrar en la frecuencia y la intensidad del sufrimiento psicológico e incluyen tanto la percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital como una evaluación de la función cognitiva.
- **Funcionamiento social y de rol:** El funcionamiento social se define como la capacidad para crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras. Las medidas de funcionamiento social reflejan el estado de salud física y mental, sirven para indicar la necesidad de atención de salud y reflejan los resultados de la misma.

- Percepciones de la salud general: Las creencias y evaluaciones sobre su salud general que manifiesta una persona, sin considerar un aspecto mental o físico en particular, constituyen sus percepciones de la salud general.

Los cuestionarios de salud representan una definición amplia de la salud y con la ayuda de técnicas psicométricas, proporcionan resultados científicamente válidos y confiables. Los cuestionarios y sus resultados se usan como parte de una estrategia completa para evaluar la salud, que incluye mediciones biológicas, completadas con las evaluaciones del paciente sobre su salud general y el estado de sus enfermedades específicas y, por último, observaciones de los profesionales de la salud.³⁴

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.³⁵ Aunque este concepto se relacionó por primera vez con la salud oral durante la segunda guerra mundial, cuando la presencia de seis dientes en oclusión fue utilizada como indicador de una adecuada relación: función oral / sentirse bien, su importancia 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.

Las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral son las siguientes:

- Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociadas a problemas de salud oral.
- Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
- Auditorias odontológicas.

- Ensayos clínicos.
- Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.

En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral. En la conferencia sobre medidas de salud oral y calidad de vida realizada en Chapell Hill en 1996 se revisaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser autoadministrados o aplicados por un entrevistador). Los más utilizados son:

- Social Impacts of Dental Disease
- Geriatric Oral health Assesment Index
- Dental Impact Profile
- Oral Health Impact Profile
- Subjective Oral Health Status Indicators
- Dental Impact on Daily Living
- Oral Health-related Quality of Life
- Oral Impacts on Daily Performances
- Oral Health Impact Profile
- Oral Health Quality of Life UK
- Ortognatic Quality of Life Questionnaire

La calidad de vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países.³³ Además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en

profundidad. Por otro lado, los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su salud bucal.

3.2.6 Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Este instrumento, que mide la calidad de vida relacionado a la salud oral fue desarrollado por Atchison y Dolan en 1990, está basado en tres supuestos:

- La salud buco-dental puede ser medida utilizando la autoevaluación.
- Los niveles de salud bucodental varían entre las personas, y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción de la persona.
- La autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud bucodental.³⁶

Se basa en la revisión previa de literatura sobre el impacto en la salud de las enfermedades orales, cuestionarios existentes sobre el estado de salud oral, la satisfacción del paciente, los síntomas orales y la autoestima, así como la socialización.³⁷

Se aplicó el instrumento original de 36 ítems en adultos mayores de 65 años de edad y tras evaluar la distribución de frecuencias, las correlaciones entre los ítems y la consistencia interna (con α de Cronbach), se construyó el instrumento final de 12 ítems³⁸ con respuesta tipo Likert en valores que van del 1 al 5: siempre (1); frecuentemente (2); algunas veces (3); rara vez (4); nunca (5). Los ítems 1, 2, 3 y 4 evalúan la función física que influye en el comer, hablar y deglutir. Los ítems 6, 7, 9, 10 y 11 evalúan la función psicosocial, incluyendo preocupación por la salud bucodental, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud bucodental y dificultad en el contacto social debido a problemas bucodentales. Los ítems 5, 8 y 12 evalúan dolor e incomodidad, incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad bucodental.³⁹

Se evalúa de manera global a partir de la sumatoria de las respuestas para cada ítem, lo cual da un rango entre 12 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud bucodental (ANEXO N°2).

3.3 Definición de términos

- **Calidad de vida:** Juicio personal acerca de qué manera factores funcionales, psicológicos, sociales y de dolor o incomodidad afectan el bienestar.
- **Edentulismo:** El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, y su causa puede ser congénita o adquirida.
- **Adultos mayores:** La OMS considera como adultos mayores a quien tiene una edad igual o mayor a 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados.
- **Función física:** Respecto a la realización de actividades habituales de la vida diaria como masticación, fonación, deglución.
- **Función psicosocial:** Conciernen a la apariencia personal y a la autoestima, además de la relación que se mantiene con las personas y el entorno.
- **GOHAI:** Índice de evaluación de salud oral geriátrico/general.

3.4 Hipótesis

La calidad de vida en pacientes adultos mayores edéntulos parciales o totales es mala en relación a pacientes con dentición completa.

3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE PRINCIPAL	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	VALOR	
Calidad de vida	Juicio personal acerca de qué manera factores funcionales, psicológicos, sociales y de dolor o incomodidad afectan el bienestar.	Función física	Disminución o cambio del tipo de comida por falta de dientes o dentadura	Ordinal	Buena (57-60 puntos)	
			Tragar cómodamente			
			Impedimento de hablar por falta de dientes o dentadura			
			Problema de eficiencia en la masticación			
		Función psicosocial	Evita contacto con personas por la falta de dientes o dentadura			Regular (51-56 puntos)
			Satisfacción por el estado de su boca o dentadura			
			Preocupación por el cuidado de su boca o dentadura			
			Nerviosismo por su falta de dientes o dentadura			
			Incomodidad al comer frente a personas por su falta de dientes o dentadura			
		Dolor	Capacidad de comer sin molestias			Mala (50 puntos o menos)
			Uso medicamentos para aliviar dolor en boca			
			Sensibilidad en encías			
Condición de dentición	Condición que distingue el tipo de edentulismo de cada individuo.	Clínica	Edentulismo parcial superior	Nominal	Si No	
			Edentulismo parcial inferior			
			Edentulismo Total			

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

- **Observacional:** Cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos.
- **Descriptivo:** Porque se detallará y registrará aspectos clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada siendo desde el punto de vista cognoscitivo la finalidad de describir y desde el punto de vista estadístico de estimar parámetros.
- **Transversal:** Se realizará, el estudio, en un determinado tiempo o momento.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población: Estuvo conformada de 1000 pacientes que fueron atendidos en el Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2016.

4.2.2 Muestra: Estuvo conformada por las personas adultas mayores que se atendieron en el Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en 2016, que cumplan los criterios de inclusión.

El tamaño muestra se calculó según la siguiente fórmula:

$$n_i = \frac{pqz^2}{E^2}$$

, donde

ni= tamaño muestral inicial

p= probabilidad de ser edéntulo parcial o total (0.865)

q= complemento de q (0.135)

z= valor correspondiente a un nivel de confianza de 0.05 (1.96)

E= error esperado o aceptado sobre el estimado de p (0.05)

ni: 179

El tamaño muestral se corrigió con la siguiente fórmula:

$$\frac{1}{nf} = \frac{1}{ni} + \frac{1}{N}$$

, donde

nf= tamaño muestral final

ni= tamaño muestral inicial

N= tamaño de la población atendida en el Departamento de Geriatria

nf= 152

4.2.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores que son atendidos en el Departamento de Geriatria del HNAL.
- Personas adultos edéntulos parciales y totales.

Criterios de exclusión

- Pacientes con algún tipo de discapacidad mental, imposibilidad de comunicarse, contestar con exactitud y veracidad.

4.3 Procedimientos y técnica de recolección de datos

Se realizó un examen clínico a los pacientes que fueron atendidos en el Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión.

La información se obtuvo mediante cuestionarios que constaran de 3 partes:

- **La primera de datos generales del paciente consignados en la Historia Clínica:** edad y sexo
- **La segunda corresponde al odontograma:** número piezas perdidas, tipo de edentulismo, Clasificación de Kennedy.

- **Y la tercera corresponde al Índice de Salud Oral Geriátrico o GOHAI:** el GOHAI consta de 12 ítems relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones: 1) Función física, que influye en comer, hablar y deglutir; 2) Función psicosocial, que incluye la preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de su salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) Dolor e incomodidad, que incluye el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. Cada ítem presenta cinco opciones de respuesta, con valores que van de 1 a 5. Seguidamente se calculó la sumatoria de las respuestas para cada participante, obteniéndose un rango entre 0 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de salud oral, la cual se catalogara como:

“Buena” (57-60 puntos)

“Regular” (51-56 puntos)

“Mala” (50 puntos o menos)

4.4 Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos fueron registrados en dos fichas, una para el Examen clínico intraoral (ANEXO N°1) y otra para el GOHAI (ANEXO N°2), luego se registraron los datos en una tabla matriz, posteriormente se utilizó los programas Excel y SPSS para el análisis respectivo.

4.5 Análisis de resultados

Para la validez del instrumento se utilizó el índice de correlación alfa de Cronbach. Se realizó un análisis univariado para evaluar la distribución de cada una de las variables, distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Para el análisis de la asociación entre variables se utilizó Chi-cuadrado y ANOVA de un factor.

V. RESULTADOS

5.1 Validez y confiabilidad del instrumento

En función de los resultados, teniendo en cuenta el índice de correlación obtenido por el alfa de Cronbach igual a 0.823, el instrumento tiene alta confiabilidad por lo tanto el instrumento se puede aplicar.

5.2 Tablas, gráficos e interpretación

5.2.1 Descripción de la muestra

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad

		Frecuencia	Porcentaje
Rango de edad	60 - 70 años	63	41,4
	71 - 80 años	51	33,6
	81 - 91 años	38	25,0
	Total	152	100,0

Media: 73.89 Des. Típ: 8.453 Mínimo: 60 Máximo: 91

Como se observa en la Tabla 1. La mayor parte de la muestra, 63 (41.4%) individuos se encuentran entre 60 – 70 años seguido del grupo de edad comprendida entre 71 – 80 años por 51 (33.6%) individuos, por último el grupo de edad entre 81 – 91 años, fue 38 (25%).

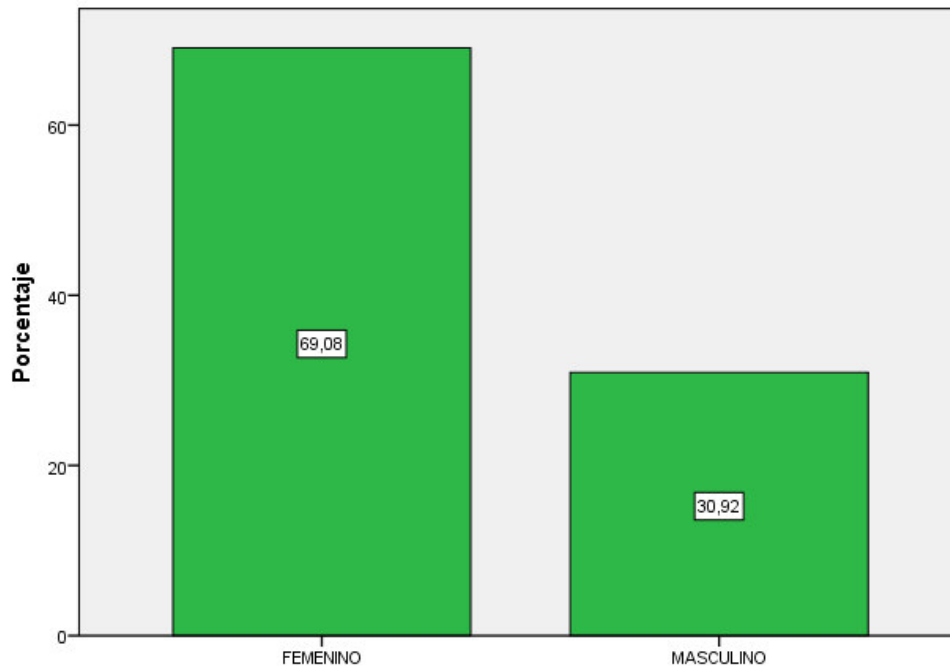
El grupo de estudio estuvo conformado por adultos mayores cuya edad media fue 73.89 años (DE±8.4), con un valor mínimo de 60 y máximo de 91.

Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	FEMENINO	105	69,1
	MASCULINO	47	30,9
	Total	152	100,0

Se observa en la Tabla N° 2 que un porcentaje mayoritario (69,1%) corresponde al sexo femenino, mientras que un porcentaje ligeramente minoritario al masculino (30,9).

Gráfico 1. Distribución de la muestra según sexo



5.2.2 Resultados del tipo de edentulismo y clasificación según Kennedy

Tabla 3. Distribución porcentual del tipo de edentulismo

		Frecuencia	Porcentaje
TIPO DE	EDENTULISMO PARCIAL	105	69,1
EDENTULISMO	EDENTULISMO TOTAL	47	30,9
	Total	152	100,0

La Tabla 3 muestra que el grupo de estudio estuvo constituido mayoritariamente por edéntulos parciales 105 (69.1%), mientras que el edentulismo total estuvo presente en 47 (30.9%) individuos.

Gráfico 2. Distribución según tipo de edentulismo

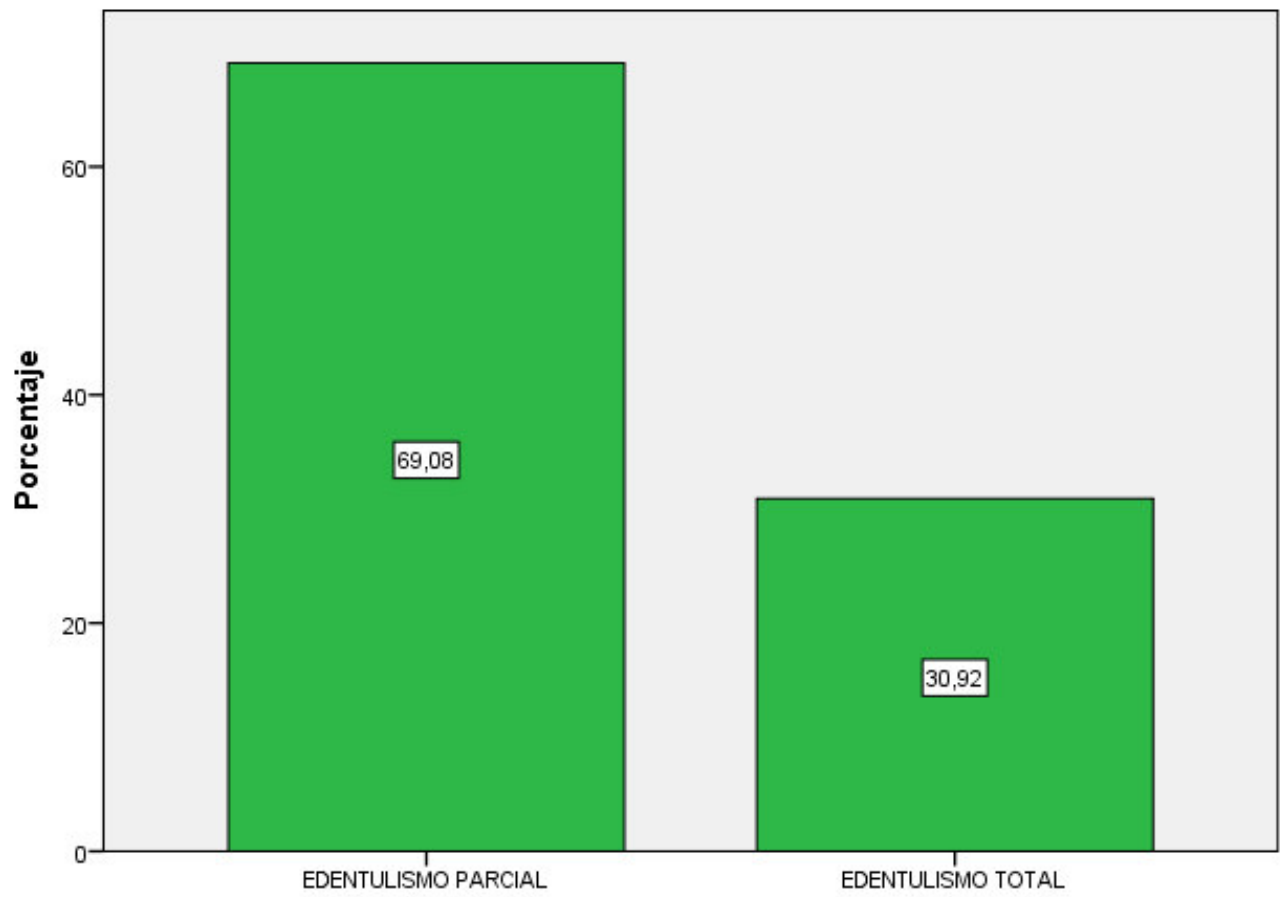


Tabla 4. Distribución porcentual de la clasificación de Kennedy en el maxilar

		Frecuencia	Porcentaje
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL MAXILAR	CLASE I	44	52,4
	CLASE II	16	19,0
	CLASE III	23	27,4
	CLASE IV	1	1,2
	Total	84	100,0

La Tabla 4 muestra datos de la clasificación de Kennedy, del total de pacientes edéntulos parciales en el maxilar que fueron 84, 44 (52,4%) individuos presentan Clase I de Kennedy.

En la Clase II de Kennedy hay 16 (19,0%) individuos, la clase III de Kennedy con 23 (27,4%) individuos y finalmente en Clase IV de Kennedy, solo un individuo presenta esta categoría.

La distribución porcentual de la clasificación de Kennedy en el maxilar de la muestra, indica un mayor número de individuos presenta Clase I (52,4%), seguido de las categorías de Clase III (27,4%), continuamos la Clase II (19%) y por último la Clase IV (1,2 %)

Gráfico 3. Distribución según la clasificación de Kennedy en el maxilar

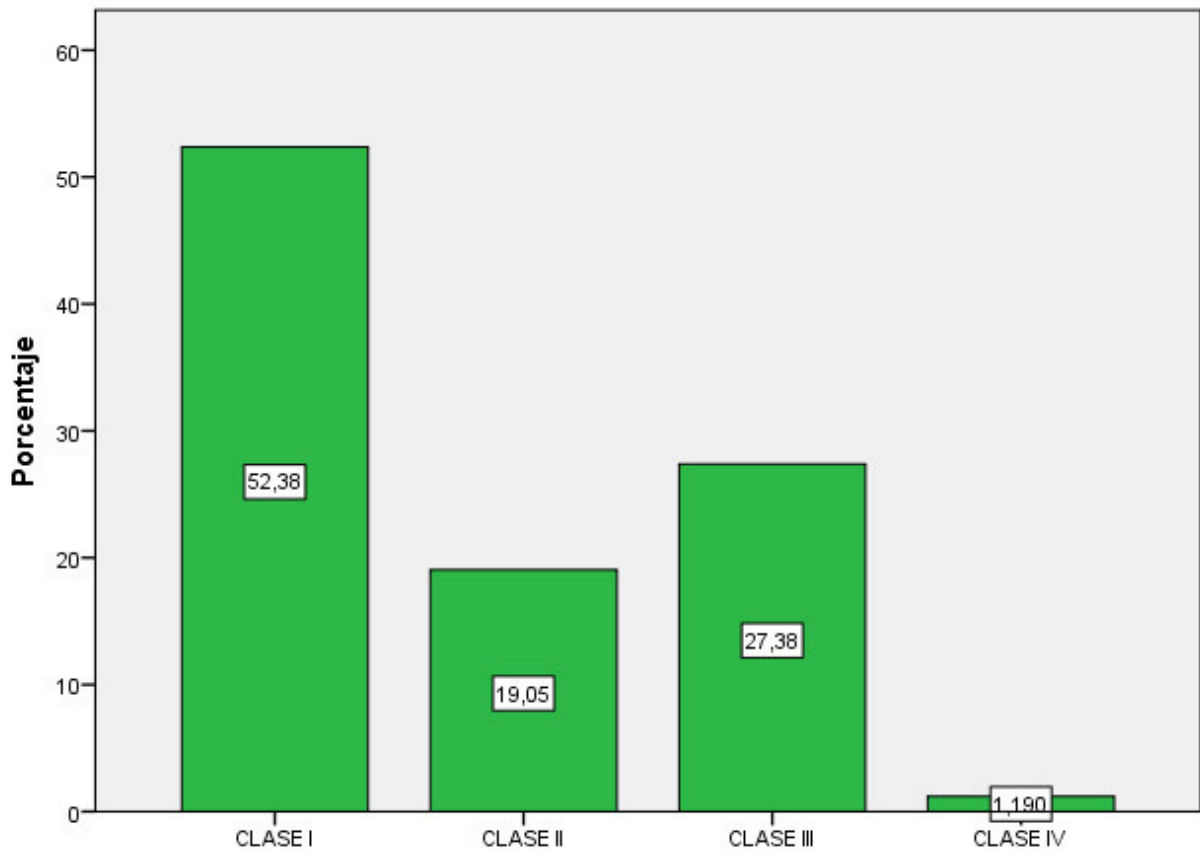


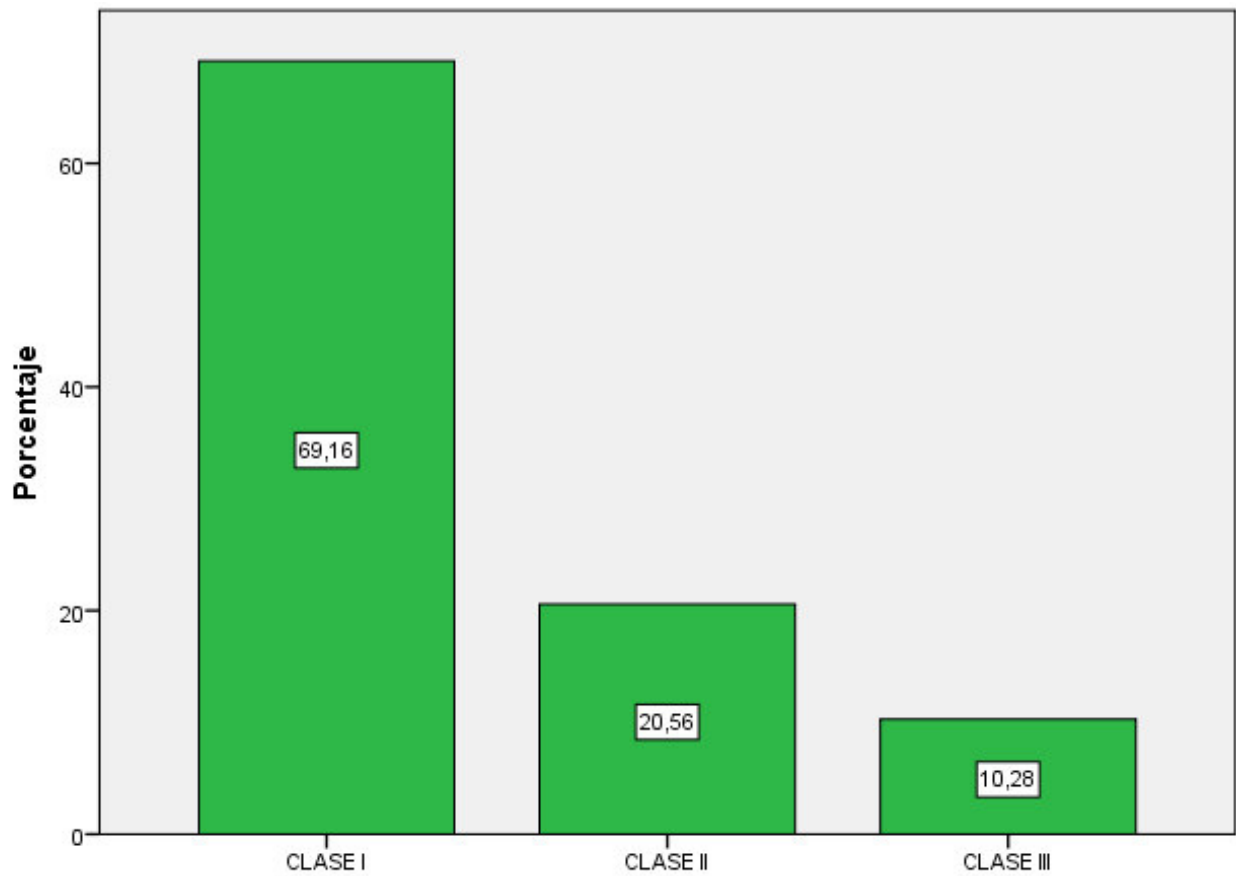
Tabla 5. Distribución porcentual de la clasificación de Kennedy en la mandíbula

		Frecuencia	Porcentaje
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LA MANDÍBULA	CLASE I	74	69.2
	CLASE II	22	20.6
	CLASE III	11	10.2
	Total	107	100,0

La Tabla 5 muestra datos de la clasificación de Kennedy, del total de pacientes edéntulos parciales en la mandíbula que fueron 107, 74 (62,2%) individuos presentan Clase I de Kennedy.

En la Clase II de Kennedy hay 22 (20.6%) individuos y finalmente en Clase III de Kennedy, de 11(10.2%) individuos.

Gráfico 4. Distribución según la clasificación de Kennedy en la mandíbula



5.2.4 Resultado de calidad de vida GOHAI

Talla 6. Distribución de frecuencias de valores medios del Índice GOHAI

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
REGULAR CALIDAD DE VIDA	2	51,50	,707	51	52
MALA CALIDAD DE VIDA	150	33,47	3,479	23	42
Total	152	33,71	4,024	23	52

Revisando los datos del índice GOHAI, frente a los de la calidad de vida relacionada con la salud oral, se aprecia una relación estadísticamente significativa de $p=0,00$ (test ANOVA) donde ningún individuo manifiesta mantener una buena salud oral. El grupo con respuesta de salud bucodental regular, presenta un GOHAI de 51.50 y el grupo de mala calidad de vida, indica un GOHAI de 33.47.

Gráfico 5. Distribución de calidad de vida según índice GOHAI

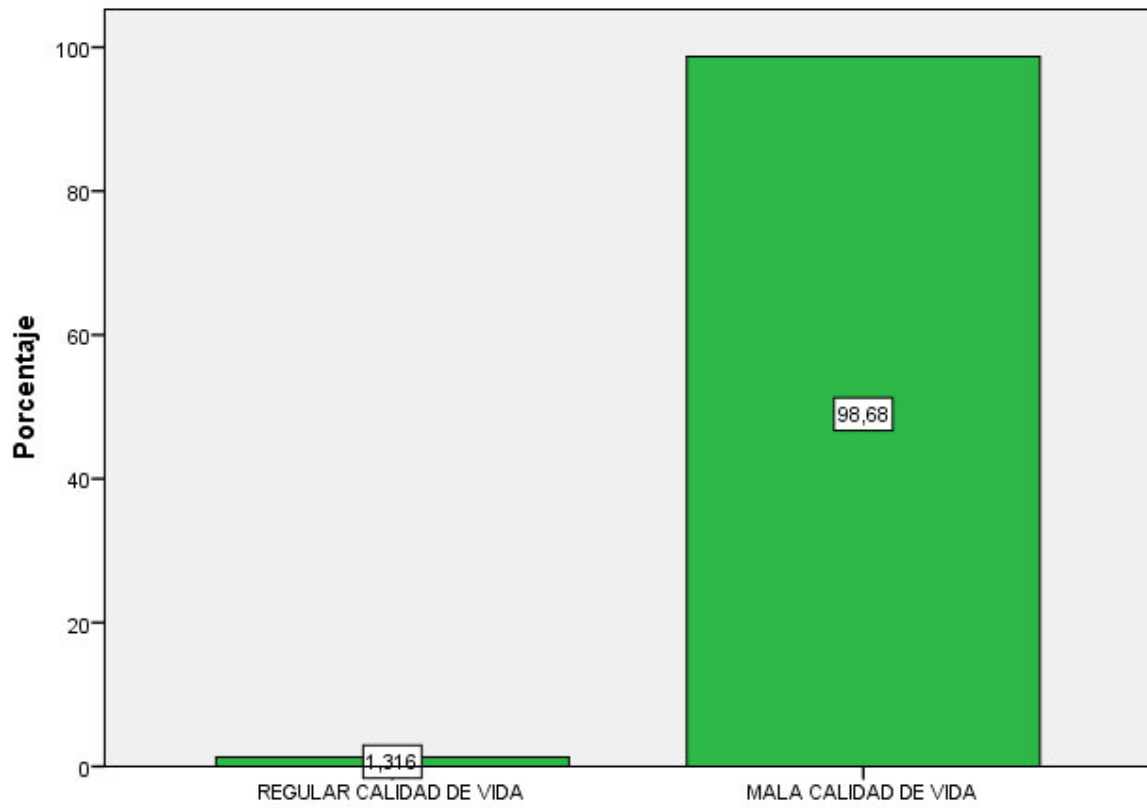


Tabla 7. Índice de calidad de vida relacionado a la salud oral aplicado a adultos mayores – GOHAI

GOHAI	N									
	Válidos	Media	Mediana	Moda	Desv. Típ.	Varianza	Rango	Mínimo	Máximo	
I	152	33.71	33.50	30	4.024	16.194	29	23	52	

El índice de calidad de vida relacionado a la salud oral aplicado a los adultos mayores “Geriatric Oral Health Assessment Index” o GOHAI en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, indica en su resultado un valor de 33.71 (DE±4,024) .

Según la escala de respuestas propuesta por los autores, para categorizar el resultado del test con un resultado máximo de 60, el de la muestra indica que se encuentra en un nivel de calidad de vida oral bajo, definido como valor de 50 o menor, según las tres categorías de nivel alto, moderado y bajo.

Tabla 8. Distribución porcentual del Índice GOHAI según el sexo

SEXO		INDICE GOHAI		Total
		REGULAR	MALA	
FEMENINO	Recuento	1	104	105
	% del total	0,7%	68,4%	69,1%
MASCULINO	Recuento	1	46	47
	% del total	0,7%	30,3%	30,9%
	Recuento	2	150	152
	% del total	1,3%	98,7%	100,0%

Utilizando el Índice GOHAI sobre la calidad de vida, la muestra (n=152), indica que ningún individuo refiere tener buena calidad de vida, sobre la regular calidad de vida presente en solo 2 (1.3%) individuos, siendo la mayoría 150 (98.7%) individuos refieren tener una mala calidad de vida.

Comparando la calidad de vida con el sexo, se observa que en el grupo de regular calidad de vida corresponde una mujer y un hombre.

Finalmente, el grupo de mala calidad de vida, 104 son de sexo femenino y 46 de sexo masculino; tal como se puede ver en la Tabla 8.

El sexo no muestra ninguna posible relación estadísticamente significativa con el índice GOHAI ($p= 0.524$).

Tabla 9. Distribución porcentual del edentulismo parcial según Índice GOHAI

		EDENTULISMO PARCIAL	
		Frecuencia	Porcentaje
INDICE GOHAI	REGULAR CALIDAD DE VIDA	2	1.9
	MALA CALIDAD DE VIDA	103	98.1
	Total	105	100,0

En la Tabla 9, valorando los resultados de la encuesta, se observa que en el grupo de edentulismo parcial, 2 (1,9%) individuos presentan regular calidad de vida; mientras que la mayor concentración de individuos 103(98,1%) presentan mala calidad de vida.

Por último, los del grupo de mala calidad de vida, la mayor concentración de individuos son edentulismo parciales 103 (67.8%), seguido de 47 (30.9%) individuos edentulismo totales.

Tabla 10. Distribución porcentual del edentulismo total según el Índice GOHAI

		EDENTULISMO TOTAL	
		Frecuencia	Porcentaje
INDICE GOHAI	MALA CALIDAD DE VIDA	47	100,0
	Total	47	100,0

En la Tabla 10, se observa que en el grupo de edentulismo total, todos los individuos 47 (100%) presentan mala calidad de vida2 (1.9%) individuos presentan regular calidad de vida; mientras que la mayor concentración de individuos 103(98,1%) presentan mala calidad de vida.

El tipo de edentulismo no muestra ninguna posible relación estadísticamente significativa con el índice GOHAI ($p= 0.476$).

VI. DISCUSIÓN

A nivel mundial, se observa la mala salud bucal que presentan las adultos mayores, esto se ha visto reflejado particularmente en un alto nivel de pérdida de dientes, experiencia en caries dental, altas prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía y pre cáncer o cáncer oral.

El impacto negativo de las malas condiciones orales en la vida cotidiana es particularmente significativo entre las personas edéntulas.³⁰

Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.⁴⁰

La salud bucal está integrada y fuertemente asociada a la salud general, tiene una gran importancia en los adultos mayores y es parte integral de su calidad de vida.²⁹

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud.²⁶

El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre edentulismo parcial o total, y calidad de vida en pacientes adultos mayores con ausencia parcial o total de sus piezas dentarias del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del año 2016. Para la realización de la presente investigación se utilizó un instrumento de medición; el cuestionario GOHAI; la cual se catalogara como: “Buena” (57-60 puntos); “Regular” (51-56 puntos) o “Mala” (50 puntos o menos) calidad de vida.

El instrumento que se empleó para medir la calidad de vida en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza ha sido empleado en algunos estudios previos, por lo que su uso para este estudio es adecuado. Además, el alfa de Cronbach, una medida de consistencia

interna, nos muestra que el instrumento funcionó de manera adecuada en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Gallardo *et al* encontraron un alfa de Cronbach: 0.9; en el análisis total de la muestra, el instrumento también presentó una adecuada confiabilidad (alfa de Cronbach: 0.823) según criterios de Polit y Hungler.⁴¹

La distribución del grupo de estudio según características generales refiere que una edad media de 73.89 años ($DE \pm 8.4$), con un valor mínimo de 60 y máximo de 91, 69,1% son de género femenino y 30,9% masculino.

Con relación a la tipo de edentulismo, el 69,1% presentaron edentulismo parcial y el 30,9% edentulismo total.

Los resultados de la clasificación de Kennedy mostraron que la mayor prevalencia en el maxilar fue en la clase I, con 52,4%, mientras que para la mandíbula fue de 69,2% para la clase I.

Sánchez *et al*⁹ encontraron según la clasificación de Kennedy, que la mayor prevalencia en el maxilar fue la clase III, con 34,3%, seguido de la clase I un 27,5%; mientras que para el mandíbula fue de 43,1% para la clase I.

El estudio encontró que la mayoría de la muestra presentaba una autopercepción de la calidad de vida mala relacionado a su salud oral (98,7%), seguido por regular (1,3%), no habiéndose encontrado algún individuo con buena autopercepción de la calidad de vida relacionado a su salud oral.

La puntuación GOHAI promedio del total de la muestra fue de 33,71, cifra que corresponde a la categoría de autopercepción mala de la calidad de vida relacionada a la salud oral, en donde el valor mínimo fue de 23 y el máximo de 52.

Comparando las estadísticas, hay que tener en cuenta que algunas investigaciones expresan sus resultados como prevalencias para cada categoría del GOHAI, mientras que otros estudios reportan el promedio global de sus muestras. En Chile, Moya *et al*¹⁰ percibe un 76.6% como mala su calidad de vida. En Perú, Gallardo *et al*¹² encontraron que la autopercepción regular fue de 18.3% y la mala autopercepción de su salud oral fue de 77.4%. Entre los estudios realizados en Brasil, Marques *et al*¹⁷ y Gava *et al*¹⁶ reportaron en sus muestras valores promedio de GOHAI catalogados como de una autopercepción mala. En España, Meneses *et al*⁸ encontraron que el 44% responden estar en una condición de salud bucal en estado regular y 31.6% mala.

En Colombia, Díaz *et al*¹¹ encontraron que el 74.1% de los participantes manifestaron un alto impacto de su salud sobre su calidad de vida. Solo el 16.6% tuvo una autopercepción buena y el 9.7% una autopercepción regular. Además expresaron sus resultados por cada categoría del GOHAI, se encontró que 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%). Con respecto a la función física, el 63,3% manifestó incomodidad al deglutir sus alimentos y, con respecto a la sensibilidad dental, la molestia más percibida fue la sensibilidad a los alimentos calientes, fríos o dulces, en un 42,5%.

Los estudios anteriormente mencionados coinciden con el nuestro, al señalar que la mayor parte de la muestra percibe una autopercepción mala de su calidad de vida relacionada a su salud oral. En este contexto, eso se podría deber a que los estudios de Chile, Brasil y Colombia han sido realizados en poblaciones que presentan características socioculturales y étnicas similares a las nuestras.

En esta investigación se confirma el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores. Los resultados de este estudio deben tomarse como una base para

realizar nuevos trabajos sobre la relación del edentulismo y la calidad de vida en pacientes adultos mayores, así como proponer el uso del GOHAI.

VII. CONCLUSIONES

1. El estudio concluye que la mayor parte de la muestra presentó una autopercepción mala de su calidad de vida relacionada a su salud oral y requiere atención odontológica por lo que este servicio debe ser incluido en los programas integrales del nivel primario de atención de salud del estado.
2. La frecuencia del tipo de edentulismo de la muestra, indica un mayor número de individuos presentan edentulismo parcial (69.1%).
3. El índice de calidad de vida oral aplicado a los adultos mayores “Geriatric Oral Health Assessment Index” o GOHAI en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, indica en su resultado un valor de 33.71 lo que indica que se encuentran en un nivel malo de calidad de vida relacionado a la salud oral.
4. El tipo de edentulismo no muestra ninguna posible relación estadísticamente significativa con el índice GOHAI.

VIII. RECOMENDACIONES

1. En esta investigación se confirma el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores. Las dimensiones registradas son limitación de la función física, psicológica y de dolor e incomodidad, lo cual indica un factor de riesgo importante en la realización de sus actividades cotidianas, problemas en su capacidad fisiológica bucodental, que además les impide mantener una comunicación social adecuada. Se recomienda entonces que esta problemática sea evaluada antes de que afecte su calidad de vida, sin embargo, debido a la gran demanda de atención en adultos mayores en nuestro país, se genera un importante problema de salud pública la cual debe ser abordada.

2. Según los resultados de este estudio, se propone realizar programas de prevención y promoción de salud oral, por lo tanto, el trabajo con población joven es indispensable con el objetivo que en la etapa de adulto mayor se le permita tener una buena calidad de vida.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calle, M. Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 “Vuelve a sonreír”. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. 2011
2. Gutiérrez-Vargas, Vanessa; León-Manco, Roberto y Castillo-Andamayo, Diana. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol. Herediana. Lima. 2015; 25
3. Felton, D. Edentulism and Comorbid Factors. Journal of Prosthodontics. 2009; 18: 88–96
4. Rotman I. Evaluación de la Promoción de la Salud. Principios y Perspectivas. Edit. Organización Panamericana de la Salud. 2008
5. De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes MC, Zelocatecatl A. 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
6. Awuapara N. Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín, departamento de Cajamarca. Univ. Peruana Cayetano Heredia. 2010
7. Esquivel R. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Revista ADM. 2010; 47(3): 127-32
8. Meneses, E. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Univ. Complutense de Madrid. 2010
9. Sánchez M, Román M, Dávila R. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011; 16(2): 110-115
10. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev. Estomatol. Herediana. 2012; oct-dic 22(4):197-202

11. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (1): 9-169
12. Gallardo A, Picasso MA, Huillca N, Ávalos JC. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. KIRU. 2013; 10(2):145 –50
13. Chicaiza M. La calidad de vida y su relación con la salud oral de los adultos mayores en el Hogar de ancianos de Riobamba durante el primer semestre del año 2013. Univ Nac de Chimborazo. 2013
14. Henriques J, Soares G, Hordonho P. Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. Acta Odontológica Venezolana. 2013; 51(3)
15. Bellamy CI, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Avances en odontoestomatología. 2014; 30(4)
16. Gava A, Campos M, Calvet G. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. Rev Odontol UNESP. 2015 Mar.-Apr.; 44(2): 74-79
17. Marques J, Sales L, Sampieri A. Edentulismo e autopercepção em saúde bucal em idosos de um município do nordeste brasileiro. Rev Pesq Saúde. 2015; 16(3): 144-148
18. Fernández M, Medina C, Márquez M. Vera S. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2016; 9(1)
19. Carr AB, McGivney GP, Brown DT. McCracken Prótesis Parcial Removible. 11^a ed. Elsevier; 2006
20. Lee J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, Rubin S, Newman A. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. Am J Clin Nutr. 2004; 79:295-302

21. Shamrany M. Is depression associated with edentulism in Canadian adults? (Tesis Magistral). Toronto (Canadá): Departamento de Odontología, Universidad de Toronto; 2008
22. Díaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. (Tesis de Pregrado). Lima (Perú): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009
23. Villaverde ML, Fernández L, Gracia R, Morera A, Cejas R. Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35(5):277-282
24. Rubio R, Rico A, Cabezas JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. *Geriatrka* 1997; 13:271-81
25. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007; 12: 11-24
26. Gómez-Vela M y Sabeh. En: *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. [Artículo de Internet]. <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
27. WHO 2006, op cit
28. Cuenca E, Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria: principios métodos y aplicaciones*. 3ª ed. Barcelona: Masson, 2005
29. Ritchie CS, Joshipura K, Silliman RA, Miller B, Douglas CW. "Oral Health Problems and Significant Weight Loss Among CommunityDwelling Older Adults." *J. Gerontol. A Biol Sci Med Sci* 2000;55: M366-M371
30. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the World Health Organization Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33:81-92
31. Sánchez GS, Cedillo JT, Reyes MH, De la Fuente HJ, Solórzano SF, García PC. "Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales." *Salud Publica Mex* 2007;49:173-181





















































32. Esquivel HRI, Jiménez FJ. "El efecto de los dientes perdidos en un grupo de adultos mayores." *Rev Odontología Actual* 2008;5(58):48-52
33. Esquivel HRI, Jiménez FJ. Perception of functionality of the oral cavity to feeding in elder adults. *Revista ADM*. 2009; 65(1)
34. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones del Estado de Salud Relacionadas con la Calidad de Vida. *Revista Dental de Chile*. 2005; 96 (2): 28-35
35. Gift HC, Redford M (1992). Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med*. 8: 673-83
36. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ*. 1990; 54: 680-687
37. Velasquez L, Ortiz L. Calidad de vida y salud oral en adultos mayores – Instrumentos de medicion. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(4):448-56
38. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 199
39. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de la Fuente-Hernández J et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and their relationship in the state of dentition of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent*. 2010; 70: 300-307
40. OMS. Nota Informativa 318. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>. Consultado en enero de 2017
41. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México DF. Mc Graw – Hill Interamericana; 2000

X. ANEXOS

ANEXO N°1

Edad:

Sexo:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
																				
																				
					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
																				
																				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					

ANEXO N°2

Geriatric Oral Health Assessment Index o GOHAI

1. ¿Ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura? _____
2. ¿Ha tenido problemas al masticar comida como carne o manzanas? _____
3. ¿Ha tragado o deglute los alimentos confortablemente? _____
4. ¿Sus dientes o dentadura le impiden para hablar bien? _____
5. ¿Ha podido comer las cosas sin alguna molestia? _____
6. ¿Limita sus contactos con otras personas por culpa de las condiciones de sus dientes? _____
7. ¿Se siente contento o feliz con el aspecto de sus dientes o de su dentadura? _____
8. ¿Usa medicamentos para aliviar el dolor o molestias relativas a su boca? _____
9. ¿Se ha preocupado o le inquietan los cuidados con sus dientes, encías o dentaduras? _____
10. ¿Se ha sentido nervioso por problemas con sus dientes, encías o dentaduras? _____
11. ¿Sintió inconformidad al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes? _____
12. ¿Ha tenido dolor o sensibilidad en sus dientes o encías al contacto con el calor, frío o dulce? _____

S=Siempre (1), F=Frecuentemente (2), AV=Algunas veces (3), RV=Rara vez (4), N=Nunca (5)