

International journal of interdisciplinary dentistry

ISSN: 2452-5588

ISSN: 2452-5596

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología
Rehabilitación Odontopediatria Ortodoncia

Navarrete, Daniela; Georgudis, Gianitsa; Prieto, Diego; O’Ryan, Juan Alberto; Salas, Carina
Asociación entre la condición oral y sistémica con la calidad de vida en salud
bucal de adultos mayores institucionalizados en Recoleta. Estudio piloto.

International journal of interdisciplinary dentistry, vol. 15, núm. 2, 2022, pp. 120-124
Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología Rehabilitación Odontopediatria Ortodoncia

DOI: <https://doi.org/10.4067/S2452-55882022000200120>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=610072516003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

TRABAJO INVESTIGACIÓN

Asociación entre la condición oral y sistémica con la calidad de vida en salud bucal de adultos mayores institucionalizados en Recoleta. Estudio piloto.

Association between oral and systemic condition and oral health-related quality of life of older people in Recoleta. Pilot study.

Daniela Navarrete^{1*}, Gianitsa Georgudis², Diego Prieto², Juan Alberto O’Ryan³, Carina Salas²

1. Facultad de Odontología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

2. Departamento de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

3. Facultad de Odontología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

* Correspondencia Autor: Daniela Navarrete Sordo | Dirección: Noruega 6470, Las Condes, Región Metropolitana de Santiago | Teléfono: +569 8156 6068 | E-mail: danavarrete@miandes.cl

Trabajo recibido el 10/01/2021

Trabajo revisado 17/04/2021

Aprobado para su publicación el 22/05/2021

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre la condición oral y sistémica con la calidad de vida relacionada a salud bucal de adultos mayores institucionalizados en un hogar en Recoleta, Santiago. **Material y método:** En el presente estudio piloto de corte transversal, se realizó un examen intraoral y se aplicó la encuesta OHIP-7Sp a adultos mayores internados en la residencia Mi Hogar. Además, se revisaron las fichas médicas de los participantes para el registro de sus enfermedades y fármacos. Los datos fueron analizados a través del test t, test de Mann-Whitney y regresión logística considerando un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. **Resultados:** 20 adultos mayores cumplieron los criterios de inclusión, 11 hombres y 9 mujeres, con un rango de edad entre 65 y 88 años. Se encontró asociación clínica entre la condición oral ($p=0.06$), salud general ($p=0.2$) y calidad de vida asociada a salud bucal en los adultos mayores. **Conclusión:** La condición oral, salud general y calidad de vida asociada a salud bucal de los adultos mayores se consideró deficiente. Se requieren estudios posteriores con una mayor muestra para lograr establecer una significancia estadística de las variables y así, proponer intervenciones para mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores institucionalizados.

PALABRAS CLAVE

Salud oral; Calidad de vida; Ancianos; Enfermedad; Asilo de ancianos.

Int. J. Inter. Dent Vol. 15(2); 120-124, 2022.

ABSTRACT

Aim: To evaluate the association between the oral and systemic condition and the oral health-related quality of life of institutionalized older people in a retirement home in Recoleta, Santiago. **Material and method:** In the present pilot, non-experimental, cross-sectional and descriptive study, an oral examination was performed, alongside with the OHIP-7Sp survey to the individuals that meets the inclusion criteria. In addition, the medical history of the participants was reviewed to record the diseases under treatment and the drugs in use. **Results:** 20 individuals met the inclusion criteria, 11 men and 9 women with ages ranging between 65 and 88 years. There was a clinical association between oral condition, general health and oral health-related quality of life related to oral health in the older people of the from the residence retirement home of in Recoleta. A statistical significance was not established. **Conclusion:** The oral condition, general health and quality of life related to oral health was were deficient. Subsequent studies with a larger sample are required to establish a statistically significant relationship of between the variables in order to propose different solutions.

KEY WORDS

Oral health; Quality of life; Aged; Disease; Nursing home.

Int. J. Inter. Dent Vol. 15(2); 120-124, 2022.

INTRODUCCIÓN:

La combinación del descenso de los índices de natalidad y mortalidad, junto a un aumento en la esperanza de vida, están produciendo una transición demográfica y un cambio estructural de la población actual⁽¹⁾. El número de personas de tercera edad en el mundo ha aumentado sustancialmente, y se proyecta que este crecimiento se acelere más aún en las próximas décadas. Para el año 2030 los adultos

mayores podrían alcanzar los 1.4 billones, mientras que para el 2050 se proyecta que esta población se duplique en comparación al año 2015, alcanzando los 2.1 billones⁽²⁾.

En Chile se observa el mismo fenómeno. De la población nacional total -que asciende a 17.574.003-, hay aproximadamente 3.000.000 de personas mayores de 65 años, representando al 11.4% de la población. Para el 2050 se estima que esta cifra ascienda a 25 %^(3,4). Por todo esto, el envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de

las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI⁽⁵⁾.

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016, un 90,5% de las mujeres y un 76% de los hombres de 65 años o más reportó al menos una enfermedad crónica diagnosticada. Además, un 53,2% de los adultos mayores consideró que el estado de sus dientes y encías afectaba su calidad de vida⁽⁶⁾, es por esto que el desafío es lograr un envejecimiento saludable de las personas.

La presente investigación se realizó en una residencia para adultos mayores del Hogar de Cristo. Este hogar es una institución de beneficencia pública que trabaja a nivel nacional en programas ambulatorios, domiciliarios o de residencias. En estas últimas, se acogen a personas mayores en situación de pobreza, con alto nivel de dependencia y sin redes de apoyo. En Chile, hay 13 residencias con una capacidad total para 619 adultos en el año 2019, siendo la de Recoleta la más grande, con 84 residentes⁽⁷⁾.

Se hacen indispensables las mejoras en salud y calidad de vida de las personas de tercera edad, ya que es una población de alto riesgo y que cada vez va tomando una mayor fuerza porcentual, por lo que las medidas de prevención y la búsqueda del envejecimiento saludable son muy necesarias. El objetivo del presente estudio es evaluar la asociación entre la condición oral y sistémica con la calidad de vida relacionada a salud bucal de adultos mayores institucionalizados en la comuna de Recoleta, y secundariamente describir las condiciones orales, sistémicas, cantidad de saliva y la calidad de vida de esta población según género y rango etario. Además, se buscará determinar la cantidad de pacientes necesarios para un estudio mayor, con resultados más fidedignos.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Selección de pacientes

Este proyecto se realizó en la Residencia para Adulto Mayor Mi Hogar perteneciente al Hogar de Cristo ubicada en Recoleta, Santiago. Los participantes fueron reclutados de forma voluntaria entre aquellos adultos mayores (65 años y más) de ambos sexos, con residencia habitual en el hogar y que se encontraran capacitados física y cognitivamente para ser sometidos a un examen bucal no invasivo y responder la encuesta OHIP-7 Sp⁽⁸⁾.

2. Recolección y análisis de datos

Las variables sociodemográficas, antecedentes médicos y variables clínicas fueron registrados en el Instrumento de Recolección de Datos. Para fines prácticos, la distribución de rango etario fue convertida en una variable dicotómica de menos de 80 años y 80 años y más.

En cuanto a las variables clínicas, se realizó un examen intraoral no invasivo en la residencia, con instrumental básico (espejo, sonda de caries y pinza) y la ayuda de una luz frontal. Las lesiones de caries cavitadas se midieron según los criterios sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁹⁾, la movilidad dentaria según la clasificación de Miller⁽¹⁰⁾ y el índice de placa bacteriana de O'Leary⁽¹¹⁾. El examen se realizó por una única persona calibrada con experiencia y conocimientos necesarios. En todo momento se mantuvo la confidencialidad de los datos.

También se realizó un registro de saliva estimulada. La toma fue entre las 10 y las 11.30 am para minimizar las variaciones asociadas al ciclo circadiano, y los participantes no habían consumido alimentos al menos 1 hora antes del examen. Se solicitó masticar un bloque de cera amarilla previamente estandarizado, con movimientos masticatorios continuos por 1 minuto. Luego, se midió la cantidad de saliva producida con una jeringa Monojet™ y se clasificó el resultado en una variable dicotómica de normal ($>2\text{mL/min}$) y bajo ($<2\text{mL/min}$)⁽¹²⁾.

Para la medición de la calidad de vida relacionada a salud bucal se utilizó la encuesta OHIP-7Sp, previamente validada para adultos mayores en Chile⁽⁸⁾.

3. Plan de tabulación y análisis.

Las variables continuas se describieron en tablas con medidas de tendencia central, dispersión y posición.

Las variables nominales y ordinales se describieron a través de frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%). La normalidad de las variables se determinó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para establecer la asociación de dependencia entre variables categóricas se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se usó la prueba de Mann-Whitney para variables continuas independientes en distribución no normal y la prueba T no pariada para aquellas variables con distribución normal.

La asociación entre las diferentes variables de exposición y la variable de resultado (mala calidad de vida) se reportó a través de Odd Ratios (OR) obtenidos mediante modelos de regresión logística.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el software STATA 14.2.

4. Implicancias éticas.

Este proyecto de investigación fue aprobado por la Facultad de Odontología y el Comité de Ética Científico de la Universidad de los Andes.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, expresando la voluntariedad en la participación en este proyecto y aceptando el acceso a su ficha médica. Todos los consentimientos fueron firmados también por un representante del hogar.

El equipo de investigación declaró no tener ningún conflicto de interés. El estudio contó con fondos internos del área de Periodoncia de la Universidad de Los Andes.

RESULTADOS

La muestra final fue N= 20. El rango de edad fue de 65 a 88 años, siendo el promedio de 78 ±7 años. La distribución según género fue de 9 (45%) mujeres y 11 (65%) hombres. En cuanto a la distribución de los participantes por su rango etario, se exhibieron 10 menores de 80 años (3 mujeres y 7 hombres) y 10 con 80 años o más (6 mujeres y 4 hombres). En cuanto al nivel de escolaridad, el 55% no completo su educación escolar.

Como contexto general con relación a la salud sistémica, las patologías de base crónicas que se exhibieron en mayor medida entre los adultos mayores encuestados fueron hipertensión arterial (85%), enfermedades con implicancias motoras como Parkinson, Esclerosis Múltiple, Accidentes Vasculares Encefálicos secuelados y parálisis, hipotiroidismo (40%) y diabetes (25%). Además, un 70% de los adultos mayores presentaron polifarmacia.

La Tabla 1 resume las condiciones orales más prevalentes y su distribución según género y edad. Un 25% de la muestra fue edéntula y el 85% restante presentó dentición parcial. Solo una persona presentó dentición funcional, es decir, 20 piezas dentarias en boca con pares ocluyentes.

La muestra presentó una distribución anormal. Las únicas variables con distribución normal fueron edad (p =0.19) y puntaje obtenido en la encuesta de calidad de vida (p=0.8).

En cuanto al resultado de la encuesta OHIP-7 Sp. los tres factores que tuvieron más impacto en la calidad de vida de los adultos mayores fueron las dificultades para comer (90%), la infelicidad (65%) y problemas en la fono-articulación (45%). Se buscó relacionar las variables sociodemográficas (Tabla 2), la salud general (Tabla 3) y las condiciones orales (Tabla 4) con la calidad de vida en salud bucal de los adultos mayores. La Tabla 3 arrojó una tendencia clínica a una mayor presencia de enfermedades en aquellos individuos con mala calidad de vida en salud bucal, sin embargo, esta tendencia no fue estadísticamente significativa. Los pacientes con polifarmacia (pacientes con consumo de 5 o más principios activos) obtuvieron menor cantidad de dientes remanentes que aquellos sin esta variable.

Al evaluar el riesgo de tener una mala calidad de vida según la encuesta OHIP-7 Sp la diminución salival fue la variable con mayor correlación con este resultado (p=0.052). El resto de las variables no obtuvieron significancia estadística (Tabla 5).

Se calculó un tamaño de muestra necesario en Sample-size de n= 175 con un error dispuesto a cometer de 5% para mayor impacto estadístico.

DISCUSIÓN

Un estudio realizado en Noruega acerca de la salud oral en adultos mayores institucionalizados mostró que un 45% presentaba dentición funcional. El promedio de dientes remanentes fue de 15.6 dientes y un 28% de los adultos con piezas remanentes presentaron caries cavitadas tanto en corona como en raíz⁽¹³⁾. Un estudio similar realizado en Suecia reportó que un 44.2% de los adultos mayores tenían dientes en estado de resto radicular, un 21.3% conservaba una dentición funcional y un 22.8% presentó alguna caries cavitada⁽¹⁴⁾.

Los resultados obtenidos en el hogar en Recoleta fueron distintos, el promedio de dientes remanentes fue de 6.75 y un 95% presentó dentición no funcional. De aquellos adultos mayores con piezas dentarias, un 53% presentó algún diente en estado de resto radicular y un 80% presentó al menos una caries cavitada. Esto se podría explicar porque Chile comenzó su transición demográfica a mediados del siglo XX⁽³⁾, mientras que Noruega y Suecia comenzaron este proceso de envejecimiento a finales del siglo XVII, por lo que su porcentaje de población tercera edad es mucho mayor^(15,16), y por ende tienen más experiencia y desarrollo, además de recursos económicos, en el ámbito

Tabla 1: Prevalencia de condiciones orales distribuidas por género y rango etario en la residencia Mi Hogar, Recoleta

Condición oral	Mujeres		Hombres		Total N=20
	< 80 años N=3	80 años y más N=6	< 80 años N=7	80 años y más N=4	
Desdentado total	1(5%)	3(15%)	1(5%)	0(0%)	5(25%)
Desdentado parcial	2(10%)	3(15%)	6(30%)	4(20%)	15(75%)
Piezas en estado de resto radicular	1(5%)	2(10%)	2(10%)	3(15%)	8(40%)
Caries cavitadas	2(10%)	2(10%)	5(25%)	2(10%)	11(55%)
Lesiones no cariosas	0 (0%)	2(10%)	6(30%)	2(10%)	10(50%)
Necesidad de prótesis*	2(10%)	5(25%)	5(25%)	4(20%)	16(80%)
Uso de prótesis	1(5%)	3(15%)	1(5%)	1(5%)	6(30%)
Parámetros inflamatorios de la encía	3(15%)	4(20%)	6(30%)	4(20%)	17(85%)
Queilitis angular	1(5%)	2(10%)	3(15%)	2(10%)	8(40%)
Lengua saburral	3(15%)	6(30%)	7(35%)	3(15%)	19(95%)
Saliva insuficiente	2(10%)	4(20%)	4(20%)	4(20%)	14(70%)

Las variables son expresadas en frecuencia (%) del total de la muestra. La necesidad de prótesis* se midió considerando la devolución de la dentición funcional en aquellos que no presentaban una prótesis previa.

Tabla 2: Relación entre variables sociodemográficas y calidad de vida en salud bucal en la residencia Mi Hogar, Recoleta

VSD		Mala calidad de vida N: 16(80%)	Buena calidad de vida N: 4(20%)	Total N: 20(100%)	Valor p
Sexo	Femenino	8(40%)	1(5%)	9(45%)	0.591
	Masculino	8(40%)	3(15%)	11(55%)	
Edad*		80.5(10.5)	73(12)	75.75	0.582
Estado civil	Soltero	11(55%)	1(5%)	12(60%)	0.199
	Casado	4(20%)	3(15%)	7(35%)	
	Viudo	1(5%)	0(0%)	1(5%)	
Nivel educacional	Básica incompleta	4(20%)	1(5%)	5(25%)	1.000
	Básica completa	4(20%)	2(10%)	6(30%)	
	Media incompleta	2(10%)	0(0%)	2(10%)	
	Media completa	2(10%)	1(5%)	3(15%)	
	Técnica superior incompleta	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
	Técnica superior completa	1(5%)	0(0%)	1(5%)	
	Universitaria incompleta	2(10%)	0(0%)	2(10%)	
	Universitaria completa	1(5%)	0(0%)	1(5%)	

VSD: variable sociodemográfica. Las variables son expresadas en frecuencia (%) del total de la muestra. La variable edad* se encuentra representada por su mediana (rango intercuartílico).

Tabla 3: Relación entre enfermedades crónicas y calidad de vida en salud bucal en la residencia Mi Hogar, Recoleta.

Enfermedad	Mala calidad de vida N=16	Buena calidad de vida N=4	Total N=20	Valor p
Hipertensión Arterial	13(65%)	4(20%)	17(85%)	1.000
Hipotiroidismo	6(30%)	2(10%)	8(40%)	1.000
Diabetes	3(15%)	2(10%)	5(25%)	0.249
Alteración motora	9(45%)	3(15%)	12(60%)	0.619
Polifarmacia	10(50%)	4(20%)	14(70%)	0.267

Las variables son expresadas en frecuencia (%) del total de la muestra.

Tabla 4: Relación entre las condiciones orales y la calidad de vida en salud bucal en la residencia Mi Hogar, Recoleta.

Condición bucal	Mala calidad de vida N= 16	Buena calidad de vida N=4	Total N=20	Valor P
Edéntulo	3(15%)	2(10%)	5(25%)	0.353
Dentados parciales	2(10%)	13(65%)	15(75%)	0.249
Movilidad dentaria	8(40%)	0(0%)	8(40%)	0.117
IPB (d)*	100(11)	85(7)	96(9)	0.082
Uso de prótesis	5(25%)	1(5%)	30(30%)	1.000
Caries (d)	9(45%)	2(10%)	11(55%)	0.613
Lesiones no cariosas(d)	8(40%)	2(10%)	10(50%)	0.524
Lengua sabrural	11(55%)	3(15%)	14(70%)	1.000
Saliva disminuida	13(65%)	1(5%)	14(70%)	0.061

Las variables son expresadas en frecuencia (%) del total de la muestra. IPB: Índice de placa bacteriana. La variable IPB es expresada en mediana (rango intercuartílico). Las variables que presentan (d) fueron condicionadas a aquellos pacientes dentados para el análisis.

Tabla 5: Análisis de regresión logística para estimar el riesgo de tener una mala calidad de vida en salud bucal.

Variable exposición	OR	IC95%	Valor p
Edad*	3,85	0,32-45,54	0,284
Dentado	4,33	0,42-44,42	0,217
Presencia de caries	1,66	0,18-15,13	0,650
Uso de prótesis	1,36	0,11-16,57	0,808
Saliva disminuida	1,9	0,97-172,94	0,052

OR: Odds Ratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%. Variable edad dicotomizada (menores de 80 años / 80 años y más)

del cuidado y salud de su población mayor. Esto se ve reflejado en su segundo y tercer lugar respectivamente en el Índice Global de Envejecimiento versus el N° 21 que posee Chile⁽¹⁵⁾.

Corchero y cols. evidenciaron un 76.7% de dientes perdidos en la población tercera edad institucionalizada en España. Además, un 40% usaba prótesis bimaxilar y un 20% de las prótesis presentes presentaban un alto índice de placa bacteriana⁽¹⁷⁾. Ozkana y cols. describieron que un 60% de los participantes eran edéntulos, y 90% de los participantes necesitaba prótesis para devolver la funcionalidad⁽¹⁸⁾. De aquellos que utilizaban prótesis, un 85% de estas se presentaron en mal estado.

En la residencia Mi Hogar, se presentó un 75.5% de piezas dentarias perdidas y el estado y uso de prótesis fue deficiente. Un 95% necesitaba el uso de prótesis y solo un 30% utilizó algún tipo de prótesis, ya sea parcial o total. El 100% de las prótesis presentó biofilm adherido y mala retención y estabilidad. La diferencia en el tamaño de la muestra con los dos estudios anteriores no permite una real comparación.

En Chile, Giacaman y cols. realizaron un estudio sobre el estado de salud periodontal por rangos etarios en la región del Maule. Un 81.3% de la población adulto mayor estudiada presentó un índice de placa bacteriana moderado a severo, mientras que un 90% presentó inflamación gingival moderada o severa⁽¹⁹⁾. En Recoleta, el índice de placa bacteriana en pacientes dentados fue de 94%, además se observaron características indicadoras de inflamación gingival en 17 de los 20 participantes.

Klotz y cols. investigaron la asociación de la salud oral con un mayor riesgo de mortalidad en Alemania, concluyendo que el índice de placa bacteriana se asociaba a mortalidad en un período de un

año. Se relacionaron infecciones dentales con patologías comunes en los adultos mayores como neumonía, diabetes y enfermedades cardíacas⁽²⁰⁾. Andersson y cols. por su parte obtuvieron una asociación significativa por medio de una regresión logística entre diabetes y enfermedades cardiovasculares con la pérdida de piezas dentarias y la presencia de dientes cariados en una población mayor⁽¹⁴⁾.

Las intervenciones dentales y el control de la carga bacteriana se hacen aún más indispensables en adultos mayores por sus posibles repercusiones sistémicas. Sjorgen y cols. demostraron que las intervenciones en salud oral realizadas por dentistas profesionales podrían disminuir la mortalidad por neumonía nosocomial en hospitales y hogares de ancianos⁽²¹⁾, y Samson y cols. observaron los efectos a largo plazo (6 años) de la educación en salud oral, variando desde un 37% a un 70% los adultos mayores con niveles aceptables de higiene oral⁽²²⁾.

En la residencia, los adultos mayores con HTA mostraron en promedio 5.7 dientes remanentes, mientras que aquellos sin esta enfermedad presentaron 12.3. Lo mismo ocurrió en la diabetes, donde la diferencia de dientes remanentes fue de 8.1 para aquellos que no padecían la enfermedad, y 2.6 en aquellos que sí. Entonces, las patologías orales podrían descompensar y producir ciertas enfermedades en los adultos mayores y estas a su vez afectar la condición oral, por lo que se hace indispensable la intervención de dentistas en esta población.

Moya y cols. realizaron un estudio en el que evaluaron la necesidad de tratamiento y la calidad de vida en salud bucal de adultos mayores institucionalizados estableciendo que las necesidades de tratamiento más importantes en aquellos pacientes con una peor calidad de vida fueron; educación en higiene bucal, tratamiento especial por presencia de enfermedades sistémicas y el tratamiento periodontal⁽²³⁾.

Cárdenas-Bahena y cols. realizaron un análisis por medio de la encuesta GOHAI determinando que las mujeres y los adultos mayores con 80 años y más, obtuvieron peores puntajes en su evaluación de calidad de vida en salud bucal., junto con aquellos con tres o más comorbilidades o uso de polifarmacia⁽²⁴⁾.

El año 2017 Monaghan y cols. usaron la encuesta OHIP-14 y concluyeron que, dentro de los criterios evaluados por la encuesta, aquellos que tuvieron un impacto significativo en salud oral fueron la incapacidad para comer, dolor al masticar, la infelicidad que producían los problemas dentales, y la presencia de xerostomía, siendo estos los predictores más importantes para una peor calidad de vida⁽²⁵⁾.

En este estudio se apreció una gran asociación clínica entre polifarmacia y bajo flujo salival, con una peor percepción en la calidad de vida en salud bucal ($p=0.052$). En cuanto a factores sociodemográficos, las mujeres y los adultos mayores de 80 años fueron los grupos que tendieron a una peor calidad de vida, hecho que se ve también reflejado en la ENCAVI 2016⁽⁶⁾. El nivel socioeconómico y grado de dependencia de los participantes podría alterar esta percepción.

En cuanto a la encuesta utilizada en este estudio, los tres factores que tuvieron más impacto en la calidad de vida de los adultos mayores fueron las dificultades para comer (90%), la infelicidad (65%) y problemas en la fono-articulación (45%), resultados muy similares a los obtenidos en Gales⁽²⁵⁾. Esto nos podría demostrar que las necesidades más importantes y las más influyentes en la calidad de vida en salud bucal se comparten a nivel mundial, sin importar el grado de desarrollo del país.

En conclusión, el estado de salud general, oral, y la percepción de la calidad de vida asociada a salud bucal de los adultos mayores de la residencia Mi Hogar fue deficiente sin diferencias significativas entre género y rango etario. El factor de riesgo con mayor implicancia estadística en relación a calidad de vida en salud oral fue la presencia la disminución salival. A pesar de que se logró establecer una tendencia clínica que relaciona las variables de salud oral, salud general y calidad de vida en salud bucal, se requieren más estudios con un número de muestra más grande para lograr una validación estadística. Se calculó un tamaño de muestra necesario en Sample-size de $n= 175$ con un error dispuesto a cometer de 5% para mayor impacto estadístico.

RELEVANCIA CLÍNICA DEL ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Chile se encuentra en un proceso avanzado de transición demográfica que hace que la población adulta mayor haya aumentado de manera significativa en el último tiempo y se proyecte que lo seguirá haciendo.

Un aumento en esta población debe venir acompañado necesariamente de mejoras en salud y calidad de vida por medio de un trabajo multidisciplinario. El dentista tiene un papel fundamental en mantener la salud bucal de esta población, y de esta forma mejorar tanto su condición sistémica, manteniendo una baja carga bacteriana,

como su calidad de vida.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

Este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética

Científico de la Universidad de los Andes y respetó las normas éticas de la declaración de Helsinki. El equipo de investigación declaró no tener ningún conflicto de interés.

El estudio contó con fondos internos del área de Periodoncia de la Universidad de los Andes, Monseñor Álvaro del Portillo #12455, Las Condes, Santiago, Chile.

Bibliografía

1. Damianovic Camacho N, Instituto Nacional de Estadísticas, editores. Población y sociedad: aspectos demográficos; [periodo de la información 1950 - 2004]. Santiago de Chile: INE; 2008. 49 p.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World population ageing [Report]. 2017.
3. Chile INE. Censo Población y Vivienda. 2017.
4. Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y Proyecciones de la Población de Chile 1992-2050. 2018.
5. Naciones Unidas. Envejecimiento [Internet]. 2016 [citado 10 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
6. Unidad de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2016. Ministerio de Salud 2017.
7. Hogar de Cristo. Adulto mayor [Internet]. [citado 10 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.hogardecristo.cl/lineas_de_accion/adultos-mayores/
8. León S, Correa-Beltrán G, De Marchi RJ, Giacaman RA. Ultra-short version of the oral health impact profile in elderly Chileans: Validation of the OHIP-7Sp. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(2):277-85.
9. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. [citado 25 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
10. World Health Organization, editor. Oral health surveys: basic methods. 5th edition. Geneva: World Health Organization; 2013. 125 p.
11. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The Plaque Control Record. *J Periodontol.* 1972;43(1):38-8.
12. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: Normal composition, flow, and function. *J Prosthet Dent.* 2001;85(2):162-9.
13. Zuluaga DJM, Ferreira J, Montoya JAG, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment: Dependence and co-operation regarding oral health. *Gerodontology.* 2012;29(2):e420-6.
14. Andersson P, Renvert S, Sjogren P, Zimmerman M. Dental status in nursing home residents with domiciliary dental care in Sweden. *Community Dent Health.* 2017;(34):203-7.
15. AgeWatch 2015. Índice Global de Envejecimiento. 2015.
16. Datosmacro.com. Suecia - Índice global de envejecimiento 2015. [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-global-envejecimiento/suecia>
17. Corchero AMI, Cepeda JRG. Oral Health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(8):E523-8.
18. Ozkan Y, Özcan M, Kulak Y, Kazazoglu E, Arikan A. General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul: General health, dental status and dental treatment needs of elderly. *Gerodontology.* 2011;28(1):28-36.
19. Giacaman RA, Sandoval Salas D, Bustos Alvarez IP, Rojas Cáceres MA, Mariño RJ. Epidemiología del estado de salud periodontal en la VII Región del Maule, Chile. *Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2016;9(2):184-92.
20. Klotz A-L, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Is compromised oral health associated with a greater risk of mortality among nursing home residents? A controlled clinical study. *Aging Clin Exp Res.* 2018;30(6):581-8.
21. Sjögren P, Wärdeh I, Zimmerman M, Almståhl A, Wikström M. Oral Care and Mortality in Older Adults with Pneumonia in Hospitals or Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(10):2109-15.
22. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci.* 2009;117(5):575-9.
23. Aráñazu Moya GC, Hernández Castañeda AA, Gutiérrez Sánchez MA, Agudelo Prada DF. Necesidad de tratamiento bucal y calidad de vida en el adulto mayor. *UstaSalud.* 2013;12(1):47.
24. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Gutiérrez-Robledo LM, Ávila-Funes JA. Oral health conditions and frailty in Mexican community-dwelling elderly: a cross sectional analysis. *BMC Public Health.* 2012;12(1):773.
25. Monaghan N. Measuring oral health impact among care home residents in Wales. *Community Dent Health.* 2017;(34):14-8.