

# Autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana, Paraguay

Díaz-Reissner CV, Pérez-Bejarano NM, Ferreira-Gaona MI, Sanabria-Vázquez DA, Torres-Amarilla CD, Araujo A, Fernández B, Fleitas D, Real C, Godoy, J, Páez E.

Facultad de Odontología, Universidad del Pacífico Privada, Asunción, Paraguay.

## RESUMEN

**Introducción.** El envejecimiento va acompañado de alteraciones fisiológicas y aumento de enfermedades crónicas. **Objetivo.** Determinar factores incidentes en la calidad de vida oral autopercebida en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana de Asunción, año 2013. **Material y métodos.** Estudio analítico transversal y prospectivo; se realizó examen bucal y cuestionario a todos los residentes de los albergues Nuestra Señora de la Asunción, Santo Domingo y Gijón Roga, según criterios de inclusión. **Resultados.** Participaron 58 personas, siendo mujeres 63.8%. El 70,69% tiene percepción negativa acerca de su estado de salud bucal. El CPO-D fue 30.55 (DE=2.842), con componente perdido del 92.9%. El 44.8% presentó edentulismo total. El IHOS fue malo en los 23 pacientes evaluados. El 85.7% higienizaba su prótesis. Necesitaban prótesis total superior el 37.9% y parcial el 37.2%, mientras que el 51.7% prótesis total inferior y el 27.1% parcial. La autopercepción negativa de salud oral se asoció con necesidad de prótesis inferior, consumo de medicamentos, falta de tratamiento dental y autovaloración de salud gingival. **Conclusión.** Varios factores influyen negativamente en la autopercepción de la salud bucal en la población de estudio, principalmente la carencia de prótesis inferior y la falta de atención oportuna por desinterés

**Palabras clave:** anciano, cuidado dental para ancianos/estadística & datos numéricos, salud Bucal, autoevaluación diagnóstica

## ABSTRACT

**Introduction.** Aging is accompanied by physiological alterations and an increase in chronic diseases. **Objective.** Identify factors affecting self-perceived oral quality of life in older adults living in state-run senior homes in the Asunción (Paraguay) metropolitan area in 2013. **Materials and Methods.** A transversal analytical and prospective study was done of older adults in three senior homes. Oral exams were done and questionnaires applied to all residents in the homes. **Results.** The sample consisted of 58 people (63.8% women). Most (70.69%) had a negative perception of their oral health. The DMFT was 30.55 (SD=2.842) with a loss component of 92.9%. Total edentulism was present in 44.8% of the residents, and SOHI values indicated inadequate hygiene in 23 evaluated patients. The majority (85.7%) cleaned their prosthesis. A total upper prosthesis was used by 37.9% of the residents and a partial in 37.2%. A total lower prosthesis was used by 51.7%, and a partial by 27.1%. Negative self-perception of oral health was associated with the need for a lower prosthesis, medicine use, lack of dental treatment and gum health self-evaluation. **Conclusion.** A number of factors negatively affected self-perception of oral health in the studied population, mainly lack of a lower prosthesis and timely dental care, mostly due to lack of interest.

**Key words:** older adults, self-perception, oral health, statistics.

Solicitud de sobretiros: Dra. Clarisse Virginia Reissner MSC.  
Correo electrónico: diazclarisse@gmail.com  
Correspondencia: Avda. San Martín 961 c/Avda. España, Asunción, Paraguay.  
Recibido: Febrero 2015 / Aceptado: Mayo 2015

Artículo disponible en <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V07N1p23.pdf>

## INTRODUCCIÓN

La composición de la población ha cambiado drásticamente durante la segunda mitad del siglo XX y el grupo de adultos mayores va en aumento, lo que se espera genere gran impacto en la atención de la salud pública general y oral (1). La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad”. De esta definición deriva el concepto de “Calidad de Vida Relacionada con Salud” (CVRS), que tiene en cuenta los factores propios del individuo y los factores con los que él interacciona, y resulta importante para el diseño de las estrategias de intervención, pues sin este componente no se tendría éxito (2,3).

Una de las variables que califica la calidad de vida como saludable es la función de la cavidad oral. Cuando está limitada por ausencia de dientes, dolor dental, dientes naturales con alteraciones de forma y color, se presentan efectos psicosociales que pueden afectar la autoestima y el bienestar. Y en efecto, se sabe que al pasar los años y en condiciones normales, la cavidad bucal presenta cambios morfológicos secundarios al uso, como el desgaste de los dientes y su progresivo oscurecimiento (4).

En la evaluación del estado de salud habitualmente los profesionales obtienen la información por métodos como la anamnesis, exploración física y exámenes de laboratorio, no abarcando generalmente aspectos sociales, personales o de bienestar mental, así como tampoco la percepción de salud por parte del paciente (5,6), generando esto una discrepancia entre la medición del estado de salud individual y la definición de salud de la OMS (7).

Brenes (2004), menciona que en América Latina, los individuos mayores de 60 años de edad para ese entonces, presentaban una salud bucal inadecuada. Al respecto, el mismo autor indica que con el aumento de la edad, podrían influir en ello la disminución de la capacidad motora, la baja autoestima, pudiendo existir incapacidad para realizar la higiene bucal aunado a otros factores que pudieran aparecer como consecuencia de enfermedades crónicas. Asimismo, el compromiso de la visión, audición y pérdida de la habilidad cognitiva, lo que conlleva a un aumento en el riesgo

de desarrollar patologías bucales por la interferencia en la realización del hábito principal de control de enfermedades bucales: control de placa. Por otra parte, se pueden generar cambios en la composición de su dieta, aumentando el riesgo de malnutrición debido a la disminución del consumo de alimentos duros como la carne y al aumento de carbohidratos (8).

Para medir la salud oral, poniendo énfasis en la calidad de vida oral, se destaca el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), específico para pacientes de edad avanzada. El GOHAI ha demostrado ser un instrumento con alta sensibilidad a variables clínicas, permitiendo detectar necesidades de atención con mayor facilidad, además de que no requiere de personal calificado para su aplicación (9).

En un estudio realizado por Pangrazio (2009) indicó que la necesidad de tratamiento protésico en la población paraguaya fue de 47%; considerado de esta manera como un grave problema de salud pública debido a que la falta de dientes afecta la calidad de vida en los individuos. Del 49% de las personas que tenían edentulismo, 45% no utilizaba prótesis por considerarlo innecesario, 37% por motivos económicos y 8% porque le producía incomodidad (10). Por su lado, Caballero (2005) realizó una descripción del estado de salud oral en personas mayores a 60 años residentes en hogares de ancianos (Hogar Nuestra Señora de la Asunción, La Piedad y El Buen Samaritano), con el objetivo de observar las características clínicas, encontrándose prevalencia de caries y enfermedad periodontal en 100% y un promedio de sólo 4,4 piezas dentarias sanas presentes en boca (11). Así también, un estudio reciente realizado por Amarilla et al. (2012) en los Hogares Santo Domingo y Nuestra Señora de la Asunción ubicados en la capital del país, concluyó que la condición bucal presentó elevado edentulismo, altas prevalencias de necesidad de extracción y cálculo dentario (sarro) así como rebordes alveolares reabsorbidos. También elevada necesidad de tratamiento protésico, poniendo de manifiesto la urgente necesidad de implementar medidas preventivas y curativas en dichos hogares (12).

Según datos de la OPS, la población mundial envejece anualmente el 1,7% y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente

1,100,000,000 de personas mayores de 60 años en el mundo; según el Centro Latinoamericano de Demografía, 82,000,000 estarán en América Latina (13). Los problemas bucales más prevalentes en este grupo, demostrados por estudios, son la caries radicular y la enfermedad periodontal, que conllevan a la pérdida dentaria (14). La mayoría de los adultos mayores presentan problemas de masticación, dolor mandibular, dificultades al comer y problemas sociales debido a patologías bucales presentes (15). Otra patología frecuente en esta población es la enfermedad periodontal siendo la principal causa de pérdida dentaria a partir de los 35 años de edad, teniendo como principal consecuencia la afectación en mayor o menor medida a los tejidos de soporte dentarios y por ende, puede aparecer la limitación en el consumo de alimentos, un posible deterioro de la comunicación y la disminución de la autoestima (16). Otras afecciones comunes pero menos frecuente son la xerostomía y posibles lesiones de la mucosa bucal como leucoplasia y cáncer oral (17,18).

Cuando existe pérdida dentaria, la prótesis puede considerarse como opción en la planificación en la rehabilitación, pues en algunos pacientes es la solución a problemas principalmente psicológicos, es decir, un medio para superar el temor de hablar o sonreír (19), sin mencionar la devolución de la función masticatoria y la fonación. Se debe tener en cuenta que pacientes portadores de prótesis dental requieren de un período largo de adaptación que algunos no llegan a cumplir con éxito, lo que también genera una disminución de la satisfacción y la afectación de la calidad de vida. Las prótesis pueden producir trauma en los tejidos, debido a que el ajuste y la adaptación de los tejidos se van perdiendo a causa de un proceso de reabsorción propia. Al actuar mecánicamente sobre ellos, pueden producir desde simples modificaciones hasta alteraciones severas conforme la agresión que ejerza el aparato y la falta de controles periódicos con los odontólogos (20).

De esta forma y teniendo en cuenta la importancia de la valoración de la percepción de la salud para el éxito en la formulación de políticas de intervención (21), este trabajo tiene como objetivo determinar los factores que inciden en la calidad de vida oral autopercebida en pacientes adultos mayores, que

residen en albergues estatales del área metropolitana de Asunción, en el año 2013.

Aún no se tiene conocimiento de la valoración personal del estado de salud bucal en adultos mayores del Paraguay, si bien se pueden mencionar los trabajos de Amarilla et al (12) y Caballero (11). Por su parte, la muestra utilizada para el estudio de Pangrazio (10) no resultó suficiente para generalizar resultados de impacto nacional.

Es importante mencionar que en Paraguay, estos albergues muchas veces solo cuentan con los recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas de sus residentes (22–25). Por este motivo se diseñó este estudio a fin de identificar como ellos perciben la salud bucal lo cual podría ayudar a direccionar eficientemente los recursos para aumentar la percepción positiva y el bienestar de los mismos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue analítico, transversal y prospectivo. La población estuvo conformada por varones y mujeres, adultos mayores de 60 años, con residencia permanente durante el año 2013 en albergues estatales del área metropolitana de Asunción-Paraguay, pertenecientes a los Hogares Gijón Róga, Nuestra Señora de la Asunción y Santo Domingo. Fueron excluidos los adultos mayores con trastornos mentales, discapacidad motora generalizada o enfermedad sistémica que impidiera la inspección bucal y/o afecte la anamnesis, así como aquellos con hipoacusia marcada y/o con patología que impidiera la comunicación o interacción con los responsables médicos de cada institución.

La variable dependiente fue la autopercepción relacionada con la salud oral y las variables independientes consideradas fueron:

- a. Sociodemográficas: edad, sexo, nivel académico, estado civil (por interrogatorio directo).
- b. Estado de salud general: Presencia de alteraciones en la salud general y consumo de medicamentos (datos secundarios de las fichas médicas institucionales).
- c. Prevalencia de patologías bucales medidas con:
  1. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).
  2. Índice de antecedentes de caries de las piezas dentarias permanentes CPO-D (Cariado,

perdido, obturado- Unidad diente), incluyendo terceros molares.

3. Alteración de tejido blando a través del Índice Periodontal (Se excluyeron a los edéntulos totales).

d. Necesidades terapéuticas y protésicas: Uso y necesidad de prótesis dental

e. Presencia de factores de riesgo: acceso a servicio de salud bucal, estilo de vida, hábitos de higiene.

f. Autovaloración de la salud dental y gingival.

g. Edentulismo ( $\leq 20$  dientes remanentes, incluido terceros molares).

Para el control de calidad, se realizó la calibración de los examinadores, que incluyó una capacitación teórico-práctica iniciada con el diagnóstico de fotografías de pacientes, cuyo resultado arrojó una concordancia casi perfecta con el examinador de referencia. Finalmente los resultados de la calibración por IHOS se consideraron en la selección de los examinadores, debido a que presentaron los mayores grados de dificultad y subjetividad, siendo seleccionados los que superaron 90,0% de concordancia, quedando los no calificados asignados a tareas de apoyo. Posteriormente, se realizó una prueba piloto en el Hogar San Francisco de Asís, con el propósito de perfeccionar y ajustar el instrumento de recolección de datos y los procedimientos.

El reclutamiento se realizó con la autorización correspondiente de los directivos de los albergues y el consentimiento de los sujetos, previa información de los objetivos y procedimientos a llevarse a cabo durante la investigación. Se elaboró una ficha que incluía varios apartados, el primero se usó para el registro mediante la anamnesis en forma de entrevista factores de riesgo y estilo de vida. Otra sección estaba destinada al registro de la inspección bucal a cargo de un operador capacitado y un registrador que asentaba los resultados en la ficha. Para el examen bucal se utilizó luz natural con espejo bucal plano sin aumento, pinza y sonda IPC (Índice Periodontal Comunitario), siguiendo las recomendaciones de la OMS (26). Los pacientes fueron inspeccionados de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, ubicados en sillas proporcionadas por los encargados de cada hogar. Finalmente, el instrumento abarcó una sección destinada al registro de la autopercepción aplicando el cuestionario GOHAI.

Para la gestión de los datos se utilizó el programa R 3.0.3 (27) con los paquetes MASS (28), Resource Selection (29) y BaylorEdPsych (30). Se utilizó estadística descriptiva: las variables cualitativas se presentaron utilizando frecuencias absolutas y porcentaje. Se aplicaron las pruebas de Chi cuadrado de Pearson, Wilcoxon con corrección por continuidad y Fisher, para el análisis bivariado. La regresión logística binaria se utilizó para el análisis multivariado. Para todas las pruebas se utilizó un nivel de confianza del 95%.

Este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Pacífico Privada, cumpliéndose con los principios éticos de Helsinki. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## RESULTADOS

De un total de 134 registrados en los hogares, participaron en la investigación 58 adultos mayores. El 55.2% pertenecía al Hogar Nuestra Señora de la Asunción, el 22.4% al Hogar Santo Domingo y 22.4% al Hogar Gijón Rogá. Referidos al sexo, en su mayoría (63.8%) estuvo conformada por mujeres y respecto a la edad el mismo porcentaje fue de 60 a 80 años. El 56.9% pertenecía al estado civil soltero y el mismo porcentaje había realizado al menos la primaria.

Respecto a la salud general, todos presentaban alguna enfermedad. Considerando aspectos referentes al estilo de vida, solamente el 12.1% manifestó consumir tabaco y ninguno declaró estar consumiendo alcohol.

El CPO-D fue de 30.55 (DE=2.842), siendo el componente perdido responsable del 92.9% del índice, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos ( $W=313$ ;  $p=0.1383$ ). La causa más común de pérdida dental fue la caries en el 79.3%. El 44.8% presentó edentulismo total.

El IHOS resultó inadecuado en 23 (39.7%) de los pacientes evaluados. Sólo el 85.7% higieniza su prótesis. En la arcada superior necesita prótesis total el 37.9% y prótesis parcial el 37.2%, mientras que para la arcada inferior el 51.7% necesita prótesis total y el 27.1% parcial.

Seguidamente, se buscó la asociación de la autopercepción de la salud oral con las variables socio-demográficas, salud general, acceso a los

**Tabla 1.** Relación de la autopercepción de salud oral (GOHIA) con las variables de estudio. Adultos mayores residentes en albergues estatales del área Metropolitana del Paraguay, 2013.

Variables	Categorías	Positiva No. (%)	Negativa No. (%)	$\chi^2$	p-valor
<i>Socio-demográficas</i>					
Edad	60-80 años	11 (29.7)	26 (70.3)	0.0087	0.9258
	>80 años	6 (28.6)	15 (71.4)		
Sexo	Femenino	14 (37.8)	23 (62.2)	--	0.0758
	Masculino	3 (14.3)	18 (85.7)		
Estado civil	Soltero	12 (36.4)	21 (63.6)	1.8383	0.7520
	Otros	5 (20.0)	20 (80.0)		
Nivel académico	Ninguno/Primario	11 (29.7)	26 (70.3)	0.0087	0.9258
	Secundario/Terciario	6 (28.6)	15 (71.4)		
<i>Salud general</i>					
Consume medicamentos	Si	9 (25.0)	35 (79.5)	6.8997	0.0086*
	No	8 (57.1)	6 (42.9)		
<i>Acceso servicios de salud</i>					
Ultima consulta odontológica	<1 año	1 (12.5)	7 (87.5)	--	0.4151
	>1año/No recuerda	16 (32.0)	34 (68.0)		
Falta tratamiento dental	Desinterés	13 (43.4)	15 (53.6)	--	0.0088*
	Económico	4 (13.3)	26 (87.7)		
<i>Salud bucodental</i>					
Usa prótesis	Si	10 (33.3)	20 (66.7)	0.4854	0.4860
	No	7 (25.0)	21 (75.0)		
Autovaloración salud dental	Muy Bueno/Bueno	9 (31.0)	20 (69.0)	0.0832	0.7730
	Regular/Malo	8 (27.6)	21 (72.4)		
Autovaloración salud gingival	Muy Bueno/Bueno	9 (21.4)	33 (78.6)	4.5649	0.0326*
	Regular/Malo	8 (50.0)	8 (50.0)		
Alteración de tejido blando**	Sano	3 (21.4)	11 (78.6)	--	0.4461
	Alterado	7 (38.9)	11 (61.1)		
Edentulismo	Si	16 (30.2)	37 (69.8)	--	1.0000
	No	1 (20.0)	4 (80.0)		
Necesidad de prótesis superior	Ninguna/Reparación	10 (38.5)	16 (61.5)	1.9047	0.1676
	Parcial/Total	7 (21.9)	25 (68.1)		
Necesidad de prótesis inferior	Ninguna/Reparación	9 (63.4)	5 (35.7)	10.8956	0.0010*
	Parcial/Total	8 (18.2)	36 (81.8)		

\*Estadísticamente significativo. \*\*n=32

servicios de salud y salud bucodental, considerando con percepción positiva a aquellos que obtuvieron un puntaje  $\geq 50$  y negativa los puntajes inferiores a este. Resultaron estadísticamente significativos el consumo de medicamentos, el motivo de falta de tratamiento dental, la autovaloración de la salud gingival y la necesidad de prótesis inferior (Tabla 1). Se aplicó un análisis de regresión logística binaria, en el que fueron incluidas las variables estadísticamente significativas del análisis bivariado. Se evaluaron las interacciones y eliminados los casos influyentes mediante la distancia de Cook. Para evaluar el ajuste del modelo final se aplicó la prueba

de Hosmer-Lemeshow ( $\chi^2=1.355$ ;  $p=0.9949$ ),  $R^2$  de Nagelkerke fue de 0.5156 y la tasa global de clasificación correcta fue del 77.59%; indicativos de un buen ajuste del modelo.

Como resultado, en este grupo de población, la necesidad de prótesis parcial/total constituye un factor de riesgo para la autopercepción negativa de salud oral, aumentando en 13.74 la probabilidad con respecto a aquellos cuya prótesis se encontraba en buen estado o necesitaba solamente reparación. Mientras que, la falta de atención oportuna debida al desinterés y una autovaloración gingival regular o mala actúan como factores protectores (Tabla 2).

**Tabla 1.** Parámetros del modelo de regresión logística. Variable dependiente de referencia autopercepción negativa de salud oral (GOHIA). Adultos mayores residentes en albergues estatales del Paraguay, 2013.

Variables	$\beta$	Error estándar	Z	p-valor	Exp( $\beta$ )	IC 95% para Exp( $\beta$ )	
						Inferior	Superior
Intercepto	0.9495	0.8827	1.0757	0.2821	2.5844	0.4777	17.1332
Necesidad de prótesis inferior [Parcial/Total]	2.6205	0.8768	2.989	0.0028*	13.7432	2.7756	93.5455
Motivo [Desinterés]	-2.2428	0.8598	-2.6084	0.0091*	0.1062	0.0157	0.4984
Autovaloración salud gingival [Regular/Mala]	-2.1015	0.861	-2.4408	0.0147*	0.1223	0.0189	0.6011

\*Estadísticamente significativo.

## DISCUSIÓN

Se ha definido el envejecimiento poblacional como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Los ancianos son propensos a padecer enfermedades bucodentales entre las que encontramos a la caries dental así como las enfermedades periodontales.

Con respecto al estado de salud general, la presencia de enfermedades sistémicas hace que sea necesario reorientar a los sujetos y cuidadores con respecto a la higiene bucal y protésica. Además, la presencia de patologías orales podría interferir con la salud general y viceversa. A todo esto, el porcentaje de adultos mayores que utilizaba medicación resultó superior al 82.20% en ancianos institucionalizados en Araras en São Paulo, Brasil (31), teniendo en cuenta que pueden actuar generando xerostomía. En un estudio realizado en Estados Unidos basado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, los adultos que reportaron mal estado de salud general presentaron niveles más elevados de patologías sin tratar (32). Se debe tener en cuenta que el tabaquismo constituye un factor de riesgo para las patologías bucales, especialmente la periodontitis; siendo el porcentaje de fumadores inferior con respecto al estudio realizado en adultos mayores de 80 años residentes en una comunidad japonesa (38.16%), aunque no hubo asociación entre el consumo de tabaco y la pérdida de piezas dentarias en este último (33).

En los albergues estatales del área metropolitana el Índice de CPO-D fue 30,55. Las piezas perdidas representaron la mayor prevalencia con un 92,9%.

La menor prevalencia corresponde a piezas obturadas. Estos hallazgos podrían deberse a la escasa atención bucal que reciben y la deficiente higiene bucal. Llamó la atención que en los hospitales cercanos al albergue Nuestra Señora de la Asunción no se incluía la prestación de servicios odontológicos: hecho que podría minimizar el daño en la salud bucal, limitarlo e inclusive rehabilitarlo.

El resultado del Índice de CPO-D de este estudio fue muy superior al de adultos mayores en otros estudios como el realizado en una población canadiense de 60 a 79 años (CPO-D: 15,7) revelado por la Encuesta Nacional de Salud Oral (34). El CPO-D de los adultos mayores institucionalizados con residencia en centros de socio-sanitarios de Barcelona, obtuvo un valor de 22.8; bajo con relación al resultado de nuestro estudio (35). Un resultando similar fue reportado en un estudio realizado en pacientes de edad avanzada de un municipio del Nordeste del Brasil con un valor de 29.41% (21), al realizado en instituciones geriátricas brasileiras en residentes adultos mayores de diferentes niveles socio-económicos, que fue de 29.9% (36) y al 30.6% encontrado en adultos institucionalizados en la ciudad de Araras, Brasil (31).

Por otro lado, en Canadá se encontró una tasa de edentulismo del 22%, cifra duplicada en este estudio (34) y mucho mayor a la de adultos mayores mexicanos que fue de 9.1% (14), lo que refleja el mayor énfasis a la salud de este grupo de personas en ambos países. Pero resulta ligeramente inferior al 57.7% de los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas brasileiras(36). La autovaloración negativa de la percepción oral no se

vio afectada por la presencia de edentulismo, resultado que difiere al encontrado en un estudio realizado en adultos mayores de Campinas al Sureste de Brasil, donde el puntaje GOHIA promedio en los edéntulos fue significativamente menor al de los dentados (37). La participación social ha demostrado verse afectada por la presencia de edentulismo en personas del sureste de Brasil (38). En tanto, en otro estudio en adultos mayores de Países Bajos concluyó que la preservación de dientes naturales aportaba una imagen positiva y elevada la autoestima (39).

La condición bucal encontrada en la población de estudio, fue una elevada ausencia de piezas dentarias, con alta prevalencia de necesidad de extracciones, seguida de la alta frecuencia de cálculo y rebordes alveolares reabsorbidos. Además de una, elevada necesidad de tratamiento protésico, poniendo de manifiesto la urgente necesidad de implementar medidas preventivas y curativas en dichos hogares, y probablemente en general, como política de salud.

Sin embargo, las variables autovaloración de la salud gingival y necesidad de prótesis dental inferior pueden resultar predictores de la percepción de salud oral en dicha población, aunque debería indagarse acerca de la comprensión sobre salud gingival y considerar el motivo de falta de tratamiento dental previo, ya que el desinterés por la salud bucal en el pasado tiende a mantenerse, en tanto que, aquellos que por motivos económicos no tuvieron la oportunidad de mantener una buena salud bucal tienden a resentirse posteriormente percibiéndola como negativa, todo esto, sin olvidar que la necesidad de prótesis dental inferior es la que incide llamativamente atenuando el sentimiento negativo.

En concordancia con el estudio realizado en el Oeste de India, en pacientes totalmente edéntulos, las puntuaciones GOHIA aumentaron en aproximadamente el doble cuando estos pacientes recibieron una prótesis dental (33), pero discordante con un estudio realizado en Brasil, donde una autovaloración negativa de la salud bucal se correlacionaba con un mal estado de la salud bucal (41), pues como se mencionó anteriormente el desinterés juega un papel preponderante en este estudio. También discordante con el estudio de adultos mayores del sureste de Brasil, donde poseer

prótesis dental en las dos arcadas se asociaba a una autovaloración positiva de la salud bucal (37), mientras que en esta investigación solamente la necesidad de prótesis inferior fue importante para los pacientes. En un estudio realizado en pacientes de edad avanzada en un municipio en el noreste del Brasil, se encontraron asociados con el GOHIA la necesidad de prótesis superior, alteraciones en los tejidos blandos y la autovaloración de la salud bucal (21); lo que concuerda con nuestro estudio en que la autovaloración gingival resultó estadísticamente significativa y la necesidad de prótesis aunque inferior.

Haikal et al (2011) en su estudio cualitativo realizado en adultos mayores brasileños sugiere que el factor económico no constituyó un obstáculo para el acceso a los servicios de salud, debido a que a pesar de considerar el mal estado de sus prótesis no consideraban necesario su reemplazo (36). Mientras que en nuestro estudio fue mayor la actitud negativa en aquellos que reportaron por motivos económicos. Se debe considerar que la falta de infraestructura en los hospitales cercanos a los albergues o un servicio odontológico incorporado a los albergues, representan un problema pues no se puede proveer la debida atención a la salud bucal de los adultos mayores protegidos por el Estado.

Así como en Canadá, en nuestro país existe también una inequidad en servicios de atención dental dirigidos a esta población (34). Tal como se plantea en los Estados Unidos, para los adultos mayores se sugiere una mejor integración de la salud bucodental en la atención médica, implementar programas comunitarios para promover conductas saludables y mejorar el acceso a los servicios de prevención, desarrollar una estrategia global para abordar las necesidades de salud oral y evaluar la viabilidad de garantizar una red de seguridad que cubra los servicios de restauración preventivos y básicos para eliminar el dolor y la infección (32).

## CONCLUSIÓN

Se puede concluir que entre los factores que inciden en la calidad de vida oral autopercebida en pacientes adultos mayores, que residen en albergues estatales del área metropolitana de Asunción se pudo encontrar una autovaloración negativa respecto a la necesidad de prótesis

inferiores, además de una elevada prevalencia de piezas dentarias perdidas, así como también un alto índice de caries dental y enfermedad periodontal, las cuales representarían la causa más frecuente de pérdida dentaria. Cabe resaltar que no existe correlación entre la autopercepción de la calidad de vida oral de los adultos mayores con los resultados del examen clínico, tanto en el aspecto estético y como en el funcional, incluyendo dientes y encías. Además, existe una gran necesidad de orientación para una adecuada limpieza tanto de piezas dentarias presentes, como de las mismas prótesis en los adultos mayores que cuentan con ellas. Para otros estudios se recomiendan tener en cuenta la necesidad de ampliar la población y considerar un estudio caso control a fin de verificar las asociaciones que surgieron de éste.

## REFERENCIAS

1. Yellowitz JA, Strayer MS. Atención odontológica geriátrica. En: Norman H, García-Godoy F. Odontología preventiva primaria. 2a ed. México: Manual Moderno; 2005. p 530.
2. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2000;14(2):163-7.
3. Anguita JC, Labrador JRR, Candel JP. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc).* 2001;116(20):789-6.
4. Almerich Silla JM, Subirá Pifarré C. La salud oral en las personas de edad avanzada. En: Echeverría García JJ, Pumarola Suñé J. *El Manual de Odontología.* 2a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008. 1802 p.
5. Tucsca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005;21:76-86.
6. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Dent Chile.* 2005;96(2):28-35.
7. Montes JL. Impacto de la salud oral en la calidad de vida del adulto mayor. *Rev Dent Chile.* 2001;92(3):29-31.
8. Brenes W, Hoffmaister F. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. *Rev Costarric Cienc Méd.* 2004;25(3-4):27-41.
9. Esquivel Hernández M, Jiménez Férrez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM.* 2012;LXIX(2):69-75.
10. Pangrazio N. Análisis situacional de la Odontología en el Paraguay. Asunción: Universidad Autónoma de Asunción; 2009. p 39.
11. Caballero Ramírez EF. Condiciones de salud oral en ancianos residentes en hogares geriátricos de Asunción [Trabajo de Investigación Científica presentado a Concurso de Títulos, Méritos y Aptitudes para optar por el cargo de Profesor Asistente de la Cátedra de Odontología Preventiva II del 2º Año]. [Paraguay]: Universidad Nacional de Asunción; 2005.
12. Amarilla MP, Ayala Haedo C, Sotomayor R. Condición bucal de la población geriátrica residente en los hogares Santo Domingo y Nuestra Señora de la Asunción, en el año 2012 [Internet]. 2012 [citado 14 de agosto de 2012]. Disponible en: [http://www.paraguayoral.com.py/revista/a1v2/ART\\_4.pdf](http://www.paraguayoral.com.py/revista/a1v2/ART_4.pdf)
13. Agar Corbinos L. Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. *Acta Bioeth.* 2001;7(1):27-41.
14. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(5):321-9.
15. Lauzardo García del Prado G, Gutiérrez Hernández CM, Quintana Castillo M, Gutiérrez Hernández N, Fajardo Puig J. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricua: Venezuela. *Rev Haban Cienc Méd.* 2009;8(4):1-16.
16. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Pública Méx.* 2007;49(3):173-81.
17. García-Alpizar B, Guerra-Alfonso A, Benet-Rodríguez M. Estado de salud bucodental en el adulto mayor. *Medisur.* 2006;4(2):30-4.
18. Sánchez-Murguiondo M, Román-Velásquez M, Dávila-Mendoza R, González Pedraza-Avilés A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Rev Esp Med Quir.* 2011;16(2):110-5.
19. Vila VG, Barrios CE. Estado gingival y evaluación de la higiene bucal en adultos mayores con relación al uso de prótesis dental [citado 13 de agosto de 2012]; Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-120.pdf>
20. Hidalgo Hidalgo S, Ramos Díaz MJ, Fernández Franch N. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. *Arch Med Camagüey.* 2005;9(6) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117924001>.
21. Vasconcelos LCA de, Júnior P, Rosendo R, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(6):1101-10.
22. Molina S. Hogares de adultos mayores están al tope de su capacidad. *Diario Última Hora* [Internet]. Paraguay; 29 de agosto de 2011 [citado 3 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.ultimahora.com/notas/458483-Hogares-de-adultos-mayores-estan-al-tope-de-su-capacidad>
23. Gijón Róga está desabastecido por burocracia en la licitación de alimentos. *ABC Color* [Internet]. Paraguay; 11 de marzo de 2012 [citado 30 de agosto de 2012]; Disponible en: <http://www.abc.com.py/edicion-impres/locales/gijon-roga-esta-desabastecido-por-burocracia-en-la-licitacion-de-alimentos-378262.html>
24. Hogar necesita atención del Ministerio de Salud. *ABC Color* [Internet]. Paraguay; 30 de agosto de 2012 [citado 4 de agosto de 2013]; Disponible en: <http://archivo.abc.com.py/2006-05-05/articulos/250162/hogar-necesita-atencion-del-ministerio-de-salud>

25. Koica beneficia a hogar de ancianos. ABC Color [Internet]. Paraguay; 30 de agosto de 2012 [citado 21 de agosto de 2014]; Disponible en: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/interior/koica-beneficia-a-hogar-de-ancianos-130270.html>
26. Organización Panamericana de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental, Métodos Básicos. 4a ed. Ginebra; 1997. p 67.
27. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2014. Disponible en: <http://www.R-project.org/>
28. Venables WN, Ripley BD. Modern Applied Statistics with S [Internet]. New York: Springer; 2002. Disponible en: <http://www.stats.ox.ac.uk/pub/MASS4>
29. Subhash R, Lele JL, Keim Solymos, Peter Solymos. ResourceSelection: Resource Selection (Probability) Functions for Use-Availability Data [Internet]. 2014. Disponible en: <http://CRAN.R-project.org/package=ResourceSelection>
30. Alexander Beaujean A. BaylorEdPsych: R Package for Baylor University Educational Psychology Quantitative Courses. [Internet]. 2012 [Citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://CRAN.R-project.org/package=BaylorEdPsych>
31. Lopes MC, Oliveira VMB de, Flório FM. Oral condition, habits and treatment necessity of institutionalized elders in Araras (SP, Brazil). *Ciência Amp Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2949-54.
32. Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of Oral Disease Among Older Adults and Implications for Public Health Priorities. *Am J Public Health*. 2012;102(3):411-8.
33. Ansai T, Takata Y, Soh I, Awano S, Yoshida A, Sonoki K, Hamasaki T, Torisu T, Sogame A, Shimada N, Takehara T. Relationship between tooth loss and mortality in 80-year-old Japanese community-dwelling subjects. *BMC Public Health*. 2010;10:386.
34. Yao CS, MacEntee MI. Inequity in oral health care for elderly Canadians: part 1. Oral health status. *J Can Dent Assoc*. 2014;79:d114.
35. Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral health-related quality of life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):e285-92.
36. Haikal DS, Paula AM, Martins AM, Moreira AN, Ferreira EF. Self-perception of oral health and impact on quality of life among the elderly: a quantitative-qualitative approach. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3317-29.
37. Silva DD, Held RB, Torres SV, Sousa Mda L, Neri AL, Antunes JL. Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1145-53.
38. Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AM, Moreira AN, E Ferreira EF. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(1):100-9.
39. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:839.
40. Dable RA, Nazirkar GS, Singh SB, Wasnik PB. Assessment of oral health related quality of life among completely edentulous patients in Western India by using GOHAI. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(9):2063-7.
41. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA, Teixeira DS. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(10):1965-75.