



IMPACTO DEL RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO CERRADO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON PERIODONTITIS CRÓNICA TRATADOS EN LAS CLÍNICAS DEL POSGRADO DE PERIODONCIA DE UNICOC – BOGOTÁ. FASE I: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL INSTRUMENTO CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL-OHRQL

IMPACT OF SCALING AND ROOT PLANING NON SURGICAL ON QUALITY OF LIFE IN ADULT PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC PERIODONTITIS THAT HAD RECIVED TREATMENT AT POSTDOCTORAL PERIODONTOLOGY CLINIC IN UNICOC – BOGOTA. PHASE I: VALIDATION OF THE SPANISH VERSION OF INSTRUMENT ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE – OHRQL

* Bodhert G., Suárez A.,
**Vargas M.,
***Suárez A.

RESUMEN

RESUMEN

OBJETIVO: Validar la versión en español (Colombia) del instrumento “Calidad de vida relacionada con salud oral – OHRQL” para su posterior aplicación en pacientes con diagnóstico de periodontitis crónica que van a recibir raspaje y alisado radicular a campo cerrado.

MÉTODO: Estudio de validez de la versión en español del instrumento “Calidad de vida relacionada con salud oral – OHRQL” por parte de expertos evaluadores: periodoncistas con experiencia clínica, docente e investigativa y adscritos a una institución universitaria en Colombia. Participaron 12 expertos, ubicados en las regiones norte, centro y occidente de Colombia. **RESULTADOS:** 22 elementos sub-escala del instrumento OHRQL fueron evaluados bajo las categorías de relevancia, coherencia y claridad, según la evaluación por expertos, ninguno de los elementos se debía eliminar del constructo pero si requirieron ajuste lingüístico para su entendimiento por parte de la población. **CONCLUSIONES:** La validación de la versión en español (Colombia) del instrumento “Calidad de vida relacionada con salud oral – OHRQL”, se constituye en la primera fase del proceso, teniendo en cuenta el ajuste lingüístico y de contexto que se debe dar a cada elemento del constructo para hacerlo válido para la población sobre la cual se va a emplear.

Palabras claves: Calidad de vida, validación, instrumento, periodontitis, alisado radicular, raspaje coronal

ABSTRACT

OBJECTIVE: Validation of the Spanish version (Colombia) the instrument Oral Health-Related Quality of Life – OHRQL for later use in patients diagnosed with chronic periodontitis who will receive scaling and root planing non-surgical. **METHOD:** The validity of the Spanish version of a Quality of Life Related to Oral Health - OHRQL by expert evaluators Periodontists with clinical, teaching and research experience, and attached to a university in Colombia. Attended by 12 experts located in the northern, central and western Colombia. **RESULTS:** 22 items subscale of OHRQL instrument were evaluated under the categories of relevance, coherence and clarity, as assessed by experts none of the elements are needed to be eliminated but if the required language setting for your understanding on the part of the population. **CONCLUSIONS:** This study is an effort to create a line of research to investigate the impact of periodontitis and its treatment the quality of the patients life. The Validation of the Spanish version (Colombia) is to be used relation to quality of oral health life instrument - OHRQL, constitutes an essential step considering the language setting and context to be given to each element in order to construct and make it valid for population on which it is to be used.

Keywords: validation, instrument, Periodontitis, quality of life, scaling and root planing

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es definida como un proceso inflamatorio multifactorial crónico que afecta los tejidos de sostén de los dientes incluso hasta llevar a la pérdida dental. (1) Etiológicamente se acepta que la biopelícula es el factor más importante en el desarrollo de enfermedad periodontal, no obstante, la naturaleza multifactorial de la enfermedad hace que otros factores puedan modificar el curso de la inflamación periodontal. (1,2) En la actualidad, la enfermedad periodontal constituye un verdadero problema de salud pública, pues es causa de morbilidad y mortalidad dentaria y se estima que en países desarrollados más del 90% de la población han presentado alguna forma de enfermedad periodontal. (3-5)

Diversos estudios muestran la eficacia de la terapia periodontal en pacientes que presentan periodontitis, basándose los resultados del tratamiento principalmente en aspectos clínicos, sin embargo, el tratamiento periodontal puede no ser tan eficaz cuando los resultados son evaluados en términos de percepción del paciente. (6,7)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 1948), (8) la evaluación de la salud del individuo requiere la valoración de su bienestar físico, psicológico y emocional, no solamente la confirmación de ausencia de enfermedad, por tanto, la salud general y oral son consideradas como significativas para la calidad de vida de una persona. (9)

El instrumento calidad de vida relacionado con la salud oral (OHRQL) fue introducido en 1998, inicialmente fue aplicado en la facultad de odontología en la Universidad de Missouri – Kansas con el objetivo de crear una interrelación entre salud oral y enfermedad y sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. El instrumento se compone de siete dominios con un total de 22 elementos sub-escala, la suma de las puntuaciones de cada uno de los 22 ítems genera una puntuación global que van desde 0 (que representa el mejor impacto posible) a 84 (que representa el peor impacto). (10)

Diferentes estudios, donde se ha incluido la percepción de salud oral por parte de los pacientes con enfermedad periodontal, se ha encontrado que dichos pacientes pueden tener otras preocupaciones o aspectos diferentes al del clínico con respecto a su enfermedad. En los últimos años, aumentó el interés del impacto que tiene la periodontitis en la calidad de vida de los pacientes. Lo anterior es respaldado por el Taller de Ciencias Emergentes en Periodoncia en 2003 (World Workshop periodontology 2003), donde se surgió considerar que las medidas de salud oral relacionadas con la calidad de vida deberían ser objetivos en la evaluación con respecto a la eficacia del tratamiento periodontal. (11-16)

Por lo tanto, esta investigación tuvo como objetivo validar la versión en español (Colombia) del instrumento “calidad de vida relacionada con salud oral – OHRQL” para su posterior aplicación en pacientes con diagnóstico de

periodontitis crónica que van a recibir raspaje y alisado radicular a campo cerrado.

MÉTODO

Estudio de validez de la versión español del instrumento calidad de vida relacionada con salud oral – OHRQL por parte de expertos evaluadores. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión para ser elegido como experto evaluador: Especialista en Periodoncia, con experiencia clínica, docente e investigativa, al momento de la evaluación estar adscrito a una institución universitaria en Colombia.

Esta investigación cumplió con las normas de investigación en seres humanos según lo dispuesto en la resolución No 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, se clasifica sin riesgos.

Procedimiento

El estudio está dividido en 2 fases. La FASE I, consiste en la validación de la versión en español del instrumento “calidad de vida relacionada con la salud oral – OHRQL”, por parte de los residentes de periodoncia Gina Bodhert Acosta y Álvaro Ramiro Suárez Cassares.

Para tal fin se solicitó formalmente autorización al Professor Atsushi Saito para realizar la traducción al español de forma conceptual del instrumento OHRQL. Se tomó como referencia

la modificación que el Professor Saito realizó al modelo original de la Professor Nancy Keselyak, se inclinó por este instrumento en el hecho que el grupo de Tokyo Dental College (Saito y col) ha aplicado el instrumento en pacientes periodontalmente comprometidos, mostrando su amplio conocimiento en el tema. Esta autorización se realizó vía correo electrónico (atsaito@tdc.ac.jp).

Una vez obtenida la aprobación para la traducción al idioma español, se hizo entrega a 2 personas (Traductor A y Traductor B) con dominio de ambos idiomas para la correspondiente traducción al español, de esta manera se obtuvieron 2 traducciones independientes.

Posteriormente por consenso de ambos traductores se genera una propuesta en común con el fin de elaborar una versión conjunta en español.

La versión elaborada por los expertos se envió a dos traductores para realizar la re-traducción al inglés en forma individual. En común acuerdo se obtiene una sola versión del instrumento en inglés.

Acto seguido se envió la traducción al Professor Atsushi Saito para su aprobación, se realizaron las correspondientes aclaraciones y recomendaciones para el ajuste del instrumento.

Se pasa a un proceso de validez facial para lo cual formalmente se invita 18 expertos de distintas universidades (Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad

del Valle, Universidad El Bosque, Universidad del Magdalena, Universidad San Martín – Sede Puerto Colombia, Institución Universitaria Colegios de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana) para participar como evaluadores, un total de 12 expertos respondieron a la participación. Se envió el instrumento a cada uno de ellos con un instructivo de como evaluar coherencia, relevancia y claridad de cada elemento sub-escala del constructo, el instrumento a evaluar también permitía un espacio para comentarios.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en cuanto a coherencia, relevancia y claridad y a los comentarios aportados por los evaluadores, se realizan ajustes lingüísticos que permitan aceptabilidad del mismo en el escenario de aplicación.

RESULTADOS

Fueron invitados a participar como evaluadores del instrumento a 18 periodoncias de diferentes universidades de Colombia, un total de 12 expertos participaron en la evaluación, se evaluaron tres categorías: Claridad, coherencia y relevancia con cuatro puntuaciones (no cumple, bajo nivel, moderado nivel, alto nivel) para todos los elementos del instrumento.

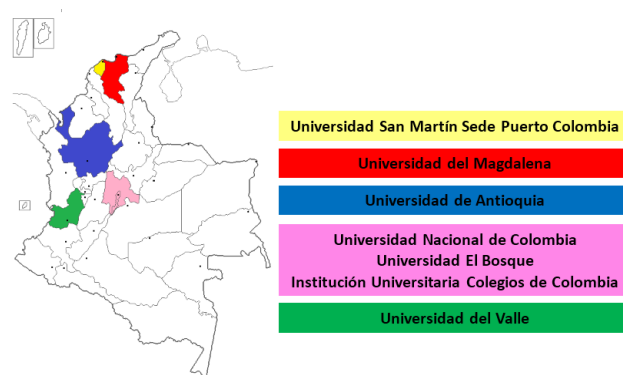


Figura 1. Ubicación geográfica de las universidades a las cuales están adscritos los expertos evaluadores

En la tabla 1 se muestra la distribución porcentual de la evaluación de los expertos para cada uno de los elementos sub-escala que constituyen el dominio dolor.

Tabla 1. Distribución porcentual de expertos según evaluación de relevancia, coherencia y claridad en el dominio dolor

Dominio dolor		Relevancia		Coherencia		Claridad	
		n	%	n	%	n	%
1) ¿Tiene usted algún dolor o malestar en sus dientes?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Alto nivel	12	100,0	12	100,0	12	100,0
2) ¿Tiene usted algún dolor o malestar en sus encías?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Alto nivel	12	100,0	12	100,0	12	100,0
3) ¿Tiene usted algunas zonas irritadas en la boca?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	1	8,3	0	0,0	1	8,3
	Moderado nivel	4	33,3	3	25,0	6	50,0
	Alto nivel	7	58,3	9	75,0	5	41,7
4) ¿Tiene usted dolor en el maxilar o en la mandíbula?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	2	16,7
	Moderado nivel	2	16,7	3	25,0	2	16,7
	Alto nivel	10	83,3	9	75,0	8	66,7
5) ¿Tiene usted dolor de cabeza debido a la boca o los maxilares?	No cumple	1	8,3	1	8,3	1	8,3
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	1	8,3
	Moderado nivel	3	25,0	3	25,0	3	25,0
	Alto nivel	8	66,7	8	66,7	7	58,3

Para los elementos sub-escala 1 y 2 del dominio dolor, se obtuvo un alto nivel para las categorías evaluadas, lo que indica que es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada. El elemento se

encuentra completamente relacionado con el dominio que está midiendo y es muy relevante. Ninguno de los evaluadores consideró modificación alguna del elemento 1, mientras que para el 2 se sugirió ser más específico en las molestias que el paciente puede presentar en sus encías, con esta recomendación el elemento se modificó de la siguiente manera: ¿En sus encías tiene usted algún dolor o malestar (inflamación, sangrado, agrandamiento)?

Para el elemento sub-escala 3, la distribución porcentual de la categoría coherencia se encuadra entre alto nivel (75,0%) y moderado nivel (25,%), lo que indica que el elemento sub-escala tiene relación lógica con el dominio que está midiendo, sin embargo, las categorías relevancia y claridad muestran una distribución dispersa entre los niveles bajo, moderado y alto, sugiriendo modificación para permanecer incluido dentro del constructo, esta distribución dispersa se atañe al término “irritadas”. Finalmente el elemento es modificado de la siguiente manera: ¿Tiene en su boca algunas zonas de irritación como: heridas, úlceras o zonas de ardor o quemazón?

En el elemento sub-escala 4, las categorías relevancia y coherencia muestran una distribución porcentual entre los niveles alto [coherencia (83,3), relevancia (75,0%)] y moderado [coherencia (16,7), relevancia (25,0%)], en tanto que la categoría claridad se distribuye entre los niveles bajo (16,7), moderado (16,7) y alto (66,7), lo que sugiere una modificación lingüística del elemento. Tomando

en cuentas los comentarios de los evaluadores, el elemento se modificó así: ¿Tiene usted dolor en el maxilar o en la mandíbula que considere se daba al estado de sus dientes o encías?

Para el elemento sub-escala 5, las 3 categorías evaluadas mostraron una distribución principalmente entre los nivel alto y moderado según la evaluación (11 de los 12 evaluadores), mientras que uno de los evaluadores consideró que no cumple en las 3 categorías, sin embargo, solo se es necesaria la modificación del elemento y no su anulación del constructo. Siguiendo las recomendaciones de los evaluadores la pregunta se complementó de la siguiente manera: ¿Presenta dolor de cabeza que usted considere se deba al estado de su boca?

La tabla 2 ilustra la distribución porcentual del dominio boca seca para las categorías evaluadas. El dominio boca seca incluye 3 elementos sub-escala.

Tabla 2. Distribución porcentual de expertos según evaluación de relevancia, coherencia y claridad en el dominio boca seca.

Dominio boca seca		Relevancia		Coherencia		Claridad	
		n	%	n	%	n	%
1) ¿Tiene la boca seca o percibe poca cantidad de saliva en su boca?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	1	8,3	0	0,0	1	8,3
	Alto nivel	11	91,7	12	100,0	11	91,7
2) ¿Tiene usted dificultad para deglutir los alimentos?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	1	8,3	1	8,3	2	16,7
	Moderado nivel	2	16,7	0	0,0	2	16,7
	Alto nivel	9	75,0	11	91,7	8	66,7
3) ¿Necesita usted beber líquidos para ayudar a tragar los alimentos?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	1	8,3	1	8,3	1	8,3
	Moderado nivel	1	8,3	1	8,3	1	8,3
	Alto nivel	10	83,3	10	83,3	10	83,3

El elemento sub-escala 1 del dominio boca seca, obtuvo una coherencia de alto nivel en la evaluación por expertos (coherencia del 100%), en tanto que las categorías relevancia y claridad, obtuvieron puntuación de alto nivel por 11 de los 12 evaluadores. Lo anterior indica que el elemento sub-escala evaluado es claro, se encuentra completamente relacionado con el dominio que está midiendo y es muy relevante, por tal motivo, no se requirió de modificación sustancial. El elemento final es el siguiente: ¿Usted siente su boca seca o percibe poca cantidad de saliva en su boca?

En el elemento sub-escala 2, se consideró por los evaluadores que era altamente coherente (91,7%). La categoría claridad osciló entre los niveles bajo (16,7%), moderado (16,7%) y alto (66,7%), y algunos de los evaluadores recomendaron sustituir el término “deglutir” por uno más entendible o de mayor frecuencia en el vocabulario de los pacientes, de esta manera se modificó de la siguiente manera: ¿Tiene usted dificultad para tragar los alimentos?

Para el elemento sub-escala 3 del dominio boca seca, 10 de los 12 evaluadores consideraron que era de alto nivel (83,3%) para las 3 categorías. El elemento: ¿Necesita usted beber líquidos para ayudar a tragar los alimentos?, no requirió modificaciones de acuerdo a la distribución porcentual o por recomendación de los evaluadores.

En la tabla 3 se muestra la distribución porcentual del dominio función al comer y al masticar.

Tabla 3. Distribución porcentual de expertos según evaluación de relevancia, coherencia y claridad en el dominio función al comer y al masticar.

Función al comer y al masticar		Relevancia		Coherencia		Claridad	
		n	%	n	%	n	%
1) ¿Se siente usted incomodo comiendo algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, prótesis o con las mucosa de su boca?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	1	8,3	1	8,3	3	25,0
	Moderado nivel	0	0,0	0	0,0	3	25,0
	Alto nivel	11	91,7	11	91,7	6	50,0
2) ¿Sus dientes, dentaduras o mucosas de la boca interfieren con su habilidad al comer o masticar?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	1	8,3	1	8,3	3	25,0
	Moderado nivel	0	0,0	1	8,3	3	25,0
	Alto nivel	11	91,7	10	83,3	6	50,0

Para el elemento sub-escala 1 del dominio función comer y función en la masticación, 11 de los 12 evaluadores consideraron que era de alto nivel (91,7%) para las categorías relevancia y coherencia, indicando que el elemento sub-escala debe ser incluido y tiene relación lógica con el dominio que está midiendo. En la categoría claridad los valores porcentuales fueron más dispersos en la evaluación, indicando la necesidad del ajuste lingüístico; con esa distribución porcentual y tomando en cuenta las recomendaciones de los expertos, el elemento final es el siguiente: ¿Se siente usted incómodo comiendo algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, prótesis o con los tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas)?

El elemento sub-escala 2 se consideró que era altamente relevante por 11 de los 12 evaluadores (91,7%) y 10 lo consideraron altamente coherente (83,3%). La categoría claridad osciló entre los niveles bajo (25,0%), moderado (25,0%) y alto (50,0%) y algunos evaluadores recomendaron sustituir el término “mucosas” por uno más entendible o en lo posible especificar las mucosas a las que se

refería la pregunta, de esta manera se modificó el elemento de la siguiente manera: ¿Sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas) le interfieren al comer o masticar?

La tabla 4 describe la distribución porcentual de la evaluación de los expertos para cada uno de los elementos sub-escala que constituyen el dominio función al hablar.

Tabla 4. Distribución porcentual de expertos según evaluación de claridad, coherencia y relevancia en el dominio función al hablar.

Función al hablar		Relevancia		Coherencia		Claridad	
		n	%	n	%	n	%
1) ¿Sus dientes, dentaduras o mucosas de la boca interfieren con su habilidad para hablar?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	2	16,7
	Moderado nivel	0	0,0	0	0,0	2	16,7
	Alto nivel	12	100,0	12	100,0	8	66,7
2) ¿Otras personas tienen dificultad para comprender sus palabras?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	1	8,3	1	8,3	1	8,3
	Moderado nivel	0	0,0	0	0,0	2	16,7
	Alto nivel	11	91,7	11	91,7	9	75,0

El elemento sub-escala 1 fue considerado de alto nivel (100%) para las categorías relevancia y coherencia, indicando que el elemento es esencial e importante y se encuentra completamente relacionado con el dominio que está midiendo, mientras que en la categoría claridad se sugiere una modificación lingüística. Con base en los comentarios de los expertos en la categoría claridad se modificó de la siguiente manera: ¿Sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas) le interfieren al hablar?

En la evaluación por expertos para el elemento sub-escala 2 del dominio función al hablar, las categorías relevancia y coherencia obtuvieron una alta aceptación (nivel alto) por los expertos,

en tanto que la categoría claridad aun cuando tuvo una calificación alta (75%) se sugirió por los evaluadores modificar el término “comprender” por “entender” que se considera es de mayor claridad para los pacientes. El elemento modificado es el siguiente: ¿Otras personas tienen dificultad para entender sus palabras?

La tabla 5 ilustra la distribución porcentual del dominio función social para las categorías evaluadas.

Tabla 5. Distribución porcentual de expertos según evaluación de claridad, coherencia y relevancia en el dominio función social.

Debido a problemas con sus dientes, dentadura o mucosas de la boca:

		Relevancia		Coherencia		Claridad	
		n	%	n	%	n	%
1) ¿Evita sonreír?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	0	0,0	0	0,0	2	16,7
	Alto nivel	12	100,0	12	100,0	10	83,3
2) ¿Se siente incapaz de disfrutar actividades o eventos sociales?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	1	8,3
	Moderado nivel	2	16,7	1	8,3	3	25,0
	Alto nivel	10	83,3	11	91,7	8	66,7
3) ¿Se siente incapaz de disfrutar la compañía de otros?	No cumple	0	0,0	1	8,3	0	0,0
	Bajo nivel	1	8,3	0	0,0	1	8,3
	Moderado nivel	2	16,7	1	8,3	4	33,3
	Alto nivel	9	75,0	10	83,3	7	58,3
4) ¿Se está comunicando menos con otras personas?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	2	16,7	1	8,3	4	33,3
	Alto nivel	10	83,3	11	91,7	8	66,7

Para el elemento sub-escala 1 se obtuvo un alto nivel para las categorías relevancia y coherencia, para la categoría claridad la distribución porcentual osciló entre alto nivel (83,3%) y moderado nivel (16,7%) y se recomendó por los expertos; incluir el encabezado del dominio en términos claros al paciente, con base en tales sugerencias el

elemento se modificó de la siguiente manera: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿evita sonreír?

En el elemento sub-escala 2, la distribución porcentual de la categoría relevancia se encuadra entre alto nivel (83,3%) y moderado nivel (16,7%), lo que indica que el elemento es esencial, es decir, debe ser incluido. La categoría coherencia obtuvo un alto nivel (91,7%), mientras que la categoría claridad fue más diversa en la evaluación (alto nivel: 66,7%, moderado nivel: 25,0% y bajo nivel: 8,3%), esta distribución porcentual variada de la categoría claridad se debe de acuerdo a los comentarios de los evaluadores a la necesidad de incluir el encabezado del dominio junto al elemento sub-escala para contextualizar al lector. Finalmente el elemento es modificado de la siguiente manera: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se siente incapaz de disfrutar de actividades o eventos sociales?

Para el elemento sub-escala 3, las categorías relevancia y coherencia muestran una distribución porcentual entre los niveles alto y moderado, la categoría claridad se distribuye porcentualmente entre los criterios altos, moderado y bajo. Entre las sugerencias de los expertos evaluadores; incluir el encabezado del dominio y realizar modificación lingüística. El elemento modificado es el siguiente: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿le resulta difícil compartir con otras personas?

En la evaluación por expertos para el elemento sub-escala 4 las categorías relevancia y coherencia obtuvieron una alta aceptación (83,3% y 91,7% respectivamente), en tanto que la categoría claridad aun cuando tuvo una distribución porcentual entre los nivel alto (66,7%) y moderado (33,3%) se sugirió por los evaluadores hacer una modificación lingüística, de manera tal que el elemento se modificó de la siguiente manera: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿intenta hablar menos?

En la tabla 6 se muestra la distribución porcentual del dominio función psicológica. El dominio incluye 4 elementos sub-escala.

Tabla 6. Distribución porcentual de expertos según evaluación de claridad, coherencia y relevancia en el dominio función psicológica.

Debido a problemas con sus dientes, dentadura o mucosas de la boca:

		Relevancia		Coherencia		Claridad	
		n	%	n	%	n	%
1) ¿Se siente avergonzado?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	2	16,7	2	16,7	3	25,0
	Alto nivel	10	83,3	10	83,3	9	75,0
2) ¿Siente que su apariencia física es afectada negativamente?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	1	8,3
	Moderado nivel	2	16,7	1	8,3	1	8,3
	Alto nivel	10	83,3	11	91,7	10	83,3
3) ¿Se siente deprimido?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	2	16,7	1	8,3	3	25,0
	Alto nivel	10	83,3	11	91,7	9	75,0
4) ¿Le resulta difícil relajarse?	No cumple	1	8,3	0	0,0	1	8,3
	Bajo nivel	0	0,0	1	8,3	2	16,7
	Moderado nivel	7	58,3	6	50,0	6	50,0
	Alto nivel	4	33,3	5	41,7	3	25,0

Para el elemento sub-escala 1, las categorías relevancia, coherencia y claridad muestran una distribución porcentual entre los niveles alto y moderado. Las sugerencias de los expertos

evaluadores: Incluir el encabezado del dominio y realizar modificación lingüística. El elemento modificado es el siguiente: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se siente apenado?

Para los elementos sub-escala 2 y 3, las tres categorías presentaron una calificación de alto nivel, lo que indica relevancia, relación con el dominio y sintaxis adecuada. De acuerdo a los comentarios de los evaluadores se decidió incluir el encabezado del dominio en los elementos sub-escala 2 y 3. Los elementos modificados quedaron de la siguiente manera: Elemento sub-escala 2: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿siente que su apariencia física es afectada negativamente? Elemento sub-escala 3: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se siente deprimido?

En el elemento sub-escala 4 las categorías relevancia, coherencia y claridad muestran una distribución porcentual muy diversa en las cuatro calificaciones (no cumple, bajo nivel, moderado nivel y alto nivel) sin embargo, se considera que el elemento debe ser incluido en el constructo final con una modificación lingüística que permita su comprensión. Finalmente el elemento es modificado de la siguiente manera: Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se mantiene preocupado?

La tabla 7 describe la distribución porcentual de los elementos sub-escala que constituyen el dominio percepción de salud.

Tabla 7. Distribución porcentual de expertos según evaluación de claridad, coherencia y relevancia en el dominio percepción de salud.

		Relevancia		Coherencia		Claridad	
		n	%	n	%	n	%
1) ¿Cómo considera su estado de salud general?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	1	8,3
	Moderado nivel	1	8,3	1	8,3	1	8,3
	Alto nivel	11	91,7	11	91,7	10	83,3
2) ¿Cómo considera el estado de sus dientes y su boca?	No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo nivel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Moderado nivel	1	8,3	1	8,3	2	16,7
	Alto nivel	11	91,7	11	91,7	10	83,3

Los elementos sub-escala 1 y 2 presentaron una calificación de alto nivel para las tres categorías (91,7%: relevancia, 91,7%: coherencia y 83,3%: claridad). Siguiendo las recomendaciones de los evaluadores se decidió incluir el encabezado del dominio elemento sub-escala. Los elementos modificados quedaron de la siguiente manera: Elemento sub-escala 1: En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo considera su estado de salud general? Elemento sub-escala 2: En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo considera el estado de sus dientes y su boca?

Teniendo en cuenta las evaluaciones y los comentarios de los expertos evaluadores, no se requirió eliminar ninguno de los elementos sub-escala, solo fue necesario un ajuste lingüístico de los mismos para su validación en la población de referencia. En la tabla a continuación se muestra el constructo después del ajuste

Tabla 8. Instrumento con correcciones acorde a recomendaciones de los evaluadores

Dominio	Pregunta	Opciones de respuesta
Dolor	1) ¿Tiene usted algún dolor o malestar en sus dientes?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	2) ¿En sus encías tiene usted algún dolor o malestar (inflamación, sangrado, agrandamiento)?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	3) ¿Tiene en su boca algunas zonas de irritación como: heridas, úlceras o zonas de ardor o quemazón?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	4) ¿Tiene usted dolor en el maxilar o en la mandíbula que considere se daba al estado de sus dientes o encías?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	5) ¿Presenta dolor de cabeza que usted considere se deba al estado de su boca?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()

Boca seca	1) ¿Usted siente su boca seca o percibe poca cantidad de saliva en su boca?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	2) ¿Tiene usted dificultad para tragar los alimentos?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	3) ¿Necesita usted beber líquidos para ayudar a tragar los alimentos?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
Función al tragar y masticar	¿Se siente usted incomodo comiendo algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, prótesis o con los tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas)?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	2) ¿Sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas) le interfieren al comer o masticar?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()

Función al hablar	1) ¿Sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas) le interfieren al hablar?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	2) ¿Otras personas tienen dificultad para entender sus palabras?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()

Función social	1) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿evita sonreír?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	2) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se siente incapaz de disfrutar de actividades o eventos sociales?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	3) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿le resulta difícil compartir con otras personas?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	4) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿intenta hablar menos?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()

Función psicológica	1) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se siente apenado?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	2) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿siente que su apariencia física es afectada negativamente?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	3) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se siente deprimido?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()
	4) Debido a problemas con sus dientes, prótesis o tejidos de su boca (lengua, paladar, mejillas), ¿se mantiene preocupado?	Nunca () Rara vez () A veces () A menudo () Siempre ()

Percepción de salud	1) En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo considera su estado de salud general?	Mejor () Igual () Peor ()
	2) En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo considera el estado de sus dientes y su boca?	Mejor () Igual () Peor ()

DISCUSIÓN

Estudios clínicos han soportado la eficacia de la terapia periodontal, centrando los resultados del tratamiento en las mejoras de los parámetros clínicos periodontales (inflamación gingival, nivel de inserción clínica, profundidad al sondaje, porcentaje de placa bacteriana, sangrado al

sondaje) (17, 18), sin embargo, se ha demostrado que estas medidas clínicas no reflejan el impacto percibido por el paciente sobre el estado de salud, como consecuencia de ello, ha ido ganando en importancia la percepción del paciente respecto a la terapéutica recibida y cómo influye sobre su calidad de vida. (19)

Aunque la evidencia sobre el efecto de la terapia periodontal sobre la calidad de vida es aún limitada, se ha encontrado que problemas asociados a la periodontitis afectan negativamente la calidad de vida, y la terapia periodontal ha mostrado tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. (20)

Autores como Kikuchi et al., (21) y Sato et al., (22) destaca la importancia de introducir un modelo para evaluar el potencial impacto del tratamiento periodontal sobre la calidad de vida como una herramienta útil. Sato propone el modelo de salud oral relacionado con calidad de vida – OHRQL (OHRQoL- del inglés Oral Health–Related Quality of Life) introducido en 1998, como una medida para examinar la compleja interrelación entre salud y enfermedad en lo biológico, psicológico y social; el modelo es basado en la premisa de que un nivel satisfactorio de salud oral, comodidad y función es un componente integral de la salud general (23, 24).

Saito et al., (23) en un estudio en población japonesa estudió 58 pacientes empleando un modelo centrado en el paciente (OHRQL),

encontrando que la terapia periodontal resultó en una mejora significativa en todos los parámetros periodontales (menores índices de placa bacteriana, ganancia en los niveles de inserción y reducción de la profundidad de la bolsa), pero además se encontró una mejoría en la percepción en la calidad de vida luego del tratamiento al comparar línea base y periodo pos-tratamiento.

Shanbhag y col., (24) en una revisión sistemática del constructo OHRQL, concluye que la terapia periodontal no quirúrgica puede mejorar la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos en el corto (1 semana) y largo plazo (12 meses), esta mejora puede correlacionarse con indicadores clínicos de la salud periodontal. Por otra parte señala que este instrumento es mucho más amigable para el paciente que otros que se ha implementado, los cuales por lo extenso del cuestionario pueden desmotivar al paciente. Dentro de las apreciaciones se resalta que los resultados que se pueden sustraer del análisis general del instrumento, así como de los dominios y más específico aun de los elementos sub-escala, muestran una gran utilidad para determinar la naturaleza de la mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Se debe tener en cuenta que aun cuando se ha promulgado el empleo del instrumento, aún persisten interrogantes sobre cómo se debe usar y más importante aún cómo interpretar los resultados. Hay que tener en cuenta que hasta la fecha, ningún instrumento puede ser considerado como un estándar o como

instrumento global para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Sin embargo, se debe resaltar que el instrumento calidad de vida relacionada con salud oral (OHRQL) desde su introducción en 1998, se ha aplicado en distintas poblaciones mostrando su aplicabilidad una vez se ha realizado la correspondiente validación.

Como limitación del estudio al igual que para todos los de este tipo es el hecho de emplearse un solo instrumento para evaluar calidad de vida, esto partiendo del hecho que la calidad de vida es un concepto multifactorial, por lo que puede ser necesario el uso de múltiples instrumentos.

Fue también una limitante el factor tiempo que no permitió evaluar la consistencia interna y la estabilidad del instrumento una vez evaluado por expertos, dado que se debe realizar en una muestra representativa en dos momentos diferentes (prueba - reprueba) en los mismos sujetos con por lo menos 4 semanas de diferencia.

Finalmente, algunos pacientes pueden ser reacios o inconsistentes en la expresión de sus puntos de vista personales sobre su salud cuando se utilizan auto informes.

CONCLUSIONES

En la evaluación de los elementos sub-escala por los expertos, la calificación de las categorías coherencia, relevancia y claridad fue variada, sin

embargo, hubo un marcado predominio por los niveles alto y moderado, razón por lo cual la permanencia de los elementos sub-escala es recomendada, pero se debió en la mayoría de los casos realizar un ajuste lingüístico y de contexto que permita su aplicación en la población colombiana.

Se recomienda determinar la confiabilidad del instrumento mediante la evaluación de la consistencia interna y la estabilidad del instrumento, para ello se aplica el instrumento en una muestra representativa en dos momentos diferentes (prueba - reprueba) en los mismos sujetos con por lo menos 4 semanas de diferencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pihlstrom BL. Michaelowicz BS. Johnson NW. Periodontal disease. Lancet 2005; 366 (9499): 1809-20.
2. Albandar JM. Epidemiology and risk factors of periodontal disease. Dent Clin North Am 2005; 49(3): 517-32.
3. Preus HR. Anerud A. Boysen H. Dunford RG. Zambon J. Loe H. The Natural History of Periodontal Disease. The correlation of selected microbiological parameters with disease severity in Sri Lankan tea workers. J Clin Periodontol 1995; 22(9): 674-8.

4. Levines S. Periodontal disease: a public health problem. *Aust Dent J* 1965; 10: 69-74.
5. Claffey N, Polyzois I, Ziaka P. An overview of nonsurgical and surgical therapy. *Periodontol 2000* 2004; 36: 35–44
6. Gift HC, Redford M. Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med* 1992; 8(3): 673-83
7. Tsakos G, Bernabe´E, D’Aiuto F, Pikhart H, Tonetti M, Sheiham A et al . Assessing the minimally important difference in the Oral Impact on Daily Performances index in patients treated for periodontitis. *J Clin Periodontol* 2010; 37(10): 903– 9.
8. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. p. 100, Geneva: World Health Organization.
9. Adriaens PA, Adriaens LM. Effects of nonsurgical periodontal therapy on hard and soft tissues. *Periodonto 2000* 2004; 36:121–45
10. Gadbury-Amyot CC, Williams KB, KrustBray K, Manne D, Collins P. Validity and reliability of oral health related quality of life instrument for dental hygiene. *J Dent Hyg* 1999; 73(3):126-34.
11. Ng SK, Leung WK. Oral health related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(2): 114–22.
12. Jowett AK., Orr MT, Rawlinson A., Robinson PG. Psychosocial impact of periodontal disease and its treatment with 24-h root surface debridement. *J Clin Periodontol* 2009; 36(5): 413– 8.
13. John MT. Oral health-related quality of life is substantially impaired in patients who seek referral to a periodontal specialty practice. *J Evid Based Dent Pract* 2005; 5(2): 82–3.
14. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodontal Res* 2007; 42(2): 169–76.
15. O’Dowd LK, Durham J, McCracken GI, Preshaw PM. Patients’ experiences of the impact of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2010; 37(4):334– 9.
16. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol* 2010; 37(11): 968–72.
17. Suvan JE. Effectiveness of mechanical nonsurgical pocket therapy. *Periodontol 2000*. 2005; 37: 48–71
18. Harper DS, Robinson PJ. Correlation of histometric, microbial, and clinical indicators of periodontal disease status before and after root planing. *J Clin Periodontol* 1987; 14(4): 190–6.

19. Slade GD. Ed. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina 1997.
20. Ng SK, Leung WK. Oral health related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(2):114-22.
21. Kikuchi M, Saito A, Matsumoto S. Assessment of oral health-related quality of life in periodontal treatment: A pilot study. *Jpn J Conserv Dent* 2009; 52: 138- 44.
22. Sato Y, Saito A, Nakamura-Miura A, Kato E, Cathcart G. Application of the Dental Hygiene Human Needs Conceptual Model and the Oral Health-Related Quality of Life Model to the dental hygiene curriculum in Japan. *Int J Dent Hyg* 2007; 5(3):158-64.
23. Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M, Akamatsu M, Fukaya C, Matsumoto S, et al. Effect of Initial Periodontal Therapy on Oral Health–Related Quality of Life in Patients with Periodontitis in Japan. *J Periodontol* 2010; 81(8):1001-9.
24. Shanbhag S, Dahiya M, Croucher R. The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2012; 39(8): 725– 35.