



ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO OHRQL EN EL IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PERIODONTITIS

Mora López E.*, Giraldo Jaramillo C.*, Novoa C**, Cubides Jaime Andrés***

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la reproductibilidad del instrumento OHRQL por medio de test-retest dentro de la población de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC. **MÉTODO:** Se aplicó el instrumento OHRQL validado en idioma español (Colombia) a un total de 30 pacientes. Se evaluó la Fiabilidad mediante el Test-retest para evaluar la estabilidad del instrumento. **RESULTADOS:** La estimación de la fiabilidad por medio de la consistencia interna generó un alfa de Cronbach total para el instrumento de 0,927, indicando una consistencia interna buena. **CONCLUSIONES:** El instrumento es aplicable en poblaciones con mayor cantidad de sujetos para evaluar la calidad de vida relacionada con salud oral, ya que demuestra un alto alfa de cronbach global (test-retest)

Palabras claves: Fiabilidad, Test.Retest, OHRQL, Calidad de Vida

ABSTRACT

THE AIM: To determine the reproducibility of the OHRQL instrument by means of test-retest within the population of the periodontics postgraduate clinics of UNICOC. **METHOD:** The OHRQL instrument validated in Spanish (Colombia) was applied to a total of 30 patients. The Reliability was evaluated by the Test-retest to evaluate the stability of the instrument. **RESULTS:** Reliability estimation by means of internal generated a global Cronbach alpha for the instrument of 0.927, indicating a good internal consistency. **CONCLUSIONS:** The instrument is applicable in populations with a greater number of subjects to evaluate the quality of life related to oral health, since it demonstrates a high alpha of global cronbach (test-retest)

Keywords: Reliability, Test.Retest, OHRQL, Quality of Life

* Odontólogos. Residentes del Programa de Especialización en Periodoncia.

** Odontólogo. Especialista en Periodoncia. Magister en Epidemiología Clínica. Asesor Metodológico y Científico

*** Asesor estadístico

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, posteriormente se añadió “la capacidad de funcionar en la sociedad”. El concepto de calidad de vida se considera como uno de los parámetros válidos para su evaluación en casi todas las áreas de la salud, incluida la salud oral, donde ésta última evalúa, el bienestar funcional y emocional del individuo, sus expectativas y satisfacción con la atención y el sentido de sí mismo, siendo una parte integral de la salud general y del bienestar (1,2).

Por consiguiente, las condiciones a nivel oral pueden llegar a alterar diversos aspectos de la vida de los individuos como la alimentación, la comunicación y las relaciones sociales, lo que crea una afectación directa en las actividades del diario vivir y así, su calidad de vida.

La medición sobre la calidad de vida relacionada con salud oral es limitada, es por eso que actualmente es una prioridad profundizar y conocer la percepción del paciente sobre la calidad de vida en general relacionada con su salud oral. (2-6).

Las mediciones relacionadas con la calidad de vida y con la salud oral se realizan con más frecuencia en encuestas de salud oral como: Social Impacts of Dental Disease (Cushing y cols., 1986),

Geriatric Oral health Assesment Index GOHAI (Atchison y Dolan, 1990), Dental Impact Profile (Strauss y Hunt, 1993) Oral Health Impact Profile OHIP-49 (Slade y Spencer, 1994), entre otras. Estas documentan los resultados funcionales y psicosociales de las alteraciones orales y están orientados a complementar los indicadores clínicos para mostrar un panorama completo de la salud de los individuos y de las poblaciones (7,8).

El modelo de Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral, con sus siglas en inglés OHRQL, fue introducido en 1998 como una medida para examinar la compleja interrelación entre salud y enfermedad en lo biológico, psicológico y social, dominios de calidad de vida relacionada con la salud (estado de los síntomas, estado funcional, salud oral y salud general), relacionándolo con la calidad de vida global. Otros elementos que hacen parte del modelo son las características sociales, culturales y económicas que influyen y modifican estos dominios. Este modelo ha sido usado para evaluar la percepción de calidad de vida de pacientes sometidos tanto a tratamiento periodontal no quirúrgico como quirúrgico (9 -11).

Para los instrumentos que miden percepción de calidad de vida relacionados con salud oral, que se encuentren en idiomas no nativos, puedan ser utilizados, deben ser validados transculturalmente por medio de un proceso de traducción que busca equivalencias semánticas, conceptuales, técnicas y de criterio; adicionalmente, se debe llevar a cabo

una validación estadística que incluye la comprobación de factores psicométricos del instrumento como la fiabilidad, la validez, la sensibilidad y la factibilidad (12).

La fiabilidad es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. La fiabilidad evalúa el grado de consistencia donde el instrumento mide lo que debe medir. Se considera fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares, generalmente cuando se desea fortalecer aquel instrumento para su posterior validación y confiabilidad, acompañado por el proceso test retest el cual se refiere a la repetibilidad del instrumento, es decir, que cuando es aplicado por los mismos evaluadores, con el mismo método, a la misma población en dos momentos diferentes, se consiguen puntajes similares en un tiempo determinado. (13)

Para el año 2014 en Colombia, se dio inicio a la línea de investigación en calidad de vida relacionada con salud oral y en un primer ejercicio de investigación, se llevó a cabo la fase I de validación lingüística de la versión en español (Colombia) del instrumento calidad de vida relacionada con salud oral – OHRQL; posteriormente se realiza la fase II: que consistió en validar estadísticamente la versión en español (Colombia) del instrumento, por último la fase III: donde se medirá la fiabilidad por medio del test retest y así conocer de qué manera el tratamiento periodontal puede influir en la percepción del

paciente sobre su calidad de vida, el presente estudio busco observar la fiabilidad del instrumento en pacientes con enfermedad periodontal atendidos en las clínicas de UNICOC.(13).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se desarrolló como tipo Observacional descriptivo en una población de 30 pacientes que fueran valorados en las clínicas de UNICOC en la Sede Bogotá.

Para la recolección de datos se contó con el instrumento de Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral – OHRQL en su versión en español (Colombia), el cual consta de 7 dominios (dolor, boca seca, función al comer y masticar, función al hablar, función social, función psicológica y percepción de su salud) con un total de 22 elementos subescala, que se califican mediante la escala de Lickert con puntuaciones de 0 a 4. (9,13)

Se establecieron como criterios de inclusión que los pacientes fueran mayores de 18 años, diagnosticados con enfermedad periodontal con profundidad al sondaje $\geq 5\text{mm}$ en 2 o más sitios interproximales en dientes distintos, 2 o más sitios interproximales con una pérdida de inserción clínica $\geq 1\text{mm}$ en dientes distintos y pérdida ósea evidente radiográficamente, que tuvieran 16 dientes o más en boca de los cuales tuviera mínimo 4 molares, que fueran tratados en las clínicas de atención en periodoncia en UNICOC, que hayan recibido terapia periodontal y que no hubieran recibido administración de antibióticos en los últimos 6 meses. Como criterios de exclusión se incluyeron mujeres embarazadas, mujeres en

estado de lactancia, pacientes con caries activa significativas, pacientes con otras enfermedades orales, pacientes con compromiso sistémico que contraindique la terapia periodontal no quirúrgica.

Se realiza dos aplicaciones con una semana de diferencia al mismo grupo poblacional seleccionado según criterios de inclusión, 30 sujetos que actualmente son atendidos en clínicas centro Unicoc con un tiempo aproximado de 5 minutos para responder la totalidad del mismo con previa firma del consentimiento informado y preguntas en forma aleatoria para que el sujeto no cree algún patrón de sesgo.

Se procedió a desarrollar un manual del encuestador para estandarizar el proceso de encuesta, el cual se discutió y socializó con los encargados de la recolección de la información.

El trabajo de campo consistió en la presentación de los investigadores con los pacientes, la evaluación de la historia clínica aprobada por los docentes encargados, especialistas en el área de periodoncia y la revisión de ayudas diagnósticas para determinar el cumplimiento de los criterios tanto de inclusión como de exclusión. Una vez determinada la posibilidad de inclusión de los pacientes dentro del estudio se les explicaron los objetivos del trabajo de investigación, los pacientes participaron de manera voluntaria con previo consentimiento informado. Posteriormente se realizó la aplicación de las encuestas con diferencia de tiempo de mínimo una semana el primer test con el segundo.

El trabajo cumplió con las normas de investigación en seres humanos según lo dispuesto en la Resolución No 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, que además la clasifica en su artículo 11 como un estudio sin riesgo, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la institución.

Los datos obtenidos en la prueba fueron debidamente diligenciados en una tabla de Excel diseñada para esta investigación, para luego ser procesados haciendo uso del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS Versión 20 y se utilizaron las pruebas estadísticas, ANOVA con la prueba de no actividad de Tukey.

RESULTADOS

Los 30 pacientes invitados a participar en la muestra diligenciaron el instrumento test y retest. De los participantes 20 fueron mujeres (66,6%) y 10 fueron hombres (33,3%). Las edades de los participantes oscilaron entre 20 y 65 años con un promedio de 46. años. El nivel educativo de los pacientes que predominó fue el bachillerato y en cuanto al estrato socioeconómico el nivel 2 tuvo mayor representatividad (figuras 1 y 2).

Fig. 1. Nivel de Escolaridad

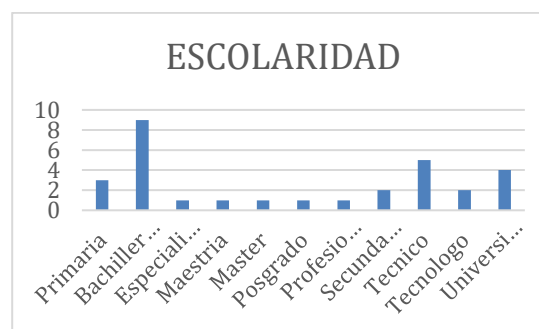
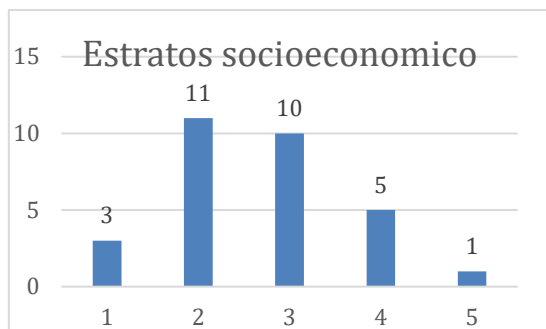


Fig. 2. Estrato socioeconómico



Se realizó una verificación de doble digitación para los resultados Test y Retest en una tabla de Excel.

Se presentan las puntuaciones medias en los dominios OHRQL en la tabla 1. La puntuación de los pacientes en el test tuvo un valor p ($p=0,05$) estadísticamente significativa en comparación con el retest, lo cual nos indica que los valores tienen el mismo nivel de varianza.

De acuerdo a la evaluación por dominios (factores), para el factor 2 (Boca seca) construida por 3 preguntas se ve afectado por la pregunta 7 el cual afecta notablemente la consistencia del factor, siendo este débil, comparado con el modelo original considerado como aceptable para el estudio original. En el dominio de Función al masticar

y tragar se observó 0,73 y en el estudio original 0,85, ambos como buenos. Para el dominio de Función al hablar arrojó un alfa de 0,77, considerado alto frente al 0,88 del estudio original que es bueno. Para el dominio de Función Social, el resultado del alfa fue de 0,89 y en el estudio original de 0,88, siendo ambos muy cercanos y siendo vistos como buenos. Para el dominio de función Psicológica el resultado fue de 0,88 y en el original de 0,89, siendo próximos y considerados como buenos, y, por último, en el de percepción de Salud Oral el alfa fue de 0,60 siendo medio y el de la validación original de 0,84, que se considera bueno comparado con el modelo original. (20)

Fiabilidad

La estimación de la fiabilidad por medio de la consistencia interna arrojó un alfa de Cronbach global para el instrumento de 0,927, indicando una consistencia interna buena, lo cual confirma la fiabilidad de este para la medición del constructo calidad de vida relacionada con salud oral.

Para cada dominio el resultado del alfa de Cronbach se distribuyó como se presenta en la Tabla 2.

Tabla 1. Puntajes de los dominios OHRQL

DOMINIO	TEST	RETEST	VALOR P
DOLOR	4,93	4,67	0,368+
BOCA SECA	1,93	2,23	0,004*
FUNCIÓN AL TRAGAR Y MASTICAR	1,87	1,87	0,087+
FUNCIÓN AL HABLAR	0,8	0,97	0,246+
FUNCIÓN SOCIAL	3,13	3,3	0,105+
FUNCIÓN PSICOLÓGICA	4,8	5,17	0,749+
PERCEPCIÓN EN SALUD	1,73	1,87	0,121+

(+) Valor P >0,05 Estadísticamente no significativo

(*) Valor P < 0,05 Estadísticamente significativo

Tabla 2. Resultados del alfa de cronbach por dominios

DOMINIOS	ALFA DE CRONBACH	CORRELACIONES
DOLOR	0,832	0,3 y 0,64
BOCA SECA	0,569	0,73 a 0,47
FUNCIÓN AL TRAGAR Y MASTICAR	0,73	0,57
FUNCIÓN AL HABLAR	0,776	0,63
FUNCIÓN SOCIAL	0,895	0,46 y 0,9
FUNCIÓN PSICOLÓGICA	0,883	0,54 a 0,7
PERCEPCIÓN EN SALUD	0,608	0,47

La fiabilidad de la consistencia interna de este instrumento se estimó con el alfa de Cronbach debido que asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

La calidad de vida en los sujetos evaluados dio un rango de puntaje de 0 a 50 en la escala de likert,, donde los puntajes: >0: muy buena calidad de vida, >8 buena calidad de vida, >16

aceptable calidad de vida, >24 pobre calidad de vida, >32 regular calidad de vida, >40 mala calidad de vida y >48 muy mala calidad de vida. El promedio de calidad de vida en el test

fue de 19,2 y en el retest de 20,06 (aceptable calidad de vida).

DISCUSIÓN

Generalmente los cuestionarios que evalúan la calidad de vida están disponibles en varios idiomas, ya que deben someterse a una previa validación del cuestionario seguido de una validación lingüística, etapas que son estandarizadas y precisas para llegar a obtener un instrumento el cual sea aplicable a la población siendo evaluado a través de la consistencia interna y fiabilidad teniendo en cuenta el estudio de versión OHIP-14, OHIP-Sp, y así mismo poderlos comparar. (19,21)

En los antecedentes del estudio en la fase II que consistió en la validación del instrumento, la evaluación de la consistencia interna, evaluada mediante el alfa de Cronbach, el cual es el método más utilizado para analizar la confiabilidad de las escalas y se considera alto cuando este valor se encuentra sobre 0,8 y excelente cuando esta sobre 0,9. (21,22)

Teniendo en cuenta la fase II: del estudio de Roa y col, arrojo un resultado global para el instrumento de 0,892, el cual evidencia un buen nivel de fiabilidad presentando puntajes similares comparándolo con el estudio actual el cual presento un puntaje global de 0,927 en el instrumento, el cual evidencia el buen nivel de fiabilidad para la medición del constructo calidad de vida, que se encuentra en concordancia con los resultados de validaciones anteriores, como la llevada a cabo para el modelo original. (16 ,17)

Los resultados son coincidentes con validaciones realizadas para otros instrumentos de medición de calidad de vida como OHIP-14 con su validación en Polonia, Italia, Grecia y Sri Lanka arrojando una excelente consistencia interna con un alfa superior a 0,9 (13-16, 21)

Los valores obtenidos para cada dominio en el presente estudio entran dentro de los rangos aceptados para la validación y las diferencias pueden ser atribuibles a las diferencias culturales y sociales de las poblaciones diana o a la comprensión de las preguntas en la versión en español (Colombia) validada en el presente estudio. (20-22)

CONCLUSIONES

- El instrumento OHRQL en su versión en español (Colombia) se considera fiable y presenta un alto alfa de Cronbach lo cual demuestra que es aplicable dentro de una población.
- Los resultados en este estudio demuestran un alto índice de confiabilidad en todos los factores evaluados en el instrumento con puntajes similares a la fase II realizada previamente para la validación del mismo.
- El instrumento es aplicable en poblaciones con mayor cantidad de sujetos para evaluar la calidad de vida relacionada con salud oral.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere generar un patrón de respuesta más concreta para que el

examinado no tenga duda en responder la pregunta 7 ya que presenta inconsistencia en las respuestas test.retest,

- Se recomienda aplicar el instrumento a una población en diferentes regiones del país, así conocer como es la influencia de los grupos étnicos sobre la evaluación de calidad de vida en salud oral.
- Se sugiere aplicar el instrumento a una población con más sujetos para que la confiabilidad del instrumento sea mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez LY, Armas A, Fuentes E, Rosell F, Urrutia D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas, 2011; 15(2): 53-64.
2. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how and future implications. J Dent Res, 2011; 90(11):1264-1270
3. McGrath C, Bedi R. Can dental attendance improve quality of life. British Dental Journal 2001; 190: 262–265.
4. Haye MG, Rissotto RR, Crosato EM, Mendes LA, Amorim MO. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. Braz Oral Res 2008; 22(1): 36-42.
5. Kieffer JM, Verrips E, Hoogstraten J. Model specification in oral health-related quality of life research. Eur J Oral Sci, 2009; 117: 481-484.
6. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. Journal of Oral Science, 2006; 48(1): 1-7
7. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. J Dent Res, 2002; 81(7): 459-463
8. William KB, Gadbury-Amyot CC, Krust Bray K, Manne D, Collins P. Oral Health-Related Quality of Life: A Model for Dental Hygiene. Journal of Dental Hygiene, 1998; 72(2): 19-26
9. Saito A, Ota K, Hosaka Y, Akamatsu M, Hayakawa H, Fukaya C, Ida A, Fujinami K, Sugito H, Nakagawa T. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. J Clin Periodontol 2011; 38: 1115-1121.
10. Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M, Akamatsu M, Fukaya C, Matsumoto S, Ueshima F, et al. Effect of Initial Periodontal Therapy on Oral Health-Related Quality of Life in Patients With Periodontitis in Japan. J Periodontol, 2010; 81(7): 1001-1009.
11. Makino-Oi A et al. Effect of periodontal surgery on oral health related quality of life in patients who have completed

- initial periodontal therapy. J Periodont Res 2016; 51: 212-220
12. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? . An Sist Sanit Navar. 2011; 34(1): 63-72
 13. Lujan T, Cardona A, Construcción y validación de escalas de medición en salud: Revisión de propiedades psicométricas. IMedPub Journals, 2015, Vol 11 No. 3:1.
 14. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34: 114–22
 15. Gadbury-Amyot CC, Williams KB, Krust-Bray 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
 16. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martinez M, Sanz A, ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. An.sist.sanit.Navar.2011,Vol 34 No. 1, enero-abril.
 17. Roa A. et al, Percepción de la calidad de vida en pacientes con enfermedad peridontal sometidos a terapia no quirúrgica. fase ii: validación estadística. 2017
 18. Lujan T, Cardona A, Construcción y validación de escalas de medición en salud: Revisión de propiedades psicométricas. IMedPub Journals, 2015, Vol 11 No. 3:1.
 19. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the spanish versión of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14 Sp) in elderly chileans. BCM Oral Health, 2014; 14: 1-9
 20. Gadbury-Amyot CC, Williams KB, Krust-Bray K, Manne D, Collins P. Validity and Reliability of the Oral Health-Related Quality of life instrument for dental hygiene. Journal of Dental Hygiene, 1999; 73(3): 126-134
 21. Lopez R et al, Spanish version of the oral health impact profile (OHIP-Sp), BMC Oral health,Vol 6; 11, 2006
 22. Cronbach LJ: Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951, 16, 3, 297–334.

