

**RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD ORAL**

**- REVISIÓN DE LA LITERATURA -**

**Investigadores**

**JOSÉ EDUARDO BAQUERO  
JAIME ANDRÉS BERNAL  
ANDREA BOLAÑOS BOLAÑOS  
DIANA LORENA RODRÍGUEZ  
XIMENA CAROLINA ROJAS**

**Trabajo de grado para optar el título de  
Odontólogo (a)**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
BOGOTÁ D.C,  
II-2011**

**RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD ORAL**

**- REVISIÓN DE LA LITERATURA -**

**Investigadores**

**JOSÉ EDUARDO BAQUERO  
JAIME ANDRÉS BERNAL  
ANDREA BOLAÑOS BOLAÑOS  
DIANA LORENA RODRÍGUEZ  
XIMENA CAROLINA ROJAS**

**Asesor Científico y metodológico**

**Dra. MARTHA CAYCEDO**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
BOGOTÁ D.C.,  
II-2011**

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este nuevo proyecto a nuestras familias,

Quienes con esfuerzo y dedicación

Nos han apoyado sin reparo entregando todo de sí

Para cumplir y finalizar con éxito este proyecto,

Dando paso a una nueva etapa en nuestras vidas,

A cada uno de ellos, gracias

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la Institución Universitaria Colegios de Colombia y sus directivos por permitirnos hacer parte del pregrado de odontología y cumplir con la obtención de una nueva meta para nuestras vidas.

A nuestras asesoras científica y metodológica por toda su disposición, por su tiempo, devoción y colaboración incondicional, así como por su valioso aporte científico y metodológico durante todo el proceso de elaboración del presente proyecto.

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	8
1 ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	14
1.3 PROPÓSITO .....	15
1.4 MARCO TEÓRICO:.....	15
1.4.1 Principales enfermedades que afectan la salud bucal.....	17
1.4.2 Índices de enfermedades orales.....	20
1.4.3 Instrumentos para medir el estado de salud .....	27
1.5 MARCO REFERENCIAL.....	29
1.6 OBJETIVOS .....	34
1.6.1 Objetivo general.....	34
1.6.2 Objetivos específicos .....	34
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	35
2.1 TIPO DE ESTUDIO .....	35

2.2	OBJETO DE ESTUDIO .....	35
2.3	POBLACIÓN OBJETO .....	35
2.4	MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO .....	35
2.4.1	Muestra.....	35
2.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	36
2.5.1	Criterios de inclusión.....	36
2.5.2	Criterios de exclusión.....	36
2.6	UNIDADES DE ANÁLISIS.....	36
2.7	PROCEDIMIENTO .....	37
2.8	FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	38
3	RESULTADOS .....	39
4	DISCUSIONES.....	42
5	CONCLUSIONES.....	46
6	RECOMENDACIONES .....	48
7	BIBLIOGRAFÍA .....	49

## INTRODUCCIÓN

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud.<sup>1</sup>

“La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”. La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social”<sup>2</sup>.

En 1991, la OMS definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas.<sup>3</sup>

La salud oral es un aspecto fundamental en la calidad de vida de la población. En Colombia los problemas de salud oral ocupan las primeras causas de morbilidad

en las diferentes etapas de la vida. En la dentición permanente, el 88.7% de las personas ha presentado historia de caries y el 65.3% tenían caries sin tratamiento. El 92,4% de la población presentó necesidades de tratamiento para enfermedad periodontal de acuerdo a datos del III Estudio Nacional de Salud ENSAB III.<sup>4,5</sup>

La salud oral como parte integral de la salud general es fundamental para el bienestar y la calidad de vida de ser humano, incide en relaciones y procesos como la comunicación, socialización, nutrición, habla, expresión de afectos y procesos inmunológicos, los cuales son fundamentales para el desarrollo del individuo en los diferentes ciclos de la vida. Por lo tanto la salud oral es una condición esencial para el bienestar general del individuo.<sup>6</sup>

El concepto de salud oral ha venido evolucionando, cambiando el significado de solo dientes sanos, hacia el reconocimiento de que la boca es centro de tejidos y funciones vitales, indispensables para la salud general y el bienestar de las personas en las diferentes etapas de la vida.<sup>7</sup> Algunos autores sostienen que las patologías pueden deteriorar la autoestima y la autoimagen, desanimar la interacción social normal, y conducir a depresiones y stress crónicos, incluso pueden llegar a afectar las funciones vitales tales como respirar, comer, tragar y hablar. Las enfermedades orales restringen las actividades escolares, de trabajo y de familia, y a menudo disminuye en forma considerable la calidad de vida<sup>8</sup>.

La definición de salud de la OMS, sugiere una visión integral del ser humano en todas sus dimensiones, por lo que los estudios de investigación sobre salud deben

de incluir el estado de salud bucal (SB) como un componente del estado general de salud,<sup>9</sup> y el diagnóstico del odontólogo es importante para determinar dicho estado; el estado de salud oral permite visualizar el estado general de la salud del paciente por eso el odontólogo debe estar atento a ésta durante la consulta del paciente.<sup>10</sup>

Por otro lado, se ha demostrado que la indagación sobre la percepción del estado de salud es un indicador confiable y consistente que proporciona información importante que es representativa de los diferentes grupos poblacionales.<sup>11</sup>

Existen dos tipos de instrumentos básicos para medir calidad de vida relacionada con salud: los genéricos y los específicos para cada problema de salud. Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en una amplia gama de problemas de salud, incluida la salud oral. GOHAI: (Geriatric Oral Health Assessment Index / evaluación geriátrica de la salud bucal): Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de 12 preguntas. Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron tres dimensiones: 1) función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. El índice entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes.<sup>12</sup>

OHIP: (Oral Health Impact Profile / Salud oral Perfil de Impacto): Slade y Spencer desarrollaron en Australia, en 1994, un cuestionario integrado por 49 preguntas, denominado OHIP-49. Debido a las limitaciones de su uso por su extensión, Slade validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14), conformado, al igual que el anterior, por siete dimensiones denominadas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas. Las respuestas se cuantifican en la escala Likert con valores de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo y el 4 es el más alto.<sup>13</sup>

DIDL: (Dental Impact on Daily Living/ Dental Impacto en la Vida Diaria): **Leao y Sheiham, 1996.** "Consiste de 36 preguntas distribuidas en 5 escalas: comodidad, apariencia, dolor, comportamiento y restricción en las comidas. Los impactos de cada pregunta se codifican de la siguiente forma: +1= positivo, 0= impacto no considerado totalmente negativo, -1= impacto negativo. El valor de cada dimensión sobre una base individual se calcula dividiendo la suma de respuestas de cada dimensión por el posible puntaje total en la escala. Para construir un puntaje total, se calculan primero los puntajes dentro de cada dimensión, multiplicando la suma de las respuestas de la dimensión por el valor de la dimensión y luego se suman los puntajes de las dimensiones para dar un puntaje DIDL"<sup>14</sup>.

El objetivo de la investigación fue establecer la relación entre el estado de salud oral y la calidad de vida de los pacientes en general por medio de la revisión de literatura científica

# 1 ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud oral es un aspecto fundamental en la calidad de vida de la población. En Colombia los problemas de salud oral ocupan las primeras causas de morbilidad en las diferentes etapas de la vida. En la dentición permanente, el 88.7% de las personas ha presentado historia de caries y el 65.3% tenían caries sin tratamiento. El 92,4% de la población presentó necesidades de tratamiento para enfermedad periodontal de acuerdo a datos del III Estudio Nacional de Salud ENSAB III.<sup>15, 16</sup>

La salud oral como parte integral de la salud general es fundamental para el bienestar y la calidad de vida de ser humano, incide en relaciones y procesos como la comunicación, socialización, nutrición, habla, expresión de afectos y procesos inmunológicos, los cuales son fundamentales para el desarrollo del individuo en los diferentes ciclos de la vida. Por lo tanto la salud oral es una condición esencial para el bienestar general del individuo.<sup>17</sup>

El concepto de salud oral ha venido evolucionando, cambiando el significado de solo dientes sanos, hacia el reconocimiento de que la boca es centro de tejidos y funciones vitales, indispensables para la salud general y el bienestar de las personas en las diferentes etapas de la vida.<sup>18</sup>

Algunos autores sostienen que las patologías pueden deteriorar la autoestima y la autoimagen, desanimar la interacción social normal, y conducir a depresiones y

stress crónicos, incluso pueden llegar a afectar las funciones vitales tales como respirar, comer, tragar y hablar. Las enfermedades orales restringen las actividades escolares, de trabajo y de familia, y a menudo disminuye en forma considerable la calidad de vida.

Por lo cual se quiere conocer ¿cuál es la relación entre el estado de salud oral y la calidad de vida?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La definición de salud de la OMS, la contempla como un completo estado de bienestar físico mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”, sugiere una visión integral del ser humano en todas sus dimensiones, por lo que los estudios de investigación sobre salud deben de incluir el estado de salud bucal (SB) como un componente del estado general de salud,<sup>19</sup> y el diagnóstico del odontólogo es importante para determinar dicho estado, el estado de salud oral permite visualizar el estado general de la salud del paciente por eso el odontólogo debe estar atento a ésta durante la consulta del paciente.

La determinación de relación entre la calidad de vida y la salud oral proporciona información esencial para evaluar las necesidades de tratamiento de la población, la toma de decisiones clínicas y la evaluación de intervenciones, servicios y programas por lo cual es importante conocer como se ha medido esta relación. Por otro lado, se ha demostrado que la indagación sobre la percepción del estado

de salud es un indicador confiable y consistente que proporciona información importante que es representativa de los diferentes grupos de la población.

La presente investigación resulta importante porque el odontólogo encontrará información sobre factores de la salud oral que funcionan como predictores de la calidad de vida de los pacientes.

### **1.3 PROPÓSITO**

Aportar conocimientos para que el profesional durante la práctica odontológica esté en la capacidad de relacionar la calidad de vida y la salud oral, con lo cual se permitirá establecer pautas importantes para el desarrollo de líneas de investigación, especialmente en el área de salud pública, donde actualmente se trabaja con la comunidad escolar y el adulto mayor, este aspecto no se ha tenido en cuanto para las intervenciones de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral.

### **1.4 MARCO TEÓRICO:**

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud.<sup>20</sup>

“La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”. La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social”<sup>21</sup>.

“Sobre la relación de las enfermedades sistémicas con la salud bucal, algunos estudios han señalado que los individuos diabéticos tienen más alto riesgo de enfermedad periodontal; otros han estudiado la relación entre infecciones crónicas orales como la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer, la prematurez y las enfermedades cerebrovasculares. Así como la relación de las enfermedades orales con las infecciones microbianas que afectan la salud general y que de muchos fármacos usados para enfermedades sistémicas tienen efectos adversos sobre la cavidad bucal”.<sup>22</sup>

En 1991, la OMS definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas.<sup>23</sup>

#### **1.4.1 Principales enfermedades que afectan la salud bucal**

Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal se encuentran la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) define la caries dental como un proceso patológico y localizado de origen multifactorial, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evolucionando hasta la formación de una cavidad.<sup>24</sup> La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano, compleja y de carácter multifactorial. En su instauración y desarrollo confluyen numerosos factores, asociados en la tríada clásica de Keyes (huésped susceptible, dieta y microorganismos cariogénicos), junto a factores medioambientales y el tiempo.

El proceso carioso se inicia con la desmineralización del esmalte en la superficie del diente. Los cambios ocurridos durante los primeros estadios son eventos que suceden a nivel microscópico. Cuando la lesión se empieza a hacer visible, la superficie dental comienza a perder su brillo, tornándose opaca, de color blanco-amarillento y de manera progresiva se inicia la pérdida de la superficie del esmalte. En estas primeras etapas no hay ningún tipo de dolor, el niño no manifiesta ninguna incomodidad y es por esto que suele pasar desapercibida. Al avanzar la enfermedad, la estructura del diente pierde completamente su dureza, se inicia una cavidad y la lesión se torna de un color amarillo-café. Si la caries no se detiene e involucra sólo la estructura del esmalte se denomina lesión incipiente,

si progresa hasta la dentina es una lesión moderada y si se encuentra a 0.5 mm de la pulpa se considera una lesión avanzada.<sup>25</sup>

Las infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades localizadas en las encías y estructuras de soporte del diente. Están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa bacteriana. Estas bacterias son esenciales para el inicio de la enfermedad, pero existen factores predisponentes del hospedador y microbianos que influyen en la patogénesis de la enfermedad. La microbiota bacteriana periodontopatógena es necesaria pero no suficiente para que exista enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible. Estas enfermedades se han clasificado en gingivitis, limitadas a las encías y periodontitis, extendidas a tejidos más profundos.<sup>26</sup>

La enfermedad periodontal, tanto crónica como agresiva, es una enfermedad multifactorial con el papel imprescindible de las bacterias de la placa bacteriana. Partiendo de que la causa de la enfermedad periodontal es infecciosa, la microbiología específica se caracteriza por presencia de proporciones más o menos altas de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), *Porphyromona gingivalis* (Pg), *Tannerella forsythensis* (Tf) y otros posibles microorganismos formando comunidades bacterianas muy heterogéneas o de forma 'monovarietal' (forma predominante, en alta proporción)<sup>27</sup>

Según International Workshop for a Clasification of Periodontal Diseases and Conditions (1999), Las enfermedades gingivales inducidas por placa: El término

"enfermedades gingivales" se emplea para definir el patrón de signos y síntomas de diferentes enfermedades localizadas en la encía. Todas ellas se caracterizan por presentar placa bacteriana que inicia o exacerba la severidad de la lesión, ser reversibles si se eliminan los factores causales y por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes. Clínicamente se aprecia una encía inflamada, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema o fibrosis, una coloración roja o azulada, una temperatura sulcular elevada, sangrado al sondaje y un incremento del sangrado gingival. pérdida de la inserción, profundidad de sondaje, inflamación, destrucción tisular y cambios en la encía todos estos signos están asociados a periodontos con niveles de inserción estables sin pérdidas de inserción, o estables aunque en periodontos reducidos.<sup>28</sup>

Wilie, 1947, define la maloclusión como una posición alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatro sistemas simultáneamente: dientes, huesos, músculos y nervios. Determinados casos muestran irregularidades solamente en la posición de los dientes. Otros pueden presentar dientes alineados o bien posicionados existiendo sin embargo, una relación basal anormal. Algunos autores utilizan el término displasia para identificar estas anomalías; así las maloclusiones pueden ser displasias dentarias, esqueléticas y dento esqueléticas.<sup>29</sup>

Angle introdujo el término *clase* para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares, que dependían de la posición

sagital de los primeros molares permanentes a los que consideraba como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. **Clase I.** Maloclusiones caracterizadas por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes. **Clase II.** Maloclusiones caracterizadas por la relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Toda la arcada maxilar está anteriormente desplazada o la arcada mandibular retraída con respecto a la antagonista. **Clase III.** El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mediovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada, o la maxilar retruida, con respecto a la antagonista.<sup>30</sup>

#### **1.4.2 Índices de enfermedades orales**

ÍNDICE COP-D. Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. Signos: **C** = caries, **O** = obturaciones, **P** = perdido

INDICE ceo-d: En los niños se utiliza el **ceo-d** (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas. El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue Propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de: dientes temporales cariados (**c**), con extracciones indicadas (**e**) y obturaciones(**o**).

INDICE DE CLUNE: Se basa en la observación de los cuatro primeros molares permanentes, asignándole un puntaje a cada condición con un máximo de 40 puntos, 10 para cada molar. Sano: se le dan 10 puntos. Por cada superficie obturada: se resta 0.5 puntos. Por cada superficie cariada: se resta un punto. Extraído o extracción indicada por caries: se restan 10 puntos. Posteriormente se suma el valor obtenido de los cuatro dientes y se obtiene el porcentaje. Tomando como 100% el valor de 40 puntos, que equivale a tener los cuatro molares sanos, se expresa en porcentos.

ÍNDICE DE CARIES RADICULAR: Se conoce por sus siglas en inglés **RCI** (*root caries index*), diseñado por Katz y presentado en 1984. Se puede obtener por superficie o por diente. Para este índice los criterios para diagnosticar una caries

radicular son los siguientes: 1. Lesiones en cualquier superficie radicular con una cavidad franca y: a) aspecto oscuro con cambio de color, b) reblandecimiento con presión moderada de un explorador. 2. Lesiones en cualquier superficie radicular sin cavidad franca pero con aspecto oscuro o cambio de color y: a) reblandecimiento con presión moderada de un explorador que indica lesiones activas, b) sin evidencia a la exploración, lesiones inactivas (en controversia este criterio).

Para la obtención del índice se requiere de la elaboración de un cuadro como el que se muestra a continuación

CRITERIO	M (mesial)	D (distal)	B (bucal)	L (lingual)
R-N				
R-D				
R-F				
Nº R				
M				

- **R-N:** recesión gingival presente, superficie radicular sana.
- **R-D:** recesión gingival presente, superficie radicular cariada.
- **R-F:** recesión gingival presente, superficie radicular obturada.
- **No R:** sin recesión gingival en ninguna superficie, sin caries radicular, sin obturación radicular.
- **M:** perdido (todo el diente, no se consideran superficies perdidas aisladas).

PMA: (PAPILA MARGINAL ADHERIDA): Es el primer índice diseñado para determinar la severidad de la Gingivitis y lo fue por Schour y Massler en 1947-1948. Las siglas significan Papilar, Marginal, Adherida, que son las tres zonas de la encía evaluadas. Sólo registra inflamación, sustentado en que la extensión de la inflamación gingival sirve como indicador de la severidad de la lesión. Para su

obtención se requiere observar buscando detectar inflamación, sólo con un espejo, alrededor de cada diente, específicamente el tejido gingival mesio-vestibular, y dividirlo en tres partes: Papilar (la papila interdientaria), marginal (la encía libre que rodea la corona del diente cerca del cuello) y adherida (comprende a la encía que cubre al hueso de soporte). Se le otorga un puntaje a cada zona a partir de los siguientes criterios:<sup>31</sup>

- **0** Ausencia de alteración en las tres zonas observadas
- **1** Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar
- **2** Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar y en la marginal
- **3** Se observan cambios inflamatorios en las tres zonas

El valor para cada individuo se obtiene al sumar el valor para cada diente. Para obtener el resultado de la población, se suman todos los valores y se divide entre el número de personas examinadas. Es un promedio.

**INDICE PMA ANTERIOR:** Es una modificación del Índice PMA, en el cual sólo se tiene en cuenta el sector anterior, de canino a canino. Es muy utilizado en encuestas rápidas. Se debe tener en cuenta todos los criterios expuestos para el Índice PMA, al obtener la información e interpretar los resultados, además de que generalmente este sector de la boca es uno de los que más beneficios recibe con el cepillado y la limpieza mecánica, para no subestimar la enfermedad en grupos poblacionales. El índice PMA del modo en que se utiliza actualmente para estudios epidemiológicos, representa el número de áreas inflamadas en zonas predeterminadas alrededor de todos los dientes o de ciertos números de dientes.

ÍNDICE DE REABSORCIÓN MEDIA DEL HUESO ALVEOLAR DE MARSHALL-DAY, STEPHEN Y QUIGLEY: Se basa en la observación radiográfica del hueso que rodea cada diente. Para registrarlo, se observa la cantidad de hueso presente rodeando la raíz desde el cuello hasta el ápice de cada diente, y se divide toda la longitud radicular en 10 partes iguales, el valor será la cantidad de hueso presente, medida en cada una de las partes en que se dividió la raíz; así en caso de pérdida ósea de la mitad del hueso, el valor será de 5, si se ha perdido todo el hueso de soporte, el valor será de cero. La gran ventaja de este índice sobre la mayoría de los instrumentos de medición de la enfermedad periodontal, es su gran objetividad, pues al basarse en la observación y medición de una imagen radiográfica, se asegura un margen de error muy bajo.

INDICE DE RUSSELL: También conocido como **INDICE PERIODONTAL DE RUSSELL**, fue desarrollado en 1956 por Russell como una herramienta epidemiológica para comparar la prevalencia relativa de la enfermedad periodontal en diferentes poblaciones, aunque actualmente su uso ha disminuido. Es capaz de medir tanto la inflamación gingival como el grado de destrucción ósea. Como se basa en la detección de los signos más evidentes de la enfermedad, no es muy sensible y a veces no alcanza a estimar convenientemente sus estadios más tempranos, sin embargo porque esa detección es fácil en virtud de los criterios utilizados, hace que exista una menor variabilidad entre los examinadores y por tanto una mayor reproducibilidad. Utiliza un espejo bucal, un explorador y una buena fuente de luz. En este Índice se toman en consideración la inflamación, la

formación de bolsa y la movilidad dentaria, asignándole un puntaje a los diferentes criterios. Se examinan todos los dientes de los individuos. Pueden encontrarse diferencias entre estudios realizados en una misma población si se tiene en cuenta que algunos de los criterios son reversibles y además que se pueden producir pérdidas dentarias en esos individuos. El puntaje IP de un individuo es el puntaje medio de todos los dientes examinados.

El puntaje IP de una población se puede calcular sumando todos los IP individuales y dividiéndolo entre el total de personas examinadas. Es un promedio.

PUNTAJE	CRITERIO	CRITERIO ADICIONAL CON RADIOGRAFÍA
0	Encía sana sin evidencia de alteración	Apariencia radiográfica normal
1	Gingivitis leve: área de inflamación en la encía libre, no circunscribe el diente	Apariencia radiográfica normal
2	Gingivitis, área de inflamación en toda la encía libre que rodea el diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia Epitelial.	Apariencia radiográfica normal
3	Gingivitis con formación de bolsa: ruptura de la adherencia epitelial y evidencia de Bolsa periodontal. No hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria	Pérdida ósea horizontal

INDICADORES PARA MALOCLUSION DAI: (Dental Aesthetic Index / Índice De Odontología Estética): el **dental aesthetic index** (DAI), creado con fines epidemiológicos y adoptado por la OMS para tal propósito. Este constituye un método rápido de aplicar, altamente reproducible que no necesita del uso de radiografías, lo cual genera ventajas tanto en la investigación como en la mejora de los estándares de práctica clínica. Además, la utilización de los mismos

criterios podría favorecer la comunicación de los profesionales entre sí y con el paciente. El DAI está dado por una ecuación de regresión estándar que tiene presentes 10 componentes o características oclusales, con sus correspondientes coeficientes de regresión, cuyos valores exactos y redondeados aparecen a continuación:

COMPONENTES	COEFICIENTES	REDONDEADOS
Dientes visibles perdidos	5,76	6
Apiñamiento	1,15	1
Espaciamiento	1,31	1
Diastema	3,13	3
Irregularidad anterior importante (superior)	6,75	7
Irregularidad anterior importante (inferior)	1,34	1
Resalte anterior maxilar (superior)	1,62	2
Resalte anterior maxilar (inferior)	3,68	4
Mordida abierta vertical anterior	3,69	4
Relación molar antero-posterior	2,69	3
Constante	13,36	13

Para obtener el DAI se debe realizar las mediciones de los 10 componentes en cada individuo para obtener el valor numérico de cada uno. Multiplicar cada valor numérico por su correspondiente coeficiente de regresión DAI estándar y sumar los productos obtenidos en el paso anterior y la constante. El resultado de esta suma correspondió al valor de DAI. Dependiendo del valor del DAI, del estado oclusal individual se clasifican las siguientes categorías:

<b>OCCLUSIÓN NORMAL</b>	DAI menor o igual que 25	No necesita tratamiento
<b>MALOCLUSIÓN MENOR</b>		

<b>MALOCLUSIÓN DEFINIDA</b>	DAI entre 26 y 30	Tratamiento electivo
<b>MALOCLUSIÓN SEVERA</b>	DAI entre 31 y 35	Tratamiento conveniente
<b>MALOCLUSIÓN MUY SEVERA O DISCAPACITANTE</b>	DAI mayor o igual que 36	Tratamiento prioritario

El uso del índice de estética dental (**DAI**) establece una lista de rasgos o condiciones oclusales en categorías, ordenadas en una escala de grados que permite observar la severidad de las maloclusiones, lo que hace esta condición reproducible y nos orienta en función de las necesidades con respecto al tratamiento ortodóntico de la población. Las características oclusales que integra el **DAI** son de gran importancia sobre la apariencia, y debido a esto están relacionadas con las necesidades percibidas de tratamiento, integrando factores psicosociales y físicos de la Maloclusión. El empleo del índice asegura la coincidencia, en la mayoría de los casos, entre el criterio normativo y subjetivo, sobre todo en aquellos con afecciones más severas, lo que resulta importante para guiar la planificación de las acciones terapéutica.<sup>32</sup>

### **1.4.3 Instrumentos para medir el estado de salud**

Existen dos tipos de instrumentos básicos para medir calidad de vida relacionada con salud: los genéricos y los específicos para cada problema de salud. Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en una amplia gama de problemas de salud, incluida la salud oral.

GOHAI: (Geriatric Oral Health Assessment Index / evaluación geriátrica de la salud bucal): Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de 12 preguntas. Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron tres dimensiones: 1) función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. En el formato de respuesta los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral. El índice entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes.<sup>33</sup>

OHIP: (Oral Health Impact Profile / Salud oral Perfil de Impacto): Slade y Spencer desarrollaron en Australia, en 1994, un cuestionario integrado por 49 preguntas, denominado OHIP-49. Debido a las limitaciones de su uso por su extensión, Slade validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14), conformado, al igual que el anterior, por siete dimensiones denominadas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas. Las respuestas se

cuantifican en la escala Likert con valores de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo y el 4 es el más alto.<sup>34</sup>

DIDL: (Dental Impact on Daily Living/ Dental Impacto en la Vida Diaria): **Leao y Sheiham, 1996.** "Consiste de 36 preguntas distribuidas en 5 escalas: comodidad, apariencia, dolor, comportamiento y restricción en las comidas. Los impactos de cada pregunta se codifican de la siguiente forma: +1= positivo, 0= impacto no considerado totalmente negativo, -1= impacto negativo. El valor de cada dimensión sobre una base individual se calcula dividiendo la suma de respuestas de cada dimensión por el posible puntaje total en la escala. Para construir un puntaje total, se calculan primero los puntajes dentro de cada dimensión, multiplicando la suma de las respuestas de la dimensión por el valor de la dimensión y luego se suman los puntajes de las dimensiones para dar un puntaje DIDL"<sup>35</sup>.

## 1.5 MARCO REFERENCIAL

Según Montes, L, 2001, la salud oral tiene una gran importancia en la sicología de las personas, más aún en el adulto mayor. En su estudio concluye que la salud oral influye en la calidad de vida de pacientes de todos los niveles socioeconómicos. Puede verse, además, que para los pacientes de alto nivel socioeconómico la mejora, mientras que para los pacientes de bajo nivel socioeconómico la empeora. Esto puede deberse a que la valoración de la salud oral es distinta según el nivel socioeconómico. Puede deberse, también, a que el

paciente de alto nivel socioeconómico está más preocupado de su salud bucal y tiene mayor acceso a la atención dental que el paciente de bajo nivel socioeconómico.<sup>36</sup>

Jimenez y col, 2003, indican en su estudio que “la percepción que tienen los ancianos de las condiciones de su boca y la influencia de sus dientes o dentadura en su calidad de vida, con base en la conclusión de que la percepción general de salud es un predictor de la calidad de vida. La forma en que perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar, es decir, que una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, es por ello que la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida”<sup>37</sup>

Martignon, 2009 al evaluar la relación entre un instrumento de calidad de vida relacionado con salud oral en niños de 8-10 años y sus adre/acudientes en Bogotá, encontró que de los 168 niños de 8-10 años (51.7%-hombres, 48.2%-mujeres), 45.8% reportó creer que sus dientes estaban más/menos bien; 38.1%-bien y sólo 3.5%-mal. No hubo diferencias estadísticas por género ( $p > 0.05$ ). El 42% reportó dolor dental en el último mes; cerca del 40% reportó sentirse triste/apenado por sus dientes y un 43% sentirse preocupado por lo que otros piensan de sus dientes. El 52% de mujeres y el 33% de hombres experimentaron dolor dental en el último mes y, faltaron a actividades académicas por esta causa (mujeres 14%; hombres 5%) ( $p = 0.008$ ). los resultados de la investigación le permitieron concluir que la información proveniente de un cuestionario de calidad

de vida relacionada con salud oral permite dar a conocer la situación de salud oral de población infantil considerando el impacto psicosocial de las enfermedades orales en el bienestar general.<sup>38</sup>

**1.4.1. Marco legislativo:** La ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), determina la organización, administración, financiación, control y obligaciones del sistema de salud. Contempla los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, concertación y calidad en la prestación del servicio<sup>39</sup>.

**Acuerdo 33 de 1996** del consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS). Fija los criterios de utilización, distribución y manejo de los recursos de la subcuenta de promoción de la salud, que se destinarán principalmente a las actividades de prevención de la enfermedad.

**Resolución 3997 de octubre de 1996.** Establece las actividades y los procedimientos para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud. En esta norma se hace la distinción entre promoción y prevención; en el artículo 3° definió la promoción en el sistema general de seguridad social

En el capítulo II se establecen Programas de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral así

como las actividades de promoción y prevención siendo las pertinentes para la población objeto de estudio las siguientes:

Educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales y posturales, técnicas de cepillado: Control de placa bacteriana. Control de crecimiento y desarrollo, de funciones vitales (respiración, fonación, deglución, succión).

Colocación de flúor tópico. Colocación de sellantes.

En el Capítulo III Se Establece La Programación Y Estrategias Para El Desarrollo De Las Actividades De Promoción Y Prevención. El Artículo 7º Hace Referencia A La Programación De Actividades. Para el desarrollo de los contenidos enunciados en el Artículo sexto de la presente Resolución, las EPS, Entidades Adaptadas y ARS deberán realizar una programación anual de los contenidos de promoción y prevención, adecuada al perfil epidemiológico de su población afiliada, orientada a producir un impacto medible de la situación de salud. Las EPS, Entidades Adaptadas y ARS deberán ajustar y armonizar su programación a las metas territoriales y nacionales en salud pública.

**Resolución 4288 de noviembre de 1996.** Define el PAB como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, de carácter gratuito, estatal y obligatorio. Identifican las acciones de promoción desde la salud pública: La salud integral de los niños, niñas y adolescentes, de las personas de la tercera edad, de las personas con

deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía.

En el 2005 se promueve el proyecto de acuerdo no. 243 de 2005, “Por medio del cual se establece como política pública en salud la atención y promoción preventiva en salud oral al menor de cero a catorce años de edad y atención asistencial al adulto mayor, en Bogotá distrito capital, y se dictan otras disposiciones”

Resolución 3997 de 1996, Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del SGSSS y por las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de salud.

Resolución Número 412 De 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 1078 de 2000, Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

Resolución 1745 De 2000: Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 Objetivo general**

Establecer la relación entre el estado de salud oral y la calidad de vida de los pacientes por medio de la revisión de literatura científica.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Reconocer los problemas de salud oral que con mayor frecuencia afectan a los pacientes.
- Establecer los aspectos que más se afectan en cuanto a la calidad de vida del paciente y su relación con el estado de salud oral.
- Identificar los instrumentos para evaluar el nivel de afectación de la calidad de vida a partir del estado de salud oral.

## **2 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Revisión de la literatura

### **2.2 OBJETO DE ESTUDIO**

Salud oral como indicador de calidad de vida

### **2.3 POBLACIÓN OBJETO**

General.

### **2.4 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO**

Artículo científicos relacionados con la salud oral y la calidad de vida de los pacientes.

#### **2.4.1 Muestra**

47 artículos científicos relacionados con la salud oral y la calidad de vida de los pacientes.

## 2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 2.5.1 Criterios de inclusión

Artículos científicos del 2000 al 2011, revisiones de literatura, Meta análisis, revisiones sistemáticas, Casos y controles, estudios de cohorte, artículos en inglés y español.

### 2.5.2 Criterios de exclusión

Literatura gris, fuentes científicas no reconocidas.

## 2.6 UNIDADES DE ANÁLISIS

UNIDAD	CONCEPTO
Problemas de salud oral que con mayor frecuencia afectan la salud paciente.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Periodontitis</li><li>• Gingivitis</li><li>• Caries</li><li>• Perdida dental</li></ul>
aspectos de afectación en cuanto a la calidad de vida del adulto mayor y su relación con el estado de salud oral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor bucal</li><li>• interrupción y molestias de la alimentación.</li><li>• Cambio de estilo de vida</li><li>• Impacto emocional.</li></ul>
Tipos de instrumentos para evaluar el nivel de afectación de la calidad de vida a partir del estado de salud oral del paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>• GOHAI:</li><li>• OHIP</li><li>• DIDL</li></ul>

## **2.7 PROCEDIMIENTO**

Se realizó una revisión bibliográfica cuyo objeto de estudio fue la salud oral como indicador de calidad de vida. Se procedió a hacer la búsqueda de artículos científicos en las bases de datos indexadas y revistas odontológicas colombianas e internacionales durante el período 2000-2011.

Se identificaron las palabras y frases clave o descriptores, dentro de las cuales se encuentran: salud oral, calidad de vida, índice de calidad de vida.

Cumplieron los criterios de inclusión, aquellos artículos seleccionados de textos científicos, revisiones, tesis de grado y trabajos de investigación desarrollados en universidades reconocidas en el medio científico, relacionados con la salud oral como indicador de calidad de vida. Así mismo, fueron excluidos los artículos de fuentes no reconocidas o avaladas por expertos.

Luego de definir la metodología para la búsqueda y selección de la información, ésta se sistematizó teniendo en cuenta las unidades de análisis establecidas en este proyecto, utilizando para ello una matriz bibliográfica que incluía datos como el año de publicación, título del artículo, autor, objeto de estudio, metodología, resultados y conclusiones.

Finalmente la información fue analizada, resaltando los avances y aportes más significativos en cuanto a la salud oral como indicador de calidad de vida y se presentan algunas conclusiones que se desprenden de esta revisión.

Las fuentes electrónicas de información biomédica consultadas entre septiembre y octubre de 2010 y entre enero y julio 2011, fueron:

- MEDLINE
- LILACS
- PUBMED
- COCHRAINE
- EBSCO

## 2.8 FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### MATRIZ BIBLIOGRÁFICA POR UNIDAD DE ANÁLISIS

Unidad de análisis	Referencia	Palabras clave	Variable	Resultados	Conclusiones

### MATRIZ NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

Datos bibliográfico	Tipo de estudio	población	Intervencion y comparador	Medidas de resultado	Valoración general	Nivel de evidencia	Grado de recomendación

### 3 RESULTADOS

Se analizaron 47 artículos científicos, depurados de una matriz inicial de 200 artículos.

Los artículos elegidos fueron observacionales experimentales, experimentales descriptivos de corte transversal, se incluyeron estudios comparativos, revisiones sistemáticas y de literatura, con nivel de evidencia y grado de recomendación ++ 1 A, +2B, por lo cual se excluyen casos clínicos, opiniones de expertos y artículos cuyo nivel de evidencia y grado de recomendación inferior a los nombrados.

#### Unidad de análisis 1. Problemas de salud oral que con mayor frecuencia afectan la salud del paciente.

Tabla No. 1. Problemas de salud oral que con mayor frecuencia afectan la salud.			
Componente de la unidad	No. Artículo	Población	Estudio
periodontales	2	infantil	WM Thomson, R Poulton, BJ Milne, A Caspi, JR Broughton, KMS Ayers. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 345-53.
trastornos temporomandibulares	2	general	M Naito, H Yuasa, Y Nomura, T Nakayama, N Hamajima, N Hanada. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. Journal of oral science. 2006;48(1).
Caries	13	general	MJ Fernández, MC Barciela, C Castro, E Vallard, G Lezama, R Carrasco. Índices epidemiológicos para medir la caries

			dental.
Perdida dental	1	adulto mayor	J De la Fuente, O Sumano, MC Sifuentes, A Zelocuatecatl. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92.

**Unidad de análisis 2. Principales aspectos de afectación en cuanto a la calidad de vida del paciente y su relación con el estado de salud oral**

<b>Tabla No.2. Aspectos de afectación de la calidad de vida del paciente y su relación con el estado de salud oral.</b>			
<b>Componente de la unidad</b>	<b>No. Artículo</b>	<b>población</b>	<b>Estudio</b>
dolor bucal	5	especiales	C García, C Palma. Integración de la salud oral en el bienestar general del paciente con necesidades especiales.
interrupción y molestias de la alimentación	1	general	M Hobdell, G Tsakos. Using an oral health-related quality of life measure in three cultural settings. International Dental Journal (2009) 59, 381-388
interrupción de actividades diarias	3	mujeres gestantes	C Misrachi, M Ríos, I Morales, JP Urzúa, P Barahona. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(4): 455-61.
cambio de estilo de vida	3	general	L Espinosa. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud- enfermedad. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(3).
impacto emocional	4	general	Y. V. Kok, P. Mageson, N. W. T. Harradine and A. J. Sprod. Comparing a quality of life measure and the Aesthetic Component of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) in

			assessing orthodontic treatment need and concern. Journal of Orthodontics. 2004; 31; 312-318.
--	--	--	---

**Unidad de análisis 3. Tipos de instrumentos para evaluar el nivel de afectación de la calidad de vida a partir del estado de salud oral del paciente.**

<b>Tabla No. 3. Tipos de instrumentos para evaluar el nivel de afectación de la calidad de vida a partir del estado de salud oral.</b>			
<b>Componente de la unidad</b>	<b>No. Artículo</b>	<b>población</b>	<b>Estudio</b>
GOHAI:	2	infantil	C McGrath, HN Pang, ECM Lo, NM King, U Hagg, N Samman. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. International Journal of Paediatric Dentistry 2008; 18: 267–274.
OHIP	6	adulto	HP Lawrence, W Murray, JM Broadbent, R Poulton. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. Community Dent Oral Epidemiol. 2008 August ; 36(4): 305–316.
OIDP	3	INFANTIL	RAL Castro, MIS Cortes, AT Leão, MC Portela, IPR Souza, G Tsakos, W Marcenes, A Sheiham. Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:68.

## 4 DISCUSIONES

Las patologías orales como la caries, enfermedad periodontal y desordenes Temporomandibulares afectan la calidad de vida de los pacientes sin discriminar edad o género, en el estudio adelantado por Barbosa, 2009 se encontró que, “Los niños con mayor experiencia de caries dental en la dentición temporal tuvieron mayor impacto en indicadores de calidad de vida. Las niñas tenían puntuaciones más altas para que los niños. Los valores más altos fueron para los de 11 años de edad y menor de 14 años de edad”<sup>40</sup>. Misrachi, 2009 reportó en su estudio que “El COPD fue 10,22. No hubo diferencias significativas en la percepción de calidad de vida en salud oral. Alrededor del 33% considera mala su calidad de vida oral. Aproximadamente 60% percibe que los problemas bucodentales le han acarreado incapacidad social y desventajas”<sup>41</sup>.

En cuanto a los desordenes Temporomandibulares, Naito, 2006, reportó que “Los trastornos temporomandibulares están altamente asociados con una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud. El mal estado de la salud oral se relaciona con el dolor de columna cervical y cráneo-mandibular tanto se asoció con una mayor alteración de la calidad de vida relacionada con la salud. Proporcionar a los pacientes desdentados con prótesis implanto-soportadas completas contribuye a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud”<sup>42</sup>.

Los problemas de salud oral causan diversas complicaciones o alteraciones, no sólo en la cavidad oral, en la salud sistémica, sino en la salud emocional y

especialmente en la afectación de las actividades diarias de los pacientes, En el estudio adelantado por Tellez, 2010, se encontró que “cerca del 50% de los niños percibieron que sus dientes estaban de más o menos a mal, y 42% reportaron sentir dolor en el último mes. 43% reportó sentirse preocupado acerca de lo que los otros piensan de sus dientes. 52% de las niñas experimentaron dolor dental durante el último mes (niños 33%), y además reportan haber faltado al colegio por esta razón (p-value 0.008). Finalmente, en las escuelas públicas se tiende a faltar más (14%) en comparación con las escuelas privadas (6%)”<sup>43</sup>.

Algunos factores sociales, económicos y culturales favorecen una salud oral apropiada o deficiente, sin embargo es usual encontrar cambios en los estilos de vida causados por la deficiente salud oral, Espinosa, 2004 sostiene que “Se constata que el modo y estilo de vida de la población depende del sistema socioeconómico imperante. Los cambios del modo y estilo de vida determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y modifican el proceso salud-enfermedad. Al mejorar el modo y estilo de vida de las personas, se mejoran algunos aspectos como el nivel educacional, higiene personal y de la comunidad permitiendo una mejor comprensión de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, modificándose el proceso salud-enfermedad”.<sup>44</sup> Factores culturales también pueden afectar la salud oral y la calidad de vida de los pacientes, Rengifo 2009, en su estudio encontró que “En cuanto a creencias en general se encontró que el 96,60% (426) de las gestantes poseen al menos una creencia en torno a la salud oral, y la mayoría (70%) se

centra en que durante el embarazo el bebé le “roba” calcio a los dientes de la madre y se “pierde un diente por cada embarazo”<sup>45</sup>.

Por otra parte la autopercepción de la salud oral puede influir positiva o negativamente en la calidad de vida y en la salud oral, Saliba, 2009, en su estudio reportó que, “Entre los entrevistados, el 68,4 % conceptuó salud bucal como higiene y el 16,2 % como apariencia. Ya la percepción de los mismos cuanto a su Salud bucal fue un 53,6 % buena y un 24 % óptima. Con referencia a los medios para tener salud bucal, el 90,1 % relató la higiene bucal, pero apenas el 4,8 % de los adolescentes mencionó el cepillado de la lengua. La estética (62,9 %) fue uno de los principales motivos citados, cuanto a la importancia de los dientes. Fue observada una relación estadística significativa entre la percepción de la Salud bucal regular y la visita al dentista hace menos de 6 meses ( $X^2=30,75$ ,  $p < 0,05$ ), con estos resultados concluyó que pese a que los adolescentes presentan una idea sobre Salud bucal, y sobre su mantención y promoción, estos temas deben ser más trabajados, principalmente por medio de Educación en Salud, para que esos adolescentes obtengan una buena Salud bucal y que ésta se mantenga por el resto de sus vidas. Además, ellos se vuelven multiplicadores de conocimientos para aquéllos que no tienen acceso a las mismas informaciones”<sup>46</sup>.

El diseño de diversos índices para evaluar el grado de afectación de la calidad de vida generado por problemas de salud oral resultan ser una herramienta práctica y útil para el profesional, respecto al OIDP, Hobdell, 2009 sostiene que. Potencialmente, el índice puede ser utilizado para la salud dental de las

necesidades y los servicios de planificación. Otros estudios utilizando muestras más grandes pueden proporcionar información pertinente a la revisión de los actuales sistemas de atención bucodental. <sup>47</sup> Brennan 2006, encontró que "los dolores en la boca 'se relacionó significativamente con los valores de OHIP en cuanto al estado de salud,, mientras que' la vida menos satisfactoria, en relación a los problemas de salud oral" también fue significativa en el modelo continuo, este tipo de estudio permite confiar en los índices para tener una concepción del estado de salud de una población y el grado de afectación de su calidad de vida, con lo cual se pueden diseñar y promover estrategias de contingencia y detectar poblaciones vulnerables. Al respecto el estudio de Castro, 2008 concluyó que el índice de Child-OIDP es una medida de la salud bucal relacionada con la calidad de vida que se puede aplicar a los niños brasileños<sup>48</sup>.

Otros estudios como el de P Wogelius, 2009 revelan que los índices CPQ8-10 y CPQ11 14, parecen ser instrumentos válidos para la medición de la salud bucal relacionados con la calidad de vida de los niños, aunque su capacidad para discriminar entre niños con labio leporino y paladar hendido y los niños sanos parecen se limitará. <sup>49</sup>Pinzón, 1999, sostiene que "El GOHAI puede ser utilizado como screennig para la derivación oportuna de los adultos mayores institucionalizados que requieren atención bucodental y detección de necesidades de prótesis dental y de higiene oral"<sup>50</sup>.

## 5 CONCLUSIONES

La evidencia científica demuestra que una salud oral deficiente afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes, enfermedades como la caries dental, las periodontales y alteraciones de la ATM deterioran la calidad de vida de los pacientes sin discriminación de género o edad.

A pesar de la afectación de la calidad de vida debido a la deficiente salud oral de los pacientes en todos los grupos etáreos, la evidencia científica muestra grupos de riesgo o de mayor vulnerabilidad como los infantes y los adultos mayores.

La afectación de la calidad de vida involucra distintos aspectos de los pacientes, que van desde dolores al masticar o deglutir, hasta pérdida de la autoestima, la evidencia científica reporta cambios en estilos de vida, cambios de hábitos saludables, dificultad para realizar las actividades cotidianas entre otras.

Aunque la calidad de vida es un concepto relativamente reciente, es conveniente incorporarlo de forma prioritaria en las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad bucal, para contribuir a la disminución de la morbilidad bucal.

“En la actualidad existen instrumentos los genéricos y específicos. Los instrumentos para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento. Estos instrumentos también han sido evaluados en función de su capacidad de discriminación, descripción y predicción de la calidad de vida”<sup>51</sup>.

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud.

## **6 RECOMENDACIONES**

Debido a la importancia de la salud oral en la calidad de vida de los pacientes se recomienda realizar estudios de aplicación de índices de calidad de vida en pacientes que asisten a las clínicas del UNICOC.

Es necesario realizar actualizaciones periódicas de la evidencia científica en cuanto a los índices de medición de la calidad de vida relacionados con la salud oral.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. OMS. Glosario de promoción de la salud [Serie en Internet], [citado en 2011 , sep. 12], [35 páginas]. Disponible en [http:// www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm](http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm). [accesado el 21 de julio de 2011].

<sup>2</sup> De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92.

<sup>3</sup> De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010. 29(63): 83-92.

<sup>4</sup> MINSALUD-Departamento Nacional de Planeación. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomo I. Bogotá; 1990

<sup>5</sup> Díaz, M. La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura?. Revista De Salud Publica. 1999.5 (1): 35:48.

<sup>6</sup> Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública.. Política Pública de Salud Oral Para el Distrito Capital Con Participación Social. 2004-2010. 95

---

páginas. Dispñible desde internet en:  
<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Pol%C3%ADticas%20de%20salud/Pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica%20de%20salud%20oral/Politica%20Publica%20de%20Salud%20Oral.pdf>. [con acceso el 10 de septiembre de 2011].

<sup>7</sup> Secretaría Distrital de Salud.Dirección de Salud Pública. Política Pública de Salud Oral Para el Distrito Capital Con Participación Social. 2004-2010. 95 páginas. Dispñible desde internet en:  
<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Pol%C3%ADticas%20de%20salud/Pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica%20de%20salud%20oral/Politica%20Publica%20de%20Salud%20Oral.pdf>. [con acceso el 10 de septiembre de 2011].

<sup>8</sup> Velarde E y Avila, C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Publica Mex 2002;44:: 448-463.

<sup>9</sup> Misrachi L. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Rev Dent Chile. 2004. 95 (3); 45:53.

<sup>10</sup> Locker D, Jokovic A, Tompson B, Prakash P. Is the Child Perceptions Questionnaire for 11–14 year olds sensitive to clinical and self-perceived variations in orthodontic status?. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35 (2); 179–185.

<sup>11</sup> Jiménez J, Esquivel R, Martínez N. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Revista ADM 2006.53(5):181-184.

---

<sup>12</sup> Misrachi,C y cols. Utilidad de las Mediciones del Estado de Salud Relacionadas con la Calidad de Vida. Rev Dent Chile. 2005.96 (2): 67:74.

<sup>13</sup> De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010. 29(63): 83-92.

<sup>14</sup> Misrachi,C y cols. Utilidad de las Mediciones del Estado de Salud Relacionadas con la Calidad de Vida. Rev Dent Chile. 2005.96 (2): 67:74

<sup>15</sup> MINSALUD-Departamento Nacional de Planeación. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomo I. Bogotá; 1990

<sup>16</sup> Díaz, M. La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura?. Revista De Salud Publica. 1999.5 (1): 35:48

<sup>17</sup> Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública.. Política Pública de Salud Oral Para el Distrito Capital Con Participación Social. 2004-2010. 95 páginas. Dispñible desde internet en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Pol%C3%ADticas%20de%20salud/P>

---

ol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica%20de%20salud%20oral/Política%20Pública%20de%20Salud%20Oral.pdf. [con acceso el 10 de septiembre de 2011].

<sup>18</sup> Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública.. Política Pública de Salud Oral Para el Distrito Capital Con Participación Social. 2004-2010. 95 páginas. Disponible desde internet en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Pol%C3%ADticas%20de%20salud/Pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica%20de%20salud%20oral/Política%20Pública%20de%20Salud%20Oral.pdf>. [con acceso el 10 de septiembre de 2011].

<sup>19</sup> Misrachi L. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Rev Dent Chile. 2004. 95 (3); 45:53

<sup>20</sup> OMS/FDI. Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979.

<sup>21</sup> De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010. 29(63): 83-92.

<sup>22</sup> Franco Á, Ochoa E, Martínez H. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Rev Fac Odont Univ Ant, 2004; 15 (2): 78-9

<sup>23</sup> De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010. 29(63): 83-92.

---

<sup>24</sup> Duque J et al. Factores De Riesgo Asociados Con La Enfermedad Caries Dental En Niños. Rev Cubana Estomatol. 40 (2); 789:95.

<sup>25</sup> Franco, M, Y Colaboradores. El Menor De Seis Años: Situación De Caries Y Conocimientos Y Prácticas De Cuidado Bucal De Sus Madres. Universidad De Antioquia (Colombia). Revista Ces Odontología.2004. 17(1); 364:70

<sup>26</sup> Bascones A, Figuero E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Periodon Implantol. 2005; 17, 3: 147-156

<sup>27</sup> Tonetti M. Cigarette smoking and diseases. Etiology and management of diseases. Ann Periodontal 1998;31(1):88-101

<sup>28</sup> Lindhe J. Periodontologia Clínica e implantodontologia Odontológica 3ra Ed Madrid 2000.5;191-225

<sup>29</sup> Moreno B y Betancourt J. Prevalencia De Las Maloclusiones En La Dentición Mixta Ocasionadas Por Traumatismos En La Dentición Temporal. Rev Cubana Ortod. 2001;16(1):59-64.

<sup>30</sup> Macías L. Factores Causales Que Intervienen En La Aparición De Maloclusiones En Niños De 6 A 13 Años De Edad Que Asisten A La Unidad De Medicina Familiar No. 7. Memorias Y Mejores Trabajos. Isbn 968-5402-16-7. La Investigación Y El Desarrollo Tecnológico En Querétaro 2006

- 
- <sup>31</sup> Fernández P et al. Indicadores Epidemiológicos Para Medir La Enfermedad Periodontal. Created With Pdfactory Pro Trial Version. Con acceso desde internet en: [Www.Pdffactory.Com](http://www.pdfactory.com). [accesado el 6 de septiembre de 2011].
- <sup>32</sup> Toledo, L y cols. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. Rev Cubana Estomatol 2004;41(3)
- <sup>33</sup> Misrachi, C, Ríos,M, Morales, I, Urzúa, J, Barahona, P. Calidad de visa y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(4): 455-61.
- <sup>34</sup> De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010. 29(63): 83-92.
- <sup>35</sup> Misrachi,C, Espinoza, I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revista Dental de Chile. 2005; 96 (2): 28-35
- <sup>36</sup> Montes.L. Oral Health Impact in Older Adult Life Quality. Revista Dental de Chile. 2005. 92 (3); 29: 35.
- <sup>37</sup> Jiménez F y cols. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Revista ADM 2003;59(1):19-24
- <sup>38</sup> Tellez,M, Martignon,S, Lara,J, Zuluaga,J, Barreiol, Builes,L, Córdoba,D, Gomez,J. Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con

---

Salud Oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. CES Odont.2010;23(1)9-15

<sup>39</sup> Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal, 1996

<sup>40</sup> Turrell,G y colaboradores. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 195–206.

<sup>41</sup> Misrachi, C, Ríos,M, Morales, I, Urzúa, J, Barahona, P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(4): 455-61.

<sup>42</sup> 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).

<sup>43</sup> Tellez,M, Martignon,S, Lara,J, Zuluaga,J, Barreirol, Builes,L, Córdoba,D, Gomez,J. Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con Salud Oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. CES Odont.2010;23(1)9-15

<sup>44</sup> Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud- enfermedad. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(3); 67:74.

- 
- <sup>45</sup> Rengifo H. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 20(2): 171-178.
- <sup>46</sup> Saliba, CA, Isper, A, Moreira,R, Saliba, N, Gonçalves, P. Salud Bucal en la Percepción del Adolescente. *Rev. salud pública* 2009; 11 (2): 268-277.
- <sup>47</sup> Hobdell,M, Tsakos,G, Sprod,A, Ladrillo,T, Ross,W, Gordon,N, Myburgh,N, Lalloo, N. Using an oral health-related quality of life measure in three cultural settings. *International Dental Journal* (2009) 59, 381-388
- <sup>48</sup> Castro, R, y colaboradores. Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008. 6 (68). Pg: 6:21
- <sup>49</sup> Wogelius,P, Gjørup, H, Haubek,D, Lopez,D, Poulsen, S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8–10 and CPQ11–14). *BMC Oral Health* 2009.9 (11);36:45.
- <sup>50</sup> Pinzón,S, Zunzunegui, M. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol* 1999;9:216-224.
- <sup>51</sup> Velarde, E, Avila, E. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002. 44. 448-463.

---

## OTRAS REFERENCIAS

Abadía, C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica* 2006; 12 (1).

Agudelo, A, Martínez, E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2009; 8 (16): 91-105.

Aspectos metodológicos para la construcción de Línea base para el Seguimiento a las Metas del Objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública. Ministerio de la protección social, Republica de Colombia. 2009.

Barbosa,T, TureliM, Gavião, M. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health* 2009, 9:13.

Brennan,D, Spencer, A. Mapping oral health related quality of life to generic health state values. *BMC Health Services Research* 2006, 6:96

De la Fuente, J, Sumano,O, Sifuentes,M, Zelocuatecatl, A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol.* 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92.

Foster,L Thomson, E, Jokovic,A, Locker,D. Epidemiological evaluation of shortform versions of the Child Perception Questionnaire .*Eur J Oral Sci* 2008; 116: 538–544.

---

Foster,L Thomson, E, Jokovic,A, Locker,D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14). J Dent Res 2005;84(7):649-652.

García, C, Palma, C. Integración de la salud oral en el bienestar general del paciente con necesidades especiales.

Miura H, Yamasaki K, Morizaki N, Moriya S, Sumi Y. Factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) among the frail elderly residing in the community with their family. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2010; 51.pg 62:65.

Hobdell, M, Tsakos, G, Sprod, A, Ladrillo,T, Ross,W, Gordon,N, Myburgh,N, Lalloo, N. Using an oral health-related quality of life measure in three cultural settings. International Dental Journal (2009) 59, 381-388.

Iglesias,C, Prados,B, Bravo,M, Prados,M, Muñoz,E, González, M. Impact of public preventive programmes on oral quality of life of 11 to 12-yr-old school students. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:E408-11.

Jokovic,A, Locker,D, Stephens,M, Kenny,D,Tompson,B, Guyatt, G. Measuring Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life. Journal of Public Health Dentistry 2003; 63 (2): 67-72.

Kok, P. Mageson, N. Harradine, W, y, Sprod, A. Comparing a quality of life measure and the aesthetic Component of the Index of Orthodontic Treatment

---

Need (IOTN) in assessing orthodontic treatment need and concern. *Journal of Orthodontics*. 2004; 31; 312-318.

Lawrence,HP, Murray,W, Broadbent, J, Poulton, R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 August; 36(4): 305–316.

Locker,D, Jokovic,A, Tompson,B, Prakash, P. Is the Child Perceptions Questionnaire for 11–14 year olds sensitive to clinical and self-perceived variations in orthodontic status?. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 179–185.

Luengas, M, Sáenz,L, Sánchez, L.. Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud.

McGrath,C,Pang,HM,Samman, N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008; 18: 267–274.

Misrachi, C, Ríos,M, Morales, I, Urzúa, J, Barahona, P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26(4): 455-61.

Misrachi,C, Espinoza, I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Revista Dental de Chile*. 2005; 96 (2): 28-35.

---

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).

Pinelli, C, de Castro, L. Reproducibility and validity of self-perceived oral health conditions. *Clinical Oral Investigations*. 2007.

Pinzón,S, Zunzunegui, M. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol* 1999;9:216-224.

Rengifo, HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 20(2): 171-178.

Saliba, CA, Isper, A, Moreira,R, Saliba, N, Gonçalves, P. Salud Bucal en la Percepción del Adolescente. *Rev. salud pública* 2009; 11 (2): 268-277.

Slade, GD. Measuring Oral Health and Quality of Life. Conferencia titulada "Evaluación de los resultados de salud bucal: estado de la medición de la salud y la calidad de vida". 13 de junio y 14 de 1996 en Chapel Hill, Carolina del Norte.

Tellez,M, Martignon,S, Lara,J, Zuluaga,J, Barreirol, Builes,L, Córdoba,D, Gomez,J. Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con Salud Oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. *CES Odont*.2010;23(1)9-

---

Thomson,V, Poulton,P, Milne,B. Caspi,A, Broughton,B, Ayers,K.. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 345–53.

Turrell,G y colaboradores. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 195–206.