

Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada



Hernández-Mejía,
Radhamés

Scale to measure quality of life in edentulous patients rehabilitated with full tissue-supported prostheses

Hernández-Mejía, Radhamés*

Calderón-García, Rocío**

Fernández-López, Juan Antonio***

Cueto-Espinar, Antonio****

* Profesor Titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo, Asturias; España.

** Doctora en Odontología e Investigadora del Centro de Estudios. Estratégicos para el Desarrollo. Universidad de Guadalajara. Jalisco; México.

*** Doctor en Medicina y Médico Titular del Centro de Salud de Riosa. Servicio de Salud del Principado de Asturias; España.

**** Catedrático del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo, Asturias; España.

Correspondencia

Radhamés Hernández-Mejía
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina:
Universidad de Oviedo
33006 - Oviedo (España)
E-mail: radhames@uniovi.es

Resumen: *Introducción:* El objetivo del presente artículo es valorar la utilidad de una escala específica para medir el bienestar físico en pacientes desdentados totales. Se ha integrado esta escala en un cuestionario modular genérico para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). *Pacientes y método:* Se aplicó la escala conjuntamente con el cuestionario Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). En un estudio longitudinal, se siguieron cincuenta pacientes desdentados, que asistieron a tratamiento para la colocación de una prótesis total, en las Clínicas Odontológicas, de la Universidad de Guadalajara, México. Se realizaron tres determinaciones de la CVRS. Al empezar el tratamiento, a las ocho semanas y a los seis meses. *Resultados:* Se obtuvo una fiabilidad media del cuestionario de 0,74 (Cronbach). La CVRS mejoró progresivamente entre la primera y la tercera medición, presentando una mayor satisfacción con la prótesis total y mejor calidad de vida. *Conclusiones:* Las pérdidas dentales tienen un profundo impacto sobre la CVRS. Una prótesis total, reemplazando los dientes perdidos, mejora sustancialmente la calidad de vida de los afectados. Los resultados demuestran, que el cuestionario PECVEC con la escala específica, es de gran utilidad para la evaluación de la CVRS en la rehabilitación de estos pacientes.

Palabras clave: Calidad de vida, Pacientes desdentados, Prótesis total.

Abstract: *Introduction:* The objective of the present article is to evaluate the utility of a specific scale in the measurement of the physical well-being in edentulous patients. This scale has been integrated in a modular generic questionnaire to measure the Health-Related Quality of Life (HRQL). *Patient and Methods:* The scale was applied in combination with "Quality of Life Profile in the Chronically Ill (PLC)" questionnaire. In a longitudinal study, a follow-up of fifty edentulous patients treated with full dentures in the Dental Clinics of the University of Guadalajara, Mexico, was performed. HRQL was measured three times: upon beginning of the treatment, after eight weeks and after six months. *Results:* The mean reliability of the questionnaire was 0.74 (Cronbach). The HRQL improved progressively between the first and the third measurement, eventually presenting a higher level of satisfaction with the full dentures prostheses and a better quality of life. *Conclusions:* The loss of teeth has a deep impact on the HRQL. A full denture which replaces the missing teeth improves the quality of life of the affected patients substantially. The results demonstrate that the PLC questionnaire with the specific scale is of great utility for the evaluation of the HRQL in the rehabilitation of these patients.

Key words: Quality of life, Edentulous patient, Full denture.

BIBLID [1138-123X (2006)11:2; marzo-abril 141-264]

Hernández-Mejía R, Calderón-García R, Fernández-López JA, Cueto-Espinar A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RCOE 2006;11(2):181-191.

Introducción

Durante la última mitad del siglo veinte se ha avanzado sustancialmente en el conocimiento de la salud oral y su promoción. Desde el enfoque de la función de los dientes y las encías, se observa que la boca es un centro de tejidos y funciones vitales, siendo estas fundamentales para la salud general y el bienestar de las personas a lo largo de toda la vida.

Se considera la boca como un espejo de la salud o enfermedad, un modelo accesible para el estudio de otros órganos y tejidos, y una fuente potencial de patologías que afecta a otros sistemas y órganos. Se desprende de todo esto que la salud oral está relacionada con la salud y el bienestar¹. Esto genera un desafío importante que demanda los mejores esfuerzos para alcanzarlos. De la misma manera que la naturaleza y la nutrición se relacionan, que el cuerpo y la mente son expresiones de nuestra biología humana; hay que reconocer también que la salud oral y la salud general son inseparables. El ignorar signos y síntomas de enfermedad y mal funcionamiento oral va en nuestro propio detrimento y el de nuestra calidad de vida².

Las enfermedades orales son progresivas y acumulativas, y se hacen más complejas con el tiempo. Pueden afectar nuestra capacidad de comer, el tipo de alimentos que elegimos, nuestro aspecto y la forma en que nos comunicamos. Estas enfermedades pueden afectar también nuestra productividad económica y limitar nuestra capacidad para trabajar en el hogar, en la escuela, o en el trabajo³.

Por lo tanto, el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá

estar basado en el reconocimiento de éstas y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras del aparato estomatognático. Éstas permitirán, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población. De acuerdo con el informe del Cirujano General de los Estados Unidos, estas enfermedades son la caries dental y la enfermedad periodontal. Las de frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y las maloclusiones, y las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de los tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental⁴.

El presente estudio fue efectuado en Guadalajara, México con el objetivo de valorar la utilidad de una escala específica para medir el bienestar físico en pacientes desdentados. México -de acuerdo con el informe de la Organización Panamericana de Salud, Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)- presenta un alto rango de frecuencia de enfermedades orales, entre ellas las caries dentales, las cuales afectan a más del 90% de la población⁵. Estas enfermedades, por su alta morbilidad, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud de este país. Esta situación condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población. Esto hace que un mayor número de mexicanos pierdan sus piezas dentales en edades tempranas y se encuentren parcial o totalmente desdentados a partir de los 40 años⁶.

Es importante señalar que, gracias al énfasis que se ha impuesto recientemente a la odontología y a los progresos en procedimientos restauradores con el advenimiento de diferentes materiales, han ampliado la longevidad de la dentición natural. Sin embargo, como se ha mencionado en el párrafo anterior, gran cantidad de la población en México está parcial o completamente desdentada. En la población mayor de 60 años se calcula que hay un 40% de desdentados, cifra afortunadamente cada día menor gracias a la prevención⁶.

Si bien estos datos son menores en relación a épocas pasadas, la pérdida de los dientes continúa siendo un problema social en los países latinoamericanos, que debemos resolver a través de prótesis completas o parciales, fijas o removibles, variables en su diseño y función⁷. Tiene pues la pérdida de dientes un gran significado para las personas. Trasladándolo a términos de calidad de vida, y de acuerdo a la literatura sobre el tratamiento mediante prótesis total, se puede resumir en tres: nutrición, habla y aceptación social⁸. Simbólicamente la pérdida de los dientes revela envejecimiento y debilidad que se relaciona con pérdida de la vitalidad⁹.

Un paciente que sufra una afección que requiera la reconstrucción de sus arcos dentarios merece lo mejor que el dentista sea capaz de ofrecer. Puesto que el tratamiento exitoso de tales pacientes depende del grado de exactitud con que el dentista capte y utilice las características funcionales de su aparato masticatorio, el odontólogo ha de utilizar las técnicas y aparatos más exactos que haya dentro del ámbito de su capacidad¹⁰. En este sentido, la utili-

zación de prótesis dentales permite restablecer la función masticatoria y a la vez mejorar la estética del paciente, puesto que la falta de piezas dentarias produce un hundimiento de partes blandas y suele producir un marcado efecto antiestético⁷.

En odontología se habla de prótesis parcial cuando hay dientes remanentes. Dentro de ella podemos diferenciar la prótesis parcial fija y la prótesis parcial removible¹⁰. En ausencia total de dientes se recurre a la prótesis total o completa: parte de la capacidad masticatoria es devuelta al paciente con este tipo de prótesis obteniendo con ellas una estética aceptable y una sujeción que esta relacionada, especialmente con la técnica empleada, pero también con la forma y tamaño de reborde residual del paciente¹¹.

Entre las diversas técnicas de rehabilitación oral para este colectivo de pacientes existe la prótesis completa o total mucosoportada, la cual es utilizada en más de un 90% de estos pacientes en México. En ella se incluyen todas las piezas dentarias, siendo esta técnica la utilizada en este colectivo debido a su bajo nivel socioeconómico. Se han perfeccionado mucho las técnicas para confeccionar una prótesis completa. Durante unos años ha prevalecido la técnica de hacer una prótesis equilibrada, es decir, contactos dentarios en ambos lados durante la masticación. Es la mejor y más aceptada técnica de todas las usadas, y aun está en vigor el concepto de bibalaceada^{7,11}.

Pacientes y método

Pacientes: al Departamento de Disciplinas Clínicas Odontológicas (Universi-

dad de Guadalajara, Jalisco, México) acuden unos 100 pacientes sin dientes (desdentados totales) al año para su atención a la Clínica de Prótesis Total. Se calculó una muestra con la probabilidad menos favorable ($P=0,50$), un intervalo de confianza del 95% ($Z=1,96$) y un margen de error adecuado ($E=0,1$), resultando una muestra representativa de cincuenta pacientes ($n=50$). Se planificó un estudio longitudinal con el fin de determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)², realizándose tres mediciones: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda a las ocho semanas, para detectar la susceptibilidad al cambio, y la tercera, una vez colocada la prótesis. La investigación se diseñó para un tiempo total entre cinco a seis meses. Se seleccionaron 50 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión: desdentados totales, sin peligro de supervivencia, sin trastornos psíquicos y que aceptaron participar. Se descartaron aquellos pacientes que no cumplían con los criterios o que presentaban severas limitaciones físicas o psíquicas.

Instrumento: para medir la CVRS se aplicó el cuestionario Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)^{12,13} -versión española del original alemán Profil der Lebensqualität Chronischkrankter (PLC)¹⁴. Sus autores son Johannes Siegrist, Mathias Broer y Astrid Junge, del Instituto de Sociología Médica de la Universidad Heinrich Heine (Düsseldorf, Alemania). En inglés se denomina Profil of Quality of Life in the Chronically Ill (PLC)¹⁵. El cuestionario PECVEC se compone de un módulo central (núcleo básico del test) constituido por 40 ítems, elaborado para abarcar todos los aspectos bio-psico-

sociales de la vida diaria, agregados mediante análisis factorial, análisis de los componentes principales, en un total de seis escalas, correspondientes a lo que consideramos dimensiones de la CVRS^{14,15}, según se expone a continuación:

I. Capacidad Física (8 ítems) Capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional.

II. Función Psicológica (8 ítems) Capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño etc., y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

III. Estado de Animo Positivo (5 ítems). Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

IV. Estado de Animo Negativo (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de amenaza, de desesperación, etc.).

V. Funcionamiento Social (6 ítems) Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otros.

VI. Bienestar Social (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un grupo: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.

Estas dimensiones teóricas quedan representadas en la tabla 1 que considera las tres áreas esenciales de la vida humana: física, psíquica y social en sus dos vertientes, capacidad de actuación y bienestar.

De esta manera los fenómenos de capacidad de actuación y del bienestar son considerados en los tres niveles bio-psico-social de la salud, reflejando así una evaluación integral de la salud subjetiva percibida por la persona estudiada. La categorización de los ítems del módulo central utiliza el método Likert, con lo que se obtiene una mejor réplica de la medición y fiabilidad¹⁶. Las preguntas se refieren a cómo se ha sentido el paciente en los últimos siete días, utilizando un rango de 0 a 4, donde las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida^{14,15}.

Como hemos observado en la tabla 1, para medir el bienestar físico se ha utilizado un listado de síntomas que abarca aspectos específicos del trastorno del grupo diana objeto de la investigación. Para evaluar esta dimensión en el presente estudio clínico se ha empleado un listado de diez preguntas. La primera de tipo general preguntaba: «¿Está satisfecho con su aspecto físico en lo referente a su boca y sus dientes?» La respuesta de tipo Likert, con un rango de cero a cuatro, se planteaba de la siguiente manera: «Diría que actualmente es: Muy bueno, Bueno, Satisfactorio, No muy bueno y Malo». Los nueve ítems siguientes sobre salud bucodental son específicos para pacientes sin dientes. Se tiene en cuenta que cada paciente es único y singular, es decir, representa un trastorno perfectamente individualizado, considerando las necesidades subjetivas para este tipo de pacientes (según observamos en la tabla 2). En el listado se han considerado la función fisiológica, el lenguaje, la función social y la imagen propia, desde la percepción subjetiva del propio paciente. Estos aspectos no se encuentran reflejados

Tabla 1. Dimensiones teóricas y estructura factorial del PLC/PECVEC

	Capacidad de actuación	Bienestar
FÍSICA	I. Capacidad Física (Capacidad de rendimiento) (8 ítems)	LS. Listado de Síntomas (Suma de puntuaciones) (9 ítems)
PSÍQUICA	II. Función Psicológica (Capacidad de disfrute y de relajación) (8 ítems)	III. Estado de Animo Positivo (5 ítems) IV. Estado de Animo Negativo (8 ítems)
SOCIAL	V. Función Social (Capacidad de relación) (6 ítems)	VI. Bienestar Social (Sentimiento de pertenencia a un grupo) (5 ítems)

Tomado de: Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Versión española del Profil der Lebensqualität Chronischer Kranker (PLC) de Siegrist, J., Broer, M. y Junge, A., Göttingen: Hogrefe Verlag, 1996; Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1997/14.

en la historia clínica del mismo, siendo pertinente investigar estos datos para obtener un seguimiento integral, dado que los objetivos básicos para la rehabilitación de un paciente desdentado con prótesis completa, deberá ser la recuperación de la función, el aspecto facial y la conservación de su salud.

La persona que usa prótesis completa deberá ser capaz de hablar con claridad y sin experimentar molestias, permitir obtener una nutrición adecuada (tomando en cuenta que habrá una eficiencia masticatoria menor comparada con la dentadura natural) y mejorar el aspecto estético; ya que hoy en día es posible fabricar dentaduras completas, casi imperceptibles, que simulan el habla, masticación y reposo las relaciones y posiciones armoniosas de la dentadura perdida. Por todo lo anterior se considera que, al mejorar la funcionalidad y la apariencia física, el efecto psicológico y emocional ofrece una nueva perspectiva en la vida de muchos pacientes⁷⁻¹¹. La comprobación estadística del listado de síntomas se

realizó a través del promedio de las puntuaciones.

El PECVEC incluye también un apéndice sociodemográfico. Las preguntas incluidas en él fueron elaboradas por el centro de Encuestas, Métodos y Análisis, (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen = ZUMA)¹⁴, permitiendo un registro de la situación social del paciente, que incluye la edad, sexo, estado civil, si vive en pareja o no, nivel educativo, grupo profesional al que pertenece, si se encuentra trabajando, horas de la jornada laboral en caso afirmativo, y el motivo en caso negativo. El cuestionario finaliza con un listado de preguntas adicionales, las cuales tratan sobre el apoyo social de la familia o círculo de amigos; acontecimientos vitales influyentes, propios o ajenos; problemas agudos en la última semana y la limitación o deterioro de la actividad sexual y de las experiencias sexuales¹⁴. Hemos elegido este cuestionario porque ha sido utilizado en numerosos estudios de variadas patologías que avalan su validez y fiabilidad¹⁷.

Tabla 2. Escala para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral

¿Está satisfecho con su aspecto físico en lo referente a su boca y sus dientes?

Diría que actualmente es:

Muy bueno	Bueno	Satisfactorio	No muy bueno	Malo
0	1	2	3	4

A continuación se describen algunas quejas o síntomas que pueden ocurrir en relación con su enfermedad o su tratamiento.

Por favor, valore en qué medida le molestaron las quejas o síntomas en los últimos 7 días.

(Si no lo ha notado, marque con una cruz en «no tuvo»).

- S1. ¿Tiene problemas al masticar?
 S2. ¿Tiene dificultad al tragar?
 S3. ¿Hace mal las digestiones?
 S4. ¿El estado de su boca le retrae al acudir a un restaurante o a una reunión social?
 S5. ¿Tiene dificultad para pronunciar con claridad?
 S6. ¿Ha habido comentarios desfavorables por parte de alguno de sus compañeros de trabajo o amigos?
 S7. ¿Cree que el estado de su boca repercute en su vida familiar?
 S8. ¿Cree que el estado de su boca repercute en su ámbito profesional?
 S9. ¿Está satisfecho, en general, con su salud bucodental?

Respuesta común a las nueve preguntas:

No tuvo	Si tuvo y me molestó ...				
	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
[]	0	1	2	3	4

Recogida de datos

Los pacientes que cumplían con los criterios establecidos fueron invitados a participar en el estudio. Una vez obtenido su consentimiento para la realización de la entrevista, se acordó con ellos una segunda valoración a las ocho semanas, después de iniciado el tratamiento. Posteriormente se realizó una tercera evaluación, una vez colocada la prótesis total, en un período que comprendió entre los 5 y 6 meses.

La decisión de utilizar el cuestionario PECVEC en forma de entrevista en lugar de autoadministrada se tomó porque

veinticuatro de los participantes eran analfabetos, así como por la preferencia expresada por los propios pacientes. La recogida de los datos se llevó a cabo en un despacho privado del área de diagnóstico para evitar distracciones e incomodidades para el paciente. Así mismo, le fue asignado un código, siendo el mismo con el que queda registrado en la clínica de admisión y que también se encuentra en su historia clínica. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les determinó la CVRS, siendo el tiempo promedio de respuesta de 20 minutos, y el número de preguntas sin contestar no significativo.

La comprensión del cuestionario fue satisfactoria de acuerdo a lo expresado por los pacientes. Solo presentó algún problema la pregunta sobre actividad sexual. Ésta plantea si algunas enfermedades y/o medicamentos pueden influir en la sexualidad de los pacientes, valorando los cambios o el deterioro de la función sexual. Esta pregunta no fue respondida por cerca de un tercio de los participantes, manifestando que era algo muy íntimo. A pesar de que se les informó de la importancia de que fuera contestada, ya que la actividad sexual y las experiencias sexuales influyen positiva o negativamente en la calidad de vida del paciente desdentado. Los dientes no solo son una parte del sistema masticatorio, sino que la región oral se constituye además en un centro psico-sexual y del habla.

Análisis estadístico

Las respuestas fueron evaluadas con la ayuda del Programa PECVEC, programa estadístico integral desarrollado para evaluar los estudios realizados con este cuestionario¹⁸, utilizándose también el programa estadístico SPSS versión 10¹⁹. Se realizaron las funciones de cálculo del grupo de estudio a lo largo del tiempo, así como la distribución de las puntuaciones medias y la desviación estándar en todas las escalas, la proporción de individuos con puntuación máxima (efecto techo) y la proporción de individuos con la puntuación mínima (efecto suelo). La evaluación de la consistencia interna del cuestionario se realizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach para cada escala²⁰. Así mismo, se obtuvo el porcentaje de las características sociodemográficas del estudio,

de las preguntas adicionales y del listado de la sintomatología propia de la enfermedad. Se realizó también la comparación de medias entre grupos utilizando la prueba de la t-Student para muestras independientes y para muestras apareadas o relacionadas, así como la prueba de Mann-Whitney en los grupos no paramétricos. Dado el tamaño de la muestra estudiada (en algunas submuestras más pequeña), se comprobó la bondad de ajuste de la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov¹⁸.

Resultados

Características socio-demográficas de los pacientes

Se han analizado los datos sociodemográficos de los pacientes resultando que del total de la muestra estudiada el 72% son mujeres y 28% hombres. En cuanto a la distribución por edades, se formaron dos grupos, menores de 60 años y mayores de 60, siendo la media de edad total entre ambos sexos de 59.62 años, con un rango entre los 38 y 80 años y una desviación estándar (D.E.) de 11.32. Con respecto a su estado civil, la mayoría (76 %) son casados, un 12% viudos, un 8% solteros y sólo un 4% separados o divorciados. El nivel de escolaridad es bastante bajo, observándose un 82% de la población sin ningún estudio o con estudios primarios, un 6% con estudios secundarios, y solo el 12% con estudios universitarios. Con respecto a la distribución de la pertenencia a diferentes grupos laborales, estaban trabajando el 46%, jubilados el 6% y el 48% sin una actividad remunerada, en su mayoría amas de casa que se dedican princi-

palmente a la atención del hogar. De los que se encuentran en activo, la mayoría desarrollan actividades en categorías bajas, lógicamente relacionado con el nivel de instrucción que tienen (tabla 3).

Puntuaciones de la calidad de vida

La tabla 4 nos muestra los valores medios y la desviación estándar de todas las escalas en cada una de las mediciones efectuadas. Observamos que las puntuaciones de la CVRS en todas las escalas del PECVEC son progresivamente mejores: la segunda en relación a la primera y la tercera en relación a la segunda.

Bienestar físico: listado de síntomas

También se obtuvieron las medias de las preguntas que corresponden a la escala de síntomas. Al igual que las demás escalas, un valor más alto representa una mejor calidad de vida. En cuanto a los síntomas, los valores de las preguntas fueron recodificados (0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0). En general, se puede observar entre la primera y la tercera de las mediciones una constante mejoría de la CVRS ya que en todos los ítems, los valores de la media se incrementan. Esto se observa claramente en la figura 1.

Los pacientes manifestaron mejoría en su aspecto físico, capacidad para masticar y para tragar, que su digestión se hacía bien y que podían hablar bien. En los aspectos afectivos y de relaciones sociales, acudir a una reunión o restaurante, comentarios desfavorables por su condición desdentada, repercusiones en la vida familiar y en el ámbito profesional, se sintieron más

Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes edentados

Población estudiada	50 personas
Edad media	59.62 años
Desviación Estándar	11.32
Sexo	
Hombres:	28 %
Mujeres:	72 %
Estado civil	
Solteros	8 %
Casados	76 %
Divorciados/Separados	4 %
Viudos	12 %
Nivel educativo	
Sin estudios o con estudios primarios	82 %
Secundaria	6 %
Universitario	12 %
Grupo profesional	
Ama de casa	48 %
Obrero	4 %
Empleado	22 %
Comerciante	18 %
Agricultor	8 %
Capacidad laboral	
Trabajo a tiempo completo	42 %
Trabajo a tiempo parcial	4 %
Jubilado	6 %
Labores domésticas	48 %

satisfechos de su salud oral al colocarles su prótesis total. Con estos resultados, se observa que mejoró la percepción de su calidad de vida de forma integral.

Fiabilidad: consistencia interna de las escalas del PECVEC

La consistencia interna de las escalas del cuestionario usado en el pre-

Tabla 4. Puntuaciones de las escalas. Valores medios y desviaciones estándar de las tres mediciones

Escalas	Medición 1		Medición 2		Medición 3	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
LS	1,92	0,25	1,99	0,22	2,49	0,19
I	1,96	0,29	2,14	0,24	2,45	0,34
II	1,93	0,22	2,13	0,21	2,54	0,24
III	1,67	0,26	1,82	0,25	2,10	0,34
IV	2,99	0,38	3,17	0,32	3,39	0,36
V	1,67	0,16	1,75	0,17	2,29	0,24
VI	2,09	0,33	2,27	0,24	2,64	0,51

LS: Listado de Síntomas I: Capacidad Física II: Función Psicológica
 III: Estado de Ánimo Positivo IV: Estado de Animo Negativo V: Función Social VI: Bienestar Social

Tabla 5. Fiabilidad de las escalas del PLC/PECVEC (Coeficiente alfa de Cronbach)

Escalas	α
LS. Listado de Síntomas	0,91
I. Función Física	0,80
II. Función Psicológica	0,82
III. E. Animo Positivo	0,60
IV. E. Animo Negativo	0,82
V. Función Social	0,80
VI. Bienestar Social	0,79

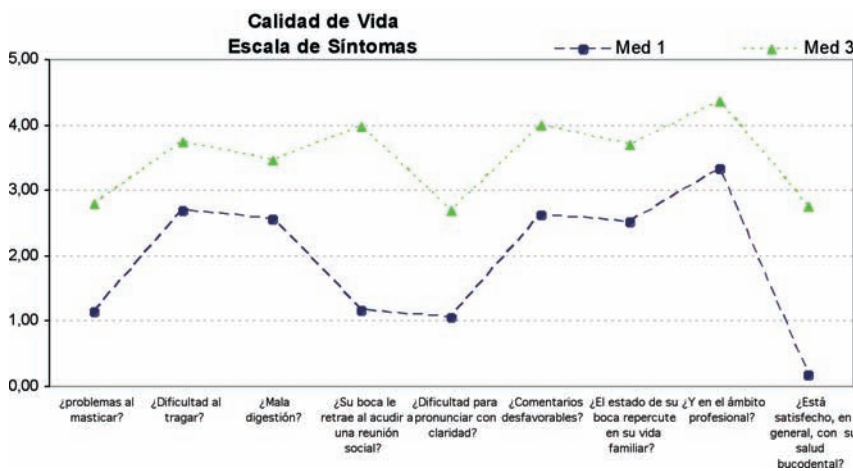


Figura 1. (Ver tabla 2)

sente estudio presentaron en general muy buenos resultados, con un valor medio de 0,79 para todas las escalas, exceptuando a la escala III que presentó el resultado más bajo (0,60), siendo este también una buena consistencia interna^{13,20}. El valor más alto lo presentó el listado de síntomas con un alfa de Cronbach de 0,91. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios realizados con el PLC/PECVEC y citados previamente^{14,16,17} (tabla 5).

Comparación por grupos

Al comparar estadísticamente los resultados obtenidos (t de Student apareado), se observó una mejoría significativa de la calidad de vida en todos los pacientes edéntulos que participaron en el estudio. Esta mejoría quedó reflejada en todas las escalas del cuestionario, entre la primera y la segunda medición, entre la primera y la tercera medición y entre la segunda y la tercera medición, exceptuando solamente la escala que mide el bienestar físico

(listado de síntomas), entre la primera y la segunda medición, que no resultó significativo (tabla 6).

Al estudiar la CVRS en cada sexo, los resultados estadísticos (Prueba t de Student), no mostraron diferencias significativas entre ambos, si bien, los varones mostraron puntuaciones superiores a las mujeres en todas y cada una de las escalas analizadas, según se observa en la figura 2.

Al analizar los resultados del estudio se formaron dos grupos de edad, considerando como punto de referencia la edad promedio de toda la muestra. Así pues, dividimos la muestra en personas con 60 años o menos (Edad ≤ 60 años = 30) y personas con más de 60 años (Edad > 60 años = 20). Al realizar la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov no se aceptó el supuesto de normalidad. En la tabla 7 observamos los resultados de la prueba de Mann-Whitney para muestras independientes que fue aplicada. Comparando ambas categorías de edad, vemos que las personas del grupo de menor edad presentaron, en la última medición del estudio, una

Tabla 6. Comparación de medias (t de Student), y mejoría significativa de la Calidad de Vida en los pacientes edéntulos entre las tres dimensiones

Escalas	t 1-2	t 1-3	t 2-3	p 1-2	p 1-3	P 2-3
LS	1,32	12,26	19,44	NS	***	***
I	7,22	16,50	12,40	***	***	***
II	7,68	20,70	13,10	***	***	***
III	3,03	7,92	6,27	***	***	***
IV	4,30	7,99	5,45	***	***	***
V	2,95	19,20	15,20	***	***	***
VI	3,47	7,45	4,99	***	***	***

NS = No significativo; * = P < 0,05; ** = P < 0,01; *** = P < 0,001.

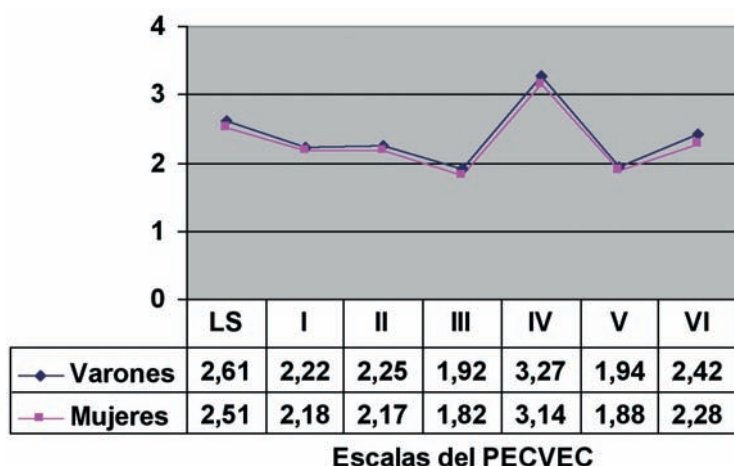


Figura 2. Calidad de vida según el sexo.

mejor CVRS ($p < 0,001$) en todas las escalas de su calidad de vida. El bienestar físico (Escala LS) y la Función Social (Escala V) no resultaron estadísticamente significativos (NS).

Discusión

En la introducción de este trabajo dejamos constancia de la importancia de la salud oral a lo largo de nuestra vida y lo fundamental de las medidas de higiene y prevención para la conservación de la misma. Una mala higiene

conlleva la pérdida progresiva de las piezas dentarias finalizando en un paciente desdentado. Partiendo de esta premisa elaboramos nuestra hipótesis de trabajo: la pérdida de los dientes reduce la calidad de vida en los pacientes afectados^{21,22}. Para confirmar esta hipótesis se diseñó el presente estudio, rehabilitando a pacientes desdentados con una Prótesis Total Mucosoportada y comprobando si se recuperaba la calidad de vida perdida²³. Nuestra investigación, realizada entre los pacientes desdentados observados en la Clínica de Prótesis Total de la Uni-

versidad de Guadalajara, coincide con otros estudios realizados, utilizando para ello las escalas que componen el cuestionario PLC/PECVEC¹²⁻¹⁷ y estudiando la dimensión física, emocional y social, así como un listado de síntomas de los afectados²³.

El tamaño de la muestra es representativa, si bien, no muy amplia debido a que reclutar este tipo de pacientes resulta complicado. Se coincide con otros estudios similares donde se estudian muestras parecidas²⁴⁻²⁶. Al analizar los datos sociodemográficos, observamos en la tabla 2 que la edad promedio es de 59,6 años, similar a la encontrada en otros estudios realizados con el mismo instrumento¹⁷ donde el rango promedio de edad se encuentra entre 36,9 y 64,9 años. En relación al sexo encontramos una mayor proporción de mujeres, teniendo los varones mejores puntuaciones de CVRS, si bien sin diferencias significativas, como se muestra en la figura 2. Con respecto al estado civil predominan los casados con un 76% de la población, continuando los viudos con el 12%, proporciones lógicas entre personas de esta edad. El nivel educativo es bajo, prevaleciendo las personas sin ningún estudio, o bien sólo con estudios primarios: el 82% de la muestra estudiada. Esto último es debido a las personas del nivel social que acuden a los servicios universitarios. Al realizarse el estudio en México influyó también en el grupo de edad a la que pertenecen y el sexo, al ser predominantemente amas de casa de bajos recursos. En otros estudios efectuados en pacientes con trastornos de tipo crónico se obtienen también proporciones predominantes entre los de mayor edad y más bajos niveles socioeconómicos y educativos²⁷.

Tabla 6. Comparación por grupos de edad, rangos promedios, valores de u y significación

Escalas	≤ 60 años	> 60 años	u	p
LS.	30,40	28,23	267,50	NS
I.	32,53	14,95	93,50	***
II.	30,70	17,70	100,50	***
III.	30,32	18,27	97,50	***
IV.	30,85	17,48	101,50	***
V.	26,12	24,58	258,50	NS
VI.	28,18	19,48	132,50	***

NS = No significativo; * = P < 0,05; ** = P < 0,01; *** = P < 0,001

En lo relacionado al coeficiente de fiabilidad, el cual es expresado a través del coeficiente alfa de Cronbach (que determina la consistencia interna del cuestionario) se obtuvo un valor medio de 0,79 con excepción de la escala de Estado de ánimo positivo, que observamos en la tabla 4. Estos valores se consideran aceptables para comparar la CVRS entre grupos y en el seguimiento individual²⁰.

En el análisis Test- retest se alcanzaron en todas las escalas una alta reproducibilidad en condiciones estables, confirmando resultados anteriores^{13,14}. Estos resultados los tomamos con reservas dado que el tiempo planificado entre las diferentes mediciones superaban el tiempo generalmente utilizado para realizar esta prueba¹⁴. Sin embargo es importante reseñar aquí que, de manera global, se consiguió una aceptable fiabilidad de todas las escalas usadas en el presente estudio²³. Por otro lado vemos en la tabla 3 como los valores medios y la desviación estándar de todas las mediciones de calidad de vida obtenidas mostraron una mejora de la CVRS entre el comienzo del estudio y la última medición.

Con la intención de tener un referente común para el estudio de la validez y fiabilidad del PECVEC por correlación entre las escalas, hemos comparado nuestros resultados con los valores promedios obtenidos en los ocho estudios en los que fue utilizado el PLC para su validación¹⁴. En todos ellos se realizó la comprobación estadística del método para medir la CVRS en diferentes grupos de población, pacientes afectados por procesos crónicos. El cuestionario fue aplicado tanto en mujeres como en varones, en diferentes grupos de edad, desde 20 a 80 años, en miembros de todas las clases socioeconómicas y tanto en personas sanas como enfermos crónicos. El PLC se utilizó en grupos de hipertensión leve y moderada, insuficiencia cardiaca, epilepsia focal, hipertensión arterial esencial, enfermedades del aparato osteomuscular y en cardiomiopatía. Estas investigaciones se realizaron en Alemania, España y Rusia^{14,17}.

La Escala LS (Listado de Síntomas) se diseñó especialmente para el presente trabajo. Este listado está destinado a medir el bienestar físico, abarcando aspectos propios de la trastornos de

los pacientes desdentados, obteniéndose un valor promedio de calidad de vida de 2,13 en las tres mediciones. Esta escala, específica para pacientes desdentados, no ha podido ser comparada con otras escalas similares, al ser éste el primer estudio realizado de estas características²³.

Observamos en el presente estudio valores similares a los españoles en las Escala I, II y III; puntuaciones por encima del promedio en la Escala IV, y muy por debajo del promedio en la Escala VI Función Social, influido por la selección de la población, que en su mayoría son mujeres, amas de casa, de situación económica y social en Guadalajara que se caracteriza por una marcada violencia intrafamiliar y social hacia la mujer²⁸.

Las comparaciones entre los resultados que obtuvimos de las aplicaciones del cuestionario permiten comprobar que las escalas del PLC/PECVEC se muestran sensibles a los cambios en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. De acuerdo a los resultados estadísticos, se puede observar una mejoría significativa de la calidad de vida en los pacientes desdentados que estuvieron en este estudio, en todas y cada una de las escalas analizadas, todo esto con un nivel de confianza del 95%. Los niveles de cumplimentación del cuestionario fueron prácticamente del 100%, siendo comparables a los de otros estudios¹⁷. Así, en concordancia con los datos que aparecen en la literatura reciente sobre las propiedades psicométricas de las escalas este cuestionario¹²⁻¹⁸, los resultados que hemos obtenido avalan el uso del mismo en el contexto de los pacientes desdentados que serán rehabilitados a través de una prótesis. Estos resultados manifiestan una mejoría de la CVRS entre los parti-

cipantes tanto en el aspecto físico (capacidad para masticar, buena digestión, poder hablar bien), como en los aspectos afectivos y de relaciones sociales (poder acudir a una reunión social o a un restaurante evitando los comentarios desfavorables por su condición desdentada, repercusiones en la vida familiar y en el ámbito profesional, sintiéndose más satisfecho con su salud oral al serle colocada su prótesis total), habiendo mejorado la percepción de su calidad de vida de forma integral, resultados encontrados en numerosos estudios²⁴⁻²⁶.

Concluimos diciendo que la salud oral no puede separarse de la salud general, teniendo la rehabilitación de los dientes un profundo impacto en la calidad de vida, ya que influye en la salud física, en la capacidad de comer y hablar; en la salud mental y en el rol social, mejorando los contactos sociales y la vida activa. Vemos que la inte-

gridad del cuerpo humano es la base para que pueda existir una adecuada funcionalidad entre el órgano y sistema correspondiente. La boca no es una excepción, pudiéndose contar con una prótesis total para reemplazar los dientes perdidos. Esto es una condición importante, no sólo para la masticación y la nutrición, sino también en la estética de la persona, así como en el mecanismo del lenguaje y de la interrelación personal.

Los resultados presentados muestran que el cuestionario PLC/PECVEC tiene una gran utilidad en la evaluación de la rehabilitación de los pacientes desdentados, cumpliendo las condiciones de fiabilidad, validez y cumplimentación. La validez de las diferentes escalas demuestran la relación conceptual entre ellas, destacando la correlación con la calidad de vida global, la dimensión múltiple de la calidad de vida relacionada con la salud, no estan-

do sujeta a una dimensión determinada, sino que es el producto de todas ellas. Las comparaciones entre los resultados de la primera y la tercera medición nos permite comprobar que el método PLC/PECVEC se muestra sensible a los cambios de la CVRS alcanzados entre los pacientes desdentados del presente estudio. El estudio comparativo de la evolución clínica entre diferentes grupos de pacientes revela cuestiones prácticas interesantes y que consideramos se deberían de consolidar con ulteriores estudios que incluyeran diferentes terapias para la rehabilitación de los pacientes desdentados, como podría ser la utilización de implantes. Mediante este estudio se realizó la validación de la versión española del PECVEC en el área de la odontología de un país latinoamericano, siendo los resultados encontrados similares a los descritos por sus autores en otros países europeos.

Bibliografía recomendada

Para profundizar en la lectura de este tema, el/los autor/es considera/an interesantes los artículos que aparecen señalados del siguiente modo: *de interés **de especial interés.

- 1*. Saskia Estupiñan-Day, Consultora Regional de Salud Oral, Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). **Estrategias de Salud Oral en las Américas**, 1/Enero/2001, En: <http://www.paho.org/search/DbSRReturn.asp>. Describe las estrategias de OPS para el mejoramiento de la provisión y organización de los servicios de salud oral en Latinoamérica y el Caribe dentro de un contexto de colaboración con la Comunidad Científica Internacional e Instituciones como BID, Banco Mundial y OMS. Los componentes del programa de Salud Oral de la OPS, son: 1. Estudios de factibilidad. 2. Capacitación y Control de Calidad 3. Vigilancia Epidemiológica. 4. Información, educación y comunicación. 5. Legislación y normativas.
2. van Dam FS, Somers R, van Beek-Couzijn AL. **Quality of life: some theoretical issues**. J Clin Pharmacol 1981; 21(8-9 Suppl):166S-8S.
3. World Health Organization. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Chapter XI Illnesses of the buccal cavity, of the salivary glands and of the maxillary**. 10th Revision, Geneva: WHO; 1992:524-37.
- 4*. U.S. Department of Health and Human Services, **Oral Health in America: A Report of the Surgeon General-Executive Summary**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000. En: <http://www.surgeongeneral.gov/library/oralhealth/>
En el Informe General sobre Salud Oral, del Director General de Salud Pública de los Estados Unidos (The Surgeon General), encontramos en primer lugar un amplio repaso histórico de los últimos cincuenta años. A continuación se realiza un análisis de la situación de los principales problemas odontológicos en los Estados Unidos de América y finalmente se establecen las líneas generales para la prevención, la curación y la rehabilitación de la salud oral y el bienestar de los niños, adultos y ancianos.
5. Pan American Health Organization/World Health Organization. **Oral Health-Directing Council Document. 120th Session**, CD40/20, Washington, D.C., June 1997. En: <http://newweb.www.paho.org/common/Display.asp?Lang=E&RecID=2327>
- 6*. Secretaría de Salud. **Programa Nacional de Salud 2002**. Mexico: Editorial de la Secretaría de Salud, 2002.
El programa Nacional del sector salud 2002 plantea satisfacer las necesidades de salud de la población, especialmente a las que carecen de acceso regular a los servicios de salud, con tre-

- ce intervenciones de carácter nacional que conforman un irreductible paquete de servicios de bajo costo y alto impacto, centrados esencialmente en medidas preventivas y promocionales cuyo otorgamiento es totalmente gratuito.
7. Budtz-Jørgensen E. **Prosthodontics for the Elderly. Diagnosis and Treatment.** Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc., 1999.
 8. Baxter JC. **Nutrition and the geriatric edentulous patient.** Spec Care Dentist 1981;1:259-61.
 9. Carlsson GE. **Masticatory efficiency: the effect of age, loss of teeth and prosthetic rehabilitation.** Int Dent J. 1984;34:93-7.
 10. Carlson BR, Carlsson GE, Helkimo E, Yontchev E. **Masticatory function in patients with extensive fixed cantilever prostheses.** J Prosthet Dent. 1992;68:918-23.
 11. Zarb GA, Bolender CL, Carlsson GE. **Boucher's Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients.** 10th Edition, St. Louis: CV Mosby Company, 1990.
 - 12**. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. **Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC).** Med Clín (Barc). 1997;109:245-50.
Se describe la adaptación y validación transcultural al español del cuestionario alemán para evaluar la calidad de vida, Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC). Se ensayó el cuestionario en un estudio comparativo entre dos grupos de sujetos apareados: uno de población general (n=115) y otro de pacientes hipertensos (n=115). Los resultados demuestran que el proceso entre la versión original alemana y la adaptada al español ha culminado con una equivalencia transcultural entre ambas.
 13. Fernández López JA, Rancoño García I, Hernández Mejía R. **Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos.** Psicothema. 1999;11:293-303.
 - 14**. Fernández López JA, Hernández Mejía R (Traductores). **Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC),** versión española del Profile der Lebensqualität Chronischkranker (PLC) de Siegrist J, Broer M, Junge A. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1997.
Esta demostrado que en la salud humana existen elementos que solo pueden ser percibidos por la propia persona. En este libro se describen los aspectos conceptuales de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y la importancia de su medición. Se describe el manejo y la justificación del cuestionario "Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC), denominado en español "Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos" (PECVEC), con este objetivo. Se presentan los resultados de ocho investigaciones realizadas con el cuestionario en su proceso de validación. Se proponen cinco posibles líneas de investigación, entre las que cabe destacar las que tratan de profundizar en aspectos internos de la persona.
 15. Siegrist J, Hernandez-Mejía R, Fernandez-Lopez JA. **Profile of Quality of Life in the Chronically Ill (PLC).** QoL Newsletter. 2000; 25:18.
 16. Fernandez-Lopez JA, Siegrist J, Hernandez-Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. **Study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparison with the general population of the same environment.** J Clin Epidemiol. 1994; 47:1373-80.
 - 17**. Fernández López JA, Hernández Mejía R, Siegrist J. **El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica.** Atención Primaria. 2001; 28:680-689.
El desarrollo de herramientas destinadas a evaluar la calidad de vida relacionada con la salud ha sido creciente en los últimos años. El desarrollo del PECVEC a estado dirigido a potenciar los aspectos sociales, equiparándolos a los somáticos y psicológicos. Por otro lado en la concepción del cuestionario se dio idéntico peso a dos aspectos básicos en la medición: el funcionalismo y el bienestar. Se detallan las características del cuestionario PECVEC, describiendo los resultados en mas de veinte estudios realizados en diferentes grupos de pacientes crónicos y personas sanas en diferentes países.
 18. Hernández Mejía R, Fernández López J.A., Rancoño García I, Siegrist J. **PECVEC versión 1.0, Manual del Usuario,** Oviedo: Gráficas Rigel S.A., 1999. (<http://www.pecvec.es>).
 19. Norusis, Marija J. **SPSS 10.0 Guide to data analysis.** Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000.
 - 20*. Cronbach LJ. **Coefficient alpha and internal structure of a test.** Psychometrika 1951; 16:297-334.
El coeficiente alfa (α) de Cronbach calcula la interrelación entre las varianzas de todos los ítems, mostrando la consistencia interna del cuestionario. Su valor numérico presenta un rango 0-1, considerándose aceptable un valor $\geq 0,50$; bueno si los valores son $\geq 0,60$ y excelente si estos alcanzan $\geq 0,80$.
 - 21*. Hunter JM, Arbona SL. **The tooth as a marker of developing world quality of life: a field study in Guatemala.** Soc Sci. Med 1995; 41:1217-40.
Una muestra geográfica en una área rural de Guatemala revela muy extendida la pérdidas de dientes permanentes. Las influencias sociales y medioambientales que afectan a la pérdidas de los dientes incluyen: dieta inadecuada, consumo de azúcar refinado, higiene oral escasa, ausencia de campañas con fluoruros, falta de educación preventiva e insuficiencia de los servicios odontológicos. Los bajos niveles educativos han favorecido la extracción de los dientes y posterior uso de dentaduras postizas. La enfermedad dentales y periodontales han deteriorado la calidad de vida de esta comunidad con grandes gastos en analgésicos y posteriores extracciones dejando al edentulismo como única solución a este problema. Las campañas de salud bucodental han sido abandonadas dentro de las políticas de salud pública en esta región.
 - 22*. Morbidity and Mortality Weekly Report. **Total tooth loss among persons aged > or = 65 years-selected states, 1995-1997.** MMWR 1999; 48:206-10.
La pérdida total de los dientes permanentes (edentulismo) reduce substancialmente la calidad de vida y la autoestima. Aunque las pérdidas de los dientes son el resultado de las enfermedades orales, tales como las caries dentales y las periodontopatías, también refleja el tipo de paciente, las actitudes del dentista, la disponibilidad y accesibilidad a la atención dental y las medidas dentales conservadoras. Uno de los objetivos del NHS en los Estados Unidos para el año 2000 es reducir a menos del 20% la proporción de personas mayores de 65 años que hayan perdido todos sus dientes naturales (objetivo 13.4). Estimar la prevalencia del edentulismo entre las personas mayores de 65 años fue realizada por el CDC nacional en 46 estados que participaron en el módulo de salud oral (1995-1997). El informe resume los resultados de este análisis que indica una gran reducción del edentulismo, pero en muchos estados no se ha logrado el objetivo de prevenir la pérdida total de la dentadura.
 23. Calderón García, Rocío. **Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucodental. Evaluación de pacientes edéntulos que acuden a rehabilitación oral para la colocación de una prótesis total.** Tesis Doctoral, Departamento de Medicina; Universidad de Oviedo, 2002.
 24. Kuboki T, Okamoto S, Suzuki H, Kanyama M, Arakawa H, Sonoyama W, Yamashita A. **Quality of life assessment of bone-anchored fixed partial denture patients with unilateral mandibular distal-extension edentulism.** J Prosthet Dent. 1999;82:182-7.
 25. Melas F, Marcenes W, Wright PS. **Oral health impact on daily performance in patients with implant-stabilized overdentures and patients with conventional complete dentures.** Int J Oral Maxillofac Implants. 2001;16:700-12.
 26. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine JS. **Oral and general health related quality of life with conventional and implant dentures.** Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31:161-8.
 27. Siegrist J, Junge A. **Measuring the social dimensions of subjective health in chronic illness.** Psychoter Psychosom. 1990;54:90-8.
 28. Vargas Becerra PN. **Violencia intrafamiliar en Guadalajara,** México. Instituto de Estudios Económicos y Regionales (INESER), Gaceta Universitaria de 22 de mayo de 2000. <http://www.comsoc.udg.mx/gaceta/paginas/160/19-160.pdf>.