



**Influencia de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores: una revisión sistemática**

Journal:	<i>International Journal of Interdisciplinary Dentistry</i>
Manuscript ID	REVISTA-2021-0060.R1
Manuscript Type:	Systematic Reviews
Date Submitted by the Author:	04-Apr-2022
Complete List of Authors:	Yañez, Daniela; Universidad Andres Bello Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería López, Fanny; Universidad Andres Bello Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería
Keywords:	Aged, Oral health, Quality of life.

SCHOLARONE™  
Manuscripts

## Relevancia clínica

Las pasadas prácticas odontológicas apuntaban a los aspectos clínicos in situ, sin percibir sus repercusiones a largo plazo ni los aspectos de autoevaluación de la salud bucal de los adultos mayores. Actualmente, con el aumento de la esperanza de vida y la toma de consciencia de la calidad de vida por parte de los afectados y los profesionales de salud se ha cambiado el paradigma de salud, integrando dimensiones biopsicosocial, en la cual se incluye la salud oral integrada a otros aspectos de la vida, los que impactan favorablemente en los años de vida saludable de los adultos mayores.

1  
2  
3 *Editor buenos días:*

4 *De acuerdo a su solicitud fue realizada la corrección de la revisión sistemática.*

5  
6  
7  
8 El artículo es una revisión sistemática que declara pretender "contribuir con  
9 evidencia científica para evaluar las dimensiones del impacto de la salud bucal  
10 en la calidad de vida de los adultos mayores portadores de diversas patologías  
11 orales". Se sugieren las siguientes modificaciones:  
12  
13  
14

## 15 **Respuesta a los evaluadores**

### 16 **1. Aspectos generales:**

- 17  
18  
19  
20  
21 a. Por favor, modificar "adultos mayores" por "personas  
22 mayores".

23  
24  
25 - *Corregido de acuerdo a sugerencias*

- 26  
27 b. Modificar "piezas dentales/ dentarias" por "dientes".

28  
29 - *Corregido de acuerdo a sugerencias*

### 30 **2. Introducción:**

- 31  
32  
33 a. Pág. 5, línea 28. Especificar que en el Programa de Salud Rie  
34 Mayor, se rehabilita a los desdentados totales mandibulares con  
35 prótesis fija implantosoportada o sobredentadura.  
36  
37

- 38 b. Pág. 5, línea 35: Modificar Plan de Acceso Universal a  
39 Garantías Explícitas (AUGE) por "Garantía explícita en Salud (GES)"

- 40 c. Pág. 5, línea 49: Incorporar, dentro de las patologías, la  
41 enfermedad periodontal. Agregar bibliografía (Int. J. Inter. Dent  
42 Vol. 13(2); 88-94,  
43  
44  
45 2020)

- 46  
47  
48 d. Sugiero incorporar el concepto de "calidad de vida  
49 relacionada con la salud oral".

50  
51  
52 *a, b, c y d = corregido de acuerdo a sugerencias*

### 53 **3. Metodología:**

1  
2  
3 a. La "intervención" de la pregunta PICO no se condice con el  
4 objetivo, ya que también incorpora "conductas de la salud  
5 oral", y no solamente, patologías orales.  
6  
7

8 - *Corregido de acuerdo a sugerencias*  
9

10 b. ¿En los criterios de inclusión, no se consideraron los adultos  
11 de 60 años?  
12

13 - *corregido (se incluyó las personas mayores de 60 y más*  
14 *años)*  
15

16 c. ¿Por qué se excluyen los portadores de prótesis removible?  
17 Un alto porcentaje de las personas mayores son portadoras  
18 de éstas, y sí influye en la calidad de vida relacionada con  
19 la salud oral.  
20  
21  
22

23 - *Corregido (se incluyó los portadores de prótesis dental.*  
24

25 d. Debido a la alta prevalencia de polifarmacia en las personas  
26 mayores, ¿cómo se definieron los "cambios orales  
27 asociados a fármacos"? la hiposalivación/ xerostomía  
28 también fue considerada en esta categoría? Esto también  
29 se puede considerar una patología de la cavidad oral.  
30  
31  
32

33 - *Corregido (hay 2 estudios que aparecen evaluadas esta*  
34 *sintomatología)*  
35

36 e. ¿Se incluyó literatura gris? De no ser así, sugiero  
37 incorporarla.  
38  
39

40 - *No fue incluido (fue definido en los criterios de exclusión)*  
41

42 f. Si se analizó la calidad metodológica después de la  
43 selección de los artículos, deberían considerar los 3 que  
44 dejaron fuera por este motivo.  
45

46 - *Fueron excluidos los 3 artículos de acuerdo con la*  
47 *evaluación de la clasificación de calidad metodología.*  
48  
49

#### 50 **4. Resultados:**

51 a. Se incluyó un estudio de 50-74 años, cuando esto era un  
52 criterio de exclusión.  
53

54 - *corregido (se excluyó el artículo)*  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 b. Se incluyó un estudio de 60 y más años. En la metodología,  
4 se excluyen las personas de 60 años. De no ser así, modificar.

5  
6 - *corregido (incluido en la metodología las personas de 60*  
7 *y más años).*

8  
9  
10 c. Sugiero incluir en la tabla 2 una columna con los aspectos  
11 clínicos evaluados, y lo reportado. También incluir columna con  
12 patologías orales que se pretenden asociar con calidad de vida.

13  
14 - *Corregido fue incluido (objetivo/patologías orales*  
15 *asociadas a calidad de vida, dimensiones estudiadas).*

16  
17  
18 d. En la Tabla 2, completar qué instrumento se utilizó para  
19 definir la calidad de vida relacionada con la salud oral. Por ej, en el  
20 estudio de Rosli et al, se usó el GOHAI.

21  
22 - *Corregido fue incluido (instrumento de medición que*  
23 *evalúa la calidad de vida).*

24  
25  
26 e. En la Tabla 2, indicar si existen medidas de asociación entre  
27 las diferentes patologías/ condiciones orales y el puntaje o  
28 dimensiones afectadas (Ej: odds ratio). De ser así, incluir  
29 información e intervalo de confianza.

30  
31 - *Corregido (incluido los datos de OR e IC que aparecen en*  
32 *los artículos evaluados)*

33  
34 f. Por favor, al usar sigla, indicar a qué hace referencia (EJ:  
35 Índice de masa corporal (IMC))

36  
37 - *Revisado (fue indicado al aparecer al inicio del texto).*

38  
39 g. Sugiero especificar las dimensiones de la calidad de vida  
40 afectadas, lo que respondería al objetivo del trabajo.

41  
42 - *Corregido (fue incluido el dato cuando aparece en el*  
43 *artículo evaluado).*

#### 44 45 5. Discusión:

46  
47 a. Discutir sobre la exclusión de portadores de prótesis, los diferentes  
48 instrumentos utilizados, con sus fortalezas y debilidades, el impacto  
49 de las diferentes patologías orales en la calidad de vida.

50  
51 - *Los portadores de prótesis fueron incluidos (corregido).*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

b. Pag 13. Línea 48: No se controló por hiposalivacion y periodontitis en este estudio? Sugiero que deberían reportarlo en tablas/ resultados.

- *En el artículo que aparece estos aspectos clínicos fue incluido.*

Cordialmente

Dra. Fanny López

Autor de correspondencia

For Review Only

## Resumen

**Objetivo:** analizar cómo interfieren las diversas dimensiones de la salud oral en la calidad de vida de las personas mayores. **Método:** se realizó una revisión sistemática en las bases bibliográficas Medline, LILACS, SciELO y EBSCO Dentistry & Oral Sciences, para ello se utilizó la estrategia de búsqueda: aged OR aging AND “oral health” OR dentistry OR “geriatric dentistry” OR “dental care” OR “dental care for aged” OR “mouth diseases” OR “tooth diseases” OR “tooth loss” OR “facial pain” OR “oral hygiene” AND “quality of life” OR “health status” OR “self concept” OR “health services needs and demand” OR “personal satisfaction” OR “attitude to health” OR “risk factors” OR “age factors” OR “health status indicators” AND “sickness impact profile” OR “health surveys” OR “need assessment” OR “surveys and questionnaires” OR “reproducibility of results”. **Resultados:** De los 1.356 registros identificados 14 artículos fueron incluidos para el análisis. Se evidenció, mediante la evaluación bucal clínica y las encuestas de autopercepción de la salud oral, que existe una asociación entre la salud oral y la calidad de vida de las personas mayores. **Conclusiones:** el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores es causado, principalmente, por la pérdida de dientes.

**Palabras claves:** Anciano; Envejecimiento; Salud oral; Odontología geriátrica; Calidad de vida.

## Abstract

**Objective:** To analyze how the various dimensions of oral health interfere with the quality of life of older adults. **Method:** a systematic review was carried out in the bibliographic databases Medline, LILACS, SciELO and EBSCO Dentistry & Oral Sciences using the search strategy: aged OR aging AND "oral health" OR dentistry OR "geriatric dentistry" OR "dental care" OR "dental care for aged" OR "mouth diseases" OR "tooth diseases" OR "tooth loss" OR "facial pain" OR "oral hygiene" AND "quality of life" OR "health status" OR "self concept" OR "health services needs and demand" OR "personal satisfaction" OR "attitude to health" OR "risk factors" OR "age factors" OR "health status indicators" AND "sickness impact profile" OR "health surveys" OR "need assessment" OR "surveys and questionnaires" OR "reproducibility of results". **Results:** Of the 1,356 records identified, 14 articles were included for the analysis. It was evidenced by clinical oral evaluation and oral health self-perception surveys that there is an association between oral health and quality of life in older adults. **Conclusions:** the deterioration of the quality of life of the elderly is mainly affected by the loss of teeth.

**Key-words:** Aged; Aging; Oral health; Geriatric dentistry; Quality of life.



## Introducción

La población chilena está experimentando un proceso de envejecimiento demográfico producto de dos procesos coincidentes: el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Para 2050 se proyecta que, en cifras absolutas, el grupo de los mayores de 64 años crecerá en más de 3 millones con respecto al momento actual, es decir que, el 25% de la población total serán personas mayores de 60 años. Además, no solo aumentará la población de este grupo etario, sino que también se modificará la estructura al interior de este, lo que elevará el número de personas de 80 años y más<sup>(1)</sup>.

Como una forma de hacer frente a este panorama actual y futuro, Chile desarrolló una Política Integral de Envejecimiento Positivo para el período 2012-2025<sup>(2)</sup>. Este programa de salud para las personas mayores incorpora iniciativas, tales como la implementación del Programa de Salud Oral “Ríe Mayor”, que tiene 2 aspectos o ítems: por un lado, rehabilita a los desdentados totales mandibulares con prótesis fija implantosoportada o sobredentadura y, por otro, amplía el acceso a la cobertura de la “Garantía explícita en Salud (GES)” vinculado con la salud oral integral, ya que la actual cobertura odontológica para la población mayor abarca solo atenciones de urgencia ambulatoria y atención integral odontológica exclusivamente para quienes tienen 60 años, lo que deja sin cobertura a los mayores de 60 años y, por ende, son acciones insuficientes para la amplia variedad y cantidad de patologías que aquejan la salud oral de las personas mayores<sup>(3)</sup>.

Los problemas asociados al envejecimiento, además de las típicas caries, la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes, son variados y con un amplio compromiso del estado bucal, lo que deja diversas secuelas, aparte de las clínicas, afectando la autoestima, la autovalencia y las relaciones afectivas, lo que resulta en una alteración de la calidad de vida de las personas mayores<sup>(4,5)</sup>.

1  
2 La III Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016 mostró la  
3  
4 percepción que tienen los diferentes grupos etarios sobre la calidad de vida relacionada  
5  
6 con la salud bucal. Los datos encontrados refieren que los adultos de 65 años y más son  
7  
8 los que manifiestan con mayor frecuencia, que su calidad de vida se ve afectada por el  
9  
10 estado de su salud bucal (23,7% declara que siempre o casi siempre se ve afectada su  
11  
12 calidad de vida)<sup>(4)</sup>. Este nuevo concepto “calidad de vida relacionada con salud oral”  
13  
14 (CVRSO) se vincula con la autopercepción del individuo acerca de su salud oral dentro del  
15  
16 contexto sociocultural, incluido aspectos clínicos<sup>(6)</sup>. Por tanto, esta amplia definición debe  
17  
18 considerar la salud oral en la que la percepción del paciente resulta importante cuando se  
19  
20 evalúa la necesidad de acciones preventivas, de diagnóstico y de tratamiento.  
21  
22

23  
24 Sobre la base del envejecimiento demográfico y el creciente reconocimiento del impacto  
25  
26 de la salud oral no solo en el ámbito físico sino que también en la vida social y psicológica  
27  
28 de las personas mayores, es que este trabajo pretende contribuir con evidencia científica  
29  
30 para evaluar las dimensiones del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las  
31  
32 personas mayores portadores de diversas patologías orales.  
33  
34  
35

### 36 **Metodología**

37  
38 Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo a las etapas recomendadas por la  
39  
40 Colaboración Cochrane que son: formulación de la pregunta de investigación,  
41  
42 establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión, localización de los artículos,  
43  
44 tabulación de datos, aplicación de criterios de calidad metodológica, análisis de los datos,  
45  
46 interpretación de los resultados y obtención de conclusiones.  
47  
48  
49

50  
51 Esta revisión fue guiada por la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo afecta la salud  
52  
53 oral la calidad de vida de las personas mayores? Se aplicó la estrategia PICO: Paciente -  
54  
55 personas mayores y ancianos (60 y más años)-; Intervención –patologías, problemas o  
56  
57  
58  
59  
60

1 molestias de la salud oral-; Comparación -sin comparación-; Resultados –niveles de calidad  
2 de vida asociados a la salud oral-.

3  
4  
5  
6  
7 Para esta estrategia de búsqueda se utilizó como vocabulario controlado los descriptores  
8 seleccionados en inglés del Medical Subject Headings (MeSH) y en español y portugués los  
9 Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). La estrategia de búsqueda fue: aged OR  
10 aging AND “oral health” OR dentistry OR “geriatric dentistry” OR “dental care” OR “dental  
11 care for aged” OR “mouth diseases” OR “tooth diseases” OR “tooth loss” OR “facial pain”  
12 OR “oral hygiene” AND “quality of life” OR “health status” OR “self concept” OR “health  
13 services needs and demand” OR “personal satisfaction” OR “attitude to health” OR “risk  
14 factors” OR “age factors” OR “health status indicators” AND “sickness impact profile” OR  
15 “health surveys” OR “need assessment” OR “surveys and questionnaires” OR  
16 “reproducibility of results”.

17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30 Con relación a los criterios de inclusión, en los sujetos de estudios se incluyeron a personas  
31 de 60 y más años con y sin problemas orales incluyendo portadores de prótesis removibles.  
32 Respecto de la literatura, fueron incluidos artículos de fuente primaria como estudios cuasi  
33 experimentales, experimentales y transversales (caso-control) y cohortes (retrospectivas y  
34 prospectivas) en español, inglés y portugués del periodo comprendido entre 2016-2021. En  
35 los criterios de exclusión, se eliminaron los estudios con personas mayores dependientes  
36 severos de tipo cognitivo. Respecto de la literatura, fueron excluidos artículos de “literatura  
37 gris”.

38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48 La búsqueda electrónica fue realizada en los meses de mayo y junio de 2021, en las bases  
49 de datos bibliográficas, Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE),  
50 y Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Dentistry & Oral  
51 Sciences Source. Además de las bibliotecas virtual Scientific Electronic Library Online  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2 (SciELO). A continuación, para refinar la estrategia de búsqueda, se procedió, en primera  
3 instancia, a la lectura del título y el resumen y posteriormente a la lectura a texto completo  
4 con el objetivo de verificar los criterios de elegibilidad (criterios de inclusión y exclusión), el  
5 tema en estudio y los elementos para responder la pregunta de investigación. Todo este  
6 proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los artículos se realizó  
7 mediante la utilización del protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and  
8 Meta-Analyse (PRISMA).  
9

10  
11 A los artículos obtenidos, como resultado de la aplicación del protocolo PRISMA, se les  
12 aplicaron los criterios de evaluación de calidad metodológica, utilizando la Declaración de  
13 la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in  
14 Epidemiology). Los artículos obtenidos como resultado de esta evaluación fueron evaluados  
15 en cuanto a su respuesta a la pregunta de investigación y presentados en tablas que  
16 incluyen los siguientes datos: identificación del artículo (autores y año), país en el cual fue  
17 realizado el estudio, población de estudio, tipo de estudio, instrumento de medición,  
18 resultados y aporte a la pregunta de investigación.  
19

20  
21 Respecto a los aspectos éticos, fue respetada la integridad de los artículos, por  
22 consiguiente, no se realizó ninguna modificación de los contenidos encontrados.  
23

## 24 **Resultados**

25  
26 Al aplicar la estrategia de búsqueda se identificaron en las bases bibliográficas electrónicas  
27 Medline, 2810 registros, en LILACS 104 registros, en SciELO, 58 registros y en EBSCO  
28 Dentistry & Oral Sciences, 162 registros, totalizando 3134 artículos, los que fueron  
29 sometidos al protocolo PRISMA y de dicha aplicación se obtuvieron 17 artículos<sup>(7-23)</sup> (Figura  
30 1).  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Para evaluar la calidad metodológica de estos 17 artículos (de tipo observacional) se les aplicó el instrumento STROBE. De los cuales 3 fueron eliminados por su regular calidad metodológica<sup>(7,9,16)</sup> (Tabla 1).

Los 14 artículos restantes fueron incluidos para el análisis (Tabla 2) y tienen las siguientes características: un artículo fue obtenido de la base bibliográfica SciELO<sup>(8)</sup>, otro de la base Dentistry & oral sciences source<sup>(10)</sup>, tres de LILACS<sup>(11-13)</sup> y la mayoría de Medline<sup>(14,15,18-23)</sup>. El idioma de los artículos fue el español<sup>(11)</sup>, portugués<sup>(12,13)</sup> y predominante el inglés (11 artículos)<sup>(8,10,14,15, 17-23)</sup>. Cuatro artículos fueron publicados en el año 2020<sup>(8,11,14,19)</sup>, cuatro en 2018<sup>(10,12,20,21)</sup>, tres en 2021<sup>(18,22,23)</sup> y otros tres en 2019<sup>(13,16,17)</sup>. Con relación a la calidad metodológica, los 14 artículos son de tipo observacionales y, por lo tanto, fueron evaluados a través del instrumento STROBE mediante el cual se obtuvo un puntaje menor a 15<sup>(7,9,16)</sup>, aunque la mayoría (9 artículos) tuvo entre 17 y 19 puntos<sup>(12,14,17-23)</sup>. Estos artículos fueron publicados en revistas científicas como Ciência & Saúde Coletiva<sup>(12,13)</sup>, International Journal of Environmental Research and Public Health<sup>(19,22,23)</sup>, BMC Oral Health<sup>(20,21)</sup> y Gerodontology<sup>(10,18)</sup>.

Los estudios fueron realizados en 3 continentes: Europa (7 artículos), América ((3 artículos) y Asia (4 artículos). Brasil es el país con más publicaciones (3 artículos)<sup>(8,12,13)</sup> y con 2 publicaciones fue Suecia<sup>(14,18)</sup> y Corea del Sur<sup>(19,23)</sup>.

En cuanto al diseño de la investigación, en mayor medida, fueron estudios de tipo transversal (11 artículos)<sup>(11-15,17-20,22,23)</sup> y de cohortes prospectivas (3 estudios)<sup>(8,10,21)</sup>.

La población en estudio fue de aproximadamente 70.629 personas mayores. La menor población fue de 117 individuos<sup>(23)</sup> y la mayor de 48,481, que fueron los participantes de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de Corea (KHANES) realizada entre los años 2010-2015, ambos estudios fueron realizados en Corea del Sur<sup>(19)</sup>.

1  
2 En relación con la edad de los participantes, estas fueron definidas por los autores de los  
3 artículos en rangos de 60 y más años<sup>(8,11,13,18,22)</sup> y de 65 y más años<sup>(10,12,14,15,17,19,20,21,23)</sup>.

4  
5  
6 Dos artículos utilizaron datos epidemiológicos, como el estudio de Salud, Bienestar y  
7 Envejecimiento (SABE) con datos de 2000 y 2010 de Sao Paulo, Brasil<sup>(8)</sup>. El otro estudio  
8 fue Statistics Norway (SSB) de 2012, en el cual lo relevante fue que la salud bucal  
9 autoinformada fue la variable dependiente de dicho estudio<sup>(20)</sup>.

10  
11 En los artículos se utilizaron, como instrumento de evaluación de la salud oral, las encuestas  
12 de calidad de vida, como por ejemplo POHIQoL (mide el impacto físico negativo en la salud  
13 bucal sobre la calidad de vida)<sup>(8,14,15)</sup>, el Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrico  
14 (GOHAI)<sup>(8,17,22)</sup>, el Cuestionario Impactos orales en la vida diaria (OIDP)<sup>(14)</sup>, la Guía de  
15 evaluación oral revisada (ROAG)<sup>(14)</sup> y el Perfil de impacto de salud oral (OHIP)<sup>(14)</sup>. Además,  
16 seis artículos incluyeron como instrumento extra una evaluación oral clínica<sup>(15,16,21,22)</sup> y un  
17 artículo incluyó entrevistas personales<sup>(18)</sup>. Estos instrumentos de medición abarcaron  
18 dimensiones como la limitación funcional, el dolor/incomodidad, la función física, la función  
19 psicológica, la discapacidad física, psicológica y social, además de la minusvalía, todas ellas  
20 tienen como objetivo medir la calidad de vida conforme al estado bucodental autoevaluado  
21 por el paciente<sup>(8,14,15)</sup>.

22  
23 Respecto al contenido de los artículos que pretenden responder la pregunta de  
24 investigación, se tiene que todos ellos indicaron una asociación entre la salud bucal y la  
25 calidad de vida de las personas mayores, identificando diversas variables que influyen  
26 directamente en la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral<sup>(10-16,18-  
27 23)</sup>. Los aspectos psicosociales identificados más relevantes fueron el conocimiento y los  
28 hábitos de la salud oral<sup>(11,12,23)</sup>. Los eventos clínicos más significativos fueron caries y  
29 pérdida de dientes<sup>(10,15,20-22)</sup>. Esta ausencia de dientes se relacionó con la depresión, medido

1  
2 por la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) que mostró que las mayores prevalencias de  
3  
4 síntomas depresivos eran presentadas por personas mayores que tenían de 1 a 9 dientes  
5  
6 ausentes en la cavidad bucal<sup>(13)</sup>. Hay estudios más específicos que evidencian una estrecha  
7  
8 relación entre el deterioro cognitivo y la pérdida de dientes<sup>(21)</sup>. Esta pérdida de dientes  
9  
10 afecta otros parámetros, como se observa en el estudio realizado en Japón que evidencia  
11  
12 la relación entre el deterioro de la salud bucal, específicamente relacionado con la  
13  
14 masticación y el bajo índice de masa corporal (IMC)<sup>(19)</sup>.  
15  
16

17  
18 Los estudios demuestran que estas variables pueden influir en dos sentidos: por un lado,  
19  
20 un mal estado de la salud oral puede generar un impacto en la persona al afectar su estado  
21  
22 psicológico produciendo una baja autoestima y angustia<sup>(13)</sup> y por otro lado, un estado de  
23  
24 angustia puede provocar una pérdida de la energía afectando las actividades de  
25  
26 autocuidado diario, como el cepillado dental o el proceso de alimentación<sup>(20)</sup>.  
27  
28

29  
30 Como resultado de esta evaluación, seis artículos proponen hacer un énfasis en la  
31  
32 importancia de la programación de actividades de prevención, promoción y tratamiento  
33  
34 oportuno de la salud oral en las personas mayores<sup>(14,15,18,10,23)</sup>.  
35  
36

### 37 **Discusión**

38  
39 Con el aumento de la esperanza de vida se ha generado un alto grado de atención sobre  
40  
41 la calidad de vida de la población adulta mayor, pero esto no ha optimizado el proceso de  
42  
43 envejecimiento, ya que la sociedad mundial, incluyendo las personas mayores, continúa  
44  
45 aceptando el deterioro bucal y la pérdida de dientes como un proceso inevitable que va  
46  
47 ligado al envejecimiento y, por lo tanto, se adaptan a ello<sup>(11)</sup>. En el ámbito de la salud  
48  
49 física, las estructuras bucales sufren cambios propios del envejecimiento, pero la pérdida  
50  
51 parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo del mal estado  
52  
53 de la salud bucal del paciente a lo largo del tiempo<sup>(24)</sup>. Ante esta afirmación, las encuestas  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2 sobre la calidad de vida pretenden medir hechos, comportamientos y diversas alteraciones  
3 a nivel biopsicosocial de la población de personas mayores respecto de su salud bucal.

4  
5 La revisión de la literatura efectuada muestra que en la dimensión física, el factor que más  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
afecta la calidad de vida es la pérdida dental que repercute en diversas situaciones como  
el mecanismo de la masticación que se relaciona con el deterioro cognitivo, sin disminuir la  
importancia que tiene la falta de dientes en los problemas de habla y estéticos debido a  
una atrofia de los músculos masticatorios, afectando la estética facial y la autoestima,  
además de influir en todo el mecanismo de una de las necesidades fundamental del ser  
humano, que es la nutrición<sup>(10-16),18-23)</sup>.

Para enfrentar una situación es indispensable conocer la autopercepción que tiene el  
individuo de su situación (salud bucal), ya que un estudio realizado en Brasil obtuvo que  
un 75% de la población de personas mayores en estudio, considero su salud bucal como  
excelente o buena, siendo que el 95,7% de ella solo tenía 1 o ningún diente<sup>(17)</sup>. Otro  
estudio realizado en Colombia indico: "Las personas mayores tienen una mejor aceptación  
del tratamiento dental cuando creen que beneficiará su autoestima e interacción social que  
cuando creen que les traerá una mejora funcional"<sup>(7)</sup>.

Además, estas alteraciones de salud forman parte de la multimorbilidad que aqueja  
generalmente a este grupo etario, pudiendo asignar una menor prioridad a la salud oral en  
comparación con otras patologías, conformando así, la globalidad de menos años de vida  
saludable<sup>(19)</sup>.

Por lo tanto, de acuerdo a su autopercepción es la conducta a seguir por el individuo y  
sobre la cual hay que trabajar en un enfoque de optimización de la calidad de vida oral.

**Debilidades:** No se encontraron estudios actuales en Chile que contribuyeran a responder  
la pregunta de investigación, aunque en el periodo en estudio se encontró un estudio



1 transversal que evaluó calidad de vida de personas mayores pero solo de los pacientes  
2  
3 con grados de dependencia severa o moderada del CESFAM Boca Sur.

4  
5  
6 Respecto de los instrumentos de evaluación del estado físico de la cavidad oral fueron de  
7  
8  
9 2 tipos, exámenes clínicos o estado bucal autoinformado por el encuestado, lo que no  
10  
11 permite una comparación, es decir, hubo estudios donde no se realizaron exámenes  
12  
13 clínicos orales y por lo tanto los hallazgos autoinformados no pudieron ser confirmados  
14  
15 pudiendo no corresponder con el número real de dientes naturales<sup>(9,13,19)</sup>.

16  
17 Otra limitación, fue que no existió en todas las investigaciones algún instrumento para  
18  
19 medir la capacidad cognitiva de las personas mayores al momento de ser encuestados.  
20  
21

22 Otra limitación está en el hecho de que la encuesta no se realizó con muestras  
23  
24 representativas de la población de los países, lo que limita la extrapolación de los  
25  
26 resultados y en algunos casos solo fueron realizados en población rural<sup>(8,15)</sup>.

27  
28 Tampoco se pudieron ajustar todos los factores agravantes de las enfermedades bucales  
29  
30 (periodontitis, sequedad de boca, etc.) por lo tanto, no se pudo controlar todas las  
31  
32 variables de confusión, que pueden haber influido en la magnitud de los resultados del  
33  
34 estudio. Además, los estudios que utilización el índice GOHAI tienen un sesgo potencial,  
35  
36 ya que se basa en la memoria y la capacidad de los encuestados para identificar los  
37  
38 impactos en su salud bucal.  
39  
40  
41

42  
43 **Fortalezas:** Teniendo presente las debilidades, existe la fortaleza que se utilizó  
44  
45 instrumentos similares y validados, es decir, encuestas específicas para el tema de  
46  
47 estudio. Siendo 2 de ellas las más usadas lo que permite una comparación de los  
48  
49 resultados entre los estudios, como (Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14) y el Índice  
50  
51 de Evaluación de Salud Bucal Geriátrica (GOHAI)<sup>(8,17,22)</sup> . Estas encuestas son  
52  
53 caracterizadas por alta sensibilidad y facilidad de aplicación.  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## Conclusiones

La calidad de vida de las personas mayores medida por el examen clínico o la autopercepción es afectada principalmente por pérdida de dientes que repercute en aspectos de funcionalidad (habla, pronunciación), nutrición (masticación, digestión, selección de alimentos), salud mental (ansiedad, depresión, desarrollo cognitivo, autoestima), interacción social (soledad), pero una parte de la población de personas mayores, este deterioro lo percibe como esperado de acuerdo a su rango etario.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas – Chile INE. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992 – 2050: Total país. Síntesis de resultados. Diciembre 2018. [consultado 16/06/2021]. Disponible: [https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine\\_estimaciones-y-proyecciones-de-poblaci%C3%B3n-1992-2050\\_base-2017\\_s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=c623983e\\_6](https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-de-poblaci%C3%B3n-1992-2050_base-2017_s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=c623983e_6).
2. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Envejecimiento positivo en Chile. Santiago. 2012. Páginas 14. [consultado 02/04/2021]. Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento\\_Positivo.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf)
3. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. Guía clínica. Salud oral integral para adultos de 60 años. Series Guías Clínicas MINSAL. Santiago. 2010. [consultado 23/03/2021]. [consultado 16/06/2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>

- 1  
2  
3 4. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. División de Planificación Sanitaria  
4  
5 Departamento de Epidemiología. Unidad de Vigilancia de Enfermedades No  
6  
7 Transmisibles. Encuesta nacional de calidad de vida y salud (ENCAVI) 2015 –  
8  
9 2016. Santiago. Febrero de 2017. [consultado 11/03/2021]. Disponible en:  
10  
11 [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf)  
12  
13 [11.02.2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf)  
14  
15
- 16 5. Morales A, Jara G, Werlinger F, Cabello R, Espinoza I, Giacaman R et al. Sinopsis  
17  
18 de la Situación de Salud Oral en Chile - Parte II: Diagnósticos Poblacionales de  
19  
20 Salud Oral. Int. j interdiscip. dent. 2020 Ago;13(2):88-94.  
21  
22 <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000200088>.  
23  
24
- 25 6. Diaz-Reissner C, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada  
26  
27 con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores  
28  
29 Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat. 2017;11(1):31-  
30  
31 39, 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100005>  
32  
33
- 34 7. Torres-Vanegas M, Cardona-Arango D. Oral health-related quality of life in older  
35  
36 adults in a health program in Envigado, Colombia, 2018. Revista Facultad de  
37  
38 Odontología Universidad de Antioquia. 2020; 32(1). doi:  
39  
40 <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v32n1a4>  
41  
42
- 43 8. Oliveira EJP, Alves LC, Duarte YAO, Andrade FB. Life expectancy with negative  
44  
45 physical oral health impact on quality of life in older adults. Cad Saude Publica.  
46  
47 2020 Jun 26;36(6):e00119119. doi: 10.1590/0102-311X00119119.  
48  
49
- 50 9. Bakker MH, Vissink A, Spoorenberg SLW, Wynia K, Visser A. Self-reported oral  
51  
52 health problems and the ability to organize dental care of community-dwelling  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59

- 1  
2 elderly aged  $\geq 75$  years. BMC Oral Health. 2020 Jul 2;20(1):185. doi:  
3  
4 10.1186/s12903-020-01175-7.  
5  
6  
7 10. Mehr K, Olszanecka-Glinianowicz M, Chudek J, Szybalska A, Mossakowska M,  
8  
9 Zejda J, et al. Dental status in the Polish senior population and its correlates-Results  
10  
11 of the national survey PolSenior. Gerodontology. 2018 Dec;35(4):398-406. doi:  
12  
13 10.1111/ger.12364  
14  
15  
16 11. Vázquez JA, Ramos RM, Rodríguez S, Fernández R. Conocimientos sobre Salud  
17  
18 bucal del adulto mayor. Consultorio 10. Policlínico “Dr. Tomas Romay” 2017-2018.  
19  
20 Rev.Med.Electrón. 2020 Oct; 42( 5 ): 2248-2261. Disponible:  
21  
22 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242020000502248](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242020000502248)  
23  
24  
25 12. Milagres CS, Tôrres LHN, Neri AL, Sousa MLR. Condição de saúde bucal  
26  
27 autopercebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. Ciência & Saúde  
28  
29 Coletiva. 2018; 23(5): 1495-1506. [https://doi.org/10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14572016)  
30  
31 [81232018235.14572016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14572016)  
32  
33  
34 13. Silva ERA, Kunrath I, Danigno JF, Cascaes AM, Castilhos ED de, Langlois C de O,  
35  
36 et al. A Saúde bucal está associada à presença de sintomas depressivos em  
37  
38 idosos?. Cien Saude Colet. 2019; 24(1): 181-188. [https://doi.org/10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.12662017)  
39  
40 [81232018241.12662017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.12662017).  
41  
42  
43 14. Koistinen S, Olai L, Ståhlacke K, Fält A, Ehrenberg A. Oral health-related quality of  
44  
45 life and associated factors among older people in short-term care. Int J Dent Hyg.  
46  
47 2020 May;18(2):163-172. doi: 10.1111/idh.12424.  
48  
49  
50 15. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between  
51  
52 oral health and oral health related quality of life among elderly people in United  
53  
54 Kingdom. J Dent. 2017 Jan;56:78-83. doi: 10.1016/j.jdent.2016.11.002.  
55  
56  
57  
58  
59  
60

- 1  
2  
3 16. Salunke S, Shah V, Ostbye T, Gandhi A, Phalgune D, Ogundare MO, et al.  
4  
5 Prevalence of dental caries, oral health awareness and treatment-seeking behavior  
6  
7 of elderly population in rural Maharashtra. *Indian J Dent Res.* May-Jun  
8  
9 2019;30(3):332-336. doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_356\_17.  
10
- 11 17. Costa MJF, Lins CAA, Macedo LPV, Sousa VPS, Duque JA, Souza MC. Clinical  
12  
13 and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and  
14  
15 institutionalized communities. *Clinics (Sao Paulo).* 2019;74:e972. doi:  
16  
17 10.6061/clinics/2019/e972.  
18
- 19 20. Lindmark U, Ernsth Bravell M, Johansson L, Finkel D. Oral health is essential for  
21  
22 quality of life in older adults: A Swedish National Quality Register Study.  
23  
24 *Gerodontology.* 2021 Jun;38(2):191-198. doi: 10.1111/ger.12514.  
25
- 26 27. Do KY, Moon S. Relationship between Subjective Oral Discomfort and Health-  
28  
29 Related Quality of Life in the South Korean Elderly Population. *Int J Environ Res*  
30  
31 *Public Health.* 2020 Mar 15;17(6):1906. doi: 10.3390/ijerph17061906.  
32
- 33 34. Dahl KE, Calogiuri G, Jönsson B. Perceived oral health and its association with  
35  
36 symptoms of psychological distress, oral status and socio-demographic  
37  
38 characteristics among elderly in Norway. *BMC Oral Health.* 2018 May 31;18(1):93.  
39  
40 doi: 10.1186/s12903-018-0556-9.  
41
- 42 43. Saito S, Ohi T, Murakami T, Komiyama T, Miyoshi Y, Endo K, et al. Association  
44  
45 between tooth loss and cognitive impairment in community-dwelling older Japanese  
46  
47 adults: a 4-year prospective cohort study from the Ohasama study. *BMC Oral*  
48  
49 *Health.* 2018 Aug 20;18(1):142. doi: 10.1186/s12903-018-0602-7.  
50
- 51 52. Bianco A, Mazzea S, Fortunato L, Giudice A, Papadopoli R, Nobile CGA, et al. Oral  
53  
54 Health Status and the Impact on Oral Health-Related Quality of Life among the  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2 Institutionalized Elderly Population: A Cross-Sectional Study in an Area of Southern  
3 Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 23;18(4):2175. doi:  
4  
5 10.3390/ijerph18042175.  
6  
7

8  
9 23. Choi E, Jung D. Factors Influencing Oral Health-Related Quality of Life in Older  
10 Adults in Rural Areas: Oral Dryness and Oral Health Knowledge and Behavior. *Int J*  
11 *Environ Res Public Health*. 2021 Apr 18;18(8):4295. doi: 10.3390/ijerph18084295.  
12  
13  
14

15  
16 24. Gonzalés RM, Hechavarría G, Batista N, Cueto A. Los determinantes sociales y su  
17 relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Rev Cubana*  
18 *Estomatol*. 2017, mar 54(1): 60-71.  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29

30 Figura 1. Flujograma de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los estudios  
31 sobre calidad de vida y salud oral de las personas mayores. Santiago, Chile, 2021  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Tabla 1. Calidad metodológica de los artículos sobre calidad de vida y salud oral de los adultos mayores. Santiago, Chile – 2021.

Autor, año	Tipo de estudio	Pauta	Puntaje
Torres-Vanegas et al., 2020 <sup>(7)</sup>	Transversal/ observacional	STROBE	12
Oliveira et al., 2020 <sup>(8)</sup>	Cohorte/Observacion al	STROBE	15
Bakker et al., 2020 <sup>(9)</sup>	Transversal/ Observacional	STROBE	13
Mehr et al., 2018 <sup>(10)</sup>	Estudio de cohorte /Observacional	STROBE	16
Vázquez et al., 2020 <sup>(11)</sup>	Transversal /Observacional	STROBE	15
Milagres et al., 2018 <sup>(12)</sup>	Transversal /Observacional	STROBE	18
Silva et al., 2019 <sup>(13)</sup>	Transversal/Observ acional	STROBE	15
Koistinen et al., 2020 <sup>(14)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	17

Masood et al., 2017 <sup>(15)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	16
Salunke et al., 2019 <sup>(16)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	12
Costa et al., 2019 <sup>(17)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	19
Lindmark et al., 2021 <sup>(18)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	19
Do et al., 2020 <sup>(19)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	19
Dahl et al., 2018 <sup>(20)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	17
Saito et al., 2018 <sup>(21)</sup>	Estudio de cohortes/Observacional	STROBE	17
Bianco et al., 2021 <sup>(22)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	19
Choi et al., 2021 <sup>(23)</sup>	Transversal/Observacional	STROBE	20



Tabla 2. Caracterización de los estudios sobre calidad metodológica y salud oral de los adultos mayores – Santiago, Chile, 2021

Autor, Año	Población/ País	Objetivo/Patologías orales asociadas a calidad de vida	Instrumento de medición/ Dimensiones estudiadas	Aporte a la pregunta de investigación
Oliveira et al., 2020 <sup>(8)</sup>	Residentes urbanos mayores de 60 y más años del municipio de São Paulo, Brasil.	Evaluar la esperanza de vida, asociada al impacto de una salud bucodental negativa que afecta a la calidad de vida (POHIQoL) de adultos mayores.	Cuestionarios de calidad de vida: -POHIQoL: impacto físico negativo en la salud bucal sobre la calidad de vida. -GOHAI: índice de evaluación de la salud oral geriátrica. Se evaluó POHIQoL negativo mediante la dimensión de función física del Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI).  Se utilizaron datos del primer (2000) y tercer (2010) estudio “Salud, Bienestar y Envejecimiento” (Estudio SABE).	Entre 2000 y 2010, el POHIQoL negativo aumentó del 23,4% (IC 95%: 20,2-26,9) al 30,4% (IC 95%: 27,0-34,3) entre los adultos mayores; la esperanza de vida total aumentó de 22 y 17,5 a 23,7 y 19,4 años entre las mujeres y los hombres de 60 años, respectivamente; y la proporción de años restantes por vivir con POHIQoL negativo aumentó del 25,1% al 32,1% para el mismo grupo de edad. Las personas con 60 años y bajos niveles de escolaridad vivirían más años con una POHIQoL negativo, si los comparamos con los más escolarizados (2000: 15,9 [IC95%: 15,0-16,8] vs. 14,3 [IC95%: 13,7- 14,8]; 2010: 16,3 [IC95%: 15,1-17,4] vs. 14,1 [IC95%: 13,2-15,1]). Igualmente, las mujeres vivirían más años con una POHIQoL negativo que los hombres.
Mehr et al., 2018 <sup>(10)</sup>	4524 participantes seleccionados al azar de 65 y más años/ Polonia	Evaluar el estado dental de ancianos polacos que usan dentaduras postizas en relación con factores demográficos, socioeconómicos y de estilo de vida.	-Índice Katz (independencia de las actividades de la vida diaria). -Cuestionario de salud oral que incluyeron diversas variables demográficas, socioeconómicos y de estilo de vida asociadas a salud oral.	La calidad de vida es afectada por los estados de salud oral negativos. El 14,4 % de los participantes desdentados completos y el 31,1 % con desdentados parciales (1-19 dientes naturales) no tenían dentaduras postizas, y una doceava parte de los encuestados con

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47

		<p>El estado dental se evaluó:</p> <p>(a) dentición funcional (al menos 20 dientes naturales presentes, lo que también se traduce en una mayor capacidad masticatoria)</p> <p>(b) edentulismo parcial (1-19 dientes naturales)</p> <p>(c) edentulismo completo (cero dientes naturales); usar o no dentadura postiza en participantes con edentulismo parcial o completo.</p>	<p>Dimensión bienestar físico estudiado por el estado dental, mediante 2 preguntas: ¿Cuántos de sus propios dientes todavía tiene? ¿Usa dentadura postiza?</p>	<p>dentaduras postizas no las usaban. El edentulismo completo es frecuente entre los polacos mayores y afecta a casi el 50% de ellos. Se asocia con el sexo femenino, la edad, la vivienda rural, la mala situación económica, el tabaquismo y la diabetes.</p>
Vázquez et al., 2020 <sup>(11)</sup>	209 individuos de 60 y más años del consultorio "Dr. Tomas Romay" del municipio de La Habana Vieja. Cuba	Determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los adultos mayores.	<p>Encuestas que incluyeron las variables: nivel de conocimientos sobre salud bucal, edad, sexo, nivel educacional, ocupación, estructura y funcionamiento familiar.</p> <p>Dimensión evaluada: desarrollo personal</p> <p>Nivel de conocimiento de salud bucal en relación con el nivel educacional</p>	<p>El estudio confirmó que existe una relación entre nivel de conocimiento de salud oral y nivel educacional.</p> <p>El nivel de conocimientos de salud bucal aumenta con el nivel de educación (básica 25.9%, pre-universitario 35.2% y universitario 38.8%). Contrariamente, el menor conocimiento de salud bucal es mayor en nivel básico 51.7%, preuniversitario 40.2% y universitario 8%. Estos resultados se relacionan con el mantenimiento del autocuidado repercutiendo en la calidad de vida.</p>

Milagres et al., 2018 <sup>(12)</sup>	3478 personas de 65 o más años. Brasil	Verificar la condición bucal y la capacidad masticatoria autopercebida en ancianos longevos ( $\geq 80$ años). Indicadores de acceso a servicios odontológicos, autopercepción de salud bucal y condiciones funcionales de la alimentación (presencia de dientes naturales, uso de dentaduras postizas, las dentaduras postizas duelen o se caen, comer con dentaduras postizas, dolor de muelas, sensación de boca seca, presencia de llagas en la lengua, mejilla, techo de la boca o labio, dificultad para masticar, dificultad o dolor al masticar alimentos duros y salud bucodental).	-MEEM – Mini Examen del Estado Mental -Cuestionarios que incluyeron variables sobre el estado de la salud general, el acceso a los servicios dentales, los comportamientos o hábitos de vida, la salud bucal y las condiciones funcionales de alimentación. Dimensión de bienestar físico y emocional, derechos de salud	Las variables de salud bucal asociadas a una mayor prevalencia de longevidad fueron la falta de dientes naturales autoinformada (RP = 1,46, IC 95% 1,14-1,87) y la dificultad o dolor al masticar alimentos duros (RP = 1,34, IC 95% 1,05)-1,70). Este estudio sugiere que la ausencia de dientes naturales y la dificultad o el dolor al masticar alimentos duros pueden estar relacionados con la longevidad.
Silva et al., 2019 <sup>(13)</sup>	439 adultos mayores de 60 o más años de diversas Unidades de	Describir la prevalencia de síntomas depresivos y verificar la asociación de variables de salud bucal con síntomas depresivos en una	-Escala de Depresión Geriátrica - EDG– 15 para evaluar la prevalencia de síntomas depresivos. - Cuestionario estandarizado para obtener las variables	Individuos con 1 a 9 dientes (RP = 1,68; IC95%1,06-2,64, p = 0,012), con percepción de boca seca (RP = 2,23; IC95%1,52-3,28, p < 0,001) y dolor bucal (RP = 2,11; IC95% 1,10-4,07, p = 0,036)

	Salud Familiar del sur de Brasil.	población de ancianos vinculados a 11 unidades de salud familiar del sur de Brasil.	socioeconómicas y de salud bucal del estudio. -Examen clínico para evaluar las variables clínicas de salud bucal.  Dimensiones: bienestar físico y emocional.	tuvieron mayor prevalencia de síntomas depresivos. Se concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores se ve influenciada por el estado de la salud oral.
Koistinen et al., 2020 <sup>(14)</sup>	391 adultos mayores de 65 años o más años seleccionados entre 36 unidades de atención a corto plazo de áreas rurales y urbanas. Suecia	Describir y analizar la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) entre personas mayores en cuidados a corto plazo y sus factores asociados.  Se evaluó las partes blandas y duras bucales (lengua, encías, dentadura, saliva, mucosas, labios) tragar y la voz).	-Evaluación clínica oral. -Cuestionario sobre salud bucal autopercibida. -Índice de actividades de la vida diaria de Katz (Katz - ADL). -Guía de evaluación oral revisada (ROAG). -Perfil de impacto de salud oral (OHIP).  Dimensiones: bienestar físico y emocional	Las personas mayores con problemas para tragar tenían 5,4 veces más probabilidades de tener una OHRQoL deficiente en comparación con las personas sin problemas para tragar (OR: 5,43; IC del 95 %: 2,80 a 10,55). El 39% de las personas mayores con problemas orales según ROAG tenían una OHRQoL deficiente (puntuaciones OHIP $\geq$ 8) y el 25% de las personas sin problemas orales tenían una OHRQoL deficiente ( $p = 0,026$ ) No hubo relaciones significativas entre la puntuación OHIP y la edad, la educación, la realización de autocuidados orales, el número de dientes, las prótesis removibles, los implantes, los puentes y la necesidad de atención dental.
Masood et al., 2017 <sup>(15)</sup>	1277 adultos mayores de 65 años o más. Reino Unido	Identificar los determinantes de la OHRQoL entre las personas mayores en el Reino Unido.	-OHRQoL se midió utilizando el perfil de impacto en la salud oral de 14 elementos (OHIP-14). -OHIP-14 mide la frecuencia de ocurrencia de impactos orales en siete dominios conceptuales, dos preguntas para cada dimensión a	Tener caries activa (IRR=1.37, IC=1.25;1.50), PUFA>0 (IRR=1.17, IC=1.05;1.31), dolor dental (IRR=1.34, IC=1.20;1.50) y usar prótesis dental (IRR= 1,30, IC = 1,17; 1,44), se asociaron significativamente de forma positiva con la puntuación OHIP-14. Tener bolsas

		Se evaluó el número de dientes faltantes; presencia de caries activa, dolor dental, caries radicular, desgaste dental, bolsas periodontales > 4 mm, pérdida de inserción > 9 mm; tener PUFA>0 (presencia de dientes severamente cariados con afectación pulpar visible, ulceración causada por fragmentos de dientes dislocados, fístula y absceso); y el uso de prótesis dental.	saber; limitación funcional, dolor físico, malestar psíquico, discapacidad física, discapacidad psíquica, discapacidad social y minusvalía -Cuestionario con variables socio-demográficas, socio-económicas y un examen del estado de salud oral (caries activa, bolsa periodontal, número de dientes faltantes, sangrado gingival, caries radicular, desgaste de dientes anteriores), el tabaquismo y la salud general (tener algún problema sistémico, salud general autoinformada).	periodontales> 4 mm, al menos un sitio de sangrado y el desgaste de los dientes anteriores no se asociaron significativamente con la puntuación OHIP-14. Se concluyó que la presencia de caries activas y la presencia de uno o más de los indicadores PUFA están asociados con la calidad de vida relacionada con la salud oral deteriorada en adultos mayores, pero no con indicadores del estado periodontal
Costa et al., 2019 <sup>(17)</sup>	369 adultos mayores de 65 años y más, usuarios de los centros de salud del norte de Lisboa, que tenían como referencia a los Hospitales de Santa María y	Estudiar los factores que influyen en el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (DMFT), la conciencia de salud bucal y el comportamiento de búsqueda de tratamiento dental de las personas mayores.	Un cuestionario que consta de 3 partes: 1ª - Caracterización sociodemográfica compuesta por edad, ocupación, situación laboral, lugar de nacimiento, estado civil, nivel educativo, ingresos del hogar, sexo, capacidad de autonomía de vida, entre otros. 2ª - Los hábitos de salud bucal. 3ª - La Encuesta de Evaluación de Salud Oral Geriátrica (GOHAI) para evaluar la autopercepción de la salud bucal.	La mayoría de los participantes se limpiaron los dientes con los dedos usando carbón y mishri. Solo el 17,2% de los participantes usaba cepillo de dientes. Alrededor del 39% de los participantes había experimentado dolor dental, de los cuales la mayoría no visitó al dentista. La mediana del índice de dientes cariados, perdidos y obturados (DMFT) que usó cepillo de dientes y pasta de dientes fue significativamente menor en comparación con los participantes que no usaron cepillo de dientes ni pasta de dientes. A la mayoría de los participantes

	Pulido Valente. Portugal			les faltaba uno o más dientes, pero solo el 2,2% usaba prótesis dental. La puntuación mediana de DMFT de la población de estudio fue de 12 (IQR 7-22). El componente de dientes cariados, el componente de dientes faltantes y el componente de dientes obturados tuvieron medianas de 3 (IQR 1-6), 7.5 (IQR 3-15) y 0, respectivamente.
Lindmark et al., 2021 <sup>(18)</sup>	510 personas entre 60 y 98 años. Suecia	Examinar la relación entre la calidad de vida y la salud oral de las personas mayores de datos del Registro Nacional de Calidad de Suecia.	Se utilizaron datos del proyecto “Desarrollo de la salud en la vejez” (NQR) realizado en Suecia en 2014 y se compararon, de forma individual, con el Estudio de cribado a lo largo de la vida en gemelos (SALT).  -SALT fue una encuesta telefónica que incluyó un amplio conjunto de preguntas sobre salud y enfermedades, síntomas, tratamiento farmacológico, cognición y estilo de vida.  NQR se centró en la atención preventiva en las personas mayores, incluyó medidas relacionadas con la salud bucal, las úlceras por presión, las caídas y la desnutrición.	Los análisis indicaron una calidad de vida significativamente más alta para las personas sin riesgo de problemas de salud bucal (M = -0,15 (DE = 1,01)), en comparación con las personas con riesgo (M = -0,75 (DE = 1,52)). El análisis de regresión logística mostró que una menor calidad de vida (OR = 0,69 (0,49, 0,97)), estado mental (OR = 0,37 (0,19, 0,71)), menor autopercepción de salud (OR = 0,59 (0,42, 0,85)) y mayor edad (OR = 1,07 (1,01, 1,13)) se relacionaron significativamente con el riesgo de problemas de salud bucal. Un IMC más alto (OR = 1,13 (0,99, 1,30)), vivir solo (OR = 2,37 (0,93, 6,06)) y más años de educación (OR = 1,15 (1,01, 1,31)) se asociaron con un mayor riesgo de problemas de salud bucal.
Do et al., 2020 <sup>(19)</sup>	48481 adultos mayores de 65 y más años de la	Examinar la relación entre el malestar oral y la calidad de vida relacionada con la salud	-Encuesta que incluyó variables de salud oral autoevaluada en relación con el deterioro de la calidad de vida. -EuroQol-5D (EQ-5D)	El dolor de muelas, la incomodidad masticatoria y los problemas de pronunciación causados por condiciones de salud oral eran factores de riesgo para

	Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de Corea (KHNANES) de 6 años (2010-2015). Corea del Sur	(CVRS) en los ancianos coreanos.		la disminución de la CVRS. En particular, molestias masticatorias (odds ratio ajustado (AOR) 1,63, Modelo III (ajustado para todas las covariables)) y problemas de pronunciación (AOR 1,64, Modelo III) impactó negativamente en la CVRS de los adultos mayores en gran medida. La incomodidad masticatoria tuvo un impacto negativo más fuerte en la CVRS en los dominios de "cuidado personal" (AOR 1.83) y "actividades habituales" (AOR 1.66), mientras que los problemas de pronunciación tuvieron un impacto similar en los cinco dominios del EuroQol 5-Dimension (EQ-5D)
Dahl et al., 2018 <sup>(20)</sup>	5660 personas de 65 años o más. Noruega	Describir la salud bucal de los ancianos noruegos y sus niveles de angustia psicológica y examinar la relación de la angustia psicológica con la salud bucal autoevaluada, mientras se controla el estado bucal y las características sociodemográficas.	-Escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión en Atención Primaria. La base de datos utilizada fue de un estudio transversal noruego realizado por Statistics Norway (SSB) en 2012: "Condiciones de vida: salud, atención médica y contacto social" que contaba con diversas variables, en que la salud bucal autoinformada fue la variable dependiente del estudio.	Alrededor del 27 % de los adultos mayores informaron tener mala salud bucal y el 8 % tenía una puntuación media de HSCL-25 $\geq 1,75$ , lo que indica niveles más altos de malestar psicológico. La probabilidad de informar una salud bucal deficiente se asoció de forma independiente con tener una puntuación media de HSCL-25 $\geq 1,75$ (OR = 1,89; IC del 95 % = 1,14–3,15), incluso cuando se fuma (OR = 1,83; IC del 95 % = 1,17, 2,87) y tener menos de 20 dientes (OR = 3,49; IC 95% = 2,56, 4,76).
Saito et al., 2018 <sup>(21)</sup>	326 habitantes de 65 años o más.	Investigar la asociación entre la pérdida de dientes, evaluada a través de exámenes	-Mini-Mental State Examination (MMSE) para evaluar la función cognitiva.	Después de un seguimiento de 4 años el 19,3 % de los participantes desarrollo un deterioro cognitivo (puntajes MMSE de $\leq 24$ ). Los participantes con 0–9 dientes

	Japón	orales clínicos, y el desarrollo de deterioro cognitivo en personas mayores que viven en la comunidad.	-Encuesta que incluyeron variables de salud oral y autopercepción, acompañadas de un examen clínico.	tenían más probabilidades de desarrollar deterioro cognitivo que aquellos con $\geq 10$ dientes (OR: 3,31; IC 95 %: 1,07–10,2). Este resultado se mantuvo incluso después de ajustar por edad, sexo, hipertensión, diabetes, enfermedad cerebrovascular/cardiovascular, hipercolesterolemia, síntomas depresivos, IMC, tabaquismo, consumo de alcohol, duración de la educación, y puntuación MMSE inicial. No se encontró interacción entre la edad y la pérdida de dientes ( $p = 0,925$ ).
Bianco et al., 2021 <sup>(22)</sup>	345 adultos mayores de 60 y más años de centros de atención a largo plazo de Calabria. Italia	Describir el estado de salud bucal en la población geriátrica institucionalizada en un área del sur de Italia e identificar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL).	-El Índice de evaluación de salud oral geriátrica (GOHAI) -Examen clínico de salud dental registrando los elementos dentales cariados, faltantes u obturados debido al índice de lesiones cariosas (DMFT), la presencia de placa dental visible y el estado gingival. -Encuesta que incluyó variables como estado sociodemográfico, hábitos de tabaquismo, asistencia dental y comportamiento de higiene bucal.	El 18,4% de los participantes relataron cepillado dental frecuente y apenas 39,9% relataron necesidad de atención odontológica. El índice DMFT fue de 26,4. Menos de un tercio de los participantes tenían una puntuación GOHAI de $\leq 50$ , lo que sugiere una OHRQoL muy comprometida. La puntuación GOHAI fue significativamente mejor para las personas mayores sin necesidad autopercebida de atención dental y con un índice DMFT más bajo.
Choi et al., 2021 <sup>(23)</sup>	117 adultos mayores de más de 65 años que vivían en el condado de W, Jeollabuk-	Identificar las características de la salud bucal de los adultos mayores que viven en áreas rurales e investigar los factores que afectan la calidad de	-Cuestionarios para evaluar el conocimiento y el comportamiento de la salud bucal y la OHRQoL. -La sequedad bucal se midió mediante mediciones mecánicas.	El conocimiento de salud oral se correlacionó positivamente con el comportamiento de salud oral ( $r = 0,18$ , $p = 0,029$ ) y OHRQoL ( $r = 0,25$ , $p = 0,003$ ). Se observó una correlación positiva entre el comportamiento de salud bucal y la OHRQoL ( $r = 0,24$ , $p = 0,005$ ). La



	do, Corea del Sur.	vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL).		<p>sequedad oral subjetiva (<math>\beta = -4,99</math>, <math>p = 0,001</math>) tuvo un efecto significativo en la OHRQoL.</p> <p>El estudio confirmó que el aumento del conocimiento y el comportamiento relacionados con la salud bucal, también aumentan la calidad de vida saludable y la autopercepción de esta. Se enfatizó en la importancia del desarrollo de programas de prevención y educación continua que puedan mejorar el conocimiento y el comportamiento relacionado con la salud bucal.</p>
--	--------------------	---	--	---