



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

32 

Calidad de vida oral



Fundación
Odontología Social



Contenidos:

Introducción al concepto de la calidad de vida oral, su marco teórico, metodología de evaluación y experiencias en España en este sentido.

Objetivos:

1. Conocer el concepto de calidad de vida oral.
2. Conocer la metodología exploratoria de la calidad de vida oral.
3. Describir los principales criterios de elección de un cuestionario de calidad de vida oral.
4. Tener conocimiento de los principales indicadores de calidad de vida oral validados en población española.

INTRODUCCIÓN

En 1988 David Locker ¹ afirmó que la Odontología era una rama de la Medicina basada en criterios estrictamente clínicos, tanto en su concepción como en el entendimiento de la patología oral, ya que las valoraciones subjetivas del paciente con respecto a su estado de salud oral rara vez habían sido consideradas.

Hace más de 30 años, algunos autores como Cohen y Jago ² o Nikias ³ fueron visionarios en este campo, ya que en 1976 sugirieron que los indicadores clínicos de salud oral podrían ser ampliamente mejorados añadiendo la dimensión del impacto social que una determinada situación oral provocaba en el paciente. Gracias a ellos surgió la idea de elaborar indicadores sociodentales como mediciones de la magnitud con la que las condiciones orales podrían alterar la vida diaria de una persona.

Más tarde, en la "Declaración de Berlín para la salud oral y servicios odontológicos" de 1992 ⁴, se concluyó que los indicadores sociodentales podrían ser estimadores de necesidades de tratamiento más relevantes que los propios índices clínicos ya que podrían valorar dimensiones como el dolor, discomfort, función masticatoria y estética, que difícilmente podrían ser valoradas por medidas clínicas objetivas.

La identificación de enfermedades orales sin tener en cuenta la percepción subjetiva del paciente ha recibido las siguientes críticas:

- Los juicios profesionales no están exentos de subjetividad y conveniencia.
- Hay evidencia científica de que los dentistas realizan tratamientos muy diferentes en costo y complejidad en situaciones similares⁵.
- Muchos de los tratamientos indicados según los índices estandarizados (CAOD, CPITN, DAI...) no afectan a la dimensión social y funcional que percibe el paciente, incluso algunas veces puede ser cuestionable el beneficio en salud. Este tipo de discrepancias ocurre sobre todo en aquellas condiciones en las que no hay una clara definición y demarcación de los estadios patológicos, como por ejemplo las alteraciones oclusales, alteraciones ortodóncicas...⁶.



- El enfoque normativo (juicio clínico profesional) no puede medir muchas cualidades abstractas asociadas a las necesidades de tratamiento odontológico como el dolor, discomfort, satisfacción con la estética, disfunción, bienestar...4.
- Los pacientes tienden a percibir menos problemas de salud oral de los que estima el profesional 7-10, por lo que no se puede justificar la necesidad de tratar basándose únicamente en el juicio clínico si no podemos mejorar el bienestar oral de los pacientes.
- Las necesidades normativas pueden ser cuestionadas en términos de derechos humanos o del consumidor. Siguiendo el principio hipocrático de "primum non nocere" junto con el derecho del paciente a tener autonomía de decisión con su salud, no debemos hacer daño a nadie aunque nos lo solicite, pero tampoco debemos procurar el bien si una vez informado de su situación no solicita tratamiento, aunque estuviera indiscutiblemente demostrado el beneficio en salud que dicho tratamiento pudiera aportarle.
- Desde el punto de vista de la Salud Pública no son adecuadas las planificaciones basadas en necesidades normativas de tratamiento porque no tienen en cuenta la escasez de recursos y sería incosteable.

No obstante existen situaciones donde se justifica el empleo del enfoque normativo:

- A nivel docente es necesario dotar a los alumnos pregrado de una visión normativa que les permita diferenciar los estadios fisiológicos y patológicos del aparato estomatognático. De esta forma, con interés didáctico, estos hitos normativos permitirán identificar las desviaciones de la normalidad permitiendo a los futuros profesionales actuar con fundamento en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades orales. Los criterios normativos internacionalmente validados se ofrecen en las ediciones periódicas de la OMS (1971, 1977, 1987 y 199711).
- Existen situaciones clínicas en las que el profesional debe recomendar tratamiento sin tener en cuenta la percepción del paciente: condiciones de riesgo vital, situaciones crónicas progresivas que puedan desencadenar una situación severa como precáncer, cáncer, en condiciones agudas graves como fracturas, infecciones severas. También en situaciones que entrañan riesgo para la Salud Pública.
- Cuando la percepción del paciente implique un acto profesional no basado en criterios científicos (por ejemplo extracción múltiple de dientes sanos, tallado de dientes sanos por motivos personales, coronar dientes sanos por motivos psicológicos...) En estos casos debe prevalecer el principio hipocrático de "primum non nocere".
- En los estudios poblacionales de salud oral, que se sirve de múltiples examinadores para la recogida de datos, es necesario que la calibración se realice acorde a criterios clínicos fiables y validados para instaurar el mayor grado de consistencia y objetividad posible, reduciendo de esta forma los sesgos en la recogida de datos.

Por tanto debemos reconocer que los índices clínicos tienen una tarea esencial a la hora de medir patología oral presente o pasada, pero fracasan a la hora de medir la salud o estimar necesidades de tratamiento, ya que esto implica una concepción más amplia del problema.

Indicadores Sociodentales

El cambio de perspectiva en la evaluación diagnóstica que se ha producido paulatinamente en las últimas tres décadas, ha motivado a muchos investigadores a desarrollar indicadores (mediciones indirectas) de los efectos que las enfermedades orales generan en el bienestar funcional, social y psicológico. La función original de estos indicadores era complementar los índices clínicos ya que éstos, sirven para medir la enfermedad pero tienen un poder limitado a la hora de explicar la salud oral, la sintomatología, la función masticatoria, el bienestar psicológico y social.

Los denominados "Indicadores Sociodentales" (Sociodental Indicators) valoran el impacto psicosocial que las condiciones orales producen en la vida diaria del individuo mediante cuestionarios que sondan las diferentes dimensiones del bienestar que se puedan ver afectadas por problemas de salud oral. Cuando alguna de estas dimensiones se ve afectada se dice que existe impacto en esa determinada dimensión.



La mayoría de los indicadores sociodentales o cuestionarios de calidad de vida oral, se encuadran en un marco teórico basado en la clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la OMS 12 que fue adaptada al ámbito odontológico por Locker en 1988 1. Este marco conceptual ha favorecido la comprensión de las diferentes consecuencias que puede tener la patología oral y de cómo medir, ponderar, clasificar y jerarquizar dichos efectos.

En este marco teórico se establece una jerarquía en las distintas consecuencias de la patología oral en un sujeto. El primer nivel está compuesto por las deficiencias orales, que serían las alteraciones anatómicas y/o funcionales del aparato estomatognático (una caries, una gingivitis, una displasia adamantina...). Estas alteraciones pueden o no cursar con cierto grado de limitación funcional o dolor, que serían el segundo nivel. Estas consecuencias representan el primer estadio de impacto negativo derivado de las deficiencias orales y pueden ser mutuamente contagiosas ya que una limitación funcional puede causar dolor, discomfot y viceversa. Imaginemos que la caries limita la función masticatoria por ese lado. Estas percepciones íntimas desagradables podrían o no generar impacto en el sujeto que sería el tercer nivel (Discapacidad). En este nivel el individuo percibe que por culpa del dolor o la limitación funcional, se ve afectada su capacidad física, psicológica y/o social de las tareas habituales en las que la boca participa (restricción de alimentos o interrupción de comidas, baja autoestima, irritabilidad...). En esta situación se puede pasar al cuarto nivel (Minusvalía), si por culpa de esta discapacidad, no puede realizar las tareas o roles que su contexto sociocultural le impone (Alteración del rendimiento laboral, la satisfacción con la vida...).



Cuestionarios de calidad de vida oral

La calidad de vida oral, que es el grado del bienestar que el paciente percibe con respecto a su boca puede ser indirectamente cuantificada mediante los indicadores sociodentales, y así estimar el bienestar actual o el cambio del bienestar producido tras una intervención. Formalmente los indicadores sociodentales son cuestionarios multi-items cuyas preguntas corresponden a las dimensiones con las que los creadores del cuestionario quisieron dar cobertura suficiente a la calidad de vida oral. Existen también métodos estadísticos (análisis de factores y componentes principales) para categorizar un grupo de preguntas en distintas dimensiones a las que luego se las denomina como sugiera la agrupación estadística creada. En general, los cuestionarios tienen tantas dimensiones como los autores hayan estimado oportuno según su base teórica y su filosofía analítica. Un trabajo reciente propone que la calidad de vida oral está estructuralmente conformada por tres dimensiones: dolor-discomfot, limitación funcional e impacto psicossocial 13.

Para codificar numéricamente el impacto oral (problemas percibidos con relación a la boca, dientes o dentaduras) las respuestas suelen estar en escala Likert que generalmente representa la frecuencia de aparición de los problemas orales. A mayor frecuencia de aparición, mayor código numérico y mayor nivel de impacto presenta el sujeto. Otros ponderan su impacto en base a la severidad más que la frecuencia de los impactos percibidos 14. Si bien actualmente los indicadores de calidad de vida oral más utilizados son el OHIP-14, el OHIP-20 y el OIDP (Ver Tabla 1), haremos un recorrido histórico de otros instrumentos disponibles y válidos.



En 1986 Cushing et al lo desarrollaron el primer indicador sociodental denominado “Social Impact of Dental Disease” (SIDD). El cuestionario estaba formalmente compuesto por 14 preguntas que pertenecían conceptualmente a 5 dimensiones: masticación, social, dolor, discomfort y estética. La puntuación total de impacto se obtenía sumando el número de dimensiones afectadas (de 0 a 5). El comportamiento del cuestionario SIDD mejoraba si se excluía la dimensión discomfort ya que al ser muy prevalente la puntuación global perdía validez de criterio respecto a variables clínicas. Esta doctora pionera sentó las bases científicas y operativas de las mediciones del bienestar oral y aunque no se ha vuelto a utilizar el SIDD otros cuestionarios [90] se han basado en él para mejorar su rendimiento descriptivo y analítico.

Gooch y Dolan 15 desarrollaron en 1989 el cuestionario “Dental Health Index” (DHI). Este breve instrumento estaba compuesto por 3 preguntas índices que representaban la dimensión dolor, preocupación y relaciones sociales. Las respuestas Likert codificadas de 1 a 4, representan la magnitud del bienestar oral. La brevedad es una virtud de cualquier cuestionario que puede convertirse en defecto invalidante si no da cobertura suficiente a las dimensiones que componen el constructo que se trata de medir.

Strauss 16 desarrolló el “Dental Impact Profile” (DIP). Este cuestionario estaba dotado de 25 preguntas (items) distribuidas conceptualmente en 4 dimensiones: masticación, estética, romance y bienestar. El formato de pregunta alude al efecto positivo, negativo o neutral que los dientes o dentaduras tienen en las 25 situaciones sondeadas. El perfil global de impacto se basa en la proporción de efectos negativos y positivos que los dientes producen en el individuo. Lo novedoso de este cuestionario es que obtiene un perfil global del efecto positivo o negativo de la boca cuando la mayoría de los cuestionarios de calidad de vida oral únicamente se centran en codificar numéricamente los efectos negativos de la boca, dientes o dentaduras. Inspirados en esta filosofía de medición bidireccional otros instrumentos han sido validados recientemente con este diseño¹⁷.

Atchison y Dolan (1990)¹⁸ diseñaron el cuestionario “Geriatric Oral Health Assessment Index” (GOHAI) destinado a valorar el impacto de los problemas orales en población anciana. El GOHAI tiene 12 preguntas que estadísticamente pertenecen a una única dimensión denominada bienestar oral que es abordada evaluando los siguientes aspectos: preocupación con la boca, dificultad al masticar, tragar, relaciones sociales y dolor-discomfort. Al tener una sola dimensión el uso de este cuestionario no permite calcular cómo se afectan las diferentes parcelas del bienestar oral. El formato de pregunta recoge la frecuencia de aparición de las 12 situaciones de impacto en los últimos 3 meses. Las respuestas en escala Likert estaban codificadas de cero a cinco por lo que el rango de impacto total variaba de 0 a 60. Originalmente a mayor puntuación mayor bienestar oral porque el cuestionario estaba codificado a la inversa. El GOHAI es un instrumento que por ser corto y destinado específicamente a la población anciana para la que tiene adecuada validez lo hacen ideal para estudios epidemiológicos sobre este ingente grupo poblacional. Pero como posteriormente ha sido exitosamente validado en muestras de edades más jóvenes las autoras recomendaron denominarlo “general” en lugar de “geriatric” sin que se alteren sus siglas GOHAI.

Leão y Sheiham (1995) 19 desarrollaron el cuestionario “Dental Impact on Daily Living” (DIDL) para estudiar los impactos orales de la población adulta brasileña. Constituido por 36 items pertenecientes a 5 dimensiones: comfort, apariencia, dolor, rendimiento social y restricción alimentaria. Este cuestionario estaba basado en el SIDD de Cushing et al (1986) [37] con la incorporación adicional de una escala visual donde los sujetos encuestados ponderaban la importancia relativa de cada dimensión en su peculiar concepción de calidad de vida oral. De esta forma se pudo analizar cómo variaba el peso relativo de los diferentes componentes de la calidad de vida oral dentro de los subgrupos poblacionales brasileños. El DIDL obtiene información acerca de la frecuencia y de la severidad percibida por cada sujeto respecto a sus problemas orales dando como resultado puntuaciones dentro de cada dimensión y también una puntuación global ponderada de calidad de vida oral.

Slade y Spencer (1994) 20 desarrollaron en Australia el cuestionario “Oral Health Impact Profile” (OHIP-49) para capturar y jerarquizar los impactos orales según las pautas del marco conceptual propuesto por Locker¹. El cuestionario original de 49 preguntas (OHIP-49) recoge información acerca de 7 dimensiones teóricas: limitación funcional, dolor, discomfort psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía. Para un análisis refinado de la calidad de vida oral el OHIP-49 ofrece tanto una puntuación global del nivel de impacto como la comparación del peso relativo de las 7 dimensiones en esta puntuación. En su estudio encuentran que la limitación funcional es la dimensión más frecuentemente afectada en los sujetos edéntulos. La puntuación global toma valores en el rango de 0 (ningún impacto oral) a 49 (máximo impacto oral).

Una de las principales limitaciones del OHIP-49 radica en su gran extensión (49 preguntas) por lo que Slade (1997) 21 validó el OHIP en formato corto con 14 preguntas (OHIP-14) derivadas de las 49 originales manteniendo suficiente capacidad psicométrica y discriminativa. Si el cuestionario va a utilizarse sobre sujetos edéntulos el OHIP necesita incorporar 6 ítems para dar cobertura apropiada a los peculiares impactos de este colectivo (OHIP-20)²².

El OHIP-14 es uno de los instrumentos más internacionalizados al que se le ha reconocido su idoneidad para describir, discriminar y evaluar el bienestar oral²³. El OHIP-20 ha demostrado capacidad discriminativa entre cohortes de edéntulos con mayor o menor probabilidad de beneficiarse del tratamiento implantológico²⁴. Asimismo el OHIP-14 posee cierta capacidad evaluativa del bienestar oral tras la intervención terapéutica^{25, 26}.

En 1997 Adulyanon y Sheiham 14 presentaron el cuestionario ODP (Oral Impacts on Daily Performances) diseñado para evaluar los impactos terminales (discapacidad ó minusvalía) que las condiciones orales generan en la vida diaria de las personas. Desde el punto de vista conceptual tiene 8 dimensiones: comer, pronunciar, higiene, rol ocupacional, relaciones sociales, dormir-relax, sonreír y estado emocional, valoradas cada una por un ítem en el que se evalúa el impacto en términos de frecuencia y severidad por el propio individuo. A pesar de ser un instrumento corto tiene adecuada fiabilidad y validez, lo que ha permitido que sea utilizado en estudios epidemiológicos dentro de diferentes contextos socioculturales.

TABLA 1. PRINCIPALES INDICADORES SOCIODENTALES DISPONIBLES PARA POBLACIÓN ESPAÑOLA.

ACRÓNIMO	POBLACIÓN DIANA	ITEMS
GOHAJ ²⁹	Ancianos	12
OHIP-14 ³⁰	Adultos o ancianos	14
OIDP ³¹	Adultos o ancianos	8
OIDP-CHILD ³²	Niños de 10-14 años	8
OHIP-20 ³³	Edéntulos totales	20
PQL ¹⁷	Portadores de dentadura total o parcial	11

Elaboración Propia.

También ostenta propiedades evaluativas (capacidad de detectar cambios del bienestar oral en estudios longitudinales con o sin intervención terapéutica)²⁷.

Algunos autores han tratado de simplificar las mediciones abstractas utilizando exitosamente la escala universal de cero a diez para que los sujetos valoren su estado de salud oral, su satisfacción oral u otras percepciones en las que pueda establecerse un rango lógico; tanto tangencial como longitudinalmente²⁸. A pesar de su sencillez, rigurosos estudios han sancionado positivamente la capacidad explicativa, discriminativa y evaluativa de esta escala autovalorativa de satisfacción oral (ESO 0-10). La Tabla 1, muestra los principales cuestionarios de calidad de vida oral validados para su uso en población española.

Selección de un cuestionario de calidad de vida oral

Aunque pueda resultar muy atractivo crear un instrumento nuevo de calidad de vida oral, es importante recordar que su elaboración y validación consumen mucho tiempo y no se tiene la certeza de que será útil. Además la tendencia científica actual se dirige a la internacionalización de los instrumentos ya validados para poder comparar los resultados entre poblaciones e inferir sobre los factores socio-culturales implicados en la calidad de vida oral.



Todos los cuestionarios de calidad de vida oral han demostrado tener muchas similitudes de contenido y una relativamente buena capacidad psicométrica pero difieren en el objetivo preciso para el que fueron diseñados, en el número de preguntas, en la presencia o no de subescalas, en el método de administración, en los tipos de respuestas ofrecidas, en la incorporación o no de ponderaciones de dimensiones, en el período de tiempo evaluado y en el sistema de cómputo para la provisión de una puntuación global y parcelada.

En general ningún instrumento es mejor que otro ni existe un grupo de preguntas que se consideren "estándar de oro". Por ello se deben tener en cuenta las pautas que se exponen a continuación para seleccionar un cuestionario de calidad de vida oral. El primer paso consiste en clarificar el propósito del estudio que puede ser descriptivo, predictivo, discriminativo o evaluativo. Los cuestionarios descriptivos se utilizan para documentar la prevalencia y naturaleza de los impactos orales en la población de referencia. Originalmente todos los cuestionarios eran de carácter descriptivo, como los objetivos de los estudios preliminares de la calidad de vida oral. Los cuestionarios predictivos permiten seleccionar aquellos sujetos candidatos a beneficiarse o perjudicarse de una intervención terapéutica. Los cuestionarios discriminativos permiten distinguir tanto enfermedades diferentes como entre enfermos que difieren en su estado clínico o en su severidad. Los cuestionarios evaluativos permiten valorar los cambios producidos en la calidad de vida de forma natural o tras intervención terapéutica. Hasta la fecha existen pocos estudios al respecto siendo David Locker el autor que más rigurosamente describe los diferentes métodos de valoración de la capacidad evaluativa de un cuestionario de calidad de vida oral³⁴.

Lo ideal sería que un mismo cuestionario tuviera esta polivalencia pero los formatos de preguntas y respuestas difieren entre unas propiedades y otras, por lo que hoy en día no disponemos de ningún cuestionario de calidad de vida oral con estas cuatro versiones validadas.

Una vez establecido nuestro tipo de estudio tendremos que evaluar una serie de características generales de cuyo cómputo se establecerá un criterio útil de selección. Estas características son:

- **Claridad:** el cuestionario debe de estar escrito en las formas adecuadas y con el léxico apropiado para la población a la que vaya dirigida. Si un cuestionario tiene suficiente claridad podría ser autorellenable y esto supondría un atributo de aplicabilidad idóneo en estudios epidemiológicos. Algunos cuestionarios emplean iconos o imágenes sugestivas para dirigirse a la población infantil.
- **Sencillez:** el cuestionario no debe de ser complicado de rellenar ni tampoco muy extenso ya que podemos introducir sesgos por fatiga o por incapacidad del encuestado. Es una propiedad ideal para cualquier instrumento diagnóstico.
- **Sensibilidad:** el cuestionario debe detectar impactos orales ligeros y en ocasiones de corta duración para tener adecuada capacidad descriptiva, predictiva, discriminativa y evaluativa.
- **Validez:** el cuestionario debe de medir realmente el constructo o dimensión subyacente para el que ha sido confeccionado. Existen diferentes tipos de validez: la validez aparente es la valoración cualitativa de los componentes y del aspecto formal de un cuestionario llevada a cabo por expertos en la materia; la validez de contenido es la evaluación integral del comportamiento del cuestionario respecto al soporte teórico subyacente de la calidad de vida oral. La validez de criterio exige la tenencia de un índice estandarizado (estándar de oro) contra el cual se compara el nuevo índice desarrollado y de esta forma se puede calcular la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del nuevo índice. En los casos en los que no exista un estándar de oro (como en nuestro caso) se evalúa como aproximación a su comportamiento con respecto a variables subjetivas relacionadas con el constructo: quejas con la boca, necesidades percibidas de tratamiento, satisfacción oral. La validez de constructo se evalúa mediante un juicio cualitativo de la lógica y coherencia del comportamiento del cuestionario frente a entidades clínicas o subjetivas que puedan encuadrarse jerárquicamente en el marco teórico.
- **Fiabilidad y Consistencia:** el cuestionario debe ser capaz de obtener resultados similares en situaciones similares. Si repetimos el cuestionario a una submuestra del estudio en un corto período de tiempo se deben de obtener resultados similares. La medición será científicamente fiable cuando por su consistencia permita obtener resultados repetibles en el mismo sujeto por el mismo observador u otros. Cuanto más exacta, más objetiva, más dimensional y más estable sea la consistencia mayor será su validez.
- **Codificable:** el cuestionario debe expresar una situación abstracta en una variable cuantitativa

que es el formato que puede recibir mejor tratamiento estadístico. Generalmente la codificación numérica se corresponde con la frecuencia de aparición de impactos en los últimos meses (3, 6 ó 12 meses) pero otros autores codifican también la severidad con la que dicho impacto afecta o afectó a su vida diaria¹⁴. A mayor puntuación de un cuestionario mayor nivel impacto oral.

- **Adaptabilidad:** Como la calidad de vida oral es multidimensional, personal e intransferible parece ilógico aplicar a todas las personas el mismo esquema de dimensiones y con la misma importancia relativa. Algunos cuestionarios¹⁹ están cualificados para ponderar aquellas dimensiones que dentro de su constructo son valoradas como más importantes por el encuestado y de esta forma se puede personalizar parcialmente el peso dimensional. Otros ponderan, en función de la severidad del impacto percibido, las dimensiones afectadas¹⁴. Una aproximación más exacta consistiría en que los sujetos declararan qué dimensiones son las más valoradas en su idiosincrática concepción de lo que es la calidad de vida oral. No obstante hay estudios que consideran irrelevante la ponderación dimensional de un cuestionario en el efecto global sobre las propiedades psicométricas³⁵.

- **Equivalencia intercultural:** esta propiedad implica adaptaciones lingüístico-culturales entre sociedades e incluso dentro de una misma sociedad. Un mismo cuestionario difícilmente puede ser ecuanímanamente válido entre culturas, precisamente porque los conceptos de salud y bienestar no son universales. Pero la elección de un cuestionario que haya sido adaptado a diferentes culturas o subgrupos sociales en diferentes países permitirá disponer de datos comparables que nos ayuden a dilucidar las lagunas aún pendientes de las peculiaridades socioculturales del bienestar oral. Los cuestionarios más internacionalizados son el OHIP (Australia, Estados Unidos, Canadá, China, Finlandia, Francia, Alemania, Suecia, Israel, Japón, Brasil, Sri Lanka y España.), el GOHAI (Estados Unidos, Francia, Alemania, Portugal, Corea del Sur, China y España) y el OIDP (Gran Bretaña, Grecia, Suecia, Francia, Brasil, Tanzania, Uganda, Birmania, Tailandia y España). La sistemática metodológica para analizar la equivalencia intercultural de un determinado cuestionario queda adecuadamente recogida en el trabajo de Allison y Locker³⁶, aunque implica una exquisitez metodológica desde la adaptación lingüístico-cultural del instrumento hasta la selección muestral y aplicación del cuestionario para que las diferencias puedan ser indefectiblemente achacables al factor cultural.

- **Generalidad/ Especificidad:** los cuestionarios de calidad de vida oral son específicos de la salud oral en comparación con cuestionarios genéricos de calidad de vida general. Sin embargo, la mayoría son genéricos de salud oral y hasta ahora no existen cuestionarios específicos de las diferentes especialidades patológicas. La principal ventaja de un cuestionario genérico es que permite la comparación de diferentes patologías orales utilizando el mismo instrumento, pero no profundizará en las dimensiones o en las peculiaridades de impacto que caracterizan a una determinada patología, por lo que será menos sensible y válido para evaluar impactos en patologías específicas.

Experiencias de calidad de vida oral en España

Uno de los equipos de investigadores más prolíficos en calidad de vida oral de la población española, está liderado por el Prf Manuel Bravo de la Universidad de Granada. Este grupo ha publicado varias tesis relacionadas con la calidad de vida oral en población infantil, adulta y anciana. Desde los inicios del siglo XXI se han validado varios indicadores de calidad de vida oral en población general, como el OHIP-14³⁰, el OHIP-20³³ y el OIDP³¹. Comparativamente se ha concluido que el OHIP es más sensible a detectar impactos y tiene mayor validez aparente que el OIDP (otro indicador muy difundido internacionalmente)³⁷. En población adulta español se ha confirmado factorialmente que el constructo de la calidad de vida oral está conceptualmente ligado a 3 dimensiones: dolor, impacto psicosocial y limitación funcional¹³. Existen factores sociodemográficos (fundamentalmente el género y la edad) y conductuales (patrón de visitas al dentista) de trasfondo en la percepción del bienestar de los pacientes dentales españoles³⁸. También algunos factores prostodónticos como la longitud de arcada y el engranaje oclusal son predictores del bienestar y la satisfacción oral³⁹. En un estudio³⁹ realizado sobre 624 adultos españoles sin dentaduras y con el grupo anterior presente (de canino a canino) que fueron evaluados clínicamente y en términos de rendimiento funcional al comer, pronunciar, sonreír y relaciones sociales, se concluye que los individuos con arcada dental acortada presentaron significativamente problemas más frecuentes, duraderos y severos al comer, pronunciar y sonreír que aquellos que tenían las arcadas interrumpidas o completas. Esta tendencia fue también ratificada en términos de satisfacción, aunque en promedio todos



los grupos estaban satisfechos³⁹. También se ha constatado que los pacientes tratados con prótesis en la Clínica Odontológica de la Universidad de Salamanca tienen niveles de bienestar comparables a un grupo control que ni demanda ni necesita tratamiento protésico⁴⁰. Además el principal beneficio del tratamiento protésico fue percibido en dimensiones relacionadas con la masticación, estética y el estado general de la boca. Sin embargo una proporción no esperada de pacientes tratados con prótesis declararon que su calidad de vida había empeorado a raíz del tratamiento protésico, sobre todo en la dimensión masticación (23%) o dolor-discomfort (19%)⁴⁰. Estos datos provienen de un estudio transversal de cohortes, pero no se pudo realizar comparaciones intrasujeto ya que no hubo seguimiento. Para evaluar el impacto del tratamiento protésico podría utilizarse un cuestionario PQL, recientemente validado en portadores españoles de prótesis removibles¹⁷.

Existe evidencia científica de que en la población adulta y anciana española, las necesidades de prótesis y la caries juegan un papel esencial e independiente en la percepción del dolor y la dificultad masticatoria⁴¹.

Sin embargo son muchas las incógnitas sobre qué beneficio perciben nuestros pacientes tras una intervención preventiva o terapéutica. Animo a todos los potenciales investigadores a que contribuyan con más datos enfocados en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Locker D. *Measuring Oral Health: A conceptual framework. Community Dent Health.* 1988; 5: 3-18.
2. Cohen K, Jago JD. *Toward the formulation of sociodental indicators. Int J Health Serv.* 1976; 6: 681-98.
3. Nikias MK, Sollecito WA, Fink R. *An empirical approach to developing multidimensional oral status profiles. J Public Health Dent.* 1978; 38: 148-58.
4. Sheiham A. *The Berlin Declaration on Oral Health and Oral Health Services; Berlin Declaration. Summary Report. Community Dent Health.* 1993; 10: 289-92.
5. Elderton RJ, Nuttal NM. *Variation among dentists in planning treatment. Br Dent J.* 1983; 154: 201-6.
6. Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. *The concept of need in dental care. Int Dent J.* 1982; 32: 265-70.
7. Giddon DB, Mosier M, Colton T, Bulman JS. *Quantitative relationships between perceived and objective need for health care-dentistry as a model. Public Health Rep.* 1976; 91: 508-13.
8. Smith JM, Sheiham A. *Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. Community Dent Oral Epidemiol.* 1980; 8: 360-4.
9. Barenthin I. *Dental health status and dental satisfaction. Int J Epidemiol.* 1977; 6: 73-79.
10. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. *Developing socio-dental indicators. The social impact of dental disease. Community Dent Health.* 1986; 3: 3-17.
11. World Health Organization. *Oral Health Surveys. Basic Methods. 4th Edition. World Health Organization. Geneva;* 1997.
12. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva;* 2001
13. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. *Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. Health Qual Life Outcomes.* 2010 21;8:24.
14. Adulyanon S, Sheiham A. *Oral Impacts on Daily Performances. En: Measuring oral health and quality of life. Ed: Slade GD. Chapel Hill. University of North Carolina;* 1997. p. 151-60.
15. Dolan TA, Gooch BR. *Dental Health questions from the rand health insurance study. En: Measuring oral health and quality of life. Ed: Slade GD. Chapel Hill. University of North Carolina;* 1997. p. 65-70.
16. Strauss RP. *The Dental Impact Profile. En: Measuring oral health and quality of life. Ed: Slade GD. Chapel Hill. University of North Carolina;* 1997. p. 81-92.
17. Montero J, Bravo M, López-Valverde A. *Development of a specific indicator of the well-being of wearers of removable dentures. Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 Jun 1.

18. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990; 54: 680-7.
19. Leão A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health.* 1996; 13: 22-6.
20. Slade GD, Spencer JA. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994; 11: 3-11.
21. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25: 284-290.
22. Allen PF, McMillan AS. The impact of tooth loss in a denture wearing population: an assessment using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1999; 16: 176-80.
23. Hegarty AM, McGrath C, Hodgson TA, Porter SR. Patient-centred outcome measures in oral medicine: are they valid and reliable? *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 31: 670-4
24. Allen PF, McMillan AS, Walshaw D, Locker D. A comparison of the validity of generic- and disease-specific measures in the assessment of the oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999; 27: 344-52.
25. Awad MA, Lund JP, Dufresne E, Feine JS. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. *Int J Prosthodont.* 2003; 16: 117-22.
26. John MT, Slade GD, Szentpetery A, Setz JM. Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosthodont.* 2004; 17: 503-11.
27. Melas F, Marcenés W, Wright PS. Oral health impact on daily performance in implant-stabilized overdentures and patients with conventional complete dentures. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2001; 16: 700-12.
28. Dolan TA, Peek CW, Stuck AE, Beck JC. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998; 26: 62-9.
29. Gil-Montoya JA, Subirá C, Ramón JM, González-Moles MA. Oral health-related quality of life and nutritional status. *J Public Health Dent.* 2008;68(2):88-93
30. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009 Jan 1;14(1):E44-50.
31. Montero J, Bravo M, Albaladejo A. Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. *Health Qual Life Outcomes.* 2008; 18 (6):101.
32. Rosel E, Tsakos G, Bernabé E, Sheiham A, Bravo M. Assessing the level of agreement between the self- and interview-administered Child-OIDP. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010; 38(4):340-7.
33. Montero J, Macedo C, López-Valverde A, Bravo M. Validation of the Oral Health Impact Profile (OHIP-20sp) for edentulous Spanish patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 (in press)
34. Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; 32: 10-8.
35. Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health.* 1997; 25: 284-90.
36. Allison P, Locker D, Jokovic A, Slade G. A Cross-cultural Study of Oral Health Values. *J Dent Res.* 1999; 78: 643-9.
37. Montero J, López JF, Vicente MP, Galindo MP, Albaladejo A, Bravo M. Comparative validity of the OIDP and OHIP-14 in describing the impact of oral health on quality of life in a cross-sectional study performed in Spanish adults. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Jan 10.
38. Montero J, Yarte JM, Bravo M, López-Valverde A. Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Jan 10.
39. Montero J, Bravo M, Hernández LA, Dib A. Effect of arch length on the functional well-being of dentate adults. *J Oral Rehabil.* 2009; 36(5):338-45.
40. Montero J, López JF, Galindo MP, Vicente P, Bravo M. Impact of prosthodontic status on oral wellbeing: a cross-sectional cohort study. *J Oral Rehabil.* 2009;36(8):592-600.
41. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López-Valverde A, Casals E, Cortes FJ, Llodra JC. Oral pain and eating problems in Spanish adults and elderly in the Spanish National Survey performed in 2005. *J Orofac Pain* 2011. 25(2):141-52

