



GIOG
GRUPO DE INVESTIGACIÓN
EN ODONTOGERIATRÍA
UNIVERSIDAD DE TALCA



Taller Odontogeriatría

XIX Congreso Sociedad Chilena de Geriatria y
Gerontología 2015



Soraya León Araya
CD, MSc, Doctorante en Odontología UFRGS
Escuela de Odontología
Universidad de Talca

www.giog.cl

www.pieies.otalca.cl

sleon@otalca.cl

Orígenes

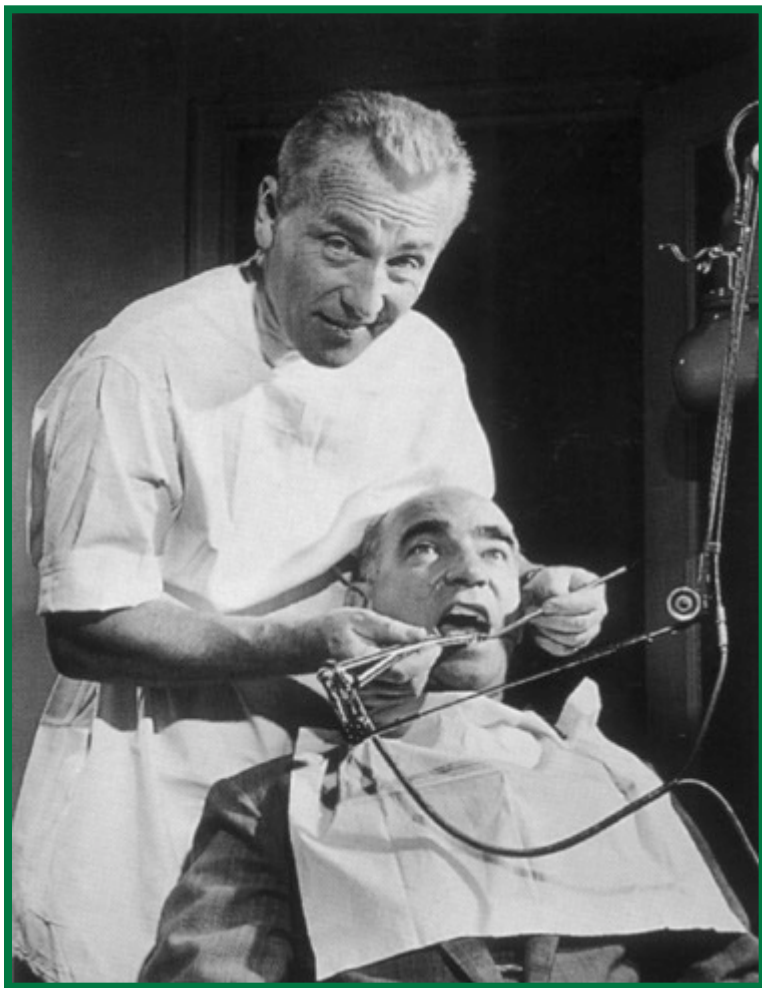


- 3.000 AC
- 1º dentista Hesi – Re,



S XVIII: En ambiente carnavalesco, viajaban, cortando el pelo, curando hemorragias, drenando abscesos y extrayendo dientes

▪ Siglo XX



▪ Siglo XXI



Las Personas Mayores

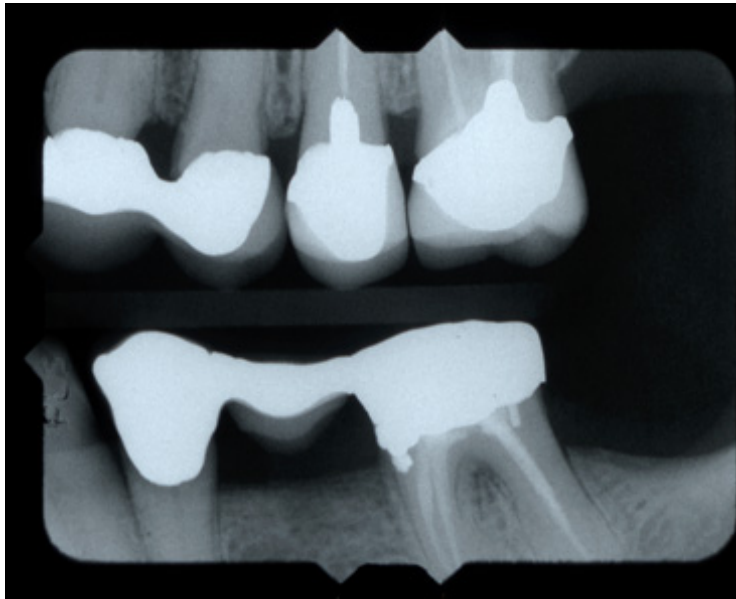
- > Conservación de dientes naturales (Petersen PE, 2010), Agua fluorada, educación, desarrollo de la odontología (Jeannotte, 2007; Murray T, 2014)
- Funcionalmente independientes, en busca de tratamientos conservadores, lo que tenían en su juventud (Brothwell DJ, 2008 – Ettinger RL, 1993, 1999)
- **GERONTOLESCENCIA** Una nueva etapa de la vida (entre adultez y vejez, 20/30 años, 80 años)



Las Personas Mayores

- > Riesgo de caries y enfermedad periodontal (Chalmers, 2002; Ettinger, 2012)
- E. crónicas, xerostomía (Thomson , 2000; Guggenheimer, 2003; Chalmers, 2006)
- Ttos. odontológicos más complejos (Ettinger, 2006)

1999



2005

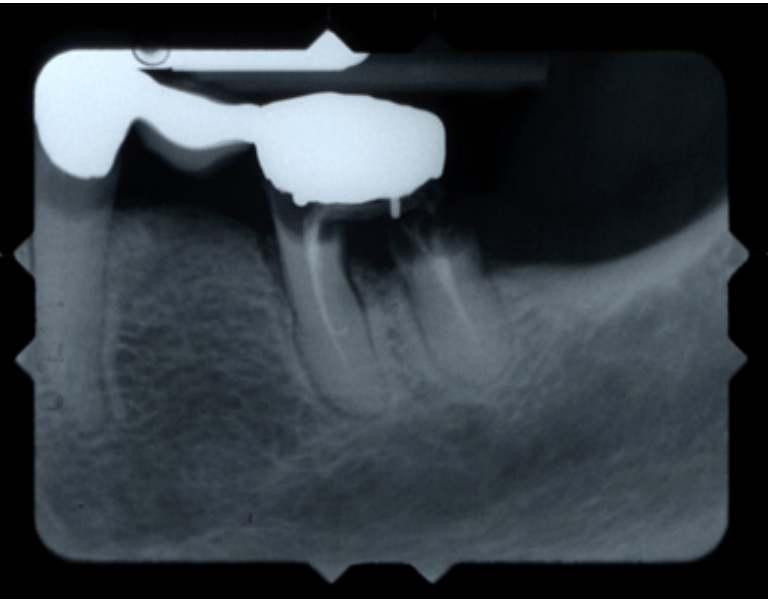


Figure 1: Multiple caries in an older woman who had not experienced this problem previously. Between 1999 (age 58 years) and 2005 (age 64 years), 3 chronic medical conditions developed in this patient, and 2 medications with oral anticholinergic adverse effects were initiated; the patient presented with both xerostomia and salivary gland dysfunction.



Original article

Geriatric dentistry content in the curriculum of the dental schools in Chile

Soraya León^{1,2,3*}, Francisca Araya-Bustos¹, Ronald L. Ettinger⁴ and Rodrigo A. Giacaman^{1,2,3}

¹Gerodontology Research Group (GIORG), School of Dentistry, University of Talca, Chile; ²Interdisciplinary Excellence Research Program on Healthy Aging (PIEL-ES); ³Cariology Unit, Department of Oral Rehabilitation, University of Talca, Chile; ⁴Department of Prosthodontics and Dows Institute for Dental Research, University of Iowa, Iowa City, IA, USA

Com
nece

Gerodontology 2014; doi:10.1111/ger.12171

Geriatric dentistry content in the curriculum of the dental schools in Chile

Malla
2009 –

Objective: The purpose of this study was to identify the status of pre-doctoral geriatric dentistry education among all Chilean dental schools.

Background: Chile is one of the most rapidly ageing countries in Latin America. Consequently, specific knowledge and training on the needs of elderly populations need to be emphasised in dental schools. The current extent and methods of teaching geriatric dentistry among the dental schools in Chile are unknown.

Materials and methods: A web-based questionnaire was developed and sent to all 19 Chilean dental schools to identify which schools had a formal programme on geriatric dentistry and ask about their format, content and type of training of the faculty who taught in the programmes. Data were analysed, and a comparison was made among the schools.

Results: Sixteen (84%) of the participant schools reported teaching at least some aspects of geriatric dentistry, using various methodologies, but only 7 (37%) had specific courses. Of those schools reporting a didactic content on geriatric dentistry, 71% included clinical training, either in the school's dental clinics or in an extramural service. Contents mostly included demographics of ageing, theories of ageing and medical conditions. More than half of the faculty (57%) stated that they had formal training in geriatric dentistry, 43% were trained in prosthodontics, public health or other areas.

Conclusions: Although most dental schools taught geriatric dentistry, only some had a specific course. Most schools with formal courses followed the international curriculum guidelines for geriatric dentistry.

Keywords: geriatric dentistry, dental education, Chile, dental curriculum.

Accepted 20 October 2014



Envejecimiento del Sistema Estomatognático



Soraya León Araya
CD, MSc, Doctorante en Odontología UFRGS
Escuela de Odontología
Universidad de Talca

www.giog.cl

www.pieies.otalca.cl

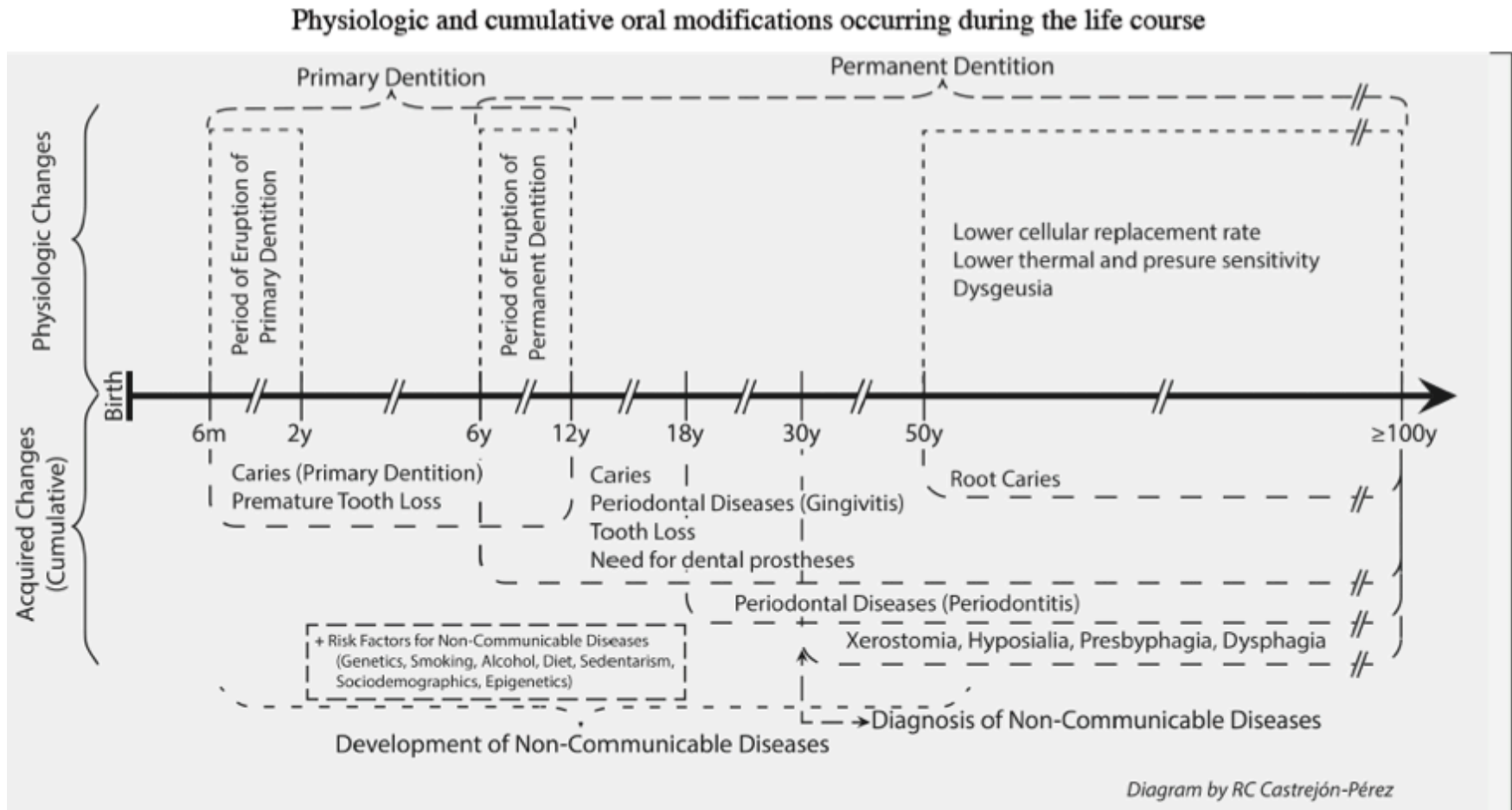


Sistema Estomatognático



- ✓ Apófisis mastoides/Región infraorbitaria/Hioides.
- ✓ Neuromusculatura
- ✓ Periodonto
- ✓ Oclusión
- ✓ ATM

Modificaciones Bucales en el curso de vida



ENVEJECIMIENTO BUCAL:

1. Mucosa oral

- Alteraciones hormonales o nutricionales, ↓ S. Inmune, enfermedades sistémicas, fármacos, rayos U.V., tabaco, prótesis.
- Atrofia células epiteliales, < queratinización
- Aplanamiento unión conectivo epitelial (delgada y lisa) (Williams, 1994)
- ↓ células, colágeno y f. elásticas irregulares (< elasticidad, > irritación)
- No interfiere en su función normal



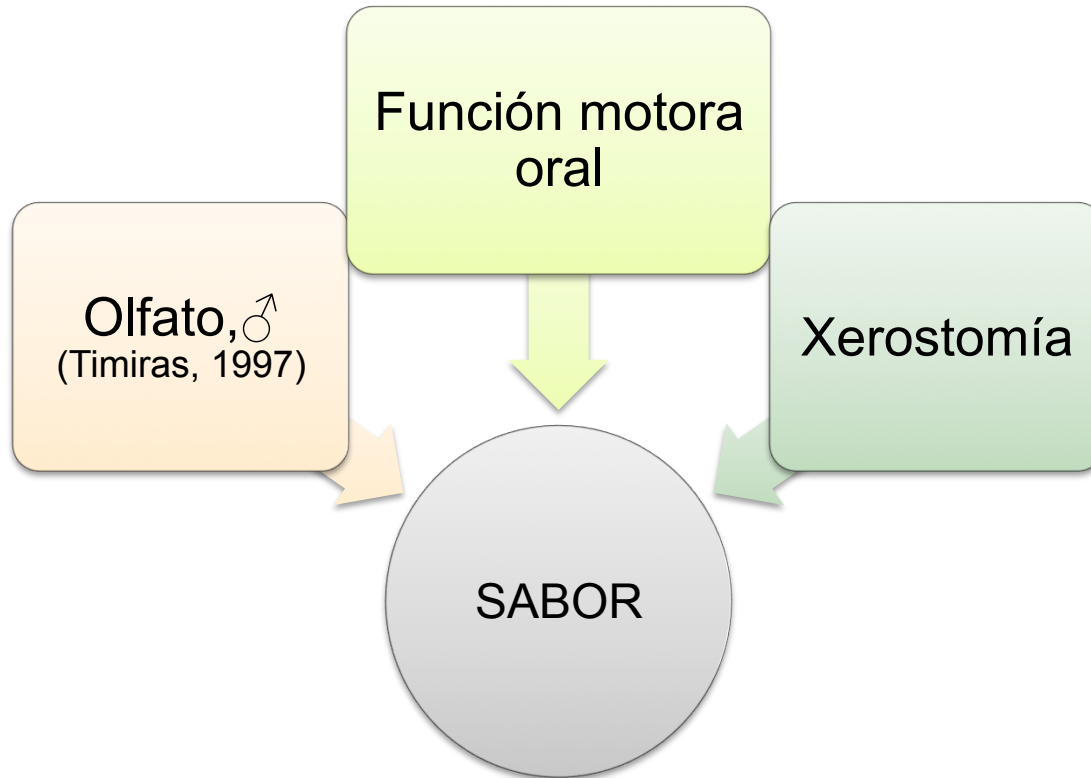
ENVEJECIMIENTO BUCAL:



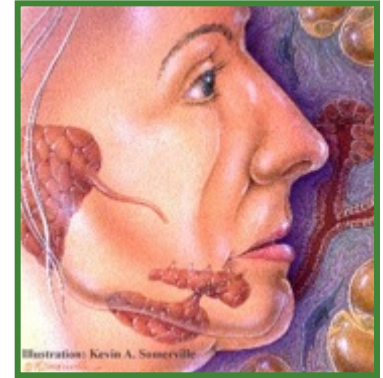
2. *Sentido del Gusto:*

- *< afectado*
- *N° de papilas y botones gustativos permanece constante*
- *Fisiológico: ↑ del umbral gustativo Salado > Amargo > Ácido > **Dulce** (Timiras, 1997)*
- *Patológico: Ageusia, hipogeusia, disgeusia, glosodinia, glosopirosis (HO, fármacos, tabaco)*

ENVEJECIMIENTO BUCAL:



Envejecimiento bucal:



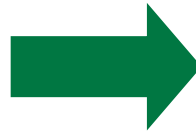
Glándulas Salivales:

- Peso total ↓ después de los 75 años
- Submaxilar, sublingual y menores ↓ 50 -70% (tej. adiposo y conectivo).
- Parótida estable con la edad
- Capacidad funcional global salival no presenta una ↓ significativa con la edad, AM sanos (Ship., 1990)
- Hipofunción salival: enfermedades sistémicas, S. Sjögren (Atkinson, 2005), radioterapia, quimioterapia, farmacoterapia (Williams, 2005)

ENVEJECIMIENTO BUCAL:

Glándulas Salivales:

Arrastre mecánico
Inmunológica, Buffer
Lubricación intraoral
Remineralización
Formación del bolo,
Absorción



Caries (Fluoruros)
Sequedad boca-labios
Disfagia- disgeusia
Gingivitis-halitosis
Mucositis
Candidiasis
Desajuste protésico (EM)
DESNUTRICIÓN

XEROSTOMÍA EN AM:

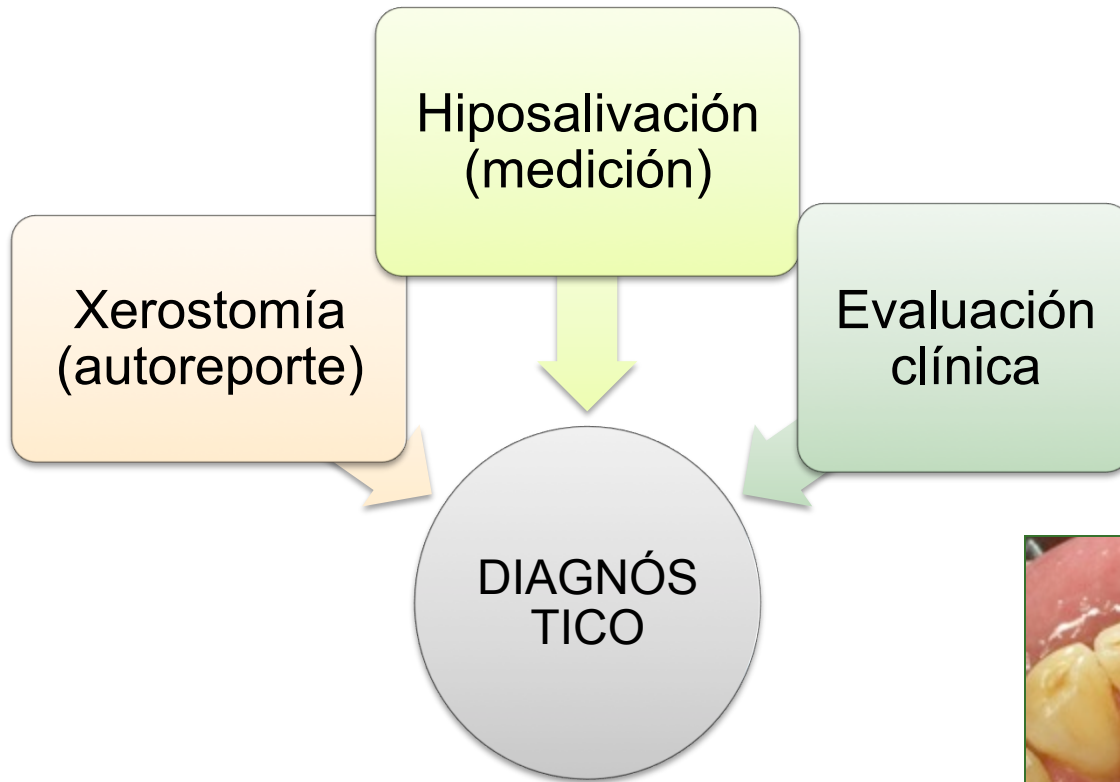


Foto cortesía Dr. R. Giacaman.

XEROSTOMÍA EN AM:

> flujo salival a > **frecuencia** de masticación (Gaviao, 2004)

A < **fza** masticación < flujo salival E, indep del sexo y medicación en AM (Ibeke, 2007) Pacientes con sondas.

Estimulación gustativa > que la masticación (Watanabe, 1998) E c/ F, xilitol , s/ácidos (da Mata, 2009)



XEROSTOMÍA FN AM

Tratamiento:

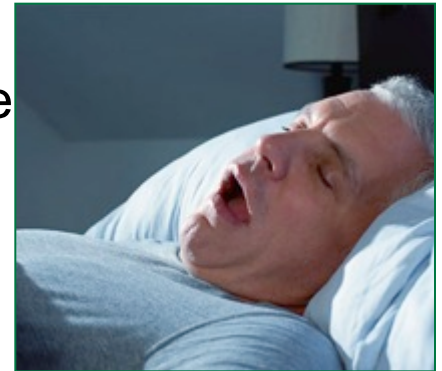
- ✓ Aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras
- ✓ Cambiar medicamentos, si es posible (amitriptilina a nortriptilina)
- ✓ Sustitutos de la saliva (Magistral)
- ✓ pilocarpina 5-7.5 mg comprimidos Ph ácido; tabletas SalivaSure (xilitol, ácidos frutales, sales y un tampón de fosfato, pH es Ok)
- ✓ Emolientes tópicos (intraorales, labiales)
- ✓ Pasta dental sin Lauryl Sulfato de Sodio (SLS) → úlceras, xilitol
- ✓ No usar limón, glicerina (se convierte en alcohol)
- ✓ No usar enjuagues bucales que contengan alcohol.



XEROSTOMÍA EN AM:

Consejos:

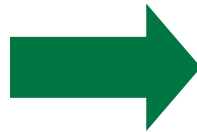
- ✓ Beba agua fresca durante el día o dejar que el hielo se derriten en la boca;
- ✓ Tome leche con sus comidas
- ✓ Evite el alcohol, o enjuagues bucales que contiene alcohol
- ✓ Restringir la cafeína
- ✓ Use **chicles** o dulces sin azúcar
- ✓ Utilice emolientes tópicos en sus labios
- ✓ Dormir de lado
- ✓ Use un vaporizador con agua fría en el dormitorio
- ✓ Controles regulares con su dentista para reducir el riesgo de:
 - ✓ Dolor bucal, S. boca urente
 - ✓ Micosis
 - ✓ Caries
 - ✓ Enfermedad periodontal



Envejecimiento bucal:

Neuromusculatura:

Cambios
degenerativos
SNC y músculos
(grasa, tej. fibroso)



↓ Coordinación
neuromuscular

↓ Habilidad masticatoria:
tiempo, fuerza 6 veces < ,
comidas (Miguel, 1984)

↓ Sensibilidad, presbialgia
(dentaria, articular,
periodontal, etc.)

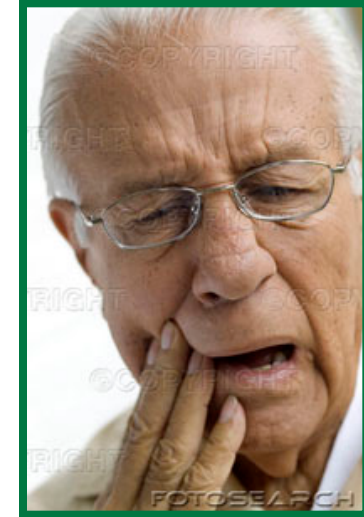
↓ Adaptabilidad a prótesis

ENVEJECIMIENTO ORAL:

Neuromusculatura:

CONSIDERACIONES CLINICAS

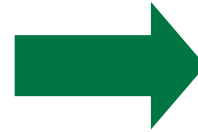
- ❑ > tiempo adaptación prótesis
- ❑ Reforzar higiene – Cuidadores
- ❑ Control químico – mecánico con cepillo eléctrico
- ❑ Mantenición



Envejecimiento bucal:

Cambios Morfológicos Faciales:

↓ Elasticidad
↓ Tejido adiposo –
Muscular (sarcopenia) –
Conectivo



↑ Pliegues
Profundización surcos
Adelgazamiento labial



ENVEJECIMIENTO BUCAL:

Lengua:

- Atrofia papilas piriformes (50 a)
- Varicosidades nodulares
- Glositis atrófica: depapilada, ↓ vit. B
- Glosopirosis: anemia, diabetes.
- Lengua saburral: ↓ act. muscular, xerostomía, higiene, alimentos blandos.
- Lengua fisurada: fisiológica, traumatismos y ulceraciones, ↓ sabor higiene.

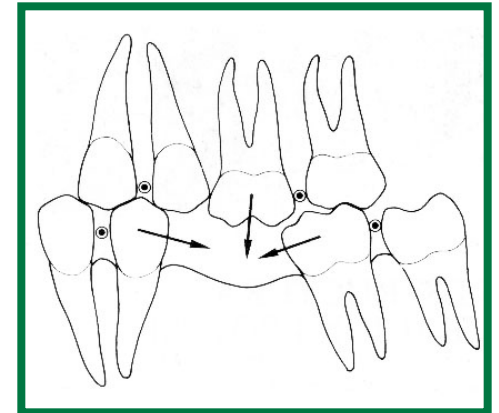


ENVEJECIMIENTO BUCAL:

Dientes:

- Procesos fisiológicos normales, cambios patológicos en respuesta a estrés ambiental (Shay, 2000).
- Atrición: parafunción, versiones, contactos prematuros
- Abrasión: cepillado traumático
- Recesiones gingivales: abfracciones, caries radicular, pérdida papila gingival
- Cracks o infracciones: disminución contenido acuoso + atrición

(Berg, 1997)



ENVEJECIMIENTO BUCAL:

Dientes: Color (Baum, 1996)

- *Hábitos, alimentación*
- *Estímulos físicos cambian la estructura*
- *Dentina terciaria → decoloración*
- *↓ Esmalte: < textura y luminosidad, > translucidez (> saturación)*



Fotos cortesía Dra. C. Rodriguez.

ENVEJECIMIENTO BUCAL:

Dientes: Color



Fotos cortesía Dra. C. Rodriguez.

ENVEJECIMIENTO ORAL:

Dientes:

- Línea blanca
- Línea de la sonrisa



Salud bucal en personas mayores



Soraya León Araya
CD, MSc

sleon@utalca.cl

www.giog.cl

Salud Bucal AM Chilenos:

(ENS, 2003)

44% AM con caries, 29,1% desdentado total

(ENS, 2009-2010)

31,1% no ha visitado al odontólogo últimos 5 años,
4,3% nunca



COPD:

26,02 (Gamonal, 1996)

24,9 (Arteaga, 2009)

21,6 (Mariño, 2011)



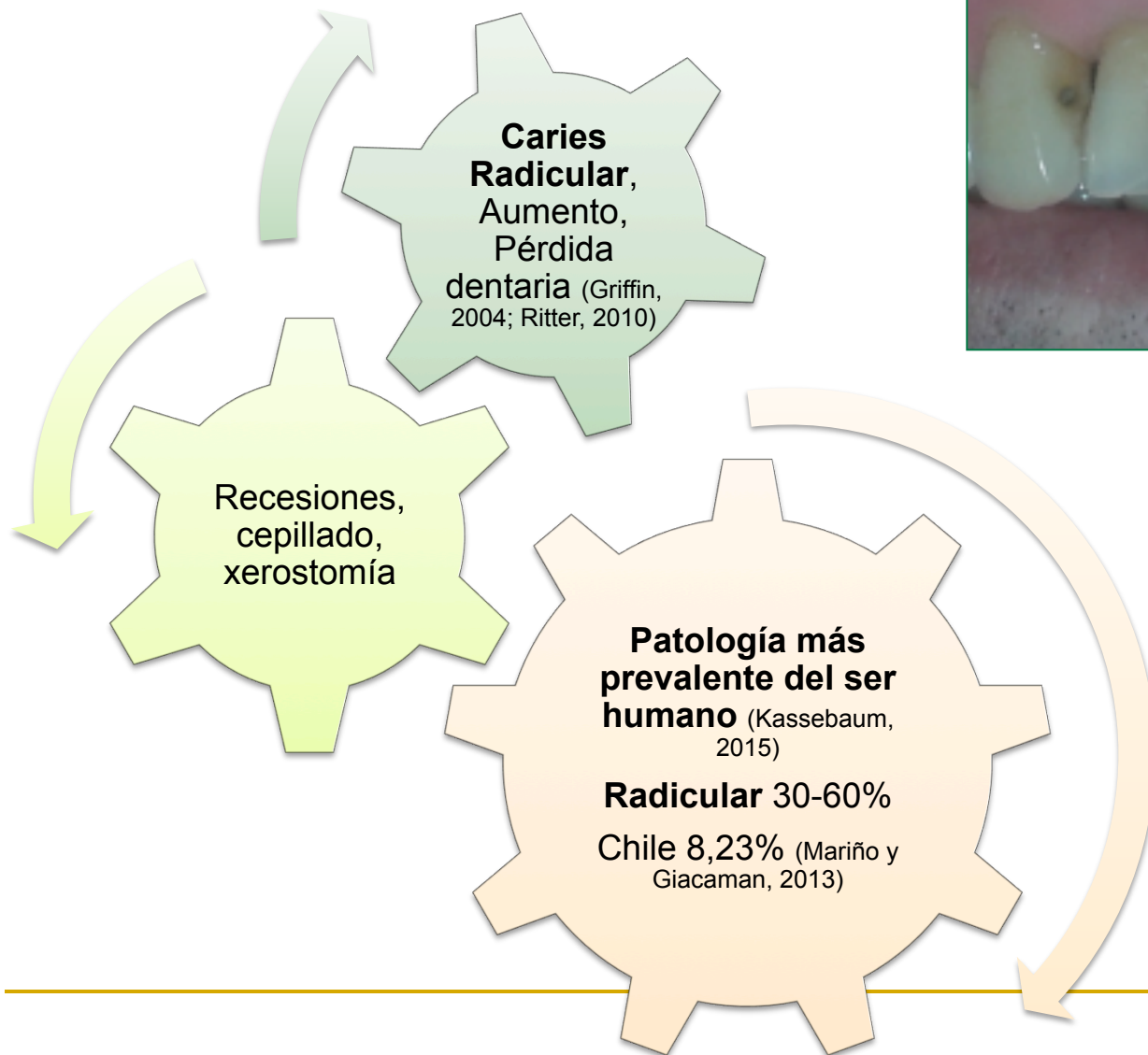
EpiMaule (Giacaman, 2011)

COPD: 25,7

Uso prótesis 72%

Peores indicadores ruralidad

Caries dental



Prevención de Caries Radicular

Prevención: Fluoruros (Walls and Meurman, 2012)

> Efectividad altas concentraciones (Hiiri et al., 2010)

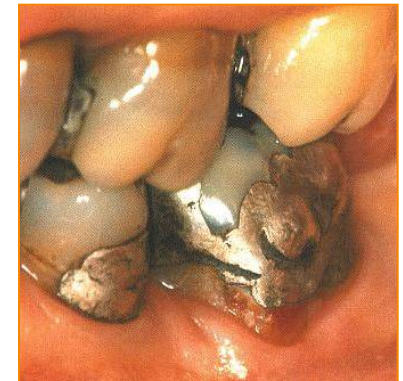
Barniz F- c/6 meses, c/3 meses, pastas 4.500-5.000 ppm (Gluzman R, 2013)

Cambio de Paradigma: **Concepto de Intervención Mínimamente Invasiva** (Fure and Lingström, 2009)

Terapias NO Invasivas

2 veces al día (Nordström and Birkhed, 2010)

No enjuagarse (Nordström and Birkhed, 2009)



“Evaluación de terapias no invasivas para caries radicular en adultos mayores autovalentes: Ensayo clínico randomizado”.

Reclutamiento de sujetos en Clubes de Adultos mayores de la Ciudad de Talca

Aleatorización de la muestra

n= 316

Grupo 1:
Pasta 1.450 ppm
n= 158

Grupo 2:
Pasta 5.000 ppm
n= 158



Evaluación Baseline, 12 y 24 meses:

- Encuesta sociodemográfica
- Calidad de vida en relación salud bucal (OHIP-14Sp)
- Caries Oclusales (ICDAS)

Evaluación Baseline, 6, 12, 18 y 24 meses:

- Destartraje supragingival y profilaxis coronaria
- Evaluación de la actividad o detención de las caries radiculares (ICDAS II, Ekstrand, 2008)
- Recuento de Flujo salival

“Evaluación de terapias no invasivas para caries radicular en adultos mayores autovalentes: ECR”.

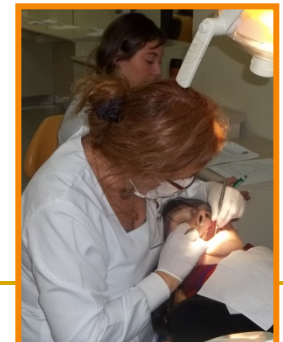
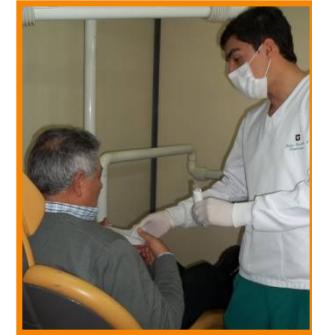


Terapias No Invasivas (Fure y Lingström, 2009)

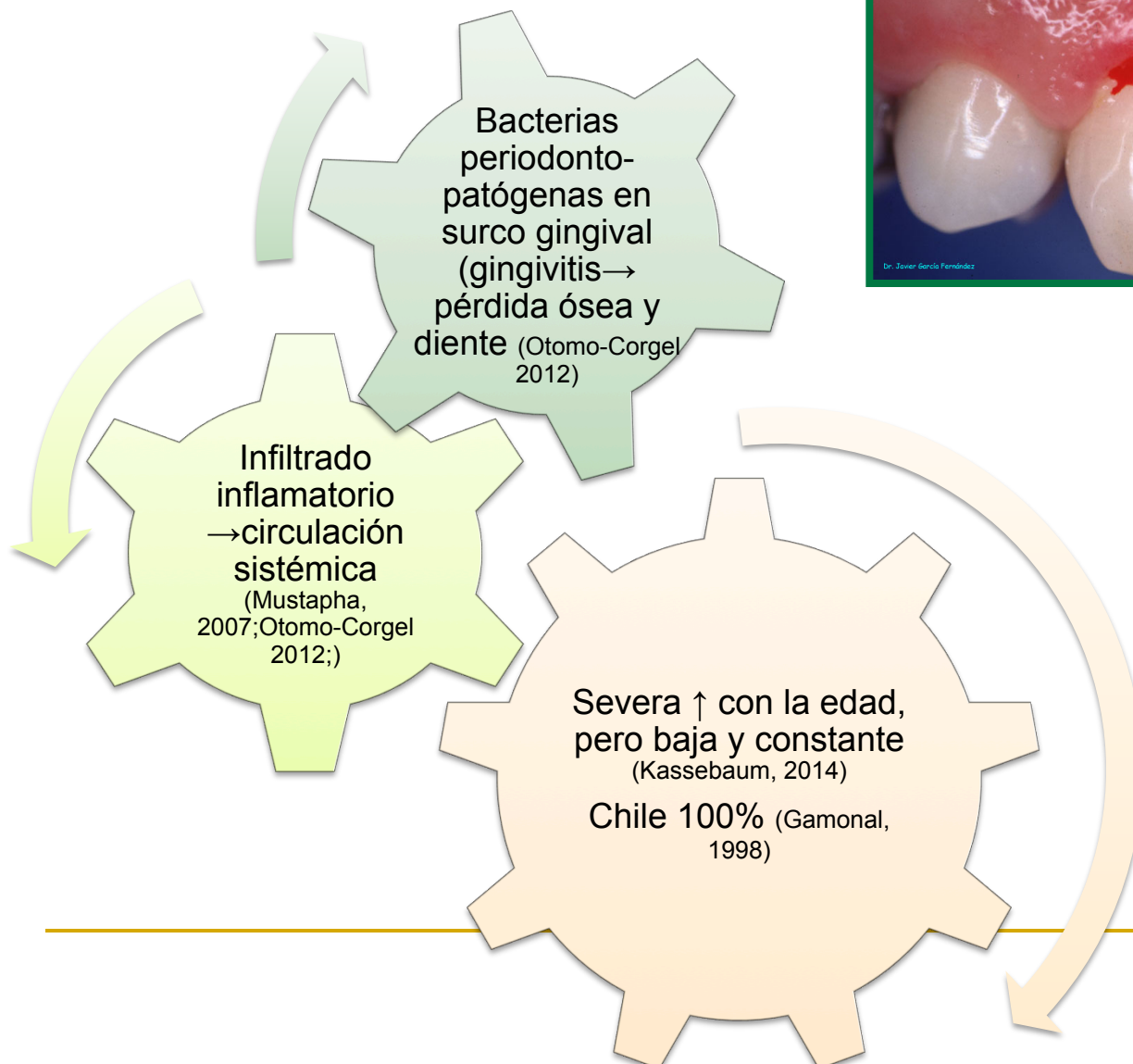
< costos, personal paraodontológico, entorno físico,
↓ stress y ansiedad, > cobertura.

Estimula Autocuidado y Autonomía

Generación programas ministeriales con
costos limitados y cobertura extendida.



Enfermedad Periodontal



Factores Sistémicos que modifican EP en AM

- Neumonía en PM por aspiración de MO del área orofaríngea (Costerton, 1999) → muerte (Ichiwata, 1997)
- ↓ función motora oral en AM: Aspiración (Nakazawa, 1993) AM con trastornos de la deglución > neumonía por aspiración.
- Patógenos oportunistas respiratorios aislados del biofilm oral de AM hospitalizados o postrados (Limeback, 1998; Tada, 2002)
- No aislados en pacientes sanos (Komiyama, 1985; Lindermann, 1985)



Patógenos Oportunistas en AM Postrados

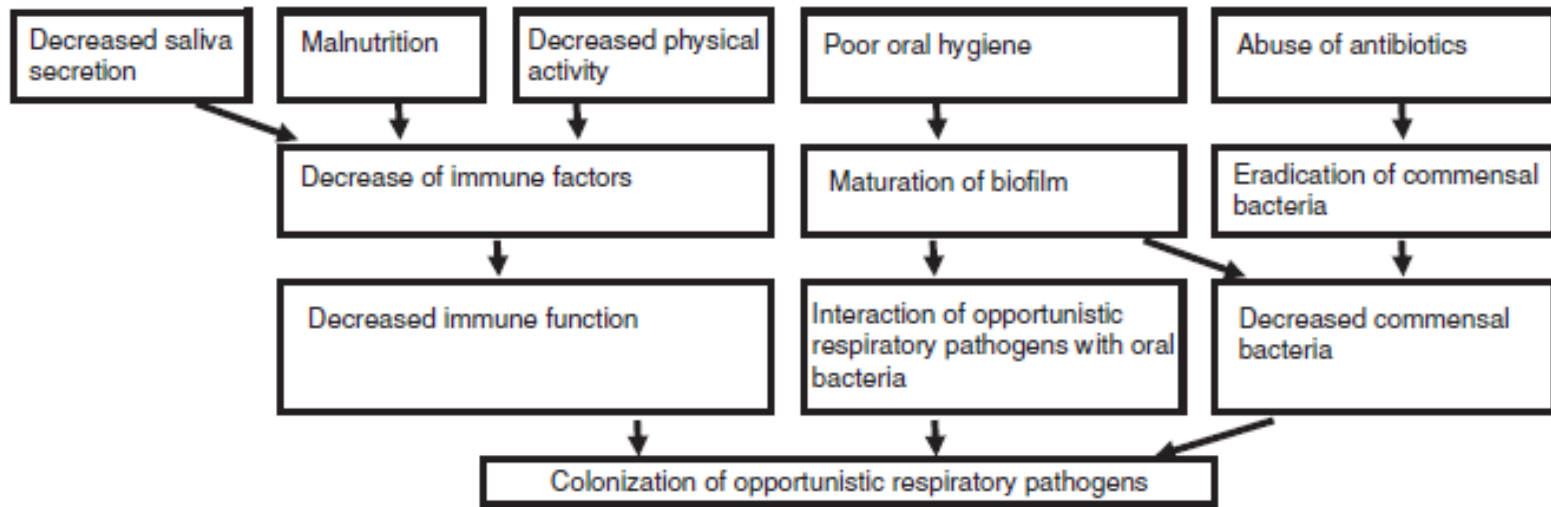


Fig. 1. Oral environment for the growth of opportunistic pathogens in inpatient and bedridden elderly.

Prevención de Patógenos Respiratorios

HO previene neumonía por aspiración (Yoneyama, 2002)

CHX ↓ I. Nosocomiales 5-60% (DeRiso, 1996) y neumonía 3-60% (Koeman, 2006)

Higienistas dentales ↓ significativa *Staphylococcus spp*, *P. aeruginosa* y *C. albicans*, neumonia x aspiración (Adachi, 2007).

Cuidar la Salud Oral en PM → impacto sobre la CV (Tada, 2003)

Prevención de Patógenos Respiratorios

HO

Cepillo pediátrico/
eléctrico/gasa

Pasta 5000 ppm 2 veces/día
o NaF 0,05%

CHX 1% gel/0.12% colutorio,
cepillado nocturno



Edentulismo

Suecia 7% (Ostenberg, 2007)
Chile 29,1% (Minsal, 2003)

Fracaso del sistema de atención bucodental

Masticación energética beneficiosa para la función cognitiva, ↑ flujo sanguíneo cerebral más asociada que el n° dientes (1)

Pérdida de dientes uno de los factores de riesgo para EA (Kondo K, 1994)

Oclusión funcional: 20 pares ocluyentes: 20/80 (Käyser, 1990; Shinsho, 2001).

Predictor de mortalidad [Brown, 2009; Polzer et al., 2012; Osterberg et al., 2008]

Deterioro en la calidad de la vida [Emami et al., 2013]



Salud Bucal y Malnutrición

Possible pathway from oral health problems to malnutrition

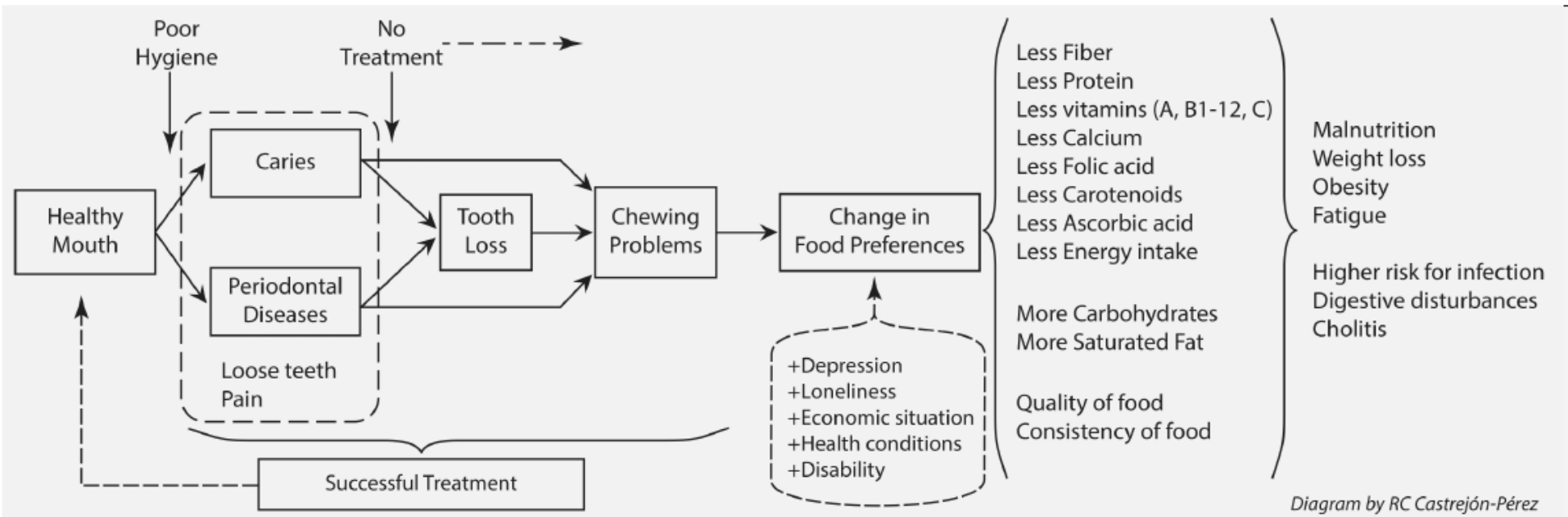


Diagram by RC Castrejón-Pérez

Salud Bucal y Malnutrición



Consistencia , eliminación de ciertos alimentos [García and Chambers, 2010].
Precaución: Atractivo

Personas con problemas de masticación evitan comer frutas y verduras frescas, carne e incluso pan [Hung et al., 2005]



Prefieren alimentos blandos, fáciles de masticar con alto contenido de azúcar y grasa, ↑ riesgo de enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico [Friedlander et al., 2007].



Desnutrición asociada a disfagia, debido principalmente a una deficiente masticación, falta de saliva y ocasionalmente, a causas de tipo orgánico [Lieu et al., 2001].

Cáncer Oral en el AM

- Tabaco y OH responsables del 75%, VPH, inmunosupresión, mutaciones genéticas, ↓ verduras y frutas, leucoplasia (Silverman, 2003)
- $\text{♂} > \text{♀}$ (Petersen, 2005); Centro sur Asia (Petersen, 2003)
- Carcinoma de células escamosas (oral y orofarigeo)
- Bordes laterales lengua, labios y piso de boca
- 15% diagnóstico en otra zona cercana
- Motivo consulta: dolor
- Palpación cuello, labios, mucosa oral y faringea (Silverman, 2007)



Lesión blanca o roja que persiste más allá de 3 semanas → Derivar especialista (evaluación)

Lesiones que persisten o no responden a tto → premalinas o cancerosas hasta que se demuestre lo contrario.

(Weinberg, 2002)

Cáncer Oral en el AM

- Lesión blanca, roja, c/ o s/ ulceración
- Retraso en diagnóstico



Squamous cell carcinoma, mistaken at first for benign trauma.



Squamous cell carcinoma, mistaken at first for benign denture irritation.



Squamous cell carcinoma, mistaken at first for benign leukoplakia.

Valoración Odontogeriatrica Integral (VOGI)

4 Esferas: Física, Síquica, Funcional, Social (Lindquist, 2003)

Discapacidad en el Acto de Comer:

- *Nutrición*
- *Hedonismo*
- *Relaciones sociales*



VOGI

I. Valoración Física:



1. Anamnesis: Enfermedades Sistémicas

- ❑ HTA: Compensado, ↓ estrés y ansiedad, sesiones cortas, ambiente agradable, HTO.
 - ❑ ACV: Secuelas→ disfunción sensitiva oral (disestesia-dolor), trastornos del gusto, disfunción motora (deglución, expresión, fonación, retención protésica, HO)
 - ❑ Cardiopatía: Interconsulta, breves, semiinclinado o erecto, ansiedad, ATB. Riesgo ACV→ atención a media mañana o inicio de la tarde (Feller, 2002)
 - ❑ DM: Compensación (microangiopatía diabética, no ALc/VC), hem glicosilada, ATB (Giglio, 2000)
-

VOGI

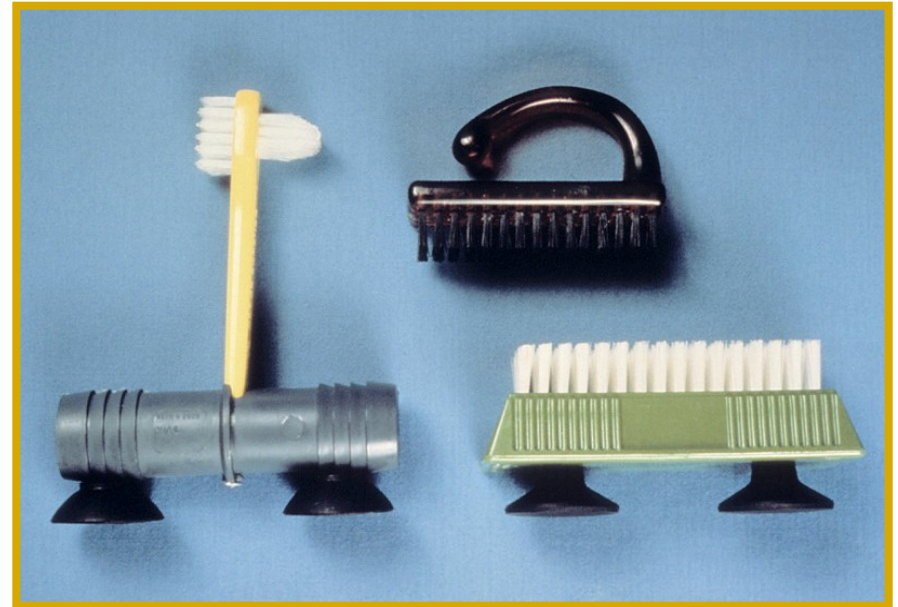
I. Valoración Física:

1. Anamnesis: Enfermedades Sistémicas
 - EPOC: Interconsulta, matutino, breves, sillón seminclinado, inhalador, corticoides (infecciones), control dolor, < cantidad AL, A.Absoluto (Giglio, 2000)
 - Artrosis: breves, cambios posición, HO, ATM



VOGI

I. Valoración Física:



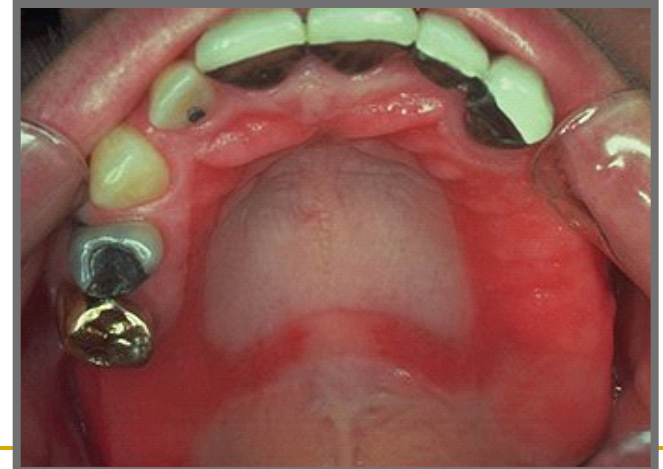
VOGI

I. **Valoración Física:** Examen Físico Extra e Intraoral:

Queilitis Angular: causa sistémica (anemia por deficiencia de hierro), corre horizontalmente



Queilitis Angular, por pérdida de DV, sigue los pliegues naturales



VOGI

II. Valoración Psíquica:

- a) Instrumentos: MiniMental (decisiones), Yesavage

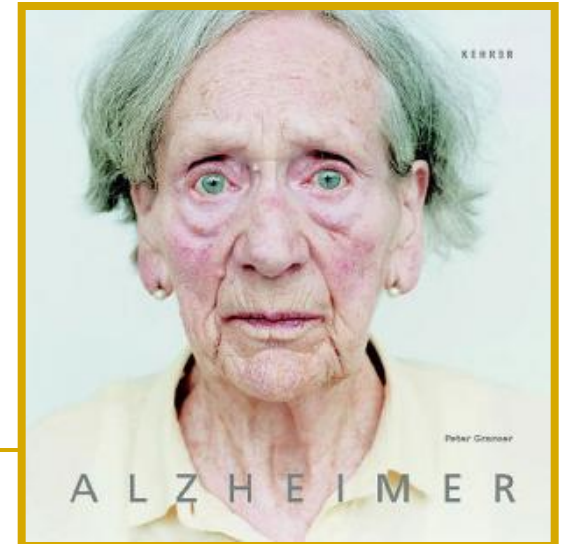


Patología Neurológica y Psiquiátrica:

✓ Pérdida de dientes uno de los factores de riesgo para EA (Kondo K, 1994)

ACTUAR ANTICIPADAMENTE

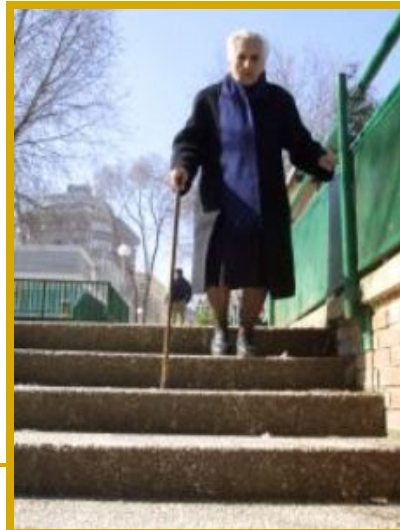
✓ Cuidador (DCBS-Sp) (Garrido, 2010)
✓ Involucrar al cuidador (Hugo FN, 2007)



VOGI

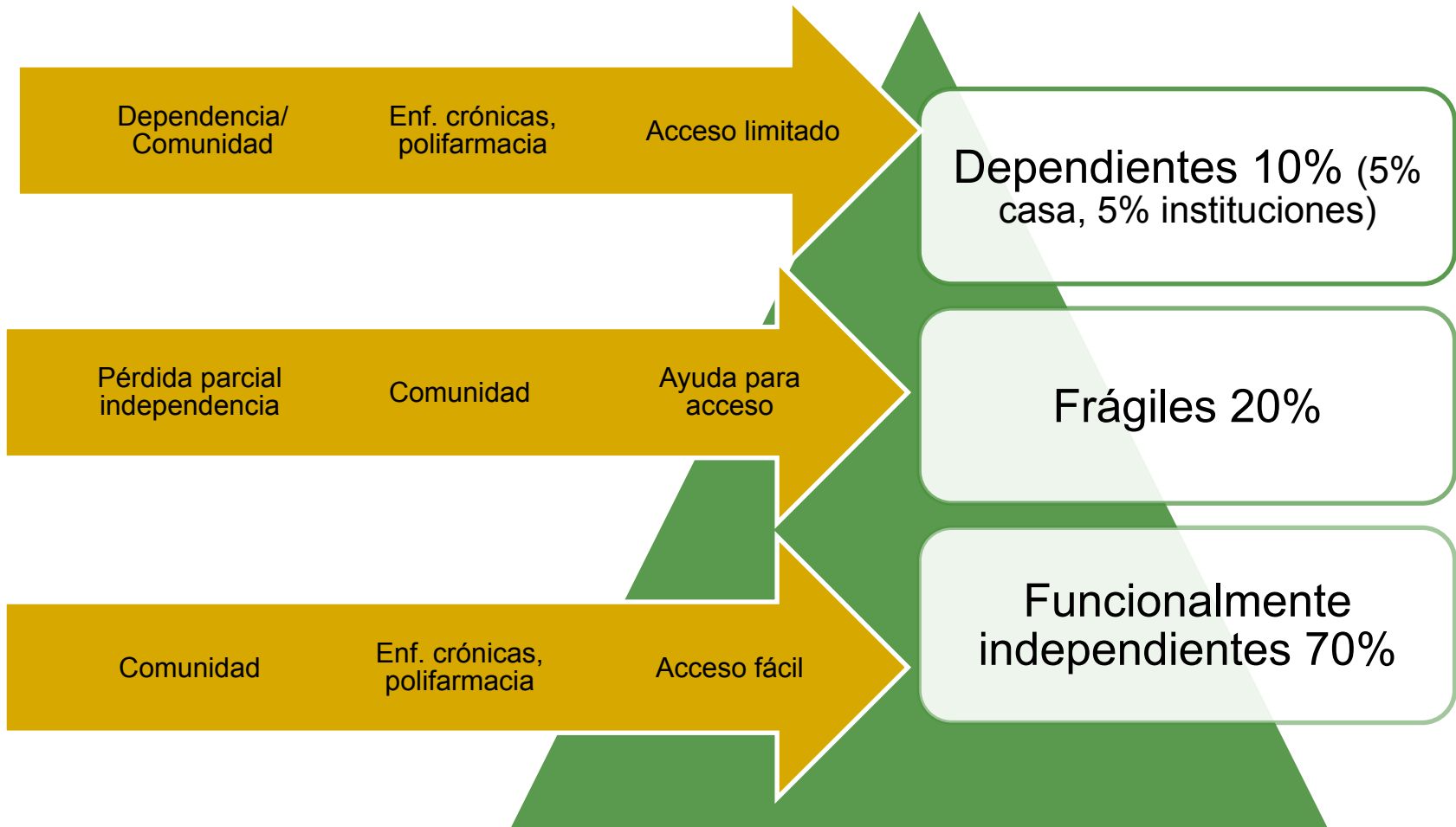
III. Valoración Funcional

- a) ABVD: Autocuidado (Barthel, Katz) **HO.**
- b) AIVD: Independiente, Lawton y Brody, Pfeffer), cocinar, manejo de dinero, transporte **.Autonomía**
- c) AAVD: Limitaciones de Nagi, agacharse, subir escaleras.



Clasificación del Paciente Geriátrico (Institute of Medicine's definition of geriatric medicine)

Capacidad de trasladarse a la atención OG (>65 años)



La cita del paciente geriátrico:

- ✓ No citar antes de las 9:00, variaciones circadianas, mitad de la mañana o inicios de la tarde (↑ de la agregación plaquetaria, presión arterial, frecuencia cardíaca, secreción de catecolaminas, tono simpático y cortisol)
- ✓ Si ocurren complicaciones postoperatorias, hay tiempo en el día para tratarlas.
- ✓ Idealmente total de tiempo entre viaje y tratamiento para un paciente mayor frágil: 2 horas como máximo
- ✓ Sesiones cortas de “trabajo”



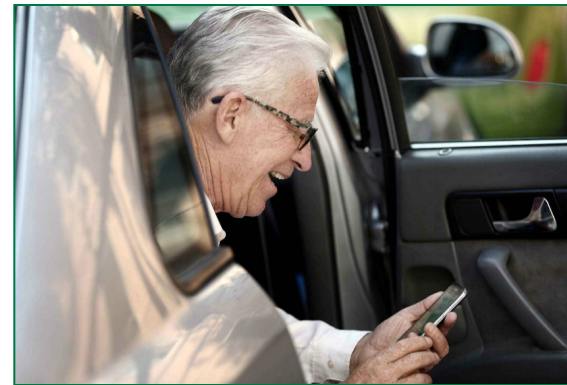
Manejo del paciente mayor: Barreras/Seguridad

Sicológicas:

- ✓ Miedo
- ✓ Costo del tratamiento
- ✓ Transporte

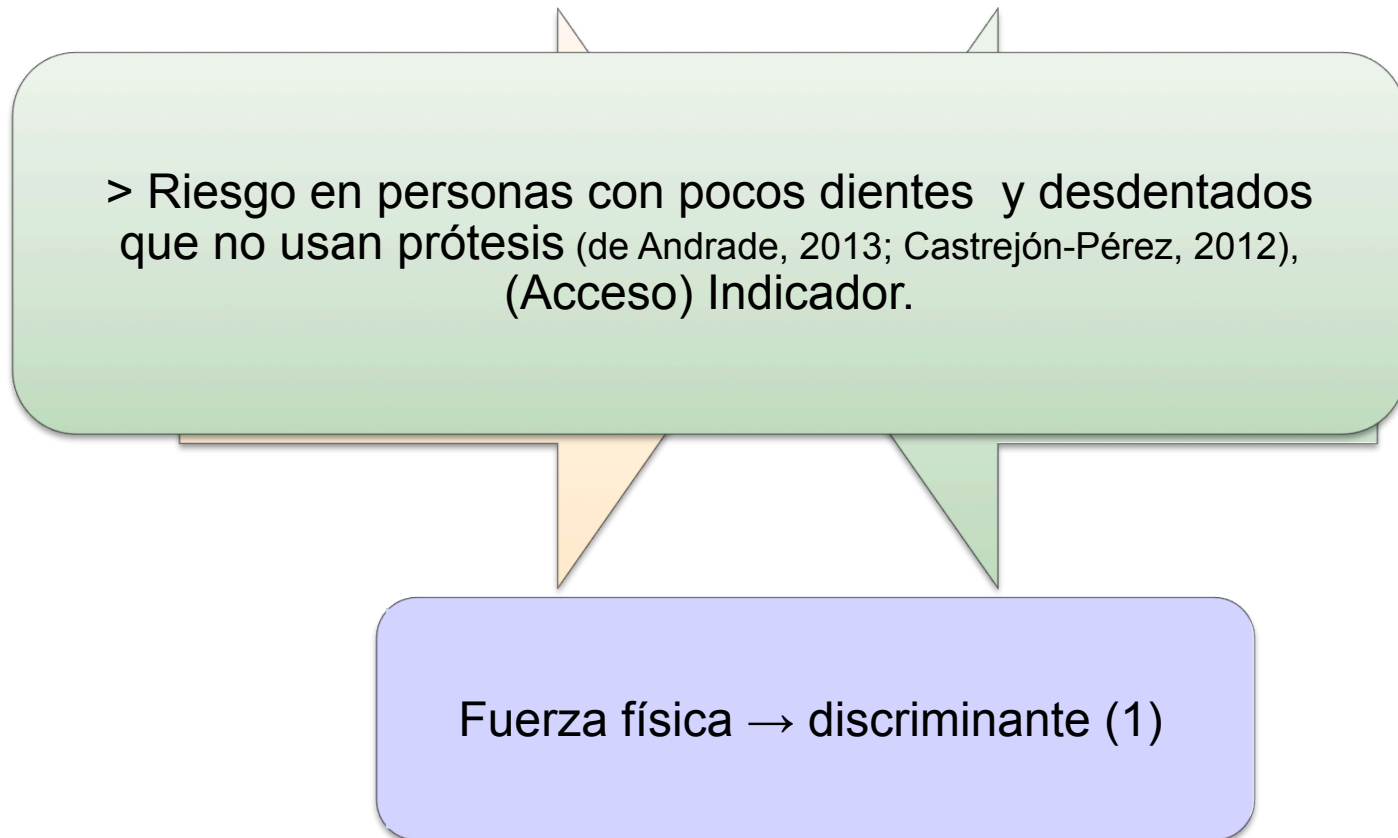
Arquitectónicas:

- ✓ Estacionamiento
- ✓ Vías de entrada;
- ✓ Iluminación, diseño



Fragilidad: estado precedente a la discapacidad (≠ discapacidad)

2 enfoques más utilizados



DetECCIÓN DE FRAGILIDAD

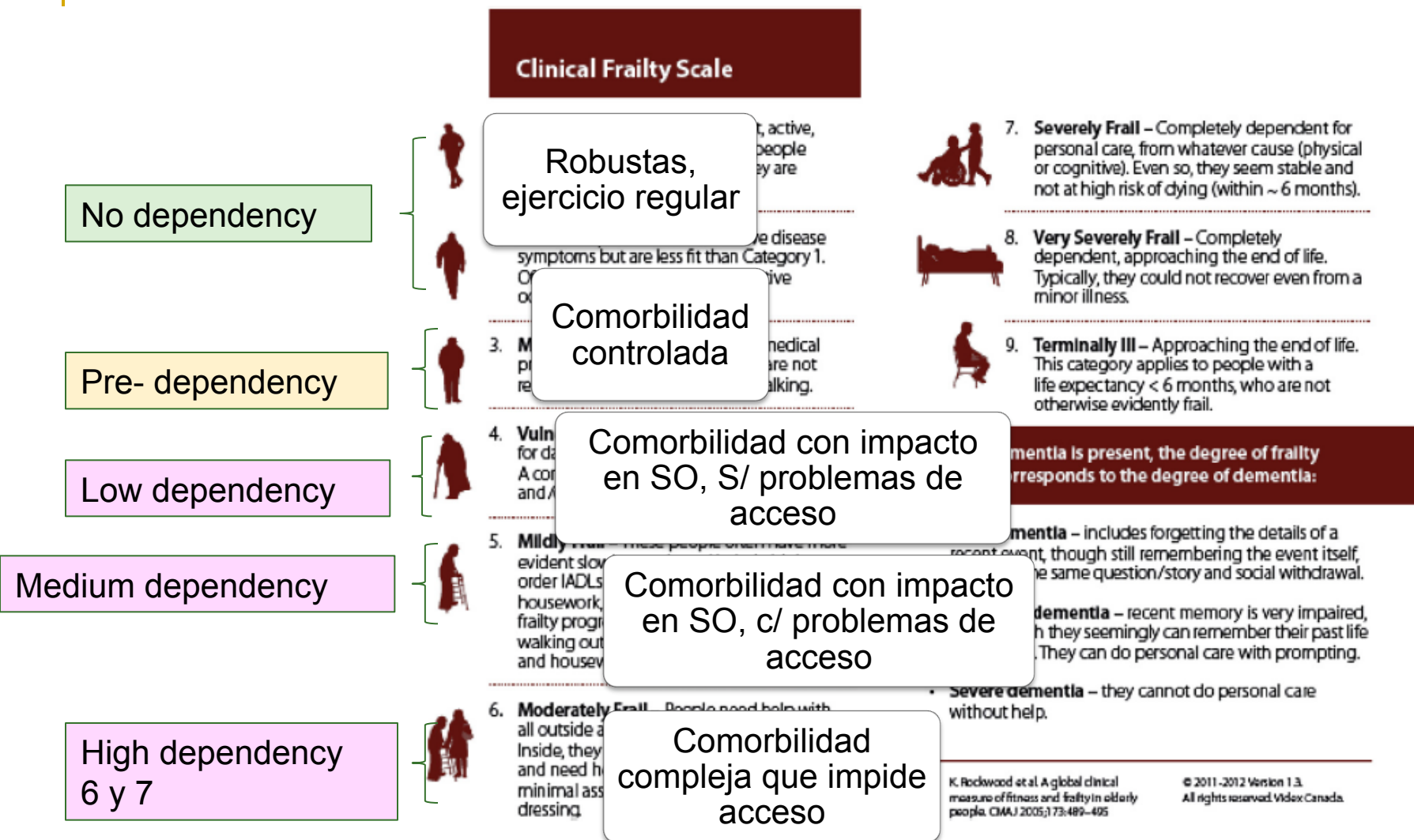
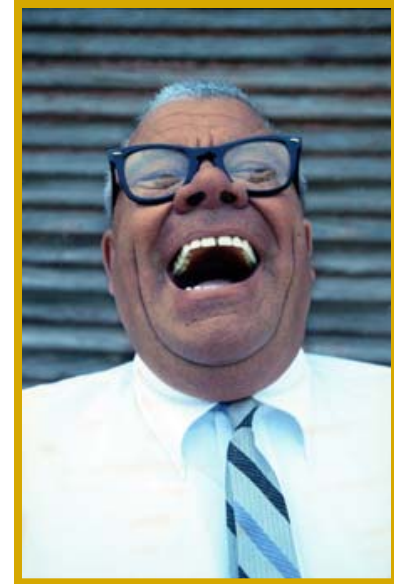


Fig. 1. Clinical Frailty Scale. Scoring is based on clinical judgment. Reprinted with permission from Rockwood et al.⁴¹

VOGI

IV. Valoración Social

- a) Nivel educacional, NSE
- b) Casa o Residencia
- c) Sólo o acompañado (Maltrato)
- d) Redes de apoyo
- e) Acto de comer: Compartir gustos, evitar tipos de alimentos, locución inteligible (Minusvalía)
- f) Calidad de Vida en relación a Salud Oral : **OHRQoL** (Gohai, Ohip)





GIOG

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
EN ODONTOGERIATRÍA

UNIVERSIDAD DE TALCA



Salud Bucal y Calidad de Vida en Personas Mayores



Programa de Investigación de Excelencia Interdisciplinaria
Envejecimiento Saludable
UNIVERSIDAD DE TALCA

Soraya León Araya
CD, MSc, Doctorante en Odontología UFRGS
Escuela de Odontología
Universidad de Talca

www.pieies.otalca.cl

www.giog.cl

sleon@otalca.cl

Salud Bucal en AM:

Patologías bucales afectan capacidad de hablar, comer y sociabilizar (Oral health strategy group, 1994)



Pérdida dientes, prótesis — capacidad de hablar, comer, desnutrición, aislamiento social, depresión (Walls, 2000; Rodrigues HL, 2012)



Salud Bucal → Predictor de Calidad de Vida (Petersen, 2010)



Calidad de Vida asociada a Salud Bucal (OHRQoL)

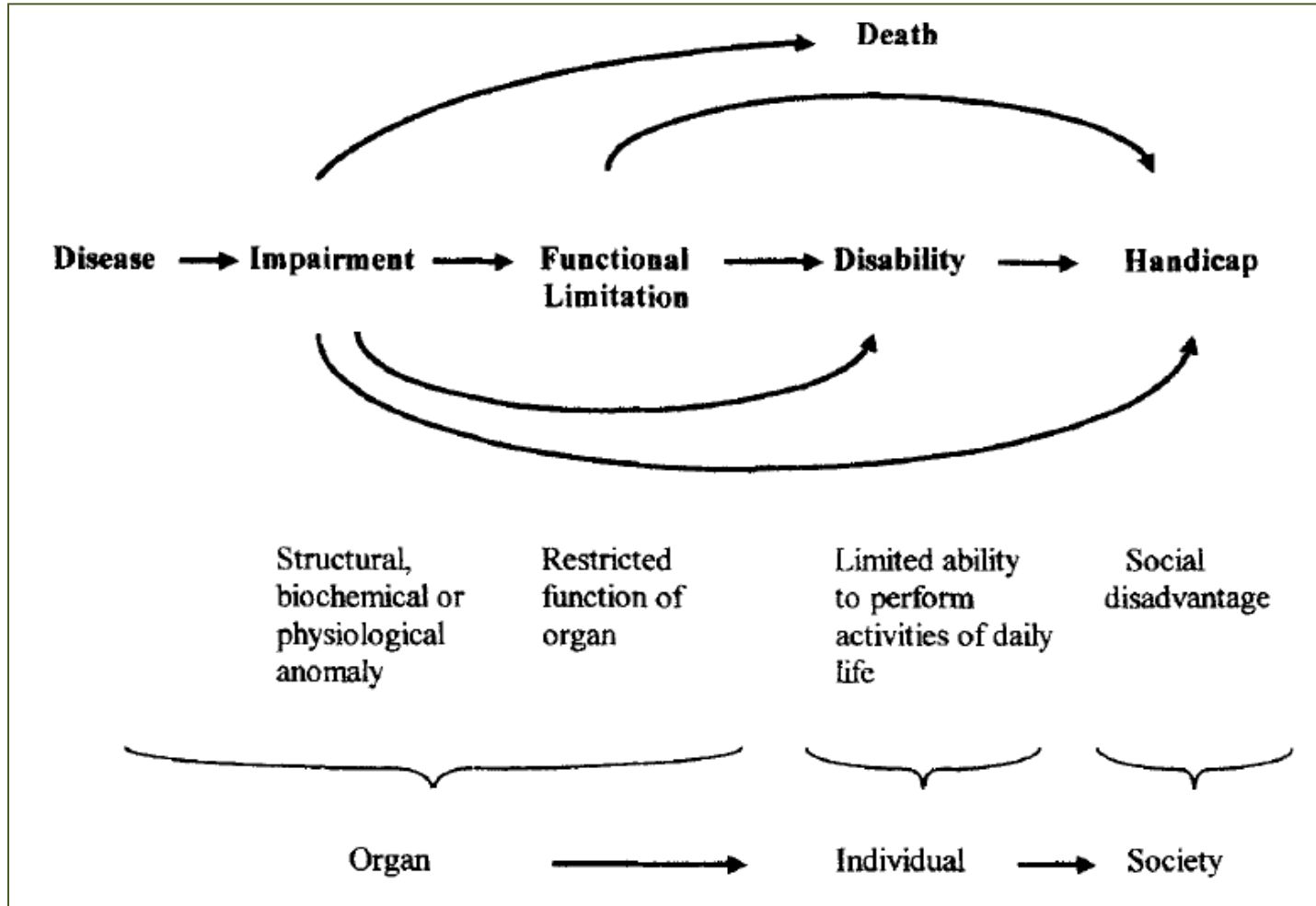
“The absence of negative impacts of oral conditions on social life and a positive sense of dentofacial self-confidence” (Atchinson KA, 2002)

Evaluación multidimensional de la funcionalidad oral y del bienestar del paciente (autoreporte)

Impacto de condiciones bucales sobre las AVD (Slade, 1994; Kressin, 1999).

Modelo Conceptual de Salud Bucal

CI de Discapacidades, Incapacidades y Minusvalías (ICIDH) (WHO, 1980)



(Función)

(Actividad)

(Participación)

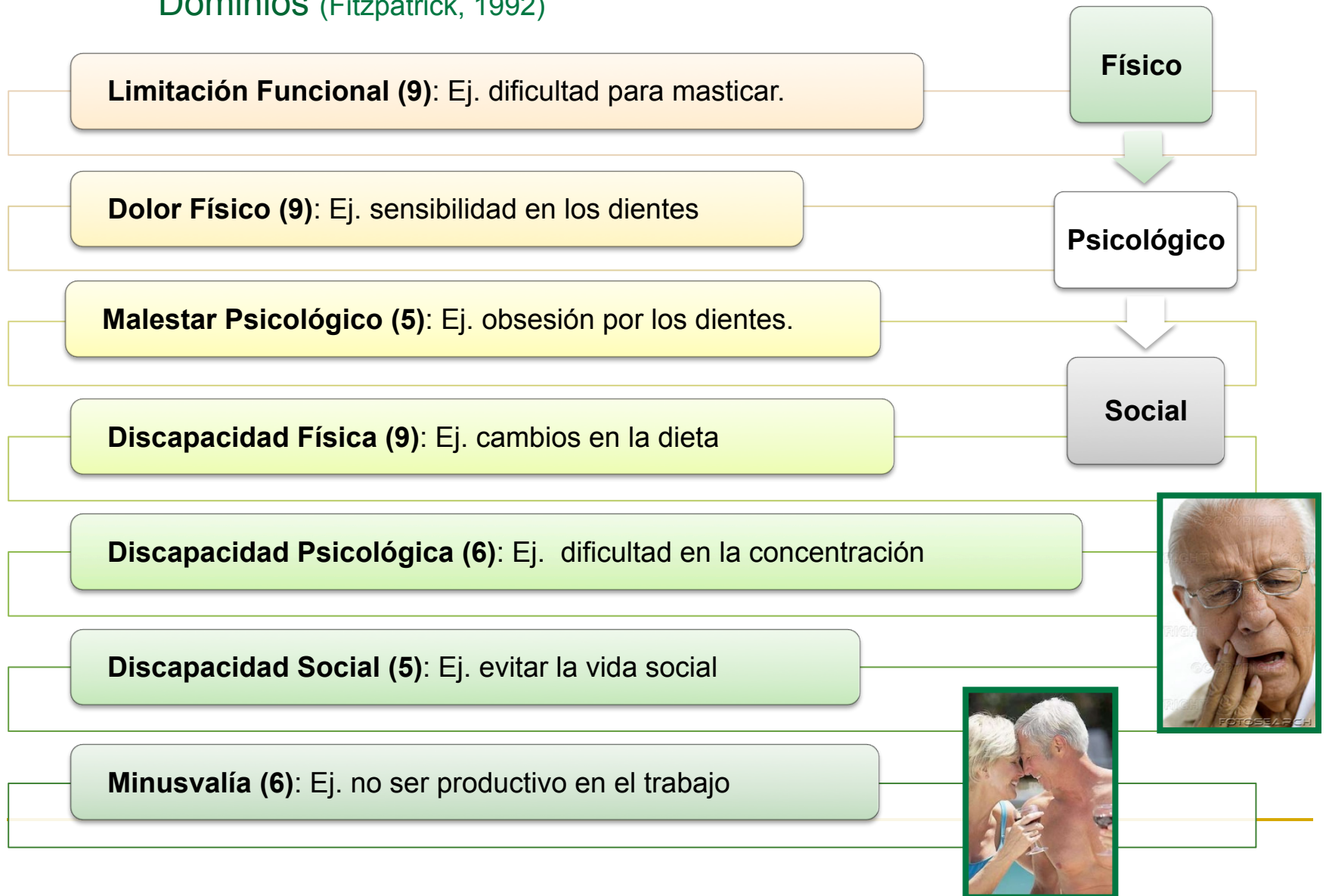
(WHO, 2001)

Instrumentos OHRQoL

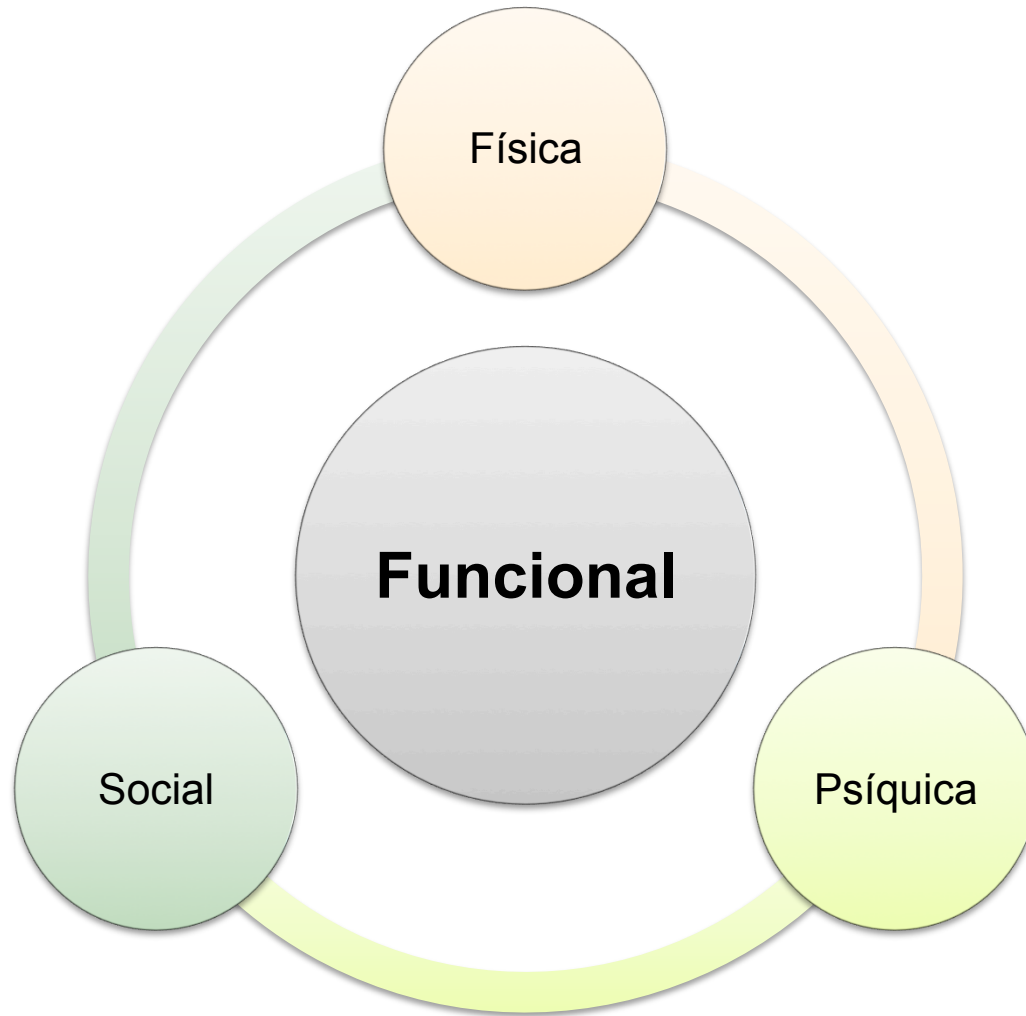
Nombre del instrumento	Abreviación	Autores y Año
Social Impacts of Dental Disease ⁽³⁷⁾		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral health Assessment Index ⁽³⁸⁾	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile ⁽³⁹⁾		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile ⁽⁴⁰⁾	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
Subjective Oral Health Status Indicators ⁽⁴¹⁾		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living ⁽⁴²⁾	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life ⁽³⁶⁾	OHQOL	Kressin N y cols., 1996
Oral Impacts on Daily Performances ⁽⁴³⁾	OIDP	Adulyanon, Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile ⁽⁴⁴⁾	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK ⁽⁴⁵⁾	OH-QoL UK	McGrath y Bedi, 2000
Orthognatic Quality of Life Questionnaire ⁽⁴⁶⁾	OQLQ	Cunningham y cols., 2002

Oral Health Impact profile (OHIP): OHIP-49 (Slade GD, 1994), OHIP-14 (Slade GD, 1997), OHIP-EDENT (Allen F, 2002), OHIP Aesthetic (Wong AH, 2007), OHIP TMDs (Segu M, 2005)

Oral Health Impact Profile (OHIP): 49 preguntas (Slade GD, 1994); 7 dimensiones, jerarquizadas (Slade GD, 1994; 1997), Hetero o Autoaplicada (Robinson PG, 2001) Dominios (Fitzpatrick, 1992)



Indicador de salud en Geriatría





RESEARCH ARTICLE

Open Access

Impact
and

eltrán³

thy Aging
i Nutrition

Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans

Soraya León^{1,2,3}, Daniel Bravo-Cavicchioli^{1,3}, Gloria Correa-Beltrán^{3,4} and Rodrigo A Giacaman^{1,2,3*}

Abstract

Background: The OHIP-49 is widely used to assess oral health-related quality of life, but its length makes it time-consuming and difficult to use. An abbreviated version of the OHIP-49 with fourteen items has been validated for older adults, but not in Chile. The aim was to develop and validate the Spanish version of the OHIP-14 in an elderly Chilean population.

Methods: Two studies were conducted; a cross sectional to develop and a retrospective study to validate the OHIP-14Sp. The OHIP-49Sp was applied to 490 older adults and the fourteen questions with the higher impact on oral health-related quality of life were selected through linear regression. These items were applied on a retrospective dataset of 85 older adults to test internal consistency (Cronbach's alpha). A discriminative validity analysis was performed along with the assessment of sociodemographic (age and gender, educational level) and clinical variables (number of teeth, caries lesions, CPITN, prosthetic needs and prosthetic functionality). Data were analyzed using Mann-Whitney U, Student's t and one-way ANOVA tests with a 95% confidence level and finally were analyzed by a Multivariate Logistic Regression Model.

Results: High internal consistency values were obtained for the OHIP-14Sp instrument (0.91). There was an association between the OHIP-14Sp scores and the presence of caries ($p = 0.003$), need for complex periodontal treatment ($p = 0.002$), prosthetic needs ($p < 0.0001$) and age younger than 70 years-old ($p < 0.0001$). Subjects with periodontal treatment need were more likely to report reduced oral health-related quality of life (PR = 2.10).

Conclusions: The OHIP-14Sp proved to be a consistent and valid tool to assess oral health-related quality of life when tested in Chilean older adults.

Keywords: Quality of life, Oral health, OHIP, Validation studies, Aging, Chile

ociation

uments.
IP-49).

mple of
ographic
it needs

(0.990)
. Signif-
needing

;, when

, chile.



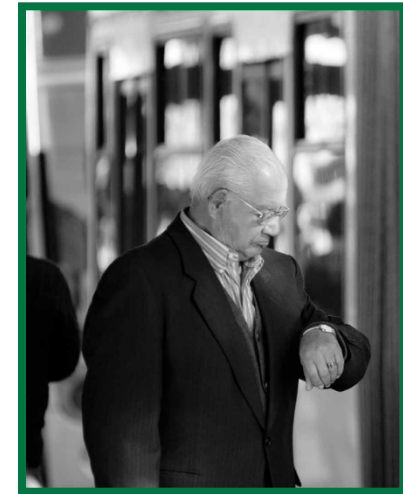
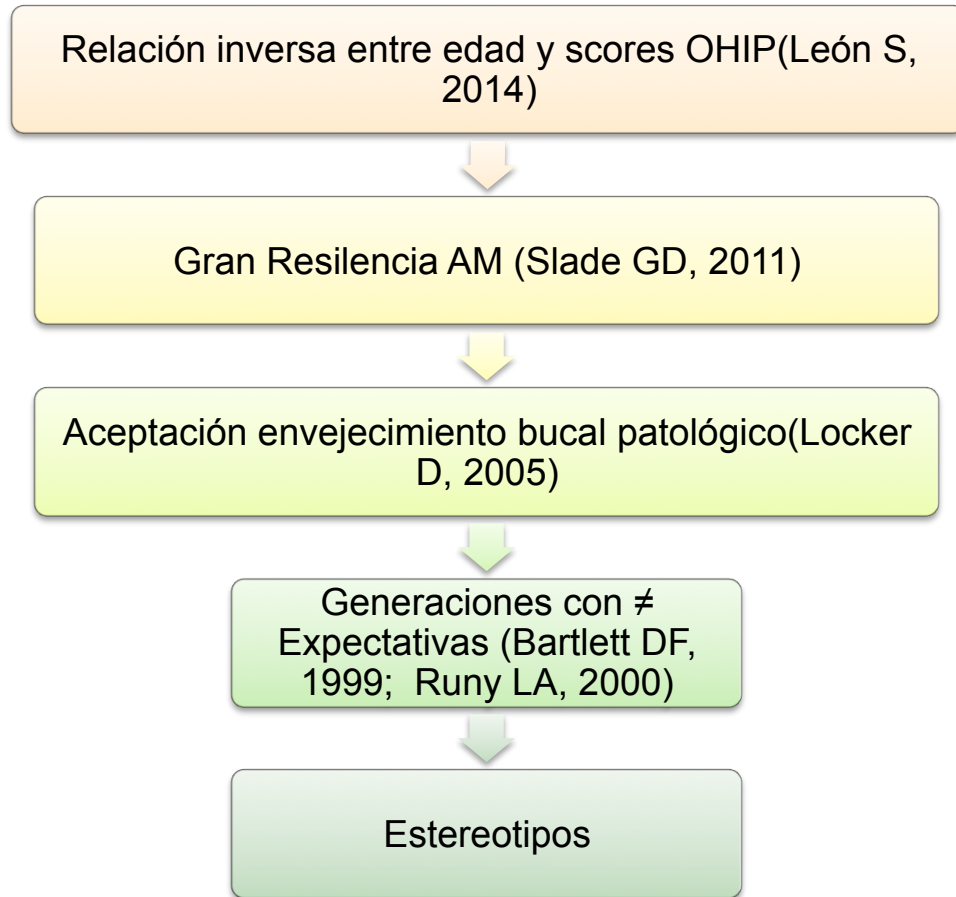
Soraya León, Gloria Correa-Beltrán, Rodrigo A. Giacaman, **Ultra-short Version of Oral Health Impact Profile in Elderly Chileans. 93RD General Session IADR, Boston, Mass., USA, 2015.**

OHIP-7Sp
Aplicación ENS, ENCV

Preguntas OHIP-7Sp		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total =						

Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4.

Paradoja de salud bucal en AM





Original article

Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools

Soraya León^{1,2}, Gloria Correa-Beltrán^{2,3} and Rodrigo A. Giacaman^{1,2}

¹Department of Oral Rehabilitation, University of Talca, Talca, Chile; ²Healthy Aging Interdisciplinary Program (PIEI-ES), University of Talca, Talca, Chile; ³Institute of Mathematics and Physics, University of Talca, Talca, Chile

Gerodontology 2013; doi: 10.1111/ger.12065

Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools

Objective: To explore the ageing stereotypes held by health students and faculty members in three health science schools in Chile.

Methods: This cross-sectional study surveyed 284 students and faculty members from the dental, physical therapy and speech therapy schools of the University of Talca, Chile. A validated 15-question questionnaire about negative stereotypes was used (CENVE). The questions were divided into three categories: (i) health, (ii) social factors and motivation and (iii) character and personality. The scores for each category were grouped into the following categories: (i) positive, (ii) neutral and (iii) negative. Negative stereotypes were compared across genders, socio-economic status levels, classes, positions (student or faculty member) and schools.

Results: The majority of the participants held neutral stereotypes towards ageing, followed by positive perceptions. No differences were detected between the genders, schools or classes. While most of the students had neutral perceptions about ageing, the faculty's perceptions were rather positive ($p = 0.0182$). In addition, people of lower–middle socio-economic status held more positive stereotypes about ageing than the participants of high and middle status ($p = 0.0496$).

Conclusion: Stereotypes about ageing held by health-related students and faculty members appear to be rather neutral. The stereotypes seem to be better among students with some clinical experience, students of lower socio-economic status and faculty members.

Keywords: negative stereotypes, ageing, undergraduate education, ageism.

La base de conocimientos necesarios para la atención OG (no depende de la tecnología)

1. Comprensión del envejecimiento normal v/s patológico
2. Comprensión de sus problemas médicos y su interrelación con la salud bucal
3. Conocimiento de la farmacología geriátrica y sus implicancias en la salud bucal
4. Habilidades necesarias para comunicarse con el paciente, su familia y cuidadores.
5. Conocer técnicas de comunicación especiales para las personas mayores con déficits sensorial
6. Tener experiencia práctica en la toma de decisiones clínicas para tales pacientes



GIOG

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
EN ODONTOGERIATRÍA
UNIVERSIDAD DE TALCA

PIEIOES
Programa de Investigación de Excelencia Interdisciplinaria
Envejecimiento Saludable
UNIVERSIDAD DE TALCA



4^{to} SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ODONTOGERIATRÍA



“CONTRIBUCIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN AL DESAFÍO
DE ENVEJECER EN LATINOAMÉRICA”

INVITADOS INTERNACIONALES:

- **Renato De Marchi,**
Universidad Federal Rio Grande
do Sul, Brasil.
- **Roberto Castrejón Pérez,**
Instituto Nacional de Geriatria,
México.

5 y 6 de noviembre de 2015

Presentación de trabajos científicos,
modalidad oral y poster

Campus Lircay de la Universidad de Talca

\$40.000 Profesionales
\$15.000 Estudiantes de pregrado

Informaciones: www.giog.cl / www.pieies.otalca.cl





GIOG

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
EN ODONTOGERIATRÍA

UNIVERSIDAD DE TALCA



Taller Odontogeriatría

XIX Congreso Sociedad Chilena de Geriatría y
Gerontología 2015



Soraya León Araya
CD, MSc, Doctorante en Odontología UFRGS
Escuela de Odontología
Universidad de Talca

www.giog.cl

www.pieies.otalca.cl

sleon@otalca.cl