

Enfermedades no transmisibles e impacto de la salud oral en la calidad de vida en la población rural

Non-communicable diseases and the impact of oral health on the quality of life in the rural population

Bladimir Becerra-Canales^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2234-2189>

Norma Pastor-Ramírez¹ <https://orcid.org/0000-0002-5166-4275>

Enrique Mendoza-Caballero¹ <https://orcid.org/0000-0003-0606-821X>

José Santiago Almeida-Galindo¹ <https://orcid.org/0000-0002-2799-2893>

Maritza Arones¹ <https://orcid.org/0000-0002-7998-7922>

Freddy Emilio Tataje-Napuri¹ <https://orcid.org/0000-0002-9013-5886>

Carmen Chauca¹ <https://orcid.org/0000-0002-4360-2904>

¹Universidad Nacional San Luis Gonzaga (UNSG). Ica, Perú.

*Autor para la correspondencia: bladimir.becerra@unica.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La asociación bidireccional entre las enfermedades bucales con las enfermedades no transmisibles puede aumentar el impacto de la salud oral en la calidad de vida.

Objetivo: Comprobar la asociación entre las enfermedades no transmisibles y el impacto de la salud oral en la calidad de vida en una población rural.

Métodos: Se realizó un estudio transversal y multicéntrico, desde abril hasta agosto de 2024, a 386 adultos de un área rural del Perú. Se consideró como variable independiente las enfermedades no transmisibles y dependiente, el impacto de la salud oral en la calidad de vida. Se implementó un análisis descriptivo, y se calcularon razones de prevalencia, mediante modelos lineales generalizados, para evaluar la asociación entre las variables.

Resultados: Las enfermedades no transmisibles se asociaron significativamente con un alto impacto de la salud oral en la calidad de vida (RP = 1,49; IC 95 %: 1,22-1,82). La ocupación obrero, el grupo etario de 30 a 59 y ≥ 60 años se relacionaron con mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles; mientras que el grado de instrucción primaria, la ocupación docente, el estado civil separado/divorciado, el grupo etario de 30 a 59 y ≥ 60 años se asociaron con mayor el impacto de la salud oral en la calidad de vida.

Conclusiones: Las enfermedades no transmisibles intensifican los impactos negativos de la salud oral en la calidad de vida. Algunas variables generales incrementan las proporciones de enfermedades no transmisibles y el impacto de la salud oral en la calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida; enfermedad crónica; enfermedad no transmisible; salud oral.

ABSTRACT

Introduction: The bidirectional association between oral diseases with non-communicable diseases may increase the impact of oral health on quality of life.

Objective: To test the association between non-communicable diseases and the impact of oral health on quality of life in a rural population.

Methods: A cross-sectional, multicenter study was conducted from April to August 2024 on 386 adults in a rural area of Peru. Non-communicable diseases were considered as an independent variable and the impact of oral health on quality of life as a dependent variable. A descriptive analysis was implemented and prevalence ratios were calculated using generalized linear models to evaluate the association between the variables.

Results: Non-communicable diseases were significantly associated with a high impact of oral health on quality of life (PR = 1.49: 95 % CI: 1.22-1.82). Worker occupation and age group 30-59 and ≥ 60 years were associated with higher prevalence of non-communicable diseases; while primary education degree, teaching occupation, separated/divorced marital status and age group 30-59 and ≥ 60 years determined higher impact of oral health on quality of life.

Conclusions: Non-communicable diseases intensify the negative impacts of oral health on quality of life. Some general variables increase the proportions of non-communicable diseases and the impact of oral health on quality of life.

Keywords: quality of life; chronic disease; non-communicable disease; oral health.

Recibido: 22/09/2024

Aceptado: 23/12/2024

Introducción

El papel de la odontología resulta vital para la salud en general; la mala salud bucal provoca problemas funcionales, nutricionales, estéticos y psicológicos que afectan la calidad de vida del paciente.⁽¹⁾ Por tanto, se requiere un abordaje multidisciplinario, y el trabajo en equipo de médicos y odontólogos en la promoción de salud.^(1,2)

Los trastornos bucales más frecuentes se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia, como las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las respiratorias.⁽³⁾ Las enfermedades crónicas no transmisibles, incluidas las orales (caries y periodontitis), representan un problema global y de gran relevancia, debido a los cambios demográficos y epidemiológicos.⁽⁴⁾ Ambas comparten factores de riesgo conductuales y metabólicos comunes,⁽⁵⁾ que exigen un abordaje integral más allá de los específicos de la enfermedad.⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud ha instado a fortalecer la “colaboración intersectorial entre la salud general y la salud bucal”.⁽⁶⁾ Las interacciones entre las enfermedades no transmisibles y la salud bucal impactan la vida diaria de una persona. La calidad de vida relacionada con la salud incluye la habilidad para manejar las actividades diarias, el bienestar físico, mental y social, la satisfacción con el desempeño en diferentes áreas de la vida y el control sobre la enfermedad;⁽⁷⁾ mientras que la calidad de vida vinculada con la salud oral se asocia con aspectos físicos, sociales y psicológicos, referentes a la salud bucal, que pueden afectar la vida diaria.⁽⁸⁾

La salud oral y general están directamente vinculadas y sus interacciones emergentes se están investigando⁽⁴⁾ porque urge conocer cómo estas interacciones repercuten en la calidad de vida. En consecuencia, el objetivo del presente artículo fue comprobar la asociación entre las enfermedades no transmisibles y el impacto de la salud oral en la calidad de vida en una población rural.

Métodos

Se realizó un estudio de tipo transversal, desde junio hasta agosto de 2024, a una población rural mayor de 10 000 adultos, usuarios de establecimientos de salud de una red asistencial de Ica-Perú. Se empleó un muestreo probabilístico estratificado y aleatorio en tres momentos. Con el algoritmo matemático para poblaciones infinitas, nivel de confianza 95 %, precisión 5 % y proporción esperada 50 %, se estimaron 386 participantes. Mediante un sorteo se seleccionaron seis establecimientos de salud y se asignó una muestra proporcional a cada uno, basada en su población adulta.

Se accedió a la relación de familias del ámbito jurisdiccional de influencia del establecimiento de salud, y estas se escogieron al azar. Se entrevistó un representante adulto o informante de cada unidad familiar. Asimismo, se incluyeron usuarios de ambos sexos, mayores de 18 años, que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron los individuos con algún tipo de discapacidad física o mental, que les impidiera expresar su opinión, y los que no respondían al menos una pregunta del instrumento.

La variable impacto de la salud oral sobre la calidad de vida se valoró con el instrumento Perfil de impacto de la salud oral en la calidad de vida (ISOCV) de 5 ítems (OHIP-5), versión en español, de respuestas en escala ordinal de 5 puntos (0 = nunca a 4 = muy frecuente).⁽⁹⁾ Para validar OHIP-5 en población peruana, se presentó a un comité de expertos (cuatro doctores en estomatología, y un especialista en diseño y validación de instrumentos) y se aplicó un pilotaje en 68 participantes. Como resultado de estos procesos los ítems no se modificaron.

Con el análisis factorial confirmatorio en el programa JASP,⁽¹⁰⁾ que empleó el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados diagonales (DWLS), los índices de calidad del ajuste resultaron excelentes: Chi cuadrado entre los grados de libertad (χ^2/gl [7,552/5] = 1,75); índice de ajuste no normalizado (NNFI = 0,993); índice de ajuste comparativo (CFI = 0,997); raíz del residuo cuadrático promedio estandarizado (SRMR = 0,043); índice de aproximación de la raíz de cuadrados medios del error (RMSEA = 0,036 [IC 90 %: 0,000-0,086]). La consistencia interna con el omega de McDonald fue alta (ω = 0,833).

El análisis del OHIP permitió obtener tres indicadores:

1. Prevalencia: porcentaje de respuestas con uno o más ítems en frecuente o muy frecuente.
2. Extensión: número de preguntas con respuestas frecuente o muy frecuente.
3. Severidad: suma de todas las respuestas ordinales. Esta sumatoria ofreció valores entre 0 y 20, puntuaciones mayores indicaron impactos más negativos de los problemas orales. Se utilizó el promedio de la sumatoria como punto de corte, valores superiores a la media significaron un alto ISOCV (mayor impacto negativo) o bajo ISOCV (menor impacto negativo).⁽¹¹⁾

Se efectuó una evaluación médica para indagar sobre los antecedentes de enfermedades no transmisibles, en algunos casos los pacientes se remitieron al establecimiento de salud para los exámenes auxiliares correspondientes y confirmar el diagnóstico. Para caracterizar a la población de estudio, se

incluyeron variables generales como sexo, edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, región de origen e ingreso familiar mensual.

Previo a la ejecución del estudio, se coordinaron fechas y hora para recoger la información, y verificar la aplicabilidad del trabajo de campo. La capacitación ofrecida por seis médicos cirujanos y odontólogos garantizó la calidad del llenado de las fichas. Las visitas domiciliarias determinaron el familiar (informante o representante) que cumplía con los criterios de inclusión. A este se le explicó el propósito del estudio y sus procedimientos para obtener el consentimiento informado.

En la entrevista médica se recogieron variables generales y enfermedades no transmisibles, luego se pidió al participante responder, en un lugar propicio, de forma honesta y reflexiva, el OHIP-5. Se incluyeron medidas de frecuencia absolutas y relativas, la media y la desviación estándar. El Chi cuadrado evaluó diferencias estadísticas entre las variables generales según alto ISOCV (sí/no) y enfermedades no transmisibles (sí/no). A partir de los modelos lineales generalizados de la familia Poisson con enlace logarítmico se buscaron asociaciones entre las variables principales y las generales (previamente dicotomizadas).

Se calcularon razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con IC del 95 %. para el ingreso de las variables al modelo ajustado se tuvo en cuenta el $p < 0,05$ en el modelo crudo, el criterio de interés clínico y de disponibilidad. Se aceptó un valor $p < 0,05$ como significativo. Se empleó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows versión 25.0 en español. El estudio se refrendó por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica (CO-001-12-2024/CE).

Resultados

Participaron 386 personas adultas en su mayoría de sexo femenino; se destacaron, además, el grado de instrucción secundaria, la ocupación obrero, el estado civil casado/conviviente, la costa como región de origen, el ingreso

mensual $\geq$ al básico y el grupo etario de 30 a 59, con un promedio de edad de 36 años.

Con respecto a los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud oral, la prevalencia global resultó del 28 %. Predominaron los adultos sin grado de instrucción (50 %) y nivel escolar primario (51,2 %), el estado civil separado/divorciado (41 %), la sierra como región de origen (33,3 %), el ingreso mensual familiar menor al básico (38,3 %) y mayores de 60 años (53,8 %).

El indicador de extensión en promedio general alcanzó 0,59 (IC 95 % 0,48-0,71) de supremacía en participantes sin grado de instrucción (1,00) y primaria (1,18); ama de casa (1,01) y $\geq$ 60 años (1,26). El indicador de severidad en promedio fue de 6,42 (IC 95 % 6,03-6,81) y se destacó en los adultos sin instrucción (8,83), las ama de casa (8,26), los viudos (8,62), los procedentes de la sierra (7,58), el ingreso económico $\geq$ al básico (7,47) y los mayores de 60 años (9,03). Estos indicadores aumentaron su valor en presencia de enfermedades no transmisibles (tabla 1).

Tabla 1 - Indicadores de calidad de vida relacionados con la salud oral, según variables generales

Indicadores de CVRSO										
		Sin enfermedades no transmisibles			Con enfermedades no transmisibles			Total		
Variable		P (%)	E (x̄)	S (x̄)	P (%)	E (x̄)	S (x̄)	P (%)	E (x̄)	S (x̄)
Sexo										
	Masculino	24,8	0,45	5,70	35,4	0,79	7,16	27,6	0,54	6,08
	Femenino	21,9	0,45	6,13	48,0	1,22	8,56	28,4	0,64	6,74
Grado de instrucción										
	Ninguno	44,4	0,66	8,66	66,7	2,00	9,33	50,0	1,00	8,83
	Primaria	46,2	0,92	7,88	58,8	1,58	10,11	51,2	1,18	8,76
	Secundaria	31,9	0,63	6,61	42,0	0,94	8,00	34,6	0,71	6,98
	Superior	6,1	0,12	4,45	28,6	0,67	6,14	10,5	0,23	4,78
Ocupación										
	Estudiante	11,6	0,16	4,11	40,0	1,00	5,40	14,6	0,25	4,25
	Ama de casa	30,6	0,73	7,48	62,5	1,87	10,62	38,5	1,01	8,26
	Obrero	29,3	0,48	6,60	46,9	1,12	8,34	35,6	0,71	7,22
	Personal de	0,0	0,0	3,52	33,3	0,88	6,44	11,5	0,30	4,58

	salud									
	Comerciante	30,4	0,60	6,73	33,3	0,44	6,66	31,3	0,56	6,71
	Trabajo independiente	35,2	0,72	6,46	38,9	0,83	8,00	36,1	0,75	6,84
	Docente	12,5	0,18	6,50	25,0	0,25	6,75	15,0	0,20	6,55
	Otros	7,1	0,14	4,03	0,0	0,0	3,80	6,1	0,12	4,00
Estado civil										
	Casado/ conviviente	25,4	0,57	6,47	38,2	0,90	7,70	29,1	0,67	6,83
	Separado/ divorciado	35,7	0,42	6,64	54,5	1,90	10,18	41,0	0,84	7,64
	Soltero	17,6	0,31	5,01	43,5	0,95	6,73	21,8	0,41	5,29
	Viudo	28,6	0,71	8,14	44,4	0,66	9,00	37,5	0,68	8,62
Región de origen										
	Costa	22,0	0,44	5,59	39,7	0,90	7,28	26,2	0,55	6,00
	Sierra	28,9	0,55	7,05	43,8	1,18	8,84	33,3	0,74	7,58
	Selva	8,3	0,08	4,41	66,7	1,33	10,00	20,0	0,33	5,53
Ingreso mensual familiar										
	< al básico	33,3	0,70	6,96	50,0	1,19	7,41	38,3	0,85	5,95
	≥ al básico	19,1	0,35	5,50	37,1	0,90	8,66	23,3	0,48	7,47
Grupo etario (años)										
	18-29	12,8	0,24	4,46	47,1	0,82	5,64	16,9	0,31	4,60
	30-59	31,6	0,62	7,07	33,3	0,87	7,85	32,1	0,69	7,29
	≥ 60	25,0	0,37	6,75	66,7	1,66	10,05	53,8	1,26	9,03
	Total	23,3	0,45	5,93	41,8	1,01	7,87	28,0	0,59	6,42

Legenda: $\bar{x}$ = promedio; P = prevalencia; E = extensión; S = severidad.

Las enfermedades no transmisibles mostraron una incidencia del 25,4 %. Prevalcieron las cardiovasculares (8 %), la diabetes (7,8 %) y la obesidad (4,7 %). En los obreros (35,6 %), el personal de salud (34,6 %), los casados/convivientes (29,1 %) y los mayores de 60 años (69,2 %) se observaron diferencias significativas. En el modelo lineal generalizado se asociaron a mayor prevalencia la condición de obrero (RPa = 1,41; IC 95 %: 0,99-2,00), el grupo etario 30-59 años (RPa = 2,11; IC 95 %: 1,14-3,92) y los mayores de 60 años (RPa = 4,61; IC 95 %: 2,33-9,12) (tabla 2).

Tabla 2 - Análisis bivariado e indicadores crudos y ajustados de la asociación entre las variables generales con enfermedades no transmisibles

Variables	Enfermedades no transmisibles			Modelo crudo		Modelo ajustado	
	No	Sí	<i>p</i> *	RPc (IC95 %)	<i>p</i>	RPa (IC95 %)	<i>p</i>
Sexo							
Femenino	151 (75,1)	50 (24,9)	,809	Ref.		Ref.	
Masculino	137 (74,1)	48 (25,9)		1,04 (0,74-1,46)	,809	0,77 (0,52-1,13)	,190
Grado de instrucción							
Superior	115 (80,4)	28 (19,6)	,065	Ref.		Ref.	
Ninguno	9 (75,0)	3 (25,0)		0,98 (0,36-2,66)	,975	1,01 (0,31-3,23)	,982
Primaria	26 (60,5)	17 (39,5)		1,67 (1,10-2,53)	,015	1,01 (0,56-1,84)	,951
Secundaria	138 (73,4)	50 (26,6)		1,09 (0,77-1,54)	,596	0,98 (0,59-1,63)	,955
Ocupación							
Otros	28 (84,8)	5 (15,2)	,050	Ref.		Ref.	
Estudiante	43 (89,6)	5 (10,4)		0,37 (0,16-0,88)	,025	1,39 (0,41-4,62)	,590
Ama de casa	49 (75,4)	16 (24,6)		0,96 (0,60-1,53)	,876	1,18 (0,46-3,04)	,727
Obrero	58 (64,4)	32 (35,6)		1,59 (1,12-2,26)	,009	1,41 (0,99-2,00)	,050
Personal de salud	17 (65,4)	9 (34,6)		1,40 (0,80-2,44)	,237	2,38 (0,93-6,07)	,068
Comerciante	23 (71,9)	9 (28,1)		1,11 (0,62-2,00)	,706	1,79 (0,63-5,09)	,269
Trabajo independiente	54 (75,0)	18 (25,0)		0,98 (0,63-1,52)	,933	1,80 (0,69-4,64)	,223
Docente	16 (80,0)	4 (20,0)		0,77 (0,31-1,90)	,582	1,16 (0,34-3,94)	,809
Estado civil							
Casado/conviviente	134 (70,9)	55 (29,1)	,001	Ref.		Ref.	
Soltero	119 (83,8)	23 (16,2)		0,52 (0,34-0,80)	,003	0,88 (0,55-1,43)	,629
Separado/divorciado	28 (71,8)	11 (28,2)		1,12 (0,66-1,91)	,665	0,89 (0,51-1,56)	,702
Viudo	7 (43,8)	9 (56,3)		2,33 (1,46-3,73)	,000	1,16 (0,66-2,04)	,587
Región de origen							
Selva	12 (80,0)	3 (20,0)	,463	Ref.		Ref.	
Sierra	76 (70,4)	32 (29,6)		1,24 (0,87-1,78)	,226	1,15 (0,43-3,07)	,780
Costa	200 (76,0)	63 (24,0)		0,84 (0,59-1,19)	,340	1,21 (0,46-3,14)	,690
Ingreso mensual familiar (1025 S/)							
≥ al básico	204 (76,7)	62 (23,3)	,162	Ref.		Ref.	
< al básico	84 (70,0)	36 (30,0)		1,28 (0,90-1,82)	,157	1,12 (0,94-1,34)	,196
Grupo etario (años)							
18-29	125 (88,0)	17 (12,0)	,000	Ref.		Ref.	
30-59	155 (71,1)	63 (28,9)		1,38 (0,96-1,99)	,076	2,11 (1,14-3,92)	,017

≥ 60	8 (30,8)	18 (69,2)		3,11 (2,26-4,29)	,000	4,61 (2,33-9,12)	,000
Prevalencia de ENT	288 (74,6)	98 (25,4)					

Legenda: IC 95 % = intervalos de confianza al 95 %; * pruebas Chi cuadrado de diferencia de proporciones; RPc = razón de prevalencia cruda; RPa = razón de prevalencia ajustada.

La proporción de participantes con alto impacto de la salud oral sobre la calidad de vida resultó del 48,4 %. El mayor impacto negativo se encontró en las mujeres (53,2 %), la instrucción primaria (81,4 %), la ocupación docente (65 %), los viudos (81,3 %), los procedentes de la sierra (63,9 %), el ingreso mensual menor al básico (56,7 %) y los mayores de 60 años (73,1 %). En el modelo lineal generalizado se asociaron a mayor impacto de la salud oral sobre la calidad de vida grado de instrucción primario (RPa = 1,86; IC 95 %:1,27-2,73); docente (RPa = 2,72; IC 95%:1,29-5,77); separado/divorciado (RPa = 1,30; IC 95 %:1,02-1,65); grupo etario de 30-59 (RPa = 1,62; IC 95 %:1,19-2,22) y ≥ 60 años (RPa = 1,85; IC 95 %: 1,24-2,76) (tabla 3).

Tabla 3 - Análisis bivariado e indicadores crudos y ajustados de la asociación entre las variables generales con alto ISOCV

Variable	Alto ISOCV			Modelo crudo		Modelo ajustado	
	No	Sí	p*	RPc (IC95 %)	p	RPa (IC95 %)	p
Sexo							
Masculino	105 (56,8)	80 (43,2)	,050	Ref.			
Femenino	94 (46,8)	107 (53,2)		1,23 (0,99-1,51)	,052	1,18 (0,94-1,49)	,136
Grado de instrucción							
Ninguno	4 (33,3)	8 (66,7)	,000	Ref.		Ref.	
Primaria	8 (18,6)	35 (81,4)		1,83 (1,52-2,21)	,000	1,86 (1,27-2,73)	,001
Secundaria	88 (46,8)	100 (53,2)		1,21 (0,98-1,48)	,070	1,40 (0,99-1,98)	,051
Superior	99 (69,2)	44 (30,8)		0,52 (0,40-0,68)	,000	0,67 (0,41-1,09)	,110
Ocupación							
Otros	26 (78,8)	7 (21,2)	,000	Ref.		Ref.	
Estudiante	37 (77,1)	11 (22,9)		0,44 (0,25-0,74)	,002	1,25 (0,50-3,10)	,630
Ama de casa	24 (36,9)	41 (63,1)		1,38 (1,11-1,73)	,004	1,74 (0,84-3,60)	,134
Obrero	40 (44,4)	50 (55,6)		1,20 (0,96-1,49)	,107	1,69 (0,81-3,49)	,157
Personal de salud	19 (73,1)	7 (26,9)		0,53 (0,28-1,02)	,059	1,29 (0,51-3,26)	,579
Comerciante	13 (40,6)	19 (59,4)		1,25 (0,92-1,70)	,152	1,74 (0,82-3,68)	,145

	Trabajo independiente	34 (47,2)	38 (52,8)		1,14 (0,90-1,46)	,261	1,89 (0,92-3,90)	,083
	Docente	7 (35,0)	13 (65,0)		1,36 (0,97-1,91)	,071	2,72 (1,29-5,77)	,009
Estado civil								
	Casado/conviviente	95 (50,3)	94 (49,7)	,000	Ref.		Ref.	
	Soltero	88 (62,0)	54 (38,0)		0,69 (0,53-0,88)	,003	1,16 (0,89-1,50)	,264
	Separado/divorciado	13 (33,3)	26 (66,7)		1,43 (1,12-1,84)	,004	1,30 (1,02-1,65)	,032
	Viudo	3 (25,0)	13 (81,3)		1,72 (1,33-2,23)	,000	1,10 (0,80-1,52)	,544
Región de origen								
	Selva	9 (60,0)	6 (40,0)	,001	Ref.		Ref.	
	Sierra	39 (36,1)	69 (63,9)		1,50 (1,23-1,83)	,000	1,50 (0,83-2,68)	,172
	Costa	151 (57,4)	112 (42,6)		0,69 (0,57-0,85)	,000	1,31 (0,74-2,33)	,346
Ingreso mensual familiar (1025 S/)								
	≥ al básico	147 (55,3)	119 (44,7)	,030	Ref.		Ref.	
	< al básico	52 (43,3)	68 (56,7)		1,26 (1,03-1,55)	,024	1,04 (0,85-1,28)	,655
Grupo etario (años)								
	18-29	100 (70,4)	42 (29,6)	,000	Ref.		Ref.	
	30-59	92 (42,2)	126 (57,8)		1,59 (1,26-2,00)	,000	1,62 (1,19-2,22)	,002
	≥60	7 (26,9)	19 (73,1)		1,56 (1,21-2,02)	,001	1,85 (1,24-2,76)	,002
Total escala		199 (51,6)	187 (48,4)					

Leyenda: IC 95 % = intervalos de confianza al 95 %; * pruebas Chi cuadrado de diferencia de proporciones; RPc = razón de prevalencia cruda; RPa = razón de prevalencia ajustada.

En el grupo sin enfermedades no transmisibles el 43,1 % tuvo alto alto impacto de la salud oral sobre la calidad de vida, mientras que en el grupo con enfermedades transmisibles aumentó a un 64,3 % (fig.). Las enfermedades no transmisibles se asociaron significativamente ($p < ,001$) con un alto impacto de la salud oral sobre la calidad de vida (RP = 1,49; IC 95 %: 1,22-1,82).

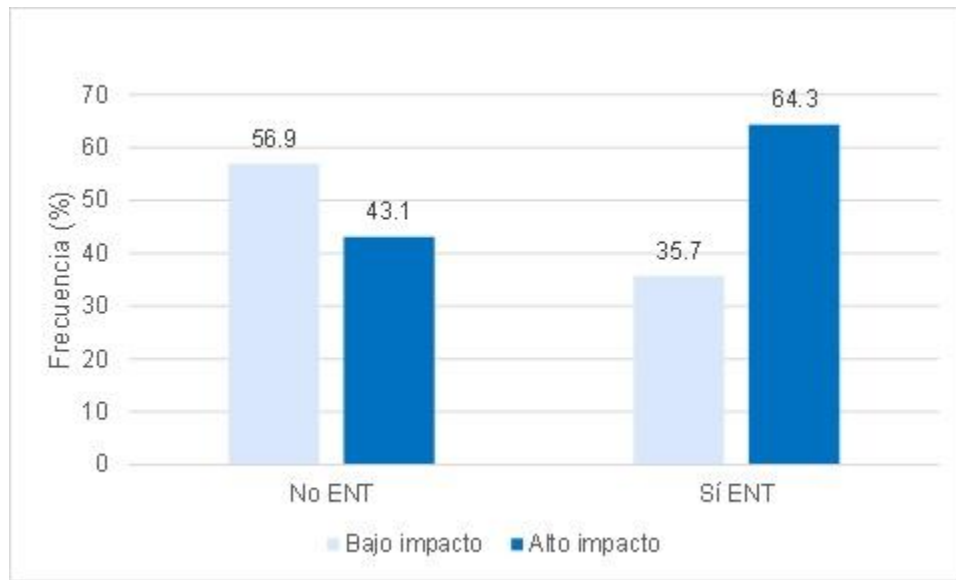


Fig. - Enfermedades no transmisibles según impacto de la salud oral en la calidad de vida.

Discusión

En general, las enfermedades no transmisibles incrementan los impactos negativos de la calidad de vida relacionada con la salud oral. En Perú se encontró en trabajadores universitarios un 43,2 % de impacto de la salud oral en la calidad de vida⁽¹¹⁾ y en Croacia resultó de 31,8 %.⁽¹²⁾ No obstante, estos valores aumentaron en adultos con trastornos mentales (72,3 %),⁽¹³⁾ cáncer (58,9 %),⁽¹⁴⁾ diabetes tipo 2, obesidad⁽¹⁵⁾ y problemas cardiovasculares.⁽¹⁶⁾

Se ha respaldado la asociación bidireccional de las enfermedades bucales con las enfermedades no transmisibles,^(17,18) esto explicaría el alto impacto de la salud oral en la calidad de vida de los participantes de la presente investigación. Los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud oral (prevalencia, extensión y severidad) presentaron gradientes de desigualdad en los grupos con y sin enfermedades no transmisibles, según variables generales; lo cual coincide con diversos estudios en poblaciones con y sin padecimientos crónicos.^(11,12,13,14)

La prevalencia de enfermedades no transmisibles en su conjunto se asemeja en contextos comunitarios;^(19,20) en ello influyen, fundamentalmente, la condición de obrero, y los grupos etarios de 30 a 59 y mayores de 60 años. Se ha confirmado

mayor riesgo de enfermedades no transmisibles en trabajadores no calificados,⁽²¹⁾ y una fuerte influencia de la edad en estos padecimientos.⁽²²⁾ Por tanto, el envejecimiento incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas y disminuye la calidad de vida relacionado con la salud.⁽²³⁾ Asimismo, la expansión a nivel global de la diabetes mellitus tipo 2⁽²⁴⁾ ha determinado el deterioro de la calidad de vida en personas con esta afección.⁽²⁵⁾

Los residentes en áreas rurales tienen peor calidad de vida relacionada con la salud oral que los de las áreas urbanas;⁽²⁶⁾ también los adultos mayores de 75 años, el no sobrepasar la educación secundaria⁽²⁷⁾ y la soltería.⁽¹⁷⁾ Las personas casadas asumen comportamientos más saludables;⁽²⁸⁾ y un nivel educativo alto podría mejorar los conocimientos y el interés por la salud bucal. Sin embargo, deben considerarse la realidad sociocultural, la diversidad poblacional y las enfermedades no transmisibles, en la variabilidad y la intensidad de los impactos negativos.

A la luz de los resultados propios y otros similares, se requieren más investigaciones e intervenciones integrales para que la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud oral repercuta en la salud general percibida. Entre las limitaciones de este estudio se encuentran las variables autodeclaradas, que podrían subestimar los resultados, sobre todo en el grupo con enfermedades no transmisibles; igualmente, la escala corta de cinco ítems restringe la valoración de las diferentes dimensiones de la calidad de vida, aunque se validó y demostró su aplicabilidad en el trabajo de campo.

Los gradientes de desigualdad encontrados en los indicadores estudiados y las variables generales asociadas, que incrementaron la prevalencia de enfermedades no transmisibles y el impacto de la salud oral en la calidad de vida, demuestran que las enfermedades no transmisibles inciden en el impacto de la salud oral relacionada con la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Lobbezoo F, Aarab G. Medicine and dentistry working side by side to improve global health equity. *J Dent Res.* 2022;101(10):1133-4. DOI: <https://doi.org/10.1177/00220345221088237>
2. Cohen LK, Dahlen G, Escobar A, Fejerskov O, Johnson NW, Manji F. Why a radical overhaul of dentistry is needed. *Ind J Dent Res.* 2017;28(5):471-4. DOI: https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_449_17
3. Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10203):1010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32079-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32079-3)
4. Wolf TG, Cagetti MG, Fisher JM, Seeberger GK, Campus G. Non-communicable diseases and oral health: an overview. *Front Oral Health.* 2021;2:725460. DOI: <https://doi.org/10.3389/froh.2021.725460>
5. Lorenzo S, Skapino E, Musto M, Olmos P, Álvarez R, Fabruccini A, *et al.* Salud bucal y enfermedades no transmisibles en pacientes de un centro de enseñanza universitaria, Montevideo-Uruguay. Parte 1. *Odontoestomatol.* 2020;22(36):55-64. DOI: <https://doi.org/10.22592/ode2020n36a7>
6. World Health Organization (). Oral health. Seventy Fourth World Health Assembly (WHA74.5). WHO; 2021 [acceso 12/08/2024]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha74/a74_r5-en.pdf
7. Malicka B, Skośkiewicz-Malinowska K, Kaczmarek U. The impact of socioeconomic status, general health and oral health on Health-Related Quality of Life, Oral Health-Related Quality of Life and mental health among Polish older adults. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):2. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02716-7>
8. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, *et al.* Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6-27. DOI: <https://doi.org/10.11607/jop.1151>
9. Simancas-Pallares M, John MT, Enstad C, Lenton P. The Spanish Language 5-Item Oral Health Impact Profile. *Int Dent J.* 2020;70(2):127-35. DOI: <https://doi.org/10.1111/idj.12534>

10. JASP Team. JASP Computer software (Version 0.17.3). 2023 [acceso 19/08/2024]. Disponible en: <https://jasp-stats.org/2021/11/22/la-version-en-espanol-de-jasp-ya-esta-en-linea/>
11. Curo-Valdivia YF, del Castillo-Lopez CE. Factores asociados al impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral en trabajadores de una universidad peruana. Rev Estomatol Herediana. 2024;34(2):147-56. DOI: <https://doi.org/10.20453/reh.v34i2.5532>
12. Uzarevic Z, Bulj A. Oral Health-Related Quality of Life among croatian university students. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(12):6483. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126483>
13. Gomes A, Ju X, Jamieson L, Mialhe FL. Oral health-related quality of life among Brazilian adults with mental disorders. Eur J Oral Sci. 2021;129(3):e12774. DOI: <https://doi.org/10.1111/eos.12774>
14. Comerlato L, Trindade P, Dos Santos MC, Chiesa J, Machado C, Pippi R. Oral health-related quality of life in breast cancer survivors. Support Care Cancer. 2020;28(1):65-71. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04792-3>
15. Vu GT, Little BB, Esterhay RJ, Jennings JA, Creel L, Gettleman L. Oral health-related quality of life in US adults with type 2 diabetes. J Public Health Dent. 2022;82(1):79-87. DOI: <https://doi.org/10.1111/jphd.12489>
16. Molania T, Malekzadeh A, Taghavi M, Ehsani H, Moosazadeh M, Haddadi A, *et al.* Oral health-related quality of life (OHRQoL) in cardiovascular patients referring to Fatima Zahra Hospital in Sari, Iran. BMC Oral Health. 2021;21(1):391. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01756-0>
17. Tenani CF, Ribeiro MH, Pereira I, Cortellazzi KL, Hermes G, Michel-Crosato E, *et al.* Factors associated with poor oral health-related quality of life among non-institutionalized Brazilian older adults: Oral health and quality of life in older adults. Spec Care Dentist. 2021;41(3):391-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/scd.12582>
18. Botelho J, Mascarenhas P, Viana J, Proença L, Orlandi M, Leira Y, *et al.* An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. Nat Commun. 2022;13(1):7614. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-022-35337-8>

19. Al-Oraibi A, Hassan O, Chattopadhyay K, Nellums LB. The prevalence of non-communicable diseases among Syrian refugees in Syria's neighbouring host countries: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2022;205:139-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.01.034>
20. Tesfay FH, Zorbas C, Alston L, Backholer K, Bowe SJ, Bennett CM. Prevalence of chronic non-communicable diseases in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis of evidence. *Front Public Health*. 2022;10:936482. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.936482>
21. Tipayamongkhogul M, Kongtip P, Woskie S. Association between occupations and selected noncommunicable diseases: A matched case-control among Thai informal workers. *J Occup Health*. 2021;63(1):e12249. DOI: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12249>
22. Boakye H, Atabila A, Hinneh T, Ackah M, Ojo-Benys F, Bello AI. The prevalence and determinants of non-communicable diseases among Ghanaian adults: A survey at a secondary healthcare level. *PLoS One*. 2023;18(2):e0281310. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281310>
23. Chen J, Xiao Y, Yan C, Li X, Zhang Y, Chen Y, *et al*. The relationship between the number of chronic diseases and health-related quality of life among middle-aged and older adults in rural areas of yunnan province, China: moderating effect of health lifestyle. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:2425-39. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S463640>
24. Valverde C, Moya JM, Cobo DA. Predicción de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ecuatorianos a través de regresión logística binaria. *Rev Cub Inv Bioméd*. 2023 [acceso 19/09/2024];42(2). Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3092>
25. Arnold Y, Vargas F, Véliz PL, Hidalgo G. Calidad de vida en pacientes cubanos con diabetes mellitus al aplicar el instrumento Diabetes 39. *Rev Cub Inv Bioméd*. 2022 [acceso 19/09/2024];41. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/1063>
26. Nora AD, de Castro NC, Alves LS, Moreira CHC, Zenkner JEA. Sociodemographic disparities in oral health-related quality of life of

schoolchildren in rural and urban areas. *Comm Dent Health*. 2023;40(3):170-5. DOI: https://doi.org/10.1922/CDH_00051Nora06

27. Kwon SR, Lee S, Oyoyo U, Wiafe S, De Guia S, Pedersen C, *et al*. Oral health knowledge and oral health related quality of life of older adults. *Clin Exp Dent Res*. 2021;7(2):211-8. DOI: <https://doi.org/10.1002/cre2.350>

28. Guner N, Kulikova Y, Llull J. Marriage and health: selection, protection, and assortative mating. *Eur Econ Rev*. 2018;104:138-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2018.02.005>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Bladimir Becerra-Canales.

Análisis formal: Enrique Mendoza-Caballero.

Investigación: Bladimir Becerra-Canales y Norma Pastor-Ramírez.

Metodología: Bladimir Becerra-Canales y José Almeida-Galindo.

Administración del proyecto: Maritza Arones.

Recursos: Freddy Tataje-Napuri.

Supervisión: Freddy Tataje-Napuri.

Validación: Maritza Arones.

Visualización: Carmen Chauca.

Redacción-borrador original: Norma Pastor-Ramírez, Enrique Mendoza-Caballero y Maritza Arones.

Redacción-revisión y edición: Bladimir Becerra-Canales y Carmen Chauca.

