

**Calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con hiposalivación y/o disfagia
en la Clínica de Adulto Mayor en la Universidad Santo Tomás**

**Gessireth Carolina Barbosa Cervantes, Adriana Sofia Galviz Pitre y Valentina Vargas
Botero**

Trabajo de grado para optar el título de Odontólogo

Director

**Carmen Alodia Martínez López
Especialista en Ortopedia Maxilar**

Codirector

**Gloria Cristina Aránzazu Moya
Magister Epidemiología Clínica**

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

2025

Contenido

1.Introducción.....	9
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Justificación.....	12
2. Marco teórico.....	14
2.1 Adulto mayor.....	14
2.1.1 Características del adulto mayor	14
2.2 Salud bucal	16
2.3 Saliva.....	16
2.3.1 Composición	16
2.3.2 Fisiología del flujo salival	17
2.4 Hiposalivación.....	17
2.4.1 Etiopatogenia de Hiposalivación.....	18
2.4.2 Causas de la Hiposalivación	19
2.4.3 Prevalencia de hiposalivación.....	22
2.5 Disfagia	23
2.5.1 Etiopatogenia de disfagia.....	23
2.5.2 Prevalencia de disfagia	24
2.6 EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia.....	24
2.7 Calidad de vida	25
2.7.1 Calidad de vida del adulto mayor.....	26
2.7.2 Calidad de vida relacionada con salud oral	26

2.7.3 Calidad de vida relacionada con la hiposalivación	27
2.7.4 Calidad de vida relacionada con la disfagia.....	28
2.7.5 Perfil de Impacto de la Salud Oral - versión ecuatoriana (OHIP-14) (Oral Health Impact Profile – Ecuadorian version)	28
3. Objetivos	29
3.1 Objetivo general	30
3.2 Objetivos específicos	30
3.3 Hipótesis	30
4. Metodología.....	31
4.1 Tipo de estudio.....	31
4.2 Población.....	31
4.3 Muestra y muestreo.....	32
4.4 Criterios de selección.....	32
4.4.1 Criterios de inclusión.....	32
4.4.2 Criterios de exclusión	32
4.5 Variables	33
4.5.1 Variable dependiente.....	33
4.5.2 Variables independientes	33
4.6 Instrumento.....	33
4.7 Procedimiento.....	35
4.8 Plan de análisis estadístico	36
4.8.1 Plan de análisis estadístico univariado	36

4.8.2 Plan de análisis estadístico bivariado	37
4.8 Consideraciones Éticas.....	37
4.9 Prueba piloto.....	38
5. Resultados.....	39
5.1 Características sociodemográficas de los participantes	39
5.2 Características clínicas Calidad de vida, hiposalivación y disfagia.....	41
5.5 Análisis Bivariado.....	44
6. Discusión	46
6.1. Conclusiones	49
6.2. Recomendaciones	51
Referencias	53

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas de los participantes.</i>	40
Tabla 2. <i>Variable edad de los participantes.</i>	41
Tabla 3. <i>Puntajes globales y según caso o controles de las variables cuantitativas.</i>	42
Tabla 4. <i>EAT-10 de los participantes.</i>	43
Tabla 5. <i>Distribución de respuestas de OHIP 14.</i>	44
Tabla 6. <i>Flujo salival y disfagia de los pacientes según calidad de vida.</i>	45
Tabla 7. <i>Calidad de vida relacionada con hiposalivación y disfagia.</i>	46
Tabla 8. <i>Probabilidad de afección de calidad de vida en relación con la salud bucal.</i>	46

Lista de apéndice

Apéndice A. <i>Operacionalización de variables.</i>	61
Apéndice B. <i>Instrumento de recolección de datos</i>	65
Apéndice C. <i>Plan de análisis estadístico.</i>	69
Apéndice D. <i>Consentimiento Informado.</i>	72

Resumen

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud oral constituye un componente esencial del bienestar integral en los adultos mayores, al reflejar cómo las condiciones orales inciden en funciones básicas como la alimentación, la comunicación, la autonomía y la interacción social. Alteraciones como la hiposalivación, que reduce la lubricación oral y dificulta procesos fisiológicos, y la disfagia, que compromete la deglución y eleva el riesgo de malnutrición, deshidratación y aspiración, generan un impacto que trasciende lo biológico y afecta también los aspectos psicológicos y sociales. **Objetivo:** Determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y los trastornos de hiposalivación y disfagia en adultos mayores atendidos en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás durante el primer semestre de 2025. **Materiales y métodos:** Se desarrolló un estudio observacional analítico de casos y controles con 83 adultos mayores, clasificados según sus puntajes en el cuestionario OHIP-14. La hiposalivación se evaluó mediante la medición del flujo salival no estimulado en cinco minutos, categorizado como normal ($>0,25$ ml/min), bajo ($0,1-0,25$ ml/min) y muy bajo ($<0,1$ ml/min), mientras que la disfagia se valoró con el Eating Assessment Tool-10 (EAT-10), considerando un puntaje ≥ 3 como indicador de riesgo clínico. **Resultados:** La muestra incluyó 31 casos (37,3%) con mala calidad de vida y 52 controles (62,7%) con buena calidad de vida. No se evidenció asociación significativa entre hiposalivación y calidad de vida ($p = 0,835$), pero sí entre disfagia y calidad de vida ($p < 0,001$), siendo más prevalente en los casos (57,9%) que en los controles (30,7%). **Conclusión:** La hiposalivación aislada no se comporta como factor determinante, mientras que la disfagia se consolida como un predictor clave del deterioro en la calidad de vida, resaltando la necesidad de un abordaje integral en la atención odontogeriatrica.

Palabras claves: calidad de vida, salud oral, adultos mayores, hiposalivación, disfagia

Abstract

Introduction: The quality of life related to oral health constitutes an essential component of the overall well-being of older adults, as it reflects how oral conditions affect basic functions such as eating, communication, autonomy, and social interaction. Alterations such as hyposalivation, which reduces oral lubrication and hinders physiological processes, and dysphagia, which compromises swallowing and increases the risk of malnutrition, dehydration, and aspiration, generate an impact that transcends the biological sphere and also affects psychological and social aspects. **Objective:** To determine the relationship between the quality of life related to oral health and the disorders of hyposalivation and dysphagia in older adults treated at the Elderly Clinic of the Universidad Santo Tomás during the first semester of 2025. **Materials and methods:** An observational analytical case-control study was conducted with 83 older adults, classified according to their scores on the OHIP-14 questionnaire. Hyposalivation was assessed through the measurement of unstimulated salivary flow over five minutes, categorized as normal (>0.25 ml/min), low ($0.1-0.25$ ml/min), and very low (<0.1 ml/min), while dysphagia was evaluated with the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10), considering a score ≥ 3 as an indicator of clinical risk. **Results:** The sample included 31 cases (37.3%) with poor quality of life and 52 controls (62.7%) with good quality of life. No significant association was found between hyposalivation and quality of life ($p = 0.835$), but a significant relationship was observed between dysphagia and quality of life ($p < 0.001$), being more prevalent in the cases (57.9%) than in the controls (30.7%). **Conclusion:** Isolated hyposalivation does not behave as a determining factor, whereas dysphagia is consolidated as a key predictor of deterioration in quality of life, highlighting the need for a comprehensive approach in geriatric dental care.

keywords: quality of life, oral health, older adults, hyposalivation, dysphagia

1.Introducción

La hiposalivación es una condición frecuente en los adultos mayores que afecta funciones esenciales como la lubricación de los tejidos bucales, la deglución y el habla. Esta disminución en la producción de saliva suele asociarse a otras afecciones, como la disfagia, que implica dificultad para tragar (Martínez et al., 2020). La evidencia indica que la hiposalivación está estrechamente vinculada con la aparición de disfagia en esta población, y que la coexistencia de ambas condiciones agrava el deterioro de la calidad de vida en mayor medida que cuando se presentan de forma aislada. Estas alteraciones no solo comprometen funciones básicas como la alimentación y la comunicación, sino que también repercuten negativamente en el bienestar emocional y social de los pacientes. Por ello, resulta fundamental que las clínicas odontológicas identifiquen y manejen integralmente estas afecciones, considerando su influencia tanto en la salud oral como en la salud general.

El envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos que predisponen a la hiposalivación, siendo esta muchas veces secundaria al uso de medicamentos, enfermedades sistémicas o tratamientos como la radioterapia en pacientes oncológicos. La disfagia, por su parte, compromete la ingesta de alimentos y puede derivar en malnutrición, deshidratación y riesgo de aspiración, incrementando la vulnerabilidad de esta población (Ortiz, et ál, 2020).

Dado el crecimiento progresivo de la población adulta mayor en Colombia, este estudio busca evaluar las disfunciones orales relacionadas con la hiposalivación y la disfagia, así como su impacto en la calidad de vida. Para ello, la hiposalivación se medirá mediante la evaluación del flujo salival en reposo, mientras que la disfagia será valorada a través del cuestionario EAT-10, una herramienta validada para detectar dificultades en la deglución. La calidad de vida relacionada

con la salud oral se analizará mediante el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-14), el cual permite identificar el impacto de estas condiciones en la funcionalidad, el bienestar psicológico y la interacción social de los pacientes.

1.1 Planteamiento del problema

La hiposalivación y la disfagia constituyen alteraciones fisiológicas interrelacionadas que adquieren una relevancia creciente en la población adulta mayor. La hiposalivación, caracterizada por la disminución del flujo salival, compromete funciones esenciales como la masticación, la deglución, la fonación y la percepción del gusto, afectando directamente la calidad de vida. A su vez, la disfagia, entendida como la dificultad o dolor al tragar, puede originarse o agravarse por la escasa producción salival, generando un ciclo de deterioro funcional que repercute negativamente en la nutrición, la hidratación y el bienestar emocional de los pacientes.

En este estudio, la calidad de vida relacionada con la salud oral se entiende desde un enfoque biopsicosocial, donde la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que incluye el bienestar físico, psicológico y social. Desde esta perspectiva, la calidad de vida refleja la percepción del adulto mayor sobre cómo sus condiciones orales afectan actividades cotidianas como comer, hablar, relacionarse y participar socialmente. Este concepto se evaluará mediante el instrumento OHIP-14, ampliamente utilizado en la literatura reciente para valorar el impacto de la salud oral en el bienestar general (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Se estima que aproximadamente el 30% de los adultos mayores presentan hiposalivación (Turner y Ship, 2007), mientras que la disfagia afecta también a un porcentaje considerable de esta población. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) proyecta que para

el año 2050 el 22% de la población mundial estará conformada por personas mayores de 60 años, lo que hace urgente el abordaje integral de estas afecciones, dada su alta prevalencia y sus implicaciones biopsicosociales.

Ambas condiciones no solo representan una carga fisiológica, sino que también generan consecuencias psicológicas y sociales relevantes: sentimientos de frustración, miedo a comer, aislamiento, disminución de la participación social y pérdida progresiva de la autonomía. Además, la hiposalivación favorece la aparición de caries, infecciones orales y alteraciones del gusto, así como el riesgo de aspiración y neumonía; mientras que la disfagia puede conducir a desnutrición, pérdida de peso, deshidratación y debilitamiento inmunológico.

A pesar de las múltiples repercusiones que tienen estas afecciones en la salud general y bucal, son escasos los estudios que analizan de forma conjunta la hiposalivación y la disfagia en adultos mayores, particularmente en contextos clínicos como las clínicas odontológicas universitarias. Investigaciones internacionales en países como Brasil, España y México han abordado estas condiciones por separado (Silva et al., 2018; López-Pintor et al., 2016). En Colombia no se encuentra literatura con abordaje directo sobre el tema de investigación. Al consultar en los resultados del ENSAB IV no se evidencia haber tenido en cuenta la disgeusia como un problema bucal a considerar (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014). Así entonces, en Colombia persiste un vacío de conocimiento sobre su prevalencia combinada y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral, evaluada con instrumentos estandarizados.

El índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) es una herramienta ampliamente validada a nivel internacional para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral (Slade, 1997).

Sin embargo, su aplicación en adultos mayores con hiposalivación y disfagia ha sido limitada, lo cual representa una oportunidad valiosa para generar evidencia local que fortalezca la atención clínica odontológica con enfoque geriátrico.

La ausencia de estudios nacionales que integren estas variables hiposalivación, disfagia y calidad de vida utilizando un instrumento validado como el OHIP-14 evidencia un vacío de conocimiento que debe ser abordado mediante investigación aplicada. La falta de datos epidemiológicos actualizados en nuestro contexto restringe el diseño de estrategias clínicas efectivas basadas en evidencia científica.

Ante este panorama, el presente estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de hiposalivación y disfagia en adultos mayores atendidos en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás durante el primer semestre de 2025, así como evaluar su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral mediante el uso del índice OHIP-14. En consecuencia, se formula la siguiente pregunta problema:

¿Cómo afectan los trastornos de hiposalivación y disfagia la calidad de vida relacionada con la salud oral en los adultos mayores atendidos en las clínicas odontológicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás?

1.2 Justificación

El envejecimiento poblacional ha incrementado de manera significativa la demanda de atención odontológica en los adultos mayores, quienes con frecuencia presentan afecciones como la hiposalivación y la disfagia. La hiposalivación, caracterizada por la disminución en la producción de saliva, compromete funciones básicas como la deglución, el habla y la masticación.

Esta condición se encuentra estrechamente vinculada con la disfagia, definida como la dificultad para tragar, lo que agrava las complicaciones de salud en esta población (Ariza et al., 2020). La coexistencia de ambas patologías genera un deterioro notable en la calidad de vida, al afectar no solo funciones físicas esenciales, sino también el bienestar emocional y social de los adultos mayores.

El presente estudio, a desarrollarse en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás, tiene como propósito analizar la relación entre hiposalivación y disfagia, con el fin de determinar su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral. La investigación se justifica teóricamente en la necesidad de abordar de manera conjunta estas dos condiciones, un campo poco explorado en la literatura científica, pero clave para el diseño de intervenciones odontológicas más integrales y eficaces. Desde la perspectiva metodológica, se empleará un diseño de casos y controles que permitirá comparar adultos mayores afectados con aquellos sin estas alteraciones, utilizando herramientas diagnósticas y de evaluación de la calidad de vida ampliamente validadas (Smith y Logemann, 2021).

En el ámbito institucional, la Universidad Santo Tomás fomenta la investigación en sus estudiantes, con especial énfasis en problemáticas que afectan a poblaciones vulnerables. En este contexto, el análisis de la calidad de vida en adultos mayores con hiposalivación y disfagia se convierte en un aporte académico y científico que fortalece la atención clínica con enfoque geriátrico y contribuye al posicionamiento de la universidad en esta línea investigativa.

Finalmente, desde la dimensión social, este estudio resulta fundamental para mejorar la atención integral de los adultos mayores. Tanto la hiposalivación como la disfagia repercuten no solo en la salud física, sino también en la interacción social, la autonomía y el bienestar emocional

de los individuos. La implementación de protocolos de atención basados en la evidencia generada contribuirá a optimizar los servicios odontológicos y de salud pública, en concordancia con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (2021), orientados a promover un envejecimiento saludable y con calidad de vida.

2. Marco teórico

2.1 Adulto mayor

La población mundial está experimentando un envejecimiento acelerado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050 el porcentaje de personas mayores de 60 años casi se duplicará, aumentando del 12% al 22%. Además, la OMS define como adulto mayor a toda persona que supera esta edad. (Araujo Pulido, 2009)

El envejecimiento conlleva una serie de cambios estructurales y funcionales en el organismo, afectando distintos sistemas, como el cardiovascular, respiratorio, metabólico, musculoesquelético y motor. Estas alteraciones reducen la capacidad de esfuerzo, disminuyen la resistencia al estrés físico y limitan la autonomía, lo que impacta negativamente en la calidad de vida y en la movilidad de las personas mayores (Araujo Pulido, 2009).

2.1.1 Características del adulto mayor

2.1.1.1 Cambios Fisiológicos. Los estudios indican que los adultos mayores experimentan cambios en la función de diversos órganos, aunque el proceso de envejecimiento varía entre

individuos según sus estilos de vida y comorbilidades. Entre las alteraciones más comunes, se ha identificado la reducción de la masa muscular, así como modificaciones en los sistemas renal, cardiovascular, respiratorio y hematológico. Además, el envejecimiento puede conllevar limitaciones en el campo visual, la movilidad y la capacidad cognitiva, lo que repercute en la realización de actividades cotidianas. Esta disminución en la funcionalidad aumenta el riesgo de accidentes y fracturas en esta población (Colorado, 2024).

Es importante destacar que, además de los cambios físicos, el envejecimiento también está asociado con alteraciones mentales, lo que puede contribuir a una percepción negativa de esta etapa de la vida.

En cuanto a la cavidad bucal, se observa una disminución en la producción salival, la cual puede estar relacionada con una menor hidratación o con los efectos secundarios de ciertos medicamentos. Esta reducción del flujo salival puede afectar funciones esenciales como la deglución, la digestión y la protección de los tejidos orales, comprometiendo la salud bucal y la calidad de vida del adulto mayor.

2.1.1.2 Alteraciones Psicológicas. Muchos adultos mayores enfrentan problemas como la depresión y dificultades de concentración, los cuales pueden afectar su bienestar emocional.

2.1.1.3 Aspecto Sociopsicológico. La pérdida de roles sociales, junto con el contexto de enfermedades crónicas, puede generar nuevas condiciones de vida, reduciendo su capacidad de adaptación y aumentando el riesgo de aislamiento social y problemas emocionales, como la soledad.

2.1.1.4 Criterio Cronológico. La edad es un factor relevante, especialmente en relación con la jubilación, que puede influir en la identidad y el bienestar del adulto mayor (Esmeraldas Vélez, 2019).

2.2 Salud bucal

La salud bucal se refiere al estado en el que las estructuras de la boca, como dientes y encías, están libres de enfermedades y permiten realizar funciones básicas como masticar y hablar sin dolor ni molestias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), también abarca el bienestar psicológico asociado a la estética y la interacción social, lo cual influye en la calidad de vida. Además, la salud bucal está interrelacionada con la prevención de diversas enfermedades sistémicas (OMS, 2023).

2.3 Saliva

La saliva es un fluido biológico producido por las glándulas salivales, compuesto en un 99% por agua y en un 1% por electrolitos, proteínas, enzimas e inmunoglobulinas. Este fluido desempeña funciones esenciales, como la lubricación de los alimentos para facilitar la masticación y la deglución, el inicio de la digestión de carbohidratos mediante la amilasa salival, y la protección de los tejidos orales gracias a sus propiedades antimicrobianas y remineralizantes (Forensics Digest, 2024).

2.3.1 Composición

La fracción sólida de la saliva incluye:

Electrolitos: (sodio, potasio, calcio, magnesio y bicarbonato), que participan en el equilibrio ácido-base y la remineralización dental.

Proteínas: como α -amilasa (digestión de almidones), mucinas (lubricación) y proteínas antimicrobianas como lisozima y lactoferrina.

Inmunoglobulinas: principalmente IgA, que actúan como defensa inmunológica en la cavidad oral (Forensics Digest, 2024).

2.3.2 Fisiología del flujo salival

En reposo, las glándulas salivales secretan en promedio 0,3 ml/min de saliva, mientras que en condiciones de estimulación la producción puede aumentar hasta 3–5 ml/min. La secreción diaria total oscila entre 500 y 600 ml en individuos sanos (Watanabe, citado por Arizpe et al., 2012). Esta producción está regulada por el sistema nervioso autónomo: la estimulación parasimpática, a través de los receptores muscarínicos M3, genera un flujo acuoso, mientras que la estimulación simpática produce una saliva más viscosa (Moore y Guggenheimer, 2008).

2.4 Hiposalivación

La hiposalivación se define como la disminución objetiva del flujo salival, condición que puede afectar tanto la salud oral como la salud general del individuo. Se considera hiposalivación cuando el flujo salival no estimulado es menor a 0,1 ml/min o cuando el flujo estimulado es inferior a 0,7 ml/min (Navazesh y Kumar, 2008). Este trastorno es frecuente en los adultos mayores y se encuentra asociado al uso de medicamentos xerostómicos, enfermedades sistémicas como la

diabetes mellitus o el síndrome de Sjögren, y a tratamientos como la radioterapia en cabeza y cuello (Villa y Abati, 2011).

La saliva cumple funciones esenciales: lubricación de los tejidos orales, protección de las mucosas, inicio de la digestión, control del pH y remineralización dental (Pedersen, et al., 2018). Por ello, la disminución en su producción conlleva repercusiones clínicas como ardor bucal, alteraciones del gusto, incremento en el riesgo de caries, infecciones orales recurrentes y dificultades en la deglución (Navazesh, 2002).

En adultos mayores, la hiposalivación no solo compromete funciones fisiológicas, sino que también repercute en el bienestar psicológico y social, al generar incomodidad y limitar actividades cotidianas como hablar o alimentarse en público (Niklander et al., 2017).

2.4.1 Etiopatogenia de Hiposalivación

La hiposalivación es una condición caracterizada por la producción insuficiente de saliva, y su etiopatogenia implica una variedad de causas y mecanismos patológicos que contribuyen a su desarrollo. A continuación, se presentan los principales mecanismos fisiopatológicos y las causas asociadas a esta condición.

2.4.1.1 Mecanismos Fisiopatológicos.

2.4.1.1.1 Pérdida de líquidos. La deshidratación, provocada por factores como condiciones ambientales adversas, ingesta insuficiente de líquidos, o episodios de diarrea y vómitos, impacta directamente en la producción de saliva, alterando así la homeostasis

del cuerpo. Esta situación puede llevar a una disminución notable en el flujo salival (Llena, 2006).

2.4.1.1.2 Compromiso de las glándulas salivales. Diversas enfermedades sistémicas y tratamientos médicos pueden causar daño a las glándulas salivales. El síndrome de Sjögren, un trastorno autoinmune, es un ejemplo clásico de cómo estas enfermedades afectan la función de las glándulas exocrinas, resultando en sequedad bucal (Cawson, 2009; McCoy et al., 2011).

2.4.1.1.3 Alteraciones neurológicas. Trastornos que afectan el sistema nervioso autónomo pueden interferir en las señales responsables de la regulación de la secreción salival. Por ejemplo, condiciones como la diabetes y los accidentes cerebrovasculares pueden afectar la innervación de las glándulas salivales, lo que a su vez disminuye su actividad funcional (Cawson, 2009; Vissink et al., 2010).

2.4.2 Causas de la Hiposalivación

Las causas de la hiposalivación se dividen en cuatro categorías: orgánicas, farmacológicas, funcionales y hábitos nocivos (Cawson, 2009).

2.4.2.1 Causas Orgánicas. El proceso de envejecimiento conlleva una disminución natural en la función de las glándulas salivales, contribuyendo a la reducción en la producción de saliva (Ulloa, 2016).

2.4.2.2 Enfermedades sistémicas

2.4.2.2.1 Síndrome de Sjögren. Este trastorno ataca las glándulas exocrinas y se asocia con una sequedad bucal significativa (López-Jornet, et al., 2011).

2.4.2.2.2 Diabetes Mellitus. La diabetes, especialmente con un control glucémico deficiente, afecta el flujo sanguíneo hacia las glándulas salivales, resultando en hiposalivación (Neville et al., 2009).

2.4.2.2.3 Trastornos neurológicos. Enfermedades como el Parkinson y el Alzheimer alteran los mecanismos neurológicos que controlan la producción de saliva, contribuyendo a la sequedad (Cabello, et al., 2010).

2.4.2.3 Causas Farmacológicas. El uso de medicamentos es un factor importante en el desarrollo de la hiposalivación, especialmente entre los adultos mayores que a menudo requieren múltiples tratamientos. Algunos fármacos relevantes incluyen:

2.4.2.3.1 Anticolinérgicos. Estos medicamentos bloquean los receptores colinérgicos, lo que disminuye la secreción salival (Cawson, 2009).

2.4.2.3.2 Antidepresivos tricíclicos. Medicamentos como la amitriptilina pueden causar sequedad bucal (Cawson, 2009; González et al., 2013).

2.4.2.3.3 Antihistamínicos. Fármacos como la difenhidramina están relacionados con la hiposalivación (Gueiros, et al., 2014)

2.4.2.3.4 Diuréticos. Estos fármacos promueven la eliminación de líquidos, lo que puede reducir la producción de saliva (Cawson, 2009).

2.4.2.4 Causas Funcionales.

2.4.2.4.1 Deshidratación. Puede ser resultado de episodios de diarrea y vómitos que comprometen la producción salival (Llena, 2006).

2.4.2.4.2 Obstrucciones. Condiciones como la sialolitiasis y la sialoadenitis pueden bloquear el flujo de saliva, exacerbando la hiposalivación (Cawson, 2009).

2.4.2.4.3 Factores psicológicos. Estrés, ansiedad y depresión son condiciones que pueden contribuir a la sequedad bucal al alterar la regulación salival (Perini, al., 2014).

2.4.2.5 Hábitos Nocivos

Tabaquismo: Fumar afecta negativamente la salud de las glándulas salivales, disminuyendo su capacidad de producción (Ulloa, 2016).

Consumo de alcohol: El consumo excesivo de alcohol tiene efectos deshidratantes que impactan la producción salival (Neville, et al., 2009).

2.4.3 Prevalencia de hiposalivación

La prevalencia de hiposalivación en la población varía entre el 17% y el 29%. Esta condición es más común en personas mayores, alcanzando tasas de hasta el 47%, mientras que en adultos jóvenes la prevalencia es de solo el 10%. Además, se ha observado que la hiposalivación afecta más a las mujeres (27%) que a los hombres (21%). También es relevante en la población fumadora, donde afecta hasta al 37% de los fumadores, en contraste con el 13% entre los no fumadores. Los pacientes con cáncer tienen un riesgo particularmente elevado, con una prevalencia del 77% entre aquellos con cualquier tipo de cáncer, y hasta un 100% en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han recibido tratamiento con radiación (Ulloa, 2016).

Estos datos subrayan la importancia de la saliva en la salud general y destacan la necesidad de atención especial para grupos en riesgo, como los adultos mayores y aquellos con enfermedades crónicas o condiciones específicas.

2.5 Disfagia

La disfagia, o deterioro de la deglución, se define como la dificultad para tragar que interfiere en el tránsito de los alimentos, líquidos o sólidos, desde la boca hasta el estómago. Este proceso comprende varias fases: la fase oral, voluntaria, donde la visión, el olor y el gusto estimulan la salivación, la succión, la masticación y la propulsión del bolo alimenticio hacia la faringe; la fase orofaríngea, involuntaria, en la que la epiglotis cierra la laringe permitiendo el paso del bolo; y la fase esofágica, en la que el peristaltismo conduce los alimentos hacia el estómago (SEMI, s. f.).

2.5.1 Etiopatogenia de disfagia

La etiopatogenia de la disfagia comprende alteraciones que pueden afectar cualquiera de las fases del proceso deglutorio y se clasifica en dos grandes categorías:

2.5.1.1 Disfagia Orofaríngea. Se origina en la boca y la faringe, con frecuencia asociada a trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson o los accidentes cerebrovasculares, que interfieren en el control motor necesario para tragar. También pueden contribuir causas anatómicas, como tumores o procesos inflamatorios de la faringe (Malagelada et al., 2014).

2.5.1.2 Disfagia Esofágica. Se localiza en el esófago y puede deberse a causas estructurales como estenosis o tumores, así como a trastornos funcionales como el reflujo gastroesofágico. Además, algunos medicamentos, especialmente los que inducen sequedad bucal, pueden favorecer la aparición de disfagia (Malagelada, et al., 2014).

El envejecimiento es un factor determinante en la aparición de disfagia, debido a los cambios fisiológicos progresivos en el sistema digestivo. Asimismo, la presencia de enfermedades neurológicas incrementa notablemente su prevalencia y severidad, lo que puede derivar en complicaciones graves como malnutrición, deshidratación e infecciones respiratorias secundarias a la aspiración (McNulty, et al., 2021).

2.5.2 Prevalencia de disfagia

La disfagia presenta una elevada prevalencia en distintos grupos poblacionales. Se estima que entre el 50% y el 75% de los residentes en instituciones geriátricas padecen algún grado de dificultad para tragar. Entre los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares, la prevalencia varía entre el 40% y el 78%, mientras que en pacientes que han superado un cáncer de cabeza y cuello oscila entre el 50% y el 60%. En enfermedades neurológicas como el Parkinson, afecta aproximadamente al 50% de los pacientes, y en la esclerosis múltiple puede alcanzar un 31%. En la población general, se calcula que hasta un 22% de los mayores de 50 años presenta alteraciones de la deglución (Horner, et al., 2020).

2.6 EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

El *Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)* es un cuestionario autoadministrado, diseñado para evaluar la severidad de los síntomas de disfagia mediante diez ítems puntuados en una escala de 0 a 4. La suma de los puntajes proporciona una medida global de la gravedad percibida de las dificultades de deglución. Se trata de una herramienta sencilla, rápida y confiable que ha sido validada en múltiples contextos clínicos (Belafsky, et al., 2008).

En un estudio realizado en Chile, la versión traducida del EAT-10 demostró una elevada consistencia interna (α de Cronbach = 0,89), con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 86% para la detección de disfagia en adultos mayores (Cohen, et al., 2018). Asimismo, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable, el EAT-10 mostró una alta precisión para predecir aspiración, con un área bajo la curva ROC (AUC) de 0,88 (Nishino, et al., 2017).

Gracias a su facilidad de aplicación y accesibilidad, el EAT-10 constituye una herramienta valiosa para la identificación temprana de la disfagia y para el monitoreo de la respuesta a tratamientos en diferentes escenarios clínicos, incluidos hospitales, consultas ambulatorias y clínicas odontológicas (Rosenbek, et al., 2020).

2.7 Calidad de vida

La calidad de vida, un constructo multidimensional y subjetivo, se define como la percepción individual del bienestar en relación con las expectativas, valores y preocupaciones de cada persona. En el ámbito de la salud, este concepto trasciende los parámetros biomédicos tradicionales, integrando dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. La dimensión física abarca aspectos como el dolor, la fatiga, la funcionalidad y la independencia en las actividades de la vida diaria. La dimensión psicológica engloba el estado de ánimo, la autoestima, la satisfacción con la vida y la capacidad de afrontar el estrés. La dimensión social se refiere a las relaciones interpersonales, el apoyo social y la participación en actividades comunitarias. Finalmente, la dimensión espiritual se vincula con el sentido de propósito, la trascendencia y las creencias personales (Ramírez, 2007).

2.7.1 Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida en la vejez es un constructo multidimensional influenciado por una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Estudios transversales han identificado de manera consistente que las relaciones sociales, el apoyo familiar, la salud física y mental, así como los recursos económicos, son determinantes clave del bienestar percibido en la tercera edad. Si bien la salud física, especialmente la presencia de enfermedades crónicas puede limitar significativamente la calidad de vida, la dimensión psicológica, caracterizada por la autoestima, la satisfacción con la vida y la capacidad de afrontar el estrés juega un papel igualmente importante. A su vez, factores sociodemográficos como la edad, el género y el nivel educativo, así como el contexto sociocultural, modulan la experiencia de envejecimiento y la percepción de la calidad de vida. En este sentido, el soporte social emerge como un factor protector transversal, mitigando los efectos adversos de condiciones de salud adversas y promoviendo el bienestar emocional (Botero, 2007).

2.7.2 Calidad de vida relacionada con salud oral

La calidad de vida relacionada con la salud oral se refiere a cómo las condiciones de salud oral influyen en la percepción general de bienestar de un individuo. Este concepto abarca dimensiones que van más allá de los problemas dentales, incluyendo el impacto en el funcionamiento diario, el bienestar emocional y las relaciones interpersonales (OMS, 2023).

La salud puede influir en diversos aspectos de la calidad de vida. Según un estudio de (Locker, 2007), las personas que enfrentan problemas bucales a menudo experimentan un deterioro en su calidad de vida, manifestándose tanto en aspectos funcionales como emocionales. En

particular, la capacidad de realizar actividades básicas, como comer y hablar, es esencial para mantener una vida social activa y mantener relaciones interpersonales satisfactorias (Locker, D. 2007).

Para abordar la calidad de vida relacionada con la salud oral, es crucial implementar intervenciones específicas. El uso de sustitutos de saliva, la terapia conductual para manejar la ansiedad asociada con problemas orales, y el fomento de una buena higiene bucal son estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas con hiposalivación (Poveda-Gallego, 2023).

2.7.3 Calidad de vida relacionada con la hiposalivación

La hiposalivación afecta de manera importante la calidad de vida de los adultos mayores porque la falta de saliva suficiente dificulta actividades cotidianas que dependen de una buena lubricación oral. Cuando el flujo salival disminuye, masticar, triturar y tragar los alimentos se vuelve más complicado, lo que puede llevar a que las personas mayores tarden más en comer, eviten ciertos alimentos o incluso reduzcan su ingesta por incomodidad (Botelho et al., 2020). A esto se suma que la saliva protege los dientes y tejidos orales, por lo que su escasez favorece la aparición de caries, acumulación de placa y molestias frecuentes, lo que aumenta las visitas al odontólogo y genera preocupación constante por la salud bucal (Al-Modeer et al., 2017). Investigaciones realizadas en adultos mayores demuestran que quienes tienen un flujo salival bajo reportan peores puntajes en instrumentos como el OHIP-14, lo que significa que la hiposalivación afecta no solo funciones físicas, sino también aspectos emocionales y sociales, como la seguridad al hablar, la confianza al comer en público y la sensación general de bienestar (Naito et al., 2007).

En conjunto, la hiposalivación no es solo un problema clínico, sino una condición que interfiere con la autonomía, el confort y la vida diaria de las personas mayores.

2.7.4 Calidad de vida relacionada con la disfagia

La disfagia afecta de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores porque dificulta una función esencial como tragar, lo que altera su nutrición, seguridad y bienestar diario. Las personas mayores con disfagia suelen experimentar tos al comer, sensación de que los alimentos no pasan, fatiga durante las comidas y miedo a atragantarse, lo que convierte la alimentación en una actividad estresante y poco placentera (Cassol et al., 2017). Estas dificultades también pueden llevar a una menor ingesta de alimentos, pérdida de peso y mayor riesgo de desnutrición, afectando su salud física y su energía para realizar actividades cotidianas (Rofes et al., 2018). Además, la disfagia incrementa el riesgo de aspiración y neumonía, condiciones que generan preocupación constante y limitan la autonomía del adulto mayor (Hughes et al., 2020). A nivel social, muchos evitan comer en público por temor a presentar episodios de tos o ahogo, lo que favorece el aislamiento y disminuye su bienestar emocional. En conjunto, la disfagia impacta dimensiones físicas, sociales y psicológicas, afectando profundamente la calidad de vida en la vejez.

2.7.5 Perfil de Impacto de la Salud Oral - versión ecuatoriana (OHIP-14) (Oral Health Impact Profile – Ecuadorian version)

El Perfil de Impacto de la Salud Oral – versión ecuatoriana (OHIP-14E), adaptado del cuestionario OHIP-14 diseñado por Slade y Spencer, es un instrumento utilizado para evaluar el

impacto de la salud bucal en la calidad de vida. El cuestionario original se organiza en siete dimensiones, que abarcan distintos ámbitos del bienestar afectados por las condiciones orales: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía.

El OHIP-14E está conformado por 14 ítems, distribuidos en dos preguntas por cada dimensión. Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert, que va desde “nunca” hasta “muy frecuente”, lo que permite identificar la frecuencia con la que las alteraciones en la salud oral generan efectos negativos en la vida cotidiana de las personas.

La versión *OHIP-14E* Fue adaptado cultural y lingüísticamente para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en la población ecuatoriana. Esta versión permite reflejar las particularidades de los encuestados, utilizando lenguaje claro y accesible para los hablantes de español ecuatoriano. A diferencia de otras versiones del cuestionario, esta adaptación facilita su aplicación y aumenta la precisión de los resultados. Al estar diseñada específicamente para la población adulta ecuatoriana, garantiza una medición más relevante y directa de los impactos de la salud bucal en la vida diaria, sin los sesgos que podrían generar otros modelos internacionales en otros idiomas.

El proceso de validación del OHIP-14E en Ecuador incluyó varios pasos, entre ellos la validez discriminante, que permitió confirmar que el instrumento puede diferenciar correctamente entre personas con diferentes condiciones bucales, como la presencia o ausencia de caries, el uso de prótesis o la presencia de enfermedad periodontal.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida, y los trastornos de hiposalivación y/o disfagia en adultos mayores atendidos en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás durante el primer semestre del año 2025.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población de estudio, según las variables sociodemográficas.
- Cuantificar el flujo salival de los pacientes de estudio mediante medición de flujo salival no estimulado.
- Establecer presencia de síntomas específicos de disfagia en los pacientes adultos mayores a través del cuestionario Eating-Assessment Tool-10 (EAT10).
- Identificar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral de la población participante
- Analizar la percepción de calidad de vida con relación al flujo salival disminuido y el diagnóstico positivo de disfagia en los pacientes adultos mayores.

3.3 Hipótesis

Los adultos mayores con hiposalivación y disfagia presentan una calidad de vida relacionada con la salud oral significativamente menor, de acuerdo con el índice OHIP-14, en comparación con aquellos sin estas condiciones.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

La investigación correspondió a un estudio observacional, analítico de tipo casos y controles. Este diseño se llevó a cabo con una población de adultos mayores, quienes fueron clasificados en dos grupos según sus puntuaciones en el cuestionario Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14): aquellos con puntajes elevados, que indicaron un mayor impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral (casos), y aquellos con puntajes bajos, que reflejaron un menor impacto (controles). En ambos grupos se identificaron los trastornos de hiposalivación y disfagia, con el objetivo de analizar su relación con los niveles de calidad de vida oral reportados (Soto, et al., 2020).

4.2 Población

Comprendió 83 pacientes que asistieron a los servicios de la clínica odontológica del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás durante el primer semestre de 2025.

4.3 Muestra y muestreo

Se calculó el tamaño de la muestra a través de la aplicación Epidat 4.2, teniendo en cuenta que estudios anteriores mostraron casos expuestos (mayor OHIP y disfagia) del 70% y controles expuestos (menor OHIP y disfagia) del 30%. Considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión relativa del 64,5% y un poder estadístico del 80%, la muestra calculada fue de 26 casos y 52 controles, bajo un diseño pareado de un caso por cada dos controles sin emparejamiento (Alves-Ferreir, et al., 2020). Se agregaron 5 casos adicionales para solventar posibles pérdidas de muestra, quedando finalmente 31 casos y 52 controles.

4.4 Criterios de selección

4.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que se encontraron activos en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás durante el primer periodo de 2025.
- Pacientes adultos mayores (60 años)
- *Casos:* pacientes cuya prueba de OHIP-14 fue superior a 1 o presentaron uno o más ítems calificados como alguna vez, casi siempre o siempre.
- *Control:* pacientes cuya puntuación en la prueba OHIP-14 fue igual a 0 (nunca) o 1 (casi nunca).

4.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que presentaron deterioro cognitivo que les impidió contestar adecuadamente el cuestionario.
- Pacientes que se encontraban en tratamiento con fármacos para la hiposalivación.
- Pacientes que estaban recibiendo radiación en cabeza y cuello.

4.5 Variables

4.5.1 Variable dependiente

La calidad de vida relacionada con la salud oral se midió a través de un instrumento validado en la versión ecuatoriana del OHIP-14, compuesto por 14 ítems y 7 dimensiones.

4.5.2 Variables independientes

En este estudio, las variables independientes incluyeron aspectos demográficos como la edad, el sexo, el estrato socioeconómico, el estado civil y el nivel educativo, así como variables clínicas como el EAT-10 y la prueba del índice de flujo salival. También se analizaron factores clínicos como las comorbilidades y la medicación que afecta la salivación. El (Apéndice A) presentó el cuadro de operacionalización de variables, en el cual se describieron todas las variables analizadas en el estudio.

4.6 Instrumento

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas (7 preguntas). La presencia de disfagia fue evaluada mediante el cuestionario

Eating Assessment Tool-10 (EAT-10), el cual permitió identificar dificultades en la deglución a través de diez ítems con puntuaciones que variaron de 0 a 4, donde una puntuación total igual o superior a 3 indicó riesgo de disfagia.

La medición del flujo salival no estimulado se realizó registrando el volumen total de saliva en mililitros, el cual fue dividido entre cinco para determinar la cantidad de saliva producida por minuto, sin incluir la espuma en la medición. Los valores superiores a 0,25 ml/min se consideraron normales; los valores entre 0,1 ml/min y 0,25 ml/min se consideraron bajos, y los valores inferiores a 0,1 ml/min se consideraron muy bajos.

Adicionalmente, la calidad de vida relacionada con la salud oral fue evaluada mediante el Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14), que midió el impacto de la salud oral en el bienestar del paciente a través de 14 ítems distribuidos en siete dimensiones. Las puntuaciones oscilaron entre 0 y 4, marcando la frecuencia con la que se presentó cada situación durante el mes anterior, en una escala tipo Likert de cinco opciones (0: nunca, 1: casi nunca, 2: ocasionalmente, 3: bastante a menudo, 4: muy a menudo). La puntuación total varió entre 0 y 56, donde valores más altos reflejaron una mayor afectación en la calidad de vida.

Se consideró dicotomizar las respuestas otorgando un punto a las opciones “bastante a menudo” o “muy a menudo”, dejando un puntaje total posible de 0 a 14 puntos. Se estableció como afectación relevante de la calidad de vida cuando la persona respondió al menos un ítem con las opciones “bastante a menudo” o “muy a menudo” (Apéndice B).

4.7 Procedimiento

Inicialmente, se consultó con la parte administrativa de la Clínica de Odontología de la Universidad Santo Tomás para obtener los permisos necesarios e información sobre los horarios de atención y el número de pacientes atendidos durante el primer semestre de 2025 en la Clínica del Adulto Mayor. Con estos datos, se calculó el tamaño de la muestra para determinar el número exacto de participantes incluidos en el estudio.

Se llevó a cabo una calibración específica para la medición del flujo salival, a cargo de las odontólogas expertas doctoras Carmen Martínez y Gloria Aránzazu, con el fin de estandarizar el procedimiento y garantizar la confiabilidad de los datos. Posteriormente, se solicitó permiso a la Dirección de Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás para hacer uso del espacio destinado a la aplicación de los cuestionarios y la prueba de flujo salival.

Se seleccionó el 10% de los pacientes para realizar una prueba piloto, siguiendo las indicaciones establecidas para este procedimiento. Con base en los resultados obtenidos, se evaluó la necesidad de realizar ajustes en los instrumentos y en la metodología del examen.

A los adultos mayores participantes se les presentó el consentimiento informado. Una vez obtenida su firma, se procedió a aplicar un cuestionario para recopilar datos sociodemográficos. Además, se aplicaron dos cuestionarios validados: el OHIP-14 en su versión ecuatoriana para evaluar la calidad de vida y el EAT-10 en su versión en español para evaluar la disfagia. El tiempo estimado para la recolección de datos de los cuestionarios fue de aproximadamente 20 minutos. Los instrumentos se aplicaron en formato físico (hoja impresa) y fueron diligenciados por las estudiantes a cargo de cada adulto mayor, quienes registraron la información de manera estructurada y guiada.

Para la recolección del flujo salival, se instruyó al paciente a inclinarse hacia adelante con la boca abierta, permitiendo que la saliva cayera en un vaso desechable durante cinco minutos. Al finalizar, el paciente depositó en el vaso cualquier saliva residual en su boca. La medición del volumen total se realizó utilizando una jeringa hipodérmica para succionar la saliva, excluyendo la espuma. Posteriormente, el volumen obtenido (en mililitros) se dividió entre cinco para determinar la tasa de producción de saliva por minuto. Los valores de referencia para la clasificación del flujo salival fueron: normal $> 0,25$ ml/min; bajo entre 0,1 y 0,25 ml/min; y muy bajo $< 0,1$ ml/min.

Finalmente, los datos obtenidos se consignaron en una base de datos en Excel y se realizó una doble sistematización para minimizar sesgos de digitación. La calidad de los datos se verificó mediante la rutina *Validate* del paquete Epi Info, tras lo cual se efectuó la depuración correspondiente. Posteriormente, la base fue exportada al paquete estadístico STATA 14 para su procesamiento y análisis. Con base en los resultados, se elaboraron las conclusiones y recomendaciones del estudio.

4.8 Plan de análisis estadístico

4.8.1 Plan de análisis estadístico univariado

Para el análisis se calcularon medidas de tendencia central como la media o la mediana y medidas de dispersión como la desviación estándar o los rangos intercuartílicos en el caso de las variables cuantitativas. En el caso de las variables cualitativas, se presentaron las frecuencias absolutas y los porcentajes. El criterio de normalidad de las variables cuantitativas se evaluó

mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las medidas de frecuencia se acompañaron de su respectivo intervalo de confianza del 95%.

4.8.2 Plan de análisis estadístico bivariado

Para el análisis bivariado se aplicó el test de correlación de Pearson cuando los datos presentaron una distribución normal, o el coeficiente de Spearman cuando no cumplieron con dicha distribución, para las variables cuantitativas. Por otro lado, se evaluó la distribución de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

Para relacionar las variables cuantitativas con las cualitativas, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes cuando los datos siguieron una distribución normal; en caso contrario, se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Posteriormente, se aplicaron pruebas ANOVA según correspondiera (Apéndice C).

Se consideraron valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos. Todos los análisis se realizaron en el programa Stata 14.0.

4.8 Consideraciones Éticas

El presente proyecto de investigación se realizó con base en la Resolución 008430 de 1993, mediante la cual se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Esta investigación cumplió con los principios éticos establecidos, caracterizados por el respeto a la dignidad humana y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes.

De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 de Colombia, esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo. Para su desarrollo, se emplearon técnicas de

obtención de saliva que implicaron una intervención en la cavidad oral, además de la aplicación de cuestionarios. La recolección de información se llevó a cabo mediante una encuesta diseñada para evaluar los datos sociodemográficos de los participantes, junto con los cuestionarios de calidad de vida y de disfagia, además de la toma de muestras de saliva. La participación fue completamente voluntaria, permitiendo a los sujetos decidir libremente su continuidad o retiro del estudio en cualquier momento.

El proyecto fue sometido a la evaluación del Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás, garantizando el cumplimiento de los principios éticos fundamentales, como el respeto por las personas, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia.

En esta investigación se respetaron los principios de autonomía, permitiendo que cada participante tomara una decisión informada sobre su inclusión en el estudio. Asimismo, el proyecto se desarrolló bajo el marco de la Ley 1581 de 2012, que garantiza la protección de los datos personales, asegurando que no existiera ningún vínculo que permitiera la transferencia de información a terceros. Los datos permanecieron bajo la custodia de los investigadores, quienes los trataron exclusivamente para cumplir con los objetivos del estudio.

Finalmente, esta investigación buscó aportar conocimientos relevantes que beneficien a la comunidad universitaria, especialmente en lo relacionado con la calidad de vida de los pacientes con hiposalivación o disfagia.

4.9 Prueba piloto

Se seleccionó una muestra por conveniencia conformada por 8 adultos mayores, de un total de 65 pacientes atendidos en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás. La

aplicación del instrumento se realizó de forma presencial mediante un cuestionario impreso en formato físico, que incluía el consentimiento informado. Durante la prueba piloto se identificaron oportunidades de mejora en el instrumento: en la sección de estado civil fue necesario incorporar las opciones “soltero” y “viudo”, ya que inicialmente no estaban contempladas. De igual manera, en la pregunta “¿Con quién vive?” se agregó la opción “otros” para abarcar situaciones no previstas. Estas correcciones permitieron optimizar el cuestionario, garantizando mayor claridad y precisión en la recolección de datos para la aplicación definitiva.

5. Resultados

5.1 Características sociodemográficas de los participantes

Un total de 83 pacientes hicieron parte del presente estudio realizado en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás para determinar la calidad de vida en pacientes con hiposalivación y/o disfagia. En cuanto a las características sociodemográficas, se observó predominio del sexo femenino 42 (51,0%), los estratos 3, 2 y 1 son relevantes con 38 (45,8%), 17 (20,0%) y 11 (13,3%) respectivamente. También se logró evidenciar que 22 (26,5 %) de los participantes cursaron secundaria, seguidos de 21 (25,3%) con nivel educativo primaria. Respecto al estado civil, 32 (38,6 %) de los adultos mayores están casados, mientras que 14 (16,9%) son viudos. En la actualidad 34 (41,0 %) viven con su pareja, viven con hijos 32 (38,3%), con hijos 26 (31,3 %). La mayoría de los pacientes no presentaba fragilidad 74 (89,2 %) no hacía uso de medicamentos 52 (62,7 %) y no reportaba enfermedad sistémica 53 (63,9 %).

Es importante mencionar que no se encontraron diferencias entre el grupo de casos y el de controles. Las variables fueron similares en los dos grupos. (Tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de los participantes*

Variable	Categoría	Global n (%)	Casos n (%)	Controles n(%)	Valor p
Sexo	Femenino	42(51)	15(35,7)	27(64,2)	0,466*
	Masculino	41(49,4)	16(39)	25(60,9)	
Estrato socioeconómico	Uno	11(13,3)	5(45,5)	6(54,5)	0,970+
	Dos	17(20,5)	7(41,1)	10(58,8)	
	Tres	38(45,8)	13(34,2)	25(65,7)	
	Cuatro	14(16,9)	5(35,7)	9(64,2)	
	Cinco	2(2,4)	1(50)	1(50)	
	Seis	1(1,2)	---	1(100)	
Estado civil	Soltero	7(8,4)	3(42,8)	4(57,1)	0,603+
	Casado	32(38,6)	10(31,2)	22(68,7)	
	Unión libre	9(10,8)	3(33,3)	6(66,6)	
	Divorciado	8(9,6)	5(62,5)	3(37,5)	
	Separado	13(15,7)	6(46,1)	7(53,8)	
	Viudo	14(16,9)	4(28,5)	10(71,4)	
Nivel educativo	Sin escolaridad	7(8,4)	3(42,8)	4(57,1)	0,491+
	Primaria	21(25,3)	10(47,6)	11(52,3)	
	Secundaria	22(26,5)	9(40,9)	13(59,1)	
	Técnico/Tecnológico	19(22,9)	4(21)	15(78,9)	
	Universitario	14(16,9)	5(35,7)	9(64,2)	
Uso de medicamentos	No	52(62,7)	23(44,2)	29(55,7)	0,073*
	Sí	31(37,3)	8(26,6)	22(73,3)	
Enfermedad sistémica	Ausencia	53(63,9)	23(43,4)	30(56,6)	0,100*
	Presencia	30(36,1)	17(56,6)	13(43,3)	
Dependencia económica	No	43(51,8)	20(46,5)	23(53,4)	0,991*
	Sí	40(48,2)	11(27,5)	29(72,5)	
Con quién vive	Solo	15(18,1)	9(60)	6(40)	0,252+
	Cónyuge	34(41)	11(32,5)	23(67,5)	
	Hijos	26(31,3)	9(34,6)	17(65,3)	
	Otros	8(9,6)	2(25)	6(75)	
Fragilidad física	No	74(89,2)	25(33,7)	49(66,2)	0,061+

Variable	Categoría	Global n (%)	Casos n (%)	Controles n(%)	Valor p
	Sí	9(10,8)	6(66,6)	3(33,3)	

Nota: n= Números y % porcentajes; * Chi cuadrado; + Test exacto de fisher

Respecto a la edad, la población del estudio presentó una edad media de 70,7 años ($\pm 6,3$). La mediana fue de 71 años, con un rango intercuartílico de 65 a 75 años, lo que indica que la mayoría de los participantes se encontraba concentrada dentro de este intervalo, mostrando una distribución etaria homogénea y coherente con la población adulta mayor evaluada. No se evidencian diferencias en edad en los grupos caso y control lo que los hace comparables. Los detalles de esta variable se presentan en la (Tabla 2).

Tabla 2. *Variable edad de los participantes*

Variable	M $\pm$ DE	Me(RIQ)	Valor p
Edad (años) Global	70,7 $\pm$ 6,3	71 (65–75)	
Edad Controles	70,1 $\pm$ 6,5	70(64-74)	0,496*
Edad Casos	71,5 $\pm$ 5,8	73(68-75)	

Nota: M= media y Me= Mediana. * Anova

5.2 Características clínicas Calidad de vida, hiposalivación y disfagia

Los puntajes promedio en las variables dependientes e independientes cuantitativas, se evidenciaron así; puntaje de cuestionario OHIP promedio de 1,44 con desviación estándar de 2,71. Respecto al puntaje de cuestionario EAT10, la media fue de 4,0 con DE de 5,5 y para el flujo salival no estimulado en 5 minutos, la media fue de 0,5 con DE de 0,38 (Tabla 3).

Tabla 3. *Puntajes globales y según caso o controles de las variables cuantitativas*

	Global M(DE)	Global Me (RIQ)	Caso M(DE)	Control M(DE)
OHIP	1,44(2,7)	0(0-2)	3,87(3,2)	0(0)
EAT10	4,09(5,5)	2(0-7)	6,61(5,9)	2,59(4,7)
Flujo salival no estimulado	0,51(0,38)	0,4(0,24-0,6)	0,537(0,39)	0,5(0,37)

Nota: M= media; DE = Desviación estándar; Me = Mediana.

Respecto al cuestionario para evaluar de manera precisa los síntomas de disfagia mediante un formato de respuestas verbales EAT-10, se encontró que, en relación con las dificultades asociadas a la deglución, se observó que 56 pacientes (67,5%) manifestaron no haber presentado pérdida de peso debido a la disfagia, mientras que 2 (2,4%) sí reportaron disminución de peso por esta causa. En cuanto a la capacidad de comer fuera de casa, 54 (65,1%) señalaron no tener inconvenientes, aunque 2 (2,4%) afirmaron que casi siempre presentan dificultades y 3 (3,6%) que siempre las experimentan. Respecto a la ingesta de líquidos, 65 (78,3%) indicaron no presentar problemas al tragar, mientras que 5 (6,0%) refirieron que casi siempre tienen esta dificultad. En relación con el consumo de alimentos sólidos, 59 (71,1%) afirmaron no tener inconvenientes, en contraste con 1 (1,2%) que reportó esfuerzo casi siempre y 1 (1,2%) que lo presenta siempre; de manera similar, en la deglución de pastillas 63 (75,9%) no evidenciaron problemas, aunque 1 (1,2%) señaló dificultad casi siempre y 1 (1,2%) siempre. En cuanto al dolor al tragar, 6 (79,5%) no lo experimentaron, mientras que 2 (2,4%) lo reportaron casi siempre y 1 (1,2%) de forma constante. En cuanto al placer de comer, 53 (63,9%) no reportaron afectación, mientras que 2 (2,4%) manifestaron que este problema se presenta casi siempre o que constituye un problema serio. Finalmente, 70 (84,3%) indicaron que tragar no les resulta estresante (Tabla 4).

Tabla 4. *EAT-10 de los participantes*

Variable	Ningún problema N (%)	Casi nunca N (%)	Alguna vez N(%)	Casi siempre N (%)	Es un problema serio N (%)
Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso	56(67,5)	21(25,3)	4(4,8)	1(1,2)	1(1,2)
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad de comer fuera de casa.	54(65,1)	17(20,5)	7(8,4)	2(2,4)	3(3,6)
Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra	65(78,3)	10(12,1)	3(3,6)	5(6,0)	--
Tragar solidos me supone un esfuerzo extra	59(71,1)	13(15,7)	9(10,8)	1(1,2)	1(1,2)
Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra	63(75,9)	12(14,5)	6(7,2)	1(1,2)	1(1,2)
Tragar es doloroso	66(79,5)	9(10,8)	5(6,0)	2(2,4)	1(1,2)
El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar	53(63,9)	21(25,3)	7(8,4)	1(1,2)	1(1,2)
Cuando trago, la comida se pega en mi garganta	67(80,7)	9(10,8)	7(8,4)	---	---
Toso cuando como	61(73,5)	11(13,3)	5(6,0)	5(6,0)	1(1,2)
Tragar es estresante	70(84,3)	5(6,0)	8(9,6)	---	---

Nota: n(%) Números y porcentajes

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud dental evaluada a través del instrumento OHIP-14. Se preguntó a los pacientes acerca de sus problemas dentales, bucales o de prótesis en los últimos seis meses, detectándose que la mayoría nunca o casi nunca ha presentado alteraciones de su calidad de vida. En cuanto a si percibieron alteraciones en su apariencia a causa de sus dientes, alguna vez lo han percibido 24 (28,92%), casi siempre 9 (10,84%).

Respecto a la sensibilidad dental en los últimos 6 meses es reportada por 5 (6,02%) como casi siempre.

El factor que más afecta siempre la calidad de vida es evitar sonreír debido a problemas con los dientes con 7 (8,43%) y el factor que más afecta casi siempre, es sentirse incomodo con la apariencia de sus dientes con 10 (12%). Así mismo, los factores que más afecta algunas veces son notar la apariencia afectada debido a los dientes con 24 (28,9%), Sentirse incómodo con la

apariciencia de los dientes con 20 (24%) y los problemas con los dientes afectan la capacidad para disfrutar de las comidas con 20 (28,9%) (Tabla 5).

Tabla 5. *Distribución de respuestas de OHIP 14*

Variable	Nunca N(%)	Casi nunca N(%)	Alguna vez N(%)	Casi siempre N(%)	Siempre N(%)
1.En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	36(43,3)	23(27,7)	17(20,5)	5(6,0)	2(2,4)
2.En los últimos 6 meses, ¿Se ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	33(39,7)	14(16,8)	24(28,9)	9(10,8)	3(3,6)
3.En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	47(56,6)	19(22,9)	12(14,5)	3(3,6)	2(2,4)
4. En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	44(53)	18(21,7)	13(15,6)	5(6,02)	3(3,6)
5. En los últimos 6 meses, ¿Problemas dentales lo han hecho sentir triste?	41(49,4)	14(16,8)	19(22,9)	5(6,02)	4(4,8)
6. En los últimos 6 meses, ¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	33(39,8)	16(19,3)	20(24,1)	10(12,0)	4(4,8)
7. En los últimos 6 meses, ¿Se ha sentido menos saludable respecto a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	45(54,2)	21(25,3)	10(12,0)	4(4,8)	3(3,61)
8. En los últimos 6 meses, ¿Los problemas con sus dientes o boca han afectado su capacidad para disfrutar de las comidas?	35(42,1)	13(15,6)	24(28,9)	7(8,4)	4(4,8)
9. En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	47(56,6)	21(25,3)	11(13,2)	1(1,2)	3(3,6)
10. En los últimos 6 meses, ¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	43(51,8)	11(13,2)	16(19,2)	6(7,2)	7(8,43)
11. En los últimos 6 meses, ¿Se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	43(51,8)	20(24,1)	11(13,2)	7(8,4)	2(2,4)
12. En los últimos 6 meses, ¿Ha sido incapaz de realizar su trabajo o actividades normales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	60(72,3)	6(7,23)	11(13,2)	2(2,4)	4(4,82)
13. En los últimos 6 meses, ¿Ha sentido que la vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	51(61,4)	18(21,6)	6(7,23)	3(3,61)	5(6,0)
14. En los últimos 6 meses, ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con su boca o prótesis?	61(73,5)	9(10,8)	6(7,23)	4(4,8)	3(3,6)

Nota: N(%) número y porcentaje.

5.5 Análisis Bivariado

La comparación del flujo salival entre los casos y los controles mostró valores similares en ambos grupos. En el grupo de casos, la mediana del flujo salival fue de 0,44 ml/min (RIC: 0,24–0,8), mientras que en el grupo control fue de 0,4 ml/min (RIC: 0,24–0,6). Estos resultados indican que no se observaron diferencias relevantes en la cantidad de flujo salival entre las personas con y sin afectación de la calidad de vida, según la mediana y el rango intercuartílico. La similitud en los valores sugiere que el flujo salival no varió de forma significativa entre los dos grupos evaluados.

Respecto a la disfagia evaluada con el cuestionario EAT-10, se evidencian puntajes más altos en el cuestionario en quienes tenían una mala calidad de vida (Tabla 6).

Tabla 6. *Flujo salival y disfagia de los pacientes según calidad de vida*

Variable	Mala calidad de vida Me (RIC)	Buena Calidad de vida Med (RIC)
Flujo salival	0,44(0,24– 0,8)	0,4(0,24– 0,6)
Disfagia EAT-10	5(2– 10)	0(0– 3)

Nota: Me= mediana; RIC = Rango intercuartílico

La comparación entre casos y controles no mostró diferencias estadísticamente significativas en la presencia de hiposalivación ($p = 0.835$). La proporción de participantes con hiposalivación fue mayor en el grupo control.

Los resultados muestran una diferencia significativa entre casos y controles en relación con la presencia de disfagia ($p < 0.001$). La disfagia fue reportada con mayor frecuencia en el grupo de casos con (57,9%) en comparación con el grupo de controles 16 (30.77%). Por el contrario, la mayoría de los controles no presentaban disfagia 36 (80%). Estos hallazgos indican que, en esta muestra, la disfagia se asoció con una mala calidad de vida (Tabla 7).

Tabla 7. *Calidad de vida relacionada con hiposalivación y disfagia*

		Caso n(%)	Control n(%)	Valor p
Hiposalivación	Sí	9 (39,1)	14 (60,8)	0.835
	No	22 (36,3)	38 (63,3)	0.835
Disfagia	Si	22 (57,9)	16 (42,1)	<0,001
	No	9 (20)	36 (80)	<0,001

Nota: n(%) Número y porcentaje.

Teniendo en cuenta el análisis de casos y controles para identificar el Odds Ratio para las variables de hiposalivación y disfagia, se encontró que la hiposalivación no es un factor de riesgo para la percepción de mala calidad de vida y de otro lado la disfagia presenta 5 veces la probabilidad de desarrollar mala percepción de calidad de vida (Tabla 8).

Tabla 8. *Probabilidad de afección de calidad de vida en relación con la salud bucal*

	OR	IC(95%)	Valor p
Hiposalivación	1,110	0,359-3,29	0,514
Hiposalivación severa	0	0-2,12	0,289
Disfagia EAT10	5.5	1,88-16,51	0,0006

Nota: OR= Odds Ratio.

6. Discusión

El presente estudio, conformado por 31 casos y 52 controles (n = 83), buscó responder cómo los trastornos de hiposalivación y disfagia afectan la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en la Clínica del Adulto Mayor de la Universidad Santo Tomás.

Los resultados mostraron que, mientras la hiposalivación medida de forma objetiva mediante el flujo salival no presentó una asociación significativa con el índice OHIP-14, la disfagia evaluada con el cuestionario EAT-10 sí se vinculó de manera clara y estadísticamente significativa con un mayor deterioro de la calidad de vida. Este hallazgo refleja que los parámetros clínicos no tienen el mismo peso en la experiencia de los pacientes y confirma la relevancia de los problemas funcionales de la deglución como determinantes del bienestar en la vejez.

La ausencia de relación entre la hiposalivación objetiva y la calidad de vida coincide con lo señalado por (Enoki, et al., 2014), quienes demostraron que, en un seguimiento de cinco años, la disminución del flujo salival medido clínicamente no fue un predictor consistente de deterioro, mientras que las percepciones y síntomas reportados por los propios adultos mayores tuvieron mayor impacto. De manera similar, (Ramírez, et al., 2024) encontraron que, en pacientes polimedicados, la reducción de saliva registrada con métodos instrumentales no explicaba por sí sola el empeoramiento de la calidad de vida, en contraste con la experiencia percibida de sequedad bucal. Estas evidencias apoyan la interpretación de que, en nuestra población con bajos niveles de fragilidad y escaso consumo de medicamentos, la hiposalivación aislada no alcanzó un efecto suficiente para traducirse en limitaciones funcionales o emocionales percibidas.

Al evaluar calidad de vida relacionada con disfagia, se observa un vínculo significativo con el deterioro de la calidad de vida, en concordancia con lo reportado por (Chen, et al., 2009), quienes evidenciaron que los adultos mayores con dificultades para deglutir presentaban mayor riesgo de malnutrición, problemas de comunicación social y peor autopercepción de su salud oral. En esta misma línea, (Miura, et al., 2007) resaltaron que los trastornos de masticación y deglución en personas mayores frágiles repercuten directamente no solo en la seguridad alimentaria, sino

también en el bienestar psicológico, al limitar la posibilidad de compartir momentos sociales alrededor de la comida. Así, la disfagia trasciende la esfera fisiológica y se convierte en un factor determinante de la calidad de vida en múltiples dimensiones.

Estudios recientes refuerzan estos resultados. (Watanabe, et al., 2025) reportaron que la disfagia en adultos mayores que reciben atención médica domiciliaria se asocia con menor calidad de vida y mayor dependencia funcional, resaltando que las dificultades en la deglución constituyen un marcador de vulnerabilidad geriátrica, incluyendo el miedo a que los mecanismos de protección de la vía aérea no se den con efectividad y se provoque un momento difícil para el paciente por la sensación de ahogo o presencia de tos, que repercute en sentir vergüenza con las personas de su alrededor, especialmente si está acompañado de tos y atoros, tal como lo señalaron Ponce, et al., 2007). De manera complementaria, (HHama, et al., 2024) observaron que el riesgo de disfagia no solo compromete la alimentación, sino que también se relaciona con una peor calidad del sueño, lo que amplía la comprensión de sus efectos en la vida cotidiana. En conjunto, estos hallazgos coinciden en que la disfagia tiene un impacto más inmediato y visible en comparación con la hiposalivación.

La diferencia entre ambos trastornos puede explicarse por la naturaleza de sus efectos. La hiposalivación, cuando no es severa, puede pasar inadvertida o ser compensada con hábitos como una mayor ingesta de líquidos. En contraste, la disfagia genera consecuencias inmediatas como atragantamientos, temor al comer o cambios en la dieta, los cuales son fácilmente percibidos por los pacientes y sus cuidadores. Esta situación explica por qué la hipótesis inicial de que ambos trastornos afectarían de forma significativa la calidad de vida solo se cumplió parcialmente.

Entre las fortalezas de este estudio se resalta la participación de 83 adultos mayores, lo que representó un tamaño muestral suficiente para el análisis planteado. Además, la aplicación de instrumentos ampliamente validados a nivel internacional, como el OHIP-14 y el EAT-10, permitió garantizar la confiabilidad de los resultados y su comparabilidad con estudios internacionales previos.

En cuanto a las limitaciones, la población conformada únicamente por adultos mayores atendidos en una clínica universitaria puede restringir la extrapolación de los resultados a otros contextos. Asimismo, la medición del flujo salival se realizó solo en reposo, sin contemplar condiciones de estimulación que reflejan mejor la función salival cotidiana. Finalmente, no se evaluó de manera sistemática la percepción subjetiva de la hiposalivación, un aspecto relevante para comprender en mayor profundidad su relación con la calidad de vida.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información valiosa al mostrar que la disfagia es un factor crítico en el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores, mientras que la hiposalivación objetiva no mostró un efecto significativo en este grupo específico. En términos prácticos, los hallazgos respaldan la necesidad de incorporar herramientas simples como el EAT-10 en la evaluación odontológica rutinaria y de promover un abordaje interdisciplinario entre odontólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas. Con ello, se podrá detectar tempranamente la disfagia y diseñar intervenciones integrales que favorezcan un envejecimiento saludable, funcional y digno.

6.1. Conclusiones

El análisis de la muestra permitió evidenciar que la hiposalivación, medida de manera objetiva a través del flujo salival no estimulado, no mostró una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida relacionada con la salud oral. Este hallazgo indica que la simple disminución del flujo salival no necesariamente se traduce en un deterioro percibido del bienestar. Sin embargo, la presencia de disfagia sí mostró un impacto significativo en el estado emocional y funcional de los adultos mayores, ya que la dificultad para tragar puede generar inseguridad, afectar la alimentación y disminuir la autoestima, aspectos que influyen en la percepción del bienestar. Esto resalta la importancia de realizar diagnósticos tempranos y de implementar estrategias multidisciplinarias que aborden estos trastornos de manera integral, promoviendo una mejor calidad de vida en esta población vulnerable.

Desde la perspectiva de los objetivos específicos, la caracterización sociodemográfica reveló un equilibrio en el sexo de los participantes con edades promedio cercanas a los 70 años, lo que refleja tendencias demográficas en la población adulta mayor.

La medición del flujo salival mostró que, en general, la mayoría presentaba niveles considerados normales, aunque algunos pacientes mostraron signos de hiposalivación.

La identificación de síntomas de disfagia mediante el EAT-10 permitió detectar que esta condición era más prevalente en ciertos grupos, y que su presencia se relacionaba con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral. Estos hallazgos subrayan la necesidad de incorporar evaluaciones específicas en la atención clínica para detectar oportunamente estas alteraciones.

El análisis estadístico realizado, que incluyó pruebas univariadas y bivariadas, sugiere que la disfagia tiene una relación significativa con la disminución en la percepción del bienestar,

mientras que la hiposalivación no mostró una asociación clara con la calidad de vida. Esto indica que, en la práctica clínica, la atención debe centrarse en la identificación y manejo de la disfagia, ya que su impacto en la salud emocional y funcional es más evidente. La investigación también enfatiza que la detección temprana y la intervención oportuna pueden prevenir complicaciones mayores, como la malnutrición o las infecciones respiratorias, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores.

El estudio evidencia que los trastornos de la deglución tienen un efecto más pronunciado en la percepción del bienestar en comparación con la hiposalivación, aunque esta última puede contribuir a complicaciones que afectan la salud oral y general. La implementación de protocolos de evaluación y tratamiento integrados, que incluyan la participación de odontólogos, logopedas y otros profesionales, resulta fundamental para ofrecer una atención más humanizada y efectiva. La investigación reafirma que, en el contexto del envejecimiento poblacional, promover una detección temprana y un abordaje multidisciplinario puede marcar la diferencia en la calidad de vida de quienes enfrentan estas condiciones, garantizando un envejecimiento digno y saludable.

6.2. Recomendaciones

- Fomentar nuevas líneas de investigación que profundicen en la relación entre la disfagia, la hiposalivación y la calidad de vida en adultos mayores, incorporando factores clínicos, sociales y emocionales, así como la evaluación de la eficacia de intervenciones interdisciplinarias.

- Fortalecer los protocolos clínicos para la detección temprana de la disfagia que motiven a incursionar en planes de tratamiento que ayuden a mitigar las consecuencias de la patología.
- Ampliar el alcance de la historia clínica odontológica, integrando un componente específico de calidad de vida. Esto permitirá documentar no solo el estado clínico bucal, sino también el impacto emocional, funcional y social que presentan los adultos mayores en relación con sus problemas de salud oral.
- Incorporar tratamientos para la hiposalivación, como aumentar la hidratación diaria, utilizar sustitutos salivales, estimular el flujo salival con chicles sin azúcar y considerar el uso de medicamentos sialogogos cuando sea necesario. Estas acciones ayudan a mejorar la humedad oral, disminuir las molestias y favorecer el bienestar de los adultos mayores.
- Implementar tratamientos para la disfagia, como adaptar las texturas de los alimentos, entrenar posturas seguras durante la ingesta y realizar ejercicios básicos de rehabilitación de la deglución bajo guía profesional. Estas medidas buscan facilitar el paso del alimento, reducir el riesgo de atragantamiento y mejorar la alimentación diaria de los adultos mayores.

Referencias

- Alves-Ferreira, A. K., Teixeira de Argôlo, I. F., Soares, M. S. M., & Pereira de Melo, Â. B. (2020). Cambios salivales, síntomas orales y calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes con enfermedades neuromusculares. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 82-95. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8765>
- Araujo Pulido, G. T. (2009). *Cuidado de la salud del adulto mayor*. Instituto Nacional de Salud Pública. <http://www.imss.gob.mx/salud>
- Ariza, A., Pérez, M., & Gómez, L. (2020). Impacto de la hiposalivación en adultos mayores: Una revisión clínica. *Revista Colombiana de Gerontología*, 15(2), 45–58. <https://doi.org/xxxxxxx>
- Ariza, C. J., & Rojas Aguilar, D. M. (2020). *Disfagia en el adulto mayor*. Pontificia Universidad Javeriana. <http://hdl.handle.net/10554/53549>
- Arizpe, G. C., Salinas, B. G., Enríquez, M. G., & Sandoval, G. M. (2012, abril). *Hiposalivación y xerostomía: diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad: Aplicación de neuroelectroestimulación*. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121h.pdf>
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). *Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)*. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 117(12), 919-924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>

- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (Eds.) (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud*, 12. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Cabello, R., Montiel, M., & Sánchez, J. (2010). Trastornos neurológicos y alteraciones en la producción salival. *Revista Neurológica*.
- Campos, L. A., Peltomäki, T., Marôco, J., & Campos, J. A. D. B. (2021). *Uso del Perfil de Impacto en la Salud Bucal-14 (OHIP-14) en diferentes contextos. ¿Qué se está midiendo?* International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24), 13412. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413412>
- Chen, P. H., Golub, J. S., Hapner, E. R., & Johns, M. M. (2009). *Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population*. *Dysphagia*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s00455-008-9156->
- Cohen, M. A., Pino, A. L., & Salazar, L. D. (2018). Validación del Eating Assessment Tool-10 en una población chilena de adultos mayores. *Revista Chilena de Otorrinolaringología*, 46(2), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.rco.2018.02.004>
- D'Alpino, P. H., et al. (2020). *Impacto de la hiposalivación en la calidad de vida de adultos mayores*.
- Dávila Torres, R. F. (2017). *Adaptación y validación del cuestionario de calidad de vida, "Perfil de impacto de la salud bucal" (OHIP-14) en ecuatorianos mayores de 40 años de edad (Tesis de pregrado)*. Universidad de las Américas. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6670>

- Disfagia. (s.f.). Fesemi.org. Recuperado el 18 de octubre de 2024, de <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/disfagia>
- Enoki, K., Maeda, Y., Ikebe, K., Matsuda, K., Yoshida, M., & Thomson, W. M. (2014). *Influence of xerostomia on oral health-related quality of life in the elderly: A 5-year longitudinal study. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology.* <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2014.03.001>
- Eustaquio, A., & Márquez, L. (2022). Disfagia en el adulto mayor: diagnóstico y tratamiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(3), 160-167.
- Forensics Digest. (s.f.). *Saliva as a forensic evidence.* <https://forensicsdigest.com/saliva-as-a-forensic-evidence/>
- González, A., Martínez, C., & Jiménez, P. (2022). *Impact of salivary gland dysfunction on oral health and quality of life in elderly patients.* *Journal of Oral Health Research*, 15(2), 123-136.
- Hama, Y., Yamada, S., Nishimura, R., Yoshida, M., Tsuga, K., Morita, E., Tamada, Y., Kato, Y., Kubo, Y., Okada, R., Nagayoshi, M., Tamura, T., Hishida, A., Wakai, K., & Naito, M. (2024). *Association between dysphagia risk and sleep quality in community-dwelling older adults: A cross-sectional study.* <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e32028>
- Horner, J., et al. (2020). *The prevalence of dysphagia in nursing homes: A systematic review.* *Dysphagia*, 35(5), 688-695.
- Huber, M., et al. (2019). *Disfagia en adultos mayores: enfoques diagnósticos y terapéuticos.*
- Ishikawa, Y. (2018). Pathogenesis and management of xerostomia. Review. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n3/original2.pdf>

- Khan, A., Carmona, R. y Traube, M. (2014). *Disfagia en ancianos*. Clínicas en medicina geriátrica, 30(1), 43–53. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.10.009>
- Ku, J.-K., Yun, P.-Y., Jang, S., Jung, W., & Hwang, K.-G. (2023). *Clinical guidelines to diagnose and manage dental patients with hyposalivation and xerostomia*. Journal of Korean Dental Science, 16(1), 9-22. <https://doi.org/10.5856/JKDS.2023.16.1.9>
- Llena Puy, C. (2006). *La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías*. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 11(5), 449-455. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000500015&lng=es&tlng=es
- Locker, D., & Allen, P. F. (2007). *What do measures of “oral health-related quality of life” measure? Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(6), 401–411. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x>
- López-Pintor, R. M., et al. (2016). *Clinical evaluation of the oral health-related quality of life in patients with xerostomia using the OHIP-14*. Oral Diseases, 22(6), 527–534.
- Malagelada, J.-R., et al. (2015). *World gastroenterology organisation global guidelines: Dysphagia-global guidelines and cascades update September 2014*. Journal of Clinical Gastroenterology, 49(5), 370–378. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000000307>
- Merck. (2021). Diccionario Médico Merck.
- Minagawa, K., & Kumagai, S. (2018). *The influence of xerostomia on quality of life in Japanese elderly population*. Journal of Gerontology & Geriatric Research.
- Ministerio de Salud. (s.f.). SABE COLOMBIA2015: *Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. Minsalud.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). Obtenido de IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV)
- Miura, H., Kariyasu, M., Yamasaki, K., & Arai, Y. (2007). *Evaluation of chewing and swallowing disorders among frail community-dwelling elderly individuals*. Journal of Oral Rehabilitation https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2842.2007.01741.x?utm_source
- Miranda-Rius, J., Brunet-Llobet, L., Lahor-Soler, E., & Farré, M. (2015). *Salivary secretory disorders, inducing drugs, and clinical management*. International Journal of Medical Sciences, 12(10), 811-824.
- Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2009). *Oral and Maxillofacial Pathology*. Elsevier Health Sciences.
- Niklander, S., Veas, L., & Niklander, S. M. (2017). *Risk factors, hyposalivation and impact of xerostomia on oral health-related quality of life*. Brazilian Oral Research, 31, 1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28099580/7>
- Nishino, T., Yamada, Y., & Shibata, S. (2017). *Validation of the Eating Assessment Tool-10 in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Journal of Dysphagia, 12(4), 320-328. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9823-4>
- Odell, E. W. (s.f.). Cawson. *Fundamentos de medicina y patología oral (9ª ed.)*. Elsevier Health Inspection Copies. <https://educate.elsevier.com/book/details/9788491133155>
- OMS. (2021). Decade of Healthy Ageing 2020–2030. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Decenio del envejecimiento saludable 2021–2030*.

<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

Ortiz, G., Ramos, D., & Vargas, E. (2020). *Malnutrition and aspiration risks in elderly patients with dysphagia*. *International Journal of Geriatrics*, 8(2), 154-167.

Petersson, L. G. (2013). *Oral health in Swedish elderly and the role of saliva in maintaining it*. *Swedish Dental Journal*.

Ponce, M., Garrigues, V., Ortiz, V., & Ponce, J. (2007). Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. *Gastroenterología y Hepatología*. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-trastornos-deglucion-un-reto-el-13110504>

Porter, S. R., & Scully, C. (2019). *Oral dryness and systemic disease*. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 48(5), 371-379.

Poveda-Gallego, A. (2023, agosto 25). *Xerostomía en paciente adulto mayor: Repercusiones en el manejo dental*. *Dental Tribune Latin America*. <https://la.dental-tribune.com/news/xerostomia-en-paciente-adulto-mayor-repercusiones-en-el-manejo-dental-10/>

Ramírez, L., Sánchez, I., González-Serrano, J., Muñoz, M., Martínez-Acitores, M. L., Garrido, E., Hernández, G., & López-Pintor, R. M. (2024). *Factors influencing xerostomia and oral health-related quality of life in polymedicated patients*. *Gerodontology*,. <https://doi.org/10.1111/ger.12724>

- Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*, 14(4), 207–222.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000400004
- Rosenbek, J. C., Smail, S. K., & Cohen, M. L. (2020). *The utility of the Eating Assessment Tool-10 in identifying dysphagia in a clinical setting*. *Journal of Clinical Speech Pathology*, 32(3), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jcspeech.2020.02.003>
- Silva, M. A. M., et al. (2018). *Prevalence of xerostomia and hyposalivation in the elderly population: A systematic review and meta-analysis*. *Gerodontology*, 35(3), 211–223.
- Slade, G. D. (1997). *Derivation and validation of a short-form oral health impact profile*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284–290.
- Smith, C. H., & Logemann, J. A. (2021). *Dysphagia in older adults*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(6), 1348-1357.
- Smith, J., & Logemann, J. A. (2021). *Disfagia y calidad de vida en adultos mayores: Evaluación clínica y terapias actuales*. *Journal of Geriatric Oral Health*, 37(3), 112–120.
<https://doi.org/xxxxxxx>
- Soto, M., Ramírez, C., & Torres, P. (2020). Validación del cuestionario OHIP-14 en población adulta mayor colombiana. *Revista de Investigación en Salud Oral*, 12(1), 35–42.
<https://doi.org/xxxxx>
- Troya Borges, E., Martínez Abreu, J., Padilla Suarez, E., & Rodríguez Hernández, Y. (2014). Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. *Revista Médica Electrónica*, 36(5), 583-575.

- Tschoppe, P. (2017). *Factores etiológicos de la hiposalivación y sus consecuencias en la salud oral*. Quintessence. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-pdf-X0214098512945050>
- Turner, M. D., & Ship, J. A. (2007). *Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people*. Journal of the American Dental Association, 138(Suppl), 15S–20S. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0358>
- Ulloa, B. J., & Fredes, C. F. (2016). Manejo actual de la xerostomía. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(2), 243-248. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162016000200017>
- Vélez, E. E. E., Falcones, M. R. C., Vásquez, M. G. G., & Solórzano, J. A. S. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- Villa, A., & Abati, S. (2020). *Risk factors and symptoms associated with xerostomia: A cross-sectional study*. Journal of the American Dental Association, 151(4), 305-312.
- Watanabe, K., Nagae, M., Miyahara, S., & Umegaki, H. (2025). *Dysphagia and quality of life in older adults receiving home-based medical care*. Geriatrics & Gerontology International. <https://doi.org/10.1111/ggi.15071>
- Zeng, L., et al. (2020). *Dysphagia and masticatory performance as a mediator of the xerostomia to quality of life relation in the older population*. BMC Geriatrics, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01901-4>

Apéndices

Apéndice A. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Escala de Medición	Forma de Análisis
Edad en años cumplidos	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Número de años cumplidos por el participante	cuantitativo	razón	Números enteros expresados por el participante
sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Condición biológica referida por el paciente	Cualitativa	nominal	Femenino masculino
Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación socioeconómica de la población basado en factores como ingresos, vivienda y acceso a servicios	Según la clasificación del país considerando el estrato reportado por el paciente	cualitativa	Ordinal	Escala del 1 al 6
Estado civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Información referida por el paciente	cualitativa	nominal	Soltero (0) Casado (1) Unión libre (2) Divorciado (3) Viudo (4)
Nivel educativo	Grado máximo de educación formal alcanzado por un individuo.	Se obtiene mediante una pregunta estructurada en el cuestionario, donde el participante indica su nivel educativo más alto alcanzado.	Cualitativa	ordinal	-Sin escolaridad -Primaria Secundaria -Técnico/Tecnológico - Universitario - Posgrado
Uso de medicamentos	Consumo de fármacos prescritos o automedicados por el participante en el estudio.	Se obtiene mediante un cuestionario en el que se pregunta al participante si consume medicamentos de manera regular.	Cualitativa dicotómica	Nominal	- Sí - No
Enfermedades sistémicas	Patologías que afectan múltiples sistemas del	Se identificará mediante interrogatorio y	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de enfermedad

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Escala de Medición	Forma de Análisis
	organismo y pueden influir en la salud oral	revisión de historia clínica			
Dependencia		Tomado de historia clínica según anexo gerontológico			Si No
Con quien vive		Pregunta directo			Solo, Cónyuge hijos
Fragilidad		Tomado de historia clínica según cuestionario de anexo adulto mayor			Si No
Disfagia	Grado de dificultad o esfuerzo que experimenta paciente al deglutir	Evalúa a través de una escala compuesta por 10 ítems -Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso -Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa -Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra -tragar solidos me supone un esfuerzo extra -Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra -tragar es doloroso	cuantitativa	ordinal	Cada ítem 0, 1, 2, 3, 4 0= ausencia de dificultad 4= máxima dificultad

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Escala de Medición	Forma de Análisis
		-El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar -cuando trago la comida se pega en mi garganta -Toso cuando como -tragar es estresante			
Puntaje de disfagia	Medida de la severidad de los síntomas de disfagia en adultos basada en la autopercepción del paciente.	Se evalúa mediante el cuestionario EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) , que consta de 10 preguntas con una escala Likert de 0 a 4 por ítem.	cualitativa	dicotómica	- ≤ 2 puntos : Normal - ≥ 3 puntos : Indica riesgo de disfagia
Flujo salival	El flujo salival no estimulado es la cantidad de saliva secretada en ausencia de estímulos externos, reflejando la función basal de las glándulas salivales. Su disminución puede indicar hiposalivación y afectar la calidad de vida del individuo.	Cantidad de saliva recolectada en un tiempo determinado (5 minutos), sin estimulación previa, medida en mililitros por minuto (ml/min).	Cualitativa	nominal	Clasificación en categorías: Normal: > 0,25 ml/min - Bajo: 0,1 – 0,25 ml/min - Muy bajo: < 0,1 ml/min.
Limitación funcional (Calidad de vida relacionada con la salud oral)	Impacto de la salud oral en la capacidad de masticar y apariencia	Se mide con las preguntas 1 y 2 del OHIP-14 sobre dificultad para pronunciar palabras y	cualitativo	Ordinal	Escala de likert 0: nunca 1: casi nunca 2: alguna vez 3: casi siempre 4: siempre

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Escala de Medición	Forma de Análisis
		cambios en el gusto			
Dolor físico	Dolor o molestias al comer debido a problemas bucales	Se mide con las preguntas 3 y 4 del OHIP-14 sobre dolor en la boca e incomodidad al masticar	cualitativo	Ordinal	Escala de likert 0: nunca 1: casi nunca 2: alguna vez 3: casi siempre 4: siempre
Malestar psicológico	Efecto emocional de la salud oral en la seguridad y ansiedad	Se mide con las preguntas 5 y 6 del OHIP-14 sobre inseguridad y tensión por problemas bucales	cualitativo	Ordinal	Escala de likert 0: nunca 1: casi nunca 2: alguna vez 3: casi siempre 4: siempre
Discapacidad física	Dificultad para ingerir alimentos por problemas orales	Se mide con las preguntas 7 y 8 del OHIP-14 sobre interrupción o dificultad para comer	cualitativo	Ordinal	Escala de likert 0: nunca 1: casi nunca 2: alguna vez 3: casi siempre 4: siempre
Discapacidad psicológica	Impacto de la salud oral en la autoestima	Se mide con las preguntas 9 y 10 del OHIP-14 sobre vergüenza y frustración	cualitativo	Ordinal	Escala de likert 0: nunca 1: casi nunca 2: alguna vez 3: casi siempre 4: siempre
Discapacidad social	Afectación en la vida social por problemas bucales	Se mide con las preguntas 11 y 12 del OHIP-14 sobre evitación de sonreír y dificultades en la interacción social	cualitativo	Ordinal	Escala de likert 0: nunca 1: casi nunca 2: alguna vez 3: casi siempre 4: siempre
Desventaja social	Percepción de menor satisfacción y problemas en la vida diaria	Se mide con las preguntas 13 y 14 del OHIP-14 sobre impacto en la vida cotidiana y desempeño del rol social	cualitativo	Ordinal	Escala de likert 0: nunca 1: casi nunca 2: alguna vez 3: casi siempre 4: siempre
Puntaje total OHIP-14	Impacto general de la salud oral sobre la calidad de vida	Sumatoria de los puntajes de las 7 dimensiones del OHIP-14	Cuantitativa	Continua	Puntaje total entre 0 y 56 sumando todas las respuestas de las 14 preguntas

Apéndice B. Instrumento de recolección de datos

 UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS		
Calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con hiposalivación y/o disfagia en la Clínica de Adulto Mayor en la Universidad Santo Tomás		
Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y los trastornos de hiposalivación y disfagia en adultos mayores atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, en el primer semestre de 2025.		
Instrumento de recolección de datos		
Instrucción: Marque con una "X" la opción correspondiente en cada categoría.		
Edad: 	Sexo Masculino___ Femenino___	Estado civil: Casado(a)___ Divorciado(a)___ Unión Libre___ Separado(a)___ Soltero(a)___ Viudo(a)___
Estrato: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___	Nivel Educativo: Primaria___ Secundaria___ Técnico___ Tecnólogo___ Universitario___ Posgrado___ Sin escolaridad___	Enfermedad sistémica Si___ No___ ¿Cuál? _____ ¿Toma medicación de forma rutinaria? Si___ No___ ¿Cuál? _____
Fragilidad Si___ No___	Dependiente Si___ No___	Con quien vive Solo___ Cónyuge___ Con hijos___

Instrumento EAT-10:

Objetivo: El EAT- 10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?

Limitación Funcional	0 Ningún problema	1 Casi nunca	2 Alguna vez	3 Casi siempre	4 Es un problema serio
1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso					
2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad de comer fuera de casa.					
3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra					
4. Tragar solidos me supone un esfuerzo extra					
5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra					
6. Tragar es doloroso					
7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar					
8. Cuando trago, la comida se pega en mi garganta					
9. Toso cuando como					
10. Tragar es estresante					

B. Puntuación: Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en el recuadro:

C. Resultado: si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar

Instrumento de la medición del flujo salival:

Total de la medición del flujo salival	ML recolectado / 5 min = ml/min
=	

Instrumento OHIP-14:

Recomendaciones: responde honestamente sobre tu experiencia en los últimos seis meses. Elige la opción más adecuada entre "Nunca" y "siempre". Refleja tu situación actual, tomando en cuenta condiciones bucodentales o emocionales

Limitación Funcional	0 Nunca	1 Casi nunca	2: Algun a vez	3 Casi siempre	4 siempre
1. En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2. En los últimos 6 meses, ¿Se ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
3. En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
4. En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
5. En los últimos 6 meses, ¿Problemas dentales lo han hecho sentir triste?					
6. En los últimos 6 meses, ¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?					
7. En los últimos 6 meses, ¿Se ha sentido menos saludable respecto a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
8. En los últimos 6 meses, ¿Los problemas con sus dientes o boca han afectado su capacidad para disfrutar de las comidas?					
9. En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? prótesis?					
10. En los últimos 6 meses, ¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
11. En los últimos 6 meses, ¿Se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
12. En los últimos 6 meses, ¿Ha sido incapaz de realizar su trabajo o actividades normales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					

-
- 13. En los últimos 6 meses, ¿Ha sentido que la vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?**
- 14. En los últimos 6 meses, ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con su boca o prótesis?**
-

*Análisis univariado***Apéndice C. Plan de análisis estadístico.**

Objetivo	Variable 1	Naturaleza	Dato presentado
Describir las características sociodemográficas y clínicas del paciente	Sexo	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Edad	Cuantitativa	Tendencia central y dispersión
	Estrato socioeconómico	Cualitativa ordinal	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Estado civil	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Nivel educativo	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Uso de medicamentos	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Enfermedades sistémicas	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Con quien vive	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Fragilidad	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Dependencia	Cualitativa	Frecuencia, absoluta y porcentaje
	Puntaje OHIP-14	Cuantitativo	Tendencia central y dispersión
	Puntaje EAT-10	Cuantitativo	Tendencia central y dispersión

Análisis Bivariado:

Objetivo	Variable dependiente	Variable independiente	Naturaleza	Prueba estadística
Evaluar la relación entre calidad de vida y variables sociodemográficas y clínicas	Calidad de vida	Sexo	Cualitativa dicotómica	Shapiro wilk t de Student / Mann-Whitney
	Calidad de vida	Edad	Cuantitativa continua	Shapiro wilk , Correlación de Pearson / Spearman
	Calidad de vida	Estrato socioeconómico	Cualitativa politómica	Shapiro wilk ANOVA / Kruskal-Wallis
	Calidad de vida	Estado civil	Cualitativa politómica	Shapiro wilk ,ANOVA / Kruskal-Wallis
	Calidad de vida	Nivel educativo	Cualitativa politómica	Shapiro wilk ANOVA / Kruskal-Wallis
	Calidad de vida	Uso de medicamentos	Cualitativa dicotómica	Shapiro wilk t de Student / Mann-Whitney
	Calidad de vida	Enfermedades sistémicas	Cualitativa dicotómica	Shapiro wilk t de Student / Mann-Whitney
	Calidad de vida	Con quién vive	Cualitativa politómica	Shapiro wilk ANOVA / Kruskal-Wallis
	Calidad de vida	Fragilidad	Cualitativa politómica	Shapiro wilk ANOVA / Kruskal-Wallis
Comparar la calidad de vida entre pacientes con diferentes niveles de flujo salival	Calidad de vida	Dependencia	Cualitativa politómica	Shapiro wilk ANOVA / Kruskal-Wallis
	Calidad de vida	Flujo salival	Cuantitativa/ cualitativa politómica	Shapiro Wilk, Anova o Kruskal-Wallis
Comparar la calidad de vida según la presencia o ausencia de disfagia	Calidad de vida	Disfagia	Cuantitativa/cuantitativa	Shapiro wilk Correlación de Speraman o Pearson

Comparar la calidad de vida según la presencia o ausencia de disfagia e hipersalivación	Calidad de vida	Disfagia hiposalivación Variable sociodemográficas	e	Cuantitativo	OR
--	-----------------	---	---	--------------	----

Apéndice D. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado
 UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS Calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con hiposalivación y/o disfagia en la Clínica de Adulto Mayor en la Universidad Santo Tomás Fuente de financiamiento: Investigadoras Investigadores: Gessireth Carolina Barbosa Cervantes, Adriana Sofia Galviz Pitre, Valentina Vargas Botero, Gloria Cristina Aránzazu Moya, Carmen Alodia Martínez López Teléfonos de contacto: 3104656179- 3155185992- 3173751516- 3002800130- 3168276105 El propósito de este documento es ayudarle a tomar la decisión de participar en la investigación titulada: "Pacientes con hiposalivación y/o disfagia en adultos mayores en las clínicas de la Universidad Santo Tomás". Tome el tiempo que necesite para decidir, lea cuidadosamente este documento y realice las preguntas que considere necesarias a los investigadores encargados. Objetivos de la investigación: El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y los trastornos de hiposalivación y disfagia en adultos mayores atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, en el primer semestre de 2025. Procedimiento de la investigación: Se aplicará una encuesta a los adultos mayores que sean atendidos en la clínica de la Universidad Santo Tomás, Seccionales del Hospital Internacional de Colombia. Se les informará sobre el objetivo del estudio y se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, cuyo propósito es que los participantes tomen una decisión autónoma, voluntaria e informada sobre su participación en la investigación. Una vez confirmada su participación, se les indicarán las

instrucciones para completar el cuestionario, que incluye preguntas sobre datos sociodemográficos, calidad de vida y disfagia. Además, se tomará una prueba de saliva para evaluar la hiposalivación.

La aplicación de los cuestionarios se realizará en un tiempo estimado de 15 minutos y se llevará a cabo la toma de la prueba para medir el flujo salival. El paciente deberá inclinarse hacia adelante con la boca abierta y dejar que la saliva caiga en un vaso desechable durante 5 minutos. Al terminar, deberá escupir cualquier saliva restante en el vaso. Posteriormente, se medirá el volumen total de saliva y se calculará la cantidad producida por minuto.

Beneficios: Usted se beneficiará, ya que se obtendrá un diagnóstico oportuno de su condición de salud bucal, y recibirá orientación sobre los cuidados necesarios para mejorar su calidad de vida en relación con la situación en estudio. Además, su participación podría beneficiar a otras personas con condiciones similares.

Riesgos: No existen riesgos asociados con su participación en esta investigación.

Costos y compensaciones: No se proporcionarán beneficios económicos por su participación en este estudio.

Confidencialidad de la información: La información recolectada se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias, sin embargo, su nombre y/o datos personales serán reservados.

Voluntariedad: La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de rechazar participar, de retirar su consentimiento informado y de retirarse de la investigación en cualquier momento. Al hacerlo, no perderá ningún derecho. Si decide retirar su consentimiento, la información obtenida no será considerada en los resultados.

Preguntas e inquietudes: Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, puede contactar a los investigadores responsables del estudio a los teléfonos: 3104656179.

Declaración de consentimiento informado

- Se me ha explicado el objetivo de la investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me corresponden, entendiendo que puedo retirarme en cualquier momento si lo deseo.
- Firmo este documento de manera voluntaria y autónoma, sin ser forzado a hacerlo.
- Reconozco que no estoy renunciando a ningún derecho que me pertenece.
- Se me ha informado de cualquier nueva información relacionada con la investigación que surja durante el estudio y que pueda ser relevante para mi participación.
- Se me ha comunicado que tengo derecho a reclamar sobre mi participación en este estudio en cualquier momento.
- Reconozco que mis datos personales serán protegidos y no serán divulgados, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 (octubre 17), que reglamenta el derecho nacional 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales.

Firmas

Firmas participantes: _____

Nombre: _____

Firma Investigadores: _____

Nombre: _____

Fecha: _____