



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

**Trabajo de Investigación
Requisito para Optar al
Título de Cirujano Dentista**

Profesor guía: Dr. Joaquín Jaramillo K.

Estudiantes: Camila Manzo O.
Katherina Meier R.

Valparaíso – Chile

2012

INDICE

I. RESUMEN	2
II. INTRODUCCIÓN	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
1.- Definición de cirugía ortognática	4
2.- Motivos de consulta más frecuentes	5
3.- Situación de la cirugía ortognática a nivel local.....	6
4.- Protocolo ortodóncico-quirúrgico utilizado por el equipo de la Universidad de Valparaíso	7
5.- Técnicas quirúrgicas	9
6.- Impacto en la calidad de vida	12
7.- Métodos de medición de calidad de vida	14
8.- Definiciones conceptuales/operacionales	14
IV. MATERIALES Y MÉTODO	19
1.- Pregunta de investigación	19
2.- Objetivos	19
3.- Diseño del estudio.....	19
4.- Población de estudio y Tamaño de Muestra	19
5.- Sujetos de estudio.....	20
6.- Variables	20
7.- Método de recolección de datos	21
8.- Control de sesgos	21
9.- Análisis estadístico.....	21
V. RESULTADOS.....	22
VI. DISCUSIÓN	36
VII. LIMITACIONES.....	39
VIII. CONCLUSIONES	40
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
X. ANEXOS	19

I. RESUMEN

Introducción: La Cirugía Ortognática (CO) se encarga de planificar y ejecutar tratamientos correctivos de deformidades bucomaxilofaciales. La mayoría de los pacientes que deciden someterse a CO desea cambiar su apariencia, porque afecta negativamente su calidad de vida. Existe escasa información de cómo la CO influye en la calidad de vida, una vez superada la etapa de recuperación.

Objetivo: Describir calidad de vida de pacientes sometidos a CO.

Materiales y Método: Este estudio descriptivo de corte transversal consiste en la recolección de datos mediante una encuesta a pacientes operados de CO durante el período 2009-2012 por el equipo de Cirugía Maxilofacial de la Universidad de Valparaíso. Ésta incluye preguntas sobre su percepción de estética, función, autoestima, relaciones interpersonales post-cirugía, y satisfacción general con el tratamiento. Se utilizó el censo de la población (42 pacientes). Los datos fueron tabulados en Excel, y transferidos a SPSS v.19.

Resultados: El rango de edad de los pacientes oscila entre 18 y 50 años, 21,4% corresponde a hombres, y 78,6% a mujeres. El motivo de consulta más frecuente fue mejorar aspectos estéticos y funcionales (78,6%). El 97,6% está conforme con su estética y función post-cirugía, 95,2% se siente más cómodo al socializar con la gente, 90,5% percibe mejora de su autoestima, 88,1% reporta mejora de la comunicación familiar, y un 100% se encuentra en general satisfecho con los resultados del tratamiento.

Conclusión: La CO posee un impacto positivo en la calidad de vida de las personas, mejorando aspectos funcionales, estéticos, de autoestima y de relaciones interpersonales.

II. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que la persona vive y en relación con sus metas, expectativas y estándares. Este concepto amplía el espectro de cómo se realizan las mediciones de salud generalmente, más allá de los indicadores tradicionales como son la mortalidad y morbilidad.

Las anomalías bucomaxilofaciales han sido definidas como deformidades que principalmente afectan a los maxilares y dentición, sin embargo también afectan las proporciones de toda la cara. Por otro lado, en el contexto de calidad de vida, las anomalías bucomaxilofaciales pueden producir efectos adversos sobre la autoestima y la autoconfianza, pudiendo provocar una respuesta social indeseada o restringir el estilo de vida de las personas.

Los motivos de los pacientes para decidir someterse a una cirugía ortognática son muchos y variados, pero el deseo de alivio de problemas funcionales y mejoramiento en la estética son dos de las razones más importantes.

Existe escasez de información de cómo la cirugía ortognática afecta la calidad de vida de los pacientes sometidos a ella, una vez superada la etapa de recuperación y habiéndose reintegrado a sus actividades normales.

Es por ello que el objetivo de este estudio es describir la calidad de vida después de un tratamiento ortodóncico-quirúrgico, tomando en cuenta como factores esenciales la percepción de la estética, aspectos funcionales, y psicosociales.

III. MARCO TEÓRICO

1.- DEFINICIÓN DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

La Cirugía Ortognática corresponde al área de la Cirugía Maxilofacial encargada de diagnosticar, planificar, y ejecutar los tratamientos de corrección de las deformidades de los tejidos blandos, óseos, dentarios y musculoesqueléticos de los maxilares y estructuras asociadas.

Las deformaciones bucomaxilofaciales se refieren a las desviaciones o alteraciones que puede sufrir un paciente en relación a las proporciones faciales normales y a las relaciones dentarias, lo suficientemente severas como para provocar discapacidad. Ésta se hace evidente, fundamentalmente, desde un punto de vista funcional y estético. En el primero, encontramos grandes dificultades en realizar actos básicos tales como: masticación, deglución, respiración, expresión oral y trabajo articular. El segundo es que su apariencia es discriminada en su interacción social.

Con el advenimiento en la década de los 70, de las técnicas quirúrgicas en el maxilar superior, las cuales permitieron el uso rutinario de cirugía correctiva simultánea de ambos maxilares, asociado con el notable avance alcanzado por la ortodoncia contemporánea debido al desarrollo de las técnicas con aparatos preajustados, se han debido implementar planes de tratamiento más apropiados para corregir las deformaciones bucomaxilofaciales, en los cuales, los componentes dentales y musculoesqueléticos alterados e involucrados en la maloclusión pueden ser corregidos con una combinación de técnicas ortodóncico-quirúrgicas.

Las deformaciones bucomaxilofaciales afectan aproximadamente al 5% de la población y pueden mostrar varios grados de compromiso funcional y estético. La malposición puede afectar sólo a un maxilar o extenderse a varias estructuras craneofaciales. Puede, además, ser uni o bilateral, expresándose con distintos grados de variación en los planos faciales vertical, transversal y horizontal (Jaramillo, 2011).

2.- MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES

Existe una variedad de motivos por los cuales los pacientes tienen interés de someterse a este tipo de cirugía. En el año 2010 se realizó un estudio donde se determinó que existe un potencial aumento en la incidencia de deformidades dentomaxilares (DDM) en mujeres (57%), versus hombres (43%). El 76% de los pacientes estudiados declaró que su DDM afectaba su apariencia, mientras que el 24% restante dijo que no (*Figura N°1*). Estos últimos tenían discrepancias menores, que en muchos casos no requerían cirugía ortognática, por lo que se muestra una correlación entre la malformación esquelética y la percepción de su apariencia. El 33% de los pacientes indicó tener problemas de fonación; y el 15%, dificultades para tragar. El 39% respondió positivamente cuando se les preguntó si tenían antecedentes de malos hábitos como succión digital, o empuje lingual. Las principales motivaciones para someterse a cirugía ortognática fueron problemas de oclusión (37,13%), seguido de apariencia (14,57%), dolor (5,19%), sonrisa (4,59%), y fonación (2,79%). El 35,73% no respondió la pregunta (*Figura N°2*) (Proothi et al., 2010).

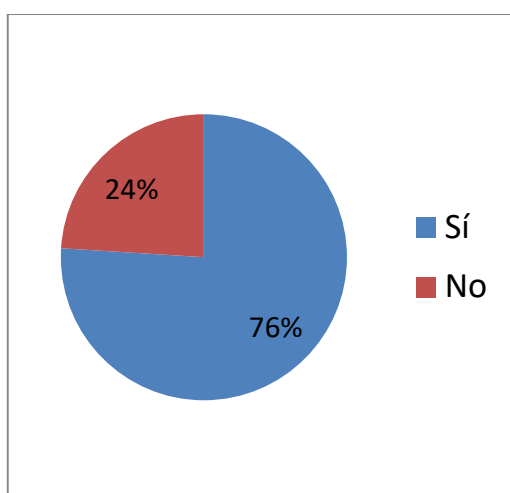


Figura N°1: ¿Su DDM afecta su apariencia?

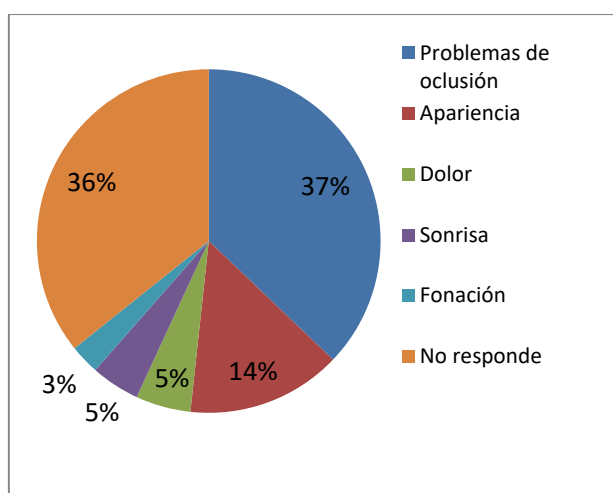


Figura N°2: Motivaciones para someterse a cirugía ortognática

Por otro lado, mediante un estudio cualitativo, Cadogan & Bennun concluyeron que la mayoría de los pacientes que decidían someterse a una cirugía ortognática, deseaba cambiar su apariencia, ya que esto tenía un efecto negativo en su calidad de vida, y tendían a compararse negativamente con las demás personas en el aspecto estético (Cadogan & Bennun, 2011).

Otro estudio evidencia que dentro de las razones más comunes se encuentra el deseo de mejorar problemas de oclusión, como también obtener una apariencia facial más normal. Se destaca que el 66% de los participantes eran mujeres (Stirling et al., 2007).

3.- SITUACIÓN DE LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA A NIVEL LOCAL

El equipo médico-quirúrgico de la universidad de Valparaíso, durante un período de 4 años (2000- 2004) recibió a 203 pacientes, todos ellos eventualmente quirúrgicos. Su distribución por anomalía esquelética fue la siguiente:

Clase I esquelética 10 (5 %)

Clase II esquelética 17 (8 %)

Clase III esquelética 176 (87%)

Una vez realizado el proceso de diagnóstico, se determinó que 94 pacientes requerían resolución quirúrgica. Durante el período 2000-2004, los 94 pacientes fueron operados, de los cuales 58 (62%) correspondieron al sexo femenino, y 36 (38%) a varones. La distribución por clase esquelética de los pacientes operados fue la siguiente Clase I: 4 (4%), Clase II: 8 (9%), Clase III: 82 (87%). Las técnicas quirúrgicas empleadas en la resolución de los pacientes fueron las siguientes:

- | | |
|--|----------|
| 1. Osteotomía tipo Lefort I | 80 (60%) |
| 2. Osteotomía vertical de rama intraoral | 36 (27%) |
| 3. Osteotomía sagital de rama intraoral | 4 (3%) |
| 4. Genioplastia | 12 (9%) |
| 5. Glosoplastia | 2 (1%) |

Si nos detenemos sólo en el análisis de los pacientes resueltos con Cirugía Ortognática propiamente tal, podemos destacar que en su resolución se utilizaron osteotomías unitarias en 16 de los casos, dobles en 56 y triples en 20 pacientes (Corona, 2011).

4.- PROTOCOLO ORTODÓNCICO-QUIRÚRGICO UTILIZADO POR EL EQUIPO DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Una vez que el paciente ha comprendido las opciones de tratamiento y se decide por el tratamiento quirúrgico el protocolo a seguir es el siguiente:

1. Control de la salud oral general:

En cuanto a problemas restauradores, es fundamental que antes de comenzar con la ortodoncia pre quirúrgica el paciente se encuentre libre de caries, sin embargo las restauraciones definitivas no deben ser realizadas hasta que se haya establecido la oclusión final, es decir, hasta después de la fase de ortodoncia post quirúrgica. En cuanto a problemas periodontales resulta fundamental que el paciente mantenga un buen control de placa y se encuentre libre de enfermedad periodontal.

2. Ortodoncia Pre quirúrgica:

Esta etapa tendrá en cuenta las posibilidades espaciales y mecánicas de acomodar, de manera adecuada, los dientes del paciente sobre sus bases óseas antes de la cirugía. Tratará de definir la magnitud de los movimientos ortodóncicos hasta obtener función y perfil armónico.

3. Planificación:

Una vez que se ha completado la ortodoncia pre quirúrgica, es necesario solicitar exámenes imagenológicos para la planificación de la cirugía, como mínimo los exámenes solicitados deben incluir: radiografía panorámica, teleradiografía lateral de cráneo, modelos de yeso de ambas arcadas, fotografías intraorales y faciales. En esta etapa se realizan predicciones del resultado del tratamiento, lo cual determinará el tipo de cirugía, además de la magnitud y dirección de los movimientos que se van a efectuar durante ésta. Esta fase se puede hacer en forma manual o con el uso de programas de computador especializados.

4. Cirugía de modelos:

En esta etapa, luego de la planificación realizada, se realiza la cirugía en modelos de yeso para calcular los movimientos, definir los cortes quirúrgicos y elaborar las férulas, intermedia (si es necesario) y definitiva, que se utilizarán en la cirugía.

5. Cirugía ortognática:

Una vez terminada la planificación quirúrgica y realizada la cirugía de los modelos de yeso en el articulador, junto con la confección de las férulas -si son necesarias- se procede a realizar la cirugía.

6. Controles postoperatorios:

El progreso de la rehabilitación postoperatoria depende de varios factores, incluyendo el tipo de cirugía, la estabilidad de los segmentos en el momento de la cirugía, la edad y motivación del paciente. El uso de fijación interna rígida pueden acortar el tiempo para volver a la función mandibular normal, un esquema aceptable para cirugías verticales luego de la fijación rígida, es de: 20 milímetros de apertura bucal a las 2 semanas, 30 milímetros a las 4 semanas y 40 o mas milímetros a las 8 semanas.

7. Ortodoncia postquirúrgica:

Después de la cirugía comienza una fase que dura de 6 a 8 meses, en promedio. Este tiempo depende, en gran parte, de la calidad y fineza de los objetivos obtenidos ortodóncicamente durante la fase prequirúrgica y de la cirugía misma. En esta etapa particular del tratamiento se debe buscar buena intercuspidadación y acople para proporcionar estabilidad y con el fin de lograr una oclusión funcional.

8. Contención:

Excepto en casos particulares, en pacientes que se han sometido a cirugías con expansión de maxilares, no existe nada particular en la contención en pacientes quirúrgicos, los retenedores deben ser utilizados de forma continua durante 3 a 4 meses luego de que se extrae la aparatología ortodóncica, luego de este tiempo, el uso de los retenedores puede irse reduciendo paulatinamente. En caso que los dientes no queden estables, se debe considerar un retenedor fijo (Profitt et al., 2002).



Figura N°3: Fotografía perfil de paciente previo a someterse a cirugía ortognática.



Figura N°4: Fotografía perfil de paciente posterior a la cirugía ortognática.

5.- TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Cuando las discrepancias óseas son marcadas o severas el tratamiento indicado es la cirugía ortognática, dentro de la cual existen diferentes técnicas; las utilizadas por el equipo médico quirúrgico de la Universidad de Valparaíso corresponden a técnicas intraorales que se mencionarán a continuación.

Le Fort I: Técnica clásica que consiste en la movilización quirúrgica del maxilar superior, desprendiéndolo de sus articulaciones con los huesos de cráneo y cara, permitiendo movilización de éste en todos los sentidos del espacio. Además permite al maxilar ensancharse, estrecharse, nivelarse y colocarse simétricamente mediante segmentación, en los casos que lo requieran.

Las ventajas de esta técnica incluyen: estabilidad adecuada para osteosíntesis con placa y tornillos, versatilidad en el diseño de la osteotomía, permitiendo corregir tanto deformidades verticales como anteroposteriores; permite extensión de la osteotomía lateral maxilar, permitiendo el ensanchamiento de la región cigomática, paranasal e infraorbitaria, a su vez, permite la reducción de los segmentos telescópicos posteriores luego del reposicionamiento del maxilar, también reduce el daño a las raíces dentarias de la zona al momento de utilizar las placas de osteosíntesis y elimina la necesidad de injertos óseos por la interconexión de los márgenes de las osteotomías.

Dentro de las desventajas se cuentan el aumento en el tiempo quirúrgico, además de ser técnicamente compleja, existe potencial de fractura de cigoma y que movimientos asimétricos del maxilar pueden producir cambios indeseados en los tejidos blandos.

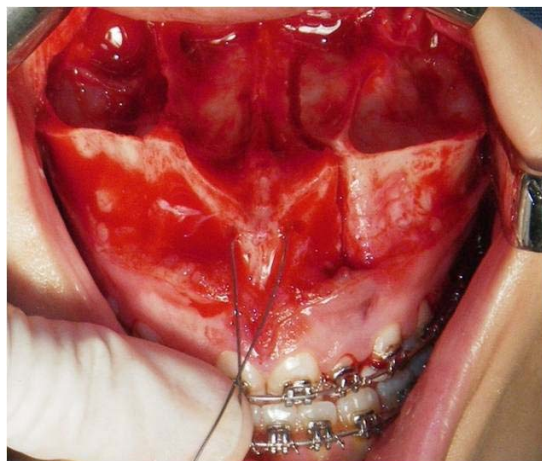


Figura N° 5: Técnica Lefort I.

Osteotomía Sagital de Rama: Técnica que consiste en seccionamiento en dirección sagital y reposición de la rama mandibular en los diferentes sentidos del espacio, permitiendo retrusión, centrado y protrusión de la mandíbula. La ventaja de esta técnica es que al tener una mayor área de contacto entre los segmentos, permite una curación mas rápida que con la técnica vertical, asimismo presenta una mayor estabilidad, sin embargo como desventaja se cuenta la mayor incidencia de daño al nervio alveolar inferior.

Osteotomía Vertical de Rama: Técnica que consiste en seccionamiento en dirección vertical y reposición de la rama mandibular, permitiendo retrusión y centrado de la mandíbula. Esta técnica requiere necesariamente de bloqueo intermaxilar en el postoperatorio. La ventaja es que minimiza el riesgo de daño al nervio alveolar inferior, esta técnica es preferible para casos de exceso horizontal mandibular.

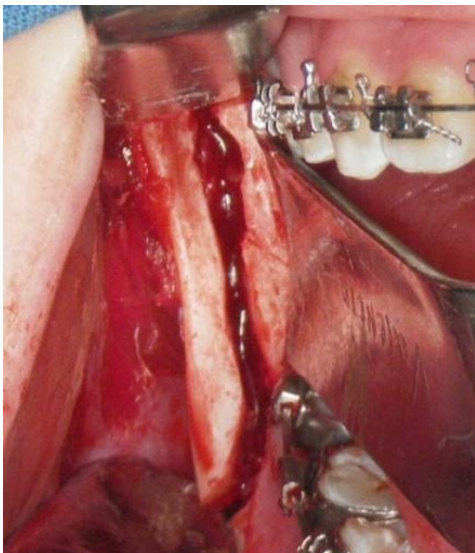


Figura N° 6: Técnica Sagital de rama.

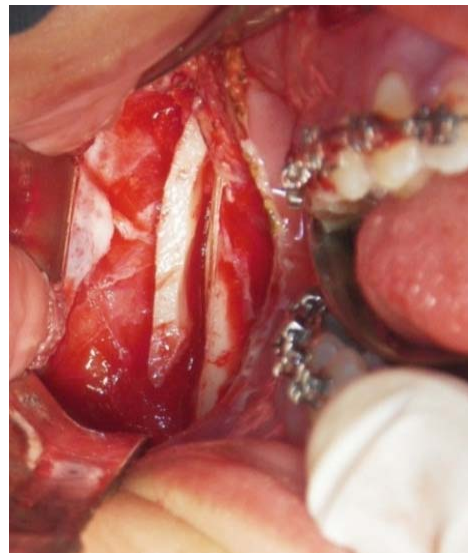


Figura N° 7: Técnica Vertical de rama.

Mentoplastía: Es el procedimiento estético mas común realizado en pacientes con deformidades dentofaciales, este puede incluir aumento o reducción del mentón, horizontal o verticalmente y la mejora de la asimetría, frecuentemente es una gran contribución al efecto final del tratamiento.



Figura N° 8: Mentoplastía.

Fijación rígida: Se refiere a cualquier forma de fijación aplicada directamente a los huesos que es lo suficientemente fuerte para permitir el uso activo de las estructuras esqueléticas durante el proceso de curación.

El uso de fijación rígida provee un numero importante de ventajas a los pacientes, como por ejemplo la movilización temprana, mejora en el consumo de alimentos , mejora en el acceso para la higiene oral, posibilidad de comunicarse, mejor manejo de la vía aérea en el intra y postoperatorio y una mejor estabilidad y resultados postoperatorios. La fijación rígida se asocia a algunas complicaciones que deben ser tomadas en cuenta caso a caso, entre las complicaciones se encuentran la infección, daño a nervios sensitivos, daño a nervios motores, falta de unión o no unión-maloclusión de los segmentos, restricción del crecimiento craneofacial, formación de cicatrices hipertróficas, dolor en la articulación, daño a raíces de los dientes y alergia al metal. (Bell, 1992)

6.- IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

La OMS declara que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad. En odontología esta nueva perspectiva de salud sugiere que el objetivo final del cuidado dental no es meramente la ausencia de caries o enfermedad periodontal, sino que también el bienestar mental y social del paciente. El concepto de calidad de vida relacionado con salud oral implica esta nueva perspectiva.

Actualmente hay una marcada tendencia a incorporar medidas que evalúen la calidad de vida relacionada con salud oral, esto puede ser usado para medir el impacto de varias enfermedades orales en la población general y en los grupos de alto riesgo, con el fin de estudiar el éxito de procedimientos preventivos y curativos para mejorar así la calidad de vida de los individuos.

¿Qué es la calidad de vida relacionada con salud oral?

Hay varias definiciones que se utilizan, sin embargo para entender el concepto se debe saber qué significa la calidad de vida relacionada con salud. Este concepto puede ser explicado usando la evaluación individual de los siguientes factores:

1. Factores funcionales
2. Factores psicológicos (concernientes a la apariencia y autoestima)
3. Factores sociales (por ejemplo interacción con otros individuos)
4. Experiencia de dolor o incomodidad

La calidad de vida relacionada con salud oral puede ser evaluada cuando estos parámetros se centran en la región orofacial (*Figura N° 9*).

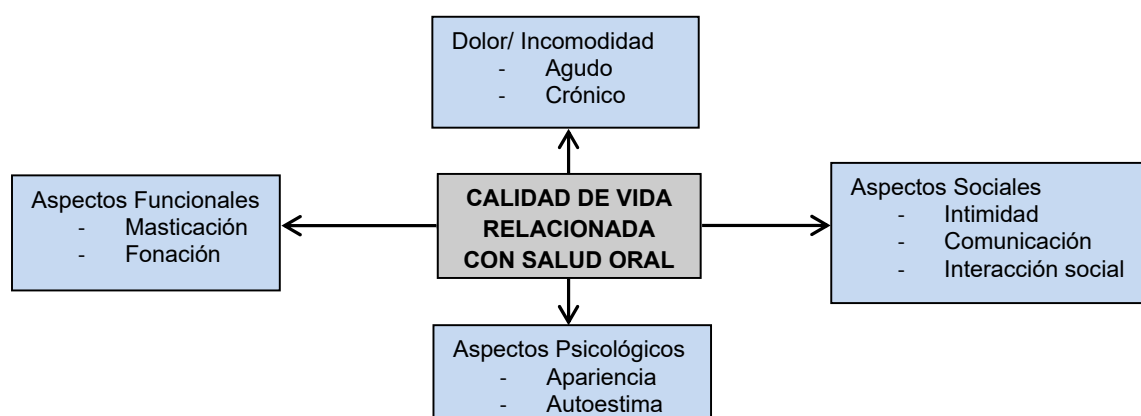


Fig. N°9 Componentes de la calidad de vida relacionada con salud oral.

En los años recientes, este tipo de evaluación de calidad de vida se ha aplicado en el campo de la cirugía ortognática, abriendo su área de enfoque y dando mayor énfasis al bienestar social más que a la enfermedad. A continuación se darán a conocer estudios que han reportado mejoras en la calidad de vida después de una cirugía ortognática combinada con terapia ortodóncica.

Uno de los factores de medición considerado en investigaciones es la percepción estética del paciente, comparando su imagen pre y postoperatoria. Como se mencionó antes, su importancia se debe a que éste es uno de los motivos de consulta más frecuente. Es así como se ha determinado que la satisfacción estética aumenta considerablemente en el postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía ortognática, y junto a ello, se han observado diferencias significativas en características de la personalidad. Esto sugiere que la mejora de las anomalías dentofaciales y consiguiente aumento de la satisfacción estética pueden tener una influencia positiva sobre los aspectos psicosociales (Kim et al., 2009). Si bien en la mayoría de los casos se ha estudiado el cambio de aspectos psicosociales sin discriminar género, dando resultados positivos después de la cirugía, también existe evidencia de que las mujeres tienen una respuesta emocional más positiva aún que los hombres (Nicodemo et al., 2007).

Los aspectos funcionales son otro tema estudiado para evaluar calidad de vida. Se ha determinado que los pacientes sometidos a tratamiento combinado de cirugía bimaxilar y terapia ortodóncica muestran un alto nivel de satisfacción en este aspecto. No obstante, a pesar del éxito observado, se ha pesquisado un impacto negativo a corto plazo (seis semanas) que tiene relación con la limitación funcional existente en el postoperatorio temprano de los pacientes, resultando en un deterioro transitorio en la calidad de vida. Esto se atribuye a las secuelas quirúrgicas del procedimiento, sin embargo, en la mayoría de los casos se ven resueltas en el postoperatorio tardío (Lee et al., 2008; Shan Choi et al., 2010).

Aunque por lo general se han evaluado individualmente los diversos cambios percibidos por el paciente tras una cirugía ortognática, se ha estudiado también el nivel de satisfacción general, dando resultados muy positivos (89% de los pacientes) (Posnick & Wallace, 2008).

7.- MÉTODOS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud oral

A medida que crece la demanda por medidas de condiciones de salud (en contraste con las medidas clínicas de estado de enfermedad), los investigadores se han enfocado en desarrollar cuestionarios estandarizados que puedan ser usados con ajustes clínicos o realizados como encuestas a grandes poblaciones.

Los cuestionarios autocompletados por los pacientes son la forma más común de medir las condiciones de salud. Incluir la perspectiva del paciente es importante ya que frecuentemente es distinta a los test objetivos o a la opinión del clínico.

Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud oral en individuos utilizando escalas globales de autoevaluación

Un método atractivo para evaluar la calidad de vida relacionada con salud oral es realizar una pregunta global enfocada a la autoevaluación de la salud oral de los encuestados. Consideremos, por ejemplo, preguntar “¿Como calificaría la salud de sus encías, dientes y boca?”. Las respuestas son de selección múltiple con 5 posibles respuestas en escala ordinal que van desde “excelente” hasta “muy pobre”. Sin embargo este proceso varía de individuo a individuo. Por ejemplo, algunas personas pueden referirse a su salud oral como excelente mientras no sientan dolor, en tanto otros pueden considerar lo mismo a pesar de haber perdido varios dientes. Este hecho no se ha considerado como limitación, sino como una fortaleza ya que permite a las personas integrar experiencias multidimensionales y seleccionar las que más sobresalen.

Otro aspecto importante de las escalas de medición globales es que ofrecen una respuesta positiva y no están limitadas a medir solo el impacto adverso en la salud oral. Finalmente, las respuestas de autoevaluación requieren de una pregunta simple con un formato de respuesta sencillo.

Evaluación de individuos en calidad de vida relacionada con salud oral utilizando cuestionarios de selección múltiple

El otro método comúnmente utilizado para evaluar las múltiples dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud oral es realizar varias preguntas a los sujetos, por ejemplo, algunas preguntas se enfocan a la función, otras están en relación al dolor, mientras otras evalúan autoimagen e interacción social. Este enfoque pretende delimitar experiencias específicas que facilitan la definición del investigador de calidad de vida relacionada con salud oral. Típicamente, estos cuestionarios de selección múltiple capturan mayor variación estadística que los cuestionarios de un solo ítem, así, la motivación para desarrollar cuestionarios de múltiples ítems es frecuentemente filosófica (el investigador se enfoca a una

dimensión específica de la calidad de vida relacionada con salud oral) o metodológica (el investigador intenta capturar el máximo de variación de la calidad de vida relacionada con salud oral).

Debido a que las definiciones de calidad de vida relacionadas con salud oral son vagas, no sorprende que exista una gran heterogeneidad en el enfoque, la extensión y el formato de los cuestionarios desarrollados, estos cuestionarios varían en extensión y en el formato de las preguntas y respuestas.

Un tópico común en los cuestionarios de calidad de vida relacionada con salud oral es que estos pueden ser analizados como respuestas a preguntas individuales y resumidas en escalas numéricas.

Aunque existe material de referencia y artículos de revisión en calidad de vida relacionada con salud, es difícil identificar qué cuestionarios pueden ser usados en el área maxilofacial.

El perfil de impacto en salud oral (OHIP, del inglés Oral Health Impact Profile) mide la percepción del impacto social de enfermedades orales en el bienestar personal.

Otro instrumento de medición general de calidad de vida relacionada con salud es el perfil de impacto de enfermedad (SIP, del inglés Sickness Impact Profile), las propiedades psicométricas del SIP están bien documentadas en una amplia variedad de usos.

La encuesta de resultados médicos (SF-36, del inglés Medical Outcome Survey) se ha utilizado para evaluar el efecto de cirugías de avance mandibular en pacientes con desórdenes del sueño (*Kanatas & Rogers, 2010*). El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems que cubren 8 tópicos de salud:

- Funcionamiento físico
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general
- Vitalidad
- Funcionamiento social
- Emocionalidad
- Salud mental

Estos 8 tópicos pueden ser evaluados del 0 al 100, mayores valores indican mejor calidad de vida.

Lee et al. realizaron un estudio de casos y controles donde se evaluó la calidad de vida empleando el SF-36 y el OHIP-14 (una versión breve del OHIP que consta de 14 preguntas) en pacientes que se extrajeron los terceros molares (*Kanatas & Rogers, 2010*).

El OHIP-14 consta de 14 ítems que evalúan el impacto de la condición oral individual en la calidad de vida en 7 tópicos (2 preguntas por cada uno):

- Limitación funcional
- Dolor físico
- Discomfort psicológico
- Discapacidad física
- Discapacidad psicológica
- Discapacidad social
- Desventajas en el desempeño diario

Las respuestas a cada pregunta fueron hechas en escala de Likert codificadas de la siguiente manera: 0: nunca; 1: rara vez, 2: ocasionalmente; 3: bastante frecuentemente; 4: muy frecuentemente. El resultado puede ir de 0 a 56, mientras más alto el valor indica menor calidad de vida. Por cada tópico, los resultados se pueden evaluar sumando el valor de las respuestas (de 0 a 8), cuyo mayor valor indica mayor impacto.

EL DSQol, una medición odontológica específica diseñada para recolectar información sobre función, higiene dental, estética, articulación y dolor dental, fue diseñado en un estudio por Boyd et al. y se concluyó que sirve para distinguir entre pacientes odontológicos con características clínicas ampliamente diferentes (Kanatás & Rogers, 2010).

En el 2000, Cunningham et al. desarrollaron un cuestionario de autoevaluación para medir la calidad de vida en pacientes con deformidades esqueléticas dentofaciales severas, dado que no existían hasta entonces instrumentos adecuados (Cunningham et al., 2000 citado por Bock et al., 2009).

El OQLQ consta de 22 preguntas y evalúa el impacto de la deformidad dentofacial en la calidad de vida a través de 4 ítems:

- Estética facial
- Función oral
- Percepción de la estética facial
- Aspectos sociales de la deformidad dentofacial.

Cada ítem es respondido en una escala del 1 al 4 (1: me molesta levemente; 4: me molesta mucho), los resultados van del 0 a 88, mientras mayor puntaje se considera menor calidad de vida.

Los métodos usados actualmente para evaluar la calidad de vida relacionada con salud oral tienen las siguientes limitaciones:

1. Mientras algunos cuestionarios se enfocan en los impactos negativos en la calidad de vida relacionada con salud oral, se necesitan métodos adicionales para cuantificar las dimensiones positivas de la salud; esto es particularmente importante para hacer seguimiento de la mejora entre las personas que estaban libres de cualquier síntoma adverso.
2. Estudios previos se han concentrado en factores limitados asociados con la calidad de vida relacionada a salud oral, existe la necesidad de identificar determinantes adicionales, incluyendo variables psicológicas, sociales y aquellas que describan la organización del sistema de cuidado en salud.
3. Hay pocos estudios del impacto de tratamientos específicos en la calidad de vida. Se requiere investigación adicional para evaluar el tratamiento de la enfermedad existente, su prevención, y la promoción de la salud.

La toma de decisiones clínicas requiere de la integración de resultados adicionales además de la calidad de vida relacionada con salud oral, incluyendo índices clínicos, satisfacción del paciente, longevidad y costo.

8.- DEFINICIONES CONCEPTUALES / OPERACIONALES

Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona.

Definición operacional: Cantidad de años al momento del desarrollo del cuestionario, expresada en números arábigos.

Género

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina.

Definición operacional: Hombre o mujer, masculino o femenino, M o F.

Fecha de Cirugía

Definición conceptual: Tiempo en que ocurre o se hace algo.

Definición operacional: Día en que se realizó la cirugía ortognática, expresada en Día-Mes-Año con números arábigos (Por ejemplo: 12-09-2010).

Motivo de consulta

Definición conceptual: Causa por la que se pide una opinión o consejo acerca de una cosa.

Definición operacional: Expresión del paciente por la que solicita atención del profesional de salud, en este caso, si su consulta es por aspectos estéticos, aspectos funcionales, ambos u otro.

Estética

Definición conceptual: Armonía y apariencia agradable a la vista, que tiene alguien o algo desde el punto de vista de la belleza.

Definición operacional: Percepción del paciente de su propia apariencia.

Función masticatoria

Definición conceptual: Proceso de apertura y cierre mandibular desde la máxima intercuspidad hasta el siguiente contacto dentario.

Definición operacional: Percepción del paciente de su desempeño al momento de la masticación.

Fonación

Definición conceptual: Proceso mediante el cual se produce la voz humana y se articulan o pronuncian las palabras.

Definición operacional: Percepción del paciente de su capacidad de articular correctamente palabras.

Autoestima

Definición conceptual: Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia el individuo, su forma de ser y de comportarse.

Definición operacional: Percepción del paciente de la aceptación y confianza en sí mismo.

Nivel de satisfacción

Definición conceptual: Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.

Definición operacional: Nivel de conformidad que manifiesta el paciente con respecto a la cirugía realizada.

Relaciones interpersonales

Definición conceptual: Interacción recíproca entre dos o más personas.

Definición operacional: Percepción del paciente y de un familiar cercano de la comunicación del paciente con sus cercanos después de la cirugía.

IV. MATERIALES Y MÉTODO

1) Pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes posterior a someterse a una cirugía ortognática?

2) Objetivos:

Objetivo general:

- 1) Describir la percepción de la calidad de vida de los pacientes posterior a la realización de una cirugía ortognática.

Objetivos específicos:

- 1) Describir la percepción de los aspectos funcionales en los pacientes sometidos a cirugía ortognática.
- 2) Describir la percepción de los aspectos estéticos en los pacientes sometidos a cirugía ortognática.
- 3) Describir percepción de la autoestima de los pacientes sometidos a cirugía ortognática.
- 4) Describir nivel de satisfacción general de los pacientes sometidos a cirugía ortognática.
- 5) Describir percepción de las relaciones interpersonales de los pacientes sometidos a cirugía ortognática con su entorno familiar.

3) Diseño del estudio:

Esta investigación corresponde a un Estudio descriptivo de corte transversal.

4) Población de estudio y Tamaño de Muestra:

La población en estudio corresponde a pacientes atendidos por el equipo de cirugía ortognática de la Universidad de Valparaíso que se hayan sometido a dicha intervención entre los años 2009-2012. En este caso, se utilizó el censo de la población bajo estudio.

5) Sujetos de estudio:

Pacientes atendidos por el equipo de cirugía ortognática de la Universidad de Valparaíso que se hayan sometido a dicha intervención entre los años 2009-2012, en el Hospital Eduardo Pereira y Clínica Miraflores, V Región.

Criterios de Selección:

- Pacientes operados por el equipo de cirugía ortognática de la Universidad de Valparaíso entre los años 2009 y 2012.
- Pacientes que se encuentren ingresados en el sistema de la Universidad, donde se especifiquen los siguientes datos: Nombre, Número telefónico, Fecha de ingreso.
- Pacientes que lleven más de 8 semanas posterior a la cirugía.
- Pacientes que hayan asistido a controles postoperatorios regulares.
- Pacientes que acepten consentimiento informado. (**Ver Anexo N°5**)

6) Variables:

Variable	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Universales		
Edad	Cuantitativa discreta	Numérica (cantidad en años)
Género	Cualitativa dicotómica	Masculino (M), Femenino (F)
Otras		
Fecha de Cirugía	Cualitativa nominal	Día-Mes-Año
Motivo de Consulta	Cualitativa nominal	Estética/función/ambas/otros
Estética	Cualitativa ordinal	Numérica: Escala Likert del 1 al 7
Función Masticatoria	Cualitativa ordinal	Numérica: Escala Likert del 1 al 7
Fonación	Cualitativa ordinal	Numérica: Escala Likert del 1 al 7
Autoestima	Cualitativa ordinal	Numérica: Escala Likert del 1 al 7
Nivel de satisfacción	Cualitativa ordinal	Numérica: Escala Likert del 1 al 7
Relaciones interpersonales	Cualitativa ordinal	Numérica: Escala Likert del 1 al 7

Tabla N°1: Variables.

***Escala Likert:** Mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con 3, 5 o 7 alternativas de respuesta, respecto a las

cuales se pide a los sujetos que manifiesten su grado de desacuerdo o acuerdo, correspondiendo a números menores o mayores de la escala, respectivamente.

7) Método de recolección de datos:

Lista de pacientes ingresados al sistema de la Universidad.

Se solicitó un listado completo de pacientes operados de Cirugía ortognática durante los años 2009-2012, dicho listado debía incluir los siguientes datos: Nombre, Número telefónico y Fecha de ingreso.

Cuestionario de calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía ortognática.

Se entregó a los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión un cuestionario que consta de una parte de antecedentes: Iniciales, Edad, Sexo, Ciudad de residencia, Fecha de cirugía; y otra parte que contiene 14 preguntas de autorespuesta que incluyen tópicos como estética, función masticatoria, fonación, autoestima, relaciones interpersonales y satisfacción en general. **(Ver Anexo N°1)**

Cuestionario de calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía ortognática. Preguntas a la familia.

Se entregó al familiar más cercano del paciente en estudio, un cuestionario que consta de 3 preguntas de autorespuesta que evalúan la percepción del entorno más cercano con respecto al tratamiento de su relativo. **(Ver Anexo N°3)**

8) Control de sesgos:

Se llevó a cabo una prueba del instrumento de recolección de datos en pacientes que fueron sometidos a cirugía ortognática en años previos a los abarcados en el presente estudio, dentro de esta misma prueba de recolección de datos se realizó la estandarización de los investigadores.

Se realizó un instructivo de uso del instrumento de recolección de datos para que los investigadores tengan claridad a lo que corresponde cada ítem. **(Ver Anexo N°2 y N°4)**

9) Análisis estadístico:

La base de datos se realizó utilizando el Software Excel 2010, los datos fueron tabulados, codificados y transferidos al Software SPSS v.19. A través de éste último se confeccionaron tablas de frecuencias y de contingencia, para luego describir los resultados obtenidos.

V. RESULTADOS

De un total de 43 pacientes ingresados al sistema computacional de la Universidad de Valparaíso para ser sometidos a cirugía ortognática, 42 fueron seleccionados para el estudio, debido a que a la fecha de recolección de datos, un paciente no había sido operado. De éstos, 9 (21,4%) correspondieron a hombres y 33 (78,6%) a mujeres (*Figura N° 10*).

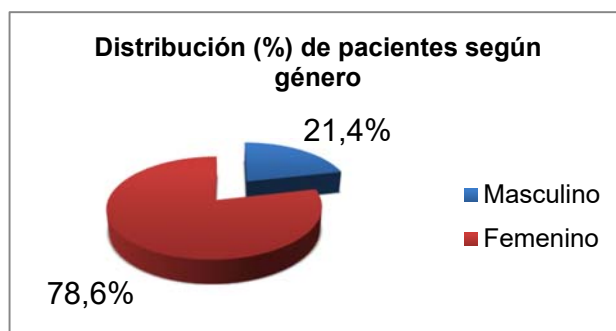


Figura N°10: Gráfico de distribución de pacientes según género.

La edad de los participantes oscila entre los 18 y 50 años, con un promedio de 23,93 años, una mediana de 22 años y moda de 21. La distribución total de edades se muestra en la tabla N°2. Adicionalmente se agruparon las edades por rangos, en este caso se observa una predominancia del rango de 21-25 años con un 59,5% (*Figura N°11*).

	Frecuencia	%
18	2	4,8
19	4	9,5
20	3	7,1
21	7	16,7
22	6	14,3
23	6	14,3
24	2	4,8
25	4	9,5
27	2	4,8
28	2	4,8
29	1	2,4
30	1	2,4
49	1	2,4
50	1	2,4
Total	42	100,0

Tabla N° 2: Distribución de pacientes según edad.

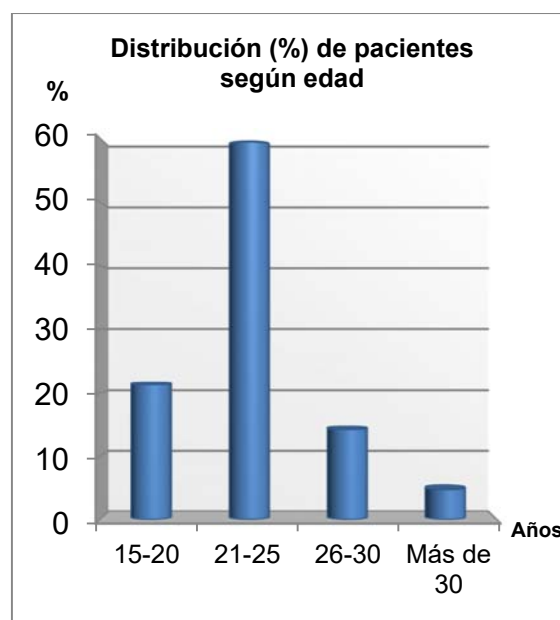


Figura N°11: Gráfico de distribución (%) de pacientes según edad.

El 97,6% de los encuestados habita en la V región, predominando entre estos los pertenecientes a la ciudad de Viña del Mar (26,2%). El 2,4% restante pertenece a Santiago. La distribución de ciudades se observa en la tabla N°3.

	Frecuencia	%
Viña del Mar	11	26,2
Valparaíso	6	14,3
Quilpué	7	16,7
Villa Alemana	5	11,9
Concón	1	2,4
Limache	3	7,1
Quillota	3	7,1
Casablanca	1	2,4
Cabildo	1	2,4
La Ligua	1	2,4
San Felipe	1	2,4
Puchuncaví	1	2,4
Santiago	1	2,4
Total	42	100

Tabla N°3: Distribución de pacientes según ciudades.

Con respecto al año en el cuál los encuestados se sometieron a la cirugía ortognática, se observa un ascenso constante desde el año 2009, donde un 16,7% de los pacientes fueron operados, seguido de un 31% en el 2010, 45,2% en el año 2011, y sólo en Marzo del 2012 hubo un 7,2% (Figura N°12).

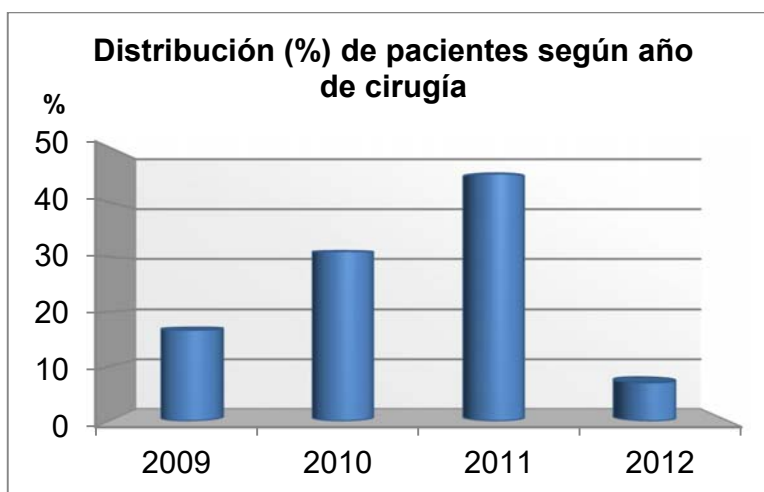


Figura N°12: Gráfico de distribución (%) de pacientes según año de cirugía.

El motivo de consulta más común fue mejorar tanto aspectos estéticos como funcionales (78,6%). Un 19% deseaba mejorar exclusivamente el aspecto funcional, y el 2,4% buscaba mejora de estética solamente.

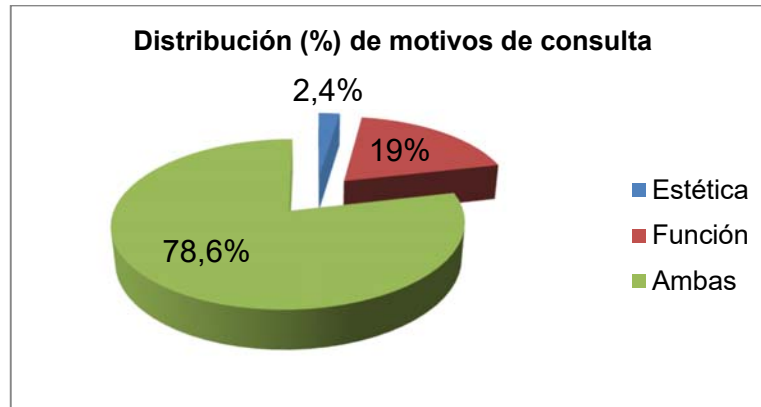


Figura N°13: Gráfico de distribución (%) de motivos de consulta.

En la Figura N°14 se muestra la distribución de respuestas con respecto a si el paciente se encontraba conforme con su estética previo a la cirugía. Un 23,8% de los pacientes otorgó valores mayores a 4 (4=neutral) a esta pregunta. El valor promedio de las respuestas fue 3,71. Cuando se les realizó la misma pregunta referente al post-operatorio, el 97,6% asignó valores mayores a 4, es decir, tenían algún nivel de conformidad con su estética actual (Figura N°15). El valor promedio en este caso fue de 6,31.

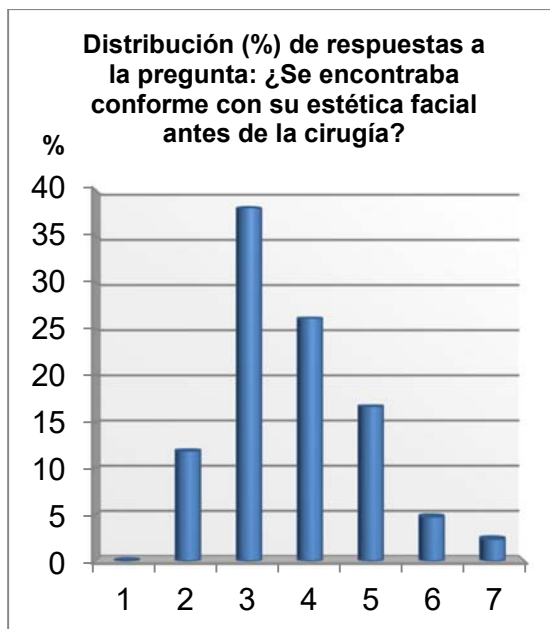


Figura N°14: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta ¿Se encontraba conforme con su estética facial antes de la cirugía?

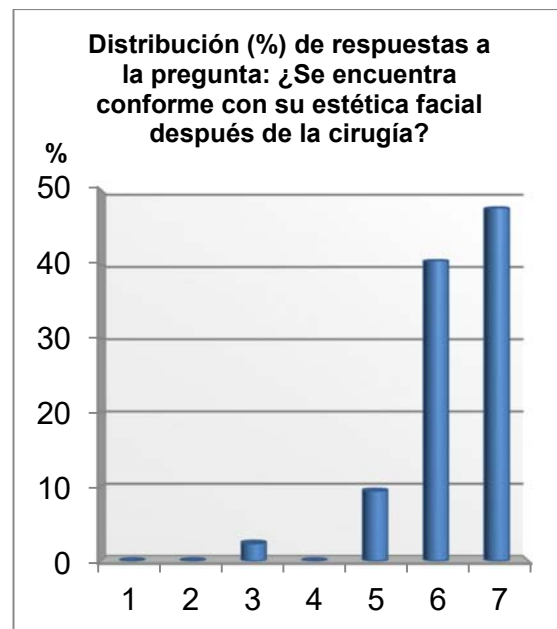


Figura N°15: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta ¿Se encuentra conforme con su estética facial después de la cirugía?

Cuando se les preguntó acerca de su conformidad respecto a la función masticatoria previo a la cirugía, un 21,4% de los pacientes asignó valores mayores a 4 (Figura N°16). El promedio fue de 3,26. En relación a la misma pregunta, pero posterior a la cirugía, un 97,6% de los pacientes asignó valores mayores a 4 (Figura N°17). El promedio en este caso fue de 6,31.

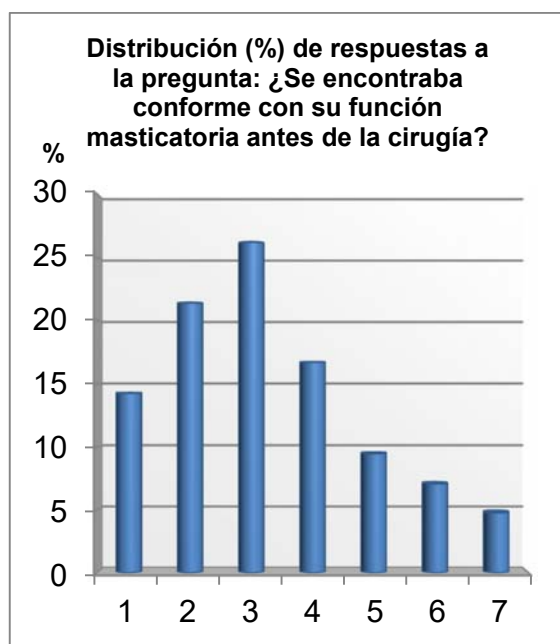


Figura N°16: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Se encontraba conforme con su función masticatoria antes de la cirugía?

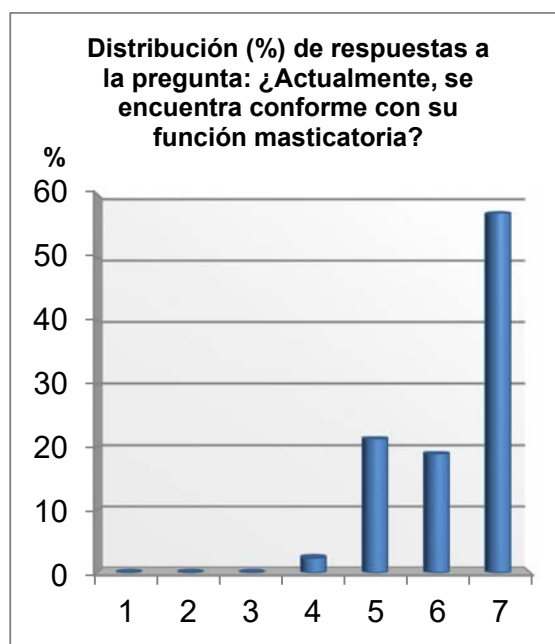


Figura N°17: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Actualmente, se encuentra conforme con su función masticatoria?

En la figura N°18 se muestra la distribución de respuestas con respecto a la percepción de la pronunciación antes de la cirugía, donde un 47,6% de los pacientes otorgó valores mayores a 4, el promedio obtenido en esta pregunta fue de 4,5. Analizando esta misma pregunta, pero posterior a la cirugía, se obtuvo un 95,2% de pacientes que asignaron valores mayores a 4 (Figura N°19), en este caso el promedio fue de 6,21.

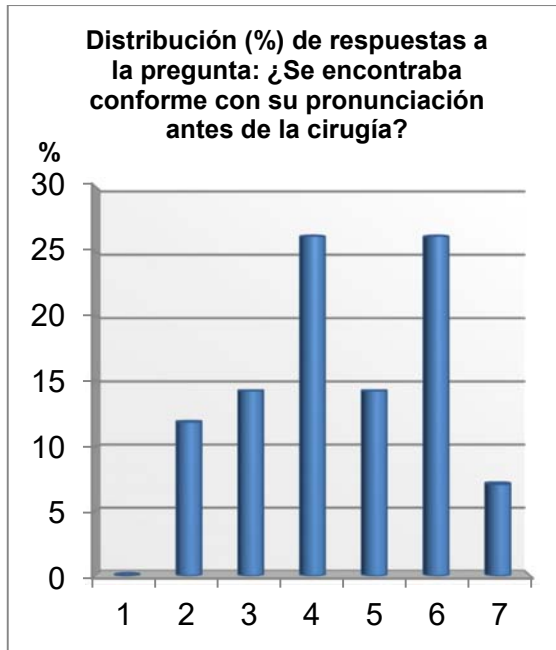


Figura N°18: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Se encontraba conforme con su pronunciación antes de la cirugía?



Figura N°19: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Se encuentra conforme con su pronunciación después de la cirugía?

Un 95,2% otorgó valores mayores a 4 respecto a la pregunta que dice relación con sentir mayor comodidad al socializar con la gente después de la cirugía (Figura N°20). El promedio de las respuestas es de 6,5.

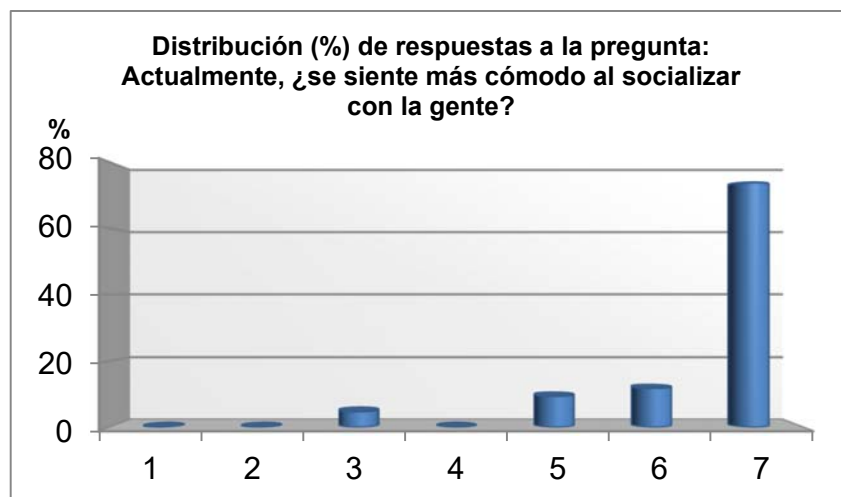


Figura N°20: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?

Un 90,5% otorgó valores mayores a 4 cuando se le preguntó si hubo una mejora en su autoestima posterior a la cirugía (*Figura N°21*). No se reportan casos en que hayan descensos en la autoestima, el 9,5% se mostró indiferente a esta pregunta. El promedio de las respuestas es de 6,33. Adicionalmente, se le formuló la misma pregunta a un familiar cercano de cada paciente, y el promedio en este caso fue de 6,45. Un 92,9% de los familiares asignó valores superiores a 4 (*Figura N°22*).

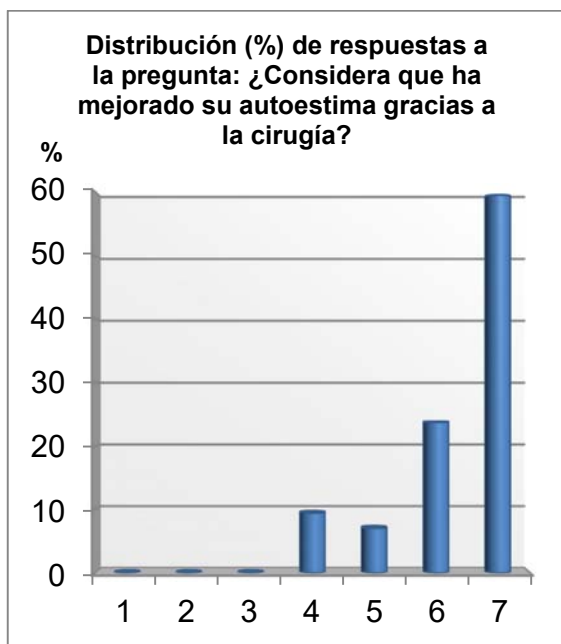


Figura N°21: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?

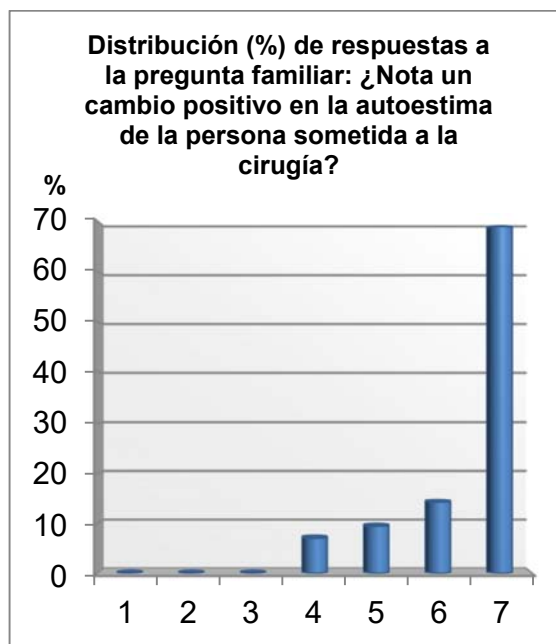


Figura N°22: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta familiar: ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?

Al preguntarles si consideraban que sus familiares y amigos estaban satisfechos con los resultados de la operación, un 97,6% asignó valores superiores a 4 (*Figura N°23*). El valor promedio de las respuestas es de 6,74.

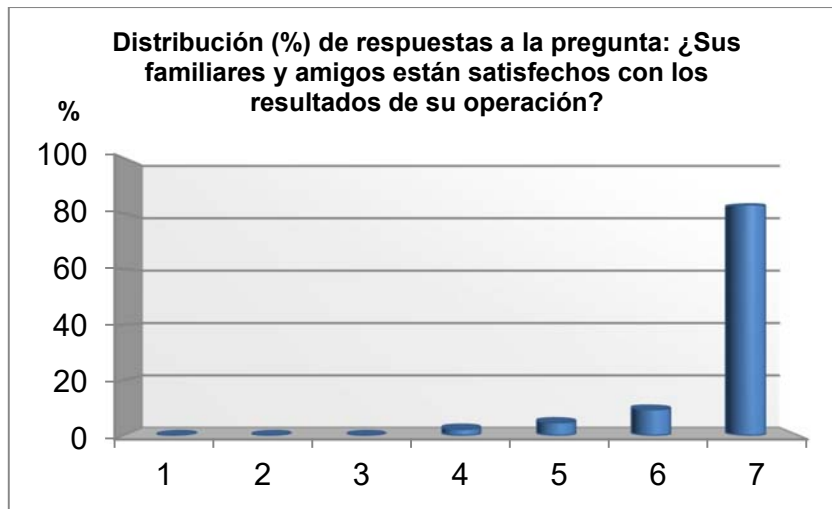


Figura N°23: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Sus familiares y amigos están satisfechos con los resultados de su operación?

Además, un 88% asignó valores superiores a 4 cuando se les preguntó si mejoraron las relaciones con su familia (Figura N°24). El valor promedio de las respuestas fue de 6,31. Al realizar la misma pregunta a un familiar cercano de cada paciente, el 90,5% asignó valores superiores a 4 (Figura N°25), con un valor promedio de 6,33.

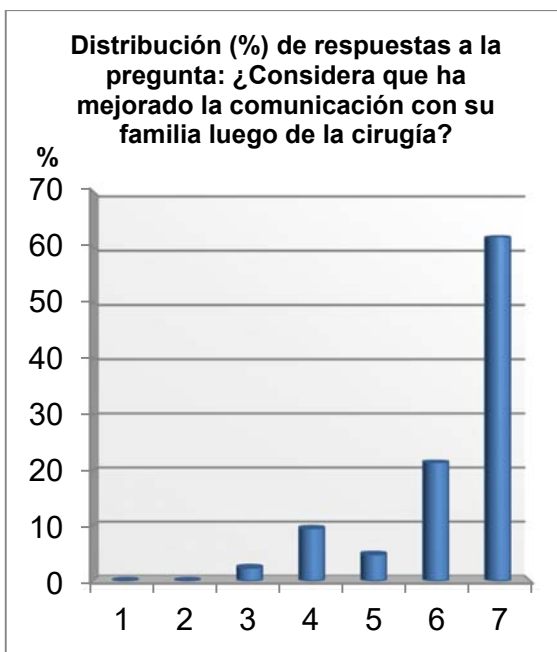


Figura N°24: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

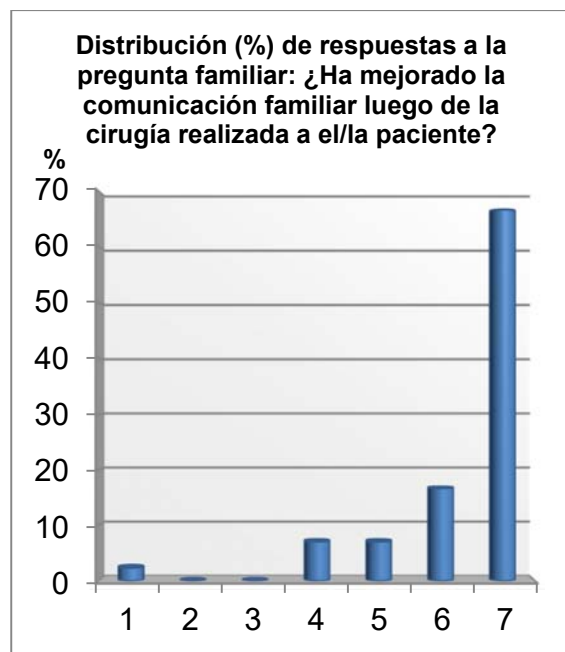


Figura N°25: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta familiar: ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía realizada a el/la paciente?

El 92,9% de los encuestados asignó valores superiores a 4 cuando se le preguntó si se sometería a la misma cirugía si tuviera que tomar nuevamente la decisión (*Figura N°26*), con un promedio de 6,5.

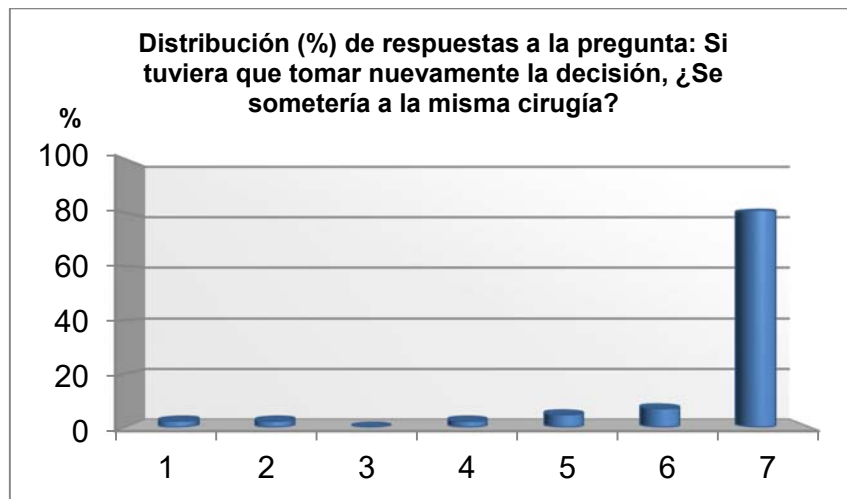


Figura N°26: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

El 97,6% de los pacientes asignó valores mayores a 4 cuando se les preguntó si recomendarían esta cirugía a otras personas que lo necesiten (*Figura N°27*), con un valor promedio de 6,83.

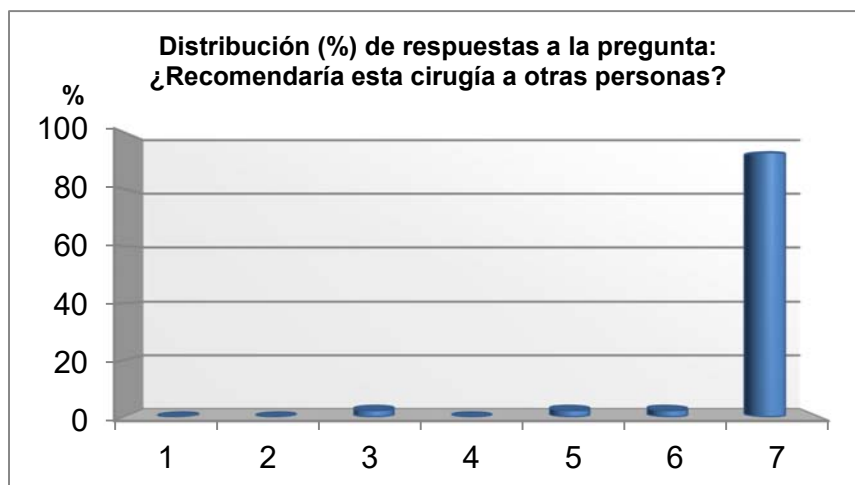


Figura N°27: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: ¿Recomendaría esta cirugía a otras personas?

El 100% de los pacientes asignó valores mayores a 4 a la pregunta acerca de su satisfacción con el tratamiento. De estos, el 73,8% de los pacientes está totalmente satisfecho con los resultados del procedimiento (valor 7 asignado), y el 26,2% restante se encuentra satisfecho en una menor medida (*Figura N°28*). No

se reportaron casos de pacientes insatisfechos. El valor promedio de las respuestas es de 6,69. Al formular la misma pregunta a familiares cercanos, el 97,6% asignó valores superiores a 4 (*Figura N°29*). En este último caso, el promedio también fue de 6,69.

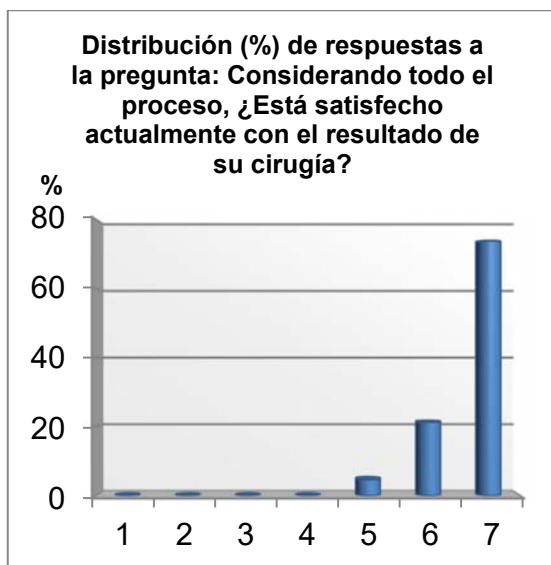


Figura N°28: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta: Considerando todo el proceso, ¿Está satisfecho actualmente con el resultado de su cirugía?

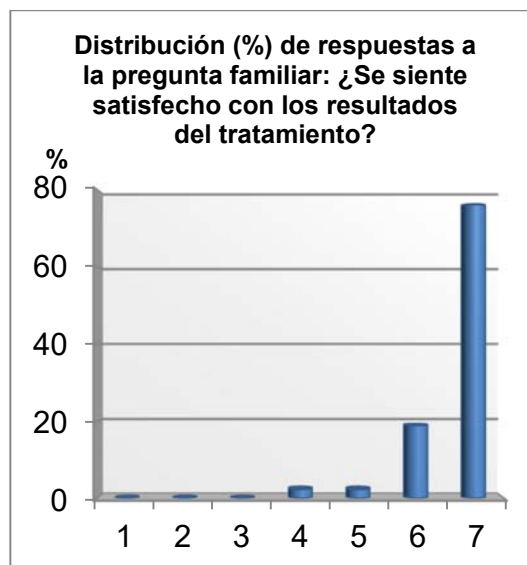


Figura N°29: Gráfico de distribución (%) de respuestas a la pregunta familiar: ¿Se siente satisfecho con los resultados del tratamiento?

Para la realización de tablas de contingencia que se presentarán a continuación, se recodificaron las respuestas con escala de 1 a 7, y se clasificaron en nuevos 3 niveles para la simplificación de los resultados, donde:

1-3: En desacuerdo

4: Indiferente

5-7: De acuerdo

Cabe mencionar que las tablas de contingencia no incluidas en la investigación son aquellas que no arrojaron resultados relevantes.

A medida que aumenta la edad de los pacientes, aumenta el porcentaje de personas que volverían a someterse a la misma cirugía si tuvieran que decidirlo nuevamente. De esta forma, en el rango de 15-20 años, un 88,9% estuvo de acuerdo con esta pregunta; en el rango 21-25, un 92%; y en los rangos 26-30 y más de 30 años, un 100% estuvo de acuerdo (*Figura N°30*).

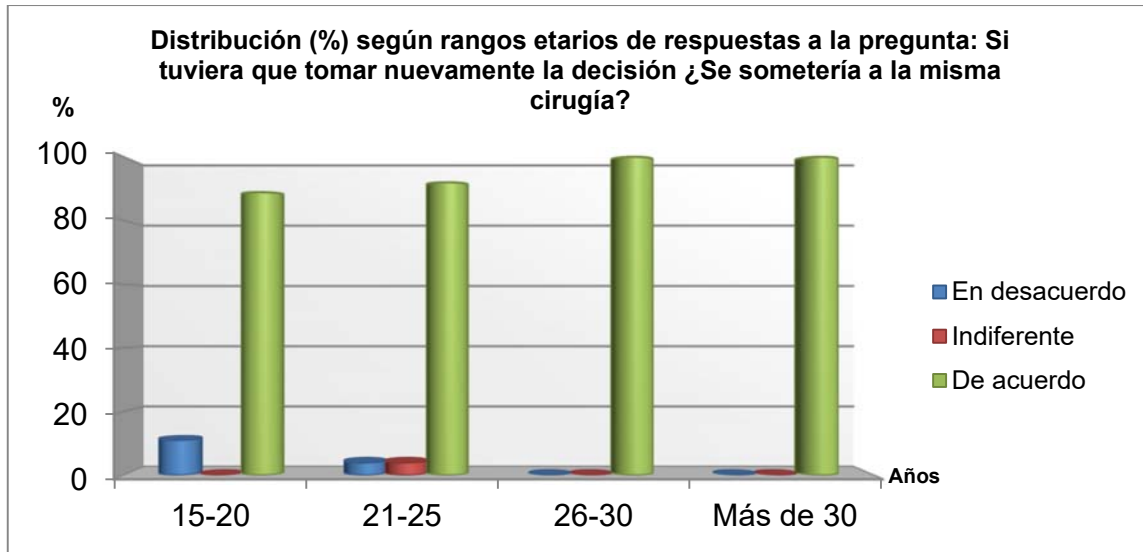


Figura N°30: Gráfico de distribución (%) según rangos etarios de respuestas a la pregunta: Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

A su vez, cuando se les preguntó a los pacientes si mejoró la comunicación con su familia después de la cirugía, aquellos pertenecientes a los rangos 15-20 y 21-25 años obtuvieron porcentajes menores (88,9% y 84% respectivamente) que los pacientes de rangos de 26-30 y más de 30 años (100% para ambos grupos) (Figura N°31).

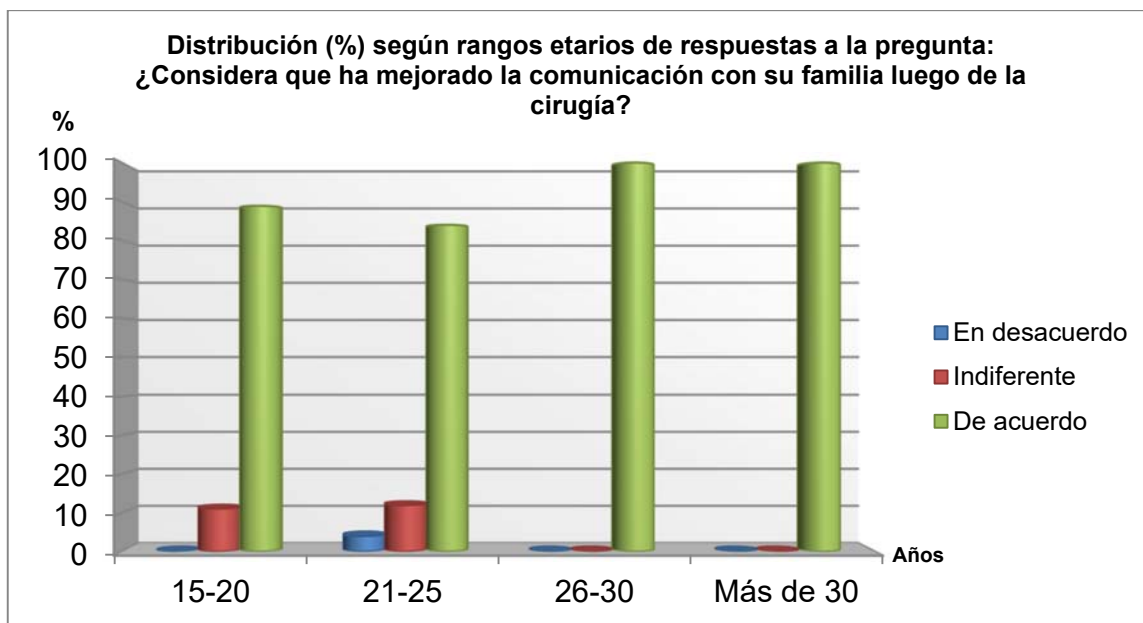


Figura N°31: Gráfico de distribución (%) según rangos etarios de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

Al formular la misma pregunta a los familiares, se dio nuevamente esta tendencia según rangos de edad, donde las familias de pacientes entre 15 y 20 años y entre 21 y 26 años estimaba una mejora en la comunicación (88,9% y 88% respectivamente), versus un 100% de los familiares de pacientes de 26-30 y más de 30 años (Figura N°32).

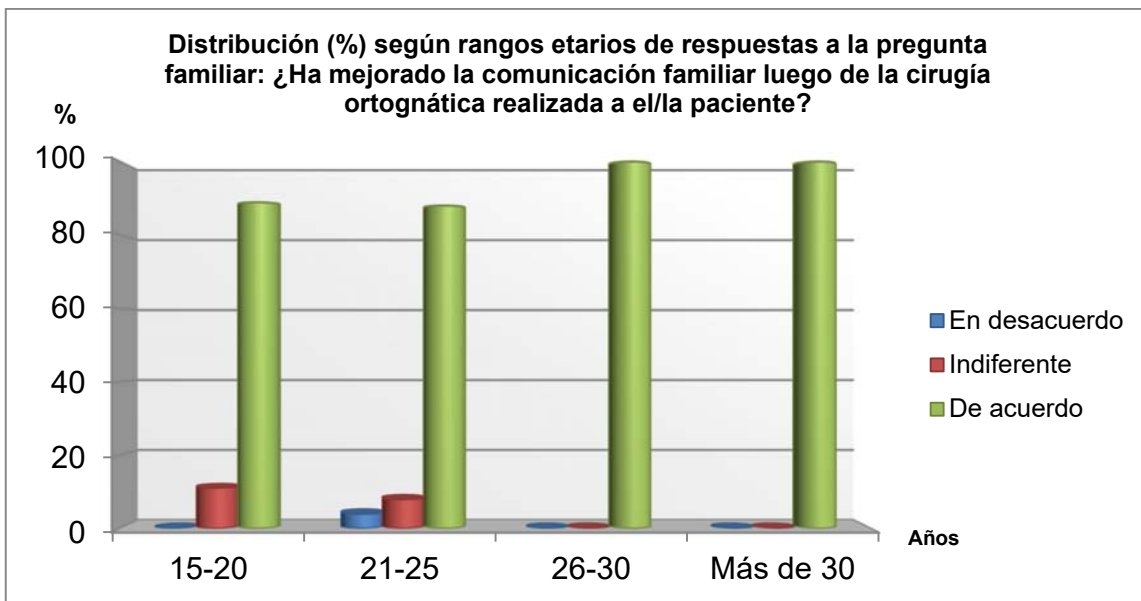


Figura N°32: Gráfico de distribución (%) según rangos etarios de respuestas a la pregunta familiar: ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

Existe un mayor porcentaje de mujeres que se sienten más cómodas al socializar con la gente posterior a la cirugía (97%), que de hombres (88,9%) (Figura N°33).

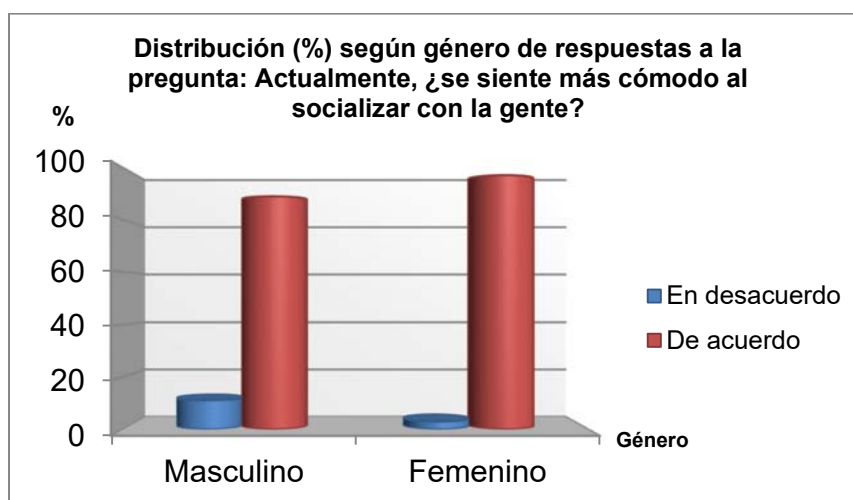


Figura N°33: Gráfico de distribución (%) según género de respuestas a la pregunta: Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?

Existe un mayor porcentaje de mujeres (93,9%) que consideran que ha mejorado su autoestima, que de hombres (77,8%) (Figura N°34). Asimismo, un 97% de los familiares de mujeres notaron cambios positivos en la autoestima de las pacientes, mientras que un 77,8% de los familiares de hombres notaron estos cambios (Figura N°35).

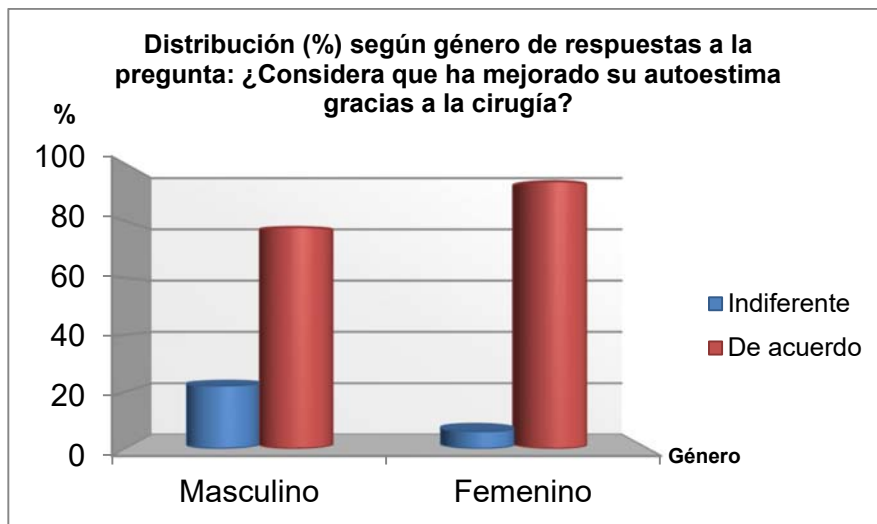


Figura N°34: Gráfico de distribución (%) según género de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?

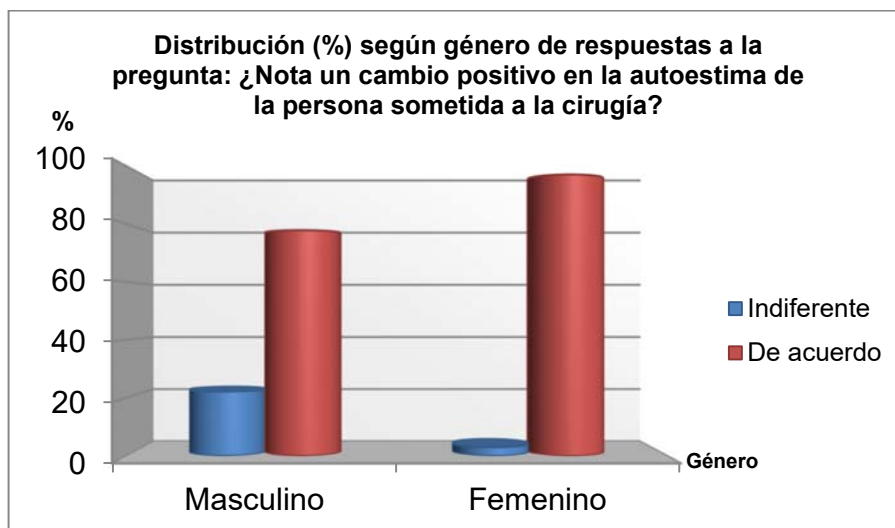


Figura N°35: Gráfico de distribución (%) según género de respuestas a la pregunta familiar: ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?

Según la opinión del propio paciente con respecto la comunicación familiar, un 88,9% de los hombres y un 87,9% de las mujeres observó cambios positivos (Figura N°36). Al formular la misma pregunta a la familia, el 100% de los familiares de hombres sometidos a cirugía consideran que mejoró la comunicación, mientras que un 87,9% de los familiares de mujeres opinaron lo mismo (Figura N°37).

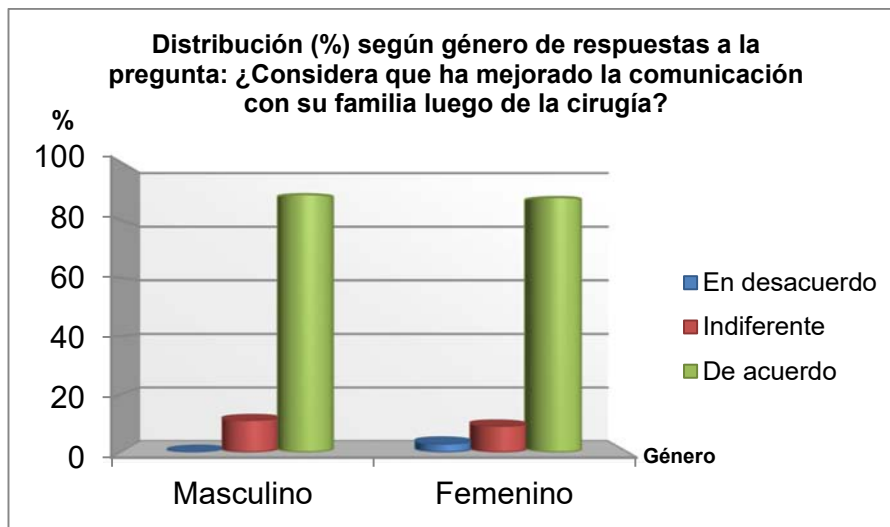


Figura N°36: Gráfico de distribución (%) según género de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

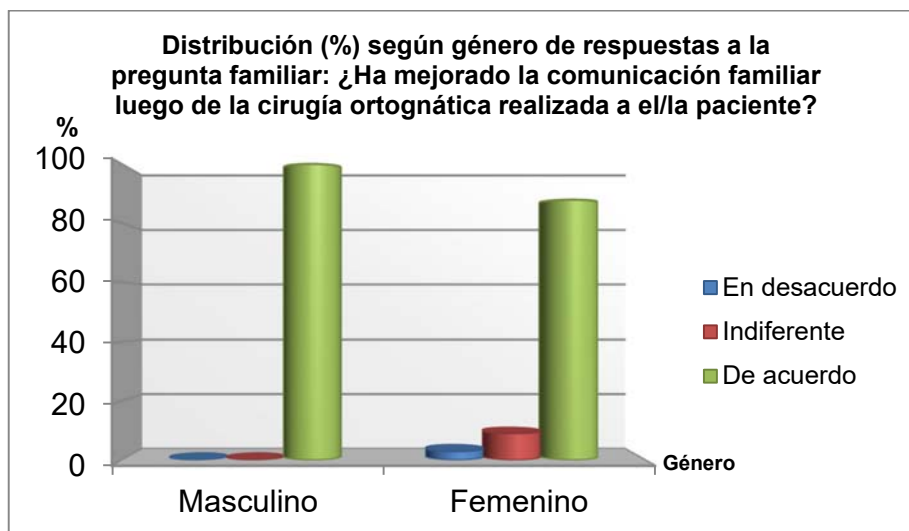


Figura N°37: Gráfico de distribución (%) según género de respuestas a la pregunta familiar: ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

Existe un mayor porcentaje de mujeres (97%) que se someterían a la misma cirugía si tuvieran que tomar nuevamente la decisión, versus un 77,8% de los hombres (Figura N°38).

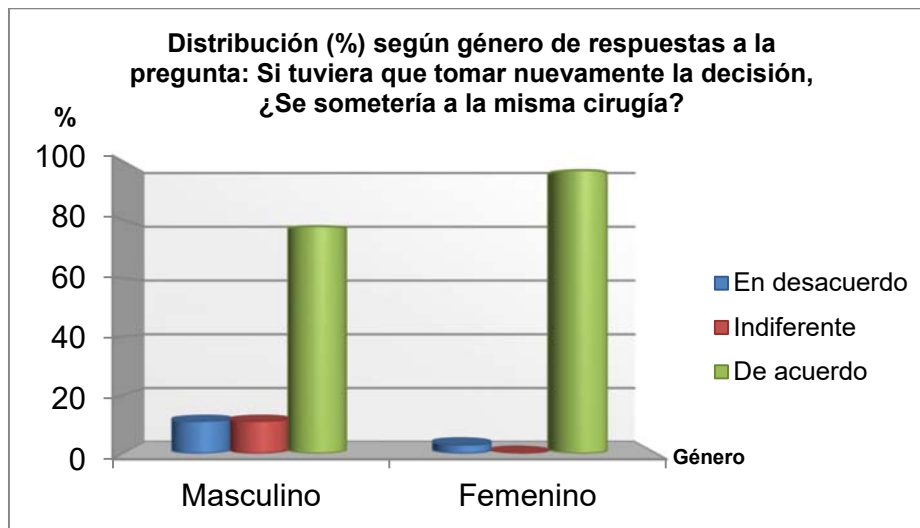


Figura N°38: Gráfico de distribución (%) según género de respuestas a la pregunta: Si tuviera que tomar nuevamente la decisión ¿Se sometería a la misma cirugía?

VI. DISCUSIÓN

Luego del análisis de los resultados, se mostró en general una clara tendencia a responder positivamente en relación a todos los ámbitos de la calidad de vida que fueron evaluados. Se destaca la predominancia de mujeres que consultan para someterse a una cirugía ortognática, que coincide con otros estudios que evalúan calidad de vida (Vargo et al., 2003; Motegi et al., 2003; Stirling et al., 2007; Al-Ahmad et al., 2009; Kim et al., 2009; Murphy et al., 2011).

La edad promedio de los pacientes sometidos a cirugía ortognática (23,93) es similar al estudio realizado por Rustemeyer et al. (23.4±4.9), y se contrasta con otros, donde la edad promedio bordea los 30 años (Modig et al., 2006), sin embargo no hay estudios que reporten promedios de edad superiores a estos.

Un estudio reciente de Rustemeyer et al., concluye que el motivo de consulta más frecuente es tanto estética como función (71,4%), seguido de función solamente (15,5%), estética (11,9%), mientras que un 2,6% respondió ninguno de los anteriores. En el presente estudio, el orden de motivos de consulta es el mismo, predominando estética y función en conjunto con un 78,6%. Lo anterior puede ser contrastado con los resultados de otros autores, donde la principal razón para buscar tratamiento fue mejorar exclusivamente función (Modig et al., 2006; Proothi et al., 2010).

Con respecto a la percepción de la estética facial, hubo un incremento en la valoración de ésta posterior a la cirugía, donde un 97,6% manifestó estar conforme en alguna medida. En la literatura se encontraron resultados igualmente positivos, se ha reportado conformidad con la estética facial post operatoria de un 93% (Murphy et al., 2011), y de un 90% (Turker et al., 2008).

Al igual que en esta investigación, estudios recientes reportan un incremento en la valoración de la función masticatoria (Modig et al., 2006; Murphy et al., 2011), como también en el aspecto de pronunciación (Modig et al., 2006), en pacientes sometidos a cirugía ortognática. Según algunos autores, se ha determinado que los pacientes sometidos a tratamiento combinado de cirugía bimaxilar y terapia ortodóncica muestran un alto nivel de satisfacción en el aspecto funcional. No obstante, a pesar del éxito observado, se ha pesquisado un impacto negativo a corto plazo (seis semanas) que tiene relación con la limitación funcional existente en el postoperatorio temprano de los pacientes, resultando en un deterioro transitorio en la calidad de vida. Esto se atribuye a las secuelas quirúrgicas del procedimiento, sin embargo, en la mayoría de los casos se ven resueltas en el postoperatorio tardío. (Lee et al., 2008; Shan Choi et al., 2010). Lo anterior no fue reflejado en los resultados de esta investigación, ya que tanto los pacientes operados en años anteriores, como los que llevaban sólo 8 semanas desde la cirugía manifestaron conformidad en el aspecto funcional.

El 95,2% de los pacientes de este estudio manifestó que luego de la cirugía se sienten más cómodos al socializar con la gente. De igual forma, Motegi et al. determinaron esta mejora en el ámbito psicosocial 2 años después de la cirugía, y demostró que tras 5 años estos cambios positivos se mantienen. En el caso de Turker et al., un 67% de los pacientes manifestaron esta mejora.

Murphy et al. plantean en su estudio, que el impacto de la cirugía ortognática en los aspectos sociales es importante, pero menor al impacto de la percepción de la estética. Una posibilidad para explicar esto, es que el cambio de apariencia tiene un mayor impacto debido a que es inmediato, y a partir de estos cambios se desencadenan mejoras en aspectos más complejos como la interacción social. Sin embargo, en este estudio la valoración promedio de la socialización es levemente mayor que la otorgada a la percepción estética. Estas diferencias podrían ser atribuidas a la variación de la personalidad del paciente y el rango de edad que se esté utilizando.

La mayoría de los pacientes reportó una mejora en la autoestima posterior a la cirugía ortognática, tal como se muestra en diversos estudios (Turker et al., 2008; Rustemeyer et al., 2010; Murphy et al., 2011). Adicionalmente, en este estudio se incorporó la apreciación de la familia con respecto a la autoestima del paciente, dando resultados positivos, incluso mayores a los del propio paciente. Cabe destacar que no existen investigaciones de este tema que involucren la opinión familiar, sin embargo fue considerado debido a que existe evidencia de que el apoyo de la familia es fundamental en el proceso vivido por los pacientes sometidos a cirugía ortognática (Turker et al., 2008), por tanto surgió el interés de conocer su valoración de los resultados del tratamiento.

Lo más cercano a la percepción familiar que se ha investigado, corresponde al estudio de Rustemeyer et al., en el cual se le pregunta al paciente cómo considera que se sienten sus familiares con los resultados del tratamiento, en este caso los pacientes consideraron que su familia está satisfecha. Al realizar la misma pregunta a los pacientes del presente estudio, un 97,6% consideró que su familia estaba conforme con los resultados del tratamiento.

Dentro de los aspectos evaluados, la comunicación familiar muestra una importante mejora luego de la intervención quirúrgica, el 88% de los pacientes asignó valores positivos dentro de este tópico, lo que coincide con el resultado obtenido al plantear la misma pregunta a los familiares (90,5%). Dentro de la literatura, Motegi et al. compararon aspectos sociales, dentro de los cuales se evaluó la comunicación familiar en el pre y post operatorio de pacientes sometidos a cirugía ortognática, encontrando una mejora significativa, datos similares fueron encontrados en otros estudios.

En el mismo estudio de Motegi et al., se determinó que las mujeres tienen un notorio aumento de autoestima manifestado a través del uso de ropa con colores más llamativos y de maquillaje, posterior a la cirugía ortognática. En cambio los hombres se destacaban por mejorar la comunicación con su entorno. Por otro lado, Nicodemo et al., evidencian que las mujeres tienen una respuesta emocional más positiva que los hombres. En el presente estudio, a pesar de que la percepción de los aspectos de comunicación y autoestima es muy favorable para ambos géneros, existen discrepancias que permiten apreciar que las mujeres notan una mayor mejora de autoestima que los hombres, y de igual forma lo manifiestan sus respectivas familias. Los hombres, en cambio, manifiestan una mejora mayor que las mujeres en el ámbito de la comunicación familiar, y nuevamente la familia lo expresa de la misma forma. Ahora bien, en este estudio no es posible extrapolar la percepción de comunicación familiar a la comunicación con todo su entorno, ya que al preguntar si sentían mayor comodidad al socializar con la gente en general, las mujeres expresaron resultados más positivos que los hombres.

Adicionalmente, se mostraron diferencias en la percepción de la comunicación familiar según rangos etarios, donde los pacientes de edades menores y sus respectivas familias otorgaron valores menores a esta pregunta, que aquellos de más edad. Cabe mencionar que la comunicación familiar se ve influenciada por diversos factores adicionales que no son medidos en este estudio, sin embargo la tendencia dada podría explicarse por la madurez para asimilar los procesos de los pacientes de cada rango etario.

En el estudio realizado por Turker et al. (2008), al preguntar a los pacientes si recomendarían la cirugía a otras personas, el 70% respondió de manera afirmativa, el 13% se mostró indiferente y el 13% refiere que no recomendaría el procedimiento, en nuestro estudio encontramos que el 97% de los individuos si recomendaría la intervención, estas diferencias pueden estar dadas por factores de orden cultural y de género de las poblaciones estudiadas, ya que en el caso del estudio citado, se trabajó exclusivamente con mujeres de nacionalidad turca.

Existen diversos estudios que evalúan nivel de satisfacción, concluyendo en todos los casos que la mayoría de los pacientes quedan satisfechos con los resultados de la cirugía realizada (Motegi et al., 2003; Modig et al., 2006; Posnick & Wallace, 2008; Rustemeyer et al., 2010), sin embargo cada uno tiene una forma distinta de medición de ésta. El caso más similar a nuestro estudio corresponde a Rustemeyer et al., quienes evaluaron satisfacción de los pacientes sometidos una cirugía ortognática, valorando con un número del 1 al 10, el promedio de la respuesta fue de 8.3 y un 12,9% de los sujetos asignó el valor 10 (excelente) a la pregunta. Un 77,9% respondió con valores de 8, 9 y 10, que eran los valores considerados como positivos para los autores.

Haciendo la comparación con la presente investigación, en este caso se evaluó nivel de satisfacción a través de una escala con valores de 1 a 7, con un promedio de 6,69, donde un 100% de los encuestados asignó valores sobre 4, y un 73,8% sentía total satisfacción (asignando valor 7). Al formular la misma pregunta a familiares cercanos, el 97,6% se encontraba satisfecho con la cirugía.

Otros autores, además de evaluar nivel de satisfacción, explican posibles razones por las cuales un porcentaje de los pacientes no estaría satisfecho, es así como correlacionaron esta mala percepción con que no haya habido una explicación previa del procedimiento o de las posibles complicaciones postoperatorias. (Turker et al., 2008).

Se ha descrito que la mejora en el estado psicológico, la imagen corporal y el perfil facial son las principales influencias en la satisfacción con el resultado de la cirugía. (Motegi et al., 2003).

Al preguntarles a los pacientes si se someterían a la misma cirugía en el caso hipotético de que tuvieran que tomar nuevamente la decisión, un 92,9% estuvo de acuerdo, lo que se puede asociar directamente con el nivel de satisfacción que presentaron, sin embargo hubo discrepancias según género y edad, donde las mujeres mostraron una mayor aceptación a esta pregunta que los hombres, y las personas mayores de 25 años respondieron asignando valores mayores que aquellos menores de 25.

VII. LIMITACIONES

Todos los estudios dedicados a describir la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía ortognática, generalmente lo hacen a través de encuestas, sin embargo las formas de medición dentro de las mismas, varía según el estudio. Es así, como se encuentra en la literatura preguntas directas e indirectas, ya sea con respuestas en forma de Escala Lickert con distintas extensiones, o bien con respuestas dicotómicas (sí/no). Por tanto, existe una dificultad en realizar comparaciones con otros estudios, a pesar de estar investigando sobre el mismo tema.

Por otra parte, la forma más común de estudiar calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía ortognática es a través de una comparación del pre y postoperatorio, con tal de medir cambios entre ambos periodos. En el presente estudio, no fue posible realizar una evaluación en la etapa preoperatoria, debido a que para ello se requiere de mucho más tiempo de seguimiento de cada paciente.

VIII. CONCLUSIONES

Las metas de la cirugía ortognática van más allá de los objetivos básicos de mejorar morfología y función oclusal, sino que pretende inducir un impacto positivo en el perfil psicológico del paciente y así afectar favorablemente su personalidad, actitud social y comportamiento, ya que todos estos factores son los que finalmente en conjunto otorgan una mejora en la calidad de vida.

La calidad de vida es un aspecto de la salud que ha cobrado cada vez mayor importancia debido a cambios en el modelo de atención en salud, donde la opinión del paciente toma protagonismo. Otras ramas de la medicina han tomado este impulso para desarrollar estrategias de satisfacción y mejora en la calidad de vida de las personas y su consecuente medición con distintos instrumentos.

Es así como los pacientes de este estudio evaluaron positivamente aspectos estéticos, funcionales y también psicosociales, demostrando un incremento en la calidad de vida gracias a la cirugía ortognática.

La cirugía y sus resultados no sólo afectan al propio paciente, sino que a su entorno cercano, mejorando la comunicación y la percepción que tiene la familia del estado emocional del paciente.

En el caso de la Universidad de Valparaíso, existe un incremento constante de personas que consultan por cirugía ortognática, por tanto debiera ser un tema cada vez más estudiado, con el fin de unificar criterios de evaluación de la calidad de vida de estos pacientes, descubrir nuevas aristas que influyen en el proceso de decisión, intervención y recuperación del paciente, y por sobre todo, realizar un seguimiento a largo plazo para analizar cómo evoluciona la calidad de vida y todos sus factores en el tiempo.

La escuela americana de cirugía maxilofacial, que es el referente del equipo de profesionales de la Universidad de Valparaíso, aun no se ha dedicado a la investigación en este ámbito, sin embargo es un tema bastante desarrollado en las Escuelas de Alemania y China, por ello la importancia de este trabajo es dar un precedente para el desarrollo de esta área de la investigación, para lograr ponerse al día con las tendencias a nivel mundial con respecto a la atención del paciente y su satisfacción, logrando así una atención integral y personalizada, tomando en cuenta, además de los aspectos biológicos, los aspectos psicosociales del paciente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Ahmad H.; Al-Sa'di W.; Al-Omari I.; Al-Bitar Z. (2009): Condition-specific quality of life in Jordanian patients with dentofacial deformities: a comparison of generic and disease-specific measures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 107:49-55
2. Bock J.; Odemar F.; Fuhrmann R. (2009): Assessment of Quality of Life in Patients Undergoing Orthognathic Surgery. *J Orofac Orthop.* 70:407–19
3. Bortoluzzi M.; Manfro R.; Soares I.; Presta A. (2011): Cross-cultural adaptation of the orthognathic quality of life questionnaire (OQLQ) in a Brazilian sample of patients with dentofacial deformities. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 16 (5):e694-9.
4. Cadogan J.; Bennun I. (2011): Face value: an exploration of the psychological impact of orthognathic surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 49:376–380
5. Corona G. Clase Magistral. Especialidad de Cirugía Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile. 2011.
6. De Sousa A. (2008): Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 46:661–664
7. García P.; De Oliveira B.; De Oliveira, M.; Kiyak H.; Mendes J. (2010): Oral health-related quality of life in orthognathic surgery patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 137:790-5
8. Jaramillo J. Clase Magistral. Análisis facial en cirugía ortognática, Diplomado de Diagnóstico y Tratamiento de las Alteraciones del Desarrollo Dentomaxilofaciales, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile. 2011.
9. Kanatas A.N.; Rogers S.N. (2010): A systematic review of patient self-completed questionnaires suitable for oral and maxillofacial surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 48:579–590
10. Khadka A.; Liu Y.; Li J.; Zhu S.; Luo E.; Feng G.; Hu J. (2011): Changes in quality of life after orthognathic surgery: a comparison based on the involvement of the occlusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 112:719-725
11. Kim S.; Kim M.; Shin S.; Chun Y.; Kim E. (2009): Evaluation on the psychosocial status of orthognathic surgery patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 108:828-832

12. Lee S.; McGrath C.; Samman N. (2007): Quality of life in patients with dentofacial deformity: a comparison of measurement approaches. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 36: 488–492
13. Lee S.; McGrath C.; Samman N. (2008): Impact of Orthognathic Surgery on Quality of Life. *J Oral Maxillofac Surg.* 66:1194-1199
14. Mehta A.; Kaur G. (2011): Oral health-related quality of life—the concept, its assessment and relevance in dental research and education. *Indian Journal of Dentistry.* 2:2
15. Modig M.; Andersson L.; Wardh I. (2006): Patients' perception of improvement after orthognathic surgery: Pilot study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 44:24–27
16. Motegi E.; Hatch J.; Rugh J.; Yamaguchi H. (2003): Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 124:138-43
17. Murphy C.; Kearns G.; Sleeman D.; Cronin M.; Allen, P.F. (2011): The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 40:926–930
18. Nicodemo D.; Pereira M.; Ferreira L. (2008): Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 37:131–134
19. Phillips C.; Blakey G. (2008): Short-term Recovery after Orthognathic Surgery: A Medical Daily Diary Approach. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 37(10): 892–896
20. Phillips C.; Blakey G.; Jaskolka M. (2008): Recovery after Orthognathic Surgery: Short-term Health-Related Quality of Life Outcomes. *J Oral Maxillofac Surg.* 66(10): 2110–2115
21. Posnick J.; Wallace J. (2008): Complex Orthognathic Surgery: Assessment of Patient Satisfaction. *J Oral Maxillofac Surg.* 66:934-942
22. Proothi M.; Drew S.; Sachs S. (2010): Motivating Factors for Patients Undergoing Orthognathic Surgery Evaluation. *J Oral Maxillofac Surg.* 68:1555-1559
23. Rustemeyer J.; Eke Z.; Bremerich A. (2010): Perception of improvement after orthognathic surgery: the important variables affecting patient satisfaction. *Oral Maxillofac Surg.* 14:155–162
24. Rustemeyer J.; Gregersen J. (2011): Quality of Life in orthognathic surgery patients: Post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery.* XXX:1-5

25. Shan Choi W.; Lee S.; McGrath C.; Samman N. (2010): Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 109:46-51
26. Stirling J.; Latchford G.; Morris D.O.; Kindelan, J.; Spencer, R.J.; Bekker, H.L. (2007): Elective orthognathic treatment decision making: a survey of patient reasons and experiences. *J Orthod.* 34(2):113-2
27. Sutinen S.; Lahti S.; Nuttall N.; Sanders A.; Steele, J.; Allen, P.; Slade, G. (2007): Effect of a 1-month vs. a 12-month reference period on responses to the 14-item Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci.* 115: 246–249
28. Turker N.; Varol A.; Ogel K.; Basa S. (2008): Perceptions of preoperative expectations and postoperative outcomes from orthognathic surgery: Part I: Turkish female patients. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 37: 710–715
29. Vargo J.K.; Gladwin M.; Ngan P. (2003): Association between ratings of facial attractiveness and patients' motivation for orthognathic surgery. *Orthod Craniofacial Res.* 6:63–71
30. Williams D.; Bentley R.; Cobourne M.; Gibilaro, A.; Good, S.; Huppa, C.; Matthews, N.; O'Higgins, E.; Patel, S.; Newton, J. (2008): The impact of idealised facial images on satisfaction with facial appearance: Comparing 'ideal' and 'average' faces. *Journal of Dentistry.* 36:711–717
31. Williams D.; Bentley R.; Cobourne M.; Gibilaro A.; Good, S.; Huppa, C.; Matthews, N.; O'Higgins, E.; Patel, S.; Newton, J. (2009): Psychological characteristics of women who require orthognathic surgery: comparison with untreated controls. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 47:191–195
32. Bell W. (1992): Orthognathic Surgery. En: *Modern Practice in Orthognathic and Reconstructive Surgery, 1981- 2170*, Edit. Saunders, Philadelphia, USA.
33. Proffit W, White R, Sarver D. (2002): Treatment Planning: Optimizing the Bennefit to the Patient. En: *Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity, 172- 267*, Edit Mosby, Missouri, USA.
34. Uribe G. (2004): Ortodoncia y Cirugía Ortognática. En: *Ortodoncia: Teoría y Clínica, 1096-1134*, Corporación para Investigaciones Biológicas, Colombia.

X. ANEXOS

ANEXO N°1.- CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

Iniciales:

Edad: Género: Ciudad:

Fecha de Cirugía:

Por favor lea atentamente y marque la respuesta más adecuada

1. ¿Cuál fue la intención principal de someterse a una cirugía ortognática?
 - a. Para mejorar aspectos estéticos
 - b. Para mejorar aspectos funcionales
 - c. Ambas
 - d. Otros motivos

Lea atentamente y marque el número que más le identifique:

2. ¿Se encontraba conforme con su estética facial antes de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en desacuerdo		Neutral		Muy de acuerdo
----------------------	--	---------	--	-------------------

3. ¿Se encuentra conforme con su estética facial después de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en desacuerdo		Neutral		Muy de acuerdo
----------------------	--	---------	--	-------------------

4. ¿Se encontraba conforme con su función masticatoria antes de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en desacuerdo		Neutral		Muy de acuerdo
----------------------	--	---------	--	-------------------

5. ¿Actualmente, se encuentra conforme con su función masticatoria?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

6. ¿Se encontraba conforme con su pronunciación antes de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

7. ¿Se encuentra conforme con su pronunciación después de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

8. Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

9. ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

10. ¿Sus familiares y amigos están satisfechos con los resultados de su operación?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

11. ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

12. Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

13. ¿Recomendaría esta cirugía a otras personas?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

14. Considerando todo el proceso, ¿Está satisfecho actualmente con el resultado de su cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

ANEXO N°2.- INSTRUCTIVO DE USO DEL CUESTIONARIO

INSTRUCTIVO DE LLENADO CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

Sección 1: Antecedentes Generales

Iniciales: Corresponde las iniciales del primer nombre y de ambos apellidos del paciente que participa en el estudio.

Edad: corresponde a la edad del paciente al momento de la encuesta.

Género: Se debe escribir M (Masculino) o F (Femenino) según corresponda.

Ciudad: Corresponde a la ciudad de residencia del paciente.

Fecha de Cirugía: Corresponde a la fecha en la cual el paciente fue sometido a la cirugía ortognática Se debe especificar día, mes y año.

Sección 2: Preguntas de auto llenado

La siguiente sección debe ser llenada por el paciente, se entregará el cuestionario durante 30 minutos como máximo, durante los cuales se le dará privacidad necesaria para responder con confianza. Se le explicará verbalmente al paciente que debe leer atentamente el encabezado de cada pregunta y marcar solamente una de las alternativas, escogiendo la que mejor lo represente. Una vez finalizados los 30 minutos se solicitará al paciente que devuelva el cuestionario y se procederá a tabular los datos en el programa MS Excel 2010.

Por favor lea atentamente y marque la respuesta más adecuada

1. ¿Cuál fue la intención principal de someterse a una cirugía ortognática?
 - a. Para mejorar aspectos estéticos
 - b. Para mejorar aspectos funcionales
 - c. Ambas
 - d. Otros motivos

Lea atentamente y marque el número que más le identifique:

2. ¿Se encontraba conforme con su estética facial antes de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

3. ¿Se encuentra conforme con su estética facial después de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

4. ¿Se encontraba conforme con su función masticatoria antes de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

5. ¿Actualmente, se encuentra conforme con su función masticatoria?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

6. ¿Se encontraba conforme con su pronunciación antes de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

7. ¿Se encuentra conforme con su pronunciación después de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

8. Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

9. ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

10. ¿Sus familiares y amigos están satisfechos con los resultados de su operación?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

11. ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

12. Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

13. ¿Recomendaría esta cirugía a otras personas?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

14. Considerando todo el proceso, ¿Está satisfecho actualmente con el resultado de su cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

ANEXO N°3.- CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA: PREGUNTAS A LA FAMILIA

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA: PREGUNTAS A LA FAMILIA

Iniciales Paciente:

Por favor lea atentamente y marque el número que más le identifique:

1. ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

2. ¿Se siente satisfecho(a) con los resultados del tratamiento?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

3. ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en
desacuerdo

Neutral

Muy de
acuerdo

ANEXO N°4.- INSTRUCTIVO DE USO DEL CUESTIONARIO

INSTRUCTIVO DE LLENADO CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA:

PREGUNTAS A LA FAMILIA

Sección 1: Datos Generales

Iniciales paciente: Corresponde las iniciales del primer nombre y de ambos apellidos del paciente sometido a cirugía ortognática que participa en el estudio.

Sección 2: Preguntas de auto llenado

La siguiente sección debe ser llenada por el familiar más cercano al paciente, se entregará el cuestionario para ser completado ya sea en vivo, o en el hogar. En este último caso será recepcionado en una citación siguiente. Las indicaciones para responder las preguntas están incluidas en el documento: debe leer atentamente el encabezado de cada pregunta y marcar una de las alternativas, escogiendo la que mejor lo represente. Una vez recolectados estos datos, se procederá a tabular los datos en el programa MS Excel 2010.

Por favor lea atentamente y marque el número que más le identifique:

1. ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en desacuerdo				Neutral				Muy de acuerdo
-------------------	--	--	--	---------	--	--	--	----------------

2. ¿Se siente satisfecho(a) con los resultados del tratamiento?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en desacuerdo				Neutral				Muy de acuerdo
-------------------	--	--	--	---------	--	--	--	----------------

3. ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?

1 2 3 4 5 6 7

Muy en desacuerdo				Neutral				Muy de acuerdo
-------------------	--	--	--	---------	--	--	--	----------------

ANEXO N°5.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores responsables

Katherina Meier, Camila Manzo.

Dr. Joaquín Jaramillo, Cirujano Maxilofacial.

“Percepción de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía ortognática.”

Estimado (a) Sr. (a) (ita):

Mediante el presente se le ha solicitado participar en un estudio de investigación sobre la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía ortognática. Si desea participar deberá leer atentamente la información adjunta, entendiendo que su participación es importante y que Ud. puede aceptar o rechazar esta invitación.

El objetivo de este documento es brindar toda la información del estudio que tomará parte.

- 1) **Objetivos:** Describir la calidad de vida de los pacientes posterior a la realización de una cirugía ortognática, considerando aspectos estéticos, funcionales, como también psicosociales.
- 2) **Procedimientos:** En una primera instancia, se tomarán los siguientes datos del registro de pacientes de la Universidad de Valparaíso: Nombre, teléfono, fecha de ingreso. Posteriormente, se le hará llegar un formulario de auto-llenado consistente en 14 preguntas que abarcan distintos aspectos relacionados con su calidad de vida luego de haberse sometido a cirugía ortognática. Las preguntas contienen los siguientes temas: Estética, función masticatoria, fonación, autoestima, socialización y nivel de satisfacción general. Las respuestas son de selección múltiple con 7 posibles respuestas en escala ordinal, excepto una pregunta que posee 4 alternativas. En cada una de la preguntas se debe marcar la alternativa que más le identifique. Adicionalmente, se entregará un cuestionario a un familiar cercano con 3 preguntas acerca de su percepción de los resultados del tratamiento realizado, se debe responder con la misma metodología que el otro cuestionario. Las respuestas obtenidas se ingresarán a una base de datos para posteriormente hacer un análisis y descripción de éstos.
- 3) **Beneficios:** No existen beneficios directos para el paciente, el estudio sólo tiene carácter descriptivo.
- 4) **Implicancia económica:** El estudio no significará ningún costo para Ud. en su realización.

5) Confidencialidad: Toda la información personal obtenida del estudio será confidencial entre Ud., el especialista y el investigador principal.

6) Comunicación con el investigador: En caso de que tenga alguna duda puede dirigirse a Katherina Meier o Camila Manzo a los siguientes mails:

katherina.meier@gmail.com

camila.manzo@gmail.com

7) Derechos del participante: Ud. tiene el derecho de retirarse del estudio si lo decidiera en cualquier momento, sin tener que dar explicación alguna y esto no genera ningún perjuicio para Ud. Para concretar esta decisión, sólo requiere ser notificada a los investigadores responsables.

De esta manera manifiesto que:

- He sido informado del objetivo del estudio, beneficios y mis derechos.
- Comprendo que será informado acerca de la evolución del estudio en general.
- Doy mi consentimiento y estoy de acuerdo en participar en el estudio en base a las condiciones mencionadas con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee.

Valparaíso _____ de _____ 2012

Nombre completo o del acompañante: _____

Rut: _____

Firma: _____

ANEXO N°6.- TABLAS DE RESULTADOS

1.- TABLAS DE FRECUENCIAS: RESPUESTAS DE CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA.

Pregunta N°1: ¿Cuál fue la intención principal de someterse a una cirugía ortognática?

	Frecuencia	Porcentaje
Para mejorar aspectos estéticos	1	2,4
Para mejorar aspectos funcionales	8	19,0
Ambas	33	78,6
Total	42	100,0

Tabla N°4: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Cuál fue la intención principal de someterse a una cirugía ortognática?

Pregunta N°2: ¿Se encontraba conforme con su estética facial antes de la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
2	5	11,9
3	16	38,1
4	11	26,2
5	7	16,7
6	2	4,8
7	1	2,4
Total	42	100,0

Tabla N°5: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Se encontraba conforme con su estética facial antes de la cirugía?

Pregunta N°3: ¿Se encuentra conforme con su estética facial después de la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
3	1	2,4
5	4	9,5
6	17	40,5
7	20	47,6
Total	42	100,0

Tabla N°6: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Se encuentra conforme con su estética facial después de la cirugía?

Pregunta N°4: ¿Se encontraba conforme con su función masticatoria antes de la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
1	6	14,3
2	9	21,4
3	11	26,2
4	7	16,7
5	4	9,5
6	3	7,1
7	2	4,8
Total	42	100,0

Tabla N°7: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Se encontraba conforme con su función masticatoria antes de la cirugía?

Pregunta N°5: Actualmente, ¿se encuentra conforme con su función masticatoria?

	Frecuencia	Porcentaje
4	1	2,4
5	9	21,4
6	8	19,0
7	24	57,1
Total	42	100,0

Tabla N°8: Distribución de respuestas a la pregunta: Actualmente, ¿se encuentra conforme con su función masticatoria?

Pregunta N°6: ¿Se encontraba conforme con su pronunciación antes de la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
2	5	11,9
3	6	14,3
4	11	26,2
5	6	14,3
6	11	26,2
7	3	7,1
Total	42	100,0

Tabla N°9: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Se encontraba conforme con su pronunciación antes de la cirugía?

Pregunta N°7: ¿Se encuentra conforme con su pronunciación después de la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
4	2	4,8
5	6	14,3
6	15	35,7
7	19	45,2
Total	42	100,0

Tabla N°10: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Se encuentra conforme con su pronunciación después de la cirugía?

Pregunta N°8: Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?

	Frecuencia	Porcentaje
3	2	4,8
5	4	9,5
6	5	11,9
7	31	73,8
Total	42	100,0

Tabla N°11: Distribución de respuestas a la pregunta: Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?

Pregunta N°9: ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
4	4	9,5
5	3	7,1
6	10	23,8
7	25	59,5
Total	42	100,0

Tabla N°12: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?

Pregunta N°10: ¿Sus familiares y amigos están satisfechos con los resultados de su operación?

	Frecuencia	Porcentaje
4	1	2,4
5	2	4,8
6	4	9,5
7	35	83,3
Total	42	100,0

Tabla N°13: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Sus familiares y amigos están satisfechos con los resultados de su operación?

Pregunta N°11: ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
3	1	2,4
4	4	9,5
5	2	4,8
6	9	21,4
7	26	61,9
Total	42	100,0

Tabla N°14: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

Pregunta N°12: Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
1	1	2,4
2	1	2,4
4	1	2,4
5	2	4,8
6	3	7,1
7	34	81,0
Total	42	100,0

Tabla N°15: Distribución de respuestas a la pregunta: Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

Pregunta N°13: ¿Recomendaría esta cirugía a otras personas?

	Frecuencia	Porcentaje
3	1	2,4
5	1	2,4
6	1	2,4
7	39	92,9
Total	42	100,0

Tabla N°16: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Recomendaría esta cirugía a otras personas?

Pregunta N°14: Considerando todo el proceso, ¿Está satisfecho actualmente con el resultado de su cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
5	2	4,8
6	9	21,4
7	31	73,8
Total	42	100,0

Tabla N°17: Distribución de respuestas a la pregunta: Considerando todo el proceso, ¿Está satisfecho actualmente con el resultado de su cirugía?

2.- TABLAS DE FRECUENCIAS: RESPUESTAS DE CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOGNÁTICA (PREGUNTAS A LA FAMILIA).

Pregunta N°1: ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

	Frecuencia	Porcentaje
1	1	2,4
4	3	7,1
5	3	7,1
6	7	16,7
7	28	66,7
Total	42	100,0

Tabla N°18: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

Pregunta N°2: ¿Se siente satisfecho/a con los resultados del tratamiento?

	Frecuencia	Porcentaje
4	1	2,4
5	1	2,4
6	8	19,0
7	32	76,2
Total	42	100,0

Tabla N°19: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Se siente satisfecho/a con los resultados del tratamiento?

Pregunta N°3: ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?

	Frecuencia	Porcentaje
4	3	7,1
5	4	9,5
6	6	14,3
7	29	69,0
Total	42	100,0

Tabla N°20: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?

3.- TABLAS DE CONTINGENCIA

Tabla de contingencia N°1: Rangos de edad * Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

		Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?			
		En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Total
Rangos de edad	15-20	1 11,1%	0 ,0%	8 88,9%	9 100,0%
	21-25	1 4,0%	1 4,0%	23 92,0%	25 100,0%
	26-30	0 ,0%	0 ,0%	6 100,0%	6 100,0%
	Más de 30	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	2 100,0%
	Total	2 4,8%	1 2,4%	39 92,9%	42 100,0%

Tabla N°21: Distribución de respuestas a la pregunta: Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?, según rangos de edad.

Tabla de contingencia N°2: Rangos de edad * ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

		¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?			
		En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Total
Rangos de edad	15-20	0 ,0%	1 11,1%	8 88,9%	9 100,0%
	21-25	1 4,0%	3 12,0%	21 84,0%	25 100,0%
	26-30	0 ,0%	0 ,0%	6 100,0%	6 100,0%
	Más de 30	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	2 100,0%
	Total	1 2,4%	4 9,5%	37 88,1%	42 100,0%

Tabla N°22: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?, según rangos de edad.

Tabla de contingencia N°3: Rangos de edad * ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

		¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?			
		En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Total
Rangos de edad	15-20	0	1	8	9
		,0%	11,1%	88,9%	100,0%
	21-25	1	2	22	25
		4,0%	8,0%	88,0%	100,0%
	26-30	0	0	6	6
	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	Más de 30	0	0	2	2
		,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		1	3	38	42
		2,4%	7,1%	90,5%	100,0%

Tabla N°23: Distribución de respuestas a la pregunta familiar: ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?, según rangos de edad.

Tabla de contingencia N°4: Género * Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?

		Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?		
		En desacuerdo	De acuerdo	Total
Género	Masculino	1	8	9
		11,1%	88,9%	100,0%
	Femenino	1	32	33
		3,0%	97,0%	100,0%
Total		2	40	42
		4,8%	95,2%	100,0%

Tabla N°24: Distribución de respuestas a la pregunta: Actualmente, ¿se siente más cómodo al socializar con la gente?, según género.

Tabla de contingencia N°5: Género * ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?

		¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?		Total
		Indiferente	De acuerdo	
Género	Masculino	2 22,2%	7 77,8%	9 100,0%
	Femenino	2 6,1%	31 93,9%	33 100,0%
Total		4 9,5%	38 90,5%	42 100,0%

Tabla N°25: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado su autoestima gracias a la cirugía?, según género.

Tabla de contingencia N°6: Género * ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?

		¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?		Total
		Indiferente	De acuerdo	
Género	Masculino	2 22,2%	7 77,8%	9 100,0%
	Femenino	1 3,0%	32 97,0%	33 100,0%
Total		3 7,1%	39 92,9%	42 100,0%

Tabla N°26: Distribución de respuestas a la pregunta familiar: ¿Nota un cambio positivo en la autoestima de la persona sometida a la cirugía?, según género.

Tabla de contingencia N°7: Género * ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?

		¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?			Total
		En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	
Género	Masculino	0 ,0%	1 11,1%	8 88,9%	9 100,0%
	Femenino	1 3,0%	3 9,1%	29 87,9%	33 100,0%
Total		1 2,4%	4 9,5%	37 88,1%	42 100,0%

Tabla N°27: Distribución de respuestas a la pregunta: ¿Considera que ha mejorado la comunicación con su familia luego de la cirugía?, según género.

Tabla de contingencia N°8: Género * ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?

		¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?			
		En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Total
Género	Masculino	0 0,0%	0 0,0%	9 100,0%	9 100,0%
	Femenino	1 3,0%	3 9,1%	29 87,9%	33 100,0%
Total		1 2,4%	3 7,1%	38 90,5%	42 100,0%

Tabla N°28: Distribución de respuestas a la pregunta familiar: ¿Ha mejorado la comunicación familiar luego de la cirugía ortognática realizada a el/la paciente?, según género.

Tabla de contingencia N°9: Género * Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?

		Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?			
		En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Total
Género	Masculino	1 11,1%	1 11,1%	7 77,8%	9 100,0%
	Femenino	1 3,0%	0 0,0%	32 97,0%	33 100,0%
Total		2 4,8%	1 2,4%	39 92,9%	42 100,0%

Tabla N°29: Distribución de respuestas a la pregunta: Si tuviera que tomar nuevamente la decisión, ¿Se sometería a la misma cirugía?, según género.