



UNIVERSIDAD
Finis Terrae

UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD ORAL DEL
PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL ATENDIDO
EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
FINIS TERRAE DURANTE EL AÑO 2019**

CYNTHIA MACARENA POBLETE TORRES

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae,
para optar al título de Cirujano Dentista.

Profesor Guía: Pamela Pérez González.

Santiago, Chile.

2019

A mis padres,

por su amor, apoyo incondicional e incansable sacrificio.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a la Doctora Pamela Pérez, quien confió en mí desde el primer momento y me aceptó como su alumna tesista. Por entregarme parte de su tiempo y dedicación, por brindarme su apoyo y acoger mi propuesta con buena disposición.

A la Doctora Nathalia Carbacho, compañera y actual dentista, quien me ayudó y orientó en esta etapa final de mi proceso universitario.

A mi familia y amigos, por su amor y compañía en este largo camino, por las risas, por sus palabras de aliento y contención en momentos difíciles, que junto con mi trabajo y constancia me han permitido llegar hasta aquí.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	v
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Enfermedad Periodontal	3
2.1.1 Definición	3
2.1.2 Gingivitis	4
2.1.3 Periodontitis	4
2.2 Características clínicas.....	5
2.2.1 Características clínicas gingivitis	5
2.2.2 Características clínicas periodontitis	6
2.3 Etiología.....	7
2.4 Patogénesis.....	8
2.5 Epidemiología.....	10
2.6 Enfermedad Periodontal como un problema de salud pública.....	13
2.7 Calidad de Vida	16
2.7.1 Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS)	16
2.7.1.1 Calidad de Vida y Enfermedad Periodontal.....	19
2.7.1.2 Calidad de vida Relacionada con Salud Oral	21
2.7.1.3 Oral Health Impact Profile (OHIP)	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo General.....	23
3.2 Objetivos Específicos	23

4.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
4.1	Criterios de inclusión y exclusión.....	24
4.2	Variables.....	25
4.3	Técnicas de recolección de datos.	25
4.4	Análisis e interpretación de los datos:	28
5.	RESULTADOS.....	30
5.1	Distribución de la muestra según sexo.....	30
5.2	Distribución de la muestra según rango etario.	30
5.3	Características de la población según sexo y edad.....	31
5.4	Relación entre la calidad de vida relacionada con salud oral por dimensión según sexo.	32
5.5	Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones, según sexo.	33
5.6	Puntuación máxima y mínima OHIP-14, según sexo.	34
5.7	Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones, según rango etario.	35
6.	DISCUSIÓN.....	38
7.	CONCLUSIÓN.....	41
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	43
9.	ANEXOS.....	49
9.1	Documento de consentimiento informado	49
9.2	Encuesta Oral Health Impact Profile.....	53
	INDICE DE FIGURAS	57
	INDICE DE GRAFICOS	57
	INDICE DE TABLAS	57

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En la actualidad las enfermedades orales constituyen un problema importante de salud. Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y además constituyen un gran problema de salud pública debido a su alta prevalencia, impacto en las personas y en la sociedad. La Enfermedad Periodontal es una de ellas, causando grandes secuelas en los casos más avanzados repercutiendo así en la calidad de vida de los sujetos que la padecen. **MATERIALES Y MÉTODO:** Se realizó un estudio transversal descriptivo a 88 pacientes con Enfermedad Periodontal atendidos en las clínicas de la Universidad Finis Terrae, mayores de 18 años. Se aplicó OHIP-14 para medir calidad de vida relacionada con salud oral previo consentimiento informado y antes de comenzar su terapia periodontal. El análisis estadístico fue realizado con Kolmogorov- Smirnov para distribución, U de Mann Whitney para sexo y Kruskal-Wallis para edad. **RESULTADOS:** Un 62,5% corresponde a población femenina, con una edad media de 54,27 (DE 11,67). El 100 %de la población percibe que la salud oral afecta su calidad de vida. El 83% de la población manifiesta incapacidad psicológica como el autoestima y relación con otros. El dolor físico es una manifestación en el 94,5 % de las mujeres y un 87,9% de los hombres. Se obtuvo una mala percepción de calidad de vida que aumenta conforme aumenta la edad de los individuos para la dimensión “Incapacidad física”, refiriendo una dieta poco satisfactoria e interrupción de comidas por problemas bucales. **DISCUSIÓN:** Se ha referido que la salud oral es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos, situación que se ve reflejada en el presente estudio. Los resultados obtenidos permiten estimar el impacto negativo que tienen las condiciones bucales de individuos con Enfermedad Periodontal sobre su calidad de vida, transversal a la edad y al sexo. **CONCLUSIÓN:** Se hace necesario generar políticas públicas de salud oral desde una perspectiva integral para lograr disminuir lo más posible el impacto negativo que tienen las afecciones bucodentarias en la salud oral y en la calidad de vida de nuestra población.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Periodontal, Salud Oral, Calidad de Vida, Oral Health Impact Profile.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y además constituyen un gran problema de salud pública debido a su alta prevalencia, impacto en las personas y en la sociedad.¹ Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en Chile, son la caries dental, las enfermedades periodontales, es decir, gingivitis y periodontitis y por último las anomalías dentomaxilares.²

La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria, que corresponden al conjunto de enfermedades localizadas en las encías y estructuras de soporte del diente, éstas están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa bacteriana del hospedero ³. Las enfermedades periodontales (Gingivitis y Periodontitis) son enfermedades inflamatorias de alta prevalencia en nuestra población. Están presentes en más del 90% de la población chilena en distintos grados de severidad ⁴. Su alta prevalencia se replica en el mundo, afectando no solo la salud bucal, sino que también la salud general y calidad de vida de la población.⁴ Una de estas patologías es la Gingivitis, que se define como la inflamación del periodonto de protección, causada por bacterias que se organizan en placa bacteriana o biofilm, sin pérdida de inserción clínica.⁴ Mientras que la Periodontitis se caracteriza por la pérdida de inserción clínica, debido a la destrucción del ligamento periodontal, hueso de soporte y la existencia de saco periodontal.⁴

Si bien en Chile hay pocos estudios, con muestras representativas, publicados que valoren la condición periodontal, la evidencia considera a las enfermedades periodontales como un problema de salud pública, del cual los sistemas de salud deben hacerse responsables.⁵

Para aquellos quienes sufren de esta enfermedad ven comprometida severamente su calidad de vida, ya que las manifestaciones de la periodontitis - sangrado, halitosis, recesiones gingivales y pérdida de dientes - pueden tener un impacto más allá del sujeto que padece dicha enfermedad.⁶

La periodontitis es considerada la enfermedad crónica inflamatoria más común que se observa en humanos, y afecta a casi la mitad de los adultos en el Reino Unido y en Estados Unidos y al 60% de los mayores de 65 años.⁵ La Enfermedad Periodontal es una de las principales causas de pérdida de dientes junto con la caries dental, pudiendo tener graves repercusiones más allá de la cavidad oral propiamente tal, pues la salud bucal se vincula también con la integración laboral del individuo, limitando a las personas en su desempeño público, afectando así la calidad de vida de quienes la padecen .⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 propuso una definición de consenso para la calidad de vida: Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. Se le considera un constructo subjetivo, multidimensional y complejo.⁷

Este estudio tiene como propósito conocer la percepción de calidad de vida relacionada con salud bucal en pacientes diagnosticados con enfermedad periodontal antes de comenzar su tratamiento atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae durante el año 2019.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Enfermedad Periodontal

2.1.1 Definición

Las enfermedades periodontales corresponden a un grupo de patologías infecciosas e inflamatorias, de etiología multifactorial y de alta prevalencia a nivel mundial ⁸. Estas enfermedades afectan al periodonto, es decir, aquellos tejidos que rodean a la pieza dentaria. El periodonto está conformado por tejidos que confieren protección (encia) e inserción y anclaje (cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar). Entre las funciones del periodonto están la nutrición, función sensorial, unir el diente a su alveolo, así como protegerlo del medio externo, actuando como una barrera frente a la entrada de patógenos, ayuda a la distribución de fuerzas, entre otras.⁹

La enfermedad periodontal es causada principalmente por bacterias gram-negativas microaerofílicas y anaeróbicas, que colonizan el área subgingival y estimulan al sistema inmunológico a producir cantidades significativas de mediadores pro-inflamatorios.¹⁰ Dichas bacterias se organizan a modo de biofilm, lo cual le otorga ciertas características que las hacen más resistentes a los cambios del medio, haciéndolas menos susceptibles a inmunoglobulinas, antisépticos y antibióticos.¹¹

En el momento del nacimiento, la cavidad oral es estéril, aunque rápidamente se inicia la colonización bacteriana, constituyéndose la llamada flora microbiana oral o microbiota, donde cohabitan aerobios, anaerobios estrictos (65%), especies saprófitas y patógenas. El equilibrio (eubiosis) puede alterarse por diferentes factores: factores exógenos o endógenos; con lo que se presenta la enfermedad (disbiosis). La placa bacteriana tanto supra como subgingival localizada en el margen gingival, es la responsable del inicio de la enfermedad. Así pues, la microbiota es polimicrobiana y mixta, siendo las enfermedades muchas veces consecuencia de asociaciones bacterianas complejas.¹¹

La microbiota bacteriana periodontopatógena es necesaria pero no suficiente para que exista enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedero susceptible.¹¹

Dependiendo de los tejidos que se van afectados, es posible distinguir dos formas principales de esta patología: “Gingivitis” y “Periodontitis”¹², además de otras condiciones que afectan al periodonto según la actual clasificación de enfermedades periodontales, de la cual cabe destacar que por primera vez se incluyen las patologías y alteraciones periimplantarias conjuntamente con alteraciones periodontales.¹⁹⁻²⁰

2.1.2 Gingivitis

La gingivitis corresponde a una inflamación reversible del periodonto de protección, el cual está constituido por la encía libre y la encía adherida, ambas representando la mucosa masticatoria queratinizada. El aparato de inserción del diente no se ve comprometido¹².

Generalmente es inducida por acúmulo de biopelícula dentaria a nivel del margen gingival⁸, aunque en determinadas ocasiones, factores distintos al biofilm pueden desencadenar una gingivitis, como por ejemplo traumatismos, reacciones alérgicas, manifestación de condiciones genéticas, etc.¹³

2.1.3 Periodontitis

Es una de las enfermedades crónicas infecciosas más comunes en los seres humanos, ocupando el sexto lugar dentro de las enfermedades más prevalentes.¹⁴ Afecta al 10.8% de la población mundial, alrededor de 743 millones de personas la poseen, y su prevalencia aumenta con la edad.¹⁴

Se considera que la periodontitis comienza como una gingivitis inducida por placa, la cual, si no es tratada de manera oportuna y dependiendo de factores del huésped, puede evolucionar a periodontitis.⁸ Esta enfermedad corresponde a la presencia de inflamación gingival, acompañado con una pérdida irreversible de tejido conectivo y hueso alveolar, es decir, tejidos de soporte dental.¹⁵

Es indispensable que para que se produzca la enfermedad, existan patógenos periodontales. Estos últimos y la expresión de factores de virulencia de estos microorganismos son los que desencadenan una respuesta inmunológica desproporcionada por parte del hospedero, que finalmente conducen a una alteración de los tejidos de soporte dentarios.⁸⁻¹⁶

2.2 Características clínicas

Las características clínicas tanto de gingivitis como periodontitis pueden identificarse durante el examen clínico intraoral. Para esto es necesario conocer las características anatómicas en salud de tejidos periodontales. En presencia de salud periodontal, la encía se encontrará unida al diente mediante el epitelio de unión. Hacia coronal de este epitelio se encontrará un surco fisiológico de 2-3mm, que corresponde a un espacio virtual ubicado entre el diente y el epitelio del surco.⁹

2.2.1 Características clínicas gingivitis

Examinamos visualmente inflamación gingival, considerando los cuatro signos más comunes que la caracterizan: enrojecimiento, edema, sangrado al sondaje y exudado purulento.⁹

En la siguiente tabla se resumen las principales características clínicas de una encía sana en comparación a una encía enferma.

Tabla 1: Características clínicas encía sana en contraste con la enfermedad gingival.³⁵

	ENCÍA SANA	ENFERMEDAD GINGIVAL
COLOR	Rosado pálido	Roja/ azul violáceo
TAMAÑO	La encía se adapta a los cuellos de los dientes, ausencia de sacos periodontales.	Pseudosacos periodontales, crecimiento en dirección incisal o coronal al diente.
FORMA	Festoneada con papilas en espacios interproximales.	Falta de adaptación a los cuellos de los dientes, pérdida de festón característico
CONSISTENCIA	Firme.	Blanda edematosa.
SANGRADO	Ausencia de sangrado al sondaje.	Sangrado al sondaje.

2.2.2 Características clínicas periodontitis

En la periodontitis encontraremos características clínicas similares a las observadas en una gingivitis, es decir, cambio de coloración, textura, volumen, menor resistencia de los tejidos blandos y sangrado durante el sondeo.⁹

Sin embargo, la principal diferencia respecto a la gingivitis desde el punto de vista clínico, radica en la presencia del saco periodontal, el cual corresponde a un signo de Periodontitis. La pérdida ósea alveolar se puede pesquisar mediante exámenes complementarios, como la radiografía.⁹

Al presentarse la enfermedad periodontal, habrá una migración apical del epitelio de unión producto de una pérdida de las estructuras de soporte dental (hueso y ligamento periodontal). Esto se detectará clínicamente al registrar una profundidad al sondaje de 4 mm o más, acompañada por una pérdida del nivel de inserción clínico.⁹ Según Lindhe, la profundidad de sondeo es la medida de la distancia en

milímetros entre el margen de la encía y el fondo del surco o saco periodontal realizada con la sonda periodontal.⁹

2.3 Etiología

La participación de los microorganismos en la génesis de la enfermedad periodontal es indudablemente necesaria, aunque en la actualidad se ha considerado insuficiente para explicar totalmente la destrucción periodontal.³⁶ Es por esto que factores del huésped como son la respuesta inmune, factores ambientales como el hábito de fumar, factores genéticos como ciertos polimorfismos de citoquinas y factores sistémicos como la diabetes, son factores de riesgo importantes que van a modificar la severidad y progresión de la enfermedad.³⁶

Las bacterias en la cavidad oral se encuentran como biofilm siendo una comunidad organizada y que representa microcolonias bacterianas embebidas en una matriz polimérica extracelular.³⁷ La formación del biofilm es un proceso complejo y jerarquizado. En primer lugar la saliva juega un rol importante facilitando la adhesión de las primeras bacterias a la superficie dentaria, en este momento comienza un proceso de autoagregación por el que más bacterias de las mismas especies se van uniendo y después, cuando éstas están establecidas empiezan a unirse microorganismos distintos, que tienen afinidad con las primeras, a este proceso se le denomina coagregación.³⁷ Esta organización estructural les da ciertas propiedades, como una mayor resistencia a los cambios del medioambiente, mayor capacidad de nutrición y son capaces de eliminar de forma más efectiva los productos de desecho metabólicos. En forma de biofilm las bacterias expresan propiedades, que en cultivos por sí solas no son capaces de expresar, así por ejemplo expresan cierta resistencia a antibióticos. Esto es causado entre otras cosas por el intercambio genético que se produce entre los distintos microorganismos presentes.³⁷

Las bacterias anaerobias gram negativas más importantes y prevalentes en el área subgingival de individuos con Enfermedad Periodontal son el *Aggregatibacter*

actinomyces comitans (Aa), *Prevotella intermedia* (Pi), *Treponema denticola* (Td), *Tannerella forsythia* (Tf) y *Porphyromonas gingivalis* (Pg).³⁸

Aunque entre estos microorganismos destaca la *Porphyromonas gingivalis* como el agente más importante dentro de la enfermedad periodontal³⁸, son el conjunto de estas bacterias las que tienen un importante papel en el comienzo y posterior desarrollo de la periodontitis, participando en la formación del saco periodontal, destrucción del tejido conectivo y reabsorción del hueso alveolar a través de mecanismos inmunopatológicos.³⁸

2.4 Patogénesis.

El agente etiológico de la enfermedad periodontal es el biofilm que se establece a nivel del margen gingival. Queda claro que se trata de una enfermedad infecciosa y son muchos factores los que influyen en su génesis, por un lado, las bacterias y por otro lado factores propios del hospedero. Por esto la flora periodontopatogena es necesaria para que se produzca la enfermedad, pero no es suficiente, ya que para esto necesitamos a un hospedero susceptible.³⁹

Por un lado, tenemos el sistema de defensa innato del huésped, el cual no necesita exposición previa de los patógenos para actuar.⁴⁰ Dentro de este mecanismo tenemos la función de barrera que ejerce el epitelio.⁴⁰ Por otro lado, también existen mecanismos de barrido que lo constituyen la saliva y el líquido gingival crevicular (LCG).³⁹

La respuesta del huésped frente al acúmulo de placa bacteriana, será a través de un proceso inflamatorio. Dicha respuesta inflamatoria que se produce en la gingivitis, es el primer paso en la iniciación de las etapas tempranas de la respuesta inmune e inflamatoria general y forma parte del sistema inmunitario innato del hospedero.⁴¹ La respuesta inmunopatológica comienza cuando se rompe el equilibrio entre los microorganismos y el hospedero.³⁹ Las bacterias proliferan y producen factores de virulencia como lipopolisacáridos y ácido lipoteicoico, y cuando estos productos bacterianos entran en contacto con las células del epitelio de unión, hacen que éstas generen una serie de mediadores de

la inflamación como las defensinas, que dañan la superficie de las bacterias, permitiendo que sean eliminadas.^{39-40.41} También es de gran importancia la producción de Interleuquina-1 (IL-1) y Factor de necrosis tumoral alfa (TNF α).³⁶ Adicionalmente producen IL-8 que es una citoquina con actividad quimiotáctica para polimorfos nucleares neutrófilos, activando la primera línea de defensa.⁴¹ Este es uno de los mecanismos defensivos más importantes y primeros en actuar.⁴²

Si es que no se logra el control de la infección después de estimulada la respuesta inmune innata, se desencadena la respuesta inmune adaptativa.⁹ A diferencia de la anterior, esta utiliza estrategias de reconocimiento, de memoria y unión para apoyar a los sistemas efectores en la eliminación de elementos agresores. Ésta conforma la segunda línea de defensa.⁹ La memoria inmunitaria y la expansión clonal son características distintivas de la inmunidad adaptativa. Las actividades antimicrobianas del sistema adaptativo son reguladas por linfocitos, entre los que destacan los linfocitos B y Linfocitos T, estos últimos se diferencian en helper (CD4) y citotóxicos (CD8).⁹

El resultado de esto es una respuesta inmune que controla los microorganismos que se están acumulando en el surco periodontal, de forma silenciosa y sin expresar signos clínicos inflamatorios evidentes a simple vista.³⁵ Si el equilibrio de la respuesta inmune y las bacterias se rompe, el proceso inflamatorio puede continuar y hacerse más complejo y hasta crónico. Un cambio a una microbiota más patogénica, gram-negativa anaeróbica y dominada por microorganismos del complejo rojo, puede marcar el inicio de la pérdida de inserción.⁴⁰

En resumen, la patogenia de la enfermedad periodontal origina la destrucción de los tejidos de soporte del diente y es consecuencia de que no se logra controlar la infección periodontal por parte del sistema inmune.⁹ Este proceso patogénico es distinto en gravedad y extensión de un individuo a otro y las razones son variadas. La interacción del microorganismo con el huésped determina el curso y la magnitud de la enfermedad resultante.⁴⁰

2.5 Epidemiología

Durante el último tiempo ha existido un consenso respecto a que el manejo de las enfermedades periodontales debe ser abordado como un tema de salud pública, dado que se reconoce que tanto la periodontitis como la gingivitis son un importante problema de salud a nivel global debido a su alta prevalencia, por ocasionar daño evidente en las personas, por ser costoso su tratamiento y porque son enfermedades que pueden ser prevenidas.⁵

En Estados Unidos, la enfermedad gingival afecta a un 49% de la población femenina de 20 y más años, mientras que la enfermedad periodontal se presenta en un rango de 37 a 46% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 45 años), y hasta en un 30% en el subgrupo de mujeres embarazadas.³⁰

En Chile las enfermedades bucales representan el 1,4% de la carga de enfermedad, medida a través de los AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad). La mayor carga está dada por la caries dental en los menores de 45 años y por el edentulismo en aquellos de 45 años y más, siendo mayor en mujeres que en hombres.²¹

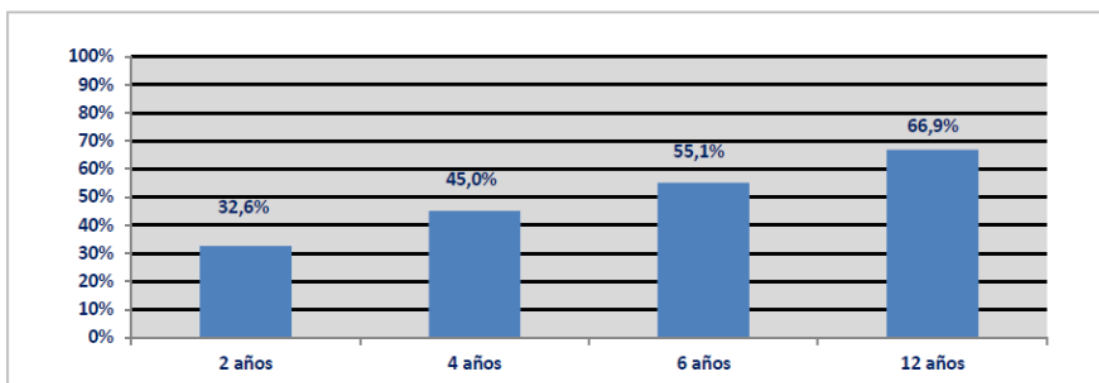
Las principales causas de pérdida de dientes son la caries y la enfermedad periodontal, siendo la primera más prevalente en la población joven y la segunda en la población adulta²². El 20% de los adultos de 35 a 44 años y sólo un 1% de los adultos de 65 a 74 años conserva su dentadura completa²³. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 5,9 dientes perdidos, mientras que en la población de 65 a 74 años este promedio es de 17,4 dientes.²⁴

Sin duda en la última década ha aumentado la evidencia de que la enfermedad periodontal constituye una problemática pública de salud. Chile no se escapa de esta realidad, a pesar de no existir evidencia de estudios representativos de prevalencia de periodontitis.⁵ Según estudios nacionales realizados entre los años 2007 y 2010, se reporta una prevalencia de gingivitis del 32,6% y del 45% en los niños que asisten a educación preescolar en la zona norte y centro del país, en niños de 2 y 4 años respectivamente. Esta prevalencia aumenta a 55,1% y 66,9%,

a nivel nacional, a la edad de 6 y 12 años, siendo más prevalente esta condición en el nivel socio económico bajo y en los sectores rurales, mostrando gradientes de desigualdad en salud.² Según sexo, la prevalencia de salud gingival de los adolescentes de 12 años. Muestra que la población femenina sana es de un 37,5% y la población masculina, sólo de un 28,4%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.⁵³

Grafico 1: Plan Nacional de Salud Bucal 2018 - 2030, Minsal.⁵³

Prevalencia de gingivitis en niños y adolescentes, según edad. Chile 2007-2010

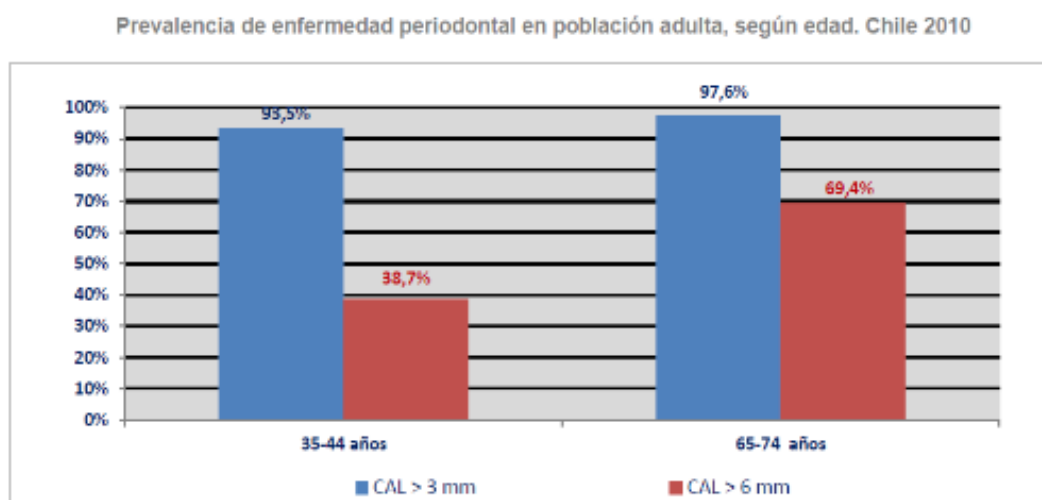


Respecto a la prevalencia de periodontitis en Chile, tal como se mencionó anteriormente, hay pocos estudios con muestras representativas publicados que valoren la condición periodontal de la población. Sin embargo, demuestran que existe una condición periodontal desfavorable y que ya en la adolescencia, se encuentran signos de destrucción periodontal, pudiendo ser una de las causas de la población adulta desdentada.⁵

El primer estudio epidemiológico de prevalencia de pérdida de inserción clínica en adultos en nuestro país fue publicado en el año 2010, y los resultados señalan una alta prevalencia y extensión de pérdida de inserción clínica, siendo el género, el nivel de educación y el tabaquismo los principales factores de riesgo.⁵ Si bien es cierto no podemos establecer que todos los adultos con pérdida del NIC presentaban periodontitis, sí existe la probabilidad que la causa de esta pérdida haya sido la presencia de esta enfermedad en algún momento de la vida.²⁶ Como conclusión de este estudio, se determinó que la prevalencia y extensión de la

pérdida de inserción clínica fue extremadamente alta. Dos tercios de los adultos mayores, correspondientes a un 69% (65 a 74 años) y un tercio de los adultos jóvenes, con un 39% (35 a 44 años) presentaron pérdida de inserción severa (mayor o igual a 6 mm).²⁵ Los hombres presentan un promedio mayor de profundidad al sondaje y pérdida de inserción que las mujeres. Estas diferencias son estadísticamente significativas.⁵³

Gráfico 2: Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, Minsal⁵³



En un estudio realizado en la provincia de Santiago, Región Metropolitana, en jóvenes entre 12 y 21 años, con registro parcial en dientes índices y utilizando el NIC para evaluar la prevalencia del daño en los tejidos de soporte del diente, se reportó que el 69,2% de los adolescentes ya presentan un daño incipiente en al menos un diente ($NIC \geq 1$ mm), mientras que el 4,5% presentaron un daño marcado ($NIC \geq 3$ mm)²⁷. La prevalencia de este daño periodontal aumenta con la edad, en el género femenino y en presencia de tabaquismo; además, se distribuye en una gradiente social, con mayor daño en los grupos menos favorecidos socialmente, con una importante influencia de los ingresos de la familia y de la educación de los padres.²⁶

Un reciente estudio que determinó el grado de inflamación gingival en una muestra representativa de adultos de 18 y más años de la comuna de Santiago, se obtuvo

que el 99,1% de los individuos presentan un promedio de IG $\geq 0,5$ y el 80,2% de ellos presentaron $\geq 50\%$ de sus sitios periodontales con presencia de sangrado a la exploración²⁸. Por lo menos desde el punto de vista de la necesidad de controlar el estado inflamatorio en esta población, la necesidad de tratamiento periodontal sigue siendo alta.⁵

En un análisis secundario de esta base de datos se muestran marcadas diferencias en la prevalencia de periodontitis en Chile para ambos grupos de edades al aplicar diferentes definiciones de caso examinadas²⁹. De este mismo modo, al usar solo el NIC, lo que se determina es sólo evidencia histórica del daño, no necesariamente se está detectando a quienes presentan la enfermedad en el momento del examen clínico.²⁹

Por otra parte, el envejecimiento poblacional ha hecho que los cuadros epidemiológicos varíen en forma considerable, con un gran aumento en las enfermedades crónicas y degenerativas. Esto refuerza la recomendación a los profesionales de la salud a que consideren, como uno de los objetivos terapéuticos de mayor importancia, mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad. Para lograrlo, es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectarán diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y social.⁴⁵

2.6 Enfermedad Periodontal como un problema de salud pública.

La salud pública se define como «la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones informadas de la sociedad, las organizaciones públicas y privadas, las comunidades y los individuos».⁶

Para distinguir entre un problema de salud y de «salud pública» se debe reconocer que si un problema existe, la solución no se deriva simplemente a través de acciones individuales ----por ejemplo, asistir a una cita con el odontólogo----, sino por las de la sociedad en su conjunto.³¹ En efecto, se han sugerido una serie de

criterios que son necesarios para ayudar a establecer si el problema que se considera, es o no un problema de salud pública. Estos criterios incluyen la distribución y extensión de la condición, es decir, debe ser prevalente o estar ampliamente distribuida en la población (o, si es poco común, debe ser grave); causar graves consecuencias en términos de impacto social, psicológico y económico en las personas, las comunidades y los servicios de salud (por ejemplo, la medida en que la enfermedad causa dolor, malestar y afecta a las funciones tales como comer, hablar, dormir y las interacciones sociales que causan vergüenza); sus costes para la comunidad y para los individuos deben ser grandes, incluyendo el costo financiero del tratamiento, el ausentismo escolar o laboral y la pérdida de ingresos que, a su vez, puede conducir a impactos en la comunidad en general por los gastos que deben asumir los servicios de salud para el tratamiento de la condición; y por último, y lo más importante, que la condición sea prevenible y que existan métodos eficaces disponibles para prevenir, aliviar o curar la enfermedad.⁶

Las enfermedades bucales afectan la calidad de vida, especialmente en relación a algunas funciones como masticar, hablar, afección del autoestima y limitación en las relaciones interpersonales. La Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006 determinó que un 37% de la población considera que su salud bucal ----es decir, el estado de sus dientes y encías---- afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Los mayores de 20 se ven más afectados que los jóvenes, debido probablemente a que su daño bucal es mayor.⁵³ Un análisis secundario de los datos aportados por la Primera Encuesta Nacional del 2003 demuestra una marcada desigualdad en estos aspectos de la calidad de vida, según nivel de educación y nivel socioeconómico.³²

Una década después, la III Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud desarrollada en 2015-2016, mostró cambios en la percepción de calidad de vida relacionada a salud bucal, disminuyendo a 14% el porcentaje de personas mayores de 15 años, que considera que el estado de sus dientes y encía afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Al comparar por sexo, el 15,5% de las

mujeres y el 12% de los hombres declaran que siempre o casi siempre su calidad de vida se ve afectada por su estado de salud bucal, sin ser estadísticamente significativa esta diferencia. En cuanto a la edad, los adultos de 65 años y más son los que con mayor frecuencia ven afectada su calidad de vida debido a su estado de salud bucal (24% declara siempre o casi siempre), mientras que los jóvenes de 15 a 19 son los que perciben con menor frecuencia que esto los afecta.⁵³

En el estudio de preferencias sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud se señala que la salud bucal es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público.³³

Lo anteriormente descrito para la realidad nacional deja en evidencia que las enfermedades periodontales para nuestra población también cumplen con los criterios para ser denominadas un problema de salud pública y que el gasto que se requiere para tratar una de sus consecuencias, como la pérdida de dientes, es elevado. Por lo tanto, sigue siendo de urgencia abordar este problema de manera interdisciplinaria, intersectorial y con fuerte enfoque en lo promocional y preventivo.⁵

Por la relación existente con enfermedades crónicas no transmisibles y por compartir factores de riesgo comunes con ellas, dado que a pesar de los esfuerzos del abordaje individual existe aún una alta prevalencia de estas enfermedades, el abordaje de las enfermedades periodontales debería enfocarse hacia el fortalecimiento del nivel primario de salud, trabajo interdisciplinario e intersectorial, promoviendo estilos de vida saludables, hábitos de higiene oral, consejería antitabáquica, dietética y detección precoz de la enfermedad.⁵

Por lo tanto, es urgente que se refuercen los programas existentes o se diseñen programas de salud pública para enfrentar el cuidado periodontal de la población, haciendo hincapié en los determinantes sociales tendientes a promover y prevenir el inicio y la progresión de esta enfermedad, considerando la alta carga de la enfermedad en nuestra población, también instaurando una estrategia para el control de los factores de riesgo, que son comunes a las enfermedades crónicas (recordando que la enfermedad periodontal es considerada como tal) como el

tabaco, la dieta, el estrés, el consumo de alcohol y los estilos de vida, entre otros. Por otro lado, reforzar las medidas tendientes a fortalecer los hábitos de higiene oral, para disminuir el alto componente inflamatorio de la expresión clínica presente en ellos, que los mantiene en un estado de riesgo de progresión de la enfermedad y por ende, riesgo de pérdida de dientes y de calidad de vida.⁵

2.7 Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente de los Estados Unidos Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, producto de la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial.⁴³ La Calidad de Vida es un concepto que va más allá de la mera condición física e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir abarca las funciones físicas, emocionales y sociales. Este término se relaciona a diferentes aspectos de la vida y no sólo con las enfermedades y tratamientos, sino con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes de la vida.⁴⁴

2.7.1 Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS)

La evolución del concepto de salud ha comenzado desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, esto hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos.⁴⁵

El enfoque moderno de la salud que incluye entre sus metas el apropiado funcionamiento y bienestar de los pacientes, muestra la necesidad que los profesionales de la salud manejen el concepto de calidad de vida, además de los instrumentos psicométricos que existen para medirla. Los instrumentos que miden calidad de vida relacionados con salud se aplican en estudios de: 1. Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual, 2. Detección de problemas de salud percibidos por la población, 3.

Auditoría médica, 4. Evaluación de servicios de salud, 5. Estudios clínicos, 6. Análisis de costo-efectividad.⁴⁵

Las mediciones sobre salud general deben evaluar por lo menos cuatro aspectos de la salud: 1.- *función física* de acuerdo problemas de movilidad, dolor, limitaciones, 2.- *salud mental*; que tiene que ver con la frecuencia en intensidad del sufrimiento psicológico e incluyen tanto la percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital como una evaluación de la función cognitiva, 3.- *funcionamiento social y de rol*; que es la capacidad de crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras y por último 4.- *percepciones sobre la salud general* correspondiente a las creencias y evaluaciones sobre su salud general que manifiesta una persona, sin considerar un aspecto mental o físico en particular, constituyen sus percepciones de la salud general.⁴⁵

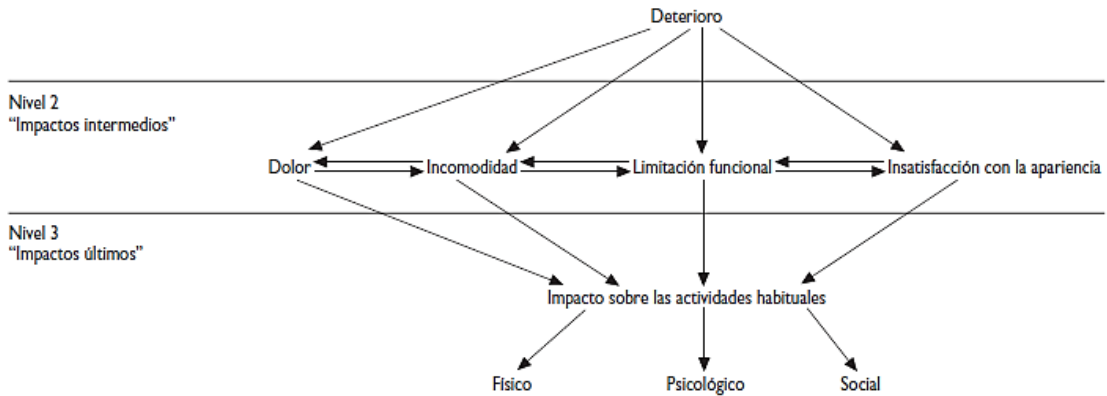
El concepto de Calidad de Vida Relacionado con Salud (CVRS) incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en su salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y a la vez aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.⁴³

Las afecciones bucodentales manifiestan disfunción, falta de bienestar y discapacidad, se ha documentado relación con el dolor, dificultad para comer y asilamiento.⁵¹ Un padecimiento específico (ej: periodontitis) da lugar a una deficiencia (pérdida de órganos dentarios), la cual a su vez produce una discapacidad (deficiencia masticatoria) y una minusvalía en el sujeto; todo ello afecta las actividades que desempeña con regularidad.⁵¹ Esta estrecha relación entre la calidad de vida del individuo y su salud bucodental, ha llevado a desarrollar el tema cada vez más, es así que existe la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca de las consecuencias últimas del deterioro de la salud bucal relacionada con la calidad de vida (figura 1)⁵¹.

Figura 1: Modelo teórico del efecto del deterioro de la salud bucal relacionada con la calidad de vida.⁵¹

Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) adaptado a odontología

Nivel 1



Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performance. In: Slade GD, ed. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997: 153

El primer nivel se refiere al deterioro del estado bucodental como hacen referencia en la mayoría de los índices clínicos que se utilizan para medir el estado de salud bucodental. El segundo nivel o ‘impactos intermedios’ incluye los posibles impactos negativos más tempranos causados por el deterioro del estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia. El tercer nivel o ‘últimos impactos’ representa los impactos sobre las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental”.⁵²

2.7.1.1 Calidad de Vida y Enfermedad Periodontal.

El actual patrón de la Enfermedad Periodontal refleja distintos perfiles de riesgo relacionados con las condiciones de vida, factores ambientales, del comportamiento y sistemas de salud y la implementación de programas preventivos.³⁴ Aquellos quienes padecen Enfermedad Periodontal deben lidiar a diario con algunas de sus consecuencias, las cuales se encuentran ligadas directamente con la calidad de vida que puedan presentar los individuos afectados.⁴⁹ Se ha demostrado que el tratamiento periodontal mejora el ecosistema bucal y sus condiciones, pero no elimina la enfermedad, debido a su cualidad crónica. Por lo tanto, la periodontitis no es sólo una amenaza para la dentición, sino que también para la calidad de vida relacionada con salud oral.⁴⁹ Aunque la enfermedad periodontal severa no está muy extendida en la población, es decir, no es la que se da con más frecuencia, se sabe que las personas con periodontitis (cualquiera sea su grado) tienen una peor calidad de vida relacionada con la salud oral.⁴⁹

En Latinoamérica los individuos mayores de 60 años acusan una deficiente salud bucodental, visitan con menor frecuencia al dentista y pierden los dientes, no como efecto de la edad, sino por la aparición de enfermedades crónicas mal controladas y una higiene bucal deficiente.⁵¹ En Chile cerca de un 25% de los individuos mayores de 60 años son desdentados totales y se observa una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y Enfermedad Periodontal en este grupo etario.⁴⁵

La Periodontitis compromete el habla, reduce la calidad de vida y es una carga creciente para la economía.⁵ Además, la prevalencia de enfermedades periodontales aumenta con la edad, al igual que las enfermedades sistémicas, lo que conlleva mayor susceptibilidad a las infecciones y a la pérdida dental. La falta de dientes y el índice COPD se encuentran asociados positivamente con el nivel de depresión y negativamente con la percepción de nutrición y la calidad de vida.⁵⁰

Respecto a el triángulo que se da entre la edad, calidad de vida y enfermedad periodontal, además de las evidencias en el perfil epidemiológico, cabe recalcar

que el periodonto desde el punto de vista práctico reacciona al proceso de envejecimiento de dos formas: si hay poca higiene, el acúmulo de placa afecta a los tejidos periodontales lo cual provoca gingivitis y con el tiempo en pacientes susceptibles retracción, formación de sacos y pérdida dental. Y además, por otra parte con frecuencia se ven resultados opuestos a los recién mencionados, en pacientes de edad avanzada, con buena higiene, que presentan un mínimo cambio en encía marginal, estrechamiento del ligamento periodontal y adherencia firme de los dientes a su alveolo.⁵⁴

Clásicamente se había aceptado que la pérdida de inserción epitelial y hueso alveolar eran cambios periodontales relacionados con la edad, sin embargo, en la actualidad estas alteraciones no se corresponden con los fenómenos del envejecimiento propiamente dicho como algo natural. Es por esto que otros autores no están de acuerdo con estos planteamientos como proceso natural del envejecimiento, ya que le dan mayor importancia a la especificidad bacteriana, junto con el deficiente cepillado gingivodental, lo que lleva finalmente al padecimiento de Enfermedad Periodontal y que se desencadene la pérdida dentaria con su consiguiente repercusión en la calidad de vida.⁵⁴

Cangussu et al y Fontes Cormack realizaron un estudio en donde reportan que del 60 al 100 % de los ancianos con dentición natural necesitan alguna forma de tratamiento periodontal. Así también otros estudios señalan porcentajes por encima del 50 %.⁵⁵

En Chile se han logrado avances materia de salud bucal, se poseen resultados estadísticos respecto a enfermedades bucales de la población a través de estudios que han revelado cuál es el estado periodontal de los chilenos según grupos etarios en Santiago y otras localidades. Sus resultados indican que hay mayor daño periodontal conforme aumenta la edad del individuo, así también pasa con el índice COPD para dientes definitivos.⁵³

Las manifestaciones más comunes de las enfermedades periodontales son sangrado, halitosis, recesiones gingivales y pérdida de piezas dentales.⁶ Los dientes, además de su participación en la alimentación, tienen un componente

estético importante porque brindan soporte y estructura a tejidos duros y blandos de la cara, por lo que su falta causa que aparezca las facies que son típicas del adulto mayor, además del componente psicológico, que influye en su autoestima y relaciones personales.⁵¹ A través de la conservación de la salud bucal, la odontología busca mantener la calidad de vida, entendida como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas, de acuerdo al sistema de valores de su contexto sociocultural”.⁵⁰

2.7.1.2 Calidad de vida Relacionada con Salud Oral

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida de las personas afectando diversos aspectos del diario vivir como lo son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.⁴⁶ Se ha descrito que la salud bucal afecta la calidad de vida, a través de la manifestación de dolor, malestar, limitación social y funcional.⁴

En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO). El GOHAI es, probablemente, el más conocido de los instrumentos para evaluar CVRSO, también se encuentra el Perfil de Impacto en Salud Oral (Oral Health Impact Profile u OHIP), que mide cómo influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien.⁴⁷ Se ha comprobado que ambos miden aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida. Las mediciones sobre calidad de vida humanizan la atención de salud, al considerar las percepciones de los pacientes sobre la misma.⁴⁵

2.7.1.3 Oral Health Impact Profile (OHIP)

Es un instrumento validado en Chile para medir calidad de vida en salud oral, consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y la última dimensión, discapacidad o también llamada obstáculos⁴⁵. Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade publicó en el año 1997 una forma resumida del OHIP consistente en 14 preguntas que contempla las mismas siete dimensiones e incluye dos preguntas por cada dimensión. Esta versión abreviada OHIP-14, presentó un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con la encuesta original.⁴⁷ La variable de resultado es continua, siendo el rango esperable de 0 a 56 puntos máximo. Para su análisis el valor final de cada encuestado se categoriza como “bajo impacto” = 0 (buena percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral) y de “alto impacto” > a 0 (mala percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral) (Slade; Lopez & Baelum).⁴⁸

En estudios epidemiológicos que han utilizado el OHIP se ha encontrado que los dientes perdidos, la caries no tratada, la pérdida de la inserción periodontal y las barreras para el cuidado dental, están asociadas con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida.⁴⁵

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Conocer la percepción de calidad de vida en salud oral en los pacientes diagnosticados con Enfermedad Periodontal atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae durante el año 2019.

3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la percepción de calidad de vida en salud oral de pacientes diagnosticados con Enfermedad Periodontal según sexo y edad durante el año 2019, previo a realizar su tratamiento periodontal.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: La presente investigación tiene un diseño observacional, transversal y descriptivo.

Universo y muestra: Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Periodontal (Gingivitis leve, moderada o severa y Periodontitis en estadio I,II,III ó IV, grado A, B o C), que estén bajo tratamiento periodontal durante el año académico 2019 en las clínicas del Adolescente y Adulto (CAA) de quinto año y clínica del Adulto Mayor y Senescente (CAS) de cuarto y quinto año en la Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae. Se estima obtener una muestra a conveniencia de un universo 184. Los alumnos que cursan CAA 5to son 91, CAS 4to y CAS 5to con 93 alumnos en total, tenemos un total de 184 alumnos, por consiguiente 184 pacientes como población, tomando en consideración que cada alumno verá al menos un paciente con diagnóstico de enfermedad periodontal.

4.1 Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión**

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Periodontal (Gingivitis o Periodontitis) que accedan participar voluntariamente del estudio bajo consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión**

Pacientes con discapacidad cognitiva.

Pacientes con discapacidad motora.

Pacientes analfabetos.

4.2 Variables

Tabla 2: Variables, elaboración propia.

Variables	Tipo de variable	Definición	Dimensión	Instrumento
Sexo	Cualitativa Dicotómica Nominal	Condición orgánica, masculina o femenina	Mujer Hombre	Registro datos personales
Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo que ha vivido una persona	Años	Registro datos personales
Impacto de salud oral en calidad de vida	Cualitativa Ordinal		Limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social, obstáculos.	Encuesta OHIP14

4.3 Técnicas de recolección de datos.

Para la realización del siguiente estudio y recolección de datos del mismo se requiere autorización de la Directora Clínica y de los Docentes encargados de las clínicas CAA quinto año y CAS de cuarto y quinto año académico 2019 de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae. Se solicitará autorización a la directora Clínica mediante una carta formal que explicará la investigación que será llevada a cabo, el propósito y los tiempos necesarios para su desarrollo, que dicha investigación no entorpecerá el trabajo clínico de los alumnos con sus

pacientes, no afectando así en el desempeño de su año académico, ya que la invitación a participar de este estudio se realizará post atención dental.

Se considerarán para el estudio, pacientes mayores de 18 años con Enfermedad Periodontal (Gingivitis leve, moderada o severa; Periodontitis en estadio I, II, III o IV, grado A, B o C) que hayan sido diagnosticados en la Clínica del Adulto y Adolescente de quinto año y en Clínica del Adulto Senescente de cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología, según la Clasificación Actual de Enfermedades Periodontales. El reclutamiento de los pacientes se realizará de forma personal por la alumna investigadora hablando en primera instancia con el alumno tratante para conocer los horarios y días en que asiste a la clínica su paciente con Enfermedad Periodontal. Se considerarán aquellos pacientes que estén previamente presentados a su tutor correspondiente para asegurarnos de su diagnóstico periodontal. Posteriormente la alumna investigadora invitará a aquellos pacientes a participar del estudio y si la respuesta es positiva, se procederá a entregar los documentos respectivos y a explicar de qué trata el documento de consentimiento informado y cómo se debe responder la encuesta, cuyas indicaciones también se encuentran por escrito en la misma. Los participantes accederán a contestar la encuesta OHIP 14 (Perfil de Impacto de Salud Oral) de manera voluntaria, previa firma del consentimiento informado donde se detalla información relevante de este estudio para entendimiento del paciente, quedando una copia para la alumna investigadora y otra para el participante. Este consentimiento informado está numerado exactamente con el mismo número que posee la encuesta a responder, de esta forma se asegura la anonimidad del participante y se conserva un orden para la tabulación de datos, así mismo si algún paciente en cualquier momento se arrepiente de haber participado en la investigación, a través del número de su consentimiento informado será posible no considerar el número "X" de encuesta, asociada al consentimiento para la interpretación de resultados.

Esta investigación utilizará un muestreo a conveniencia de un universo 184 pacientes. El universo fue calculado según la cantidad de alumnos que cursan los

ramos clínicos a intervenir de cuarto y quinto, considerando que cada alumno verá a lo menos 1 paciente con Enfermedad Periodontal para cumplir con sus requisitos. Estos datos fueron recogidos a través de información enviada por la Universidad a los docentes encargados de cada ramo clínico considerado en este estudio. Este número de pacientes encuestados puede variar, debido a que para cumplir con los grupos de periodoncia requeridos se puede realizar terapia periodontal a más de un paciente y también al considerar la ausencia de asistencia a las citas, la manifestación de no querer participar en el estudio y otras.

La muestra a conveniencia consiste en considerar una muestra de la población de acuerdo a la facilidad de acceso a ella.

La información referida al estado periodontal del paciente será obtenida de su presentación de ficha clínica al docente a cargo (ficha periodontal y power point oficial) donde el paciente es evaluado y su diagnóstico es confirmado por el docente como paciente que presenta la enfermedad considerada en este estudio.

La recolección de datos se realizará mediante la aplicación de un instrumento validado en Chile para la medición de calidad de vida en salud oral llamado OHIP 14 (Anexo), el cual es una versión acotada de su original el OHIP-49, este instrumento mide cómo influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien. Esta herramienta se aplicará a pacientes con Enfermedad Periodontal antes de comenzar su tratamiento y así medir su CVRSO.

Se debe indicar desde un inicio al entrevistado que las respuestas a las preguntas de la encuesta serán en relación a cómo se sintió durante el último año (últimos 12 meses) y que marque con una cruz "X", la alternativa de la respuesta que el encuestado prefiera, estas indicaciones se entregarán de forma verbal y escrita. Para obtener la puntuación se sumarán los resultados de las 14 respuestas para obtener una calificación final del instrumento completo (0 a 56), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado, la interpretación de aquello corresponde a rangos entre 1 y 56 puntos que significan "alto impacto en calidad de vida relacionada con salud oral", relacionado con una mala percepción de

calidad de vida. Por el contrario, el valor 0 corresponderá a “bajo impacto en calidad de vida relacionada con salud oral”, relacionado con una buena percepción de calidad de vida. Las preguntas sin respuesta se codificarán con valor de “cero”.

Al acceder a responder la encuesta OHIP14 (bajo consentimiento informado) el paciente deberá rellenar los siguientes datos:

- Datos personales (sexo, edad) en la parte superior de la hoja de encuesta.
- Responder encuesta OHIP14 según indicaciones escritas y verbales dadas por el alumno a cargo de la investigación.

4.4 Análisis e interpretación de los datos:

Se realizará un análisis descriptivo donde se analizará cada una de las variables por separado, resumiéndolas mediante proporciones expresadas en porcentajes y también se medirá la relación entre dos variables, siendo presentadas en tablas de frecuencia absoluta y relativa o figuras.

La encuesta tendrá una etapa de revisión, en donde se verificarán los datos obtenidos, es decir, que estén todas las preguntas contestadas con los datos respectivos del paciente. El porcentaje de cuestionarios defectuosos permitidos será del 5% del total, en el caso que el porcentaje sea mayor, se reevaluarán los cuestionarios.

Los datos a procesar tendrán legibilidad, que se puedan entender con facilidad y que estén acorde a los objetivos del estudio. Las respuestas de los formularios se traspasarán a una planilla Excel y los datos se tabularán según las diferentes variables a analizar.

Los datos registrados en la planilla Excel serán exportados a un programa estadístico para su análisis. Mediante gráficos de barra se describirán las características de sexo y edad.

Luego tanto para el OHIP14 como para sus dimensiones se estimarán valores de tendencia central, dispersión y localización. Se utilizará el gráfico de barra para evaluar la distribución de algunos componentes. Se evaluó la distribución de datos

mediante el test de Kolmogorov, U de Mann Whitney para sexo y Kruskal-Wallis para edad. Si existen diferencias se realizarán comparaciones múltiples. Se utilizará un nivel de significación estadístico de 0,05.

5. RESULTADOS

5.1 Distribución de la muestra según sexo.

Tabla 3: Distribución de la muestra según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	55	62,5 %
Masculino	33	37,5%
Total	88	100%

Tabla 3. La muestra correspondió a 88 personas, de las cuales 62,5% son mujeres y el 37,5% son hombres.

5.2 Distribución de la muestra según rango etario.

Tabla 4: Distribución de la muestra según rango etario.

Rango etario	Frecuencias	Porcentajes
18 a 30 años	2	2,272%
31 a 60 años	59	67,045%
61 o más años	27	30,681%
Total	88	100%

Tabla 4. En relación al rango etario el 67,045% de los encuestados se encontraban en el rango etario de 31 a 60 años, siendo estos la mayoría de los participantes. El 30,681% de los encuestados tienen 61 años o más. Por último, la minoría de los participantes tenían entre 18 y 30 años correspondiendo a un 2,727% de la muestra.

5.3 Características de la población según sexo y edad.

Gráfico 3. Características de la población según sexo y edad.

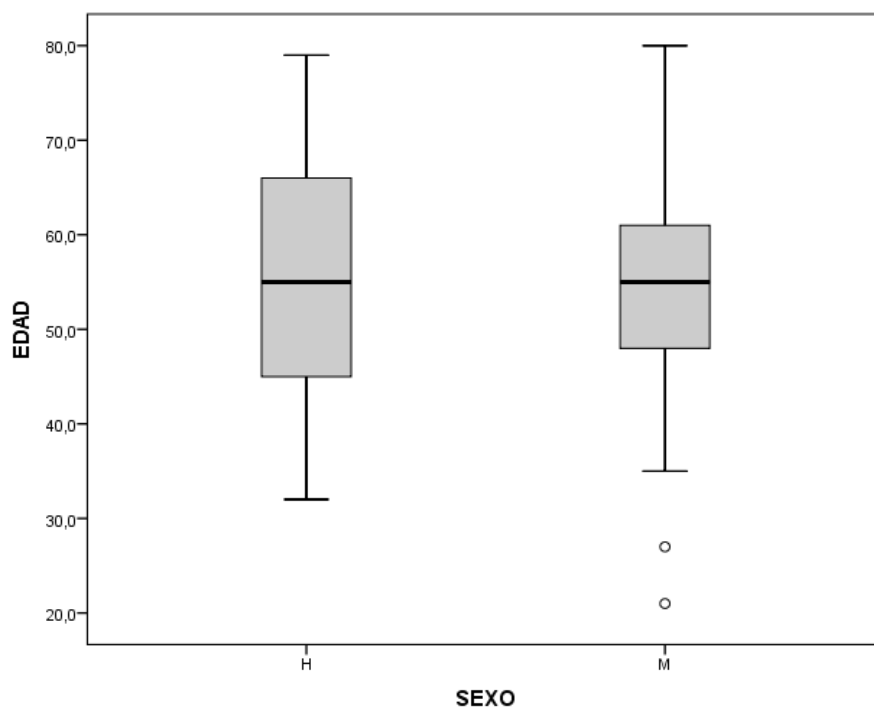


Gráfico 3. La media de edad para los hombres es de 54,36 con una desviación estándar de 13,41. Para las mujeres la media de edad es de 54,27 con una desviación estándar de 11,67.

5.4 Relación entre la calidad de vida relacionada con salud oral por dimensión según sexo.

Tabla 5 . Relación entre la calidad de vida relacionada con salud oral por dimensión según sexo

Dimensión	Puntaje	Puntaje por sexo		Valor p
	Promedio (IC 95%)	(IC Femenino 95%)	(IC Masculino 95%)	
Limitación Funcional	0,85 (0,64-1,56)	1,03 (0,76-1,30)	0,54 (0,25-0,84)	0,011
Dolor físico	1,85 (1,63-2,06)	2,13 (1,85-2,42)	1,37 (1,11-1,64)	0,001
Molestias psicológicas	3,10 (2,92-3,29)	3,30 (3,10-3,49)	2,78 (2,43-3,14)	0,016
Incapacidad física	1,22 (0,97-1,47)	1,51 (1,17-1,86)	0,74 (0,46-1,01)	0,005
Incapacidad psicológica	1,73 (1,46-2,01)	1,98 (1,62-2,33)	1,33 (0,90-1,76)	0,025
Incapacidad social	1,25 (1,00-1,50)	1,36 (1,03-1,69)	1,07 (0,70-1,44)	0,320
Obstáculos	1,34 (1,06-1,61)	1,37 (1,03-1,70)	1,28 (0,79-1,78)	0,555
OHIP – 14	1,62 (1,44-1,79)	1,81 (1,58-2,03)	1,30 (1,06-1,55)	0,006

El valor de significancia es de 0,05.

Tabla 5. La media ponderada del OHIP-14 fue de 1,62 (IC 95%: 1,44-1,79) siendo mayor en mujeres. En todas las dimensiones evaluadas a excepción de “Obstáculos” e “Incapacidad social”, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la media de calidad de vida y sexo. La distribución de hombres y mujeres en estas dos dimensiones antes mencionadas, es la misma, no así para las otras cinco dimensiones restantes donde se observa variación.

5.5 Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones, según sexo.

Tabla 6: Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones según sexo.

Dimensión	Sexo %		Valor p
	Femenino	Masculino	
Limitación			
Funcional	67,3	39,4	0,011
Dolor físico	94,5	87,9	0,263
Molestias			
psicológicas	100	100	*
Incapacidad física	76,4	54,5	0,033
Incapacidad			
psicológica	87,3	75,8	0,164
Incapacidad social	74,5	69,7	0,621
Obstáculos	69,1	69,6	0,952
OHIP – 14	100	100	*

*No es posible calcular

Tabla 6. La proporción de individuos con Enfermedad Periodontal que percibe que su salud oral afecta su calidad de vida es de un 100%, previo a la realización de su tratamiento periodontal.

En la dimensión de limitación funcional el 67,3% de las mujeres y el 39,4% de los hombres manifiesta tener problemas de fonación y sensación de gusto.

En la segunda dimensión, dolor físico, el 94,5 % de las mujeres y un 87,9% de los hombres dicen haber sentido dolor en su boca e incomodidad para comer algunos alimentos debido a problemas en sus dientes, boca o prótesis.

En la evaluación de molestias psicológicas al 100% de los individuos le preocupan los problemas de su boca y se han sentido nerviosos debido a problemas bucales, teniendo un alto impacto en su calidad de vida.

El 76,4 % y 54,5% de mujeres y hombres respectivamente, revelan que su dieta ha sido poco satisfactoria y que han debido interrumpir comidas. Un 68,2% de la población percibe limitación en la masticación como incapacidad física.

En cuanto a la dimensión de incapacidad psicológica el 75,8% de los hombres han manifestado dificultad para relajarse o se han sentido perturbado frente a otras personas por problemas de salud bucal. Así el 83% de la población manifiesta incapacidad psicológica como el autoestima y relación con otros.

El 74,5% de las mujeres manifiesta ver afectada su capacidad de interacción social y el 69,3 % de la población ha sentido que su vida, en general, ha sido menos satisfactoria y se ha sentido totalmente incapaz de realizar sus actividades producto de problemas que afectad su salud bucal.

5.6 Puntuación máxima y mínima OHIP-14, según sexo.

De una escala de 0 a 56 puntos de la encuesta Oral Health Impact Profile -14 se observan los puntajes mínimos y máximos obtenidos por sexo. El mínimo puntaje obtenido tanto en el grupo de participantes hombres y mujeres corresponde a 2. El puntaje máximo de los participantes fue de 48 y 42 puntos, para mujeres y hombres respectivamente.

Estos puntajes representan el impacto de las enfermedades orales en la calidad de vida de los individuos, donde el 100% de la población (88 participantes) obtuvo puntuación distinta de "0" como resultado a la aplicación del OHIP-14. Categorizando a esta población como "alto impacto", es decir, la población de pacientes con Enfermedad Periodontal posee una mala percepción de calidad de vida relacionada con salud oral.

5.7 Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones, según rango etario.

Tabla 7. Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones, según rango etario

Dimensión	Rango Etario %			Valor p
	18 a 30 años	31 a 60 años	61 años o más	
Limitación				
Funcional	50,0	55,9	59,3	0,941
Dolor físico	100	89,8	96,3	0,539
Molestias				
psicológicas	100	100	100	*
Incapacidad física	50,0	67,8	70,4	0,832
Incapacidad				
psicológica	50,0	86,4	77,8	0,279
Incapacidad social	0,0	74,6	74,1	0,065
Obstáculos	0,0	71,2	70,4	0,099
OHIP - 14	100	100	100	*

*no hay variabilidad

Tabla 7. La proporción de individuos con Enfermedad Periodontal que percibe tener una mala calidad de vida es del 100% en los tres rangos etarios establecidos para la encuesta OHIP-14.

En las dimensiones dolor físico y molestias psicológicas el 100% de la población de cada rango etario manifiesta haber sentido incomodidad y dolor en su boca, así como preocupación por problemas bucales y nerviosismo debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental.

En relación al rango etario de 18 a 30 años se observa que el 50% de la población para las dimensiones de limitación funcional, incapacidad física e incapacidad psicológica, percibe tener una mala calidad de vida. Así también la otra mitad tiene una buena percepción de su calidad de vida relacionada con salud oral.

Para el rango etario de participantes entre 31 a 60 años, el 100% de los encuestados refiere haber tenido molestias psicológicas, es decir los 59/59 participantes. Un 89,8 % de la población manifiesta dolor físico y un 86,4% refiere haber encontrado dificultad para relajarse o haberse sentido perturbado frente a otras personas producto de problemas en su cavidad oral, siendo estas tres dimensiones las que ponderan el porcentaje más alto en relación a la percepción de una mala calidad de vida en este grupo etario.

Por último, para el grupo etario de 61 años o más, la dimensión que arroja más alto porcentaje en afección a calidad de vida (además de las molestias psicológicas antes mencionadas en igual condición para todos los grupos etarios) es la dimensión de dolor físico, donde un 96,3% de los pacientes con Enfermedad Periodontal han percibido incomodidad por dolor en su boca o incomodidad al comer ciertos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis.

5.8. Relación entre calidad de vida relacionada con salud oral según rango etario.

Encuesta CVRSO	
Puntaje por rango etario	
	OHIP - 14
18 a 30 años (IC 95%)	0,85 (0,0-3,57)
31 a 60 años (IC 95%)	1,66 (1,45-1,88)
61 años o más (IC 95%)	1,57 (1,24-1,91)
Valor p	0,298

El valor de significancia es de 0,05

Tabla 8. Relación entre calidad de vida relacionada con salud oral encuesta OHIP-14, según rango etario.

Tabla 8. La distribución del OHIP-14 es la misma para los distintos rangos etarios. En esta tabla se observan las medias ponderadas de los puntajes según rango etario, junto al límite superior e inferior de intervalo de confianza para la media de cada uno. La media mayor se ubica en el segundo rango etario (31 a 60 años). La encuesta OHIP-14 para la población con Enfermedad Periodontal no es estadísticamente significativa de acuerdo a su valor p.

6. DISCUSIÓN

El concepto de calidad de vida actual relacionado con salud oral requiere considerar para su evaluación, además de factores tales como malestar y dolor o alteración de la función, la inclusión de aspectos emocionales y funciones sociales asociadas a la salud oral. Así también debe ser entendido como el grado de disfrute del individuo con respecto a su dentición, el desempeño de sus actividades cotidianas y otros, de acuerdo a un contexto sociocultural que lo rodea.⁴⁸

Se ha referido que la salud oral es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos, situación que se ve reflejada en el presente estudio, ya que las personas perciben que existe una asociación entre su calidad de vida y su salud oral.⁴⁸

En este estudio donde se encuestaron 88 personas de diferente sexo y edad a través del instrumento OHIP-14 para la medición de calidad de vida relacionada con salud oral (CVRSO) en pacientes con Enfermedad Periodontal, previo a la realización de su tratamiento periodontal, se obtuvo un alto impacto como resultado, lo que refleja una mala percepción de CVRSO. Los resultados obtenidos muestran que las condiciones dentales de la población que padece Enfermedad Periodontal, con respecto a algunas de sus manifestaciones o secuelas como lo son la movilidad dentaria, sangramiento de encías, pérdida de piezas dentarias y otras afecciones propias de esta patología, influyen de mala forma en la percepción de calidad de vida de los participantes.

Las dimensiones que parecen influir en mayor medida de forma negativa en la percepción de CVRSO, son “preocupación por los problemas bucales y sensación de nerviosismo” con igual ponderación porcentual para hombres y mujeres, junto con la dimensión “dolor o incomodidad al comer algunos alimentos”, la cual sí está asociada a la variable sexo.

En este estudio se observaron diferencias en algunas dimensiones, siendo más afectada en la mayoría de ellas el sexo femenino, lo que es concordante con la evidencia del Minsal para el año 2006 y 2010.⁵³

Respecto de la edad de los participantes, en los tres rangos etarios de la dimensión “Incapacidad física” que incluye tópicos como “sensación de dieta poco satisfactoria e interrupción de comidas por problemas en dientes, boca o prótesis dental” se obtuvo una mala percepción de calidad de vida creciente, conforme aumentaba la edad de los individuos. Este resultado concuerda con la Encuesta de Calidad de Vida ENCAVI y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) donde se establece la asociación entre calidad de vida y edad. Mientras mayor edad tiene el individuo, peor es la percepción de calidad de vida.⁴⁸

En la última década ha aumentado la evidencia que considera a las Enfermedades Periodontales como una temática de salud pública a nivel mundial, producto de lo mismo, el enfoque de la salud actual incluye entre sus metas el apropiado funcionamiento y bienestar de los pacientes. Se evidencia la necesidad de que los profesionales de la salud manejen el concepto de calidad de vida además de los instrumentos psicométricos existentes para medirla. La utilización del OHIP como herramienta de medición de calidad de vida relacionada con salud oral constituye una ayuda importante en la comprensión de las necesidades de la salud oral de la población y en el desarrollo de estrategias para el control y la reducción de patologías orales, así como también para la promoción de la salud oral.⁴⁵⁻⁵⁶

A través de la conservación de la salud bucal la odontología busca también la mantención de la calidad de vida. Cuando se producen alteraciones en la salud bucal y/o pérdida de dientes como secuela de una patología bucodentaria, se pueden tener afecciones a nivel de funciones sensoriales como físicas, cambio del sentido del gusto o dificultad masticatoria respectivamente, las cuales repercuten en la percepción de calidad de vida de las personas.⁵⁰

El estado de la dentición interfiere con la elección y consumo de alimentos, y puede ser causa de problemas de nutrición, en particular cuando hay pérdida dentaria y hay sustitución de las piezas dentarias por prótesis que se encuentren

en mal estado. La falta de dientes puede favorecer a la depresión con repercusiones a diario en su calidad de vida.⁵⁰

Mediante este estudio es posible estimar el impacto negativo que tienen las condiciones bucales de individuos con Enfermedad Periodontal sobre su calidad de vida, transversal a la edad y transversal al sexo, independiente de la tendencia de estas variables, la totalidad de la población estudiada refirió percibir afección e impacto negativo en su calidad de vida relacionada con salud oral.

Los resultados obtenidos reflejan a lo menos una alarma sobre cuál es el estado de la salud bucal de la población estudiada y cuál es la repercusión de éste estado bucal en la vida de los individuos. Información relevante en materia de salud pública, ya que la Enfermedad Periodontal cumple con todos los requisitos para ser considerada como tal.⁵

7. CONCLUSIÓN

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. Además de su afección local, el control de Enfermedad Periodontal va ligada a patologías sistémicas como por ejemplo diabetes mellitus e incluso asociación con efectos adversos en el embarazo, pudiendo producir un parto prematuro.

Para tener un cuadro acabado del paciente con datos cuantificables y completos útiles para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorear su éxito, se debe complementar la información clínica (historia clínica y pruebas de laboratorio) con los datos obtenidos en los test psicométricos que midan calidad de vida relacionada con la salud. tanto genérica como específica de una enfermedad. Es importante considerar, además, que en general los pacientes ancianos no proporcionan en forma espontánea toda la información necesaria en una anamnesis, debido a que creen que sus problemas forman parte del proceso de envejecimiento.

La disparidad entre las puntuaciones de salud y los datos biológicos puede sugerir el empleo de terapias alternativas, o la presencia de más de un trastorno y puede facilitar la identificación precoz de los pacientes con síntomas no físicos.

Lamentablemente el conocimiento sobre la importancia de la salud oral dentro de la salud general del individuo, aún no está muy extendido en la práctica médica, ni así tampoco lo es la importancia de percepción de calidad de vida como una herramienta que puede brindar importante ayuda y acompañar los procesos de rehabilitación integral de las personas, tanto en la salud general como oral. De ser considerada la percepción de calidad de vida previo a los tratamientos, además de permitir a los profesionales de la salud tener una visión aún más exquisita de sus pacientes, por contar con información de aspectos psicológicos, sociales y otros que se miden en CVRS, podría contribuir de muy buena manera a la guía en tratamientos, estrategias de promoción y prevención, una mejor adherencia del

paciente al tratamiento y probablemente mejores resultados para la salud y calidad de vida de las personas.

Existe evidencia entonces que las condiciones de salud bucal influyen sobre la calidad de vida de una población, lo cual lo hace un tema relevante para la salud pública. Por lo tanto, existe la necesidad de cuestionarnos como país, cuál es el peso de la autopercepción de la salud bucal en la calidad de vida relacionada con salud y en la calidad de vida en general.

A través de los resultados obtenidos, constituye la calidad de vida, un desafío para la salud pública, así también la gran cantidad de chilenos que vive y deben lidiar cotidianamente con los signos, síntomas y consecuencias de la Enfermedad Periodontal, de gran prevalencia en nuestro país y a nivel mundial.

Se ha hace necesario general políticas públicas de salud oral desde una perspectiva integral, para lograr disminuir lo más posible el impacto negativo que tienen las afecciones bucodentarias en la salud oral y en la calidad de vida de nuestra población.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization September 2005, 83 (9)
2. MINSAL. Prevalencia y severidad de la Patología Bucal en Chile. Meta [Internet]. 2011;9. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>
3. Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Av Periodon Implantol. 2005; 17, 3: 147-15
4. Bronstein M, Carvajal C, Carvajal P, Contreras J, Del Valle C, Gamonal J, et al. Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales. 2017;18. Available from: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/09/Orientaciones-Técnicas-para-la-prevención-y-tratamiento-de-las-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf
5. Carvajal P, Epidemiología de las enfermedades periodontales en américa latina. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016;9(2):177---183. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v9n2/art16.pdf>
6. Batchelor P, Is periodontal disease a public health problem? British dental journal volume 217 no. 8 oct 24 2014
7. Escribá-Aguir V, Martín-Baena D. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health. 2006; 80: 127-33.
8. Ren H, Du M. Role of Maternal Periodontitis in Preterm Birth. Frontiers in Immunology. Front Immunol. [Internet] 2017 feb [cited 2017 june 02] 22 (1): 1-6. available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fimmu.2017.00139/full>
9. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5º ed. Lindhe J., editor. Suiza: Panamericana; 2009

10. Graves D. Cytokines that promote periodontal tissue destruction. *J Periodontol* [Internet]. 2008 June 7 [cited 2017 June 08] 8 :1585–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18673014>
11. Martínez A, Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Av Periodon Implantol.* [Internet]. 2005 Dic [citado 2017 Ago 10] ; 17(3): 147-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000300004&lng=es.
12. Armitage GC. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. *Periodontol 2000* [Internet]. 2004 Dic; 34:9–21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14717852>
13. Liébana J, Castillo M, Álvarez M. Enfermedades periodontales: consideraciones microbiológicas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2004 [citado 2017 Ago 08] ; vol:9: 75-91. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v9Suppli/medoralv9supplip82>. 16.
14. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M. Global Burden of Severe Periodontitis in 1990-2010. A Systematic Review and Meta-regression. *J Dent Res.* [Internet]. 2014 Nov 2014 Nov; 93(11): 1045–1053. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25261053>
15. Carranza TN, Newman MI, Takei HT. Editors. *Periodontología Clínica*. 9th ed. Madrid: interamericana de España; 2002.
16. Flemmig TF. Periodontitis. *Ann Periodontol.*; Dec;4(1):32-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863373>
17. Actas del 1er Taller Europeo sobre Periodoncia, 1993. Londres: Quintessence; 1994.
18. Herrera David y cols. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias *Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia. Periodoncia clínica, diagnóstico y tratamiento periodontal. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración.*
19. Canton et al 2018 *Journal of Periodontology. J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S1–S8. A new classification scheme for periodontal and peri-implant

diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. Disponible en:

<https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/JPER.18-0157>

20. Zerón A. *La nueva clasificación de enfermedades periodontales*. Revista ADM 2018; 75 (3): 122-124
21. MINSAL. Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales 2017.
22. Arteaga O, Urzua I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. Rev Clin Periodoncia Implant Rehabil Oral. 2009;2(3):161–6.
23. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud. 2003.
24. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. Dental Caries Prevalence and Tooth Loss in Chilean Adult Population: First National Dental Examination Survey. Int J Dent. 2012;1–6.
25. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzua I, Aranda W, et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol. 2010 Oct;81(10):1403–10.
26. López R, Fernández O, Baelum V. Social gradients in periodontal diseases among adolescents. Community Dent Oral Epidemiol. 2006;34:184–96
27. López R, Fernández O, Jara G, Baelum V. Epidemiology of clinical attachment loss in adolescents. J Periodontol. 2001;72:1666–74.
28. Carvajal P, Gómez M, Gomes S, Costa R, Toledo A, Solanes F, et al. Prevalence, severity and risk indicators of gingival inflammation in a multi-center study of South American adults. Cross sectional study. J Appl Oral Sci. 2016. En prensa.
29. Carvajal P. Impacto de las diferentes definiciones de caso sobre la prevalencia de periodontitis en la población urbana chilena de 53-44 y 65-74 años [tesis magíster]. Santiago: Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; 2015.

30. New York State Department of Health. Oral Health Care during Pregnancy and Early Childhood. Practice Guidelines [Internet]. US; 2006. Recuperado a partir de: <http://www.health.ny.gov/publications/0824.pdf>
31. Rothstein MA. Rethinking the meaning of public health. *J LawMed Ethics*. 2002;30:144---9.
32. Espinoza I, Thomson WM, Gamonal J, Arteaga O. Disparities in aspects of oral-health-related quality of life among Chilean adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41:242---50.
33. Ministerio de Salud. Estudio de preferencias sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2008. [consultado 08 Jun 2016]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/IF_ESTUDIO_PREFERENCIAS_SOCIALES_GES_2009.pdf.
34. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: Towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontol* 2000. 2012;60:15---39.
35. Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. *Ann Periodontol*. [Internet] 1999 [citado 2017 mar 11] Dec;4(1):7-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863371>
36. Chandki R, Banthia P, Banthia R. Biofilms: A microbial home. *J Indian Soc Periodontol*, [Internet] 2011 Mar15(2), 111–114. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21976832>
37. Saini R, Saini S, Sharma S. Biofilm: A dental microbial infection. *J Nat Sci Biol Med*. [Internet] 2011 Jan-Jun; 2(1): 71–75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312703/>
38. Bascones A, González Moles MA. Mecanismos inmunológicos de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Av Periodon implantol*. [Internet]. 2003 Dic ; 15(3): 121-138. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-6585200300030000328.

39. Offenbacher S. Periodontal Diseases: Pathogenesis. *Ann Periodontology*. [Internet]1996 dic [Citado 2017 mar 12]; 1: 821-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9118282>
40. Delima AJ, Van Dyke TE. Origin and function of the cellular components in gingival crevice fluid. *Periodontol 2000*. [Internet] 2003 jan [Citado 2017 jul 12]; 31: 55-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12656996>
41. Botero JE. Respuesta inmune en las enfermedades del periodonto: desde salud hasta enfermedad y sus implicacionesterapéuticas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 21(1): 122-128.
42. Pöllänen MT, Salonen JI, Uitto VJ. Structure and function of the tooth-epithelial interface in health and disease. *Periodontol 2000* [Internet]. 2003 jan [citado 2017 Ago 11]; 31: 12-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12656993>
43. MINSAL. Subsecretaría de Salud pública. Decreto n°44, promulgado el 09 de enero de 2007 y publicado el 31 de enero de 2007, modificado el 1 de julio de 2010.
44. Walker SR. *Quality of life: Assessment and Application*. Lancaster: Mpt. Press; 1998.
45. Misrachi C y cols. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Revista Dental de Chile* 2005; 96 (2): 28-35
46. Gift HC, Redford M (1992). Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med*. 8: 673-83
47. Slade GD, Spencer AJ (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 11: 3-11.
48. AUBERT, J.; SANCH.Z, S.; CASTRO, R.; MONSALVES, M. J.; CASTILLO, P. & MOYA, P. Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 a.os en la comunidad san juan bautista, isla robinson crusoe, Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 8(1):141-145, 2014.
49. W. MURRAY THOMSON, AUBREY SHEIHAM & A. JOHN SPENCER. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. *Periodontology 2000*, Vol. 60, 2012, 54–63

50. Esquivel R; Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos en la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. *Odontología Actual* / año 5, núm. 58, febrero de 2008.
51. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Publica Mex* 2007;49:173-181.
52. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performance. In: Slade GD, ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill, USA: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
53. Minsal Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención Y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Bucal. Diciembre 2017. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030.
54. Dra. N elia Es peso Nápoles; Dra. Marie la Mulet García; Dra. Mercedes Gómez Mariño; Dra. Mahelis Más Sarabia. Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró. Camagüey. Enfermedad Periodontal en la la tercera edad.
55. Cangussu MCT, Coelho E de O, Castellanos FRA. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba / SP, Brasil – 2000. *Rev. Odontol UNESP* 2001; 30(2): 245 – 56.
56. DIAZ-REISSNER, C. V.; CASAS-GARCÊA, I.; ROLDÓN-MERINO, J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 11(1):31-39, 2017.

9. ANEXOS

9.1 Documento de consentimiento informado



FACULTAD
DE **ODONTOLÓGIA**
UNIVERSIDAD FINIS TERRAE

Documento de Consentimiento Informado

Estudio: Percepción de calidad de vida en salud oral del paciente con Enfermedad Periodontal atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae durante el año 2019.

Investigador responsable: Dra. Pamela Pérez González.

[Correo electrónico: pamela.perez@uft.cl](mailto:pamela.perez@uft.cl)

Teléfono: +569 93439701

Unidad académica: Facultad de Odontología de Universidad Finis Terrae.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en una investigación.

Lea cuidadosamente este documento, puede hacer todas las preguntas que necesite al investigador y tomarse el tiempo necesario para decidir.

Usted ha sido invitado/invitada a participar en este estudio porque presenta alguna de las enfermedades de las encías (Gingivitis o Periodontitis), característica necesaria para esta investigación, que se realizará las Clínicas del Adolescente y Adulto (CAA) de 5to año y Clínica del Adulto Mayor y Senescente (CAS) de 4to y 5to año académico 2019.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de calidad de vida en salud oral y medir el impacto social de sentirse bien en aquellos pacientes

diagnosticados con Enfermedad Periodontal pertenecientes a las Clínicas del Adolescente y Adulto (CAA) 5to año y Clínica del Adulto Mayor y Senescente (CAS) de 4to y 5to año en la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae.

2. PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la investigación se le proporcionará un cuestionario llamado OHIP 14. Este mide cómo influyen las enfermedades orales desde el punto de vista social y en la calidad de vida de los individuos. El cuestionario consta de 14 preguntas a responder. Además, se necesitará conocer datos del participante (sexo y edad). El cuestionario se le proporcionará una vez terminada la sesión clínica. El tiempo requerido para responder el cuestionario es de 15 minutos aproximadamente. Puede hacerle preguntas a la investigadora, a su alumno tratante o al docente a cargo si le fuese necesario.

El alumno a cargo de su tratamiento periodontal participará como ayudante en la investigación, ya que él o ella es quién determinó su diagnóstico periodontal.

3. BENEFICIOS

Usted no se beneficiará directamente con esta investigación, sin embargo, la información que se obtendrá gracias a su participación será de utilidad para conocer más sobre calidad de vida e impacto social en salud oral de pacientes con Enfermedad Periodontal.

4. RIESGOS

Esta investigación no presenta riesgos para usted.

5. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se mantendrá de forma confidencial. Su consentimiento tendrá un número correspondiente con el cuestionario administrado, sólo para

asegurarse de que ha sido informado de la investigación. Toda la información será resguardada por el estudiante tesista en las dependencias de la Universidad.

Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será conocido ya que no es solicitado para esta investigación.

6. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención médica que merece.

Si usted retira su consentimiento, su cuestionario será eliminado y la información obtenida no será utilizado.

7. PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación médica puede contactar o llamar al investigador responsable del estudio, Dra Pamela Pérez G., al teléfono +569 93439701.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede escribir al correo electrónico: cec@uft.cl del Comité Ético Científico, para que la presidenta Pilar Busquets Losada, lo derive a la persona más adecuada.

8. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.

- Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante la investigación y que pueda tener importancia directa para mí.
- Se me ha informado que tengo el derecho a re-evaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee. En el caso de retiro, no sufriré sanción o pérdida de derechos a la atención sanitaria.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

Nombre participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Investigador: *Samela Peier González* _____

Firma: *Samela* _____

Fecha: _____

Director de la institución o su delegado:

Firma: _____

9.2 Encuesta Oral Health Impact Profile.



FACULTAD
DE **ODONTOLOGÍA**
UNIVERSIDAD FINIS TERRAE

I. DATOS PERSONALES

EDAD	SEXO	
	MUJER	
	HOMBRE	

Nº _____

II. ENCUESTA PERCECION DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD ORAL OHIP14

Lea atentamente las preguntas y marque con una X la alternativa que mejor represente su opinión.

Dimensión	nº	Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0	1	2	3	4
	2	¿Ha sentido usted que su sensación de gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0	1	2	3	4

Dolor físico	3	¿Ha sentido dolor en su boca?	0	1	2	3	4
	4	¿Ha sentido incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales ?	0	1	2	3	4
Molestias psicológicas Molestias Psicológicas	5	¿Le preocupan los problemas de su boca ?	0	1	2	3	4
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental.	0	1	2	3	4
Incapacidad física Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4

Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido irritable debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4
Incapacidad social	12	¿Tiene usted dificultad para realizar sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4

Obstáculos	13	Ha sentido usted que su vida, en general, es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar o realizar actividades debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	0	1	2	3	4

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo teórico del efecto del deterioro de la salud bucal relacionada con la calidad de vida. ⁵¹	18
---	----

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1: Plan Nacional de Salud Bucal 2018 - 2030, Minsal. ⁵³	11
Gráfico 2: Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, Minsal ⁵³	12
Grafico 3. Características de la población según sexo y edad.....	31

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características clínicas encía sana en contraste con la enfermedad gingival. ³⁵	6
Tabla 2: Variables, elaboración propia.....	25
Tabla 3: Distribución de la muestra según sexo.....	30
Tabla 4: Distribución de la muestra según rango etario.	30
Tabla 5 . Relación entre la calidad de vida relacionada con salud oral por dimensión según sexo	32
Tabla 6: Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones según sexo.....	33
Tabla 7. Relación entre percepción de mala calidad de vida relacionada con salud oral por dimensiones, según rango etario	35
Tabla 8. Relación entre calidad de vida relacionada con salud oral encuesta OHIP-14, según rango etario.	36